



# Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé

**RAPPORT DE RECHERCHE**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



Rapport de recherche

# Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé

Développement des individus  
et des communautés

Novembre 2008

## AUTEURS

Marthe Deschesnes, Ph.D., chercheuse principale  
Institut national de santé publique du Québec, Université du Québec en Outaouais

Yves Couturier, Ph.D., co-chercheur et professeur agrégé  
Département de service social, Université de Sherbrooke

Suzanne Laberge, Ph.D., co-chercheuse et professeur titulaire  
Département de kinésiologie, Université de Montréal

François Trudeau, Ph.D., co-chercheur et professeur  
Département des sciences de l'activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières

Mababou Kébé, Ph.D. (candidat), agent de planification, de programmation et de recherche  
Institut national de santé publique du Québec

Louise Campeau, M.A., agente de planification, de programmation et de recherche  
Institut national de santé publique du Québec

Johanne Bernier, M.Ps., agente de planification, de programmation et de recherche  
Institut national de santé publique du Québec

Manon Bertrand, Ph.D., agente de recherche  
Université du Québec en Outaouais

## MISE EN PAGE

Ludmila Moulaoui, agente administrative  
Institut national de santé publique du Québec

**La recherche faisant l'objet de ce rapport a été financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), en collaboration avec le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Centre de recherche en prévention de l'obésité (CRPO).**

*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>. Il est également disponible sur le site Web du FQRSC au : <http://www.fqrsq.gouv.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 – 4<sup>e</sup> trimestre 2008  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN : 978-2-550-54779-2 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-54780-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2008)

## REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche sur les approches globales en promotion de la santé à base scolaire tient d'abord à remercier les nombreux participants à travers le Québec qui ont pris part aux entretiens et à l'enquête nationale sur l'approche École en santé. Nous voulons également remercier nos partenaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour leur appui à la réalisation de cette recherche. Nous tenons à remercier tout particulièrement Louise Therrien, répondante nationale de l'approche École en santé au MSSS, et Pierre Larose, répondant national de l'approche École en santé au MELS, pour leur généreuse contribution tout au long de cette recherche. Nous voulons également souligner l'apport de l'équipe de programmation École en santé de l'INSPQ. Nos remerciements s'adressent à Lyne Arcand, Daniel Côté, Johanne Laverdure et Catherine Martin pour leur précieuse contribution lors de la collecte et la validation de certaines de nos données. Merci aussi aux répondants régionaux dans les directions de santé publique du MSSS et les directions régionales du MELS pour leur participation et leur disponibilité. Nous sommes redevables envers toutes ces personnes pour la qualité de nos résultats. L'équipe voudrait aussi témoigner sa gratitude aux chercheuses Louise Potvin, Hélène Delisle et Lyne Mongeau pour leurs commentaires lors de la planification de cette recherche ainsi qu'à Judith Lapierre pour sa contribution lors de la réalisation des entretiens. Merci enfin à Joanie Tardif pour son travail méticuleux sur les tableaux du rapport.

Un rapport abrégé de cette recherche, incluant des recommandations en lien avec nos résultats, est disponible sur le site Web du FQRSC au :

<http://www.fqrcs.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/rapports-recherche.php#habitudes>

Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter :

**Marthe Deschesnes, Ph.D.**

**Responsable de l'équipe de recherche sur les approches globales  
en promotion de la santé à base scolaire**

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe

Québec (Québec) G1V 5B3

Courriel : [marthe.deschesnes@inspq.qc.ca](mailto:marthe.deschesnes@inspq.qc.ca)

Téléphone : 418 650-5115, poste 5540



## AVANT-PROPOS

La recherche **Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé** a été réalisée dans le cadre du programme des *Actions concertées* du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) suite à un appel de propositions portant sur *le développement de politiques publiques favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie*. Cet appel de propositions s'inscrit dans le contexte de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, qui entend influencer le développement de politiques publiques favorables à la santé, de manière à agir sur les déterminants de la santé qui relèvent des autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux.

La présente recherche s'intègre à la programmation de l'*Équipe de recherche sur les approches globales en promotion de la santé à base scolaire*, sous la direction de Marthe Deschesnes, chercheuse à Institut national de santé publique du Québec et à l'Université du Québec en Outaouais. Le mandat de l'équipe, financée par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), consiste à étudier la diffusion d'innovations en promotion de la santé à base scolaire, à la fois globales, intégrées dans la dynamique de l'école, et exigeant la participation de plusieurs acteurs organisationnels et individuels. Un autre axe de la programmation de l'équipe porte sur l'étude des impacts de ce type d'approche sur l'acquisition de saines habitudes de vie, le renforcement de compétences génériques et la réussite éducative des enfants et des adolescents.



## RÉSUMÉ

Au cours des dernières décennies, le Québec a assisté à une augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité chez les jeunes, et par le fait même, des risques de maladies chroniques au sein de sa population. Dans ce contexte, la mise en œuvre de mesures favorisant la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire apparaît de plus en plus comme une nécessité de santé publique pour les autorités gouvernementales. **L'approche École en santé (AÉS)**, offerte conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) depuis 2004, représente une avenue prometteuse et novatrice pouvant contribuer à la promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire. Bien que ce type d'approche soit recommandé par les chefs de file internationaux en matière de promotion de la santé (CDC, 2003; WHO, 1996; 2003a), les connaissances relatives à son implantation et ses effets sont encore limitées (Deschesnes et al., 2003; Micucci, 2004).

Ainsi, cette recherche a été menée afin de mieux comprendre ce qui peut favoriser ou nuire à la diffusion de l'AÉS dans les écoles du Québec. Les résultats de notre enquête, réalisée auprès de 667 personnes concernées par son déploiement, dont 394 provenant de 190 écoles primaires et secondaires, montrent une forte réceptivité face à l'approche. Des entretiens réalisés auprès d'acteurs-clés font aussi ressortir une adhésion consensuelle à l'égard des principes qui la fondent. Malgré cette adhésion massive et une appréciation positive du soutien offert, en termes de formation et d'accompagnement, nos résultats mettent néanmoins en lumière certains freins au déploiement de l'approche. On observe des divergences quant au positionnement des deux ministères au regard de son déploiement, notamment en ce qui a trait à la priorité à lui accorder comme cadre d'action intégrateur dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire. Le soutien financier et le rythme à adopter pour soutenir le déploiement de l'approche représentent également des éléments de dissension. De l'avis des participants, ces divergences risquent de compromettre sérieusement le travail déjà accompli et le déploiement optimal de l'approche École en santé dans les écoles du Québec. Le dialogue et la collaboration des instances décisionnelles s'avèrent donc déterminants pour orienter les actions des intervenants des deux réseaux dans une même direction et pour soutenir ce type d'approche de façon durable. Cette continuité s'avère essentielle pour augmenter les gains en matière de saines habitudes vie, de comportements favorables à la santé et de réussite éducative chez les jeunes.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>XIII</b>
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1 L'urgence d'agir en promotion des saines habitudes de vie.....	1
1.2 L'approche École en santé et son déploiement au Québec.....	2
1.3 Fondements et référentiels des approches globales et concertées en promotion de la santé.....	3
1.4 Les enjeux liés à la diffusion d'une approche globale et concertée.....	4
1.5 But et objectifs de cette recherche.....	5
<b>2 CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>7</b>
2.1 La diffusion des innovations comme perspective théorique.....	7
2.2 Les facteurs qui influencent la diffusion des innovations selon les écrits.....	11
<b>3 STRATÉGIE GLOBALE DE RECHERCHE.....</b>	<b>19</b>
3.1 Modes de collecte des données.....	19
3.2 Méthodologie spécifique à chacun des modes de collecte.....	20
<b>4 RÉSULTATS.....</b>	<b>31</b>
4.1 Résultats de l'analyse documentaire des politiques publiques sur les saines habitudes de vie et l'approche École en santé.....	31
4.2 Résultats de l'analyse de l'infrastructure de soutien de l'approche École en santé.....	36
4.3 Résultats de l'enquête nationale sur l'approche École en santé.....	47
4.4 Résultats des entretiens semi-dirigés.....	80
4.5 Synthèse des résultats de la recherche.....	102
<b>5 CONCLUSION.....</b>	<b>109</b>
5.1 Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé.....	109
5.2 Une pièce maîtresse du déploiement de l'approche École en santé : la collaboration interministérielle.....	111
5.3 Les limites de l'étude.....	113
5.4 Des pistes de recherche.....	114
<b>CONTRIBUTIONS À LA RECHERCHE.....</b>	<b>116</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE A SYNTHÈSE DES CATÉGORIES DE FACTEURS, DES MODES DE COLLECTE ET DES SOURCES D'INFORMATION DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>129</b>
<b>ANNEXE B LISTE DES DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX PORTANT SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE ET L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ.....</b>	<b>135</b>

<b>ANNEXE C OFFRE NATIONALE DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'AÈS DE 2004 À 2007 .....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXE D PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉCOLES VISÉES POUR L'ENQUÊTE .....</b>	<b>145</b>
<b>ANNEXE E DÉFINITION DES VARIABLES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>149</b>
<b>ANNEXE F INDICES .....</b>	<b>161</b>
<b>ANNEXE G QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DU DIRECTEUR .....</b>	<b>175</b>
<b>ANNEXE H ÉCHANTILLON DES INFORMATEURS-CLÉS POUR LES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS, SELON LES TROIS CRITÈRES DE STRATIFICATION.....</b>	<b>197</b>
<b>ANNEXE I NOMBRE DE DOMAINES SPÉCIFIQUES DES SAINES HABITUDES DE VIE DANS LA DOCUMENTATION GOUVERNEMENTALES DE 2000 À 2007.....</b>	<b>201</b>
<b>ANNEXE J CARACTÉRISTIQUES DES ÉCOLES PARTICIPANTES À L'ENQUÊTE .....</b>	<b>205</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Répartition des participants selon la catégorie d'acteurs .....	48
Tableau 2.	Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques .....	49
Tableau 3.	Répartition des participants selon l'importance accordée aux saines habitudes de vie.....	50
Tableau 4.	Principaux problèmes sociaux ou de santé chez les élèves selon le niveau scolaire.....	51
Tableau 5.	Répartition des participants selon l'importance accordée à la contribution de l'école dans les domaines suivants.....	53
Tableau 6.	Répartition des participants selon les approches ou programmes dans lesquels ils ont déjà été impliqués.....	54
Tableau 7.	Répartition des participants selon le niveau de connaissance de l'approche École en santé.....	55
Tableau 8.	Principaux canaux de communication par lesquels les participants ont entendu parler de l'approche école en santé (participants de l'école connaissant l'AÉS).....	57
Tableau 9.	Relations entre le degré de connaissance de l'approche École en santé et certaines variables continues (participants de l'école) .....	60
Tableau 10.	Relations entre le niveau de connaissance de l'approche École en santé et les variables indépendantes nominales (participants de l'école) .....	61
Tableau 11.	Facteurs les plus déterminants du niveau de connaissance de l'approche École en santé.....	62
Tableau 12.	Répartition des participants selon le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et selon la catégorie de participants.....	62
Tableau 13.	Corrélations entre le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et les variables indépendantes continues .....	66
Tableau 14.	Relations entre le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et les variables indépendantes nominales .....	67
Tableau 15.	Résultats de la régression multiple pas-à-pas.....	68
Tableau 16.	Répartition des écoles selon l'adoption de l'approche École en santé (écoles ayant une connaissance minimale de l'approche).....	69
Tableau 17.	Répartition des participants selon les valeurs obtenues aux questions sur le leadership au regard de l'approche École en santé .....	71
Tableau 18.	Répartition des participants selon leur perception du niveau d'investissement de l'école dans les domaines suivants (directeurs et responsables en promotion de la santé) .....	73
Tableau 19.	Analyse bivariée de l'adoption et des variables indépendantes continues .....	74
Tableau 20.	Analyse bivariée de l'adoption et des variables indépendantes nominales.....	77
Tableau 21.	Influence des variables prédictrices sur l'adoption de l'approche École en santé après neutralisation des variables de contrôle .....	79

Tableau 22. Influence des variables prédictrices sur la réceptivité face à l'approche École en santé après neutralisation des variables de contrôle .....	79
Tableau 23. Influence des variables prédictrices et de la variable médiatrice sur l'adoption de l'approche École en santé après neutralisation des variables de contrôle .....	80

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Diverses bases conceptuelles et théoriques pour la diffusion d'une innovation dans les organisations de services .....	9
Figure 2.	Cadre conceptuel sur les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé.....	11
Figure 3.	Relations hypothétiques entre les variables prédictrices, médiatrices, de contrôle et dépendantes au regard de l'approche École en santé .....	25
Figure 4.	Structure de concertation inter-réseaux pour le déploiement de l'approche École en santé.....	37
Figure 5.	Nombre d'ateliers auquel les régions ont participé selon le type d'atelier, par année .....	42
Figure 6.	Nombre d'ateliers offerts par l'équipe École en santé de l'INSPQ selon le type d'atelier, par année.....	43
Figure 7.	Positions des acteurs des réseaux de la santé et services sociaux et de l'éducation au regard des modes de dissémination de l'AÉS .....	101



## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

<b>AÉS</b>	Approche École en santé
<b>CDC</b>	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
<b>CS</b>	Commission scolaire
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>DRE</b>	Direction régionale de l'éducation
<b>DSP</b>	Direction de la santé publique
<b>FQRSC</b>	Fonds québécois de recherche sur la société et la culture
<b>FRSQ</b>	Fonds de recherche en santé du Québec
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>MELS</b>	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>TCNPP</b>	Table de concertation nationale en promotion et en prévention



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. L'URGENCE D'AGIR EN PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE

La promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire apparaît de plus en plus comme un enjeu de santé publique, en raison notamment de l'augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité à l'échelle internationale au cours des dernières décennies (IOTF, 2005). Alors que certaines études ont mis en évidence que les personnes obèses sont hautement à risque d'être affectées par des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certaines formes de cancer (Eknoyan, 2006; WHO, 2003b; Raine, 2004; Taylor et al., 2005; Tjepkema, 2006), une étude récente révèle que l'embonpoint durant l'enfance augmenterait également de manière significative le risque de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte (Baker et al., 2007). Cette situation est particulièrement alarmante si l'on considère que les taux combinés d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes canadiens de 12 à 17 ans ont plus que doublé et que le taux d'obésité a triplé entre 1978 et 2004 (Shields, 2006). Cette épidémie, qui a des répercussions significatives sur la santé de la population, met en cause les modes de vie et l'environnement qui la conditionnent fortement (WHO, 2003; Raine, 2005).

Cette situation a amené les autorités gouvernementales à mettre en place diverses mesures pour contrer cette nouvelle épidémie, et ce, dès l'enfance. En 2006, le MSSS a lancé son *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* (MSSS, 2006). À l'automne 2007, le MELS emboîtait le pas avec sa politique *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* (MELS, 2007). Cette politique fixe des objectifs en vue de rendre l'environnement scolaire plus favorable aux saines habitudes alimentaires et à l'activité physique, avec pour but ultime la réussite scolaire des jeunes.

Des études montrent que plusieurs compétences personnelles (ex. : estime de soi, efficacité personnelle) et habitudes de vie (ex. : bien s'alimenter, être actif) se développent ou s'acquièrent durant l'enfance et apportent des bienfaits substantiels à l'âge adulte (Deckelbaum et al., 1999; Dobbins et al., 2001; Kolbe, 2000). En tant que milieu de vie des enfants, l'école a le potentiel de contribuer de façon significative à contrer l'épidémie d'obésité et à prévenir d'autres maladies chroniques en offrant aux enfants et aux adolescents une alimentation saine et en leur facilitant la pratique régulière d'activités physiques, particulièrement pour ceux qui viennent de familles à faible revenu ou qui n'ont pas accès à des espaces de jeu et à des aliments variés et sains (CDC, 2005a et b; WHO, 2003b; St. Leger & Nutbeam, 2000). L'école doit également fournir un milieu sécuritaire et exempt de discrimination, lequel est essentiel à la participation de tous les élèves aux activités scolaires, quelles que soient leurs différences physiques, sociales ou culturelles (Littleton et Ollendick, 2003). Selon l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2003b), les conséquences de l'obésité ne sont pas seulement de nature physique mais aussi psychosociale (Judge & Jahns, 2007). Ainsi, la stigmatisation associée à l'excès de poids chez les jeunes est courante dans les pays industrialisés entraînant chez certains une baisse de l'estime de soi, de même qu'une plus grande propension à la dépression (Daniels, 2006; Dietz, 1998). Par ailleurs, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ou WHO) soulignent que l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes contribue à leur attention en classe et à leur capacité d'apprentissage (CDC, 2003; WHO, 2003b).

