

LA CONTRIBUTION DES ÉCOLES ET DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Revue des données disponibles en vue d'une démarche
de partage de connaissances en région
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Sommaire

	Glossaire	Page 4
	Introduction	Page 7
	<ul style="list-style-type: none">• Quel est notre objectif ?• De quoi parlons-nous ?• Comment ce rapport a-t-il été élaboré ?• À qui s'adresse ce rapport ?	<ul style="list-style-type: none">78910
	Inégalités en matière d'éducation et de santé – le contexte	Page 11
	<ul style="list-style-type: none">• Les inégalités commencent avant la naissance et s'accroissent tout au long de la vie• Le gradient social des inégalités concerne l'ensemble de la population• Les interventions peuvent avoir différents impacts sur le gradient des inégalités• Une démarche éducative peut créer les conditions d'un développement optimal pour tous les enfants et jeunes• Les établissements scolaires agissent sur les déterminants des inégalités de santé	<ul style="list-style-type: none">1212121314
	Interventions de promotion de la santé en milieu scolaire et inégalités	Page 16
	<ul style="list-style-type: none">a. Phase 1 - Impact sur les inégalités des interventions sur la santé en milieu scolaireb. Phase 2 - Impact des interventions de promotion de la santé mises en œuvre dans les établissements des zones défavoriséesc. Besoins des élèves : impact des pratiques scolaires sur les inégalités	<ul style="list-style-type: none">172123
	Phase 3 - Leviers pour agir en faveur de la réduction des inégalités de santé	Page 28
	<ul style="list-style-type: none">a. Éducation et réduction des inégalitésb. Politiques : que savons-nous des politiques qui favorisent l'inclusion et l'équité ?c. Ressources humaines : des professionnels formésd. Structures et systèmes : soutenir les établissementse. Pratiques : promouvoir des pratiques éducatives inclusives et équitables de santé	<ul style="list-style-type: none">2930303133
	La contribution de la promotion de la santé en milieu scolaire à la réduction des inégalités	Page 35
	Des pistes pour le travail intersectoriel	Page 38
	<ul style="list-style-type: none">a. Que sait-on de la relation entre les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire et les inégalités en matière de santé ?b. Quelle pourrait être la contribution de la promotion de la santé en milieu scolaire ?c. Créer de la cohérence à l'échelon local	<ul style="list-style-type: none">394041
	Références	Page 44
	<ul style="list-style-type: none">• Annexe 1 - Diagramme de flux de la revue de la littérature• Annexe 2 - Cartographie des études pertinentes en termes de résultats et de type d'inégalité observés	<ul style="list-style-type: none">5354

GLOSSAIRE

→ Promotion de la santé en milieu scolaire

La promotion de la santé en milieu scolaire est un ensemble de pratiques visant à améliorer et/ou à protéger la santé et le bien-être de tous les usagers de l'établissement scolaire. La promotion de la santé comprend toutes les activités visant à modifier les déterminants de la santé dans le cadre d'une stratégie cohérente. Dans un établissement scolaire, ces activités comprennent : les politiques de promotion de la santé, l'environnement physique et social de l'établissement, le programme scolaire, les liens aux familles et à la communauté et les services de santé (Young et al., 2013). Dans le présent rapport, nous utilisons « pratiques de promotion de la santé » pour désigner les activités à l'intérieur des établissements.

Les expressions « promotion de la santé en milieu scolaire » ou « interventions de promotion de la santé » sont également utilisées pour désigner les interventions ou les programmes qui soutiennent les établissements dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique ou de la pratique de promotion de la santé.

→ Écoles et établissements scolaires

Dans cet ouvrage, nous nous référerons à « l'école » au sens générique c'est-à-dire correspondant à l'ensemble des institutions ayant une mission d'éducation scolaire primaire (maternelle et élémentaire) et secondaire, publique ou privée, en filières générales, technologiques ou professionnelles incluant l'enseignement agricole, les centres de formation d'apprentis, les maisons familiales rurales, les établissements spécialisés (dans leur variété de dénomination selon les pays).

Selon les contextes on utilisera « école » (maternelle et élémentaire) pour désigner l'enseignement primaire et le mot établissement pour le secondaire (collèges ou enseignement moyen et lycées).

→ Écoles promotrices de santé

Il s'agit d'un programme conjoint OMS/UNESCO pour lequel des recommandations sont en cours d'élaboration (OMS/UNESCO, 2021) et qui contribuera à l'objectif de l'OMS de « 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de bien-être » d'ici 2023.

→ Inégalités de santé

Les inégalités de santé peuvent être définies comme des différences dans l'état de santé ou dans la répartition des déterminants de la santé entre les différents groupes de population (OMS, 2018).

→ Gradient des inégalités

Il existe un gradient social en matière de santé : plus la position sociale d'une personne est basse, plus sa santé est mauvaise (Marmot, 2010).

→ Diversité

Ces sont les différences des personnes qui peuvent être liées à leur race, à leur origine ethnique, à leur sexe, à leur orientation sexuelle, à leur langue, à leur culture, à leur religion, à leurs capacités mentales et physiques, à leur classe sociale et à leur statut d'immigrant (UNESCO, 2017).

→ Équité dans l'éducation

Veiller à ce qu'il y ait un souci d'équité, c'est faire en sorte que l'éducation de tous les élèves soit considérée comme étant d'égale importance (UNESCO, 2017).

→ Inclusion dans l'éducation

C'est un processus qui aide à surmonter les obstacles limitant la présence, la participation et la réussite de tous les élèves (UNESCO, 2017).

→ Approche universelle

Approche qui s'applique à l'ensemble d'une population.

L'éligibilité et l'accès sont simplement basés sur le fait de faire partie d'une population déterminée sans autre condition, comme le revenu, l'éducation, la classe sociale, la race, le lieu d'origine ou le statut professionnel (CCNDS, 2013).

→ Approche ciblée

Approche qui s'applique à un sous-groupe prioritaire au sein d'une population plus large et définie. L'admissibilité et l'accès aux services sont déterminés par des critères de sélection, comme le revenu, l'état de santé, l'état d'emploi ou le quartier (CCNDS, 2013).

→ Universalisme proportionné

Des actions d'une ampleur et d'une intensité suffisantes pour être universelles, mais aussi ciblées proportionnellement pour réduire le gradient des inégalités (Marmot, 2010).



AVERTISSEMENT :

Nous avons initialement souhaité rédiger ce rapport en écriture inclusive. Ce langage cherche à éviter toute discrimination par le langage ou l'écriture. Si dans des textes courts il n'y a pas d'impact sur la lisibilité, ce n'est pas le cas dans les ouvrages plus longs. Il y a un risque d'exclure les personnes les moins à l'aise avec la langue aussi nous avons conservé l'écriture commune¹.

Nous avons également fait le choix d'aligner le texte à gauche, afin de permettre un espacement régulier entre les mots et de rendre ainsi le texte plus facile à lire².

¹ Sur cette question, voir l'avant-propos du livre de Charlotte Marchandise, *Radicale Bisounourse* aux Editions Le Hêtre Myriadis (2019).

² A ce sujet, voir le référentiel « Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible » de Santé publique France (2018)

AVANT-PROPOS

Le Comité régional d'éducation pour la santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est un centre de ressources généraliste en éducation pour la santé et en santé publique. Depuis 2019, il est partenaire de la Chaire Unesco EducationS & Santé. Grâce à cette collaboration, et dans le cadre du Dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et en promotion de la santé, financé par l'ARS Paca, le CRES développe une mission de mise à disposition et de partage des connaissances scientifiques auprès des acteurs de la région.

Le présent rapport constitue la première étape de ce travail, en présentant les travaux et recherches relatifs à la question des pratiques éducatives en milieu scolaire et leur contribution à la réduction des inégalités de santé.

L'objectif du CRES, avec le soutien de la Chaire, est d'exploiter les données contenues dans ce rapport, en déployant un dispositif régional opérationnel associant les différentes institutions en charge de la santé et de l'enseignement scolaire : municipalités, conseils départementaux, Conseil régional, Education nationale, Agence régionale de santé ; mais également les acteurs de la promotion de la santé, de la recherche, les instituts supérieurs du professorat et de l'éducation, ainsi que les familles, partenaires et acteurs œuvrant pour la santé sur les différents territoires.

Ce projet est intitulé **Kit CAP**, pour : Kit de développement des CAPacités des écoles et établissements scolaires et des collectivités pour la réussite éducative et l'équité en santé.



1

INTRODUCTION

Quel est l'objet du rapport ?

Ce rapport offre une **synthèse des connaissances sur la promotion de la santé en milieu scolaire et son impact sur les inégalités de santé**. Il vise à identifier les aspects clés de la contribution des établissements scolaires à la réduction des inégalités de santé. Il constitue la toile de fond d'un processus de coproduction qui permettra aux acteurs de la promotion de la santé en milieu scolaire (notamment les enseignants, les administrateurs, les décideurs, les parents et les élèves) de développer et d'enrichir leurs approches et leurs pratiques.

Dans ce document, nous ne reviendrons pas sur les données générales relatives à l'efficacité de la promotion de la santé scolaire et aux conditions du succès de ces approches, ce travail a déjà été fait (p. ex. Young et al., 2013 ; Langford et al., 2014 ; OMS, 2016). Ces études ont montré qu'il existe des arguments scientifiques solides en faveur de l'efficacité de certaines interventions fondées sur l'approche des écoles promotrices de santé.



De quoi parlons-nous ?

La promotion de la santé en milieu scolaire est **un ensemble de pratiques visant à améliorer et/ou à protéger la santé et le bien-être de tous les usagers de l'établissement scolaire**. Elle est ancrée dans les pratiques sociales et non dans la théorie. Elle se réfère à la promotion de la santé en général qui peut être définie comme l'ensemble des actions visant à agir sur les déterminants de la santé dans le cadre d'une stratégie cohérente.

En particulier, une approche holistique de la promotion de la santé en milieu scolaire désigne :

- Une approche éducative intégrée au développement et à la gouvernance de l'établissement, notamment : les politiques scolaires, l'environnement physique et social de l'établissement, les programmes scolaires, les liens avec les familles et la communauté et les services sociaux et sanitaires (Young et al., 2013). La promotion de la santé doit être considérée avant tout comme une contribution essentielle à la qualité de l'éducation dispensée à tous les enfants et les jeunes. Dans le rapport, nous utilisons le terme « **pratiques de promotion de la santé** » pour désigner les activités à l'intérieur des établissements.
- Des interventions ou programmes qui contribuent à aider les établissements à concevoir, mettre en œuvre et évaluer une politique de promotion de la santé, en utilisant le terme « **interventions de promotion de la santé** ».

Nous nous intéresserons à **la façon dont les pratiques dans les établissements scolaires peuvent contribuer à la réduction des inégalités en santé**.

La recherche montre que la santé à l'âge adulte est fortement corrélée au niveau d'éducation et que, par conséquent, l'éducation est un puissant prédicteur des inégalités de santé. Le développement et l'éducation dans la petite enfance posent les bases de ce qui se passe tout au long du parcours de vie ; ils influencent les possibilités et les choix d'une personne, le travail et les relations sociales. Un grand nombre de données indiquent que l'action sur les déterminants sociaux de la santé influence positivement la santé des personnes et contribue à la réduction des disparités en matière de santé (Braveman et Gottlieb, 2014).

De nombreux articles et revues de littérature ont démontré l'importance de l'éducation pour la santé tout au long de la vie, mais seuls quelques-uns explorent les pratiques concrètes qui pourraient contribuer à réduire les inégalités et donner à chaque enfant les moyens d'une santé et d'un bien-être optimaux. Notre question est la suivante : quelle peut être la contribution des établissements à cet égard ?

Notre intérêt ne porte pas seulement sur les interventions / programmes qui ont démontré leur efficacité (« ce qui fonctionne »); **mais plutôt sur les conditions qui permettent aux établissements scolaires de contribuer à la promotion de la santé et du bien-être de tous les enfants et de tous les jeunes** - indépendamment de leur situation personnelle et sociale - et donc de réduire le gradient des inégalités de santé.

Comment ce rapport a-t-il été élaboré ?

Le rapport a été élaboré en trois phases.

Phase 1

Une revue de la littérature scientifique publiée à partir de 2000 (méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes) sur les interventions en milieu scolaire portant sur la santé des enfants et des adolescents et **explorant l'impact sur les inégalités de santé** (pour plus de détails, voir annexe 1).

Nous avons utilisé le cadre méthodologique des *scoping review*, car il peut fournir une cartographie relativement rapide d'un domaine complexe ou qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (Arksey et O'Malley, 2005). Trois critères de sélection ont été appliqués : sont incluses

1. tous types d'études décrivant des interventions en milieu scolaire liées à la santé (politiques ou programmes) ciblant les élèves âgés de 6 à 16 ans,
2. utilisant toutes les approches de la promotion de la santé (par exemple, approches par thématique de santé ou programmes complets),
3. et étudiant l'effet de l'intervention sur les inégalités de santé. À la fin de ce processus, 16 articles empiriques et études ont rempli les critères d'inclusion.

Phase 2

Une étude non-exhaustive visant à fournir des informations pertinentes supplémentaires sur les programmes en analysant l'impact des interventions de promotion de la **santé mises en œuvre dans les établissements des zones défavorisées**.

L'objectif était d'identifier les principales caractéristiques des interventions ayant montré un impact positif sur la santé et les déterminants de la santé des enfants et des jeunes vulnérables. 8 revues et 13 articles ont été inclus.

Il semble que la plupart des facteurs ayant un impact sur la santé soient liés à la qualité de l'enseignement dispensé dans les établissements scolaires.

Par conséquent, un travail final a été effectué pour identifier ce que l'on sait des stratégies efficaces en termes de politiques scolaires, de structures scolaires et de pratiques éducatives. En effet, **l'identification des principales données relatives à la réduction des inégalités dans l'éducation en général** est indispensable pour promouvoir la santé des enfants et des jeunes.

Phase 3

Une synthèse des documents clés d'organisations internationales, dont l'UNESCO, l'OCDE, la Fondation des fonds de dotation pour l'éducation, et des études pertinentes documentant les liens entre l'éducation et les inégalités a été réalisée.





À QUI S'ADRESSE CE RAPPORT ?

Le rapport est destiné à fournir des informations aux professionnels et aux structures de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et des pays européens (ministères, universités, établissements de formation des enseignants, professionnels des secteurs éducatif, social et de la santé, étudiants, familles, parties prenantes locales, autres) Il traite de la capacité des établissements à contribuer à la lutte contre les inégalités en santé et à promouvoir l'inclusion et l'équité dans les politiques et pratiques éducatives.

