

Pour des interventions intégrées et efficaces  
de promotion et prévention en contexte  
scolaire : assises théoriques, modèle et savoirs  
incontournables

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



Rapport

# Pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et prévention en contexte scolaire : assises théoriques, modèle et savoirs incontournables

Direction du développement des individus  
et des communautés

Septembre 2013

## **AUTEURS**

Lyne Arcand, médecin-conseil  
Direction du développement des individus et des communautés

Abdoulaye Anne, conseiller scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

Véronique Lisée, conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

Caroline Tessier, conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Johanne Laverdure, chef d'unité scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Liane Comeau, conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

Marthe Deschesnes, chercheuse  
Direction du développement des individus et des communautés

## **MISE EN PAGES ET RELECTURE**

Sophie Michel, agente administrative  
Direction du développement des individus et des communautés

## **REMERCIEMENTS**

Divers aspects des travaux ont été validés auprès d'experts des sciences de l'éducation et de l'approche par compétences. Nous désirons les remercier pour leurs commentaires judicieux qui ont permis de bonifier les travaux : monsieur Jacques Tardif, professeur à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, monsieur Philippe Jonnaert, professeur à l'Université du Québec à Montréal et titulaire de la chaire UNESCO de développement curriculaire ainsi que mesdames Doina Malai, Cora Brahim et monsieur Salomon Tchameni Ngamo, professionnels de l'unité du Développement des compétences de l'Institut national de santé publique du Québec, madame Geneviève Poirier, conseillère en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux et madame Marie-Ève Jalbert, responsable des dossiers Saines habitudes de vie et approche École en santé, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2014  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-70177-4 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-70179-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2014)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE DES TRAVAUX .....</b>	<b>3</b>
1.1 Objectifs des travaux.....	4
1.2 Retombées attendues .....	5
<b>2 VOIES D'INTÉGRATION DES RECOMMANDATIONS D'EXPERTS EN PROMOTION ET PRÉVENTION EN CONTEXTE SCOLAIRE .....</b>	<b>7</b>
2.1 Voies d'intégration des recommandations thématiques.....	7
2.1.1 Approche combinant diverses théories : développement positif du jeune et prévention des risques .....	8
2.1.2 Approches basées sur les déterminants communs.....	8
2.1.3 Stratégies d'éducation pour la santé axées sur le développement d'habiletés personnelles et sociales .....	9
2.1.4 L'approche par compétences dans le secteur de l'éducation .....	11
2.2 Voies d'intégration des pratiques de promotion et de prévention dans la réalité scolaire.....	15
2.2.1 Importance de l'approche écologique .....	15
2.2.2 Importance des dimensions organisationnelles .....	16
2.3 Modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire.....	18
<b>3 IDENTIFICATION DES ÉLÉMENTS COMMUNS INCONTOURNABLES DE LA SECTION JEUNES.....</b>	<b>21</b>
3.1 Source des données .....	21
3.2 Organisation des données .....	22
3.3 Traitement des données.....	23
3.4 Résultats.....	25
3.4.1 Résultats du regroupement en « familles ».....	25
3.4.2 Regroupements à l'intérieur de chaque famille .....	26
3.4.3 Biais et limites .....	34
<b>4 IMPLICATIONS DE L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES POUR LES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES .....</b>	<b>35</b>
4.1 Proposer des tâches intégratrices .....	35
4.2 Proposer des contextes appropriés aux phases de développement.....	35
4.3 Renforcer les interrelations entre les compétences .....	36
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>39</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>41</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques d'une compétence (savoir-agir).....	13
Tableau 2	Famille Identité et adaptation .....	28
Tableau 3	Famille Habitudes de vie (HDV) .....	30
Tableau 4	Famille Relations sociales.....	32





## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire.....	20
Figure 2	Extrait de la synthèse des recommandations – Fiche <i>Alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent</i> – Section <i>Jeunes du primaire</i> .....	21
Figure 3	Extrait de la base de données Access – Section <i>Jeunes du primaire</i> .....	23
Figure 4	Dix savoirs communs déterminants pour outiller les jeunes .....	34
Figure 5	Trajectoire de développement des compétences .....	37



## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

CASEL	Collaborative for academic, social and emotional learning
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EFC	École, famille et communauté
HDV	Habitudes de vie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization



## INTRODUCTION

La préoccupation des réseaux de la santé et de l'éducation d'agir en concertation pour favoriser la santé et le bien-être des jeunes les convie à revoir certaines de leurs façons de faire. Dans cette perspective, le réseau de la santé souhaite améliorer la compatibilité des interventions de promotion et de prévention avec la mission de l'école, ses orientations et son fonctionnement.

Dans ce contexte, la Direction du développement des individus et de l'environnement social du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat suivant.

À partir de la synthèse de recommandations d'experts *Réussite, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire* produite par l'INSPQ en 2010 (Palluy et collab., 2010) :

- Identifier les éléments communs incontournables à l'ensemble des thématiques de santé chez les jeunes à partir d'un modèle qui intègre les déterminants de la santé et de la réussite éducative en fonction des phases de développement des jeunes – du préscolaire à la 5<sup>e</sup> année du secondaire – et des niveaux d'intervention (jeunes, école, famille, communauté);
- Identifier les meilleures pratiques en lien avec ces éléments communs incontournables;
- Valider auprès d'experts et d'acteurs clés des deux réseaux (santé et services sociaux, et éducation) le modèle, les éléments communs incontournables à l'ensemble des thématiques de santé chez les jeunes et les meilleures pratiques qui y sont liées.

Ce rapport présente les résultats du premier volet des travaux, soit l'élaboration d'un modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire et l'identification des éléments communs incontournables de la section *Jeunes du primaire* et *Jeunes du secondaire* de la synthèse de recommandations d'experts (Palluy et collab., 2010).

Le premier chapitre porte sur le contexte et les objectifs des travaux.

Le deuxième chapitre présente les assises théoriques à la base de l'élaboration d'un modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire ainsi que les dimensions du modèle.

Le troisième chapitre présente la méthodologie utilisée pour analyser, à partir du modèle, les recommandations de la section *Jeunes du primaire* et *Jeunes du secondaire*. Les éléments communs incontournables à plus d'une thématique de santé se dégageant de cette analyse sont décrits.

Un quatrième chapitre traite des implications d'une approche par compétences pour les interventions éducatives à déployer auprès des jeunes.

Le deuxième volet des travaux fera l'objet d'un rapport qui portera sur :

- la répartition des objets d'interventions éducatives selon le stade de développement des jeunes et leur réalité;
- l'identification et la priorisation des éléments communs incontournables pour l'ensemble des thématiques parmi les recommandations des sections *École, famille, communauté* (objets d'interventions environnementales).

Un processus de coconstruction est en cours afin de bonifier le modèle, d'identifier des moyens favorisant les interventions de promotion et de prévention mieux intégrées en contexte scolaire et de produire des outils adaptés aux besoins des gestionnaires et acteurs des deux réseaux (santé et éducation). Cette démarche est menée conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

Ce processus se déroulera de septembre 2012 à juin 2014, en collaboration avec des acteurs des réseaux de la santé et de l'éducation à trois paliers d'intervention (national, régional et local). À l'issue du processus, le modèle bonifié deviendra un référent commun pour des interventions efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire à l'intention des gestionnaires et intervenants des deux réseaux. Des outils de planification et d'intervention seront mis à la disposition des acteurs.

## 1 CONTEXTE DES TRAVAUX

Divers travaux ont porté sur les conditions d'efficacité des programmes de promotion de la santé en contexte scolaire (Kirby et collab., 2007; Roberge et Choinière, 2009; Peters et collab., 2009a; St.Leger et collab., 2010; Desjardins et collab., 2007; Simard et Deschesnes, 2011; Stewart-Brown, 2006). Les approches globales ont été identifiées comme étant les plus efficaces et les plus pertinentes. Leur visée est de faire de l'école un milieu de vie où les objectifs éducatifs et les priorités pédagogiques sont soutenus par des mesures de promotion de la santé et de prévention. La santé est considérée comme une ressource pour l'école.

Toutefois, bien que les approches globales soient très prometteuses, leur implantation et leur pérennité posent des défis aux acteurs concernés, notamment pour :

- articuler ces approches avec les objectifs éducationnels afin de rendre plus explicite l'ancrage de la promotion de la santé dans la réalité de l'école, c'est-à-dire dans sa mission, ses orientations et son fonctionnement (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2009; St Leger et collab., 2010; Keshavarz et collab., 2010; Paulus, 2009; Simard et Deschesnes, 2011);
- assurer une plus grande compatibilité des interventions de promotion et de prévention avec les pratiques des enseignants et autres personnels scolaires et en diminuer la complexité (Greenhalgh et collab., 2004; Fullan, 2001; Rogers, 2003);
- adapter les pratiques professionnelles en conséquence (Deschesnes et collab., 2012a; Beaudet et collab., 2008; Jourdan, 2010; Deschesnes et collab., 2012b);
- mettre en place des conditions organisationnelles favorables au déploiement d'approches globales en contexte scolaire afin d'assurer leur pérennité (Greenhalgh et collab., 2004; Simard et Deschesnes, 2011; Deschesnes et collab., 2012a; Rowling et Samdal, 2011; Samdal et Rowling, 2011; Deschesnes et collab., 2012b).

Au Québec, au cours des dernières années, des efforts conjoints ont été réalisés par les réseaux de l'éducation et de la santé pour aller dans ce sens. Une vision très inclusive cherchant à lier davantage les perspectives de l'éducation et de la santé a donné lieu à des actions importantes à tous les paliers des deux réseaux, du national au local :

- Déploiement d'une approche globale et concertée, École en santé (Martin et Arcand, 2005), enchâssée dans une entente de complémentarité des services entre les deux ministères (Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003);
- Mise en place d'une structure d'accompagnement pour les acteurs des deux réseaux; création d'un site web<sup>1</sup>; suivi de gestion national; évaluations d'implantation (Couturier et collab., 2009; Deschesnes et Lefort, 2004; Deschesnes et collab., 2008);
- Développement d'outils en soutien au déploiement de l'approche, dont une synthèse de recommandations d'experts provenant de la littérature en santé, en sciences sociales

---

<sup>1</sup> <http://ecoleensante.inspq.qc.ca/>

et en éducation ciblant onze thématiques de santé et bien-être qui trouvent écho en contexte scolaire<sup>2</sup> (Roberge et Choinière, 2009; Palluy et collab., 2010; Rousseau, 2007).

La synthèse de recommandations d'experts identifie les principales recommandations quant aux pratiques efficaces de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire pour chacune des onze thématiques de santé et de bien-être abordées (Palluy et collab., 2010). Elle a été élaborée avec le souci de mieux adapter les recommandations à la réalité scolaire. Ainsi, les recommandations sont formulées en termes usuels dans le réseau de l'éducation tels qu'engagement actif du jeune, savoirs, savoir-faire, savoir-être. De plus, elles sont catégorisées selon des rubriques familières pour le personnel scolaire, comme les principes pédagogiques, les approches, pratiques et méthodes pédagogiques, répartition par cycles. Les recommandations identifient des contenus (savoirs ou connaissances, savoir-faire et savoir-être) à aborder avec les jeunes ainsi que des éléments requis pour créer des environnements favorables à la réussite, à la santé et au bien-être.

Cette synthèse constitue un pas important vers des pratiques mieux adaptées au contexte scolaire, néanmoins insuffisant pour soutenir une utilisation conviviale et permettre la mise en œuvre des recommandations. Les recherches menées sur la diffusion de l'approche École en santé au Québec montrent l'importance d'en augmenter la compatibilité avec la réalité scolaire (mission, orientations et fonctionnement de l'école) et d'en réduire la complexité pour favoriser son absorption (Deschesnes et collab., 2010). Cela signifie par exemple que, pour faciliter l'intégration des divers savoirs en promotion et en prévention<sup>3</sup> aux pratiques existantes des enseignants et autres professionnels du milieu scolaire, une plus grande compatibilité avec le paradigme d'apprentissage en vigueur à l'école (socioconstructivisme, approche par compétences) ainsi qu'une utilisation plus conviviale (réduction du nombre de recommandations, usage plus simple) sont nécessaires.

## 1.1 OBJECTIFS DES TRAVAUX

Le but des travaux est d'améliorer la compatibilité des interventions de promotion et de prévention avec la mission de l'école, ses orientations, son fonctionnement.

### Objectifs

- Élaborer un modèle pour des interventions de promotion et prévention mieux intégrées en contexte scolaire;

---

<sup>2</sup> 1) Collaboration école-famille-communauté; 2) Environnements et comportements sécuritaires; 3) Estime de soi; 4) Relations harmonieuses et prévention de la violence; Saines habitudes de vie; 5) Alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent; 6) Alimentation; 7) Mode de vie physiquement actif; 8) Non-usage du tabac; 9) Sommeil, hygiène et santé buccodentaire; 10) Santé mentale; 11) Sexualité saine et responsable.

<sup>3</sup> Savoirs, savoir-faire et savoir-être des professionnels œuvrant en promotion et prévention qui réfèrent aux composantes clés de l'approche École en santé, par exemple : interventions à tous les niveaux (jeune, école, famille, communauté); interventions éducatives avec des contenus, une durée et une intensité appropriés; respect des phases de développement du jeune; pratiques, stratégies et méthodes pédagogiques appropriées au développement de compétences; interventions environnementales reconnues (règles, normes, politiques); planification intégrée à celle de l'école; concertation.



- À partir du modèle, organiser les recommandations d'experts autour d'un nombre restreint d'éléments communs et incontournables à un ensemble de thématiques de santé et bien-être à tous les niveaux d'intervention (jeunes, école, famille, communauté);
- Identifier les meilleures pratiques de promotion et de prévention liées à ces éléments en fonction de la réalité scolaire (mission, orientations et fonctionnement).