Les conclusions de travaux récents portant sur l'efficacité des mesures en matière de saines habitudes de vie soutiennent la mise en œuvre d'une approche globale de santé à base scolaire comme mode d'intervention privilégié pour améliorer les habitudes de vie des jeunes (Veugelers et Fitzgerald, 2005). Une telle approche fait écho aux recommandations qui proviennent des organismes internationaux de santé que sont l'OMS et les CDC. (CDC, 2003; Howell et al., 2000; WHO, 2003b) qui suggèrent d'inclure les politiques en matière de saines habitudes de vie, notamment sur l'alimentation, l'activité physique et le non-tabagisme, dans une démarche intégrée de promotion des saines habitudes de vie à l'école. Ces mêmes principes fondent l'approche École en santé (AÉS) proposée actuellement aux écoles québécoises.

Étant donné que plusieurs des facteurs qui influencent les habitudes de vie ne se confinent pas au secteur de la santé, la responsabilité d'agir pour améliorer les habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques doit être partagée par les divers acteurs concernés par la santé des jeunes. La perspective intersectorielle qui caractérise la promotion des saines habitudes de vie nécessite donc que les politiques, les programmes et les interventions proposés soient coordonnés et cohérents. Dans ce contexte, l'AÉS représente un cadre d'action intégrateur susceptible de favoriser les saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire<sup>1</sup>.

## **1.2. L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ ET SON DÉPLOIEMENT AU QUÉBEC**

L'approche École en santé, offerte par le MSSS et le MELS, est une mesure qui s'inscrit au cœur des orientations gouvernementales actuelles pour promouvoir la santé et la réussite éducative des jeunes. Elle fait partie intégrante des axes d'intervention prioritaires de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (MELS, 2003) et constitue une mesure prioritaire du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003). Dans le contexte actuel, où plusieurs mesures sont offertes au milieu scolaire pour promouvoir la santé et prévenir les maladies chroniques, l'AÉS est envisagée par ses concepteurs comme une avenue novatrice pour s'assurer de la complémentarité et de l'efficacité des actions offertes. Son déploiement dans l'ensemble des écoles du Québec est envisagé de manière progressive et son adoption se fait sur une base volontaire.

L'AÉS vise à soutenir l'école dans sa mission éducative et souhaite en faire un milieu de vie favorable à la santé et à la réussite éducative des jeunes, en intégrant dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école, un ensemble d'interventions en promotion de la santé destinées aux élèves. Les domaines d'intervention retenus sont en lien avec le développement de compétences spécifiques chez les jeunes, notamment les pratiques liées à une saine alimentation et à l'activité physique, ainsi que l'acquisition de compétences transversales à travers des situations d'apprentissage significatives pour eux. Les interventions en lien avec ces domaines font appel à la participation des jeunes et sont ancrées dans la réalité de l'école, de la famille et de sa communauté. L'école assume un rôle central dans la mise en œuvre de cette approche tout en s'associant aux autres organismes de la communauté. L'AÉS est conçue de manière à contribuer au renouvellement des pratiques en s'appuyant sur les acquis du milieu

---

<sup>1</sup> Le domaine des saines habitudes de vie correspond ici à l'activité physique, la saine alimentation et le non-tabagisme. Il tient compte également de compétences personnelles « génériques » fortement associées à ces habitudes, telles que l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et les compétences sociales.

et sur les pratiques reconnues comme efficaces ou prometteuses en promotion de la santé (Comité national d'orientation École en santé et collaborateurs, 2005).

C'est en décembre 2003, à l'occasion des 7<sup>e</sup> *Journées annuelles de santé publique*, que se fit le lancement officiel de l'approche École en santé, alors désignée « intervention globale et concertée » pour la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. Depuis le lancement de cette approche, divers mécanismes et stratégies ont été privilégiés afin de la faire connaître et de favoriser son appropriation. Depuis 2004, le MSSS, le MELS et l'INSPQ en assument le leadership au niveau provincial. Sur le plan opérationnel, une infrastructure de soutien a été mise en place en vue de favoriser son déploiement. Des activités de communication, de formation, d'accompagnement et de suivi ont été offertes dans 16 régions administratives du Québec. Ces activités se sont concentrées principalement aux paliers régional et territorial. Ainsi, la création d'un réseau organisé de répondants régionaux de l'AÉS dans chacune des régions a permis d'établir un système de relais entre eux et des accompagnateurs de l'AÉS dans les commissions scolaires (CS) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Depuis 2007, ces accompagnateurs ont été désignés pour soutenir les écoles de leur territoire qui sont intéressées à mettre en œuvre l'approche. Un guide et une série d'outils ont été développés au palier central afin de soutenir le déploiement de l'approche (Comité national d'orientation École en santé et collaborateurs, 2005). Une démarche de planification concertée entre les partenaires locaux des deux réseaux y est proposée pour soutenir son implantation dans les écoles. L'AÉS est une innovation qui se veut à la fois *prescriptive* au niveau du cadre général d'intervention proposé au palier central et *émergente* quant au choix des priorités d'action, qui repose sur les besoins et les ressources disponibles localement.

### **1.3. FONDEMENTS ET RÉFÉRENTIELS DES APPROCHES GLOBALES ET CONCERTÉES EN PROMOTION DE LA SANTÉ**

Les connaissances acquises au cours des vingt dernières années dans le domaine de la promotion de la santé des enfants indiquent que si les actions orientées vers les changements de comportements individuels demeurent importantes, il devient essentiel d'agir simultanément sur les conditions sociales et environnementales qui les affectent pour réaliser des gains de santé plus substantiels (Gottlieb et al., 1999; Perry et al., 1996; St-Leger & Nutbeam, 2000). Compte tenu que la majorité de ces facteurs se trouvent à l'extérieur du secteur de la santé, la responsabilité de promouvoir la santé des jeunes d'âge scolaire doit être partagée par les divers acteurs concernés par leur santé et faire l'objet d'un effort de mise en cohérence de leurs initiatives (Moodie, 2004). Les problèmes auxquels sont confrontées les écoles d'aujourd'hui sont souvent complexes et requièrent une réponse qui se situe autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école, dans la communauté plus large. À cet effet, le soutien et la coopération des familles représentent une composante qui est prise en compte dans l'AÉS. L'approche est ainsi en concordance avec le renouveau pédagogique instauré par le MELS au Québec, au cours des dernières années.

Aux niveaux international et national, différents cadres d'intervention globale ont été proposés afin d'agir simultanément sur les déterminants individuels et sociaux qui affectent la santé des jeunes d'âge scolaire, tels que le « Health Promoting School » « Écoles-santé » initié par l'OMS et le « Coordinated School Health Program » élaboré par les CDC aux États-Unis (Marx et al., 1998; WHO, 1996; 2003a). Ces approches font ressortir l'importance de dépasser le cadre d'intervention traditionnel en milieu scolaire, caractérisé par des interventions souvent morcelées et qui se limitent à la transmission

d'informations en classe. Les conclusions de travaux récents soutiennent en effet que la mise en place d'interventions multidimensionnelles, comportant à la fois des mesures éducatives et environnementales, s'avèrent plus efficaces que celles se limitant strictement à l'éducation à la santé (Hoelscher et al., 2002; James et al., 2006; Stewart-Brown, 2006; Warren et al., 2003). En cohérence avec les recommandations issues de ces travaux, plusieurs auteurs préconisent l'adoption d'une approche globale de santé en milieu scolaire afin de transformer les environnements scolaires et améliorer les habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire (Ciliska, 2004; Knai et al., 2006; Micucci, 2004; Summerbell et al., 2005). Au Québec, cette approche globale, inspirée des grands organismes internationaux, s'incarne dans l'AÉS.

#### **1.4. LES ENJEUX LIÉS À LA DIFFUSION D'UNE APPROCHE GLOBALE ET CONCERTÉE**

Selon les écrits scientifiques, le potentiel d'impact à long terme d'une telle approche sur la santé et le bien-être des jeunes est important. Cependant, compte tenu du caractère novateur de l'AÉS et du contexte de transformation majeure que connaissent les deux réseaux porteurs de cette initiative au Québec, soit le renouveau pédagogique dans le réseau de l'éducation et la Réforme de la gouverne dans le réseau de la santé et de services sociaux, l'implantation de l'AÉS constitue un défi de taille pour ceux qui sont impliqués dans son déploiement et sa mise en œuvre. Ce type d'approche comporte un niveau de complexité élevé car il nécessite une concertation étroite entre plusieurs acteurs et partenaires conviés à intégrer et coordonner des stratégies de promotion à différents niveaux d'intervention, pour la santé, le bien-être et la réussite des jeunes. Par ailleurs, il requiert des enseignants qu'ils s'ouvrent à des domaines autres que celui du curriculum scolaire, ce qui peut être générateur de tensions importantes au sein de l'équipe. Ces tensions peuvent survenir lorsque certains d'entre eux perçoivent les activités de promotion de la santé comme étant en compétition avec la mission d'instruction de l'école, comme étant en dehors de leur champ de compétences et de responsabilités légales et ou encore comme une charge de travail supplémentaire (Bandura, 1998; Kirby, 1990; Rudd et Walsh, 1993; Williams, 1996).

À l'heure actuelle, même si les approches de type « École en santé » sont reconnues par les chefs de file internationaux en matière de promotion de la santé (OMS, CDC) et qu'elles sont répandues à travers le monde, les écrits montrent que les résultats de recherche sont encore peu nombreux quant à la façon optimale d'opérationnaliser efficacement ce type d'approche (Deschesnes et al., 2003; Micucci, 2004). Certains auteurs soulignent également que des recherches sont nécessaires afin d'identifier les mécanismes qui facilitent la diffusion de ce type d'approche (Lynagh et al., 2002). Cette nécessité soulève la question de sa faisabilité dans différents contextes et fait écho au constat voulant que l'utilisation et l'impact des interventions de santé publique ne dépendent pas uniquement de leur pertinence et de leur valeur intrinsèque mais aussi de l'étendue et du contexte de leur diffusion (Greenhalgh et al., 2004; Oldenburg et al., 1999). Selon plusieurs auteurs, il existe un besoin crucial d'information pour guider les praticiens et les décideurs en ce qui a trait aux aspects pratiques d'adoption, d'implantation et de reproductibilité des interventions, de façon à les informer de ce qui est faisable et efficient à travers divers contextes (Barry et al., 2005; Keifer et al., 2005). En l'absence de données probantes quant à son déploiement et sa mise en œuvre, une innovation peut être jugée inefficace alors qu'en fait, le peu d'impact observé est dû à une dissémination ou une implantation déficiente, et ce, pour toutes sortes de raisons (ex. : manque de soutien politique, financier ou organisationnel, compétences ou compréhension insuffisantes des fondements de l'intervention, etc.). La présente recherche entend répondre à ce besoin de connaissances. Elle a été réalisée afin de mieux

comprendre les mécanismes et les processus qui favorisent ou nuisent à la diffusion d'une mesure novatrice en promotion de la santé, l'approche École en santé. Au moment de réaliser l'étude, les activités en lien avec la diffusion de l'AÉS se concentraient surtout au niveau de sa dissémination, et ce, aux paliers central, régional et territorial, bien qu'un certain travail de sensibilisation auprès des écoles avait été fait par environ la moitié des commissions scolaires et que certaines écoles avaient amorcé la mise en œuvre de l'AÉS. Par conséquent, la présente recherche s'est intéressée exclusivement aux phases de dissémination et d'adoption de l'approche École en santé et non à son implantation dans les écoles.

### **1.5. BUT ET OBJECTIFS DE CETTE RECHERCHE**

Notre recherche avait pour but de mieux comprendre ce qui peut favoriser ou nuire à la dissémination et à l'adoption d'une mesure interministérielle novatrice : l'approche École en santé. Parmi l'ensemble des facteurs identifiés dans les écrits, on ne pouvait présumer, à priori, lesquels auraient la plus grande influence sur le déploiement de cette innovation. Plus spécifiquement, notre recherche visait à :

- 1- mesurer le degré de connaissance et de réceptivité des divers acteurs concernés par le déploiement et l'adoption de l'approche École en santé;
- 2- identifier les principaux facteurs contextuels, organisationnels et individuels qui favorisent ou nuisent à la dissémination de l'AÉS et à son adoption par les écoles;
- 3- évaluer l'adéquation des mécanismes mis en place, aux différents paliers administratifs des deux réseaux, pour faire connaître l'AÉS et favoriser son appropriation.



## 2. CADRE CONCEPTUEL

### 2.1. LA DIFFUSION DES INNOVATIONS COMME PERSPECTIVE THÉORIQUE

Nous avons envisagé l'étude de l'approche École en santé sous l'angle spécifique de la diffusion d'une innovation. Dans le présent contexte, l'approche École en santé, en tant que mesure novatrice offerte aux établissements scolaires, appartient aux innovations de nature organisationnelle. Selon les écrits dans ce domaine, l'innovation au sein des organisations peut se définir comme « *l'introduction de procédures, pratiques ou interventions qui sont perçues comme étant nouvelles par les personnes visées dans un système donné, et qui exige de la part de l'organisation qui l'adopte, un changement significatif dans ses opérations; son but est d'apporter des bénéfices significatifs à des individus, des organisations ou à la société plus large* » (Anderson, 2004; Faber, 2002; Greenhalgh et al., 2004). L'innovation réussie va donc au-delà de la conception d'une nouvelle idée ou façon de faire; elle exige également sa diffusion, laquelle nécessite à son tour une appropriation effective et une intégration dans le fonctionnement interne du système (West et al., 2003).

Les recherches qui se sont intéressées à la diffusion d'innovation appartiennent à divers courants disciplinaires et théoriques qui ont des conceptions variées de celle-ci. Une des théories les plus connues et qui a été largement utilisée dans plusieurs domaines, dont celui de la santé publique, est la théorie de la diffusion des innovations de Everett M. Rogers (1983, 1995). Cette théorie, initialement conçue comme un processus plutôt linéaire et mécaniste (la première publication date de 1962), a fait l'objet de critiques au cours des dernières années, remettant ainsi en question sa perspective linéaire et son caractère « pro-innovation » (Anderson, 2004; Greenhalgh et al., 2004; Haider & Kreps, 2004; Millerand, 1999). Cette façon de concevoir l'innovation véhicule ainsi une conception achevée de celle-ci, signifiant qu'une fois conçue, il ne reste qu'à la communiquer pour trouver preneur. La non-adoption est alors attribuée à la résistance des adoptants potentiels. Dans la première version de cette théorie, seul le point de vue du développeur ou du promoteur est considéré alors que les adoptants potentiels sont placés dans un rôle plus ou moins passif, soit celui d'adopter ou non le produit offert. Cette position peut alors conduire à l'utilisation de stratégies de persuasion visant à faire adopter une innovation sans se soucier des problèmes pouvant faire surface (Haider & Kreps, 2004). Cette conception de l'innovation a été critiquée car elle sous-estime l'opposition, la controverse ou le rejet qui peut se manifester à l'endroit d'une innovation et la rendre futile (Callon & Latour, 1986).

#### 2.1.1. Une conception dynamique de la diffusion des innovations

La recherche récente sur les innovations met en lumière la nature dynamique et interactive du processus d'innovation (Anderson, 2004) où chacun des acteurs impliqués participe à la définition de l'innovation, en la soutenant, la contestant, la transformant ou la rejetant (Callon & Latour, 1986; Greenberg, 2006; Herie & Martin, 2002; Millerand, 1999). Ainsi, une technologie novatrice, incluant les pratiques ou interventions sociales, peut se trouver en compétition avec une autre, existante ou nouvelle, impliquant alors la confrontation de deux conceptions de la réalité (Millerand, 1999). Dans le même esprit, Symes et Pauwels (1999) mentionne que certaines idées se répandent plus rapidement que d'autres en raison de la possibilité de les combiner en cours de route avec de nouvelles idées ou des idées existantes. Ainsi, une innovation peut être modifiée par son association avec les idées d'autres personnes ou avec celles d'acteurs qui appartiennent à différents contextes d'action, chacun prenant et donnant dans le processus.