Il convient de préciser ici que du fait de la nature même du savoir scientifique, de son ancrage dans des théories et du fait qu'il est en perpétuel remaniement, il n'y a pas d'application directe des données de la recherche dans les politiques et les interventions.

Les données *evidence-based* constituent une source essentielle pour le pilotage des diverses institutions en charge de la santé de populations. Mais ce sont les instances légitimes qui sont seules en situation de définir les stratégies mise en œuvre. Les résultats des travaux de recherche qui seront mobilisés dans la présente démarche ont ainsi pour vocation d'éclairer la réflexion du CRES et de l'ensemble des parties prenantes à l'échelon régional.

2

INÉGALITÉS EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ET DE SANTÉ

le contexte



Les inégalités commencent avant la naissance et s'accroissent tout au long de la vie

Quels que soient les indicateurs de santé ou les catégories sociales, l'état de santé s'améliore avec le niveau social. Des données empiriques montrent une relation inverse entre le statut social économique (SSE) et les comportements défavorables à la santé, et des études longitudinales ont montré que les comportements défavorables pendant l'enfance et l'adolescence se prolongent jusqu'à l'âge adulte (Bjorge, 2008). En outre, les données montrent que les inégalités se développent tôt et s'accroissent tout au long de la vie (Currie et al., 2008).

Notre compréhension de l'influence des facteurs de stress parentaux sur le profil génétique de leurs enfants progresse également (Patton et al., 2018). Les problèmes de santé se développent graduellement au cours de la vie (Hanson et Gluckman, 2011). Progressivement, l'accumulation de facteurs ayant un impact négatif (au niveau des individus, de leur environnement immédiat ou d'un contexte social plus large) engendre une vulnérabilité spécifique.

Le gradient social des inégalités concerne l'ensemble de la population

Les inégalités sociales en matière de santé touchent l'ensemble de la population selon un continuum qui, pour un très grand nombre de maladies, suit une hiérarchie sociale même au sein de la population socialement intégrée. Ce gradient social n'existe pas seulement entre les plus pauvres et les autres, mais met en jeu des processus et des déterminants de la santé présents dans l'ensemble de la société. Les problèmes liés à la précarité représentent une situation extrême d'un problème social plus large (Marmot, 2010). Lorsque la société est prospère, la santé de sa population tend également à l'être.

Nous observons aujourd'hui dans les pays à revenu élevé comme l'Angleterre des situations où l'amélioration de la santé depuis le début du XXe siècle s'est inversée (Marmot, 2020). Étant donné que les inégalités traversent l'ensemble de la société selon un même gradient social, le défi consiste non seulement à lutter contre l'exclusion sociale et la pauvreté, mais aussi à s'attaquer à la question de la vulnérabilité et à ses déterminants. Il est important de se centrer sur la réduction du fossé des inégalités plutôt qu'uniquement sur les plus démunis. Dans ce rapport, nous mobilisons des données relatives à la fois aux interventions universelles (axées sur les élèves de divers horizons) et aux programmes ciblés (axés sur les enfants et les jeunes les plus vulnérables).

Les interventions peuvent avoir différents impacts sur le gradient des inégalités

Une intervention efficace peut n'avoir aucun effet sur les inégalités de santé si tous les groupes socioéconomiques en bénéficient de la même manière. Et elle peut également accroître les inégalités de santé si les élèves d'un statut socioéconomique (SSE) plus élevé bénéficient davantage de l'intervention, ou réduire les inégalités en matière de santé si les étudiants d'un SSE inférieur en bénéficient davantage (Lorenc et al., 2013 ; McIntyre, 2007 ; Qadri et al., 2018). Par exemple, les collectivités plus riches sont souvent davantage en mesure de mettre en œuvre une approche fondée sur des milieux favorables à la santé que les collectivités plus vulnérables (Baum,

2008), non seulement pour des des raisons financières, mais aussi en raison de facteurs environnementaux ou de ressources humaines. De même, les établissements des zones favorisées sont plus à même d'avoir les ressources et l'engagement nécessaires pour participer à des projets de promotion de la santé, tandis que les établissements des zones défavorisées sont aux prises avec de faibles niveaux de réussite, un manque de ressources et un nombre élevé d'élèves dans la pauvreté (Baum, 2008). Les interventions dans les établissements soulèvent de nombreuses questions éthiques qui doivent être examinées attentivement (Jourdan, 2012 ; Leahy, 2016).

Une démarche éducative peut créer les conditions d'un développement optimal pour tous les enfants et jeunes

Les facteurs qui influent sur la santé des enfants et des adolescents sont nombreux et interagissent à différents niveaux, de l'individu à l'environnement mondial en passant par l'environnement proche. Les facteurs individuels comprennent la biologie (sexe, origine ethnique, maladie, handicap, etc.), la psychologie (estime de soi, aptitudes sociales, gestion des difficultés ou du stress, attitude à l'égard du risque, danger, etc.) et les habitudes de vie (activité physique, alimentation, sommeil, consommation d'alcool et de drogues, tabagisme, comportement sexuel, etc.). En ce qui concerne l'environnement proche, il s'agit principalement de :

- **La famille** (caractéristiques socio-économiques de la famille, type et composition de la famille, attitudes et valeurs des parents, relation parent-enfant, pratiques éducatives des parents, etc.),
- **L'établissement scolaire** (climat scolaire - politiques d'inclusion, politiques de discrimination et d'intimidation, etc. - pratiques pédagogiques et de leadership, caractéristiques de la population scolaire, ouverture de l'établissement à la communauté, etc.),
- **Les autres milieux de vie** (accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité - par exemple, quartiers, clubs sportifs, associations culturelles, éducation populaire, etc. - soutien social : soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, des pairs, etc.)
- **L'environnement physique** (sécurité et salubrité des logements, des établissements, absence de matières toxiques et de contaminants dans l'air ou l'eau, sécurité environnementale, etc.) qui affecte la santé des enfants (Raphael et al., 2020).

Les valeurs sociales et culturelles (attitudes à l'égard de la violence, place donnée aux jeunes, culture de la compétition ou de la coopération, publicité et incitations à la consommation par les médias, etc.), l'environnement politique et les conditions économiques (politiques sociales, collaboration intersectorielle, niveau et sécurité des revenus, niveau de chômage, etc.), l'organisation des services (disponibilité et accessibilité, coordination territoriale, etc.) influencent la santé des enfants. Les inégalités sont le résultat d'interactions complexes, qui sont causées par un certain nombre de facteurs aux niveaux proximal, intermédiaire et distal. Les facteurs sociaux interagissent avec les facteurs environnementaux et comportementaux.

Tous ces facteurs ont un impact à long terme sur le développement général des personnes parce que l'enfance et l'adolescence sont des périodes spécifiques de croissance rapide. Il ne s'agit pas seulement de la croissance physique, mais aussi de leur capacité à acquérir les compétences sociales, émotionnelles, comportementales, de raisonnement et de communication dont les enfants et les jeunes ont besoin pour la vie.

D'un point de vue éducatif, trois dimensions doivent être prises en compte :



Au-delà des démarches visant à agir sur les comportements défavorables à la santé, telles que la réduction des grossesses chez les adolescentes ou le tabagisme, l'objectif de la promotion de la santé dans les établissements est de donner à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé de manière positive, autonome et responsable.

Les établissements scolaires agissent sur les déterminants des inégalités de santé

Les familles, les communautés et les établissements scolaires sont des partenaires dans l'éducation. Les établissements constituent un cadre parmi d'autres : l'éducation dispensée dans les établissements est appelée formelle, mais il existe également une éducation informelle et non formelle. Même si l'éducation formelle a une influence importante sur la vie des jeunes, elle n'est pas une baguette magique et sa contribution à la réduction des inégalités de santé reste limitée. De mauvais résultats scolaires et de nombreux facteurs externes comme le statut socio-économique sont de solides prédictors d'un faible niveau d'éducation à l'âge adulte (Huurre et al., 2007). En outre, l'école peut amplifier les inégalités sociales, car les enfants issus de milieux défavorisés ont moins de chances de réussir sur le plan scolaire.

À l'échelle mondiale, des progrès considérables ont été réalisés, mais l'éducation reste un défi, en particulier pour les enfants les plus vulnérables et les plus défavorisés. La question n'est pas seulement de savoir comment l'école peut atténuer les inégalités liées aux facteurs sociaux, mais aussi dans quelles conditions il est possible de limiter, voire de supprimer, l'effet amplificateur de l'école sur les inégalités.

En fait, la meilleure façon de réduire les inégalités de santé est de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'éducation, en particulier dans sa capacité à promouvoir la réussite scolaire de tous les enfants et adolescents. Toutes les politiques et pratiques éducatives ne sont pas égales. Réduire le fossé des inégalités signifie aider les systèmes scolaires et éducatifs à adopter des politiques et des pratiques inclusives et équitables. Les établissements scolaires ne doivent pas être considérés simplement comme des cadres pratiques pour la mise en œuvre de programmes de prévention et comme un espace permettant de fournir des connaissances spécialisées sur l'importance du mode de vie pour prévenir les maladies. Les données montrent que lorsque les établissements scolaires ne sont considérés que comme des fournisseurs d'accès aux élèves, le risque est élevé que l'intervention augmente les inégalités.



Pour être efficace dans la réduction des inégalités, la promotion de la santé doit contribuer à - et soutenir - un processus de changement. Ce rapport examine ce que nous savons des politiques et des pratiques inclusives et équitables afin d'aider à définir programme de promotion de la santé dans les établissements scolaires.

3

INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE ET INÉGALITÉS

Nous avons effectué notre revue de la littérature dans une perspective large, afin de répertorier un vaste panel d'approches possibles pour les interventions à développer en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les sections a et b décrivent respectivement les **interventions universelles et ciblées de promotion de la santé dans les établissements scolaires**. Dans la section c, nous adoptons une perspective différente, en étudiant l'impact des pratiques éducatives quotidiennes sur les besoins physiques et émotionnels des élèves.



a. Impact sur les inégalités des interventions sur la santé en milieu scolaire

Parmi les études évaluant l'impact d'une intervention universelle, certaines ont montré des effets d'intervention plus favorables pour les participants issus d'un milieu à faible SSE que pour ceux issus d'un milieu à SSE élevé.



C'est, par exemple, le cas du programme APPLE (Alberta Project Promoting active Living and healthy Eating in Schools) visant à améliorer l'activité physique chez les élèves mis en œuvre au Canada (Vander Ploeg, Maximova, McGavock, Davis, Veugelers, 2014). L'intervention était basée sur une approche globale de la santé scolaire (Comprehensive School Health) « pour faire du choix sain le choix facile ». Le cadre comprenait des mesures liées à l'environnement social et physique, à l'enseignement et l'apprentissage, à la politique d'une école en santé ainsi **qu'aux partenariats et aux services. L'augmentation des niveaux d'activité physique était plus prononcée chez les enfants des groupes à faible niveau de scolarité et à faible revenu que chez les enfants du groupe à revenu moyen et élevé.**

D'autres études n'ont montré aucun impact sur les inégalités, c'est-à-dire que l'effet était le même quel que soit le milieu des élèves.



Trois études réalisées dans le cadre du projet TEENAGE en France et en Belgique ont montré qu'il n'y avait pas d'élargissement ou de réduction significatifs des inégalités (De Bourdeaudhuij et al., 2011). L'une des études était basée sur une intervention globale impliquant les établissements, les familles et la communauté et visait à accroître l'accès à des activités attrayantes pendant les pauses et après les heures de classe, à encourager le soutien social et à offrir des environnements favorisant l'activité physique. Les stratégies utilisées étaient les suivantes : accessibilité accrue grâce à des horaires et des lieux adaptés, libre participation, approches ludiques, rencontre avec les autres, absence de compétition et réduction des obstacles habituels à l'activité physique (Simon et al., 2008). Une autre s'est limitée à une modification de l'environnement physique afin de favoriser l'activité physique pendant les pauses, à midi ou après les heures de classe, avec une séance annuelle de conseils personnels informatisés sur l'activité physique (Haerens, De Bourdeaudhuij, Maes, Cardon, Deforche, 2007). Aucune des interventions n'a pu documenter l'impact sur les inégalités en matière de santé.

Dans certains cas, un impact négatif des approches universelles (augmentation des inégalités) a été observé.



Concernant le programme HHealth In Adolescents (HEIA) (Grydeland et al., 2013), bien que l'effet bénéfique ait été constaté en termes de réduction de l'indice de masse corporelle (IMC) chez les enfants dont les parents ont déclaré un niveau d'éducation élevé, un effet négatif a été constaté pour le rapport taille-poids chez les enfants dont les parents ont déclaré un faible niveau d'éducation dans une étude réalisée dans le programme d'intervention en milieu scolaire du sud-est de la Norvège. De même, une intervention basée sur des visites médicales et dentaires à l'école en Allemagne s'est avérée plus efficace pour les enfants de SSE élevé (Qadri et al., 2018).

Une intervention peut avoir des effets différentiels, selon les résultats considérés.



Par exemple, une intervention en milieu scolaire à composantes multiples peut avoir une incidence sur les habitudes des élèves en matière d'activité physique en augmentant leur activité physique globale. Cet effet de l'intervention semble être respectivement plus marqué chez les filles que chez les garçons, les adolescents peu actifs par rapport aux adolescents très actifs, les élèves ayant un poids normal par rapport à ceux en surpoids et les élèves ayant des parents de niveau de scolarité moyen par opposition à ceux ayant des niveaux de scolarité élevés et faibles (Grydeland et coll., 2013). L'intervention HEIA inclut des actions en classe (leçons sur le comportement alimentaire, pauses fruits/légumes et activité physique, et affiches) et des actions sur l'environnement (promotion de la mobilité active, équipement, suggestions d'amélioration facile des cours d'école, formations destinées aux enseignants et fiches d'information aux parents) (Lien et al., 2010).

Un autre programme global, mis en œuvre en France, a montré un effet positif sur les inégalités lorsque les mesures sont liées à l'établissement (communication sur le VIH avec le personnel scolaire), l'effet étant plus important pour les enfants issus de milieux défavorisés. Mais le même programme a accru les inégalités sur des actions étroitement liées à l'environnement (communication sur le VIH dans la famille) (Berger et al., 2006).

Il existe également des différences dans la cinétique des effets : l'impact d'un programme est d'autant plus rapide et important que l'établissement se trouve dans un environnement favorisé.



Par exemple, une intervention globale de 4 ans dans les écoles primaires en France a produit des effets plus rapides et plus importants lorsque l'établissement se trouvait dans un environnement privilégié ; trois ans de mise en oeuvre ont été nécessaires pour uniformiser l'effet du programme sur les établissements de différents groupes socio-économiques (Jourdan, 2013).