## 1.2 RETOMBÉES ATTENDUES

Au terme de sa validation, de son opérationnalisation et de son expérimentation, le modèle permettra :

- d'élaborer un **réfèrent commun** pour les acteurs du réseau de la santé et de l'éducation concernant les meilleures pratiques de promotion et de prévention en contexte scolaire. Le modèle identifiera des objets d'intervention qui traduisent une perspective positive du développement du jeune. Il fournira un éclairage pour l'identification des rôles et responsabilités des différents gestionnaires et acteurs à tous les paliers. Il identifiera des conditions organisationnelles favorables au déploiement de pratiques de promotion et de prévention mieux intégrées;
- d'assurer une **meilleure compatibilité** des recommandations avec la réalité scolaire. Le modèle regroupera les recommandations autour d'un nombre restreint d'éléments communs à diverses thématiques, décloisonnant ainsi les silos. Le modèle identifiera les objets d'interventions environnementales et éducatives incontournables tout au long du cheminement scolaire des jeunes;
- d'inscrire la promotion et la prévention en contexte scolaire en **cohérence avec l'exercice de la responsabilité populationnelle** dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) assurent la coordination territoriale. Tel que requis dans le continuum de soins et services lié à l'exercice de la responsabilité populationnelle, le modèle propose de déployer des interventions coordonnées qui permettront de renforcer l'action en amont sur les déterminants de la santé auprès d'une importante population de jeunes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).



## **2 VOIES D'INTÉGRATION DES RECOMMANDATIONS D'EXPERTS EN PROMOTION ET PRÉVENTION EN CONTEXTE SCOLAIRE**

La préoccupation d'agir en concertation avec le réseau de l'éducation pour favoriser la réussite, la santé et le bien-être amène le réseau de la santé à ajuster ses interventions en contexte scolaire.

À cet égard, les travaux sur la diffusion des innovations montrent clairement l'importance des attributs d'une innovation (ex. : avantages relatifs, complexité, compatibilité, observabilité) pour une absorption réussie par les utilisateurs (Greenhalgh et collab., 2004; Rogers, 2003). Les travaux de recherche menés dans plusieurs écoles corroborent l'importance de réduire la complexité des outils et méthodes proposés à l'école et de rendre ce matériel plus compatible avec sa mission, ses orientations et son fonctionnement (Deschesnes et collab., 2008).

Les travaux de synthèse des recommandations d'experts réalisés par l'INSPQ mettent en exergue la récurrence de plusieurs recommandations d'une thématique de santé à l'autre et confirment la nécessité d'une meilleure intégration des recommandations à tous les niveaux d'intervention (jeunes, école, famille, communauté) (Palluy et collab., 2010).

Pour répondre à cet impératif, il importe d'élaborer un modèle permettant une intégration de deux ordres : 1) intégration des recommandations communes à plus d'une thématique de santé (pour chaque niveau d'intervention : jeunes, école, famille, communauté) et 2) intégration des recommandations dans la réalité scolaire en soutien à sa mission.

Le concept d'intégration fait appel à l'idée d'interdépendance entre différents éléments qu'on regroupe en mettant en évidence leurs points communs et les liens qui existent entre eux. Mais l'intégration va plus loin, elle implique la coordination de ces éléments en vue d'un fonctionnement harmonieux dans un but précis. La notion d'intégration suppose l'incorporation, l'insertion d'un élément dans un ensemble dont il devient partie prenante (Roegiers, 2010), ce qui en favorise la pérennité.

### **2.1 VOIES D'INTÉGRATION DES RECOMMANDATIONS THÉMATIQUES**

Dans la littérature en promotion et en prévention chez les jeunes, peu de travaux ont porté sur l'intégration des éléments communs à plus d'une thématique de santé et bien-être. Néanmoins, parmi les écrits recensés, certaines hypothèses sont avancées, notamment la pertinence de combiner diverses théories issues du champ de la promotion et de la prévention, d'agir sur des déterminants communs à plus d'une thématique de santé et de miser sur le transfert des apprentissages d'un contexte à un autre. Dans toutes ces propositions, certaines habiletés personnelles et sociales des jeunes sont positionnées comme étant les éléments communs requis pour agir face à un ensemble de problématiques de santé. On reconnaît également le rôle crucial de l'environnement pour favoriser la santé et le bien-être.

Dans le secteur de l'éducation, l'approche par compétences, au cœur de la réforme des curriculums de nombreux pays, comporte cette même idée d'articuler des éléments communs à diverses situations de vie ou situations professionnelles. Le développement de compétences est sous-tendu par un processus de mobilisation et d'intégration de ressources et de transfert des apprentissages d'un contexte à un autre. L'approche par compétences introduite dans les systèmes éducatifs a fait évoluer le concept de compétences et son opérationnalisation. Elle s'applique avec pertinence au traitement des situations de santé et de bien-être.

### **2.1.1 Approche combinant diverses théories : développement positif du jeune et prévention des risques**

Les travaux de Guerra et Bradshaw ont porté sur le développement d'un modèle d'intervention combinant une perspective positive du développement du jeune à celle de la prévention des risques (Guerra et Bradshaw, 2008). Ces auteurs articulent un ensemble de compétences sociales et émotionnelles définissant ce qu'est « être un jeune en santé » et examinent comment ces compétences sont reliées au développement positif du jeune ainsi qu'à la prévention de certains comportements à risque (décrochage scolaire, violence, dépendances, comportements sexuels à risque). Ainsi, les auteurs identifient cinq compétences sociales et émotionnelles favorables au développement positif du jeune et à la prévention de ces divers problèmes : concept de soi positif, autorégulation, prise de décision, sens moral, interaction sociale positive. Les auteurs insistent sur le rôle et l'influence qu'exercent les environnements sur les milieux de vie des jeunes (école, famille, communauté) et le développement de ces compétences.

### **2.1.2 Approches basées sur les déterminants communs**

L'idée de déterminants communs à un ensemble de problématiques de santé fait son chemin depuis plusieurs années (Flay, 2002; Domitrovich et collab., 2010; Juszczak et Sadler, 1999).

Les travaux de Peters et de ses collaborateurs montrent que le chevauchement conceptuel entre certaines thématiques de santé fournit les bases pour une approche pédagogique orientée vers le transfert des apprentissages (Peters et collab., 2009b). Ces travaux ont conduit à l'identification de quatre déterminants similaires entre les thématiques du tabagisme, de la consommation d'alcool, des comportements sexuels sécuritaires et de l'alimentation saine :

- Croyances que le comportement va procurer une gratification immédiate ou des avantages;
- Normes des pairs;
- Comportements des pairs et parents (modelage);
- Habilités de refus (*refusal skills*).

Les auteurs émettent l'hypothèse que les apprentissages réalisés dans un contexte spécifique autour de ces déterminants sont transférables à d'autres contextes. Cela appuie l'élaboration de programmes qui permettraient de réduire le temps et les efforts requis de la

part des enseignants et des autres acteurs en contexte scolaire. Les auteurs soutiennent l'importance de déterminer des principes généraux aux apprentissages réalisés dans un contexte (ex. : habiletés de refus dans un contexte d'alimentation) et ensuite de les appliquer et de les pratiquer dans un autre contexte spécifique (ex. : habileté de refus dans un contexte de consommation d'alcool). Cela renvoie à la contextualisation – la décontextualisation – la « recontextualisation ».

D'autres travaux portant sur les interrelations entre les comportements de santé et les interventions conçues pour soutenir plus d'un changement de comportement à la fois mettent en relief la possibilité d'établir des principes communs au changement de comportements et à la façon de les appliquer à une variété de problématiques de santé (Prochaska, 2008; Prochaska et collab., 2008; Prochaska et collab., 2005; Noar et collab., 2008). Les travaux de Noar et de ses collaborateurs (2008) rappellent que la plupart des théories utilisées pour expliquer les comportements et les changements de comportements partagent des facteurs communs (ex. : attitudes, influence sociale, sentiment d'efficacité personnelle). Ils rapportent que, dans le cadre de programmes pour prévenir l'abus de substances, le développement de compétences d'ordre personnel liées à la prise de décision, à la résolution de problèmes, à la gestion des émotions et à la capacité d'adaptation, et de compétences plus sociales liées à l'établissement de relations interpersonnelles a démontré des résultats positifs à long terme en lien avec plus d'un comportement de santé (Noar et collab., 2008). De même, alors que le programme ne ciblait pas directement les comportements en matière de sexualité, des effets positifs dans ce domaine ont été démontrés. On peut émettre l'hypothèse que les jeunes exposés au programme transfèrent les apprentissages acquis dans le contexte de prévention de l'abus de drogues à celui de la sexualité résultant en une sexualité moins à risque par rapport à la transmission du VIH (Griffin et collab., 2006).

### **2.1.3 Stratégies d'éducation pour la santé axées sur le développement d'habiletés personnelles et sociales**

Un pan de la littérature en promotion de la santé chez les jeunes porte sur les stratégies d'éducation pour la santé axées sur le développement d'habiletés personnelles et sociales (ou compétences de vie) afin de prévenir diverses problématiques de santé ou de promouvoir la santé globale du jeune. Les stratégies pour développer ces habiletés portent diverses appellations : *Skills-based Health Education*, *Life-Skills education* et *Social and Emotional Learning*.

L'acquisition d'habiletés personnelles et sociales en soutien au développement de l'enfant et de la promotion de la santé a une longue histoire. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986), la Convention sur les droits des enfants de 1989 (Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1989), la Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous (Conférence mondiale sur l'éducation pour tous (Jomtien, 1990), le cadre d'action adopté lors du Forum mondial sur l'éducation à Dakar en 2000 (Forum mondial sur l'éducation, 2000) identifient tous le développement d'habiletés ou « compétences de vie » comme une stratégie pertinente à l'exercice de choix favorables à la santé et au vivre-ensemble. Cette stratégie doit être combinée à d'autres stratégies axées sur les environnements dans lesquels les jeunes évoluent.

Ainsi depuis 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) conseillent d'inclure l'éducation à la santé axée sur le développement d'habiletés personnelles et sociales dans une approche globale de la santé en contexte scolaire. Ils recommandent de la combiner à des politiques, à des services de santé ainsi qu'à l'aménagement d'environnements favorables (Mangrulkar et collab., 2001; World Health Organization, 2001).

L'OMS et l'OPS positionnent les habiletés d'ordre cognitif, social et adaptatif comme centrales dans l'éducation pour la santé. Ces organisations relèvent des habiletés communes à plusieurs thématiques de santé, telles que la communication, la prise de décision, la résolution de problèmes, l'autogestion et les mécanismes d'adaptation émotionnelle. Elles stipulent que ces habiletés permettent aux individus d'adopter des comportements positifs et adaptatifs afin de relever efficacement les défis et les contraintes posés par la vie de tous les jours. De plus, l'OMS insiste sur l'importance de développer ces habiletés dans des contextes de santé spécifiques et privilégie une intégration judicieuse dans le curriculum scolaire (World Health Organization, 2001).

Depuis, les résultats de recherche confirment l'importance de développer certaines habiletés personnelles et sociales qui interviennent dans la prévention d'un ensemble de problématiques de santé. Notamment, cette stratégie d'éducation s'est avérée efficace lorsqu'utilisée dans le cadre d'une approche globale de la santé pour prévenir la violence, le VIH/sida, les problèmes reliés à l'alcool, aux drogues et au tabac, le suicide, les traumatismes ou les conflits (Griffin et collab., 2006; Botvin et collab., 2006; World Health Organization, 2009; Botvin et Griffin, 2004; Unicef, 2004); (Mangrulkar et collab., 2001; World Health Organization, 2001; Aldinger et Whitman, 2005; Botvin et Griffin, 2004; DeHart et collab., 2000; Zins et Elias, 2006).

Dans la même perspective éducative, divers programmes portant sur l'apprentissage social et émotionnel (*Social and Emotional Learning*) sont proposés aux écoles pour favoriser un développement positif du jeune et soutenir la réussite éducative. L'apprentissage social et émotionnel est défini par le *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL) comme étant le processus par lequel les élèves développent la capacité à reconnaître et à gérer leurs émotions, le sens de l'entraide et l'empathie, la prise de décisions judicieuses, la résolution de problèmes et l'établissement de relations positives avec les autres (The collaborative for Academic Social and Emotional Learning, 2003). Une méta-analyse réalisée par Durlak et Weissberg (2010) sur l'efficacité des programmes basés sur l'apprentissage social et émotionnel a démontré que, comparativement aux groupes contrôles, on observait chez les participants aux programmes une plus grande amélioration des habiletés personnelles et sociales (ex. : capacité à se fixer des buts, à résoudre des problèmes, à s'autodiscipliner, à être responsable), une diminution des comportements problématiques, une diminution de la détresse émotionnelle, une augmentation du sentiment d'appartenance ainsi qu'une amélioration de la performance scolaire (Durlak et collab., 2010).

Toutefois, en dépit d'une relative efficacité des interventions quant à l'acquisition de savoirs, savoir-faire et savoir-être, les jeunes arrivent difficilement à les mobiliser et à les combiner de façon efficace pour résoudre des situations réelles de leur vie quotidienne. Ces constats ont

mené plusieurs experts des sciences de l'éducation à étudier de façon exhaustive les exigences du développement de compétences pour mieux conceptualiser et opérationnaliser ce concept au cours de la dernière décennie (Ettayabi et collab., 2008; Jonnaert et collab., 2009; Perrenoud, 2008; Tardif, 2006; Masciotra et Medzo, 2009; Masciotra et Morel, 2011).

Cette nécessité de mieux opérationnaliser le concept de compétences a également été soulevée dans une étude passant en revue différents cadres théoriques révélant la faiblesse de la conceptualisation des « compétences de vie » prônées par l'OMS et l'UNESCO (Chamel, 2009). L'auteur conclut que, bien que la plupart des notions clés des compétences de vie soient déterminées, aucune articulation cohérente et explicite de ces notions n'est définie. L'auteur soulève la nécessité d'une conceptualisation des compétences de vie appuyée sur un cadre théorique mieux défini. Il met en doute l'utilité de compétences libellées de façon très générale telles que la communication, la prise de décision ou la résolution de problèmes. Ces conclusions rejoignent en ce sens les travaux de plusieurs experts du développement de compétences qui stipulent qu'une compétence est toujours contextualisée.

La consultation d'une abondante littérature sur le concept de compétences en éducation soulève la pertinence de revoir la conceptualisation et l'opérationnalisation des compétences en matière de santé et de bien-être.