Les écrits ont souligné que l'innovation peut être ambiguë et contestée, impliquant souvent des luttes de pouvoir parmi différents groupes professionnels (Greenhalgh et al., 2004; Peled, 2001). De plus, l'étude de la diffusion de nouvelles pratiques dans le domaine de la santé a également montré que plusieurs d'entre elles requièrent un changement systémique, organisationnel et individuel. La recherche sur les innovations s'est donc élargie pour devenir multi-niveaux (Anderson, 2004; Landry et al., 2007). Elle tient davantage compte des contextes politiques, technologiques et idéologiques de sa dissémination de même que des différentes significations et valeurs rattachées à l'innovation selon les groupes sociaux (Greenberg, 2006; Greenhalgh et al., 2004). Par exemple, Sussman (2006) présente la diffusion d'une innovation dans la perspective de l'offre et de la demande, laquelle implique que les utilisateurs potentiels peuvent avoir une conception différente de celle du développeur et que les utilisateurs ne sont pas un groupe homogène. Par conséquent, l'innovation doit être interprétée en lien avec son contexte local en tenant compte des divers acteurs en interaction (Greenhalgh et al., 2004). Selon ces modèles conceptuels récents, la diffusion « réussie » d'une innovation ne réside donc pas dans l'efficacité de ses techniques de communication destinées à vendre les vertus prédéterminées d'une innovation. À l'instar d'autres auteurs (Locock et al., 2001; Zeldin et al., 2005), notre posture théorique considère plutôt l'innovation comme une construction sociale, signifiant qu'elle n'est pas définie et acceptée d'emblée, mais façonnée, de la conception à l'usage, à l'intérieur d'un réseau social qui peut l'accepter, la transformer ou la rejeter. Pour qu'une innovation se transforme en pratique effective ayant une valeur assez forte pour se maintenir dans le temps, elle doit avoir une large base de soutien constituée d'acteurs qui en partagent le sens et qui ont réconcilié, par des accords négociés, certaines divergences et controverses à propos de l'innovation.

### **2.1.2. Les différentes étapes de la diffusion d'une innovation**

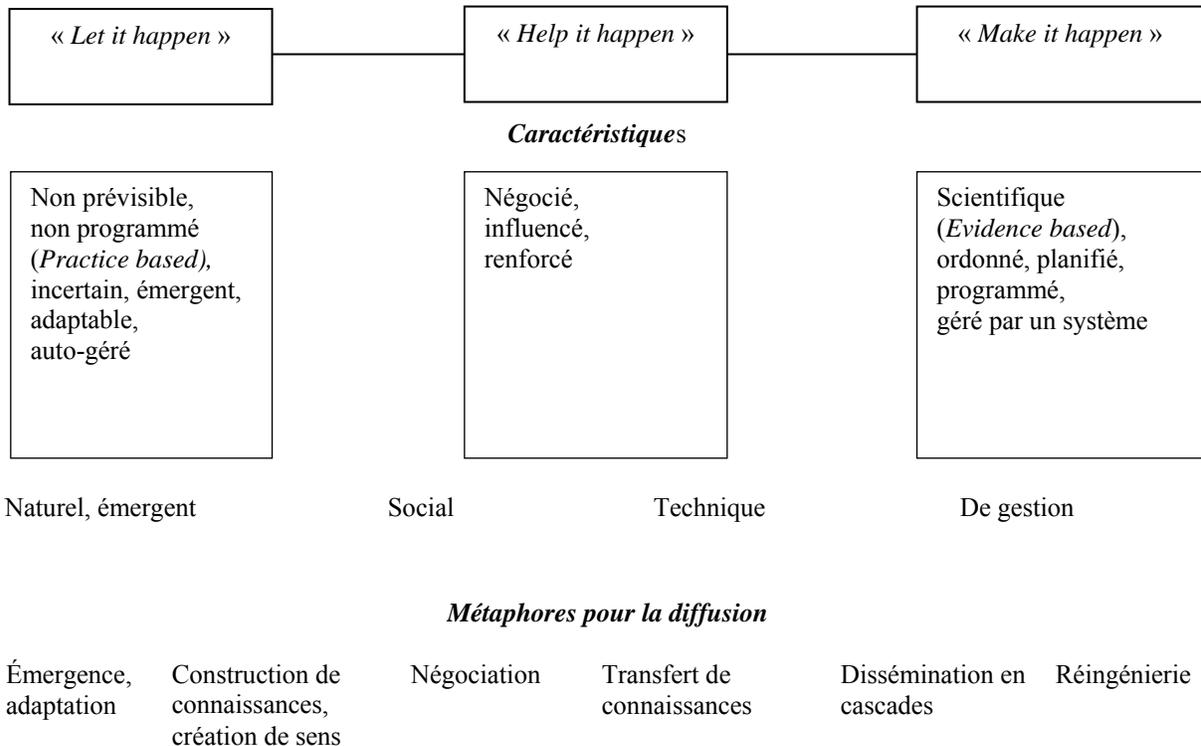
Oldenburg et Parcel (2002) identifient cinq phases liées à la diffusion d'une intervention en promotion de la santé : 1- sa conception; 2- sa dissémination, qui correspond aux stratégies prises pour faire connaître l'intervention auprès du public visé et favoriser son adoption; 3- son adoption, c'est-à-dire la période durant laquelle les acteurs délibèrent et prennent une décision quant à son implantation; 4- son implantation, qui se rapporte à l'utilisation initiale de l'innovation par ceux qui sont visés; et 5- sa pérennisation qui consiste à l'intégrer dans les opérations courantes et à favoriser son renouvellement sur une période suffisamment longue pour produire un changement dans les normes de pratique. L'actualisation du potentiel d'une innovation réside donc dans un premier temps dans sa dissémination et son adoption par les acteurs qui sont visés pour sa mise en œuvre (Hazel & Onaga, 2003). Dans une perspective dynamique de l'innovation, les différentes phases de diffusion, bien qu'ayant un certain ordre chronologique, s'inscrivent dans un processus davantage dynamique que linéaire et unidirectionnel. Par exemple, l'étude des premiers usages peut enrichir la phase de conception et modifier quelque peu l'innovation initiale.

### **2.1.3. Les modèles de diffusion d'une innovation**

Certains auteurs mentionnent que le processus de diffusion d'une innovation peut être, soit spontané et passif, signifiant qu'une innovation se diffuse de manière émergente et non programmée, soit actif et planifié, ce qui suppose alors l'utilisation intentionnelle de stratégies de diffusion (Greenhalgh et al., 2004). Le terme « dissémination » est généralement utilisé pour désigner plus spécifiquement les modes de diffusion qui utilisent des stratégies actives dans le but de persuader ou d'influencer les groupes ciblés afin qu'ils adoptent une innovation (Mayer & Davidson, 2000; Owen et al., 2006;

Rogers, 2003). Greenhalgh et al. (2004) ont proposé un modèle qui illustre les différentes façons de concevoir la diffusion d'une innovation dans les organisations de santé, en les plaçant sur un continuum où l'on retrouve à l'un des pôles une diffusion émergente, informelle, décentralisée et largement horizontale et, à l'autre pôle, une diffusion planifiée, centralisée et véhiculée de façon verticale et hiérarchique (Figure 1).

**Figure 1. Diverses bases conceptuelles et théoriques pour la diffusion d'une innovation dans les organisations de services\***



\* Note. Figure « *Different Conceptual and Theoretical Bases for the Spread of Innovation in Service Organizations* » dans « *Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations* », par T. Greenhalgh, G. Robert, F. MacFarlane, P. Bate, & O. Kyriakidou, 2004, *Milbank Quarterly*, 82(4), p. 593. Copyright 2004 Milbank Memorial Fund. Traduction libre. Reproduit avec permission.

Dans le domaine de la santé, les écrits sur la diffusion font surtout état de dissémination en raison de l'utilisation fréquente d'approches planifiées et actives pour favoriser l'adoption d'une nouvelle intervention ou d'un service ayant un potentiel d'impact plus grand sur la santé d'une population (Hazel & Onaga, 2003; Mayer & Davidson, 2000; Oldenburg et Parcel, 2002). La synthèse réalisée par Greenhalgh et al. (2004) montre que la dissémination dans le domaine de la santé s'appuierait de plus en plus sur des modèles de développement et de transmission à base partenariale qui impliquent la participation des utilisateurs à la conception et à la mise en œuvre d'interventions novatrices. Au regard du modèle proposé par Greenhalgh et ses collaborateurs, l'AÉS, en tant qu'offre intentionnelle et planifiée, correspond à un mode de diffusion se situant davantage à droite sur le continuum. Cependant, comme l'approche est conçue pour s'appuyer sur les expériences en cours, en laissant aux différents milieux le soin de la modéliser en fonction de leur réalité propre, ces aspects la placent à

gauche sur ce même continuum. Il en ressort que, théoriquement, le mode de diffusion de l'approche serait plutôt mixte. Par ailleurs, étant donné que les acteurs impliqués dans sa diffusion ne constituent pas nécessairement un groupe homogène, il est possible que des groupes particuliers d'acteurs aient des façons de concevoir la dissémination de l'AÉS qui se situent à différents endroits du continuum.

Les écrits montrent également que les promoteurs d'une innovation peuvent avoir recours à des stratégies variées pour sensibiliser les utilisateurs potentiels à l'innovation et les encourager à l'adopter (Greenberg, 2006; Mayer & Davidson, 2000; Sussman, 2006). Dans le contexte d'une innovation telle que l'AÉS, le recours à une stratégie active et planifiée par ses concepteurs représente une tentative pour influencer les forces en présence de manière à favoriser son adoption et son appropriation par les écoles. Cependant, comme le soulignent certains auteurs, une innovation est toujours l'enjeu d'une négociation entre des acteurs d'un système (Callon & Latour, 1986; Peled, 2001) car elle implique des changements qui peuvent être interprétés en termes de gains ou de pertes selon les acteurs. Les stratégies utilisées s'inscrivent donc dans ces rapports d'interaction et de négociation.

Selon Maguire et ses collaborateurs (2004), deux stratégies sont particulièrement utiles pour soutenir une innovation : la persuasion avec argumentaire et la négociation politique. La première stratégie se rapporte à l'élaboration d'un argumentaire qui fait état du problème et qui justifie les nouvelles pratiques proposées de manière à ce qu'elles soient recevables et pertinentes pour une variété d'acteurs et qu'elles traduisent leurs intérêts. Cet argumentaire doit aussi montrer clairement aux différentes parties les retombées associées au soutien de ces nouvelles pratiques. Cette stratégie favoriserait la création d'une large base de soutien. La deuxième stratégie correspond au rôle pivot que jouent certaines personnes en traduisant les intérêts des diverses parties, en négociant et en trouvant des compromis de manière à mobiliser le soutien politique et gagner ainsi l'appui et l'adhésion des divers acteurs (Callon, 1986; Maguire et al., 2004; Zeldin et al., 2005).

Un pré-requis à l'adoption d'une innovation est que les utilisateurs potentiels soient : 1) au courant de l'innovation; 2) qu'ils aient suffisamment d'information sur ce qu'elle fait et comment l'utiliser; et 3) qu'ils sachent clairement comment l'innovation peut les affecter personnellement, en termes de retombées positives et négatives (Greenhalgh et al., 2004). À cet égard, des résultats de recherche ont montré que l'adoption d'une innovation est plus vraisemblable si les adoptants potentiels ont un accès continu à l'information concernant l'innovation et suffisamment de formation et de soutien sur la façon de traduire l'innovation dans les tâches quotidiennes (Greenhalgh et al., 2004).

Ainsi, une période d'évaluation des risques potentiels, des dépenses (ex. : capital humain, temps, connaissances et soutien en gestion) et des bénéfices anticipés est souvent nécessaire après avoir pris connaissance d'une innovation. L'adoption n'est donc pas un acte instantané mais plutôt un processus à travers lequel des individus et des organisations procèdent à des évaluations et des prises de décisions qui peuvent s'étendre sur une période de temps assez longue (Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 1995). Le phénomène de la diffusion n'est donc pas un problème purement technique ou instrumental mais aussi humain; il requiert de capter l'attention, de gagner l'adhésion, de prendre en considération les obligations, les intérêts et les compétences des divers acteurs et de chercher à les accommoder plutôt que de les contraindre à se conformer (Berwick, 2003; Zeldin et al., 2005). Le défi sur le plan de la gestion consiste alors à créer une culture organisationnelle, dans les différents sous-systèmes visés par l'innovation, qui encourage les gens à être attentifs et à s'engager dans l'innovation et qui offre du temps ainsi que des occasions d'échanges et de dialogue entre les acteurs (Zeldin et al.,

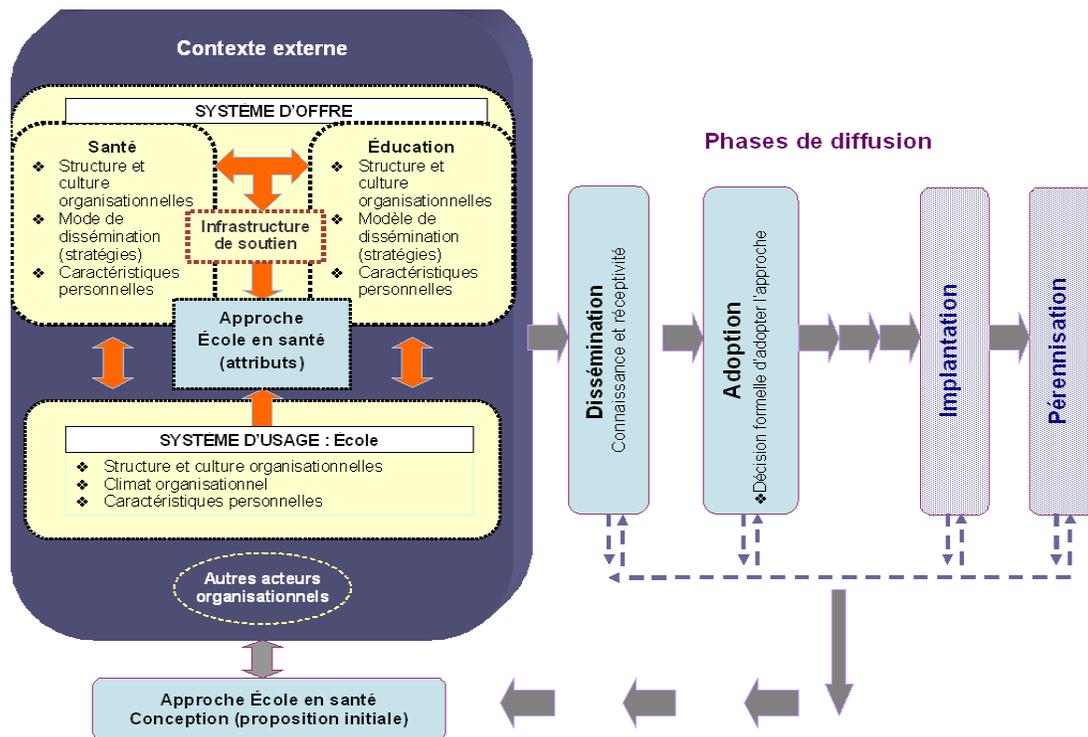
2005). Ces échanges seraient primordiaux pour construire un sens commun et rendre possible le changement institutionnel. En outre, dans un contexte inter-organisationnel, la collaboration entre les promoteurs serait particulièrement importante afin de favoriser une compréhension partagée de l'innovation (Oldenburg et Parcel, 2002). Une innovation est donc ancrée dans la communication, considérée non pas comme un simple véhicule pour transmettre une information de manière unidirectionnelle, mais un processus à travers lequel les idées sont échangées pour atteindre une signification partagée pour un groupe (Zeldin et al., 2005).

## 2.2. LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DIFFUSION DES INNOVATIONS SELON LES ÉCRITS

Les conclusions provenant d'études sur l'innovation montrent que les facteurs qui peuvent affecter sa diffusion sont nombreux et multi-niveaux. Les canaux de communication utilisés pour transmettre une innovation, la collaboration entre les promoteurs et les utilisateurs d'un système, les attributs de l'innovation, les caractéristiques personnelles des promoteurs et des utilisateurs, de même que les caractéristiques organisationnelles des réseaux impliqués et de l'environnement externe dans lequel ce processus prend place, sont autant de facteurs qui peuvent affecter la dissémination et l'adoption d'une innovation (Anderson, 2004; Dobbins, 2001; Fajans et al., 2006; Fleuren et al., 2004; Greenberg, 2006; Greenhalgh et al., 2004; Oldenburg et Parcel, 2002; Pankratz et al., 2002; Wejnert, 2002).

La figure 2 intègre, au plan conceptuel, les étapes de diffusion de l'AÉS, les principaux facteurs qui la conditionnent et les résultats intermédiaires qu'elle vise. Ce cadre conceptuel s'inspire du travail de synthèse réalisé par Greenhalgh et al. (2004) ainsi que d'autres écrits dans le domaine de l'innovation.