Il existe peu de données concernant les effets sur l'équité des interventions de promotion de la santé en milieu scolaire.

Aucune étude n'a étudié l'impact de la mise en oeuvre d'une politique scolaire de promotion de la santé sur les inégalités. Néanmoins, certaines études ont analysé l'effet différentiel des interventions et ont été incluses dans l'analyse. D'un point de vue méthodologique, les caractéristiques des interventions et des protocoles sont variées ; les études évaluent souvent les effets des programmes sur les besoins fondamentaux et rarement les aspects plus complexes (Newman et al., 2015). Les thématiques de santé sont principalement l'activité physique et la nutrition, mais aussi la santé buccodentaire, les addictions et la prévention du VIH/sida. Toutes ces études sont centrées sur l'évaluation de l'impact des interventions en milieu scolaire ciblant le comportement des élèves, ce qui est une perspective très limitée.

Par ailleurs, une partie de la documentation est consacrée aux interventions ciblant les enfants et les jeunes vulnérables (notamment les populations autochtones, les enfants de faible niveau socio-économique, les migrants). La plupart des travaux de recherche effectués sur les inégalités et les approches ciblées portent sur les inégalités socioéconomiques (dans les pays occidentaux, p. ex. Langlois et al., 2013, ainsi que dans les pays en développement, p. ex. Rousham, 2016). Néanmoins, certaines études ont analysé la contribution potentielle des interventions sur la santé à l'école sur les inégalités liées au handicap (p. ex. Meresman et al., 2016, Munoz et al., 2017), au sexe (p. ex. Novak et al., 2013) ou à l'origine ethnique (p. ex. Kupchik, 2020).

Lorsque l'on constate un impact positif (réduction de la disparité), les études sont pour la plupart des interventions complexes comprenant un volet modifiant l'environnement scolaire (Bonell et al., 2013). Les approches qui visent à modifier les comportements de manière isolée sont souvent inefficaces pour promouvoir l'équité en santé, si elles ne sont accompagnées de changements à plus grande échelle. En effet, les personnes peuvent ne pas avoir accès à des ressources suffisantes pour engager par elles-mêmes les changements attendus (Newman et al., 2015). Par exemple, une intervention associant distribution d'un casque de vélo, conseils et formation a permis de réduire les inégalités dans les pratiques de sécurité à vélo (Kendrick, 2004).

Il est difficile de distinguer l'influence du contenu de l'intervention et le fait que l'intervention améliore les ressources allouées à l'établissement, ce qui pourrait avoir un effet en soi. Un exemple éloquent en est fourni par le programme *APPLE Schools*, où l'un des éléments clés de l'intervention réside dans l'affectation d'un intervenant de santé scolaire à temps plein dans chaque établissement, ce qui n'est pas le cas dans d'autres programmes (Vander Ploeg et al., 2014).

La **phase 1** a montré des résultats contrastés. Il semble que l'impact sur les inégalités dépende non seulement de l'intervention elle-même, mais aussi des critères utilisés. Certains programmes ont un impact positif sur les inégalités, mais d'autres non. Il convient donc d'identifier dans quelles conditions un tel programme pourrait être efficace. Les auteurs fournissent des informations sur le programme, mais il manque des données utiles telles que les ressources humaines allouées au programme.

PHASE 2

b. Impact des interventions de promotion de la santé mises en oeuvre dans les établissements des zones défavorisées

Les interventions ciblées dans les zones défavorisées, les interventions scolaires et environnementales ainsi que les interventions visant à développer le **pouvoir d'agir** de la communauté ont montré une certaine efficacité (voir réf. dans Malin, 2003 ; Bambra et al., 2015 ; Newman et al., 2015).



Les données disponibles provenant d'études menées dans des districts scolaires à faible revenu aux États-Unis ont montré, par exemple, qu'une intervention scolaire multiniveaux de trois ans comprenant activité physique et modifications nutritionnelles avait un impact favorable sur le poids corporel (Cadzow et al., 2015).

En plus des composantes de l'intervention, l'implication de la communauté semblait être un facteur important pour la réussite du programme.

Les établissements ne fonctionnent pas de manière isolée. Un travail considérable a été accompli au cours des dernières décennies sur les interventions communautaires visant à améliorer la santé dans les quartiers défavorisés. Beaucoup d'entre elles impliquent l'établissement scolaire en tant que composante de l'écosystème de vie des enfants, puis en tant qu'espace de mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé (Bloch et al., 2014). Les données montrent que les interventions en milieu scolaire ont le potentiel pour améliorer la santé des jeunes. Par exemple, les fast-foods situés à la proximité des établissements du secondaire sont associés à une consommation moindre de fruits et légumes en Irlande (Kelly et al., 2018). La modification de l'environnement pourrait entraîner des changements dans les comportements liés à la santé (Bonell et al., 2013).

Les programmes d'alimentation scolaire sont conçus pour améliorer l'assiduité, les résultats, la croissance et les effets sur la santé. Ils s'avèrent efficaces pour les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés et minoritaires, en améliorant leur santé physique et mentale et les déterminants plus larges de la santé (Kristjansson et al., 2007). Les approches ciblées peuvent toutefois entraîner des **réticences, des sentiments de honte et risquer de stigmatiser** ceux qui reçoivent des ressources gratuites ou subventionnées (Davies, 2012). Les programmes permettant de d'éviter la stigmatisation des enfants socialement vulnérables grâce à une approche scolaire universelle, avec la distribution de repas scolaires et de collations gratuits à tous les élèves, présentent un intérêt pour la réduction des inégalités.



Par exemple, Yamaguchi, Kondo et Hashimoto (2018) ont démontré que les programmes universels d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire au Japon peuvent contribuer partiellement à une réduction du gradient social dans les apports alimentaires.

Une étude réalisée dans le nord de la Nouvelle-Angleterre a montré que la nourriture délivrée dans le cadre scolaire atténue les disparités liées au revenu des ménages dans la fréquence de consommation de fruits et de légumes chez les adolescents (Longacre et al., 2014). Chez les adolescents ne fréquentant pas la cantine scolaire, le revenu du ménage et la consommation de fruits et légumes sont étroitement corrélés. En revanche, chez les adolescents bénéficiant de la restauration scolaire, la consommation de fruits et de légumes est semblable dans toutes les catégories de revenu. Un programme britannique a permis d'améliorer, pour l'ensemble du gradient social, les habitudes alimentaires, la régularité des repas, le sentiment d'être en bonne santé, les choix alimentaires en dehors de l'établissement scolaire ainsi que le comportement en classe. Le programme a également réduit le nombre d'enfants buvant du soda au petit-déjeuner et se couchant sans avoir dîné (Colquhoun, 2008).

Des résultats similaires sont disponibles lorsque des fruits gratuits sont fournis dans les établissements, en particulier lorsque la distribution des fruits est couplée à l'éducation nutritionnelle (p. ex. Sharma et al., 2016 aux États-Unis). Il a également été démontré en Norvège que la distribution gratuite d'un fruit ou d'un légume par jour pendant une année scolaire a des effets à long terme (Bere et al., 2015). Un suivi sur 7 ans a retrouvé un effet significatif sur la consommation de collations trop sucrées ou trop salées pour les élèves de parents sans études supérieures.

L'impact de **l'environnement physique** scolaire sur la santé des enfants a été étudié (Ridgers et al., 2007). Il existe des preuves solides de l'efficacité des interventions ciblant l'environnement et les services scolaires sur la réduction des inégalités.



The review of Smith et al. (2017) a montré que l'amélioration de la « marchabilité » (ou potentiel piétonnier) dans les quartiers, la qualité des parcs et des terrains de jeux, et la présence d'infrastructures favorisant la mobilité active sont susceptibles de générer des effets positifs sur l'activité des enfants. Certains éléments indiquent que les améliorations des infrastructures pourraient profiter principalement aux groupes socioéconomiquement favorisés. Il semble également que certaines politiques ont un effet différentiel sur les garçons et les filles (Sallis et al., 2003).

Pour mieux comprendre la contribution des établissements à la réduction des inégalités en matière de santé, il est nécessaire de synthétiser les données disponibles sur la réduction des inégalités en général, c'est-à-dire d'examiner les **déterminants d'une éducation équitable et inclusive**.

c. Besoins des élèves : impact des pratiques scolaires sur les inégalités

À ce stade, il semble essentiel d'élargir la perspective. Il n'est pas possible de se limiter à des interventions sur des thèmes restreints. Nous proposons d'inverser la perspective et de partir des besoins des enfants et des adolescents afin d'identifier les pratiques et les politiques susceptibles de réduire les inégalités. Il existe de nombreuses façons d'organiser les besoins pour présenter les données. Il ne s'agit évidemment pas de s'appuyer sur une théorie ou une autre mais simplement d'organiser de grandes quantités de données complexes.

Pour permettre à chacune et à chacun de se repérer, nous avons choisi la plus connue d'entre elles, l'approche de Maslow (McLeod, 2007).

1. Besoins physiologiques

La question de **l'eau** à l'école se rapporte à deux dimensions : l'eau à boire et l'eau pour l'hygiène. L'obligation de fournir de l'eau avec les repas scolaires dans le cadre d'une intervention de lutte contre l'obésité peut avoir comme effet fortuit d'accroître les inégalités de santé dans les quartiers défavorisés où l'eau du robinet est contaminée (Ramirez et Stafford, 2013). Il est également important de s'assurer que les systèmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les écoles répondent bien aux besoins des filles et des élèves handicapés (Redman-Maclaren et al., 2018), au risque de créer des inégalités pour ces groupes.

Le lien entre **l'alimentation** et l'éducation est double : les enfants ne peuvent apprendre convenablement que, d'une part, si leurs besoins fondamentaux sont couverts et, d'autre part, s'il est possible d'améliorer leur alimentation. Comme on l'a vu précédemment, il existe de nombreux articles sur l'impact de l'école en tant qu'« environnement alimentaire » et sur l'effet des interventions ciblant l'alimentation sur les inégalités de santé. L'offre alimentaire étudiée comprend les repas, les collations scolaires et les points de vente au détail situés autour des écoles.



Des programmes de petit-déjeuner ont montré des effets positifs chez les élèves à faible SSE (Moore et al., 2014). Les repas scolaires gratuits (déjeuners), en revanche, montrent des résultats mitigés sur les inégalités. Le personnel des cantines lui-même peut renforcer les inégalités sociales par son attitude envers différents groupes d'élèves (Vancil-Leap, 2016). L'identité de l'école et son « prestige » peuvent influencer la perception de l'alimentation (Silva, Amparo-Santos, Dantas Soares, 2018). En ce qui concerne les collations scolaires, des effets négatifs (plus de grignotage) sont observés chez les jeunes moins favorisés, du fait d'avoir majoritairement des pairs « plus aisés » (Elgar, Xie, Pfortner, White, Pickett, 2016). Même la mise en œuvre pertinente de programmes efficaces de contrôle des allergènes peut réduire les inégalités. Fontcuberta-Famadas et al. (2018) ont constaté une plus grande efficacité de leur intervention dans les petites écoles et dans les zones à faible SSE. L'impact du COVID-19 et de la fermeture des écoles sur l'insécurité alimentaire fait déjà l'objet de certaines études, et constitue une source potentielle d'aggravation des inégalités (Akech, 2020).

Les interventions relatives au **sommeil** ne sont pas mentionnées dans de nombreux articles. Cependant, elles présentent un intérêt en combinaison avec d'autres éléments d'intervention, par exemple dans le cadre des comportements alimentaires - consommation de fruits et de légumes, consommation d'eau du robinet, activité physique et sommeil.



Les comportements alimentaires sont liés aux inégalités socio-économiques et à l'obésité dans l'étude EPODE (Mantziki et al., 2016 ; Mantziki et al., 2014). Ribeiro et Stickgold (2014) ont constaté des déficits de sommeil liés au statut socioéconomique. Ils ont rapporté des études réalisées dans les écoles – recul de l'heure de début des cours, siestes tout au long de la journée – considérant le sommeil comme un outil pédagogique.

D'autres besoins fondamentaux mentionnés dans des études concernent la pollution de l'**air**, les **vêtements** (uniforme) et les **toilettes scolaires**.



Les écoles des zones défavorisées sont davantage exposées aux polluants atmosphériques (Mullen et al., 2020).

Le coût des uniformes peut aggraver les inégalités (Gasson, Pratt, Smith, Calder, 2017), mais les uniformes peuvent également réduire les différences socioéconomiques (Woo, Tam, Bonn, Tagg, 2020). L'utilisation inappropriée des toilettes pour la miction révèle des inégalités entre les sexes – avec une utilisation inappropriée pour plus de filles que de garçons (Chometon et al., 2020).

2 . Besoins de sécurité

La sécurité est la nécessité d'éviter de **nuire à soi-même**, y compris les blessures et les accidents (Belson, Snelling, Heap, 2018). Les expériences de violence au niveau de l'école peuvent façonner les trajectoires futures de la santé et renforcer les inégalités (Boen, Kozlowski, Tyson, 2020).

La discipline scolaire et la technologie de surveillance peuvent avoir des répercussions racialement disproportionnées (Kupchik, 2020 ; Nance, 2014).

Le transport scolaire actif peut poser plus de danger dans les quartiers à faible SSE, où la qualité de l'infrastructure, y compris les trottoirs, est inférieure (Chaufan, Yeh, Ross Fox, 2015 ; Collins et Kearns, 2005 ; Hwang, Joh, Woo, 2017). En outre, la sécurité des jeunes à l'école est liée au renforcement de nombreux types d'inégalités, en ce qui concerne, par exemple, l'intimidation en fonction de l'orientation sexuelle ou de l'origine ethnique ; le statut de migrant ; le genre (Peguero, 2012 ; Shattuck, Willging, Green, 2020). Même le sport organisé peut influencer les inégalités entre les sexes, les blessures sont plus fréquentes chez les garçons (McQuillan et Campbell, 2006).

L'éducation en matière **de santé et de bien-être** pourrait être incluse ici, dans le cadre de la sécurité, pour protéger contre les maladies et les blessures (Belson et al., 2018). De nombreuses études d'interventions existent sur une **l'alimentation saine et l'exercice physique**. Comme indiqué précédemment, les résultats sont mitigés dans ce domaine. Certaines d'entre elles augmentent les inégalités socioéconomiques (Grydeland et al., 2014 ; Langlois et al., 2016) et certaines les réduisent (Vander Ploeg et al., 2014). En ce qui concerne d'autres types d'inégalités, les filles, les élèves issus de minorités ethniques et les groupes LGBTQ peuvent être désavantagés dans le sport (Azzarito, 2012 ; Johnson, 2000 ; Lentillon, Cogérino, Kaestner, 2006). Les interventions en natation n'ont pas réduit les inégalités socioéconomiques en matière de santé en réduisant le déficit de compétences (Pilgaard et al., 2020), mais les initiatives consistant à fournir un casque de vélo ont profité aux élèves de faible SSE (Kendrick et Royal, 2003, 2004).