#### **2.1.4 L'approche par compétences dans le secteur de l'éducation**

L'approche par compétences est à la base du plus grand mouvement curriculaire après la pédagogie par objectifs et, depuis le milieu des années 1990, ce mouvement a modifié les politiques éducatives et les curriculums de plusieurs pays. Dans cette foulée, le Québec a procédé à une réforme curriculaire délaissant la perspective comportementaliste associée à la pédagogie par objectifs, pour évoluer vers le socioconstructivisme et la logique de compétences (Jonnaert, 2007; Ministère de l'Éducation, 2006).

L'approche par compétences en éducation favorise le développement de la personne sous tous ses aspects. Elle met l'accent sur le développement de la capacité de l'apprenant à utiliser concrètement ce qu'il apprend à l'école dans des situations réelles de la vie. L'approche par compétences cherche à donner sens et cohérence aux savoirs, à les enrichir de façon à ce qu'ils soient utilisables dans diverses situations.

Les nombreux travaux menés par les chercheurs des sciences de l'éducation sur le concept de compétence et sur l'approche par compétences ont permis de dégager les finalités, les exigences ainsi que les difficultés liées à cette logique d'apprentissage (Jonnaert et collab., 2010; Jonnaert et collab., 2009; Le Boterf, 1999; Le Boterf, 1994; Tardif, 2006; Perrenoud, 2008; Scallon, 2004; Roegiers, 2010; Ayotte-Beaudet et Jonnaert, 2010b; Ayotte-Beaudet et Jonnaert, 2010a; Masciotra et Medzo, 2009). Il existe une diversité de représentations du concept de compétence. Cependant, la majorité des définitions s'articule autour des éléments suivants : savoir-agir ou action, ressources, situations. La compétence résulte de la mobilisation de ressources de nature variée pour traiter efficacement une situation complexe.

Au Québec, le *Programme de formation de l'école québécoise* (2006; 2006; 2007a) définit la compétence comme un savoir-agir fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficaces d'un ensemble de ressources. Selon Tardif (2006), la compétence constitue « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Ibid., p. 22).

Dans cette définition :

- Le mot « **ressources** » a un sens très englobant qui évite de restreindre ce qui est mobilisé par une compétence à des connaissances seulement. Les ressources **internes** ou **personnelles** sont propres à l'individu et peuvent être de différentes natures, notamment cognitive, affective, motrice (ex. : connaissances ou savoirs, habiletés ou savoir-faire, attitudes ou savoir-être, qualités, dextérité, souplesse, motivation, confiance en soi) (Masciotra et Medzo, 2009; Masciotra et Morel, 2011; Jonnaert et collab., 2010; Tardif, 2006). C'est l'intégration par le jeune de savoirs, savoir-faire et savoir-être au fil des apprentissages qui permet de constituer un répertoire de ressources personnelles qu'il pourra mobiliser tout au long de sa vie. Les ressources **externes** correspondent aux ressources présentes dans les milieux de vie. Elles peuvent être **matérielles** (ex. : informations consignées dans divers supports, équipement sportif, équipement de protection pour la pratique de sport et loisirs, condoms, aliments sains) ou **sociales** (ex. : personnes-ressources, comme les parents, les enseignants, les professionnels de la santé; les amis; les services de soutien; CSSS; organismes). C'est grâce à ses ressources internes qu'une personne peut mobiliser et utiliser les ressources externes. Quelqu'un qui est compétent peut poser des démarches très concrètes pour rechercher et utiliser correctement les ressources matérielles et sociales présentes dans ses milieux de vie;
- Les **situations** font référence à un ensemble de circonstances (moment, lieu, conjonctures) dans lesquelles se trouve une personne (Masciotra et Morel, 2011). Une **famille** de situations regroupe des situations différentes, mais qui ont une même structure, c'est-à-dire qu'elles présentent des points communs donnant lieu à des décisions analogues et faisant appel à des ressources personnelles de même type (ex. : faire des choix éclairés en lien avec l'alimentation, l'activité physique ou la sexualité va nécessiter des ressources de même nature comme résister aux pressions sociales.). Dans toutes les situations d'une famille, la même compétence est déployée, mais, à chaque fois, la combinaison des ressources personnelles et externes est unique et adaptée à la situation. La famille constitue un niveau général de contextualisation (ex. : habitudes de vie) alors que les situations constituent des niveaux plus précis (ex. : prise de repas à la cafétéria de l'école; choix d'une méthode contraceptive). Les situations de vie varient en fonction des stades de développement des jeunes;
- Le « **savoir-agir complexe** » ou compétence renvoie au fait de mettre en relation plusieurs éléments complémentaires et synergiques. La capacité de recourir de manière adéquate à une diversité de ressources personnelles et externes permet le traitement d'une situation donnée de façon appropriée.

Une **compétence** possède des caractéristiques qui lui confèrent un rayon d'action étendu permettant de couvrir un large éventail de situations (Tardif, 2006) (voir tableau 1).



**Tableau 1** Caractéristiques d'une compétence (savoir-agir)

Caractéristique	Description
Caractère intégrateur	La compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée.
Caractère combinatoire	La compétence prend appui sur des combinaisons de ressources personnelles et externes qui varient d'une situation à l'autre.
Caractère développemental	La compétence se développe tout au long de la vie.
Caractère contextuel	La compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action (ex. : alimentation, activité physique, relations amoureuses).
Caractère évolutif	La compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise. Si des phénomènes nouveaux émergent, il n'est pas toujours nécessaire de développer une nouvelle compétence, mais plutôt d'acquérir de nouvelles ressources en lien avec cette situation émergente au niveau personnel (nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être) et dans l'environnement (nouvelles ressources sociales ou matérielles appropriées) permettant d'exercer la compétence dans cette situation (ex. : cyberintimidation; hypersexualisation).

Tableau adapté de Tardif (2006).

Les caractères intégrateur, combinatoire et évolutif de la compétence invitent à restreindre le nombre de compétences à développer et en assurent la pérennité. En effet, le caractère intégrateur permet le recours à une multitude de ressources de nature variée selon les situations (prise de repas à la cafétéria ou en famille; sollicitation pour consommer de l'alcool ou pour faire usage de tabac; décision de s'abstenir d'avoir une relation sexuelle ou choix de moyens pour une relation sexuelle protégée). Le caractère combinatoire de la compétence permet de reconfigurer les ressources personnelles (savoirs, savoir-faire, savoir-être) et externes (ressources matérielles ou sociales) selon les particularités et les exigences de la situation, ce qui confère à chaque compétence un rayon d'action étendu, polyvalent, efficace. Enfin, le caractère évolutif permet d'élargir le bassin de ressources pour traiter une nouvelle situation sans avoir à développer une nouvelle compétence. Il existe une infinité de cas de figure possibles à partir d'un même répertoire de ressources agencées différemment.

Le développement des compétences s'appuie sur la logique du transfert des apprentissages et de l'adaptation aux situations. Il s'agit d'amener le jeune à voir la singularité d'une situation (nécessitant la combinaison de ressources variées), mais aussi les points communs (les invariants) d'une situation avec une autre apprise ou vécue antérieurement. Par exemple, il y a à la fois des points communs et des points spécifiques entre l'action de résister à la pression négative des pairs incitant à l'usage du tabac et l'action de résister à la pression des pairs éloignant d'une sexualité saine et responsable. En ce sens, apprendre dans une approche par compétences consiste à enrichir et à élargir son bassin de ressources personnelles dans des contextes différents.

Outre l'aménagement d'environnements favorables, le développement de compétences est tributaire d'interventions éducatives qui possèdent les caractéristiques suivantes (Lasnier, 2001; Jonnaert et collab., 2010; Masciotra, 2010a; Roegiers, 2010) :

- Échelonnées tout au long de l'année et couvrant de façon cohérente tous les éléments de la compétence : acquisition de ressources personnelles; mobilisation et combinaison des ressources personnelles et externes;
- Ayant, comme point d'entrée, une situation réelle de la vie transposée en situation d'apprentissage et offrant des scénarios signifiants : situations problématiques et emblématiques selon l'âge et le stade de développement (ex : conflits dans la cour d'école chez les jeunes du primaire; relations amoureuses chez les jeunes du secondaire). (Jouvenot et Parlier, 2005; Brahim, 2011).
- Proposant diverses tâches de complexité croissante. La complexité fait référence à la nécessité d'articuler plusieurs éléments :
  - **Tâches pour l'acquisition de ressources personnelles**, par exemple une activité d'apprentissage permettant d'acquérir des connaissances sur les aliments sains ou les bienfaits de l'activité physique ou activité ponctuelle portant sur la gestion des émotions;
  - **Tâches intégratrices pour exercer les jeunes à mobiliser les ressources personnelles et externes**. Ces tâches intégratrices sont d'une complexité supérieure à celles permettant l'acquisition des ressources personnelles. Plutôt que de proposer des apprentissages sur un objet précis, les tâches doivent amener le jeune à mobiliser les ressources acquises antérieurement. Ces tâches doivent leur permettre de s'exercer à identifier, à mobiliser et à intégrer les ressources personnelles et externes appropriées pour résoudre des situations de santé auxquelles ils sont confrontés : accéder à leurs connaissances et à leurs acquis dans la mémoire à long terme, évaluer leur validité dans la situation à laquelle ils sont confrontés, adapter les éléments qui ne correspondent pas, rechercher et utiliser adéquatement les ressources externes dans leurs milieux de vie, etc. Par exemple, on proposera aux jeunes d'identifier les défis qu'ils rencontreront à la puberté et de réfléchir à la façon de les aborder. Ils auront alors à mobiliser leurs connaissances sur les divers changements physiques et psychologiques survenant à cette période, l'établissement de relations égalitaires, la gestion des émotions, la connaissance de soi, etc. Le recours à certaines ressources peut graduellement être intégré par les jeunes grâce à la pratique et à la diversité des moments et des situations d'apprentissage qui leur sont proposés. Plusieurs ressources qui, au début, requièrent une grande attention pour être choisies et mobilisées deviennent moins lourdes à gérer cognitivement grâce à l'apprentissage et à l'usage;
  - **Tâches réflexives**. Ces tâches doivent permettre aux jeunes de réfléchir sur ce qu'ils ont appris, d'en dégager les principes et d'entrevoir ce qu'ils peuvent transposer dans un autre contexte de santé.

## **2.2 VOIES D'INTÉGRATION DES PRATIQUES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DANS LA RÉALITÉ SCOLAIRE**

### **2.2.1 Importance de l'approche écologique**

Les écrits recensés documentent l'importance d'ancrer le développement de compétences dans un modèle d'intervention basé sur une approche écologique. En effet, il y a un lien entre l'acquisition de compétences personnelles et sociales et les environnements favorables à leur développement (Flay, 2002; Guerra et Bradshaw, 2008; Choinière et collab., 2006; Palluy et collab., 2010).

Les résultats d'évaluation de l'implantation et des effets de diverses interventions de promotion de la santé et de prévention ont permis de démontrer la nécessité de recourir à l'approche écologique pour agir efficacement en considérant simultanément les personnes et leurs environnements (Bronfenbrenner, 1979). Au cours des deux dernières décennies, les résultats de recherche soutiennent que les interventions les plus efficaces pour améliorer la santé, le bien-être et la réussite scolaire des jeunes allient des mesures environnementales aux mesures éducatives (Stewart-Brown, 2006). Il est reconnu que l'environnement joue un rôle déterminant sur les décisions et les comportements des individus par les avantages qu'il offre ou non. Dans une perspective écologique, on s'intéresse aux ressources nécessaires au développement des individus qui sont potentiellement disponibles dans l'environnement, et effectivement utilisées.

Les interventions éducatives doivent donc être appuyées par des interventions qui permettent la création d'environnements favorables dans les milieux de vie que sont l'école, la famille et la communauté. En contexte scolaire, les environnements favorables réfèrent à l'ensemble des éléments sociaux, culturels, physiques, pédagogiques et politiques qui exercent une influence positive sur la santé et la réussite éducative (Ministère de la Santé et des Services sociaux et collab., 2012)

C'est dans cette perspective que l'approche École en santé propose une adaptation des stratégies de la Charte d'Ottawa en contexte scolaire (Arcand et Roberge, 2007) :

- Des politiques, règles et normes cohérentes et favorables à la santé (ex. : code de vie, politique pour de saines habitudes de vie);
- Un aménagement favorable sur les plans pédagogique, social et physique (climat scolaire, participation scolaire, sécurité, soutien des parents);
- Le renforcement de la collaboration école-famille-communauté;
- Le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes;
- Une offre de services adaptée aux jeunes : soutien social, services préventifs en matière de santé, services d'aide à l'élève, etc.

### **2.2.2 Importance des dimensions organisationnelles**

Divers travaux consultés en lien avec l'intégration de la promotion et la prévention dans la réalité scolaire invitent à situer les pratiques de promotion et de prévention dans une perspective éducative plutôt que dans une visée de changement de comportements (Paulus, 2009; Keshavarz et collab., 2010). Ils illustrent qu'il faut miser sur ce qui est partagé par le secteur de l'éducation et de la santé et sur ce qui les rapproche (Young, 2005). La santé devient alors partie prenante de l'école et une ressource pour l'école (Paulus, 2009).

L'intégration de pratiques de promotion et de prévention dans la réalité scolaire pose des défis aux acteurs concernés (enseignants, personnel scolaire, professionnels de la santé, gestionnaires) qui sont appelés à revoir à la fois leurs pratiques et diverses conceptions relatives à la réussite éducative, à la santé et au bien-être. Le renouvellement des pratiques est un élément indispensable à l'efficacité des programmes. Il faut accorder une place, du temps et des moyens suffisants pour que l'adaptation des pratiques se réalise (Arcand, 2008). Les résultats de ces travaux soulèvent l'enjeu des aménagements organisationnels à tous les paliers du système, du national au local.

En effet, la transformation des pratiques s'inscrit dans le contexte plus global des organisations auxquelles les professionnels appartiennent. Elle est donc tributaire des conditions organisationnelles mises en place pour soutenir les changements et accompagner les professionnels. Cela implique une collaboration étroite entre gestionnaires et praticiens.