**Figure 2. Cadre conceptuel sur les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé**



*Deschesnes, Couturier, Laberge et Trudeau, 2007*

Les facteurs présentés peuvent avoir une influence singulière selon la phase de diffusion étudiée. La présente recherche entend donc mettre en lumière les facteurs qui influencent le plus les phases de dissémination et d'adoption de l'AÉS. La phase de *dissémination* correspond à l'ensemble des stratégies mises en œuvre pour la faire connaître et favoriser son adhésion auprès des acteurs du réseau de l'éducation, du réseau de la santé et des services sociaux et auprès des acteurs externes. Du point de vue des promoteurs du système d'offre, cette phase vise à sensibiliser les acteurs concernés à la pertinence et au bien-fondé de l'AÉS et à constituer une base de soutien pour en favoriser l'appropriation et l'adoption. En ce qui a trait à la phase d'*adoption*, elle correspond au processus conduisant à la décision formelle des écoles d'adopter ou non l'AÉS. Dans le contexte de l'approche, cela suppose non seulement que les acteurs de l'école en aient une bonne connaissance, mais qu'ils y soient aussi réceptifs. Ce type d'adhésion apparaît comme étant préalable à la décision d'adopter et d'implanter cette approche dans les écoles (Haider & Kreps, 2004).

En référence à notre cadre conceptuel, nous avons regroupé ici les facteurs conditionnant la diffusion d'une innovation selon quatre grandes catégories :

- 1- les attributs perçus de l'innovation;
- 2- les réseaux d'échanges;
- 3- les facteurs liés aux systèmes internes;
  - a. système d'offre;
    - i. caractéristiques des promoteurs;
    - ii. caractéristiques organisationnelles du système d'offre;
  - b. système d'usage;
    - iii. caractéristiques des utilisateurs potentiels de l'innovation;
    - iv. caractéristiques organisationnelles du système d'usage;
- 4- les facteurs liés au contexte externe.

### **2.2.1. Les attributs perçus de l'innovation**

Plusieurs résultats de recherche supportent la notion d'attributs clés de l'innovation comme prédicteurs de la décision d'adopter une innovation (Greenhalgh et al., 2004). Ainsi, la façon dont les utilisateurs potentiels perçoivent ces attributs influencent l'évaluation qu'ils se font de la faisabilité et de l'acceptabilité de l'innovation et, par conséquent, leur décision de l'adopter ou non (Owen et al., 2006). Rogers (1995), dans sa synthèse d'études sur la diffusion, montre que la perception d'*avantages relatifs* liés à l'innovation, la *simplicité* à la comprendre et à la mettre en pratique et la *compatibilité* de celle-ci avec les valeurs, normes et procédures organisationnelles des utilisateurs expliquent une grande partie de la variance dans la décision d'adopter une innovation (Dearing, 2004). Ces trois caractéristiques sont celles qui montrent le plus de consistance avec l'adoption d'une innovation (Mayer & Davidson, 2000). D'autres attributs peuvent aussi affecter le processus d'adoption, tels que la possibilité de l'expérimenter sur une base limitée et d'en observer les retombées. À cet égard, les résultats des premières expériences pilotes sur le terrain seraient cruciales pour le succès d'une dissémination à plus grande échelle car elles permettraient à d'autres utilisateurs potentiels de pouvoir observer et évaluer ses retombées concrètes (Rogers, 2003). La perception de bénéfices (Parcel et al., 1995), les coûts, surtout si ceux-ci excèdent les ressources existantes, (Wejnert, 2002) de même que la possibilité d'adapter l'innovation en fonction du contexte local (Greenhalgh et al., 2004; Berwick,

2003) seraient également au nombre des attributs pouvant influencer significativement le taux d'adoption d'une innovation.

### **2.2.2. Les réseaux d'échanges**

Les recherches qui se sont penchées sur les facteurs déterminants de la diffusion ont aussi permis de mettre en évidence le rôle déterminant du réseau d'influence, et plus particulièrement des contacts interpersonnels comme facteurs pouvant encourager et soutenir l'innovation ou, au contraire, s'y opposer et en limiter la portée (Maguire, 2004; Rogers, 1995). L'adoption d'une innovation serait facilitée lorsqu'elle reçoit un haut niveau d'accord par des agents influents à l'intérieur d'un réseau social et que ceux-ci établissent des liens avec d'autres acteurs en relation avec cette innovation (Dearing, 2004). Un système qui soutient l'innovation et qui favorise les échanges entre promoteurs et utilisateurs potentiels augmenterait également les chances d'une dissémination plus rapide (Berwick, 2003; Roberts-Gray et al., 1998). Un certain nombre d'études montrent aussi que la collaboration inter-organisationnelle peut affecter positivement le processus de diffusion (Goodman, Steckler & Kegler, 1996; Oldenburg et Parcel, 2002). Le fait de partager un langage commun, un même système de valeurs et de référence en faciliterait également l'adoption (Greenhalgh et al., 2004).

À l'intérieur de ce réseau d'influence, diverses catégories d'acteurs joueraient un rôle clé. Plusieurs résultats de recherche soulignent le rôle crucial des leaders dans les processus de dissémination et d'adoption (Greenhalgh et al., 2004; Gustafson et al., 2003; Herie & Martin, 2002; West et al., 2003). Les leaders d'opinion constituent un premier groupe influent. Ils sont considérés comme des personnes ayant une influence particulière sur les opinions et les actions de leurs collègues, soit positive, soit négative. Ils peuvent ainsi contribuer à changer ou maintenir les normes ou pratiques existantes à travers leur expertise ou leur position d'autorité (ex. : officiels du gouvernement) (Locock et al., 2001). Selon Länsisalmi et ses collaborateurs (2006), la question de l'influence des leaders d'opinion est toutefois complexe et dépend de la phase de diffusion. Ainsi, plus l'innovation progresse vers son implantation concrète, plus les leaders appartenant au groupe de pairs seraient importants (Locock et al., 2001). Un autre groupe influent, et dont le rôle se confond souvent avec celui de leader d'opinion, est celui de « champion » ou d'« entrepreneur social ». Selon Maguire (2004), la présence de ces champions serait le fer de lance des tentatives collectives pour infuser de nouvelles normes, valeurs ou pratiques à l'intérieur des structures sociales. De plus, lorsqu'ils ont les ressources et la légitimité pour promouvoir de nouvelles pratiques, ils peuvent coordonner les efforts et établir des séquences stables d'interactions avec les autres acteurs sur le terrain. Ils peuvent ainsi persuader les autres qu'une innovation est valable et agir en tant que médiateurs et traducteurs afin d'en expliquer les évidences disponibles, adapter les directives de façon à tenir compte des divers points de vue et circonstances locales et générer un consensus (Locock, 2001).

Enfin, l'existence de canaux de communication s'avère également un facteur conditionnant le succès de la dissémination d'une innovation (Pankratz et al., 2002). Wejnert (2002) mentionne à cet effet que plus une innovation est récente, plus les gens sont prudents et hésitent à l'adopter. Lorsqu'une apparente familiarité croît à propos de l'innovation, par modélisation ou par l'influence de leaders ou d'experts, la perception du risque diminue, ce qui faciliterait l'adoption par un plus grand nombre (Jané-Llopis & Barry, 2005). Rogers (1995) a montré que la possibilité d'observer les résultats positifs découlant d'une innovation au sein d'un réseau augmentait les chances d'adoption. Un pré-requis est donc que les utilisateurs potentiels soient au courant de ce qui se fait dans les organisations l'ayant

adoptée. Certaines études ont montré que lorsque l'innovation est perçue comme étant populaire parmi le groupe de référence d'un individu, c'est-à-dire un groupe possédant des caractéristiques sociodémographiques ou professionnelles semblables, cela peut influencer positivement l'adhésion ou la décision de l'adopter (Byeng-Hee et al., 2006; Wejnert, 2002).

### 2.2.3. Les facteurs liés aux systèmes internes

Les systèmes internes auxquels nous faisons référence appartiennent : a. au *système d'offre* qui fait la promotion de l'innovation ; et b. au *système d'usage* qui est visé pour son adoption et son implantation. Compte tenu que l'AÉS est une mesure offerte conjointement par le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux, le système d'offre englobe ces deux réseaux ou sous-systèmes ainsi que les mécanismes inter-organisationnels (ex. : infrastructure de soutien) mis en place pour soutenir le déploiement de l'approche. Les facteurs liés aux systèmes internes sont d'ordre individuel (ex. : caractéristiques des promoteurs et des utilisateurs potentiels) et organisationnel (ex. : structure, culture et climat organisationnels).

- a. système d'offre;
  - i. caractéristiques des promoteurs.

Au sein du système d'offre, divers types d'acteurs peuvent jouer un rôle de promoteur et influencer la dissémination et l'adoption d'une innovation. Dans le cas d'une mesure gouvernementale, ces acteurs correspondent aux autorités qui détiennent le mandat officiel de sa diffusion, aux concepteurs de l'innovation ainsi qu'aux agents désignés pour soutenir son opérationnalisation aux divers paliers administratifs. Tel que suggéré précédemment, le leadership au sein de ce réseau d'acteurs constitue un facteur crucial pour le succès de la diffusion d'une innovation (West et al., 2003) tout comme la sensibilité des promoteurs à l'égard des besoins et perspectives des utilisateurs (Greenhalgh et al., 2004; Wejnert, 2002). De plus, lorsque les promoteurs utilisent des messages dont le style, les images et les métaphores sont appropriés pour les utilisateurs potentiels, les chances d'une diffusion réussie augmentent.

D'autres caractéristiques ont également été identifiées, telles que la croyance des promoteurs dans les bienfaits de l'innovation, leur engagement et leurs compétences en gestion de projet afin de soutenir les opérations nécessaires à la diffusion de l'innovation (West et al., 2003). De plus, leur crédibilité et le fait d'avoir de bonnes relations interpersonnelles avec les utilisateurs potentiels seraient également des facteurs susceptibles d'influencer positivement la dissémination et l'adoption d'une innovation (Greenhalgh et al., 2004). Certaines variables de personnalité seraient également associées à la propension à innover, telles que la capacité à composer avec l'incertitude, des aspirations élevées (Haider & Kreps, 2004), ainsi que le fait d'être ouvert à de nouvelles expériences et d'avoir un esprit non conventionnel (Anderson, 2004).

- ii. caractéristiques organisationnelles du système d'offre

L'intégration d'une innovation dans une programmation existante requiert un soutien politique substantiel, à tous les niveaux, de même qu'elle dépend du renforcement de la capacité des organisations visées. Par conséquent, le système technique de soutien responsable de la formation et de l'accompagnement auprès des milieux visés compterait parmi les facteurs ayant une influence importante sur l'adoption d'une innovation (Barry et al., 2005). Dans le contexte de l'approche École

en santé, ces aspects se rapportent à l'infrastructure de soutien mise en place aux niveaux national, régional et territorial. Selon les *CDC* (1997), une telle infrastructure de soutien est nécessaire pour qu'une approche globale de santé à base scolaire telle que l'AÉS puisse se développer et se maintenir dans le temps. Cette infrastructure permettrait de stabiliser son fonctionnement dans les structures ministérielles de santé et d'éducation, en cas de changement au sein de ces ministères. Tel que définie par les *CDC*, cette infrastructure comprend quatre composantes : 1- des moyens de communication et un réseautage intra et inter-réseaux; 2- un engagement ministériel politique et financier; 3- une gestion claire en termes de prises de décision, de lignes d'autorité et d'agents désignés; 4- des ressources de soutien (ex. formation, accompagnement, ressources matérielles et techniques).

Les efforts de la part du système de gestion pour intégrer l'innovation à l'intérieur du fonctionnement des organisations ainsi que la collaboration inter-organisationnelle au niveau des départements responsables de l'implantation d'une innovation ressortent également comme déterminants de la diffusion d'une innovation (Fleuren et al., 2004). Le temps et la motivation pour se rencontrer et réfléchir de façon critique, en vue d'effectuer les ajustements requis, seraient également importants (Barry et al., 2005). Koch et Hauknes (2005), cités par Landry et al. (2007), mentionnent que les grandes institutions dans les domaines de l'éducation et de la santé présentent des structures organisationnelles complexes qui offrent de multiples occasions d'innover. Cependant, elles peuvent à l'opposé véhiculer des mentalités en silo, entretenir peu de communication entre elles et maintenir leurs propres normes, croyances et pratiques organisationnelles, ce qui constituerait un obstacle à l'innovation. Dans le même ordre d'idées, une structure organisationnelle bureaucratique, définie comme étant rigide, très hiérarchisée et dont les lignes d'autorités sont ambiguës s'avérerait un frein à la diffusion d'innovation (Halvorsen et al., 2005).

b. système d'usage;

i. caractéristiques des utilisateurs potentiels de l'innovation.

L'insatisfaction ressentie à l'égard de pratiques actuelles, la croyance dans le bien-fondé de l'innovation et la motivation sont considérées comme un point de départ pour adopter une innovation et s'engager dans son implantation (Anderson, 2004; Mayer & Davidson, 2000; Moseley, 2000; Sussman, 2006). L'innovation requiert également que les personnes se sentent capables d'effectuer les changements requis pour mener à bien l'intervention. Ce sentiment « d'être capable » est lié à certaines variables personnelles telles que les habiletés d'apprentissage, l'efficacité personnelle perçue, les connaissances et les compétences (Anderson, 2004). Ce sentiment est aussi tributaire de la perception d'un soutien interne (ex. : collègues et direction) et externe (ex. : préparation, formation et accompagnement) de la part de l'organisation (Barry et al., 2005; Henderson & MacKay, 2006).

Dans un contexte organisationnel, la capacité d'innover ne repose donc pas uniquement sur un choix individuel mais sur une décision collective. La composition de l'équipe, son hétérogénéité, sa stabilité, ses compétences, de même que sa compréhension partagée de l'innovation auraient une influence importante sur son adoption et son implantation (Lämsisalmi et al., 2006; West et al., 2003). La performance de l'équipe, en retour, dépend de la structure, du climat et du leadership au sein de l'organisation (Anderson, 2004).

Des études ont également montré que les utilisateurs potentiels qui possédaient des traits de personnalité tels que la créativité, la réceptivité face aux idées nouvelles et la tolérance à l'ambiguïté avaient une propension à adopter plus rapidement de nouvelles idées et à proposer de nouvelles façons de faire, indépendamment des expériences véhiculées par les autres (Byeng-Hee et al., 2006). L'âge et le niveau de scolarité des acteurs occupant une position clé relativement à la décision d'adopter une innovation pourraient également influencer l'adoption (Dobbins et al., 2001; Young et al., 2001; Wejnert, 2002)

#### ii. caractéristiques organisationnelles du système d'usage

Les résultats de recherche montrent que la décision d'adopter une innovation au sein d'une organisation est déterminée par la compatibilité de l'innovation avec ses valeurs, par l'accessibilité à l'information sur l'innovation, par un *momentum* opportun et par sa capacité à effectuer les changements requis. Le caractère obligatoire de s'engager dans un processus de changement aurait également une influence sur le taux d'adoption (Fajans et al., 2006; Herie & Martin, 2002). À cet effet, bien que les obligations institutionnelles augmenteraient les prédispositions des membres d'une organisation à adopter une innovation, elles n'augmenteraient pas pour autant sa capacité réelle de l'adopter et de l'implanter.

Certains traits organisationnels seraient associés à la capacité d'incorporer de nouvelles idées et façons de faire au sein de l'organisation, comme par exemple un contexte soutenant à l'égard de l'innovation (West et al., 1996) ou encore un contexte favorisant l'apprentissage organisationnel, c'est-à-dire le partage d'informations, la réflexivité et l'intégration des nouvelles connaissances générées dans la pratique (Bessant, 2005). La collégialité, une autorité partagée parmi les collègues ainsi qu'un leadership positif de la part du directeur ont été associés à la capacité de faciliter le changement dans l'école et de poursuivre les améliorations (Fajans et al., 2006; Lochman, 2004). En concordance avec les caractéristiques individuelles de ses membres, l'organisation doit détenir, parmi ses membres, l'expertise qui lui permettra d'innover.