En ce qui concerne **l'offre d'éducation à la santé**, les données sont également variées. Les études sur l'éducation en matière de santé sexuelle ont des résultats mitigés en termes d'impact sur les inégalités concernant le genre et l'orientation sexuelle (Jones, Pincock, Baird, Yadete, Hamory Hicks, 2020). Plus fondamentalement peut-être, les étudiants défavorisés peuvent avoir une compréhension des concepts de santé différents (Griminger-Seidensticker, Aceti, Knobé, Marchiset, 2020) des étudiants plus aisés, et des préjugés culturels peuvent exister dans l'éducation à la santé actuelle (Soriano-Ayala et Cala, 2019).

La prestation de **services de santé** en milieu scolaire donne des résultats mitigés en matière d'inégalités. On a constaté que le contact avec les infirmières scolaires profite aux élèves défavorisés et réduit les inégalités (Borup et Holstein, 2004), mais il a déjà été noté que les services et les interventions dentaires en milieu scolaire pourraient accroître les inégalités (Burgess-Allen, Braithwaite, Whiston, 2018 ; Qadri, Alkilzy, Franze, Hoffmann, Splieth, 2018).

- Un programme de lutte contre les poux à l'école a réduit les inégalités socio-économiques en matière de santé dans le traitement (Ibarra et al., 2007),
- La prestation de services de télésanté dans les écoles peut particulièrement bénéficier aux élèves des zones rurales (Estai, Bunt, Kanagasingam, Kruger, Tennant, 2018 ; Langbecker, Caffery, Taylor, Theodoros, Smith, 2019).
- Les services de vaccination ont également été étudiés.
- Les programmes de vaccination scolaire contre le HPV peuvent réduire les inégalités, mais les filles vivant en milieu rural peuvent ne pas recevoir leur deuxième dose (Barbaro et Brotherton, 2014). Des problèmes de consentement dans la vaccination des groupes ethniques minoritaires ont été signalés, liés aux services scolaires (Batista Ferrer, Trotter, Hickman, Audrey, 2016).

3. Besoins affectifs et appartenance

Il y a moins d'articles sur les questions **affectives et d'appartenance**, dans les écoles, et leur impact sur les inégalités, mais certains thèmes émergent :

- L'atténuation des micro-agressions racistes dans les écoles peut être obtenue en améliorant le sentiment d'appartenance (Kende, Baysu, Van Laar, Phalet, 2021 ; Riel, 2021 ; Rodriguez, 2021).
- Le sport scolaire peut favoriser l'appartenance, mais il existe également des inégalités persistantes entre les sexes (Sumption et Burnett, 2021).
- Un sentiment d'appartenance à l'école peut réduire les inégalités pour les élèves de minorité sexuelle et de genre (Fenaughty, Lucassen, Clark, Denny, 2019).
- Une intervention scolaire d'appartenance sociale d'une heure a permis d'améliorer les notes des élèves des minorités ethniques sur une longue période et de réduire l'écart de rendement (Kent Butler, Ann Shillingford, Alexander-Snow, 2011 ; Walton et Carr, 2012 ; Walton et Cohen, 2011). La brièveté de l'intervention et son effet soutenu, même parfois inaperçu par le destinataire, ont été particulièrement notés.
- L'étude de Rodriguez (2021) a noté que les tensions omniprésentes dans la communauté environnante peuvent renforcer les inégalités en matière de partenariats communauté-école. Il existe des disparités ethniques dans la perception du climat scolaire (Bottiani, Bradshaw, Mendelson, 2014), et l'épuisement professionnel chez les enseignants était associé à une aggravation des inégalités raciales.
- Les enseignants adaptés à la culture peuvent atténuer les expériences de discrimination raciale à l'école (Bottiani, McDaniel, Henderson, Castillo, Bradshaw, 2020).



4. Estime de soi

Nous avons trouvé moins d'articles pertinents liés à **l'estime de soi** que pour d'autres facteurs. De Araújo Ribeiro, Catrinck et Magalhães (2021) ont affirmé qu'une approche freiréenne du respect du genre et de la diversité sexuelle à l'école peut promouvoir l'égalité.

Au Brésil, Ferreira (2013) a constaté que la mise en œuvre du programme « ProJovem » sur la diversité et l'inclusion pourrait rapprocher les éducateurs et les apprenants et les rendre plus respectueux les uns des autres. Ils ont également souligné la nécessité d'appuyer les éducateurs dans cette entreprise et de les protéger dans leurs relations de travail. Lima, Ferreira, Sanches Neto et Venâncio (2020) ont constaté qu'une intervention fondée sur le respect pendant le sport scolaire peut déconstruire des concepts préjugés / discriminatoires pour promouvoir l'égalité des sexes et réduire la hiérarchie des sexes préexistante. Une intervention pilote basée sur la musique dans les écoles primaires pour promouvoir le respect et l'appréciation d'une série de différences (nationalités, minorités, handicap) a également donné des résultats prometteurs (Rodrigo-Martín, Rodrigo-Martín, Mañas-Viniegra, 2020).



4

**LEVIERS POUR AGIR
EN FAVEUR DE LA
RÉDUCTION DES
INÉGALITÉS
DE SANTÉ**

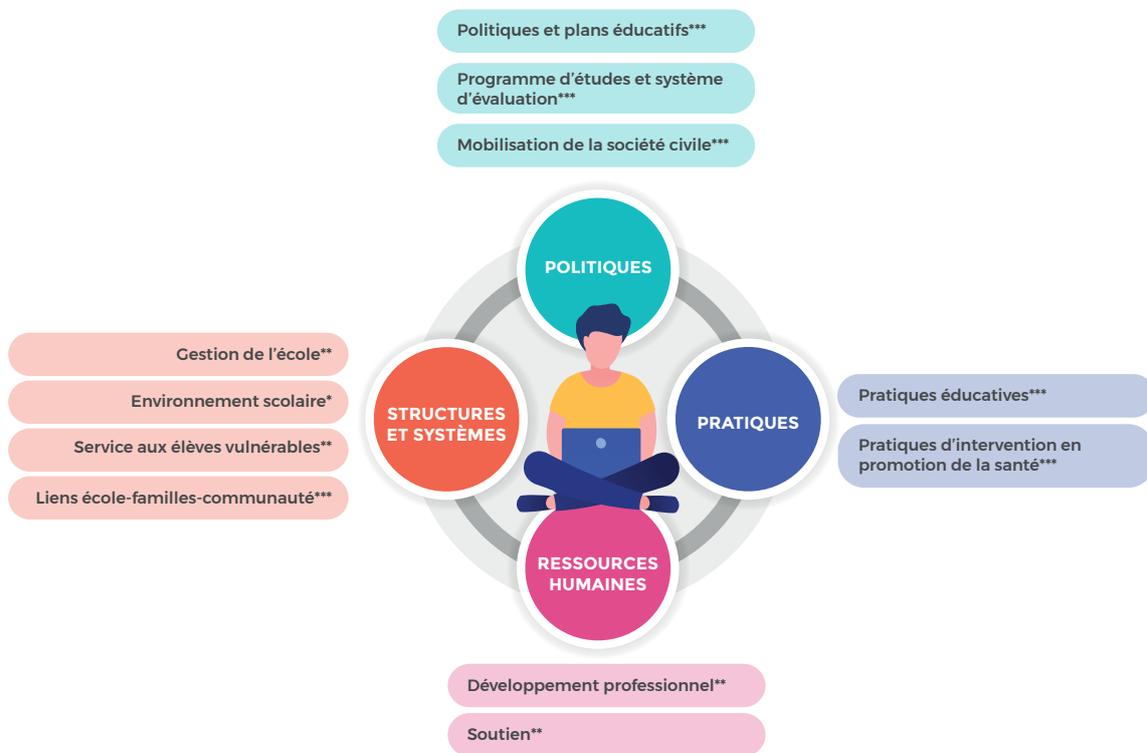


Leviers pour agir en faveur de la réduction des inégalités de santé

a. Éducation et réduction des inégalités

Les politiques et les pratiques à différents niveaux façonnent l'éducation et la scolarité.

En raison du lien étroit qui existe entre l'éducation et la santé, il y a de bonnes raisons de considérer que les politiques et les pratiques qui ont un impact sur la réduction des inégalités en général ont également un impact sur les inégalités en matière de santé. Les données montrent la relation étroite entre la santé, le développement physique, mental et cognitif, la participation à l'école et la réussite scolaire (St Léger et Young, 2009 ; Langford et al., 2014). C'est pourquoi la dernière étape de notre travail a porté sur l'analyse de ce que nous savons de l'influence potentielle de la politique scolaire (gouvernance de l'établissement), de l'environnement physique (sur les besoins fondamentaux tels que la lumière, les systèmes de chauffage et les espaces de jeux), de l'environnement social (climat scolaire, connectivité, pratiques des enseignants), des liens entre les programmes scolaires et la communauté (implication des parents et participation de la communauté) et des services de santé (accès à la santé et aux services sociaux) sur les inégalités. Dans les sections suivantes, nous passons en revue les données disponibles sur la réduction des inégalités et les leviers d'actions visant à promouvoir la santé des enfants et des jeunes (figure 2).



Nature de la preuve :

* Preuve de l'impact direct sur les inégalités en matière de santé

** Preuve de l'impact potentiel sur les inégalités en matière de santé

*** Preuve de l'impact avéré sur les inégalités en matière de santé

Données probantes tirées de l'inclusion et de l'équité dans l'éducation en général

Figure 2 : Synthèse des données sur la contribution potentielle des établissements scolaires à la réduction des inégalités grâce à des politiques et pratiques inclusives et équitables

b. Politiques : que savons-nous des politiques qui favorisent l'inclusion et l'équité ?

→ Les inégalités ne sont pas une fatalité

Les systèmes éducatifs où les élèves défavorisés réussissent sont capables de modérer les inégalités sociales. **Les pays qui mettent en œuvre des politiques équitables réussissent à réduire les inégalités** (OCDE, 2015b).

→ La première priorité pour réduire les inégalités est de faire en sorte que tous les élèves soient scolarisés

Pour améliorer la santé et réduire les inégalités, **la première priorité est d'avoir tous les élèves scolarisés**. Les initiatives qui soutiennent la fréquentation scolaire ont un impact positif sur les inégalités, en particulier, pour les jeunes enfants. L'accès universel à la maternelle, en particulier pour les enfants des communautés à faible revenu et minoritaires, peut faire progresser l'équité en santé. C'est également le cas des politiques et des pratiques visant à réduire le décrochage scolaire (UNESCO, 2017).

→ La société civile joue un rôle important dans le changement éducatif

L'activité des enseignants et l'organisation des systèmes scolaires sont directement liées aux valeurs et aux représentations de la société civile sur « la bonne éducation ». **Les décisions des établissements scolaires sont particulièrement influencées par les attentes, les inquiétudes ou les réactions des parents et des responsables** concernant des approches d'enseignement inclusives et équitables (UNESCO, 2017). Dans de nombreux pays, la question des inégalités à l'école semble secondaire par rapport à la production d'une élite en matière de réussite scolaire. **La promotion de la santé en milieu scolaire doit s'accompagner d'un solide plaidoyer**.

c. Ressources humaines : des professionnels formés

→ Attirer les personnels les plus compétents dans les établissements les plus défavorisés pour promouvoir l'équité

Les données montrent que **le professionnalisme et l'engagement du personnel scolaire, en particulier des enseignants, sont essentiels à la réussite**. Les systèmes éducatifs les plus performants ont tendance à donner systématiquement la priorité à la qualité des enseignants par rapport à d'autres stratégies visant à améliorer l'éducation. Ils investissent dans des salaires d'enseignants attractifs, le développement professionnel continu et un aménagement du temps de travail permettant aux enseignants de se consacrer à leur métier et d'évoluer dans leur carrière. Ils ont tendance à attirer les enseignants et les chefs d'établissement les plus compétents dans les établissements les plus défavorisés, ce qui favorise la réussite de tous les élèves (OCDE, 2015a). La capacité pour les systèmes éducatifs d'attirer des professionnels de santé et du social vers les métiers de la santé scolaire apparaît comme un défi de premier ordre (OMS, 2021).

→ Un dispositif de formation initiale et continue tout au long de sa carrière

Disposer de cadres politiques et institutionnels est nécessaire pour réduire les inégalités, mais ne suffit pas en soi ; **le renforcement des capacités des professionnels est également nécessaire**. Le développement professionnel (formation initiale et continue) permet aux enseignants et aux autres professionnels de l'établissement d'adopter durablement des pratiques équitables et inclusives. **Il doit s'inscrire dans une stratégie cohérente**, dans une vision renouvelée de l'identité professionnelle des enseignants, afin de créer une cohérence entre les différentes missions, besoins et attentes (Jourdan, 2011). L'UNESCO (2017) suggère que la formation doit être basée sur quatre valeurs fondamentales qui sous-tendent la compétence des enseignants à développer et pérenniser des pratiques inclusives :



- 1** Valoriser la diversité des apprenants : les différences des élèves sont perçues comme une ressource et un atout ;
- 2** Soutenir tous les apprenants : les enseignants ont des attentes élevées pour les résultats de tous les élèves ;
- 3** Travailler avec les autres : la collaboration et le travail d'équipe sont des approches essentielles pour tous les enseignants ;
- 4** Développement professionnel continu : les enseignants sont responsables de leur propre apprentissage tout au long de la vie.

Pour réduire les inégalités de santé, les ressources humaines sont cruciales. Attirer les meilleures personnes vers l'éducation, leur donner les moyens de travailler en partenariat et garantir un développement professionnel continu (formation et soutien sur place) sont des moyens efficaces de promouvoir l'équité et l'inclusion dans l'éducation.

d. Structures et systèmes : soutenir les établissements

La gestion des établissements a un impact puissant sur l'équité et l'inclusion

Il a été démontré que la gestion des établissements scolaires a un impact puissant sur l'équité et l'inclusion. Une mauvaise organisation et une mauvaise gestion peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale (Bonell et al., 2013). **Une gestion efficace permet de recentrer l'attention sur l'enseignement et l'apprentissage**, de renforcer les liens entre les élèves, les enseignants et les parents, de promouvoir une

culture de l'éducation au sein des familles, et de favoriser la coopération interinstitutionnelle (Kugelmass et Ainscow, 2004). Le fait d'offrir des services de santé scolaire (actions collectives et individuelles) est une composante essentielle du pilotage des établissements (OMS, 2021). Il est également établi que la collaboration entre établissements peut renforcer la capacité de chacun d'entre eux à répondre à la diversité des élèves (UNESCO, 2017).