Comme le souligne Debowski (2008), les innovations proposées dans les milieux scolaires opèrent à l'intérieur d'un cadre plus large de contraintes systémiques, culturelles et professionnelles, qui doivent être prises en compte en conjonction avec les changements éducationnels désirés.

Une recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire fait ressortir l'importance de conditions telles que le leadership et le soutien des différents paliers du système, le leadership et le soutien de la direction scolaire, la participation du personnel enseignant, des élèves et de leurs parents, la collaboration intersectorielle entre la santé et l'éducation, la concertation au sein de l'école, le développement professionnel des enseignants et la planification (Simard et Deschesnes, 2011).

L'importance du développement professionnel des enseignants ressort des écrits recensés comme une condition clé pour renforcer les capacités d'une école à absorber une approche globale en promotion de la santé. Les enseignants sont considérés par plusieurs auteurs comme les ressources premières d'une école, au cœur des apprentissages des élèves. De plus, ils maintiennent des relations constantes avec les autres acteurs de l'ensemble de la communauté éducative, constituant un point charnière entre l'atteinte des objectifs éducationnels et ceux liés à la promotion de la santé. Dans une approche globale, les enseignants incarnent des agents de changement par rapport à la manière de promouvoir la santé dans les écoles. Ils ont donc besoin d'occasions de formation, de réflexion et d'outils adaptés à leur contexte afin d'être en mesure de s'approprier les fondements d'une telle approche et de les intégrer à leurs pratiques (Simard et Deschesnes, 2011; Lasnier, 2001).

Ces propos sont corroborés dans certains ouvrages en lien avec l'éducation pour la santé ou sur la formation par compétences (Jourdan, 2010; Grenier et collab., 2010; Lasnier, 2001).

Des résultats similaires ressortent d'une étude sur la pratique infirmière de promotion et de prévention en CSSS mettant en exergue l'importance d'une approche intégrée de l'organisation du travail, de la collaboration, d'espaces d'échange et de temps de réflexion (Beudet et collab., 2008).

D'autres facteurs contextuels sont susceptibles d'influencer l'absorption des pratiques de promotion et de prévention dans le fonctionnement de l'école, comme en témoignent les travaux de Rowling et Samdal (2011). Dans leurs travaux sur l'implantation des écoles promotrices de santé, ces auteurs identifient de façon systématique les composantes opérationnelles de l'implantation de même que leurs mécanismes. Huit composantes sont décrites : préparation et planification, ancrage politique et institutionnel, leadership, pratiques de gestion, contexte organisationnel et relationnel, participation des élèves, partenariats et réseaux, durabilité (*sustainability*). Leurs conclusions rejoignent celles issues des études portant sur l'implantation de l'approche École en santé au Québec (Couturier et collab., 2009; Deschesnes et collab., 2012b; Deschesnes et collab., 2008).

Dans le cadre de travaux connexes sur l'intégration des soins et sa mise en œuvre, Contandriopoulos et ses collaborateurs (2001) introduisent la notion d'intégration systémique impliquant que la complexité et la teneur des enjeux prenant forme dans les organisations au niveau régional et local doivent se refléter dans l'environnement plus large. L'intégration systémique renvoie à l'idée que l'intégration à un niveau donné (ex. : une organisation, un territoire, une région) est tributaire d'une cohérence avec les autres niveaux (ex. : local, régional, provincial).

Plusieurs de ces éléments sont corroborés par des travaux menés dans le secteur de l'éducation. Lors de l'évaluation de la stratégie d'action Agir autrement (SIAA) visant à réduire les effets des inégalités sociales sur la réussite scolaire, Janosz et ses collaborateurs (2010) ont mis en exergue l'importance de la mobilisation collective des acteurs dans l'école, la pertinence du soutien au développement professionnel dans le choix, la mise en œuvre et le suivi des pratiques reconnues efficaces. Les auteurs insistent sur le rôle du palier national quant à la nécessité de fusionner certaines mesures proposées à l'école et les opérations de portrait et d'analyse de situation qui les accompagnent dans le souci d'une meilleure intégration des actions. On souligne également le rôle des commissions scolaires dans l'accompagnement des écoles et la création de conditions propices au travail en réseau et à l'élargissement du leadership autour de la SIAA.

Dans une synthèse récente de quinze ans de recherche sur la réforme de l'école, Bryk et ses collègues (2010) identifient cinq éléments essentiels pour réussir le changement : un leadership fort; un solide engagement de la famille et de la communauté; le développement des compétences professionnelles; une forte orientation pédagogique et le matériel requis; un climat d'apprentissage sécuritaire, accueillant, stimulant et enrichissant pour tous les élèves.

### **2.3 MODÈLE POUR DES INTERVENTIONS INTÉGRÉES ET EFFICACES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN CONTEXTE SCOLAIRE**

La recension d'écrits a conduit à l'élaboration d'un modèle pour des interventions intégrées de promotion et de prévention en contexte scolaire conjuguant l'approche par compétences aux fondements de l'approche École en santé et aux travaux récents dans le domaine. Ce modèle sert de base à l'analyse des recommandations d'experts de la synthèse afin d'en dégager les éléments communs incontournables à l'ensemble des thématiques. Au final, les éléments qui émergeront de l'analyse des recommandations de toutes les sections de la synthèse (jeunes, école, famille et communauté) (Palluy et collab., 2010), leur validation auprès d'experts et la démarche de coconstruction permettront de passer d'un modèle à un référent commun destiné aux acteurs de la promotion et de la prévention en contexte scolaire.

Le modèle stipule que les jeunes doivent intégrer des savoirs communs déterminants à leur répertoire personnel pour en faire des ressources internes qu'ils pourront mobiliser à bon escient dans diverses situations de santé et de bien-être. La mobilisation et la combinaison de ces ressources personnelles (ex. : gérer les pressions sociales) et des ressources externes appropriées (ex. : aliments sains) leur permettront, en effet, de développer les savoir-agir (ou compétences) nécessaires au traitement efficace des situations de santé et de bien-être auxquelles ils seront confrontés tout au long de leur vie. Pour être intégrés par le jeune, ces savoirs communs déterminants doivent faire l'objet d'interventions éducatives structurées et planifiées (au moment opportun, selon les phases de développement du jeune) ainsi que d'interventions environnementales structurantes pour assurer la disponibilité cohérente des ressources externes dans leurs milieux de vie.

Le modèle traduit une perspective positive du développement du jeune. Il fournit une organisation intégrée des savoirs, savoir-faire, savoir-être chez les jeunes et des actions environnementales incluses dans les recommandations d'experts (voir schéma page suivante).

Les visées sont :

- Développer des savoir-agir complexes en santé et bien-être chez les jeunes;
- Aménager des environnements favorables dans leurs milieux de vie, c'est-à-dire qui offrent les ressources externes nécessaires (ressources matérielles et sociales) et permettent aux jeunes de développer leurs ressources personnelles.

Dans ce modèle, les situations de santé et de bien-être rencontrées par les jeunes constituent les points de départ. Les finalités sont que les jeunes traitent efficacement ces situations et que les milieux dans lesquels ils évoluent soient favorables à cet agir compétent (école, famille, communauté).

Les diverses dimensions du modèle sont en interrelation. Les interventions éducatives concernent les éléments communs incontournables à l'ensemble des thématiques de santé (savoirs communs déterminants). Ils doivent faire l'objet d'interventions planifiées et structurées tout au long du cheminement scolaire des jeunes en fonction de leur phase de

développement. Il s'agit d'éléments indispensables au traitement efficace des situations de santé et de bien-être auxquelles ils sont confrontés.

Les interventions environnementales, organisationnelles et institutionnelles concernent les éléments communs incontournables de nature politique, physique, économique et socioculturelle (orientations, conditions organisationnelles, aménagements et services) sur lesquels il faut agir. Des actions en lien avec ces objets doivent être déployées afin de rendre les ressources externes disponibles et accessibles dans les principaux milieux de vie des jeunes afin de leur permettre de faire face aux diverses situations de santé et de bien-être.

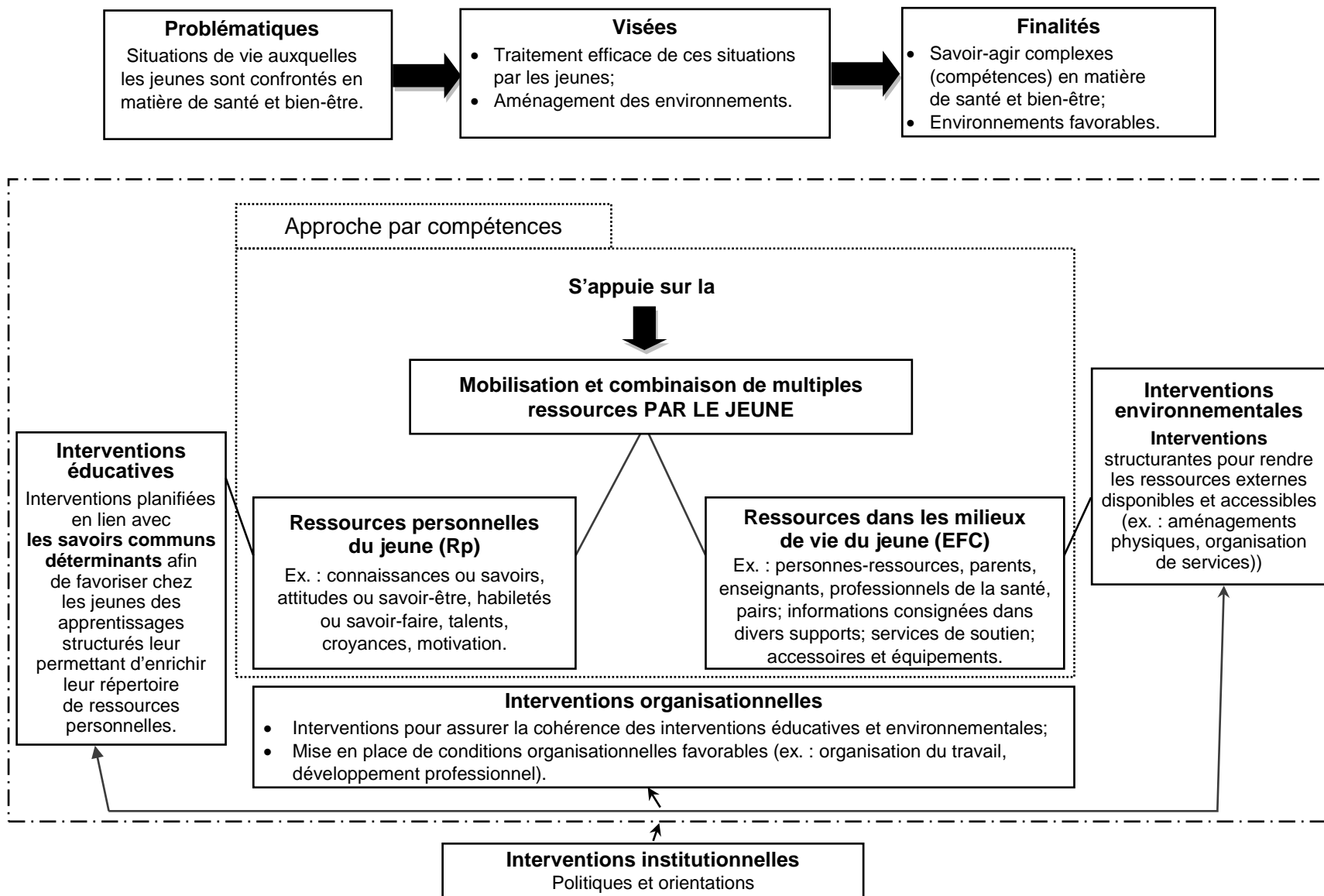


Figure 1 Modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire



### 3 IDENTIFICATION DES ÉLÉMENTS COMMUNS INCONTOURNABLES DE LA SECTION JEUNES

Ce chapitre est consacré aux démarches ayant conduit à l'identification des recommandations communes incontournables à un ensemble de thématiques de santé pour la section *Jeunes du primaire* et *Jeunes du secondaire* de la synthèse de recommandations *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire* (Palluy et collab., 2010);

#### 3.1 SOURCE DES DONNÉES

Les données sont issues de la synthèse de recommandations constituée de onze fiches thématiques, à l'intérieur desquelles les recommandations sont réparties en quatre sections : *Jeunes* (du primaire et du secondaire), *École*, *Famille*, *Communauté*. La synthèse identifie :

- des éléments du milieu scolaire (pédagogiques, sociaux et physiques), du milieu familial, et communautaire requis pour soutenir la réussite, la santé et le bien-être des jeunes;
- des types et des moyens de collaboration école-famille-communauté nécessaires pour soutenir l'offre de services aux jeunes et à leur famille;
- des savoirs, savoir-faire et savoir-être requis par les jeunes en lien avec diverses thématiques de santé et de bien-être (présentés dans la section *Jeunes du primaire* et *Jeunes du secondaire*).

Au total, la synthèse compte 6612 recommandations. Elles sont organisées par niveaux hiérarchiques reflétant leur importance dans la littérature. Ainsi, les rubriques de niveau supérieur reflètent habituellement les recommandations principales et les sous-rubriques représentent les composantes de ces recommandations principales, comme le montre la figure suivante.

<b>Résister à la pression négative des pairs.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
• Reconnaître l'influence du regard des autres sur ses comportements et sur ses choix.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
- Distinguer la pression négative de la pression positive des pairs.		<b>2</b>	<b>3</b>
• Éviter de se laisser influencer négativement par les attitudes, les paroles, les gestes des pairs :	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
- Pratiquer et analyser différentes façons de dire « non », de répondre à la pression.			
• Reconnaître les pairs qui exercent une influence positive et se joindre à eux.			<b>3</b>

**Figure 2** Extrait de la synthèse des recommandations – Fiche *Alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent* – Section *Jeunes du primaire*

Ainsi la résistance à la pression des pairs représente un savoir qui résulte de la combinaison de plusieurs éléments comme « reconnaître l'influence du regard des autres sur ses comportements et ses choix », « éviter de se laisser influencer négativement par les attitudes, les paroles, les gestes des pairs », « distinguer la pression négative de la pression positive des pairs ». Tous ces éléments sont de l'ordre des savoirs (connaissances, habiletés, ou attitudes), mais d'un niveau de complexité différent.