La disponibilité de ressources financières adéquates pour coordonner la mise en œuvre de l'innovation et soutenir la participation des membres de l'équipe dans le changement augmentent les chances qu'une innovation soit adoptée (Fleuren et al., 2004; Greenhalgh et al., 2004). Lorsque ceux-ci ont déjà un emploi du temps chargé, la libération ou l'affectation du personnel à de nouvelles activités peut s'avérer difficile et nuire à l'adoption d'une innovation (Walters, 2002). Enfin, la décision d'adopter une innovation est influencée par la proportion d'organisations comparables qui ont adopté ou qui planifient de le faire (Greenhalgh et al., 2004; Wejnert, 2002)

#### **2.2.4. Les facteurs liés au contexte externe**

Au niveau des facteurs contextuels, le climat social, le rôle des médias et des leaders locaux ainsi que le soutien des acteurs externes figurent parmi les plus déterminants (Rogers, 1995, 2003; Weiler et al., 2003). Pour les fins de la présente étude, nous retenons comme facteurs pouvant encourager ou freiner la dissémination d'une innovation comme l'AÉS, ceux qui se rapportent aux orientations et directives générales du gouvernement à l'égard de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire (Borins, 2000). Par exemple, le soutien politique des instances décisionnelles ministérielles, notamment en allouant des budgets pour la mise en place d'une infrastructure de soutien ou encore par

l'allocation de ressources permettant aux organisations de s'investir dans l'innovation, sont parmi les facteurs d'influence.

Certains facteurs liés aux transformations majeures au sein des ministères peuvent également moduler l'effet des actions prises pour disséminer une innovation car ces transformations peuvent nuire à la stabilité des effectifs « turnover », affaiblir les capacités techniques à différents niveaux et rendre difficile la pérennisation d'une innovation (Fajans et al., 2006). De plus, lorsque ces changements sont fréquents, ils peuvent avoir un effet de démotivation et de résistance chez les membres des organisations visées, réduisant par le fait même l'ouverture face à l'innovation (Koch & Hauknes, 2005, cités par Landry et al., 2007).

La médiatisation d'un problème et le positionnement des autres acteurs qui agissent également dans le même domaine d'intervention peuvent renforcer ou nuire à la diffusion d'une innovation. Lorsque les défenseurs d'une innovation sont en meilleure position stratégique que leurs opposants, celle-ci a plus de chance d'être adoptée (Greenhalgh et al., 2004). Dans le présent contexte, ce positionnement pourrait alors se définir en termes de soutien ou d'opposition relativement à l'AÉS.

Tel que stipulé précédemment, la présente recherche porte sur les premières phases de diffusion de l'approche École en santé, c'est-à-dire sur sa dissémination et son adoption. Ces phases couvrent une période d'environ 4 ans (2003-2007). La phase de dissémination correspond à l'offre de l'AÉS aux deux réseaux; elle vise à la faire connaître et à favoriser sa réceptivité chez les différents acteurs. Cette offre s'adresse en premier lieu aux directions régionales de l'éducation (DRE), aux directions régionales de santé publique (DSP), aux commissions scolaires (CS) et aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui participent à l'effort de diffusion en tant que relayeurs, et en deuxième lieu, aux écoles qui sont les milieux visés pour son adoption et son implantation. Quant à la phase d'adoption, elle est définie en référence à la décision formelle des écoles d'adopter ou non l'AÉS.



### 3. STRATÉGIE GLOBALE DE RECHERCHE

Nous avons utilisé un devis mixte (QUAN + QUAL)<sup>2</sup>, multi-niveaux, afin de répondre adéquatement à nos objectifs (Creswell & Plano Clark, 2007). Ce type de devis permet de saisir toute la complexité d'un phénomène qui survient dans un contexte naturel, en y intégrant différentes perspectives. Les collectes de données et les analyses pour chacune des méthodes ont été réalisées à la même période et le poids accordé à chacune d'elles est équivalent et contribue de manière égale à la compréhension globale du phénomène étudié. Cette approche est dite « multi-niveaux » en ce sens que chaque méthode correspond plus particulièrement à l'un des niveaux du système étudié, soit central, régional, territorial ou local. Ainsi, dans notre étude, les méthodes qualitatives ont servi principalement à étudier la phase de dissémination de l'AÉS aux niveaux central, régional et territorial (territoires des CS et CSSS). Les méthodes quantitatives ont surtout servi à documenter la phase d'adoption au niveau local (écoles) ainsi que certains aspects de la phase de dissémination aux niveaux régional, territorial et local. Les méthodes qualitatives et quantitatives, principalement complémentaires, ont permis de clarifier ou nuancer les résultats obtenus par l'un ou l'autre des modes de collecte, ce qui permet de rehausser l'interprétation des données et la richesse de la signification (Greene, Caracelli & Graham, 1989).

Une stratégie de triangulation a également été utilisée pour analyser les résultats portant sur une même dimension mais obtenus à partir de modes de collecte différents. Par exemple, les résultats sur les attributs de l'AÉS provenant de l'enquête ont été mis en parallèle avec ceux obtenus à partir des entretiens individuels réalisés auprès des mêmes catégories de répondants. Une convergence dans les résultats obtenus à partir de différentes sources permet d'accepter ceux-ci avec plus de confiance que ne le ferait une seule source.

#### 3.1. MODES DE COLLECTE DES DONNÉES

Le tableau à l'annexe A illustre les modes de collecte privilégiés dans notre étude en lien avec les grandes catégories de facteurs retenues. Deux modes de collecte **qualitatifs** ont été utilisés, soit **l'entretien téléphonique semi-dirigé** auprès d'informateurs-clés et **l'analyse documentaire**. Toutes les données qualitatives obtenues se rapportent au contexte de diffusion et à l'infrastructure de soutien du système d'offre, et se situent surtout aux niveaux central, régional et territorial. Parmi les modes de collecte qualitatifs retenus, nous avons accordé un poids plus important aux entretiens semi-dirigés en raison de la richesse de l'information générée. Les entretiens ont permis d'examiner en profondeur certains aspects du processus de dissémination, en accordant une attention particulière aux divers intérêts, interprétations, divergences et convergences à propos de l'AÉS au sein du réseau d'acteurs concernés par le déploiement de l'approche, et ce aux paliers central, régional et territorial. Par ailleurs, deux analyses documentaires ont été réalisées. La première a permis d'examiner certains facteurs contextuels susceptibles d'influencer la diffusion de l'AÉS, notamment les politiques publiques sur les saines habitudes de vie et l'AÉS. La deuxième analyse a porté sur des facteurs en lien avec l'infrastructure de soutien, en l'occurrence le travail effectué par l'équipe de l'INSPQ impliquée dans le développement de la formation et de l'accompagnement relativement à l'AÉS.

---

<sup>2</sup> Ce système de notation correspond à celui utilisé par plusieurs auteurs (Creswell & Plano Clark, 2007).

Une **enquête postale** a permis de recueillir des données **quantitatives** qui ont essentiellement servi à documenter la phase d'adoption de l'approche École en santé au palier local (écoles), ainsi que certains aspects de la phase de dissémination de l'approche aux paliers régional, territorial et local. Ce mode de collecte permettait d'obtenir le point de vue d'un grand nombre d'acteurs concernant leur degré de connaissance de l'approche, leur degré de réceptivité face à celle-ci ainsi que la décision des écoles de l'adopter ou non. Il permettait aussi d'identifier les facteurs les plus prédictifs de la réceptivité face à l'approche et de son adoption.

Les résultats spécifiques à chaque mode de collecte des données ont fait l'objet d'une vérification croisée par au moins trois membres de l'équipe de recherche. Les divers résultats ont ensuite été intégrés afin d'obtenir un portrait global des facteurs qui influencent la dissémination et l'adoption de l'approche. Outre la triangulation, les procédures suivantes ont été utilisées pour augmenter la crédibilité des résultats et assurer une rigueur méthodologique : la saturation des données qui s'appuie sur le principe de redondance et de répétition; la stabilité des interprétations à travers les situations; la confrontation des interprétations par plusieurs chercheurs; et la restitution des résultats aux acteurs (Miles & Huberman, 2003; Silverman, 1993).

Mentionnons également que le contexte de recherche se voulait réflexif. Ainsi, les résultats provenant des entretiens ont été présentés en premier lieu aux responsables provinciaux du déploiement de l'approche afin de recueillir leurs commentaires et d'échanger sur l'interprétation de certains résultats liés au déploiement de l'approche. Les résultats ont également été présentés à la Table de concertation nationale en promotion et prévention (TCNPP) qui réunit les coordonnateurs de l'ensemble des directions régionales de santé publique au Québec. Enfin, l'ensemble des résultats ont été présentés aux répondants régionaux de l'AÉS des deux réseaux afin de recueillir leurs commentaires.

### **3.2. MÉTHODOLOGIE SPÉCIFIQUE À CHACUN DES MODES DE COLLECTE**

#### **3.2.1. Analyse documentaire des politiques publiques sur les saines habitudes de vie et l'approche École en santé**

La documentation du Gouvernement du Québec en matière de saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire et celle portant plus spécifiquement sur l'approche École en santé font partie des dispositifs susceptibles d'influencer le déploiement de l'approche École en santé. Afin de documenter ces dispositifs, nous avons analysé la documentation gouvernementale, publiée entre 2000 et 2007, en lien avec la prévention et la promotion de la santé, notamment les politiques publiques portant sur les saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire et l'approche École en santé. Cette analyse visait plus spécifiquement quatre objectifs : 1- identifier les mesures portant sur l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire et l'AÉS; 2- spécifier les mesures qui interpellent conjointement le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, ou encore un réseau spécifique, pour leur mise en œuvre; 3- apprécier la place qu'occupent les saines habitudes de vie et l'AÉS dans la documentation gouvernementale, à travers le temps et selon le réseau; 4- apprécier la nature des liens qui existent entre les mesures favorables à de saines habitudes de vie et l'AÉS.

### *3.2.1.1. Procédure de sélection des écrits*

Pour établir la liste de la documentation à analyser, nous avons d'abord demandé aux répondants de l'AÉS, au MELS et au MSSS, d'identifier les documents gouvernementaux portant sur des mesures favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire et l'AÉS. En complément, les chercheurs ont procédé à une recherche systématique de documents à partir des sites Web du MELS, du MSSS, du Secrétariat à la jeunesse, du ministère de la Famille et des Aînés (MFA) ainsi que de l'INSPQ. Cette procédure a permis d'identifier 39 documents au total dont 29 publications officielles (disponibles en format papier et/ou électronique) et 10 pages ou sections de sites Web. On y retrouve 12 documents du MELS, 9 du MSSS, 5 du Gouvernement du Québec (non rattachées à un ministère spécifique) et 13 d'organismes publiques ou de groupes de travail mandatés par l'État. La liste complète des documents analysés se trouve à l'annexe B du présent rapport.

### *3.2.1.2. Traitement et analyse de l'information*

Une grille de saisie de données a été conçue de manière à consigner, pour chacun des documents, des informations générales sur : l'auteur (Gouvernement du Québec, MELS, MSSS, autre organisme publique); le type de mesure (guide d'orientation, plan stratégique, plan d'action, politique-cadre, programme, rapport et avis); l'année de parution (< 2000 à 2007 >); la description de la mesure; les domaines spécifiques des saines habitudes de vie abordés (saine alimentation, pratique de l'activité physique, non-tabagisme); la clientèle visée par la mesure (population en général, jeunes d'âge scolaire); et le ou les réseaux interpellés pour la mise en œuvre de la mesure (Éducation, Santé et Services sociaux, autre).

L'information a été codée à l'aide du logiciel NVivo 7 puis organisée en fonction de sept thèmes pré-établis, soit : 1- l'origine de la mesure; 2- ses objectifs; 3- la problématique qui y est rattachée; 4- les stratégies et actions privilégiées; 5- le soutien financier; 6- les recommandations en lien avec la mesure; et 7- l'approche École en santé en tant que cadre d'intervention en promotion de la santé. Des tableaux-synthèse ont été construits pour regrouper l'information sur ces thèmes et mettre en évidence les liens entre les mesures au niveau des saines habitudes de vie et l'AÉS, dans le temps et selon les réseaux concernés.

### **3.2.2. Analyse documentaire de l'infrastructure de soutien de l'approche École en santé**

Pour documenter l'infrastructure de soutien de l'approche, nous avons d'abord procédé au repérage de documents pertinents. Pour ce faire, nous avons demandé à l'équipe École en santé de l'INSPQ, qui travaille à l'élaboration et au déploiement de l'approche, de nous identifier tout document se rapportant à l'offre de service en lien avec l'AÉS. L'examen de ces documents nous a permis d'accéder aux données relatives aux diverses activités de formation et d'accompagnement offertes aux niveaux national et régional. Ces données concernent le type d'activité, la population visée, leur durée, la date à laquelle elles ont été offertes et leur nombre par région (Annexe C). L'information relative aux demandes régionales et locales d'activités de formation et d'accompagnement a été documentée à partir du cahier de bord du consultant externe qui, tout en étant membre de l'équipe de formation École en santé de l'INSPQ, répondait à ces demandes à titre personnel. L'analyse effectuée est essentiellement descriptive et correspond à une synthèse de l'information recueillie pour la période 2004-2007. Cette synthèse a été présentée aux membres de l'équipe École en santé de l'INSPQ afin d'en valider le contenu.

### 3.2.3. Enquête postale auprès des instances régionales, territoriales et locales

Dans le cadre de l'enquête, notre objectif principal était d'explorer les relations entre, d'une part, certaines variables d'influence identifiées dans les écrits sur la diffusion des innovations et, d'autre part, le niveau de connaissance et la réceptivité de divers acteurs face à l'AÉS ainsi que l'intention/décision des écoles de l'adopter. Nous avons aussi documenté la perception des participants à l'égard des saines habitudes de vie et d'autres domaines en promotion de la santé ainsi que l'investissement des écoles dans ces domaines.

#### 3.2.3.1. Populations visées et échantillonnage

L'enquête postale a eu lieu au printemps 2007. Elle visait 1120 participants au total, lesquels étaient répartis en deux groupes. Le premier groupe était constitué de 370 représentants des instances régionales et territoriales des deux réseaux et de représentants régionaux de trois programmes spécifiques qui interviennent en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire. L'enquête visait tous les répondants École en santé dans les DRE (N = 16) et les DSP (N = 11), un gestionnaire responsable de la promotion de la santé en milieu scolaire et un accompagnateur de l'AÉS dans chacun des 95 CSSS et 61 CS ainsi que 31 représentants régionaux de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie.

Le deuxième groupe était composé de 750 acteurs provenant de 250 écoles ciblées, dont 165 écoles primaires et 85 écoles secondaires. Trois acteurs clés par école étaient visés, soit le directeur, le responsable scolaire en promotion de la santé et le parent président du conseil d'établissement. Pour des raisons pratiques, les milieux anglophones ainsi que les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'étaient pas visés dans la présente enquête. Un échantillon stratifié non proportionnel a été retenu pour la sélection des participants. La stratification a d'abord été établie en fonction du type de région administrative, selon trois catégories : 1- régions périphériques; 2- régions métropolitaines; et 3- autres régions. Toutes les régions appartenant à chacune des strates ont été retenues. En raison du rythme variable de déploiement dans les régions, les écoles n'ont pas toutes reçues de l'information sur l'AÉS depuis son lancement officiel en 2003. Étant donné que nous voulions explorer les relations entre la décision d'adopter ou non l'approche et certains facteurs prédictifs, il était primordial de pouvoir rejoindre les écoles susceptibles de connaître minimalement l'approche. Seules les écoles provenant de commissions scolaires ayant fait un travail de sensibilisation ou d'information auprès de leurs écoles étaient visées, ce qui correspond globalement à la moitié des écoles québécoises. Selon les répondants régionaux responsables du déploiement de l'AÉS, ce travail de sensibilisation n'était pas uniforme dans les commissions scolaires au moment de réaliser l'enquête. Sur la base des informations fournies par eux, nous avons identifié ces commissions scolaires. Pour chacune d'elles, une fraction d'écoles a été retenue de façon à ce que le nombre d'écoles corresponde au poids de celles-ci dans l'échantillon de la strate, pour chaque niveau scolaire. Les tailles d'échantillon ont été établies en estimant une prévalence de 30 % pour la variable « Adoption de l'approche » dans les écoles visées, avec une marge d'erreur de 0,06 et un degré de confiance de 95 %. La formule utilisée pour le calcul de la taille d'échantillon est la suivante :

$$n = \frac{Z^2pq}{E^2} \cdot \frac{1}{1 + (z^2pq/E^2 - 1) \cdot \frac{1}{N}}$$

n = nombre d'écoles échantillonnées  
z = 1,96 (degré de confiance à 95 %)  
p = 0,30 (proportion d'écoles ayant le trait X)  
q = 0,70 (proportion d'écoles n'ayant pas le trait X)  
i = 0,06 (marge d'erreur)  
N = population totale d'écoles

Afin de remplacer les sujets absents lors de la passation du questionnaire, le nombre d'écoles a été augmenté de 40 % (taux de non-réponse anticipé). Le nombre estimé d'écoles nécessaires pour la réalisation de l'enquête dans les écoles est de 25 %. Une école sur cinq au primaire et une école sur deux au secondaire ont été échantillonnées de façon systématique à partir de la liste complète des écoles appartenant aux commissions scolaires retenues. Ainsi, 165 écoles primaires et 85 écoles secondaires ont été ciblées, pour un total de 250 écoles. Le tableau D1 de l'annexe D présente les résultats de la procédure d'échantillonnage.