→ **L'engagement des parents et de la collectivité est systématiquement associé à la réussite scolaire des élèves**

Les effets des facteurs extrascolaires sur la réussite scolaire sont bien documentés. **La famille, les habitants du quartier et les pairs semblent améliorer les possibilités d'apprendre** dès lors qu'ils permettent d'instaurer de solides relations entre pairs et adultes, des liens avec des réseaux personnels ou autres, des modèles solides entre pairs et adultes, des références identitaires bien définies et des valeurs qui reconnaissent la réussite des jeunes dans de multiples domaines (Honig et al., 2001).

Néanmoins, bien que **l'engagement des parents et des aidants soit constamment associé** à la réussite scolaire des élèves, les données sur la façon d'améliorer le niveau de réussite en augmentant leur engagement sont mitigées et beaucoup moins concluantes, en particulier pour les familles défavorisées (EEF, 2018). L'introduction des principes d'équité et d'inclusion dans les politiques d'éducation nécessite également l'engagement d'autres secteurs et la formation de partenariats entre les principales parties prenantes susceptibles de soutenir et prendre part au processus de changement. Ces parties prenantes comprennent :

- Les parents et les aidants ;
- Les enseignants et autres professionnels de l'éducation ;
- Les formateurs d'enseignants et les chercheurs ;
- Les administrateurs et les responsables au niveau national, local et scolaire ;
- Les décideurs et les fournisseurs de services dans d'autres secteurs (par exemple : santé, protection de l'enfance et services sociaux) ;
- Les associations au sein de la collectivité ;
- Et les membres des groupes minoritaires qui sont menacés d'exclusion (UNESCO, 2017).

L'amélioration de la gestion locale des établissements scolaires est essentielle à une éducation inclusive et équitable.

→ **Améliorer le climat scolaire**

La capacité des établissements à protéger et engager les élèves, et à permettre aux enseignants de jouer un rôle plus large dans le développement des jeunes, est un déterminant de la santé et du bien-être dans les établissements (Rathmann et al., 2018).

Cela est particulièrement vrai dans les zones défavorisées et les établissements où les taux de violence, de consommation de drogues et autres comportements à risque sont élevés.

En outre, **le climat scolaire - en particulier la relation élève-enseignant - est un déterminant de l'assiduité et de la réussite scolaire des élèves vulnérables**. Les données relatives à l'amélioration du climat scolaire sont limitées, mais convergent autour de plusieurs thèmes généraux d'intervention (EEF, 2018) :

- L'intégration du climat scolaire dans la politique scolaire ;
- Les programmes d'apprentissage social et émotionnel en classe ;
- Le soutien et le cadre donnés par les enseignants en classe ;
- Les séances en petits groupes pour les élèves ayant des problèmes de comportement ;
- Les relations individuelles entre élèves ; la participation des élèves dans les prises de décision au sein de l'établissement ;
- Les partenariats avec la communauté.

Tous ces éléments ont un impact positif sur le climat scolaire (Voight et Nation, 2016).

Promouvoir un bon climat scolaire et le bien-être de tous les élèves est un moyen de réduire les inégalités en améliorant les résultats scolaires.

e. Pratiques : promouvoir des pratiques éducatives inclusives et équitables

Toutes les pratiques éducatives ne favorisent pas l'équité et l'inclusion. Nous avons sélectionné ici les principes pour lesquels nous disposons de données scientifiques suffisantes.

→ Avoir des ambitions élevées pour tous les élèves et leur faire des retours

Les enseignants ont généralement moins d'exigences et d'attentes envers les élèves issus de milieux socio-économiques défavorisés, même si leurs résultats sont similaires à ceux issus de milieux plus favorisés. Les élèves et leurs parents eux-mêmes peuvent également avoir de moindres ambitions.

Les systèmes les plus équitables et les plus inclusifs sont ceux pour lesquels les élèves, les parents, les enseignants et le public partagent la conviction que tous les élèves sont capables d'atteindre des niveaux élevés et mettent tout en œuvre pour cela.

Dans ces systèmes éducatifs, les élèves qui commencent à prendre du retard sont rapidement identifiés, leur problématique est diagnostiquée avec précision et une ligne de conduite appropriée est adoptée le plus promptement possible. Certains élèves peuvent recevoir plus de ressources que d'autres, parce que leurs besoins sont plus grands ; l'équité justifie en effet que les élèves ayant les plus grands besoins reçoivent le plus de ressources (OCDE, 2015a).

→ Participation des élèves et éducation

Les données de la recherche montrent **qu'encourager la participation des élèves est une bonne façon d'utiliser les ressources disponibles**, en particulier les ressources humaines, pour soutenir l'apprentissage

avec des effets positifs pour les élèves eux-mêmes, l'école en tant qu'organisation, ainsi que les interactions et les relations sociales au sein de l'établissement scolaire.

Presque toutes les études ont montré une satisfaction, une motivation et une responsabilisation accrues, une progression des aptitudes, des compétences et des connaissances, un développement personnel, des effets positifs sur la santé et une incidence sur les perspectives des étudiants (Jourdan et al., 2016 ; Griebler et al., 2017). En particulier, il existe des preuves solides en faveur des approches qui encouragent la coopération entre les élèves afin de maximiser la participation, tout en atteignant des niveaux d'apprentissage élevés pour tous les membres d'une classe (Bonell et al., 2013). Ces données suggèrent que de telles pratiques peuvent être efficaces pour soutenir la participation des élèves en situation de vulnérabilité (UNESCO, 2017).

→ **Un large éventail d'activités pourrait contribuer à la réussite d'élèves issus de milieux différents**

L'amélioration de la qualité de l'éducation passe également par **des activités autres que les matières principales**, telles que les activités artistiques, les sports, les activités de plein air, le jardinage. Les effets de la participation aux activités artistiques sur l'apprentissage scolaire semblent positifs (Vaughan et al., 2011). De meilleurs résultats ont été constatés en anglais, en mathématiques et en sciences. Des bénéfices ont été constatés dans les établissements primaires et secondaires, avec des effets plus importants en moyenne pour les jeunes élèves et, dans certains cas, pour les élèves défavorisés. Les études rapportent également de façon systématique des attitudes plus positives à l'égard de l'apprentissage et un bien-être accru (EEF, 2018). Les jardins et les vergers scolaires peuvent avoir une incidence sur la disponibilité des fruits et des légumes dans l'environnement familial (Wells et al., 2018).

C'est également le cas pour les **activités rattachées à des programmes universels d'apprentissage social et émotionnel ou à des activités d'autorégulation**. Comparativement aux groupes témoins, les élèves qui ont bénéficié de telles activités ont montré une amélioration significative de leurs compétences sociales et émotionnelles, de leurs attitudes et comportement et de leurs résultats scolaires (Durlak et al., 2011 ; Weare, 2015 ; EEF, 2018).

Il est clair que **l'éducation et la santé sont interdépendantes** et peuvent être considérées comme synergiques dans leur relation. Les données suggèrent que :

- Les jeunes en bonne santé sont plus susceptibles d'apprendre efficacement ;
- La promotion de la santé peut aider les établissements à atteindre leurs visées sociales et à améliorer le niveau scolaire ;
- Les jeunes qui sont scolarisés ont de meilleures chances d'être en bonne santé ;
- Les jeunes qui se sentent bien dans leur établissement scolaire et qui ont des liens avec l'établissement et des adultes référents ont moins de chances d'adopter des comportements à haut risque et sont plus susceptibles d'obtenir de meilleurs résultats scolaires (Young et al., 2013).

5

**LA CONTRIBUTION
DE LA PROMOTION
DE LA SANTÉ EN
MILIEU SCOLAIRE À
LA RÉDUCTION DES
INÉGALITÉS**



Notre revue de la littérature montre que **les établissements scolaires peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé, mais qu'ils ne possèdent pas de « baguette magique »**. Leur contribution n'est qu'une contribution parmi d'autres qui peuvent faire une différence.

Il est nécessaire :

- D'améliorer la qualité de l'éducation,
- D'élaborer des politiques et des pratiques équitables et inclusives,
- De développer le pouvoir d'agir des parties prenantes
- Et d'établir des liens plus étroits entre les établissements scolaires, les familles et les communautés locales.

Pour être efficace sur la réduction des inégalités, la promotion de la santé doit - avec les personnes impliquées dans l'éducation des enfants – soutenir un processus de changement et y contribuer. Le cadre de la promotion de la santé est potentiellement pertinent pour fédérer et stimuler les forces des professionnels, des enfants, des parents et des autres parties prenantes.

Dans ce rapport, nous avons fait la distinction entre les « pratiques de promotion de la santé » qui désignent les activités à l'intérieur des établissements et les « interventions de promotion de la santé » qui désignent les interventions ou les programmes qui soutiennent les établissements dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques ou des pratiques de promotion de la santé.

Ainsi, les six dimensions d'une école promotrice de santé sont fondées sur les données scientifiques :

- La gestion de l'établissement (politiques scolaires de promotion de la santé),
- L'environnement et les services scolaires (environnement physique et social de l'établissement, services de santé),
- Le lien avec l'écosystème de vie de l'élève (liens familiaux et communautaires)
- Et les pratiques d'enseignement (programme d'études et enseignement) ces éléments se sont avérés être des leviers de réduction des inégalités.

Concernant les **interventions** de promotion de la santé, la contribution de la promotion de la santé dans les établissements à réduire les inégalités de santé peut être décrite comme suit (figure 3) :

- Communiquer aux niveaux national, régional et local sur **les déterminants des inégalités** et les moyens d'agir globalement sur ces déterminants (fonction politique).
- Soutenir le **processus de changement** des politiques et des pratiques avec les personnes impliquées dans l'éducation des enfants, en développant les compétences en gestion du changement au niveau local : données,

méthodes, outils sur les pratiques inclusives et équitables... (fonction technique).

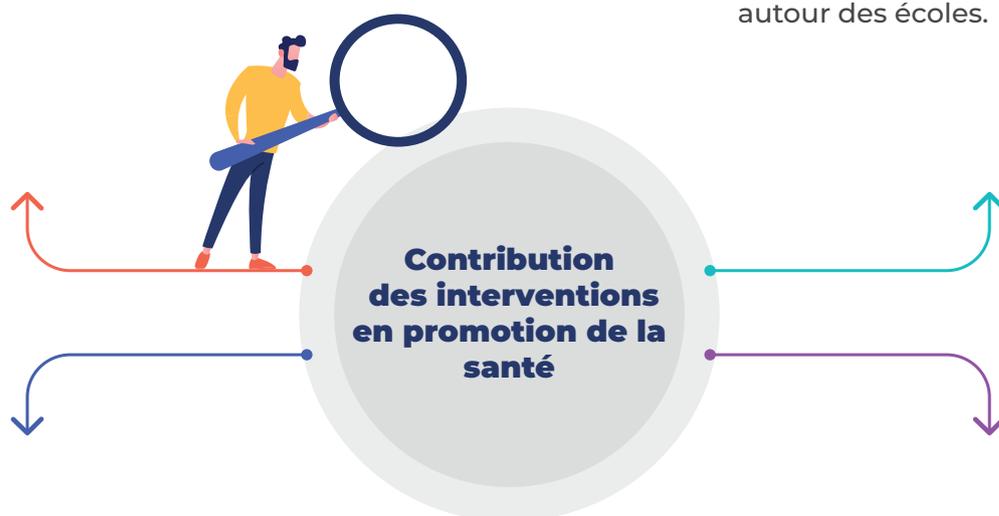
- **Contribuer au renforcement des capacités des professionnels des établissements scolaires, des enfants, des parents/aidants et des acteurs de la communauté** (fonction de renforcement des capacités). L'objectif est d'aider chaque individu dans les secteurs de l'éducation, du social et de la santé, à mettre en pratique l'ambition de réduire les inégalités.
- **Renforcer les données scientifiques** en produisant des connaissances sur les politiques et les pratiques de promotion de la santé et leur impact sur les inégalités (fonction scientifique), et mettre en application les données acquises aux niveaux local et national.

Fonction publique

Contribuer au changement vers des politiques éducatives favorisant la santé.

Fonction de renforcement des capacités

Renforcement des capacités (secteurs de la santé, de l'éducation et du social) au sein des écoles et autour des écoles.



Fonction technique

Soutenir les écoles et les communautés en offrant des données, une méthodologie, un soutien à l'élaboration de

Fonction scientifique

Renforcer la base de données factuelles, produire des données contextualisées sur les politiques et les pratiques.

Figure 3 : Contribution des interventions et programmes de promotion de la santé en milieu scolaire à la réduction des inégalités de santé

6

**DES PISTES POUR
LE TRAVAIL
INTERSECTORIEL**



a. Que sait-on de la relation entre les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire et les inégalités en matière de santé ?

Il existe une quantité importante de documents évalués par des pairs sur la mise en œuvre et les effets des interventions sur la santé dans les établissements, et notamment sur les approches universelles et ciblées.

Malheureusement, l'impact de nombreuses interventions sur les inégalités n'a pas été exploré en tant que tel ; là où il a été signalé, l'accent a été porté sur les facteurs socioéconomiques, en ne tenant pas compte d'autres puissantes sources d'inégalités (par exemple, raciales/ethniques, d'orientation sexuelle, urbaines/rurales). Cependant, il existe une reconnaissance croissante de la capacité des activités scolaires – et notamment les pratiques éducatives quotidiennes – à agir sur la santé des enfants et des jeunes à la fois maintenant et au fil de leur transition vers la vie adulte.

L'établissement scolaire ne peut être dissocié du reste de l'écosystème de vie des jeunes. Ce qui se passe à la maison et dans la communauté a une grande importance – et une grande incidence – pour renforcer les messages sur la santé. Inversement, ce qui se passe hors de l'établissement scolaire peut également annuler le bénéfice des programmes et des informations partagées.

Nous avons étudié de la manière la plus large possible l'interaction entre les élèves et les établissements scolaires. Nous avons analysé leur « aptitude à apprendre » en explorant des publications relatives à la prise en compte de leurs besoins. Il est clair **qu'un enfant ou un adolescent qui n'a pas accès :**

- **à une alimentation,**
- **de l'eau**
- **et des vêtements suffisants**

ne se trouvera pas dans de bonnes conditions pour apprendre, et nous soulignons les bénéfices globaux des interventions en milieu scolaire qui répondent à ces besoins fondamentaux.