### 3.2 ORGANISATION DES DONNÉES

Les recommandations de la synthèse (Palluy et collab., 2010) ont été importées dans une base de données Access dont les fonctionnalités de traitement (filtres, requêtes, champs, etc.) ont facilité la codification et les regroupements. Son interface multiutilisateur a simplifié le partage des informations et le suivi des modifications dans le traitement des données.

Chaque recommandation distincte de la synthèse s'est traduite par un énoncé dans la base. Ainsi, une même recommandation qui se retrouve dans plus d'une fiche constitue un seul énoncé dans la base (ex. : « Développer son affirmation de soi » est une recommandation notée dans neuf fiches qui devient un seul énoncé dans la base). De plus, divers champs ont été créés afin de caractériser les énoncés :

- **Sec.** – La section à laquelle est rattaché cet énoncé : *Jeunes du primaire* (JP); *Jeunes du secondaire* (JS); *École* (E); *Famille* (F); *Communauté* (C);
- **Niv.** – Le niveau hiérarchique de cet énoncé (recommandation principale; sous-rubriques : éléments constitutifs d'une recommandation principale);
- **Numéro** – Un numéro d'identification attribué à chaque énoncé;
- **Énoncé** – La recommandation tirée de la synthèse;
- **Fiches** – Les fiches thématiques dans lesquelles on retrouve cet énoncé : *Alimentation* (A); *Dépendances à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent* (D); *Estime de soi* (E); *Hygiène, sommeil et santé buccodentaire* (H); *Santé mentale* (M); *Activité physique* (P); *Relations harmonieuses et prévention de la violence* (R); *Sécurité* (S); *Tabac* (T); *Sexualité* (X);
- **Cycle** – Les cycles d'enseignement auxquels les énoncés de la section *Jeunes du primaire* et *Jeunes du secondaire* sont rattachés : 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> du primaire (P1, P2, P3), 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> du secondaire (S1, S2).

La figure qui suit représente un extrait de la base de données et permet de visualiser l'organisation des recommandations. Celles-ci ne sont plus présentées en onze fiches distinctes. Néanmoins, l'architecture des recommandations (niveaux hiérarchiques) a été conservée.

Sec*	Niv	Numéro*	Énoncé	Fiches	Cycles
JP	1	21	JEUNES DU PRIMAIRE : Développement de compétences personnelles	ADEHMPRSTX	P
JP	2	21.31	Développer son affirmation de soi	ADEMPRSTX	
JP	3	21.31.41	Résister à la pression négative des pairs...	ADMPRSTX	P1P2P3
JP	4	21.31.41.11	• Reconnaître l'influence du regard des autres sur ses comportements et sur ses choix :	ADMPRSTX	P1P2P3
JP	5	21.31.41.11.11	- Distinguer la pression négative de la pression positive des pairs.	ADMPRSTX	P2P3
JP	4	21.31.41.21	• Éviter de se laisser influencer négativement par les attitudes, les paroles, les gestes des pairs :	ADMPRSTX	P1P2P3
JP	5	21.31.41.21.11	- Pratiquer et analyser différentes façons de dire « non », de répondre à la pression.	ADMPRSTX	
JP	4	21.31.41.31	• Reconnaître les pairs qui exercent une influence positive et se joindre à eux.	ADMPRSTX	P3

**Figure 3** Extrait de la base de données Access – Section *Jeunes du primaire*

En somme, les 6612 recommandations se traduisent, dans la base de données, en 3583 énoncés distincts qui se répartissent comme suit :

- Section *Jeunes primaire* : 469 énoncés; *Jeunes du secondaire* : 622 énoncés;
- Section *École* : 1392 énoncés;
- Section *Famille* : 622 énoncés;
- Section *Communauté* : 228 énoncés;
- Collaboration *École-Famille-Communauté* : 250 énoncés.

### 3.3 TRAITEMENT DES DONNÉES

Bien que l'ensemble des énoncés ait été considéré et qu'il sera traité, le présent rapport porte uniquement sur le traitement et l'analyse des 1091 énoncés de la section *Jeunes du primaire* (n = 469) et *Jeunes du secondaire* (n = 622). Le traitement et l'analyse des énoncés des sections *École*, *Famille*, *Communauté* qui permettront d'identifier les interventions incontournables à la création d'environnements favorables seront présentés dans un rapport subséquent.

La démarche de codification et de regroupements a été guidée par la définition de compétence retenue dans le modèle présenté à la section 2.3 de ce rapport. Selon cette définition, une compétence est un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'un ensemble de ressources personnelles et de ressources externes à l'intérieur d'une famille de situations.

**Dans une première étape**, une analyse transversale de tous les énoncés des sections *Jeunes du primaire* et *Jeunes du secondaire* a été réalisée par les membres de l'équipe afin de dégager les éléments communs incontournables à l'ensemble des situations de santé et de bien-être auxquelles les jeunes sont confrontés. Il s'agit de savoirs correspondant aux critères suivants et ils sont désignés comme **savoir commun déterminant (SCD)** :

- Énoncé correspondant à une recommandation principale selon la littérature;
- Énoncé correspondant à un élément déterminant selon sa récurrence dans plusieurs fiches dans la base de données.

Le traitement des données a permis de repérer **102** énoncés correspondant aux critères d'un savoir commun déterminant (**SCD**) parmi les **1091** énoncés des sections *Jeunes du primaire* (n = 469) et *Jeunes du secondaire* (n = 622).

Il est important de préciser que presque tous les énoncés du primaire se retrouvent au secondaire avec des libellés identiques ou similaires.

Cette étape de la codification des savoirs communs déterminants (**SCD**) a fait l'objet d'un accord interjuges entre les trois membres de l'équipe affectés à cette tâche. Les échanges ont permis d'atteindre un consensus pour tous les énoncés retenus **SCD**.

Les 989 énoncés restants constituent les éléments composant ces savoirs communs déterminants. Il s'agit de savoirs de moindre complexité (connaissances, habiletés, attitudes) qui font actuellement l'objet de regroupements de sens, d'une priorisation et d'une répartition par cycles selon les phases de développement. Ils seront présentés dans un prochain volet du rapport sur les travaux d'intégration.

**Dans une seconde étape**, le traitement des données a consisté à regrouper les 102 énoncés codifiés savoirs communs déterminants (SCD) dans le but d'en identifier un nombre restreint. Le regroupement des énoncés s'est fait, d'une part, sur la base de ce qui les rapproche, c'est-à-dire leur nature, comme cela est appuyé par les écrits en santé et en éducation portant sur les compétences personnelles et sociales<sup>4</sup>. Après plusieurs itérations en fonction de différents concepts, c'est finalement la nature cognitive, sociale ou adaptative de l'énoncé qui a été retenue comme balise pour constituer ces regroupements. Cette catégorisation s'apparente à celle qui est associée aux *Life Skills* (OMS, 2003) ou *Skills-Based Health Education*.

D'autre part, le regroupement s'est également basé sur les liens qui existent entre les énoncés pour atteindre un but (interdépendance ou solidarité des éléments) (Roegiers, 2010). Un seul élément ne suffit pas pour résoudre une situation de santé et de bien-être. Le traitement efficace d'une situation résulte de la combinaison judicieuse de divers savoirs communs déterminants reconnus dans la littérature.

En cohérence avec le concept de compétence, ces critères ont conduit à deux niveaux de regroupement selon la séquence suivante :

- Regroupement en « famille » : les énoncés codifiés « savoir commun déterminant » ont été regroupés (SCD) selon leur nature (ex. : sociale, cognitive, adaptative);

---

<sup>4</sup> Ministère de l'Éducation, 2006; Mangrulkar et collab., 2001; Botvin et Griffin, 2004; World Health Organization, 2001; Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, 2007a; Guerra et Bradshaw, 2008; Bradshaw et collab., 2008; Charles et Blum, 2008; Bradshaw et Guerra, 2008; Aldinger et Whitman, 2005; Elias, 2003; Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, 2006; Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, 2007b.

- Regroupement dans chacune des familles : Les énoncés de chacune des familles constituées ont été regroupés entre eux sur la base des critères suivants :
  - La récurrence dans plus d'une thématique (recommandations retrouvées dans plus d'une fiche témoignant de leur importance dans le traitement des situations d'une famille donnée);
  - La récurrence au primaire et au secondaire (la portée d'action tant au primaire qu'au secondaire);
  - Le sens des énoncés, c'est-à-dire que les énoncés comportant le même sens ont été réunis. Par exemple, les énoncés « Résister aux pressions négatives des pairs » et « Résister aux pressions négatives des médias » ont été réunis, car ils ont la même fonction soit « Résister aux influences sociales négatives ».

Les deux niveaux de regroupement ont fait l'objet d'un accord interjuges auprès des quatre auteurs affectés à cette tâche jusqu'à l'atteinte d'un consensus. De plus, le processus d'identification des savoirs communs déterminants (SCD) a fait l'objet d'une validation auprès d'experts des sciences de l'éducation et de l'approche par compétences<sup>5</sup>.

### 3.4 RÉSULTATS

#### 3.4.1 Résultats du regroupement en « familles »

Les 102 énoncés SCD ont été répartis en trois familles comme suit : 31 énoncés de nature adaptative, 24 énoncés de nature cognitive, 34 énoncés de nature sociale. Treize énoncés n'ont pas été répartis dans une famille.

La première famille de savoirs communs déterminants (énoncés codifiés SCD) réunit des éléments de nature **adaptative** (ex. : connaissance de soi, gestion des émotions, capacité d'adaptation) qui ciblent de façon plus particulière, mais non exclusive, la dimension psychologique de la santé. Ces savoirs communs déterminants s'appliquent à toutes les thématiques de santé, mais plus spécifiquement à la santé mentale et à l'estime de soi dans sa dimension identitaire. Ce groupe constitue la famille **Identité et adaptation**<sup>6</sup> et rassemble de façon prépondérante des savoirs (connaissances), des savoir-être (attitudes) et des savoir-faire (habiletés) visant à structurer son identité et à composer sagement avec les défis de la vie.

La deuxième famille de savoirs communs déterminants (énoncés codifiés SCD) réunit des éléments de nature **cognitive** (ex. : prise de décision, jugement critique) qui concernent plus spécifiquement, mais non exclusivement, la dimension physique de la santé. Ce groupe constitue la famille **Habitudes de vie**. Ces savoirs communs déterminants sont requis dans les situations en lien avec :

---

<sup>5</sup> Au cours de la démarche méthodologique, les professeurs Jacques Tardif (Université de Sherbrooke) et Philippe Jonnaert (UQAM) ont été consultés ainsi que les membres de l'unité Développement de compétences de l'INSPQ.

<sup>6</sup> Libellé sujet à changement, car il fait l'objet de discussions.

- toutes les habitudes de vie : alimentation, activité physique, sommeil, hygiène, santé buccodentaire, non-usage du tabac, consommation saine et responsable d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent;
- les comportements sains et sécuritaires :
  - en matière de déplacements routiers et piétonniers;
  - lors d'activités sportives et de loisirs;
  - en matière de sexualité.

La troisième famille de savoirs communs déterminants (énoncés codifiés SCD) réunit des éléments qui sont de nature **sociale** (ex. : attitudes et comportements prosociaux, résolution de conflits) et qui correspondent, par le fait même, à la dimension sociale de la santé. Ces savoirs communs déterminants sont requis dans toutes les situations en lien avec les thématiques relationnelles et, plus particulièrement, en ce qui a trait à la prévention de la violence et aux relations interpersonnelles familiales, amicales, amoureuses ou sociales. Ils incluent également la dimension relationnelle de la sexualité et l'estime de soi à travers les sentiments d'appartenance et de compétence sociale. Ce groupe constitue la famille **Relations sociales** et rassemble de façon prépondérante des éléments visant l'établissement de relations sociales saines et harmonieuses.

À cette étape de la catégorisation, la nature de certains énoncés SCD (13/102) permettait difficilement de les classer dans l'une ou l'autre des trois familles parce que ces énoncés renvoient au processus même de compétence. Il s'agit des énoncés suivants :

- **Résoudre des problèmes** (n = 4 énoncés) pour traiter efficacement une situation. La démarche de résolution de problèmes est inhérente au développement de toute compétence puisqu'elle implique de savoir analyser les éléments de la situation, de cerner le contexte, de choisir et mobiliser les ressources requises, disponibles et pertinentes, et d'effectuer un retour sur la situation. C'est la définition même de la compétence;
- **Développer sa pensée créatrice** (n = 2 énoncés) pour résoudre des problèmes. La pensée créatrice réfère à l'idée d'imaginer de nouvelles combinaisons de ressources dans le traitement efficace de situations correspondant ainsi au processus même du développement de compétences;
- **Développer son autonomie, son sens des responsabilités et sa persévérance** (n = 7 énoncés). L'autonomie s'acquiert progressivement grâce au traitement de situations de plus en plus complexes tout au long du processus de développement de compétences.

### 3.4.2 Regroupements à l'intérieur de chaque famille

Une fois les familles constituées, les énoncés en faisant partie ont fait l'objet d'autres regroupements entre eux afin de réduire davantage le nombre des recommandations et de concrétiser une meilleure intégration. Les regroupements ont été faits à partir des critères suivants :

- Le sens des énoncés, c'est-à-dire des énoncés ayant la même signification;

- La récurrence dans plus d'une thématique (recommandations retrouvées dans plus d'une fiche témoignant de leur rôle important);
- La récurrence au primaire et au secondaire.