### 3.2.3.2. *Procédures de collecte et techniques d'analyse*

Les procédures de collecte des données ont respecté les recommandations reconnues pour augmenter le taux de réponse pour une enquête postale (Edwards et al., 2003). Sur un total de 1120 questionnaires postés, 667 ont été retournés, soit un taux de retour global de 60 %. Les taux de réponse obtenus sont respectivement de 78 % pour les participants extérieurs aux écoles et de 53 % pour les participants des écoles. Notons toutefois que 76 % des écoles visées ont participé à l'enquête et nous ont retourné au moins un des trois questionnaires acheminés. Les résultats détaillés concernant les taux de retour, selon la catégorie de participants, sont présentés au tableau D2 à l'annexe D.

Afin d'estimer le biais possible associé à la non réponse, nous avons contacté, de façon aléatoire, la moitié des 60 écoles n'ayant retourné aucun questionnaire. Treize directions d'école ont pu être jointes après trois tentatives. Les principales raisons évoquées par ces 13 écoles pour expliquer leur non participation sont, par ordre d'importance : la sollicitation pour participer à d'autres enquêtes durant la même période (n = 5); la période de collecte non propice (n = 3); la personne n'était pas en poste ou absente quand le questionnaire a été envoyé (n = 2); la personne ne voyait pas la pertinence car leur école n'avait pas adopté l'approche *École en santé* (n = 2); la réception tardive du questionnaire (n = 1). Le fait de ne pas avoir participé à l'enquête sur la base de leur non adoption de l'AÉS laisse supposer qu'il pourrait y avoir une légère surreprésentation d'écoles ayant adopté l'approche dans notre échantillon (2 sur 13).

### 3.2.3.3. *Instrument de mesure*

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré s'inspirant de nombreux instruments développés dans un contexte de diffusion d'innovation sociale. Quelques questions et indices ont aussi été développés pour les besoins de la présente enquête, en lien avec les dimensions de notre cadre conceptuel. Nous invitons le lecteur à consulter l'annexe E pour obtenir de plus amples informations sur la source des questions, la définition et la mesure des variables ainsi que l'annexe F pour les indices utilisés.

Des versions différentes du questionnaire ont été produites selon les catégories d'acteurs visées, en retenant un ensemble de questions communes à tous les participants. Le questionnaire destiné au directeur d'école est présenté à l'annexe G, à titre d'exemple. Le questionnaire inclut une première série de questions destinée à tous les participants. Ces questions correspondent à des variables individuelles et organisationnelles susceptibles d'influencer la connaissance, la réceptivité ainsi que l'adoption de l'AÉS. Une autre série de questions, située dans la deuxième partie questionnaire, ne s'adresse qu'aux participants qui disent connaître l'AÉS. Ces questions correspondent au niveau de connaissance de l'approche, aux attributs perçus de celle-ci, à son contexte de déploiement, aux canaux de communication par lesquels un participant a connu l'approche, à sa réceptivité personnelle

et celle de son entourage à l'égard de l'approche, et à son leadership face à l'approche. Enfin, une dernière série de questions ne concerne que les participants des écoles et porte spécifiquement sur l'adoption de l'AÉS dans leur école.

Le temps requis pour remplir le questionnaire se situe entre 10 et 20 minutes selon le niveau de connaissance de l'approche. Le questionnaire a été pré-testé auprès des trois représentants scolaires (directeur, responsable de la promotion de la santé et parent président du conseil d'établissement) de deux écoles secondaires et deux écoles primaires, non sélectionnées dans l'échantillon, et provenant de deux types de région, soit métropolitaine et semi-urbaine. Le pré-test visait à vérifier la procédure de distribution du questionnaire aux personnes désignées de l'école, la compréhension et la clarté des questions, de même que la facilité à remplir le questionnaire. Les douze participants ont été contactés par téléphone après avoir rempli le questionnaire afin de recueillir leurs commentaires. Suite à ces appels, les ajustements nécessaires ont été effectués.

#### 3.2.3.4. Variables à l'étude

Les **variables indépendantes ou prédictrices** retenues incluent des variables individuelles, des variables organisationnelles et des variables liées aux attributs de l'approche et de son contexte. Les variables individuelles se rapportent aux caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants telles que l'âge, le sexe, la fonction au sein de l'organisation, le plus haut niveau de scolarité atteint, le domaine de formation académique, le nombre d'années d'expérience avec le milieu scolaire. Les autres variables individuelles sont les suivantes :

- l'importance que le participant accorde aux saines habitudes de vie pour maintenir ou améliorer sa santé;
- sa perception des principaux problèmes que vivent les élèves du primaire et du secondaire;
- sa perception de la contribution que l'école devrait apporter au regard de cibles prioritaires en promotion de la santé en milieu scolaire;
- son sentiment d'efficacité personnelle en termes de capacité à collaborer avec les autres partenaires;
- son implication actuelle ou passée dans d'autres programmes de santé en milieu scolaire;
- son leadership face à l'AÉS.

Les variables organisationnelles se rapportent aux caractéristiques de l'école, c'est-à-dire :

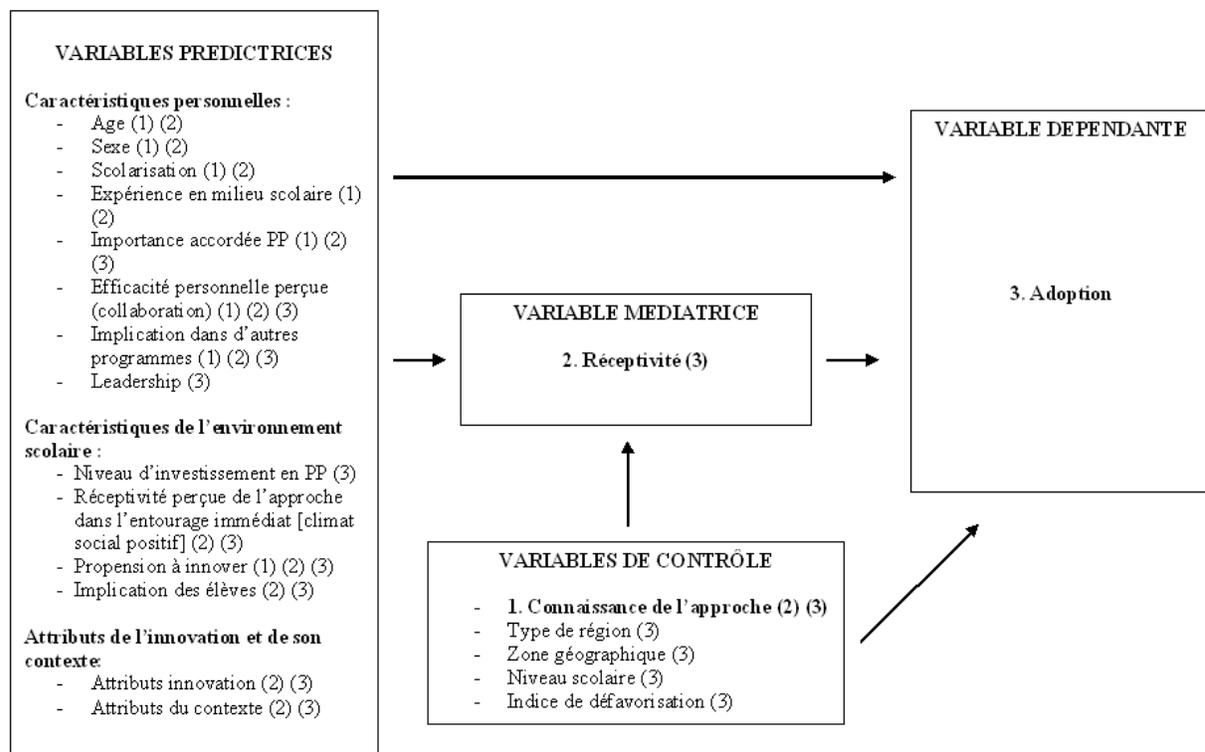
- sa taille;
- le % d'élèves dont la langue première n'est pas le français;
- son niveau d'enseignement scolaire;
- son niveau de défavorisation;
- son type de région;
- ses principaux investissements en regard des cibles en promotion de la santé;
- le climat d'innovation dans l'école;
- l'implication des élèves dans les décisions de l'école;
- la réceptivité perçue des membres de l'entourage scolaire face à l'AÉS.

Les variables en lien avec les attributs de l'approche et son contexte sont :

- les attributs de l'approche, tels que perçus par les participants;
- les attributs perçus du contexte de déploiement de l'approche, c'est-à-dire l'efficacité collective perçue (croyances dans les capacités collectives de l'école à implanter l'AÉS) et les contraintes dans l'environnement scolaire.

Les **variables dépendantes** correspondent au niveau de connaissance de l'approche, à sa réceptivité et à son adoption. Certaines de ces variables peuvent également être des variables de contrôle ou être médiatrices. Par exemple, la variable « réceptivité » peut être envisagée comme variable dépendante de certaines variables prédictrices et avoir un effet médiateur à l'égard de la variable « adoption ». La figure 3 illustre les relations hypothétiques entre les variables prédictrices, médiatrices, de contrôle et dépendantes. Les chiffres entre parenthèses, à côté de chaque variable, identifient le numéro de la variable dépendante susceptible de lui être associée.

**Figure 3. Relations hypothétiques entre les variables prédictrices, médiatrices, de contrôle et dépendantes au regard de l'approche École en santé**



### 3.2.3.5. *Traitement des données provenant de l'enquête*

Avant l'analyse des données, plusieurs procédures de contrôle ont été utilisées pour déceler et corriger les erreurs susceptibles d'être intervenus au moment de la collecte et de la saisie des données. Tout d'abord, un filtre ne permettant que la saisie des réponses possibles pour chaque question a permis de réduire considérablement le risque d'erreur en empêchant la saisie de valeurs erronées. La double-saisie portant sur le quart des questionnaires et les tests de cohérences menés en confrontant la cohérence logique des réponses à plusieurs questions ont permis de déceler les erreurs qui ont pu échapper au filtre. Les tests de contrôle ont permis de déceler des erreurs dans 23 des 667 questionnaires. A chaque fois, un retour au questionnaire a permis d'apporter la correction nécessaire.

L'analyse des données quantitatives a été effectuée à l'aide du progiciel SPSS (version 15), en trois étapes. Toutes les variables de l'étude ont d'abord fait l'objet d'analyses descriptives. Nous avons utilisé les tableaux de fréquences pour les variables nominales ainsi que la moyenne et l'écart type pour les variables continues. Nous avons aussi testé la normalité de la distribution des variables continues. La condition était que le coefficient d'asymétrie ne pouvait excéder 1 et que le coefficient d'aplatissement devait être inférieur à 1,5. Seules deux variables n'ont pas répondu à ces critères. Des ajustements ont été nécessaires avant leur utilisation dans les analyses.

Un deuxième niveau d'analyse (bivariée) a permis d'identifier les variables prédictrices de notre modèle qui étaient associées à chacune des trois variables dépendantes de l'étude (connaissance, réceptivité et adoption). L'analyse de variance (ANOVA) à un facteur, le test du khi-carré et la corrélation de Pearson ont été utilisés selon le type de variables à analyser.

Les variables liées significativement aux variables dépendantes ( $p < 0,05$ ) ont été retenues dans le troisième niveau d'analyse (analyse multivariée). La régression linéaire (réceptivité) et la régression logistique (connaissance et adoption) ont été utilisées afin d'identifier, parmi les variables prédictrices associées à l'une ou l'autre des variables dépendantes, celles ayant le plus grand pouvoir de prédiction.

### **3.2.4. Entretiens semi-dirigés auprès d'informateurs-clés**

Les entretiens ont été réalisés par une équipe multidisciplinaire composée de chercheurs, d'une assistante de recherche et d'étudiants provenant de disciplines variées et ayant des expériences diverses. Cette multidisciplinarité au sein de l'équipe nous a permis d'élaborer un canevas d'entretien qui tenait compte du contexte des divers informateurs-clés. L'entretien de type semi-dirigé a été utilisé afin de garantir une certaine uniformité parmi les interviewers tout en facilitant son déroulement au niveau de la couverture des thèmes et du respect du temps imparti (Denzin and Lincoln, 2000; Miles & Huberman, 2003). Ce canevas visait également à faciliter la réduction et l'interprétation des données au moment de l'analyse. Toutefois, les questions posées étaient suffisamment générales pour que le participant puisse s'exprimer librement sur un thème à partir de ses propres expériences ce qui permettait de privilégier le sens donné par les acteurs à leur réalité (Savoie-Zajc, 2003). Des procédures communes ont été appliquées pour le déroulement des entretiens.

#### 3.2.4.1. Population visée et échantillonnage

Tout comme l'enquête, les entretiens ont été réalisés au printemps 2007. Les 34 informateurs-clés de l'échantillon ont été sélectionnés sur la base de leur position stratégique dans le déploiement de l'approche. L'échantillon se compose d'acteurs *internes*, directement impliqués dans le déploiement de l'approche aux paliers central, régional ou territorial des deux réseaux, ainsi que d'acteurs *externes* représentant quatre programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire, aux paliers central et régional. La figure à l'annexe H fournit la répartition de cet échantillon. Les différents types de répondants permettent d'obtenir des points de vue diversifiés et contrastés au regard du processus de dissémination de l'approche.

Les acteurs internes au niveau central incluent les responsables et professionnels impliqués au niveau de l'offre de service de l'AÉS dans les deux ministères ainsi que les professionnels de l'INSPQ impliqués dans la formation et l'accompagnement des intervenants des deux réseaux aux niveaux régional et territorial. Les acteurs internes au niveau régional, c'est-à-dire les répondants régionaux de l'AÉS, ont été sélectionnés dans trois des 16 régions du Québec ciblées par la diffusion de l'AÉS. Le type de région administrative (métropolitaine, semi-urbaine, rurale) ainsi que la variété dans le rythme de déploiement de l'approche ont servi de critères pour le choix des régions. Les accompagnateurs territoriaux de l'AÉS dans les CSSS et les CS proviennent des mêmes régions que les acteurs régionaux.

Les acteurs externes ont été identifiés et sélectionnés suite à une consultation auprès des répondants régionaux de l'AÉS des deux réseaux dans l'ensemble des régions du Québec. Ces acteurs proviennent de quatre programmes d'envergure provinciale faisant la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire et considérés comme étant incontournables en raison de leur influence dans ce domaine. Des représentants de chacun de ces programmes ont alors été sélectionnés au niveau central et régional, à l'exception d'un de ces programmes qui avait une assise strictement provinciale. Les acteurs externes ont été choisis dans les mêmes régions que les acteurs internes de façon à pouvoir cerner les dynamiques intra régionales. Dans un seul cas, un des acteurs externes a été choisi dans une autre région en raison de l'absence de ce programme dans l'une des trois régions choisies.