De même, **il est peu probable qu'un enfant qui ne se sent pas en sécurité sur le chemin de l'école, ou même à l'école, soit en mesure de donner le meilleur de lui-même.** Certains élèves, par exemple, peuvent utiliser les toilettes comme refuge, tandis que d'autres les évitent comme des lieux possibles d'agression. Nous notons des effets différents au sujet de la discipline et de la surveillance à l'école sur certains groupes d'élèves, en particulier le potentiel d'accroissement des inégalités raciales.

La promotion de la santé, par le biais d'interventions sur les structures et les pratiques impliquant l'ensemble de la communauté, peut permettre de relever ces défis majeurs.

Une fois les besoins fondamentaux satisfaits, des idées et des messages plus complexes peuvent être introduits, de façon adaptée à l'âge des élèves. Relations avec les pairs, activité physique, santé mentale et autonomie sont autant de thématiques possibles de discussion. Peuvent également être abordés avec discernement la question de la vaccination en milieu scolaire, et d'autres services de santé.

L'enjeu est avant tout de créer un environnement où les élèves sont prêts à apprendre et à donner le meilleur d'eux-mêmes, **car l'éducation est en soi le meilleur moyen de combler le fossé des inégalités.**

Les activités de promotion de la santé dans les établissements scolaires reconnaissent la double contribution des comportements individuels d'une part, et du changement structurel d'autre part (Cohen, Scribner, Farley, 2000).

De nombreuses interventions analysées dans ce rapport visent non seulement à fournir des informations concernant les comportements individuels, mais aussi à apporter un soutien pratique pour favoriser le succès de l'action. C'est le cas, par exemple, des interventions proposant des fruits gratuits au sein de l'établissement, pour encourager une plus grande consommation de fruits en général.

Nous disposons donc d'une multitude de données-clés, mais il reste encore beaucoup à faire et à étudier.

b. Quelle pourrait être la contribution de la promotion de la santé en milieu scolaire ?

Que nous abordions les questions à partir de la littérature sur les interventions existantes ou que nous partions des besoins des élèves, les éléments susceptibles d'avoir le plus d'impact sur la réduction des inégalités de santé demeurent les mêmes :



- 1 Soutenir les enseignants** en intégrant des pratiques de promotion de la santé - et une sensibilisation accrue à leur impact potentiel sur les inégalités de santé - dans leur formation initiale et continue,
- 2 Faire des établissements scolaires des environnements favorables à la santé**, qui répondent aux besoins holistiques des élèves. Autrement dit, mettre les paroles en actes, en facilitant et en encourageant les comportements favorables à la santé,
- 3 Garantir l'accès aux services sociaux et de santé** au sein des établissements et assurer l'interface avec le système de prévention et de santé de la communauté.

Cette étude a également montré que de nombreuses activités quotidiennes dans les établissements (distribuer des repas et des boissons, faire du sport, maintenir la discipline, assurer la sécurité de l'environnement, promouvoir la cohésion au sein de l'établissement) peuvent avoir une incidence sur les inégalités de santé. Elles n'ont peut-être pas de lien évident avec les programmes de promotion de la santé, mais nous espérons avoir montré qu'elles s'inscrivent dans le cadre de cette mission.

Il ne fait guère de doute que les **établissements scolaires peuvent être**

Cette étude a également montré que de nombreuses activités quotidiennes dans les établissements (distribuer des repas et des boissons, faire du sport, maintenir la discipline, assurer la sécurité de l'environnement, promouvoir la cohésion au sein de l'établissement) peuvent avoir une incidence sur les inégalités de santé. Elles n'ont peut-être pas de liens évidents avec les programmes de promotion de la santé, mais nous espérons avoir montré qu'elles s'inscrivent dans le cadre de cette mission.

Il ne fait guère de doute que les **établissements scolaires peuvent être catalyseurs de changement dans leurs communautés, mais seulement s'il existe un programme impliquant les familles, les professionnels de santé et les autorités locales** pour maximiser le potentiel des enfants et des jeunes (Jourdan et al., 2021).

La réussite viendra du renforcement des capacités des personnes qui comprennent la culture et le contexte locaux et se sentent en pouvoir d'agir.

c. Créer de la cohérence à l'échelon local

Quatre différents groupes d'acteurs doivent être associés à ce projet de partage des connaissances. En effet, **les savoirs se transmettent dans les deux sens** – la connaissance du système est primordiale pour développer une stratégie de promotion de la santé en milieu scolaire qui soit réaliste et adaptée au contexte :



PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé de l'Éducation nationale jouent un rôle de pivot quant à la promotion de la santé de tous et à la réduction des inégalités (OMS, 2021) et ce par leurs actions à finalités collective comme individuelle. Ils sont également en situation de créer une interface efficace avec les structures de soin et ce notamment pour les élèves en situation de vulnérabilité. Nos récents travaux sur la réouverture des écoles pendant la pandémie ont montré un manque de relation entre les établissements scolaires et les professionnels de santé locaux (Gray et Jourdan, 2021), alors que ceux-ci peuvent constituer une source importante de soutien et de plaidoyer. Nous encourageons donc l'instauration d'une collaboration entre ces deux acteurs afin d'agir pour le développement des capacités et le plaidoyer (Jourdan et al., 2021).



COMMUNAUTÉS

Les élèves, les familles, les responsables associatifs et les décideurs locaux peuvent contribuer à renforcer la cohérence entre les démarches conduites au sein des établissements scolaires et celles portées par d'autres structures locales. Ils peuvent également diffuser les informations et mener des actions de sensibilisation.



MANAGEMENT

Nous avons montré que l'environnement, les ressources et les politiques scolaires façonnent les pratiques et les comportements. L'engagement et le professionnalisme des cadres de l'éducation est un levier central en vue de la réduction des inégalités de santé.



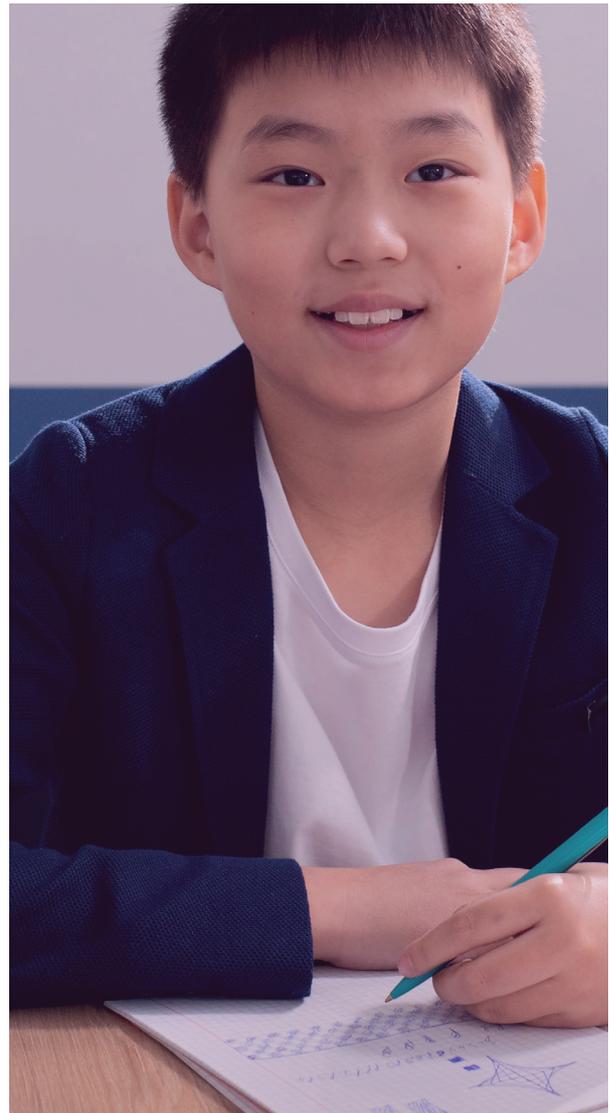
ENSEIGNANTS

Les pratiques pédagogiques quotidiennes relatives à la promotion de la santé dépendent de la formation initiale et continue, du développement professionnel, de l'interaction avec de l'interaction entre collègues et des retours et attentes d'autres personnes influentes, comme les parents. L'intégration de la promotion de la santé dans la mission globale des enseignants est un enjeu d'identité professionnelle de premier ordre.

Bien sûr, ces groupes d'acteurs ne s'excluent pas mutuellement – **de nombreux professionnels de la santé et de l'éducation sont aussi souvent des familles ancrées dans leurs communautés.** Ces différentes perspectives liées à la vie professionnelle et personnelle de chacun sont autant d'atouts sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour enrichir et approfondir le développement stratégique de la promotion de la santé en milieu scolaire.

“ La co-création et la promotion de la santé sont des concepts mutuellement bénéfiques, qui fournissent un cadre pour une pratique participative, collaborative, ancrée dans les contextes et fondée sur les données scientifiques, qui reflète la nature complexe de la santé¹. ”

Heimburg et Cluley, 2021



⁽¹⁾ Traduction par nos soins de la citation originale: "Co-creation and health promotion are mutually beneficial concepts, providing a framework for participative, collaborative, context-sensitive and knowledge-based practice that reflects the complex nature of health."



Le présent rapport constitue l'une des sources d'un travail collaboratif porté par le CRES et qui associera les différentes parties prenantes : chercheurs, professionnels, citoyens engagés dans l'objectif de soutenir les écoles et les établissements dans leurs démarches visant la réduction des inégalités de santé. L'approche utilisée est fondée sur l'écologie des savoirs (Santos, 2014) qui vise à articuler les connaissances issues de la recherche internationale avec les politiques et les pratiques concrètes.

Cette étape permettra d'enrichir et d'organiser les données en vue du processus de partage de connaissances. Il s'agira ensuite de s'engager dans la création d'outils de partage de connaissances en utilisant le cadre d'une démarche de « conception continuée dans l'usage » (Cèbe et Goigoux, 2018) de façon à garantir sa pertinence vis-à-vis des besoins des parties prenantes.



RÉFÉRENCES



1. **Akech, J. G.** (2020). Exacerbated inequalities: Implications of covid-19 for the socio-economic rights of women and children in South Sudan. *African Human Rights Law Journal*, 20(2), 584-606. doi:10.17159/1996-2096/2020/v20n2a10
2. **Arksey, H., & O'Malley, L.** (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
3. **Azzarito, L.** (2012). Photography as a pedagogical tool for shedding light on 'bodies-at-risk' in physical culture. *Visual Studies*, 27(3), 295-309. doi:10.1080/1472586X.2012.717746
4. **Bambra, C. L., Hillier, F. C., Cairns, J.-M., Kasim, A., Moore, H. J., & Summerbell, C. D.** (2015). How effective are interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among children and adults? Two systematic reviews. Southampton (UK): NIHR Journals Library. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK273911/>
5. **Barbaro, B., & Brotherton, J. M. L.** (2014). Assessing HPV vaccine coverage in Australia by geography and socioeconomic status: Are we protecting those most at risk? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(5), 419-423. doi:10.1111/1753-6405.12218
6. **Batista Ferrer, H., Trotter, C. L., Hickman, M., & Audrey, S.** (2016). Barriers and facilitators to uptake of the school-based HPV vaccination programme in an ethnically diverse group of young women. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 38(3), 569-577. doi:10.1093/pubmed/fdv073
7. **Baum, F.** (2008). *The New Public Health* (3rd edition). South Melbourne: Oxford University Press.
8. **Belson, S. I., Snelling, A., & Heap, E.** (2018). Reconsidering Maslow: the role of the school health policy in a holistic approach to child health and wellness. *J Educ Soc Policy*, 5, 9-19.
9. **Bere, E., te Velde, S. J., Småstuen, M. C., Twisk, J., & Klepp, K.-I.** (2015). One year of free school fruit in Norway--7 years of follow-up. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 139. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0301-6>
10. **Berger, D., Barnoin, J., & Jourdan, D.** (2006). Health Education in Primary Schools: The Effects of an Educational Programme on the Representations of HIV/AIDS in Children. *Science Education International*, pp. 221-290.
11. **Bjorge T, Engeland A, Tverdal A, Smith GD:** Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a followup of 230,000 Norwegian adolescents. *Am J Epidemiol* 2008, 168(1):30-37.
12. **Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H. C., Clausen, L. T., Mikkelsen, B. E., Poulsen, K., & Jensen, B. B.** (2014). Revitalizing the setting approach - supersettings for sustainable impact in community health promotion. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 118. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0118-8>
13. **Boen, C. E., Kozlowski, K., & Tyson, K. D.** (2020). "Toxic" schools? How school exposures during adolescence influence trajectories of health through young adulthood. *SSM - Population Health*, 11. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100623
14. **Bonell, C., Jamal, F., Harden, A., Wells, H., Parry, W., Fletcher, A., ... Moore, L.** (2013). Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Southampton (UK): NIHR Journals Library. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262770/>
15. **Bonell, C., Wells, H., Harden, A., Jamal, F., Fletcher, A., Thomas, J., ... Moore, L.** (2013). The effects on student health of interventions modifying the school environment: systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(8), 677-681. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202247>
16. **Borup, I., & Holstein, B. E.** (2004). Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 343-350. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00302.x
17. **Bottiani, J. H., Bradshaw, C. P., & Mendelson, T.** (2014). Promoting an equitable and supportive school climate in high schools: The role of school organizational health and staff burnout. *Journal of School Psychology*, 52(6), 567-582. doi:10.1016/j.jsp.2014.09.003
18. **Bottiani, J. H., McDaniel, H. L., Henderson, L., Castillo, J. E., & Bradshaw, C. P.** (2020). Buffering Effects of Racial Discrimination on School Engagement: The Role of Culturally Responsive Teachers and Caring School Police. *Journal of School Health*, 90(12), 1019-1029. doi:10.1111/josh.12967