Il est à noter que certains énoncés (n = 17) ont été assignés à une famille en particulier bien qu'ils interviennent dans le traitement de situations de toutes les familles. Cette assignation s'est faite en fonction de leur rôle prépondérant dans le traitement efficace des situations de la famille choisie. **Ces énoncés sont marqués d'un astérisque (\*) dans les tableaux 2, 3 et 4.** C'est le cas par exemple de l'énoncé « Communiquer efficacement ». Dans la synthèse de recommandations d'experts, la communication efficace renvoie à la maîtrise des règles de communication, la pratique de l'écoute active et l'utilisation du niveau de communication approprié selon la situation. Ces éléments sont prépondérants dans le traitement efficace des situations de nature sociale et relationnelle. Ce sont les apprentissages réalisés en lien avec ces situations qui permettent l'acquisition et l'intégration de la communication efficace comme ressource personnelle avec tous les éléments qui la composent. Cette ressource pourra être mobilisée pour résoudre les situations liées aux deux autres familles (Habitudes de vie et Identité-adaptation).

Dans les regroupements présentés, le chiffre entre parenthèses correspond au nombre d'énoncés regroupés sous chaque savoir commun déterminant (SCD).

### **Regroupements dans la famille Identité et adaptation**

L'analyse des savoirs communs déterminants (31 énoncés codifiés SCD) réunis dans la famille Identité et adaptation a permis de regrouper et de réduire à **quatre** les éléments déterminants de nature adaptative exerçant chacun une fonction distincte permettant au jeune de structurer son identité et de s'adapter aux situations de changements, de transition et de stress (voir tableau 2) :

- **SCD3.1 – Se connaître, s'accepter et s'estimer** (n = 12). Ce savoir commun déterminant renvoie à la connaissance de soi, à l'estime de soi et à l'image de soi. Il consiste à structurer son identité personnelle sur tous les plans et à développer ses valeurs et le sens à donner à sa vie;
- **SCD3.2 – Développer sa capacité d'adaptation aux changements, aux transitions et aux éléments de stress** (n = 5). Ce savoir commun déterminant consiste à développer des habiletés personnelles et des moyens pour composer sainement avec les situations de changements et de transition. Il consiste notamment à composer sainement avec le stress et l'anxiété, la perte, le deuil, l'échec, la maladie ou autres épreuves;
- **SCD.3 – Gérer ses émotions** (n = 6). Ce savoir commun déterminant consiste notamment à gérer sa colère ainsi qu'à se contrôler et s'autoréguler. Il requiert la compréhension, la maîtrise et l'expression adéquate de ses émotions et le choix de comportements appropriés à la situation;
- **SCD3.4 – Demander de l'aide pour soi et pour les autres** (n = 6). Ce savoir commun déterminant consiste notamment à demander de l'aide selon la situation et à surmonter les obstacles à la demande d'aide.

**Tableau 2 Famille Identité et adaptation**

Énoncés	Nombre d'énoncés	Fiches <sup>a</sup>
<b>POUR STRUCTURER SON IDENTITÉ ET S'ADAPTER<sup>b</sup></b>	<b>2</b>	
<b>SCD3.1 Se connaître, s'accepter, s'estimer</b>	<b>12</b>	
* Développer son estime de soi.	(n = 2)	ADHMPRTX
* Développer une image de soi positive.	(n = 2)	AEMPX
* Se connaître, s'accepter et développer une image de soi positive, dont son image corporelle.	(n = 2)	AEMPX
* Se connaître.	(n = 2)	R
* Structurer son identité sexuelle.	(n = 2)	X
Développer sa vie spirituelle (valeurs, croyances, sens de la vie).	(n = 2)	M
<b>SCD3.2 Développer sa capacité d'adaptation aux changements, aux transitions et aux éléments de stress</b>	<b>5</b>	
Gérer son stress et son anxiété.	(n = 2)	DEMT
Développer sa capacité d'adaptation aux transitions, aux changements, aux éléments de stress.	(n = 2)	DEM
Gérer la perte ou le deuil.	(n = 1)	M
<b>SCD 3.3 Gérer ses émotions</b>	<b>6</b>	
Se contrôler, s'autoréguler.	(n = 1)	MRS
Ralentir ses élans moteurs, contrôler ses gestes.	(n = 1)	MRS
Gérer ses émotions et ses comportements.	(n = 2)	DEMRX
Gérer efficacement sa colère et son stress.	(n = 1)	R
Gérer efficacement sa colère.	(n = 1)	DEM
<b>SCD 3.4 Demander de l'aide pour soi et pour les autres</b>	<b>6</b>	
Demander de l'aide pour soi et pour les autres en tant que victime ou témoin de violence (notamment pour les garçons de la fin du primaire).	(n = 1)	R
Demander de l'aide adéquate	(n = 1)	E
Demander de l'aide	(n = 4)	DMRSTX
<b>TOTAL DES ÉNONCÉS</b>	<b>31</b>	

<sup>a</sup> Alimentation (A); Dépendances (D); Estime de soi (E); Hygiène, sommeil et santé buccodentaire (H); Santé mentale (M); Activité physique (P); Relations harmonieuses et prévention de la violence (R); Sécurité (S); Tabac (T); Sexualité (X).

<sup>b</sup> Deux énoncés ne sont pas rattachés à un savoir commun déterminant en particulier, car ils sont inclus dans le libellé « Structurer son identité et s'adapter ».

\* Il est à noter que certains énoncés (n = 17) ont été assignés à une famille en particulier bien qu'ils interviennent dans le traitement de situations de toutes les familles (ex. : se connaître). Cette assignation s'est faite en fonction de leur rôle prépondérant dans le traitement efficace des situations de la famille choisie. **Ces énoncés sont marqués d'un astérisque (\*) dans les tableaux 2, 3 et 4.**



## Regroupements dans la famille Habitudes de vie

L'analyse des savoirs communs déterminants (24 énoncés codifiés SCD<sup>7</sup>) réunis dans la famille Habitudes de vie a permis de regrouper et réduire au nombre de **trois** les éléments cognitifs déterminants exerçant chacun une fonction distincte dans l'adoption de saines habitudes de vie (voir tableau 3) :

- **SCD1.1 – Exercer son jugement critique face aux habitudes de vie**<sup>8</sup> (HDV) (n = 2). Ce savoir commun déterminant consiste à développer une compréhension éclairée et critique au regard des saines habitudes de vie. Dans la base de données, les éléments traduisant ce savoir commun déterminant sont réunis sous l'énoncé « Exercer son jugement critique ». Ils comportent notamment les connaissances sur les HDV, les effets des HDV ainsi que les facteurs qui les influencent.
- **SCD1.2 – Gérer les pressions sociales** (n = 9). Ce savoir commun déterminant consiste à éviter de se laisser influencer négativement par les attitudes, les paroles et les gestes des pairs ainsi que par les représentations médiatiques;
- **SCD1.3 – Améliorer ou maintenir de saines habitudes de vie par divers moyens** (n = 7). Ce savoir commun déterminant consiste à se donner des moyens visant à maintenir de saines habitudes de vie ou à améliorer certaines de ses HDV.

---

<sup>7</sup> Certains énoncés (n = 6 dans la famille Habitudes de vie) sont inclus dans le libellé de la compétence à développer et ne sont donc pas regroupés dans un des savoirs communs déterminants identifiés. Par exemple, l'énoncé « Adopter de saines habitudes liées à l'usage du tabac » est inclus dans le libellé « pour adopter de saines habitudes de vie ».

<sup>8</sup> Certains libellés de familles ou de savoirs communs déterminants de même que certains regroupements sont susceptibles d'être légèrement modifiés à la suite des discussions et de la validation avec les experts et les utilisateurs dans le cadre de la démarche de coconstruction.

**Tableau 3 Famille Habitudes de vie (HDV)**

Énoncés	Nombre d'énoncés	Fiches <sup>c</sup>
<b>POUR ADOPTER DE SAINES HABITUDES DE VIE</b>	<b>6</b>	
<b>SCD1.1 Exercer son jugement critique par rapport aux habitudes de vie</b>	<b>2</b>	
* Exercer son jugement critique.	(n = 2)	ADHPRSTX
<b>SCD1.2 Gérer les pressions sociales</b>	<b>9</b>	
* Développer son affirmation de soi.	(n = 2)	ADEMPRSTX
* Affirmer son identité par rapport aux autres.	(n = 1)	E
Résister aux pressions négatives des pairs et des médias.	(n = 1)	ADMPRSTX
Résister aux pressions négatives des médias.	(n = 1)	ADMPRSTX
Résister à la pression négative des pairs.	(n = 3)	ADEMPRSTX
Éviter de se laisser influencer négativement par les attitudes, les paroles, les gestes des pairs.	(n = 1)	ADMPRSTX
<b>SCD1.3 Améliorer ou maintenir de saines HDV par divers moyens</b>	<b>7</b>	
Planifier une démarche de modification de son mode de vie actif.	(n = 2)	P
Planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie pour développer un mode de vie physiquement actif, s'y engager et en établir le bilan.	(n = 1)	P
Planifier une démarche de modification de ses habitudes alimentaires.	(n = 2)	A
Planifier une démarche de modification de ses habitudes de sommeil, d'hygiène et de santé buccodentaire.	(n = 2)	H
<b>TOTAL DES ÉNONCÉS</b>	<b>24</b>	

<sup>c</sup> Alimentation (A); Dépendances (D); Estime de soi (E); Hygiène, sommeil et santé buccodentaire (H); Santé mentale (M); Activité physique (P); Relations harmonieuses et prévention de la violence (R); Sécurité (S); Tabac (T); Sexualité (X).

## **Regroupements dans la famille Relations sociales**

L'analyse des 34 énoncés codifiés SCD réunis dans la famille Relations sociales a permis de regrouper et réduire à **trois** les éléments déterminants de nature sociale exerçant chacun une fonction distincte dans l'établissement de relations sociales saines et harmonieuses (voir tableau 4) :

- **SCD2.1 – Adopter des attitudes et de comportements prosociaux** (n = 10). Ce savoir commun déterminant renvoie au développement d'attitudes et de comportements permettant d'entrer en relation et d'entretenir celle-ci. Ces attitudes et comportements favorisent l'égalité et l'inclusion et contrent la discrimination et la stigmatisation. Ils favorisent la communication, l'empathie, la coopération et le respect dans ses relations;
- **SCD2.2 – Résoudre des conflits** (n = 3). Ce savoir commun déterminant renvoie à la démarche de résolution de conflits. Il consiste à appliquer les différentes étapes de la résolution de problèmes aux conflits interpersonnels;
- **SCD2.3 – S'impliquer socialement, influencer les normes et contribuer aux environnements favorables** (n = 16). Ce savoir commun déterminant consiste à s'impliquer positivement en classe, à l'école et dans sa communauté. C'est promouvoir et participer à la création d'environnements favorables à la structuration de son identité et sa capacité d'adaptation, aux saines habitudes de vie et aux relations sociales harmonieuses.

**Tableau 4 Famille Relations sociales**

Énoncés	Nombre d'énoncés	Fiches <sup>e</sup>
<b>POUR ÉTABLIR DES RELATIONS SOCIALES HARMONIEUSES<sup>f</sup></b>	<b>5</b>	
<b>SCD2.1 Adopter des attitudes et des comportements prosociaux</b>	<b>10</b>	
Adopter des attitudes et des comportements prosociaux.	(n = 2)	DEMPRSTX
Développer son empathie.	(n = 2)	EMRX
* Communiquer efficacement.	(n = 2)	DEMRX
Développer son réseau social.	(n = 1)	E
Socialiser.	(n = 3)	EMRX
<b>SCD2.2 Résoudre des conflits</b>	<b>3</b>	
Résoudre des conflits.	(n = 2)	EMRX
Résoudre des difficultés ou des conflits.	(n = 1)	E
<b>SCD2.3 S'impliquer socialement, influencer les normes et contribuer aux environnements favorables</b>	<b>16</b>	
S'impliquer socialement.	(n = 2)	AHMPRT
S'impliquer positivement en classe, à l'école et dans sa communauté.	(n = 4)	ER
Promouvoir les compétences sociales (écoute, respect, entraide) auprès de son entourage (classe, école, groupes de pairs, famille, communauté).	(n = 2)	ER
Promouvoir une alimentation et un environnement sains auprès de son entourage.	(n = 1)	A
Promouvoir une alimentation saine auprès de son entourage.	(n = 1)	A
Promouvoir un mode de vie physiquement actif et un environnement sain auprès de son entourage.	(n = 1)	P
Promouvoir un mode de vie et un environnement sains auprès de son entourage.	(n = 1)	T
Promouvoir un mode de vie physiquement actif auprès de son entourage.	(n = 1)	P
Promouvoir un mode de vie et un environnement sans tabac.	(n = 1)	T
Promouvoir de saines habitudes de sommeil, d'hygiène et de santé buccodentaire auprès de son entourage	(n = 1)	H
Faire la promotion de saines habitudes de sommeil, d'hygiène et de santé buccodentaire et d'un environnement sain auprès de son entourage	(n = 1)	H
<b>Total des énoncés</b>	<b>34</b>	