#### 3.2.4.2. Contenu des entretiens

Les dimensions de la recension des écrits ont servi à baliser le contenu des entretiens. Différentes versions du canevas d'entretien ont été élaborées afin de pouvoir aborder certaines dimensions avec une catégorie d'acteurs en particulier. Le canevas général comportait trois grandes séries de questions auxquelles les répondants étaient conviés à répondre en y clarifiant leurs visions et leurs opinions. Ces catégories sont :

- 1) Perception et vision à propos des programmes actuels visant la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire :
  - a) perception quant à l'importance accordée par le gouvernement aux saines habitudes de vie;
  - b) pour les acteurs externes : représentation de la problématique des saines habitudes de vie chez les jeunes et façon d'intervenir;
- 2) Perception et points de vue face à l'approche École en santé :
  - a) moyens par lesquels le répondant a connu l'approche;

- b) évolution (changement) de la perception de l'approche depuis qu'il la connaît;
  - c) conception de l'approche, ses caractéristiques;
  - d) expérience de participation à un ou des ateliers de formation sur l'AÉS et appréciation;
  - e) niveau d'accord ou de désaccord avec les orientations, les principes et les principales composantes de l'approche;
  - f) positionnement face à son déploiement actuel dans les différentes régions du Québec (réceptivité, dissidence, etc.);
  - g) perception des bénéfices/contributions de l'AÉS (avantages relatifs pour les jeunes, intervenants, milieu scolaire);
  - h) perception des coûts et retombées négatives possibles de l'approche;
  - i) perception de vraisemblance quant à l'implantation de l'approche, en termes de faisabilité, de facteurs favorables ou contraignants;
- 3) Expériences de concertation et d'échanges :
- a) entre les différents acteurs internes de l'AÉS et les acteurs externes qui interviennent en promotion des saines habitudes de vie dans les écoles;
  - b) entre les acteurs internes des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux qui sont impliqués dans le déploiement de l'AÉS.

Une autre série de questions était posée spécifiquement aux acteurs internes et portait sur leurs expériences, leurs perceptions et leurs opinions quant à la formation et à l'accompagnement offerts aux deux réseaux pour le déploiement de l'approche.

#### *3.2.4.3. Procédures pour la réalisation des entretiens*

Tous les informateurs-clés ont d'abord été contactés individuellement par téléphone afin de leur expliquer le contexte et les objectifs de l'étude et les inviter à participer à un entretien téléphonique. Une lettre leur était envoyée par courriel dans les minutes suivant l'appel afin de leur fournir plus de détails sur le projet, les thèmes de l'entretien, les questions de confidentialité et de consentement, etc. La confidentialité et l'anonymat étaient assurés aux participants. Un formulaire de consentement éclairé était également joint à cet envoi, lequel devait être signé et retourné par courrier si la personne acceptait de participer à l'entretien téléphonique. Le canevas d'entretien était transmis aux participants avant l'entretien téléphonique afin de les mettre en confiance et qu'ils aient une meilleure idée des questions abordées.

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés durant les mois de mars et avril 2007. Tous les chercheurs ayant participé à l'analyse des données ont été directement impliqués dans la réalisation des entretiens. Trois étudiantes au doctorat ont également réalisé des entretiens. Chaque interviewer devait utiliser le canevas d'entretien et poser les questions dans l'ordre prévu et de façon similaire bien qu'une latitude était laissée pour clarifier ou reformuler les questions au besoin. Tous les interviewers ont réalisé au moins quatre entretiens auprès d'informateurs appartenant à une même strate. Après une première série d'entretiens, un échange entre les interviewers a permis de clarifier toute question ambiguë et d'effectuer certains ajustements. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement (verbatim) par une transcriptrice, pour ensuite être vérifiés par chacun des interviewers ayant réalisé les entretiens. La durée des entretiens a varié entre 30 minutes et 2 heures 30 minutes.

#### 3.2.4.4. *Traitement des données provenant des entretiens*

Les verbatim de chacun des entretiens ont été codés puis organisés en utilisant le logiciel NVivo 7. Le travail d'analyse a débuté par une lecture attentive des entretiens, par strate, afin d'en retenir l'impression d'ensemble. Nous avons d'abord établi une première arborescence de codes généraux correspondant aux thèmes du canevas d'entretien. Pour ce premier niveau de codification, la 1<sup>re</sup> auteure et une assistante de recherche ont validé cette arborescence en codant trois entretiens de manière indépendante et en comparant les codifications respectives afin d'en vérifier la concordance. Les éléments pour lesquels il y avait une différence ont été clarifiés. Une deuxième vérification a été faite par la suite sur un autre entretien dont la codification s'est avérée semblable. Il a donc été convenu d'effectuer la codification de l'ensemble des entretiens avec cette première structure de codes et de la faire évoluer dans les étapes subséquentes.

Un deuxième niveau de codification (nœuds libres et mémos) a consisté à codifier et à annoter les segments des entretiens sans utiliser de structure préétablie. Certains codes étaient en lien direct avec des éléments de notre cadre conceptuel. Trois chercheurs de l'équipe et une assistante de recherche ont procédé à la création des codes libres et des mémos sur un nombre limité d'entretiens. Ce deuxième niveau de codification a vite conduit à une complexification de la structure arborescente. Plusieurs relectures des extraits codés et discussions entre les trois chercheurs et l'assistante de recherche ont été nécessaires afin de pouvoir statuer sur les codes à retenir, sur leur signification et leur regroupement en thèmes ou catégories significatives. Suite à ces discussions, il a été convenu de modifier la structure arborescente en retranchant certains codes qui s'avéraient moins pertinents, en conservant les plus significatifs et en regroupant les codes qui appartenaient à des thèmes communs. Le logiciel a permis de transformer l'arborescence de départ aisément en fonction de nos réflexions. Ainsi, les codes ont pu être regroupés en catégories plus larges d'un point de vue conceptuel. Nous avons ainsi abouti à la création de trois axes d'analyse regroupant un certain nombre de codes : 1- Positionnement face à l'approche et son déploiement; 2- Collaboration et coordination; 3- Formation et communication. Les entretiens ont alors été codifiés à nouveau par l'assistante de recherche et validés en suivant la même procédure que pour le premier niveau de codification.

L'analyse s'est poursuivie en produisant des rapports correspondant aux trois axes identifiés pour chacune des strates, et ce afin de pouvoir comparer les points de vue des informateurs-clés selon leur position au sein du système. À partir de cette étape, le raffinement des thèmes, leur mise en relation et leur interprétation ont été effectués sans avoir recours au logiciel de traitement des données. Cette dernière étape a permis d'identifier les thèmes récurrents et a conduit à la production de matrices et de tableaux-synthèses thématiques, par type d'acteurs. Une confrontation des interprétations des chercheurs à propos des résultats a contribué à dégager des points consensuels ou divergents et à explorer des explications rivales. Nous avons ensuite pu dégager des relations entre les catégories et faire apparaître certaines configurations en lien avec nos objectifs de recherche. L'interdisciplinarité au sein de l'équipe a représenté une protection contre certains biais de perspectives au moment de l'analyse et a favorisé une lecture plus objective du matériel analysé.



## 4. RÉSULTATS

### 4.1. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DOCUMENTAIRE DES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE ET L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

L'article 54 de la *Loi sur la santé publique* reconnaît que les politiques publiques peuvent avoir une influence significative sur la santé de la population et qu'il est nécessaire de tenir compte des effets de ces politiques sur l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie (L.R.Q., chapitre S-22, *Loi sur la santé publique*, 2001). Ainsi, la documentation du Gouvernement du Québec en matière de saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire et celle portant plus spécifiquement sur l'AÉS font partie des dispositifs susceptibles d'influencer ou d'avoir influencé le déploiement de l'approche.

#### 4.1.1. Les saines habitudes de vie dans la documentation gouvernementale

Notre analyse nous révèle d'abord qu'une faible proportion de la documentation gouvernementale en matière de prévention et de promotion de la santé porte exclusivement sur la promotion des saines habitudes chez les jeunes d'âge scolaire. En fait, la majorité des publications officielles analysées, soit 20 sur 29 (69 %), s'intéressent à la promotion des saines habitudes de vie tout en abordant d'autres thèmes. Les thèmes rencontrés se rapportent, par exemple, à la mission de l'école, la formation des élèves, les services complémentaires aux élèves ainsi que les priorités ministérielles en matière de santé ou d'éducation. Par ailleurs, environ la moitié des documents gouvernementaux consultés présentent des mesures de promotion des saines habitudes de vie qui visent spécifiquement les jeunes d'âge scolaire (20/39) alors que l'autre moitié cible davantage la population québécoise en général ou les familles (19/39).

Une faible proportion de la documentation gouvernementale analysée, soit seulement 14 %, s'intéresse simultanément aux trois habitudes de vie spécifiques que sont la saine alimentation, la pratique de l'activité physique et le non-tabagisme. Des 39 documents analysés, seuls 5 d'entre eux s'intéressent aux trois domaines spécifiques ci-dessus, alors que 12 documents s'intéressent à deux de ces domaines spécifiques, 17 s'intéressent à un seul et 5 documents ne font que mentionner l'importance des saines habitudes de vie sans aborder l'un ou l'autre des trois domaines spécifiques. Au cours de la période observée, soit de 2000 à 2007, la promotion des saines habitudes de vie, en général, et la promotion des habitudes de vie spécifiques telles que la saine alimentation, la pratique de l'activité physique et le non-tabagisme, sont des thèmes de plus en plus présents dans la documentation du Gouvernement du Québec. L'analyse nous révèle en effet que c'est en 2005 et 2006 que l'on dénombre le plus grand nombre de documents gouvernementaux parus sur les saines habitudes de vie (25 sur 37<sup>3</sup> ou 68 %). De plus, entre 2005 et 2007, 13 documents traitent des saines habitudes de vie en y abordant simultanément deux ou trois habitudes de vie spécifiques alors qu'avant 2005, seuls 4 documents le font. La figure à l'annexe I illustre le nombre de domaines spécifiques des saines habitudes de vie dans la documentation gouvernementale pour chaque année de notre période d'observation.

---

<sup>3</sup> L'information compilée par année de publication porte sur 37 des 39 documents analysés car deux documents ont des dates de publication non déterminées.

Nous constatons aussi que les saines habitudes de vie sont le plus souvent présentées sous l'angle de la pratique de l'activité physique ou la prévention de la sédentarité (27 sur 39 ou 69 %). La saine alimentation est abordée dans 13 documents (33 %) alors que le non-tabagisme se retrouve dans 11 documents (28 %). Soulignons, par ailleurs, que tous les documents (13) qui traitent de la saine alimentation abordent aussi la pratique de l'activité physique; l'inverse n'étant pas le cas. De fait, environ la moitié des documents qui s'intéressent à la pratique de l'activité physique touchent uniquement cet aspect (14 sur 27). De la même façon, environ la moitié des documents qui traitent du non-tabagisme n'abordent que cet aspect (5 sur 11).

La promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes est une problématique d'importance aussi bien dans la documentation du MELS que celle du MSSS. Pour le MELS, l'école est un milieu de vie important pour les jeunes et on reconnaît la nécessité de leur offrir un environnement favorable à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie, notamment par la pratique de l'activité physique, et plus récemment, par des mesures favorables à une saine alimentation. La documentation du MSSS trace pour sa part un portrait préoccupant de la sédentarité et de l'obésité croissante chez les jeunes du Québec. Son discours à l'égard de la prévention et la promotion des saines habitudes de vie presse les différents acteurs concernés d'agir pour contrer les problèmes de santé chroniques observés tant chez les jeunes que dans la population en général. Enfin, aussi bien le MELS, le MSSS que les autres organismes publics de l'analyse soulignent la nécessité de travailler collectivement à la santé, au bien-être et à la réussite scolaire des jeunes.

#### **4.1.2. La concertation MELS-MSSS pour promouvoir les saines de habitudes de vie chez les jeunes**

Le *Programme de formation de l'école québécoise* et le document *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*, respectivement publiés en 2001 et 2002 par le MELS, proposent des apprentissages et des services en « promotion de la santé et prévention » qui visent le développement de saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire. Or, même si le réseau de la santé et des services sociaux est concerné par ces activités, ces deux documents ne mentionnent pas explicitement la contribution de ces acteurs pour leur mise en œuvre. En fait, entre 2000 à 2007, seuls 8 des 39 documents analysés indiquent des mesures de promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire qui interpellent explicitement à la fois le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux.

Notre analyse révèle que les premières mesures conjointes de promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire entre le MELS et le MSSS apparaissent en 2003 avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* et l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Ces deux documents marquent un point tournant en ce sens qu'ils proposent des moyens concrets pour que les deux réseaux agissent de façon plus globale et concertée en faveur de la santé et du bien-être des jeunes du Québec. Avec la parution du *Programme national de santé publique*, le MSSS reconnaît l'importance d'intensifier les efforts de promotion de la santé et la nécessité d'augmenter les actions intersectorielles afin d'y parvenir. C'est aussi dans ce document que l'on retrouve la décision formelle d'élaborer et d'implanter, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, « une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale ». Ultérieurement, cette

intervention sera dénommée « approche École en santé ». Le *Programme national de santé publique* est le premier document gouvernemental de la période 2000-2007 à proposer des interventions et des services de promotion des saines habitudes de vie qui interpellent les deux réseaux. Par ailleurs, c'est dans l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* que l'on s'engage à définir puis à implanter des modalités de concertation, sur les plans local, régional et national, pour mettre en œuvre et déployer l'intervention globale et concertée en promotion de la santé.

Environ un an après le lancement officiel de l'intervention globale et concertée en promotion de la santé, paraîtra en 2004, le guide *École en santé*. Ce document définit les contours du cadre d'intervention à l'intention des milieux scolaires et de leurs partenaires et propose une démarche opérationnelle pour sa mise en œuvre à partir de l'école. L'intervention portera désormais le nom d'« approche École en santé ».

En 2004 et 2005, deux autres programmes spécifiques de promotion des saines habitudes de vie interpellent aussi les professionnels et les gestionnaires des deux réseaux. Tout d'abord, le *Programme « Vas-y »* propose aux villes, aux institutions scolaires, aux institutions de santé et de services sociaux, aux entreprises et aux organismes communautaires un partenariat permettant de mettre en valeur les équipements, les activités et les programmes existants dans les milieux, ainsi que de créer de nouvelles occasions pour promouvoir les saines habitudes de vie. Ce programme changera son nom pour celui de « *Bougez plus, Mangez mieux* » en 2006. Quelque temps après, le *Guide de présentation du programme ISO-ACTIF*, présentera ce programme comme un moyen d'action en arrimage avec l'AÉS. Le document soutient que le programme ISO-ACTIF agit favorablement sur un facteur clé du développement des jeunes préconisé par l'approche École en santé, à savoir les habitudes de vie. Il souligne la nécessité d'un partenariat et d'une concertation accrue entre les différents intervenants concernés par la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes.

C'est aussi en 2005 que le rapport de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*, communément appelé le rapport Perreault, verra le jour. Ce rapport, présenté au MSSS, souligne l'aspect incontournable d'une mobilisation coordonnée des efforts entre les divers paliers gouvernementaux et les milieux concernés par la santé des jeunes. On y retrouve 62 recommandations dont le succès est tributaire de la volonté politique à mobiliser et soutenir les jeunes et les partenaires impliqués mais aussi du financement et de la pérennité des mesures proposées en prévention et promotion de la santé.

Un autre document qui souligne l'importance de la collaboration intersectorielle pour promouvoir les saines habitudes de vie est le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir*. Ce document, qui paraît en 2006, s'inscrit en continuité avec les objectifs du Programme national de santé publique et les recommandations issues du rapport Perreault. Par ce plan d'action, le MSSS, en collaboration avec différents partenaires, dont le MELS, prévoit réaliser une série d'actions pour favoriser la saine alimentation et l'activité physique de même que prévenir les problèmes reliés au poids chez les jeunes et leurs familles.

Selon notre analyse, une dernière publication gouvernementale qui interpelle explicitement le MELS et le MSSS en matière de promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire est la

*Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*. Ce document, qui paraît lui aussi en 2006, fait état de mesures à mettre en œuvre, en collaboration avec plusieurs ministères, dont le MELS et le MSSS, afin de favoriser la « réussite » des jeunes. Selon ce document, l'acquisition de saines habitudes de vie agit sur la santé et le bien-être des jeunes et augmente leurs chances de réussite.

#### **4.1.3. Les mesures de promotion des saines habitudes de vie spécifiques à un ministère**

Ainsi, la majorité des documents gouvernementaux identifient des mesures en matière de promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes qui interpellent explicitement un seul réseau et, à l'occasion, d'autres acteurs hors du réseau (31 sur 39). Sur les 39 documents analysés, 14 documents contiennent des mesures favorables à de saines habitudes de vie qui interpellent plus particulièrement le réseau de l'éducation, 6 contiennent des mesures qui interpellent plus particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux et 11 contiennent des mesures s'adressant plus particulièrement à la population ou aux familles. Cela dit, un document publié par un réseau ou un organisme gouvernemental spécifique n'interpelle pas toujours explicitement son propre réseau lorsqu'il propose une mesure favorable à de saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire. Comme on pouvait s'y attendre, le réseau de l'éducation est interpellé plus souvent que les autres ministères ou organismes gouvernementaux par la mise en œuvre des mesures en matière de promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes.