19. **Braveman, P., & Gottlieb, L.** (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19–31.
20. **Burgess-Allen, J., Braithwaite, M., & Whiston, S.** (2018). Challenges associated with implementation of a school-based tooth-brushing and fluoride varnish programme in a diverse and transient urban population. *Community Dental Health*, 35(2), 71-74. doi:10.1922/CDH_4101Burgess-Allen04
21. **Cadzow, R. B., Chambers, M. K., & Sandell, A. M. D.** (2015). School-Based Obesity Intervention Associated with Three Year Decrease in Student Weight Status in a Low-Income School District. *Journal of Community Health*, 40(4), 709–713. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-9989-0>
22. **Chaufan, C., Yeh, J., Ross, L., & Fox, P.** (2015). You can't walk or bike yourself out of the health effects of poverty: active school transport, child obesity, and blind spots in the public health literature. *Critical Public Health*, 25(1), 32-47. doi:10.1080/09581596.2014.920078
23. **Chometon, T., Cortey, C., Marchand-Tonel, C., Saunders, L., Cichelero, V., Lang, T., ... Claudet, I.** (2020). Voiding dysfunction and access to toilets among elementary school children: A Toulouse school district study. *Sante Publique*, 32(5-6), 441-449. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85102912055&partnerID=40&md5=996b4083e8c11de90a579c008e9f119f>
24. **Cohen, D. A., Scribner, R. A., & Farley, T. A.** (2000). A Structural Model of Health Behavior: A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level. *Preventive Medicine*, 30(2), 146-154. doi:<https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0609>
25. **Collins, D. C. A., & Kearns, R. A.** (2005). Geographies of inequality: Child pedestrian injury and walking school buses in Auckland, New Zealand. *Social Science and Medicine*, 60(1), 61-69. doi:10.1016/j.socscimed.2004.04.015
26. **Colquhoun, D.** (2008). Evaluation of Eat Well Do Well, 107.
27. **Controlled intervention. Int J Obes** (Lond). 32(10):1489-98.
28. **Currie C, Gabhain S, Godeau E, C R, Smith R, Curie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, V B:** Inequalities in young people's health. HBSK international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2008.
29. **Darlington, E., Mannix McNamara, P., & Jourdan, D.** (2017). Enhancing the Efficacy of Health Education Interventions: Moving the Spotlight from Implementation Fidelity to Quality of the Implementation Process. In *Reforming Education and the Imperative of Constant Change: Ambivalent roles of policy and the role of educational research*. Copenhagen, Denmark: ECER 2017. Retrieved from <https://hal-clermont-univ.archives-ouvertes.fr/hal-01673720>
30. **Davies, C.** (2012). School breakfast programme, 36.
31. **De Araújo Ribeiro, M. C. M., Catrinck, I. M. O., & Magalhães, S. A. B.** (2021). A Paulo Freire based education in favor of gender equality in contemporary Brazil. *Praxis Educativa*, 16. doi:10.5212/PraxEduc.v.16.16640.030
32. **De Bourdeaudhuij I, Van Cauwenberghe E, Spittaels H, Oppert JM, Rostami C, Brug J, et al.** (2011). School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in
33. **Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B.** (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
34. **Education Endowment Foundation.** (2018). Teaching and Learning Toolkit. Retrieved 5 November 2018, from <https://educationendowmentfoundation.org.uk/evidence-summaries/teaching-learning-toolkit>
35. **Elgar, F. J., Xie, A., Pfortner, T. K., White, J., & Pickett, K. E.** (2016). Relative deprivation and risk factors for obesity in Canadian adolescents. *Social Science and Medicine*, 152, 111-118. doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.039
36. **Estai, M., Bunt, S. M., Kanagasingam, Y., Kruger, E., & Tennant, M.** (2018). A resource reallocation model for school dental screening: taking advantage of teledentistry in low-risk areas. *International Dental Journal*, 68(4), 262-268. doi:10.1111/idj.12379

37. Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obes Rev.* 12(3):205-16.

38. Fenaughty, J., Lucassen, M. F. G., Clark, T., & Denny, S. (2019). Factors Associated with Academic Achievement for Sexual and Gender Minority and Heterosexual Cisgender Students: Implications from a Nationally Representative Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(10), 1883-1898. doi:10.1007/s10964-019-01124-w

39. Ferreira, M. I. C. (2013). Educators and the implementation of guidelines against inequality: The case of the proJovem Urbano Program. *Educacao e Pesquisa*, 39(1), 161-175. doi:10.1590/S1517-97022013000100011

40. Fontcuberta-Famadas, M., Serral, G., López, M. J., Balfagón, P., García-Cid, E., & Caballé-Gavaldà, L. (2018). Evaluation of an intervention to improve the management of allergens in school food services in the city of Barcelona. *Allergologia et Immunopathologia*, 46(4), 334-340. doi:10.1016/j.aller.2017.11.002

41. Gasson, N. R., Pratt, K., Smith, J. K., & Calder, J. E. (2017). The Impact of Cost on Children's Participation in School-Based Experiences: Parents' Perceptions. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 52(1), 123-142. doi:10.1007/s40841-016-0046-z

42. Gray, N. J., & Jourdan, D. (2021). Co-operation and consistency: a global survey of professionals involved in reopening schools during the COVID-19 pandemic. *Health Education*, ahead-of-print(ahead-of-print). doi:10.1108/HE-07-2020-0054

43. Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health Promotion International*, 32(2), 195-206. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat090>

44. Grimminger-Seidensticker, E., Aceti, M., Knobé, S., & Marchiset, G. V. (2020). Health concepts among socially disadvantaged children in France, Germany and Switzerland. *Health Promotion International*, 35(1), 17-26. doi:10.1093/heapro/day099

45. Grydeland, M., Bergh, I. H., Bjelland, M., Lien, N., Andersen, L. F., Ommundsen, Y., Anderssen, S. A. (2013). Intervention effects on physical activity: the HEIA study - a cluster randomized controlled trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 17. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-17>

46. Grydeland, M., Bjelland, M., Anderssen, S. A., Klepp, K. I., Bergh, I. H., Andersen, L. F., ... Lien, N. (2014). Effects of a 20-month cluster randomised controlled school-based intervention trial on BMI of school-aged boys and girls: The HEIA study. *British Journal of Sports Medicine*, 48(9), 768-773. doi:10.1136/bjsports-2013-092284

47. Grydeland, M., Bjelland, M., Anderssen, S. A., Klepp, K.-I., Bergh, I. H., Andersen, L. F., Lien, N. (2014). Effects of a 20-month cluster randomised controlled school-based intervention trial on BMI of school-aged boys and girls: the HEIA study. *British Journal of Sports Medicine*, 48(9), 768-773. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092284>

48. Haerens, L., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Cardon, G., & Deforche, B. (2007). School-based randomized controlled trial of a physical activity intervention among adolescents. *Journal of adolescent health*, 40(3), 258-265.

49. Hahn, R. A., Rammohan, V., Truman, B. I., Milstein, B., Johnson, R. L., Muntañer, C., ... Community Preventive Services Task Force. (2014). Effects of full-day kindergarten on the long-term health prospects of children in low-income and racial/ethnic-minority populations: a community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), 312-323. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.12.003>

50. Hanson M and Gluckman P (2011) Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications *Am J Clin Nutr.* 2011 Dec;94(6 Suppl):1754S-1758S.

51. Heimborg, D. v., & Cluley, V. (2021). Advancing complexity-informed health promotion: a scoping review to link health promotion and co-creation. *Health Promotion International*, 36(2), 581-600.

52. Huurre, T., H. Aro, O. Rahkonen, et E. Komulainen (2006). School factors in adolescence : Predicting adult educational level. *Educational Research* 1(48), 41-53.

53. Hwang, J., Joh, K., & Woo, A. (2017). Social inequalities in child pedestrian traffic injuries: Differences in neighborhood built environments near schools in Austin, TX, USA. *Journal of Transport and Health*, 6, 40-49. doi:10.1016/j.jth.2017.05.003

- 54. Ibarra, J., Fry, F., Clarice, W., Olsen, A., Vander Stichele, R. H., Lapeere, H., ... Smith, J. L.** (2007). Overcoming health inequalities by using the Bug Busting 'whole-school approach' to eradicate head lice. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1955-1965. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01795.x
- 55. Johnson, M. R. D.** (2000). Perceptions of Barriers to Healthy Physical Activity among Asian Communities. *Sport, Education and Society*, 5(1), 51-70. doi:10.1080/135733200114433
- 56. Jones, N., Pincock, K., Baird, S., Yadete, W., & Hamory Hicks, J.** (2020). Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). doi:10.1186/s12939-020-01214-3
- 57. Jourdan, D.** (2011). *Health education in schools: the challenge of teacher training*. Saint-Denis: Inpes.
- 58. Jourdan, D.** (2012) *La santé publique au service du bien commun*, Editions de santé Paris
- 59. Jourdan, D.** (2013). Learning to live better together": enabling schools and communities to implement a health promotion policy and minimize health inequalities in France. In *Improving the lives of children and young people: case studies from Europe*. Volume 3. School.
- 60. Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffè, S., Cornu, C., Diagne, F., ... Sawyer, S. M.** (2021). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 5(4), 295-303. doi:10.1016/S2352-4642(20)30316-3
- 61. Kelly, C., Callaghan, M., Molcho, M., Nic Gabhainn, S., & Alforque Thomas, A.** (2018). Food environments in and around post-primary schools in Ireland: Associations with youth dietary habits. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.08.021>
- 62. Kende, J., Baysu, G., Van Laar, C., & Phalet, K.** (2021). Majority group belonging without minority group distancing? Minority experiences of intergroup contact and inequality. *British Journal of Social Psychology*, 60(1), 121-145. doi:10.1111/bjso.12382
- 63. Kendrick, D, S Royal,** on behalf of the "Lids for Kids" project (2004) Cycle helmet ownership and use; a cluster randomised controlled trial in primary school children in deprived areas. *Arch Dis Child*2004;89:330-335. doi: 10.1136/adc.2003.032052
- 64. Kendrick, D., & Royal, S.** (2003). Inequalities in cycle helmet use: Cross sectional survey in schools in deprived areas of Nottingham. *Archives of Disease in Childhood*, 88(10), 876-880. doi:10.1136/adc.88.10.876
- 65. Kendrick, D., & Royal, S.** (2004). Cycle helmet ownership and use; a cluster randomised controlled trial in primary school children in deprived areas. *Archives of Disease in Childhood*, 89(4), 330-335. doi:10.1136/adc.2003.032052
- 66. Kent Butler, S., Ann Shillingford, M., & Alexander-Snow, M.** (2011). African American male students and the achievement gap: Building a successful student/citizen. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 177-183. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84865545819&partnerID=40&md5=e503208bb6adbd9758c2dfca865cbd19>
- 67. Kristjansson, E. A., Robinson, V., Petticrew, M., MacDonald, B., Krasevec, J., Janzen, L., ... Tugwell, P.** (2007). School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged elementary school children. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004676.
- 68. Kugelmass, J., & Ainscow, M.** (2004). Leadership for inclusion: a comparison of international practices. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 4(3), 133-141. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2004.00028.x>
- 69. Kupchik, A.** (2020). Beyond the Low-Hanging Fruit: Reducing Racial Inequality by Rethinking School Safety Efforts. *Sociological Forum*, 35(3), 813-821. doi:10.1111/socf.12614
- 70. Langbecker, D. H., Caffery, L., Taylor, M., Theodoros, D., & Smith, A. C.** (2019). Impact of school-based allied health therapy via telehealth on children's speech and language, class participation and educational outcomes. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(9), 559-565. doi:10.1177/1357633X19875848
- 71. Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulidou, 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. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD008958. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>

- 72. Langlois, J., Omorou, A. Y., Vuillemin, A., Lecomte, E., Briançon, S., De Lavenne, R., ... Saez, L.** (2016). Participation of overweight and socially disadvantaged adolescents in an intervention to promote physical activity in school. *Sante Publique*, 28(1), S135-S139. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84975468070&partnerID=40&md5=dbb7850c39a39641af816f927b0dc23d>
- 73. Leahy, D., Mccuaig, L., Burrows, L., Wright, J. & Penney, D.** (2016). *School health education in changing times: Curriculum, pedagogies and partnerships*. Abingdon: Routledge.
- 74. Lentillon, V., Cogérino, G., & Kaestner, M.** (2006). Injustice in physical education: Gender and the perception of deprivation in grades and teacher support. *Social Psychology of Education*, 9(3), 321-339. doi:10.1007/s11218-005-5122-z
- 75. Lien, N., Bjelland, M., Bergh, I. H., Grydeland, M., Anderssen, S. A., Ommundsen, Y., ... Klepp, K.-I.** (2010). Design of a 20-month comprehensive, multicomponent school-based randomised trial to promote healthy weight development among 11-13 year olds: The HEalth In Adolescents study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5 Suppl), 38–51. <https://doi.org/10.1177/1403494810379894>
- 76. Lima, C. E. S., Ferreira, E. C. D. S., Sanches Neto, L., & Venâncio, L.** (2020). Breaking Cultural “Taboos” About the Body and Gender: Brazilian Students’ Emancipation From a Thematic Perspective of School Physical Education. *Frontiers in Education*, 5. doi:10.3389/educ.2020.00155
- 77. Longacre, M. R., Drake, K. M., Titus, L. J., Peterson, K. E., Beach, M. L., Langeloh, G., ... Dalton, M. A.** (2014). School food reduces household income disparities in adolescents’ frequency of fruit and vegetable intake. *Preventive Medicine*, 69, 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.008>
- 78. Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., & Tugwell, P.** (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(2), 190–193.
- 79. Malin, M., & Cooperative Research Centre for Aboriginal and Tropical Health** (Australia). (2003). Is schooling good for Aboriginal children’s health?
- 80. Mantziki, K., Renders, C. M., Vassilopoulos, A., Radulian, G., Borys, J. M., Du Plessis, H., ... Seidell, J. C.** (2016). Inequalities in energy-balance related behaviours and family environmental determinants in European children: Changes and sustainability within the EPHE evaluation study. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). doi:10.1186/s12939-016-0438-1
- 81. Mantziki, K., Vassilopoulos, A., Radulian, G., Borys, J. M., Du Plessis, H., Gregório, M. J., ... Seidell, J. C.** (2014). Promoting health equity in European children: Design and methodology of the prospective EPHE (Epede for the Promotion of Health Equity) evaluation study. *BMC Public Health*, 14(1). doi:10.1186/1471-2458-14-303
- 82. Marmot M.** *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010; 2010
- 83. Marmot, M.** (2020). *Health equity in England: the Marmot review 10 years on (1756-1833)*. Retrieved from
- 84. McIntyre, S.** (2007). Briefing paper on health inequalities. In *Equally Well: Report of the Ministerial Task Force on Health Inequalities, Volume 2*. The Scottish Government, Edinburgh. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/06/09160103/2>.
- 85. McLeod, S.** (2007). Maslow’s hierarchy of needs. *Simply psychology*, 1, 1-8. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- 86. McQuillan, R., & Campbell, H.** (2006). Gender differences in adolescent injury characteristics: A population-based study of hospital A&E data. *Public Health*, 120(8), 732-741. doi:10.1016/j.puhe.2006.02.011
- 87. Mercken, L., Moore, L., Crone, M. R., De Vries, H., De Bourdeaudhuij, I., Lien, N., ... Van Lenthe, F. J.** (2012). The effectiveness of school-based smoking prevention interventions among low- and high-SES European teenagers. *Health Education Research*, 27(3), 459–469. <https://doi.org/10.1093/her/cys017>
- 88. Meresman S** (2016) Are School Feeding Programs Prepared to Be Inclusive of Children with Disabilities?