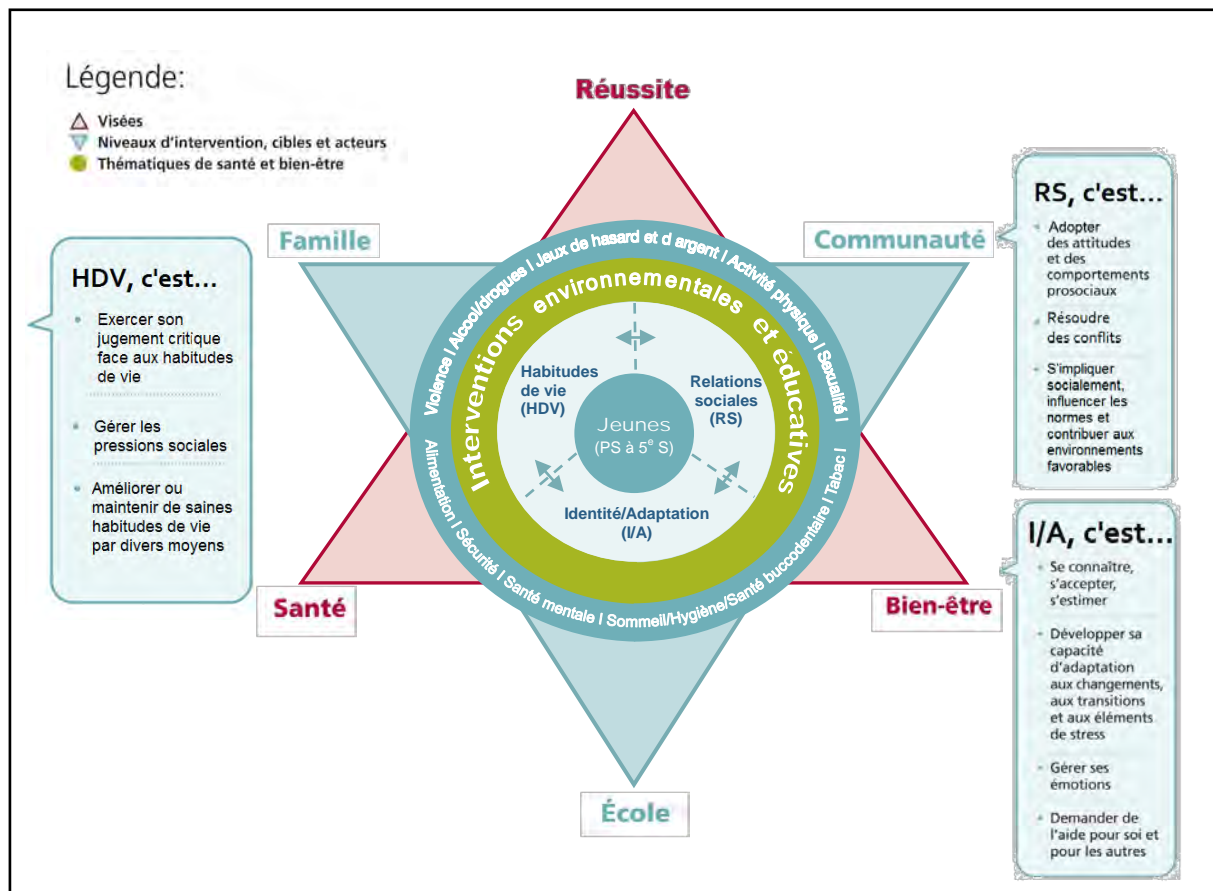
<sup>e</sup> Alimentation (A); Dépendances (D); Estime de soi (E); Hygiène, sommeil et santé buccodentaire (H); Santé mentale (M); Activité physique (P); Relations harmonieuses et prévention de la violence (R); Sécurité (S); Tabac (T); Sexualité (X).

<sup>f</sup> Certains énoncés (n = 5 dans la famille Relations interpersonnelles) sont inclus dans le libellé pour établir des relations sociales harmonieuses et ne sont donc pas regroupés dans un des savoirs communs déterminants identifiés. C'est le cas par exemple de l'énoncé « Développer des relations amoureuses harmonieuses et égalitaires ».

Les trois familles et les dix savoirs communs déterminants identifiés prennent en compte les besoins des jeunes dans les diverses sphères de leur développement et couvrent les dimensions cognitive, physique, sociale, affective et mentale de la santé. En somme, on souhaite outiller les jeunes pour qu'ils soient bien dans leur corps, leur tête, leur cœur et bien avec les autres.

La création d'un répertoire de ressources personnelles résulte d'apprentissages cognitifs de haut niveau (pensée critique, prise de décision) et d'apprentissages sociaux, émotionnels et adaptatifs (empathie, respect des différences, résolution de conflits, connaissance de soi, estime de soi, gestion des émotions, mécanismes d'adaptation sains). Ainsi, les savoirs communs déterminants pour traiter les situations de santé et de bien-être doivent faire l'objet d'interventions éducatives planifiées et structurées. C'est pourquoi ils sont désignés comme **objets d'interventions éducatives** dans le modèle. La recherche et l'expérience démontrent que l'intégration de ces savoirs comme ressources personnelles contribue substantiellement à la réussite des jeunes sur tous les plans en les outillant pour :

1. adopter de saines habitudes de vie;
2. établir des relations sociales saines et harmonieuses;
3. structurer leur identité et s'adapter aux changements, transitions, stress et épreuves de diverses natures.



**Figure 4 Dix savoirs communs déterminants pour outiller les jeunes**

### 3.4.3 Biais et limites

Pour minimiser les biais possibles liés à la nature subjective de ce type d'analyse, trois aspects ont été pris en compte :

- Les recommandations s'appuient sur une recension d'écrits scientifiques issus des sciences de l'éducation, de la santé et de la gestion;
- L'analyse se fonde sur un modèle;
- L'analyse des données repose sur un accord interjuges ainsi qu'une validation auprès de chercheurs des sciences de l'éducation et de professionnels experts de l'approche par compétences.

L'analyse des recommandations demeure une représentation théorique qui doit faire l'objet d'une confrontation avec la réalité des utilisateurs (savoirs expérimentiels). En ce sens, des séances de coconstruction sont prévues avec des acteurs (gestionnaires et intervenants) de différentes régions du Québec. La bonification, l'opérationnalisation et l'expérimentation du modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire permettront d'assurer la pertinence et la crédibilité des outils développés à l'intention des acteurs œuvrant en contexte scolaire pour les niveaux primaire et secondaire.

## **4 IMPLICATIONS DE L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES POUR LES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES**

La logique de compétences convie à poser un regard critique sur les interventions éducatives afin de s'assurer qu'elles permettent réellement le développement de compétences. Le point de départ d'une intervention éducative devient une situation de santé et de bien-être réelle transposée en situation d'apprentissage pouvant être réalisée en classe, hors classe ou dans le cadre de divers projets avec les partenaires de la communauté.

Les interventions éducatives doivent porter sur la résolution de situations complexes dans lesquelles les jeunes se reconnaissent. Plusieurs interventions déployées actuellement dans les milieux contribuent au développement des compétences. Toutefois, des ajustements devront être apportés pour s'assurer que tous les éléments nécessaires au développement de compétences sont abordés de façon intégrée au cours du cheminement des jeunes en fonction de leur phase de développement.

Les travaux de Jonnaert et de ses collègues abordent le développement des compétences dans une perspective situationnelle selon laquelle l'apprenant doit être mis dans des contextes pédagogiques qui ont une signification pour lui. L'approche par situations propose aux apprenants des activités d'apprentissage en lien avec des situations réelles de la vie et pour lesquelles les savoirs essentiels des programmes d'études servent de référence pour traiter ces situations avec compétence (Jonnaert et collab., 2010; Masciotra, 2010a; Masciotra, 2010b; Masciotra et Morel, 2011).

### **4.1 PROPOSER DES TÂCHES INTÉGRATRICES**

La logique de compétences introduit un nouvel aspect à prendre en considération, celui de l'interdépendance des savoirs communs déterminants. Le jeune développe la compétence en ayant recours aux divers savoirs, savoir-être et savoir-faire qu'il acquiert et intègre dans son répertoire personnel puis qu'il mobilise et combine de façon efficace à des ressources externes appropriées selon la situation. Au regard des situations de santé et de bien-être, les savoirs communs déterminants à combiner sont solidaires dans le traitement efficace des situations. Par exemple, l'adoption de saines habitudes de vie ne sera possible que si le jeune est en mesure de combiner les trois savoirs communs déterminants qui y sont associés : exercer son jugement critique par rapport aux habitudes de vie; gérer les pressions sociales; améliorer ou maintenir ses HDV par divers moyens. Ces éléments doivent être liés les uns aux autres pour agir avec compétence et doivent donc être abordés par le biais de tâches intégratrices.

### **4.2 PROPOSER DES CONTEXTES APPROPRIÉS AUX PHASES DE DÉVELOPPEMENT**

Pour chaque famille de situations, soit Identité-adaptation, Habitudes de vie, Relations sociales, ce sont toujours les mêmes savoirs communs déterminants que les jeunes doivent intégrer. Cependant, les jeunes doivent être exercés à y recourir dans diverses situations et contextes appropriés selon leur phase de développement.

### **Exemple avec la famille Habitudes de vie**

Les savoirs communs déterminants de cette famille : 1) exercer son jugement critique face aux habitudes de vie; 2) gérer les pressions sociales; 3) améliorer ou maintenir de saines HDV par divers moyens doivent faire l'objet d'apprentissages structurés tout au long du cheminement du jeune du préscolaire à la 5<sup>e</sup> année du secondaire, mais dans des situations et des contextes qui sont signifiants pour lui à chaque âge. Ainsi, au premier cycle du primaire, ces savoirs communs déterminants pourraient être abordés dans des situations autour des déplacements piétonniers ou à vélo, du transport scolaire, du sommeil ou de la santé buccodentaire; au premier cycle du secondaire, ces mêmes savoirs pourraient être abordés en lien avec la consommation responsable d'alcool ou des choix responsables en matière de sexualité. C'est de cette façon que seront abordés les éléments spécifiques liés aux diverses thématiques de santé.

Le développement des compétences part du principe qu'il faut être souvent confronté à des situations pour apprendre à mobiliser efficacement les ressources internes et externes requises pour les résoudre. Les ressources personnelles consistent en des savoirs, savoir-être et savoir-faire « intégrés » par le jeune dans son répertoire personnel à la suite des apprentissages qu'il fait. Mais il ne suffit pas d'accumuler des ressources, il faut aussi apprendre à les mobiliser et à les combiner de multiples façons selon les situations. Il faut donc s'assurer de proposer aux jeunes des interventions éducatives signifiantes qui leur donneront du temps pour s'exercer à le faire à maintes occasions, de se mesurer à des obstacles comparables pour des thématiques différentes (ex. : alimentation, sexualité, violence) et des contextes variés selon le stade de développement (Lasnier, 2001). C'est donc de fournir aux jeunes des occasions d'utiliser dans un autre contexte les ressources personnelles acquises dans un contexte donné (Lasnier, 2001).

Il y a plusieurs stratégies cognitives qui interagissent dans la mobilisation des ressources : accéder aux connaissances et aux acquis dans la mémoire à long terme; évaluer leur validité pour les mettre en correspondance avec la situation à laquelle le jeune est confronté; adapter les éléments qui ne correspondent pas, etc. Le jeune intègre progressivement le recours à certaines ressources grâce à la pratique et à la diversité des moments et des situations. Plusieurs ressources qui, au début, requièrent une grande attention pour être choisies et mobilisées deviennent moins lourdes à gérer cognitivement grâce à l'apprentissage et à l'usage.

### **4.3 RENFORCER LES INTERRELATIONS ENTRE LES COMPÉTENCES**

Les savoirs communs déterminants liés aux trois familles de situations sont imbriqués et interreliés. Par exemple, la gestion des émotions associée à la famille Identité et adaptation intervient également dans les situations de la famille Habitudes de vie. En effet, la gestion des émotions est sollicitée au moment de faire des choix alimentaires éclairés, de résister à la pression des pairs et de choisir des moyens pour modifier ses habitudes de vie. Ainsi les jeunes acquièrent des savoirs, savoir-être et savoir-faire déterminants en lien avec une famille de situations et « intègrent » ces éléments comme des ressources personnelles qu'ils peuvent par la suite mobiliser dans une autre famille de situations. Pour réussir ce transfert



des apprentissages, les interventions éducatives doivent faire des liens explicites entre les situations et le recours aux ressources personnelles.

Ainsi, il importe de proposer aux jeunes des scénarios d'apprentissage de plus en plus complexes qui leur permettront d'enrichir et d'élargir leur bassin de ressources personnelles, d'apprendre à s'appuyer sur les ressources externes appropriées et de s'exercer à mobiliser efficacement ces diverses ressources dans un éventail de situations de santé et de bien-être.

		Primaire			Secondaire		
		Cycles	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>
<b>Interventions environnementales déterminantes</b>		<b>En continu</b>					
<b>Gradation des interventions éducatives en classe et hors classe</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tâches et défis de plus en plus complexes</li> <li>▪ Continuité</li> <li>▪ Ancrages variés (domaines généraux de formation, domaines d'apprentissages, services éducatifs complémentaires, etc.)</li> </ul>					
<b>Famille</b>	<b>Objets d'intervention</b>	<b>Thématiques de santé et bien-être</b>					
<b>Habitudes de vie (HDV)</b>	<b>Exercer son jugement critique face aux habitudes de vie.</b>	<b>Sommeil</b>					
	<b>Hygiène</b>						
	<b>Gérer les pressions sociales</b>	<b>Santé buccodentaire</b>					
	<b>Alimentation</b>						
	<b>Adopter ou maintenir des HDV saines par divers moyens</b>	<b>Alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent</b>					
<b>Mode de vie physiquement actif</b>							
<b>Non-usage du tabac</b>							
<b>Sexualité saine et responsable</b>							

**Figure 5 Trajectoire de développement des compétences**



## CONCLUSION

Les travaux réalisés à ce jour ont permis d'élaborer un modèle pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire. Les connaissances ayant servi à l'élaboration du modèle proviennent principalement de travaux récents en sciences de l'éducation, en santé publique et en gestion des organisations. Ces appuis théoriques ont conduit à l'identification des dimensions permettant de mieux intégrer les recommandations d'experts touchant diverses thématiques de santé et de bien-être, d'assurer une meilleure compatibilité de ces recommandations avec la réalité scolaire (mission, orientations et fonctionnement) et une moins grande complexité (nombre restreint d'éléments communs et incontournables). Le modèle s'appuie principalement sur l'approche écologique, l'approche par compétences et les théories de l'innovation, et prend en compte les résultats de recherches réalisées dans les milieux scolaires québécois.

Dix éléments communs et déterminants pour résoudre les situations de santé et de bien-être auxquelles les jeunes sont confrontés doivent faire l'objet d'interventions éducatives planifiées et structurées du préscolaire à la fin du secondaire. Les situations rencontrées par les jeunes appartiennent à trois catégories : identité-adaptation, habitudes de vie et relations sociales.

### Travaux à poursuivre

L'analyse des recommandations des sections *École, Famille et Communauté* de la synthèse de recommandations d'experts est en cours et fera l'objet d'un autre volet du rapport sur les travaux d'intégration.

Les connaissances, les attitudes et les habiletés composant les dix savoirs communs déterminants ont été codifiées et analysées, et doivent faire l'objet d'une priorisation et d'une répartition selon les phases de développement des jeunes validées par des experts. Ces éléments seront présentés dans un prochain volet du rapport sur les travaux d'intégration.