- 89. Moore, G. F., Murphy, S., Chaplin, K., Lyons, R. A., Atkinson, M., & Moore, L.** (2014). Impacts of the Primary School Free Breakfast Initiative on socio-economic inequalities in breakfast consumption among 9-11-year-old schoolchildren in Wales. *Public Health Nutrition*, 17(6), 1280-1289. doi:10.1017/S1368980013003133
- 90. Mullen, C., Grineski, S., Collins, T., Xing, W., Whitaker, R., Sayahi, T., ... Kelly, K.** (2020). Patterns of distributive environmental inequity under different PM2.5 air pollution scenarios for Salt Lake County public schools. *Environmental Research*, 186. doi:10.1016/j.envres.2020.109543
- 91. Munoz-Baell IM** (2017) Setting the stage for school health-promoting programmes for deaf children in Spain.
- 92. Nance, J. P.** (2014). School surveillance and the fourth amendment. *Wisconsin Law Review*, 2014(1), 79-137. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84899678372&partnerID=40&md5=b299adae307cc48859158f3ee5d7a7fe>
- 93. NCCDH.** (2013). Universal and targeted approaches to health equity.
- 94. Newman, L., Baum, F., Javanparast, S., O'Rourke, K., & Carlon, L.** (2015). Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review. *Health Promotion International*, 30 Suppl 2, ii126-143. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav054>
- 95. Novák P., Miovský M., Vopravil J., Gabrhelík R., Štastná L., Jurystová L.** (2013), "Gender-specific effectiveness of the unplugged prevention intervention in reducing substance use among Czech adolescents", 2013
- 96. OECD.** (2015a). OECD Yearbook - Organisation for Economic Co-operation and Development. Retrieved 5 November 2018, from <https://www.oecd.org/forum/oecdyearbook/myths-schooling.htm>
- 97. OECD.** (2015b). PISA 2015 Results (Volume I) - Excellence and Equity in Education - en - OECD. Retrieved 5 November 2018, from <http://www.oecd.org/education/pisa-2015-results-volume-i-9789264266490-en.htm>
98. Overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized
- 99. Patton, G. C., Olsson, C. A., Skirbekk, V., Saffery, R., Wlodek, M. E., Azzopardi, P. S., ... Francis, K.** (2018). Adolescence and the next generation. *Nature*, 554(7693), 458-466.
- 100. Peguero, A. A.** (2012). Schools, Bullying, and Inequality: Intersecting Factors and Complexities with the Stratification of Youth Victimization at School. *Sociology Compass*, 6(5), 402-412. doi:10.1111/j.1751-9020.2012.00459.x
- 101. Pilgaard, F. I. H., Östergren, P. O., Olin, A., Kling, S., Albin, M., & Björk, J.** (2020). Socioeconomic differences in swimming ability among children in Malmö, southern Sweden: Initial results from a community-level intervention. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(5), 495-501. doi:10.1177/1403494818821478
- 102. Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Seiberl, J., & Müller, M. J.** (2011). Eight-year follow-up of school-based intervention on childhood overweight--the Kiel Obesity Prevention Study. *Obesity Facts*, 4(1),
- 103. Plachta-Danielzik, S., Pust, S., Asbeck, I., Czerwinski-Mast, M., Langnäse, K., Fischer, C., ... Müller, M. J.** (2007). Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: the KOPS study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(12), 3159-3169. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.376>
- 104. Qadri, G., Alkilzy, M., Franze, M., Hoffmann, W., & Splieth, C.** (2018). School-based oral health education increases caries inequalities. *Community Dental Health*, 35(3), 153-159. https://doi.org/10.1922/CDH_4145Qadri07
- 105. Qadri, G., Alkilzy, M., Franze, M., Hoffmann, W., & Splieth, C.** (2018). School-based oral health education increases caries inequalities. *Community Dental Health*, 35(3), 153-159. doi:10.1922/CDH_4145Qadri07
- 106. OMS** (2021) WHO guideline on school health services <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392>
- 107. Ramirez, S. M., & Stafford, R.** (2013). Equal and universal access? water at mealtimes, inequalities, and the challenge for schools in poor and rural communities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(2), 885-891. doi:10.1353/hpu.2013.0078

- 108. Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. and Raphael, A** (2020) Social determinants of health: The Canadian facts. 2nd edition <https://childcarecanada.org/documents/research-policy-practice/20/08/social-determinants-health-canadian-facts-2nd-edition>
- 109. Rathmann, K., Herke, M., Heilmann, K., Kinnunen, J. M., Rimpelä, A., Hurrelmann, K., & Richter, M.** (2018). Perceived school climate, academic well-being and school-aged children's self-rated health: a mediator analysis. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky089>
- 110. Redman-Maclaren, M., Barrington, D. J., Harrington, H., Cram, D., Selep, J., & Maclaren, D.** (2018). Water, sanitation and hygiene systems in pacific island schools to promote the health and education of girls and children with disability: A systematic scoping review. *Journal of Water Sanitation and Hygiene for Development*, 8(3), 386-401. doi:10.2166/washdev.2018.274
- 111. Ribeiro, S., & Stickgold, R.** (2014). Sleep and school education. *Trends in Neuroscience and Education*, 3(1), 18-23. doi:10.1016/j.tine.2014.02.004
- 112. Ridgers, N. D., Stratton, G., Fairclough, S. J., & Twisk, J. W. R.** (2007). Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. *Preventive Medicine*, 44(5), 393-397. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.01.009>
- 113. Riel, V.** (2021). 'We've been thinking you were stupid all this time:' racial microinsults and microinvalidations in a rural Southern high school. *Race Ethnicity and Education*, 24(2), 262-281. doi:10.1080/13613324.2019.1579185
- 114. Rodrigo-Martín, I., Rodrigo-Martín, L., & Mañas-Viniegra, L.** (2020). Education, values, technology and music. Aiming for an inclusive model committed to equality and interpersonal relations. *Revista Electronica Complutense de Investigacion en Educacion Musical*, 17, 33-47. doi:10.5209/RECIEM.64141
- 115. Rodriguez, S.** (2021). "They Let You Back in the Country?": Racialized Inequity and the Miseducation of Latinx Undocumented Students in the New Latino South. *Urban Review*. doi:10.1007/s11256-020-00594-8
- 116. Rousham E K, Khandakar I U** (2016) Reducing health inequalities among girls and adolescent women living in poverty: the success of Bangladesh *Ann Hum Biol.* 2016;43(2):115-21. doi: 10.3109/03014460.2016.1141985. Epub 2016 Feb 17.
- 117. Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Conway, T. L., Elder, J. P., Prochaska, J. J., Brown, M., ... Alcaraz, J. E.** (2003). Environmental interventions for eating and physical activity: a randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 209-217.
- 118. Samdal, O., & Rowling, L.** (2011). Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education*, 111(5), 367-390. <https://doi.org/10.1108/09654281111161211>
- 119. Sharma, S. V., Markham, C., Chow, J., Ranjit, N., Pomeroy, M., & Raber, M.** (2016). Evaluating a school-based fruit and vegetable co-op in low-income children: A quasi-experimental study. *Preventive Medicine*, 91, 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.022>
- 120. Shattuck, D. G., Willging, C. E., & Green, A. E.** (2020). Applying a Structural-Competency Framework to the Implementation of Strategies to Reduce Disparities for Sexual and Gender Minority Youth. *Journal of School Health*, 90(12), 1030-1037. doi:10.1111/josh.12964
- 121. Silva, E. O., Amparo-Santos, L., & Dantas Soares, M.** (2018). School feeding and the establishment of school identities: From meals for the poor to the right to food. *Cadernos de Saude Publica*, 34(4). doi:10.1590/0102-311x00142617
- 122. Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, Wagner A, Arveiler D, Tribby E, et al.** (2008). Successful
- 123. Skeie, M. S., & Klock, K. S.** (2018). Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant - or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. *BMC Oral Health*, 18(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0478-6>
- 124. Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., ... Mackie, H.** (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport - an update and new findings on health equity. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- 125. Soriano-Ayala, E., & Cala, V. C.** (2019). A transcultural health education programme led by immigrant adolescents in Southern Spain. *Health Promotion International*, 34(5), 970-980. doi:10.1093/heapro/day057

- 126. Sumption, B., & Burnett, C.** (2021). Live in the moment, educate for life: Lessons for life-long participation in structured physical activity. *Journal of Physical Education and Sport*, 21(1), 165-173. doi:10.7752/jpes.2021.01023
- 127. UNESCO** (2016) Strategy on Education for Health and Well-Being,
- 128. UNESCO.** (2017). A Guide for ensuring inclusion and equity in education; 2017, 46.
- 129. Vancil-Leap, A. D.** (2016) The physical and emotional contours of feeding labor by school food service employees. In: Vol. 22. *Advances in Gender Research* (pp. 243-264).
- 130. Vander Ploeg, K. A., Maximova, K., McGavock, J., Davis, W., & Veugelers, P.** (2014). Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *Social Science & Medicine* (1982), 112, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.032>
- 131. Vander Ploeg, K. A., Maximova, K., McGavock, J., Davis, W., & Veugelers, P.** (2014). Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *Social Science and Medicine*, 112, 80-87. doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.032
- 132. Vaughan, T.** (2011). BRIDGING THE GAP IN SCHOOL ACHIEVEMENT THROUGH THE ARTS.
- 133. Voight, A., & Nation, M.** (2016). Practices for Improving Secondary School Climate: A Systematic Review of the Research Literature. *American Journal of Community Psychology*, 58(1–2), 174–191. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12074>
- 134. Walton, G. M., & Carr, P. B.** (2012). Social Belonging and the Motivation and Intellectual Achievement of Negatively Stereotyped Students. In *Stereotype Threat: Theory, Process, and Application*.
- 135. Walton, G. M., & Cohen, G. L.** (2011). A brief social-belonging intervention improves academic and health outcomes of minority students. *Science*, 331(6023), 1447-1451. doi:10.1126/science.1198364
- 136. Weare, P. K.** (2015). What works in promoting social and emotional well-being and responding to mental health problems in schools?, 15.
- 137. Wells, N. M., Meyers, B. M., Todd, L. E., Henderson, C. R., Barale, K., Gaolach, B., ... Franz, N. K.** (2018). The carry-over effects of school gardens on fruit and vegetable availability at home: A randomized controlled trial with low-income elementary schools. *Preventive Medicine*, 112, 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.03.022>
- 138. WHO, E.** (2016). Thematic paper 2: Schools and pre-schools promoting health and well-being for all children and adolescents, 17.
- 139. WHO.** (2018). WHO | Glossary of terms used. Retrieved 4 November 2018, from <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- 140. WHO/UNESCO.** (2021). Report of the first Virtual Meeting of the External Advisory Group (EAG) for the development of Global Standards for Health Promoting Schools and their implementation guidance. (9240011064). Retrieved from Geneva: <https://www.who.int/publications/item/9789240011069>
- 141. Woo, J. M., Tam, C. L., Bonn, G. B., & Tagg, B.** (2020). Student, Teacher, and School Counselor Perceptions of National School Uniforms in Malaysia. *Frontiers in Psychology*, 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.01871
- 142. Yamaguchi, M., Kondo, N., & Hashimoto, H.** (2018). Universal school lunch programme closes a socioeconomic gap in fruit and vegetable intakes among school children in Japan. *European Journal of Public Health*, 28(4),
- 143. Young, Ian, St Leger, L., & Buijs, G.** (2013). SHE Factsheet 2 : School health promotion: an overview of the evidence

ANNEXE 1

Diagramme de flux de la revue de la littérature

Bases de données recherchées :

Scopus, ProQuest, Google scholar, Cochrane, Cairn, Medline

De 2000 à 2021

Termes de recherche

Mots-clés

École*

Et « promotion de la santé » ou « promotion de la santé » ou « éducation à la santé »
ou « école entière », « prévention » ou « école de promotion de la santé* » ou « santé »
ou « saine alimentation » ou « activité physique » ou « activité physique » ou drogue ou
tabac ou ou dépendance ou obésité ou surpoids ou sexualité ou sexe ou diabète* ou «
dentaire » ou dents ou dent ou obésité ou sexe*

Et Enfants ou adolescents ou élèves ou étudiants

Et Égalité ou équité ou inégalité ou inégalités

Recherche dans les bases de données :

ProQuest : 2891

Scopus : 110

Google scholar : 47

Cochrane : 691

Medline : 774

Cairn : 0

**TOTAL
4513**

Sélection par les résumés

Cochrane : 18

Pro Q: 74

Sélection finale

35 articles

ANNEXE 2

Cartographie des études pertinentes en termes de résultats et de type d'inégalité observés

1 2	Outcomes Impact on Health Inequalities			Factors Type of Inequality					
	Reduction	Neutral/Mixed/Unclear	Increase	SES	Gender	Race/Faith/Migration	Sexual Orientation	Disability	Location (Urban/Rural)
3	Intervention Levers								
4	Policies								
5				D	D	D D D			
6	X E/O S/Sc		X		S/Sc	X E/O	X		
7	D		D	D D					
8									
9	Structures and Systems								
10	E/O C X X X S/Sc D X X S/Sc X X E/O X			E/O C X X X X X E/O		S/Sc D D D D			
11	X S/Sc S/Sc X D X X			X S/Sc S/Sc S/Sc X					
12	D X D C D			D X X X S/Sc					
13	X X E/O			D X E/O C X					
14				D X X E/O X					
15				X					
16				X X		X			
17		S/Sc		X D	X X S/Sc			S/Sc X	
18				D			D		
19		S/Sc S/Sc		D					
20	E/O C	S/Sc S/Sc		S/Sc C D	S/Sc		D		
21		E/O X		E/O X C X D	E/O				
22	Human Resources								
23	T/O	T/O		D			T/O		
24		D		D		D			
25			X			X			
26	D				D		D		
27	Practices								
28	X E/O X E/O X C S/Sc E/O D X X X X X C T/O			X E/O X X X E/O X X		E/O X X		T/O X	
29	X E/O			X X X C X E/O					
30	E/O	X E/O S/Sc		S/Sc E/O E/O X E/O X		C X			
31				S/Sc					
32	E/O E/O S/Sc T/O C	E/O S/Sc		S/Sc E/O E/O E/O S/Sc E/O		E/O			
33				S/Sc T/O C					
34	X			X		D X	X X		
35	D C C C X E/O E/O X		X X E/O	C D C C C		C D		X C X	
36	X X X			X E/O E/O E/O X					
37				X X X					



CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur
178 cours Lieutaud
13006 Marseille
cres-paca@cres-paca.org



Contacts

cecile.chaussignand@cres-paca.org
stephanie.marchais@cres-paca.org