Un processus participatif impliquant des concepteurs et des utilisateurs des réseaux de l'éducation et de la santé, du national au local, permettra de bonifier et d'opérationnaliser le modèle pour en faire un référent commun à l'intention des gestionnaires et des acteurs de la promotion et de la prévention en contexte scolaire. Des outils adaptés à leurs besoins seront développés en coconstruction afin de favoriser le déploiement de pratiques intégrées et efficaces de promotion et de prévention en soutien à la mission éducative de l'école.



## RÉFÉRENCES

- Aldinger, C. et Whitman, C. V. (2005). Skills for health : skills-based health education to teach life skills. Dans *The health promoting school : international advances in theory, evaluation and practice* (Vol. 8), (p. 151-171). Copenhagen. Danish University of Education Press.
- Arcand, L. (2008). Accompagner le renouvellement de pratiques. Dans Bantuelle, M. et Demeulemeester, R. (Éds), *Référentiel de bonnes pratiques. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces* (p. 93-108). Paris. INPES.
- Arcand, L. et Roberge, M.-C. (2007). *L'approche École en santé au Québec. Aspects novateurs*. Communication présentée à la 19<sup>e</sup> conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé de l'UIPES : *la promotion de la santé fait son chemin. Recherche, politiques et pratiques pour le 21<sup>e</sup> siècle* du 10 au 15 juin 2007. Vancouver, Colombie Britannique.
- Ayotte-Beaudet, J. Ph. et Jonnaert, P. (2010a). *Bibliographie francophone relative à la notion de compétence* (Rap. n° 2). Montréal : Chaire UNESCO de développement curriculaire et UQAM.
- Ayotte-Beaudet, J. Ph. et Jonnaert, P. (2010b). *Recension des textes francophones traitant de la notion de compétences* (Rap. n° 3). Montréal : Chaire UNESCO de développement curriculaire – UQAM.
- Beaudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., De Villers, L., Garceau-Brodeur, M.-H. et collab. (2008). La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, mission CLSC. De la volonté à la réalité... *Rapport synthèse, 11*, p. 1-12.
- Botvin, G. J. et Griffin, K. W. (2004). Life skills training : empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention, 25*, p. 211-232.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., et Nichols, T. D. (2006). Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science, 7*, p. 403-408.
- Bradshaw, C. P. et Guerra, N. G. (2008). Future directions for research on core competencies. *New Directions for Child and Adolescent Development, 122*, p. 89-92.
- Bradshaw, C. P., O'Brennan, L. M., et McNeely, C. A. (2008). Core competencies and the prevention of school failure and early school leaving. *New Directions for Child and Adolescent Development, 122*, p. 19-32.
- Brahimi, C. (2011). *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiment by nature and design* Cambridge : Harvard University Press.

- Bryk, A. S., Sebring, P. B., Allensworth, E., Luppescu, S., et Easton, J. Q. (2010). *Organizing schools for improvement. Lessons from Chicago* Chicago, Illinois : The University of Chicago Press.
- Chamel, J. (2009). *Le concept de Life Skills : les compétences de la vie en question*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en études du développement (MDev), Institut de hautes études internationales et du développement, Genève.
- Charles, V. E. et Blum, R. W. (2008). Core competencies and the prevention of high-risk sexual behavior. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, p. 61-74.
- Choinière, C., Roberge, M.-C., Arcand, L., et Martin, C. (2006). *Analyse des interventions de promotion de la santé et prévention en milieu scolaire au regard de leur cohérence et leur contribution à l'approche École en santé : volet Habitudes de vie*. Institut national de santé publique du Québec.
- Conférence mondiale sur l'éducation pour tous (Jomtien, T. (1990). *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux*. Paris : UNESCO pour le secrétariat du forum consultatif international sur l'éducation pour tous.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8, p. 38-52.
- Couturier, Y., Deschesnes, M., Drouin, N., et Gagnon, M. (2009). *L'appropriation par les acteurs locaux de la stratégie globale de mise en œuvre de l'approche École en santé en lien avec la thématique des saines habitudes de vie chez les jeunes*. Québec : Université de Sherbrooke et Institut national de santé publique du Québec.
- Debowski, S. (2008). *Achieving sustainable systemic change : an integrated model of educational transformation*. AARE Conference – 2007 [en ligne].
- DeHart, G. B., Sroufe, L. A., et Cooper, R. G. (2000). *Child development. Its nature and course*, (4<sup>e</sup> éd.), New York, USA : McGraw-Hill Higher Education.
- Deschesnes, M., Drouin, N., et Couturier, Y. (2012a). Schools' absorptive capacities to innovate in health promotion: a conceptual framework and case study (Accepté). *Journal of Health Organization and Management*.
- Deschesnes, M. et Lefort, L. (2004). *Portrait des initiatives québécoises de type Écoles en santé au niveau primaire* Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Deschesnes, M., Tessier, C., Côté, D., Martin, C., et Drouin, D. (2012b). *Expérimentation et évaluation d'un modèle d'accompagnement visant à renforcer les capacités d'absorption des écoles au regard d'innovations en promotion de la santé. Rapport de recherche*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Deschesnes, M., Couturier, Y., Laberge, S., et Campeau, L. (2010). How divergent conceptions among health and education stakeholders influence the dissemination of healthy schools in Quebec. *Health Promotion International*, 25, p. 435-443.
- Deschesnes, M., Couturier, Y., Laberge, S., Trudeau, F., Kébé, M., Campeau, L. et collab. (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé : rapport de recherche*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., et Manseau, S. (2007). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal : Direction du développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec.
- Domitrovich, C., Bradshaw, C. P., Greenberg, M. T., Embry, D., Poduska, J. M., et Jalongo, N. S. (2010). Integrated models of school-based prevention : logic and theory. *Psychology in the Schools*, 47, p. 71-88.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., et Taylor, R. D. (2010). *The impact of enhancing student's social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions*. (In Press). Chicago, Illinois : Loyola University Chicago and University of Illinois at Chicago.
- Elias, M. J. (2003). *Academic and social-emotional learning*. Bruxelles/Genève : International Academy of Education and International Bureau of Education.
- Ettayabi, M., Operti, R., et Jonnaert, P. (2008). *Logique de compétences et développement curriculaire : Débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs* Paris : L'Harmattan.
- Flay, B. R. (2002). Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior*, 26, p. 407-424.
- Forum mondial sur l'éducation, D. S. (2000). *Cadre d'action de Dakar. L'éducation pour tous : tenir nos engagements collectifs*. Paris : UNESCO.
- Fullan, M. (2001). *The new meaning of educational change*, (3<sup>e</sup> éd.), New York : Teachers College Press.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations : systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, p. 581-629.
- Grenier, J., Otis, J., et Harvey, G. (2010). *Faire équipe pour l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Griffin, W. K., Botvin, G. J., et Nichols, T. R. (2006). Effects of a school-based drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behavior in young adulthood. *Prevention Science*, 7, p. 103-112.

- Guerra, N. G. et Bradshaw, C. P. (2008). Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development : core competencies for positive youth development and risk prevention. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, p. 1-17.
- Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Genève : Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.
- Janosz, M., Pascal, S., Lysenko, L., et Turcotte, L. (2010). *Aller plus loin, ensemble : synthèse du rapport final d'évaluation de la stratégie d'intervention Agir autrement*. Montréal (Québec) : Groupe de recherche sur les environnements scolaires, Université de Montréal.
- Jonnaert, P. (2007). *Le concept de compétence revisité*. Montréal : Observatoire des réformes en éducation, Université du Québec à Montréal.
- Jonnaert, P., Charland, P., Cyr, S., Defise, R., Ettayabi, M., Furtuna, D. et collab. (2010). Approche par situations. Matrice du traitement compétent de situations. *Les cahiers de la CUDC*, p. 1-75.
- Jonnaert, P., Ettayebi, M., et Defise, R. (2009). *Curriculum et compétences. Un cadre opérationnel* Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants?* Saint-Denis : Inpes, Collection Santé en action.
- Jouvenot, C. et Parlier, M. (2005). *Élaborer des référentiels de compétences* Lyon : Éditions du réseau ANACT.
- Juszczak, L. et Sadler, L. (1999). Adolescent development : setting the stage for influencing health behaviors. *Adolescent Medicine : State of the art reviews*, 10, p. 1-11.
- Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., et Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems : a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social Science and Medicine, In Press, Corrected Proof*, p. 1-8.
- Kirby, D. B., Laris, B. A., et Roller, L. A. (2007). Sex and HIV education programs : their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, p. 206-217.
- Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. *Pédagogie collégiale*, 15, p. 1-10.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange* Paris : Les Éditions d'organisation.
- Le Boterf, G. (1999). *Agir compétent*. Communication présentée au colloque *La compétence au cœur du professionnalisme de votre entreprise ou comment disposer de professionnels compétents dans votre entreprise*, 11 et 12 novembre 1999. Casablanca, Maroc, L'institut des ressources humaines.



- Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., et Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington, DC : Pan American Health Organization.
- Martin, C. et Arcand, L. (2005). *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec : ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Masciotra, D. (2010a). Introduction. Vers une approche située en éducation. Réflexions, pratiques, recherches et standards. Dans D.Masciotra, F.Medzo, et P.Jonnaert (Éds), *Vers une approche située en éducation. Réflexions, pratiques, recherches et standards*. (Vol. Intro), (p. 3-12). Montréal. Acfas.
- Masciotra, D. (2010b). L'expérience en action : la clé d'une approche dite située. Dans D.Masciotra, F.Medzo, et P.Jonnaert (Éds). *Vers une approche située en éducation. Réflexions, pratiques, recherches et standards*. (Vol. 1), (p. 13-30). Montréal. Acfas.
- Masciotra, D. et Medzo, F. (2009). *Développer un agir compétent. Vers un curriculum pour la vie*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Masciotra, D. et Morel, D. (2011). *Apprendre par l'expérience active et située : la méthode ASCAR* Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de l'Éducation (2006). *Programme de formation de l'école québécoise. Éducation préscolaire. Enseignement primaire* Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* Québec : Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (2006). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, premier cycle*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (2007a). *Programme de formation de l'école québécoise. Enseignement secondaire, deuxième cycle*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (2007b). *Programme de la formation de base commune*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Québec : Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec en forme, et Institut national de santé publique du Québec (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Noar, S. M., Chabot, M., et Zimmerman, R. S. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change : considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46, p. 275-280.
- Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé : vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario) Canada* Ottawa : OMS, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Palluy, J., Arcand, L., Choinière, C., Martin, C., et Roberge, M.-C. (2010). *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations* Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Paulus, P. (2009). Germany : Anschub.de « Alliance for sustainable school health and education ». Dans Carmen E. Aldinger and Cheryl Vince Whitman (Éds), *Case Studies in Global School Health Promotion. From Research to Practice* (Vol. 14), (p. 195-203). New York. Springer New York.
- Perrenoud, P. (2008). *Construire des compétences dès l'école*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.
- Peters, L., Kok, G., Ten Dam, G., Buijs, G., et Paulussen, T. (2009a). Effective elements of school health promotion across behavioral domains : a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 9, p. 182.
- Peters, L. W. H., Wiefferink, C. H., Hoekstra, F., Buijs, G. J., ten Dam, G. T. M., et Paulussen, T. G. W. M. (2009b). A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 24, p. 198-223.
- Prochaska, J. O. (2008). Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine*, 46, p. 281-285.
- Prochaska, J. O., Spring, B., et Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research : an introduction and overview. *Preventive Medicine*, 46, p. 181-188.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Redding, C., Rossi, J. S., Goldstein, M., DePue, J. et collab. (2005). Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine*, 41, p. 406-416.
- Roberge, M.-C. et Choinière, C. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*. Montréal : Direction du développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec.
- Roegiers, X. (2010). *La pédagogie de l'intégration. Des systèmes d'éducation et de formation au cœur de nos sociétés*. Bruxelles.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*, (5<sup>e</sup> éd.), New York : Free Press.

- Rousseau, S. (2007). *Outil en soutien à l'analyse de la situation pour une école désirant mettre en œuvre l'approche École en santé, version École secondaire. Document de travail* Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Rowling, L. et Samdal, O. (2011). Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education, 111*, p. 347-362.
- Samdal, O. et Rowling, L. (2011). Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education, 111*, p. 367-390.
- Scallon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences* Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Simard, C. et Deschesnes, M. (2011). *Recension des écrits publiés entre 2000 et 2009 sur les résultats d'évaluation des approches globales en promotion de la santé en contexte scolaire*. Québec : Direction du développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec.
- St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., et Perry, M. (2010). *Promoting health in schools from evidence to action*. Paris, France : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.
- St.Leger, L., Young, I., Blanchard, C., et Perry, M. (2010). *Promoting health in schools from evidence to action*. Paris, France : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhague : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- The collaborative for Academic Social and Emotional Learning (2003). *Safe and sound : An educational leader's guide to evidence-based social and emotional learning (SEL) programs*. Chicago, Illinois : CASEL; Mid-Atlantic Regional Educational Laboratory, the Laboratory for Student Success.
- Unicef (2004). *Life skills-based education for drug use prevention training manual*. New York : UNICEF.
- Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (2009). *Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école*. Paris, France : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES).
- World Health Organization (2001). *Skills for health. Skills-based health education including life-skills : an important component of a child-friendly/health-promoting school*. (Rap. n° 9 – Information series on school health). Newton, MA : Organisation mondiale de la santé.

World Health Organization (2009). *Preventing violence by developing life skills in children and adolescents*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Young, I. (2005). Health promotion in schools- a historical perspective. *Promotion & Education, XII*, p. 112-117.

Zins, J. E. et Elias, M. J. (2006). Social and emotional learning. Dans G. G. Bear & K. M. Minke (Éds), *Children's needs III* (vol. 1), (p. 1-13). Bethesda, Maryland.







EXPERTISE  
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)



RECHERCHE  
ÉVALUATION  
ET INNOVATION



COLLABORATION  
INTERNATIONALE



LABORATOIRES  
ET DÉPISTAGE

Institut national  
de santé publique

Québec