#### **4.1.4. L'approche École en santé dans la documentation gouvernementale**

Au total, 17 des 39 documents analysés mentionnent une « intervention globale et concertée en promotion de la santé à base scolaire » ou l'approche École en santé. Tel que mentionné précédemment, le *Programme national de santé publique 2003-2012* et l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, tous deux parus en 2003, ont servi d'assise au déploiement de l'approche École en santé. Par ailleurs, cette même année paraîtra aussi le premier document du Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) intitulé *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*. Ce document, à l'intention des décideurs et professionnels de la santé publique, souligne des actions à envisager, à différents paliers d'intervention, en fonction des cibles du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Par exemple, ce premier document du GTPPP recommande aux instances nationales l'implantation d'une « intervention globale et concertée en milieu scolaire », c'est-à-dire l'approche École en santé, pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents.

En 2005 et 2006, 12 documents gouvernementaux vont faire mention de l'approche École en santé. Notons qu'il y en a 5 publiés par le MELS et 5 publiés par le MSSS alors que 2 proviennent d'autres organismes publics. En ce qui concerne les documents du MELS, en plus du guide *École en santé*, il y a 2 rapports de gestion ainsi que le *Plan Stratégique du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport 2005-2008*. Ce dernier document identifie un objectif en lien avec le déploiement de l'AÉS dans les écoles qui consiste à favoriser, dans les commissions scolaires, la mise en œuvre de l'approche École en santé. Par ailleurs, dans le *Rapport annuel de gestion 2005-2006 du MELS*, on y apprend que le ministère visait, pour 2008, l'adoption d'un plan de mise en œuvre de l'AÉS dans 50 % des commissions scolaires et qu'au 31 mars 2006, 58 % des commissions scolaires s'étaient déjà dotées d'un plan.

Du côté du MSSS, son *Plan stratégique 2005-2010* indique vouloir « implanter l'approche École en santé dans les écoles, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté ». L'atteinte de cet objectif est mesurée par la proportion d'agences et de territoires locaux de santé et de services sociaux qui se doteront d'un plan de déploiement ainsi que par le nombre d'écoles qui implanteront l'approche pendant la période 2005-2010. Le *Rapport annuel de gestion 2005-2006 du MSSS* indique qu'en 2005-2006, 13 agences sur 16 se sont dotées d'un plan de déploiement, soit 81 %, alors qu'on visait 100 % pour 2005-2006. De plus, on visait une implantation progressive de l'approche dans tous les territoires locaux et l'ensemble des écoles du Québec d'ici 2010. Au 31 mars 2006, le rapport indique que 59,4 % des territoires locaux avaient un plan de déploiement et que 9,4 % des écoles publiques du Québec, implantaient l'approche. Bien que le déploiement de l'AÉS soit une mesure conjointe du MELS et du MSSS, on constate que les cibles et les indicateurs de résultats dans les documents de gestion des deux ministères ne coïncident pas toujours.

Par ailleurs, les documents administratifs des ministères fournissent certaines informations quant au financement de l'AÉS. On y apprend notamment qu'une somme totale de 228 000 \$ aurait été consacrée à la mise en œuvre de l'approche École en santé en 2005-2006 (MELS, 2006a). De plus, près de 56 millions de dollars ont été engagés dans des actions ou des mesures en prévention et promotion des saines habitudes de vie (MSSS, 2006), dont le programme du MELS « *Écoles en forme et en santé* » qui priorise le déploiement de l'approche École en santé (MELS, 2006b).

En 2006, le MSSS réaffirme également la pertinence d'utiliser la plateforme qu'est l'approche École en santé pour promouvoir les saines habitudes de vie dans son *Guide de mise en œuvre d'une stratégie pour un terrain d'école sans tabac : Le Québec respire mieux* ainsi que dans son *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : Investir pour l'avenir*. En 2007, le MELS en fera tout autant lors de la parution de sa *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Cette dernière fait valoir sa cohérence avec le plan d'action *Investir pour l'avenir* ainsi que deux mesures de la *Stratégie d'action jeunesse 2006-2009*, soit l'élimination de la malbouffe des écoles et le déploiement de l'approche École en santé.

Notons enfin que quelques sites Web gouvernementaux font mention de l'AÉS. Au moment de la période de collecte d'information, 4 pages Web mentionnent l'approche sur les 10 pages ou sections de sites Web analysées. Deux pages Web se trouvent dans la section « Direction de la formation des jeunes » du site du MELS, une page Web se trouve dans la section « Programme Écoles en forme et en santé » du site du MELS alors qu'une autre page Web se trouve dans la section « Vas-y » du site du Gouvernement du Québec. Outre la page Web du MELS sur laquelle on peut télécharger le guide *École en santé* et d'autres documents y étant reliées, l'information concernant l'AÉS sur le Web est minimale et d'ordre général. De plus, l'information sur l'AÉS est difficilement repérable par les techniques de recherche habituelles (recherche à l'aide du mot-clé « école en santé » sur les principaux moteurs de recherche; utilisation de la barre de recherche sur le site du MELS et le Portail Québec; recherche à l'aide du plan des sites gouvernementaux).

#### **4.1.5. Synthèse de l'analyse documentaire sur les politiques publiques**

Les résultats montrent qu'il y a une volonté, à la fois du MSSS et du MELs, de promouvoir les saines habitudes de vie et l'AÉS. Depuis la parution du *Programme national de santé publique 2003-2012* et de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, il nous est davantage possible d'observer cette intention politique à travers les mesures inscrites dans la documentation gouvernementale. La promotion des saines habitudes de vie en général, et les habitudes de vie spécifiques telles que la saine alimentation, la pratique de l'activité physique et le non-tabagisme, sont des thèmes qui ont pris de l'ampleur dans la documentation gouvernementale entre 2000 et 2007.

L'AÉS est une mesure de plus en plus visible dans les documents en prévention et promotion de la santé mais peu sur les sites Web gouvernementaux. Près de la moitié des documents analysés mentionnent une « intervention globale et concertée en promotion de la santé à base scolaire » ou, depuis 2005, l'approche École en santé. Toutefois, peu de documents élaborent sur les principes de base de l'approche et sur la façon dont celle-ci peut servir de cadre intégrateur aux actions spécifiques en promotion des saines habitudes de vie. On a observé des différences ministérielles quant aux cibles et aux indicateurs de résultats attendus en lien avec le déploiement de l'AÉS dans les documents de gestion du MSSS et du MELs. De plus, on a remarqué que des appels à une concertation accrue entre les deux ministères et une coordination des efforts entre les différents intervenants concernés par la promotion de la santé chez les jeunes d'âge scolaire ressort dans les documents d'orientation. L'analyse de la documentation gouvernementale nous révèle toutefois peu de modalités concrètes en ce sens entre les partenaires concernés.

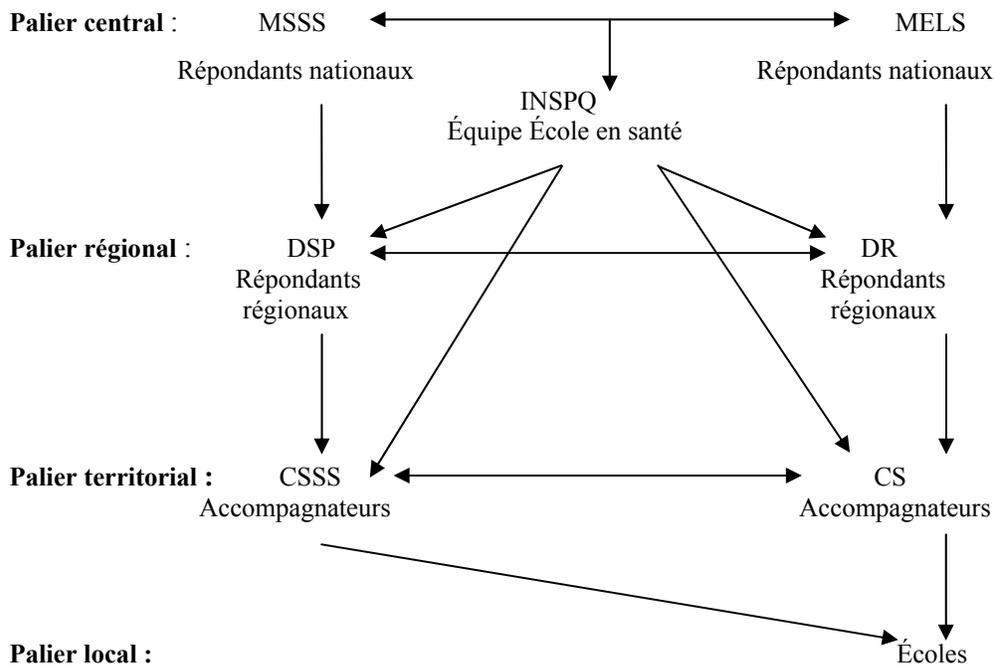
#### **4.2. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE L'INFRASTRUCTURE DE SOUTIEN DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ**

Depuis le lancement officiel de l'approche École en santé en décembre 2003, différentes stratégies et mécanismes ont été privilégiés afin de la faire connaître et favoriser son appropriation par le milieu scolaire et ses partenaires. Avant de tracer un portrait de l'infrastructure de soutien qui a été mise en place pour assurer le déploiement de l'AÉS, nous présentons la structure de mise en œuvre aux paliers national, régional et territorial pour soutenir le déploiement de l'approche. Nous décrivons ensuite les activités de formation et d'accompagnement visant à outiller les intervenants impliqués dans son déploiement. Ces activités constituent le cœur de l'infrastructure mise en place pour soutenir le déploiement de l'AÉS. Enfin, nous abordons brièvement les activités de communication menées au palier national.

##### **4.2.1. Structure pour la dissémination de l'approche École en santé**

Le déploiement de l'AÉS a nécessité la mise en place d'une structure favorisant la concertation entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation. La figure 4 illustre cette structure de concertation inter-réseaux. Celle-ci se rapporte aux quatre paliers visés, soit le central, le régional, le territorial et le local. Les trois premiers paliers sont plus directement concernés par la phase de dissémination de l'approche pour la période d'observation retenue, soit de 2003 à 2007.

**Figure 4. Structure de concertation inter-réseaux pour le déploiement de l'approche École en santé**



Au **palier central**, un comité national d'orientation École en santé a été mis en place en 2003 en vue de développer l'approche École en santé. Ce comité était composé de représentants de l'INSPQ, du MELSS, du MSSH, de l'Association québécoise des CSSS et de la Table de concertation nationale en promotion et en prévention (TCNPP). Le comité a procédé au lancement officiel de l'approche lors des 7<sup>e</sup> *Journées annuelles de santé publique* et a produit divers documents, notamment le guide *École en santé*. Ce guide, à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, présente l'AÉS en tant que « cadre de travail » pour instaurer une intervention globale et concertée auprès des jeunes d'âge scolaire dans le but d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur réussite scolaire.

En 2006, les deux ministères responsables du déploiement de l'approche, soit le MSSH et le MELSS, ont décidé de modifier le comité au palier central et de mettre en place une structure interministérielle comportant trois comités, laquelle a été réduite à deux comités en 2007 : le comité directeur et le comité de gestion. Le *comité directeur* est formé de quatre gestionnaires, dont deux proviennent du MSSH et deux du MELSS. Ce comité décide des orientations stratégiques, des priorités nationales et des mandats relativement au déploiement de l'approche. Il a comme rôle d'approuver les moyens à mettre en place pour promouvoir une vision et une compréhension communes de l'approche et pour soutenir sa mise en œuvre et son évaluation. Son rôle consiste également à faciliter l'harmonisation entre l'approche et les initiatives connexes au niveau national et d'arbitrer tout litige en lien avec ce dossier. Le *comité de gestion* est composé de deux gestionnaires et de deux professionnels provenant du MSSH et du MELSS. Ses fonctions sont de planifier les activités en lien avec le déploiement de l'approche et d'en assurer le suivi, en établissant une interface avec le comité directeur, tant au plan des orientations que de la planification et de l'évaluation. Il doit aussi examiner les productions issues des mandats confiés à divers partenaires et soumettre des recommandations au comité directeur. Le comité de

gestion soutient également par divers moyens, en collaboration avec l'INSPQ et la TCNPP, les répondants régionaux et les accompagnateurs territoriaux des deux réseaux dans le déploiement de l'approche. Mentionnons que le comité de gestion s'adjoit de façon ponctuelle un ou deux membres de l'équipe École en santé de l'INSPQ à titre d'experts-conseil.

L'équipe École en santé de l'INSPQ constitue le 3<sup>e</sup> acteur du palier central. Cette équipe reçoit des mandats précis des deux ministères relativement au déploiement de l'AÉS. L'équipe École en santé est composée de six personnes, dont quatre à temps complet et deux à raison de 3 jours/semaine sur une base annuelle. Trois personnes proviennent du réseau de l'éducation et trois du réseau de la santé et des services sociaux. Un des principaux mandats de l'équipe École en santé fut de concevoir l'approche et de produire le matériel nécessaire à la réalisation des activités de formation et d'accompagnement. Cette équipe élabore aussi à chaque année une offre nationale de services qui est entérinée par le comité de gestion. L'offre, destinée aux répondants régionaux et aux accompagnateurs, est constituée de diverses activités de formation et d'accompagnement conçues en fonction des étapes que suppose le déploiement de l'approche et des besoins des régions. Les formateurs de l'équipe réalisent ces activités en tandem, en associant un professionnel de la santé et un professionnel de l'éducation. Trois membres de l'équipe ont été impliqués directement dans la dispensation des ateliers de formation entre 2004 et 2007. En matière de relations publiques, les membres de l'équipe de l'INSPQ ont également agi à titre de porte-parole de l'AÉS.

Au **palier régional**, la structure de concertation a été élaborée en vertu de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Ainsi, dans chaque région du Québec, un tandem de répondants régionaux a été mis sur pied, l'un étant rattaché à la direction de santé publique du MSSS et l'autre à la direction régionale de l'éducation du MELS. Ces personnes-ressources, ont pour mandat de voir à la mise en place de mécanismes territoriaux en vue du déploiement de l'approche. Ils doivent également accompagner les intervenants des instances territoriales en leur proposant des activités de formation et d'accompagnement qui seront offertes par l'équipe École en santé de l'INSPQ ainsi que d'autres activités de formation, d'accompagnement, de communication et d'information. Leur rôle peut être différent d'une région à l'autre, en fonction notamment des effectifs disponibles pour déployer l'approche et des caractéristiques propres à chaque région.

Au **palier territorial**, le déploiement de l'approche s'amorce lorsque les gestionnaires des commissions scolaires et des CSSS, en collaboration avec les répondants régionaux de l'approche École en santé, se dotent d'un plan territorial de déploiement de l'approche. Dès lors, ces intervenants proposent à un certain nombre d'écoles situées sur leur territoire, de devenir des « écoles en santé » et leur offrent le soutien de deux accompagnateurs. Soulignons qu'en principe, le déploiement se fait progressivement, c'est-à-dire que l'AÉS n'est pas proposée à toutes les écoles en même temps. Cette façon de faire peut toutefois varier selon les régions. La décision d'adopter ou non l'approche appartient ultimement à l'école et se fait donc sur une base volontaire. Les accompagnateurs, provenant respectivement du CSSS et de la CS, travaillent généralement aussi en tandem. Ils accompagnent la direction de l'école et son comité École en santé qui veillent au déploiement de l'approche dans le milieu.

Tous les répondants régionaux et les accompagnateurs ont reçu des formations de l'équipe École en santé de l'INSPQ afin qu'ils puissent assumer adéquatement leur rôle. Plusieurs d'entre eux ont

également eu recours aux services d'un des membres de l'équipe École en santé à titre de consultant externe de l'approche pour combler certains besoins spécifiques de formation et d'accompagnement. Enfin, dans certaines régions, la formation de réseaux de pratique a permis aux accompagnateurs d'échanger sur leurs expériences ainsi que sur le matériel et les outils développés.

#### **4.2.2. Activités de formation et d'accompagnement**

Plusieurs activités de formation et d'accompagnement ont contribué au déploiement de l'approche École en santé en outillant les acteurs plus directement concernés par sa dissémination. Dans cette section, nous présentons d'abord l'offre nationale de formation et d'accompagnement de l'équipe École en santé de l'INSPQ pour les années 2004 à 2007. Ensuite, nous faisons état des demandes régionales et locales de formation et d'accompagnement, adressées à l'un des formateurs, à titre de consultant externe, pour la période allant de 2005 à 2007.

##### *4.2.2.1. Offre nationale de formation*

À chaque année, une offre de formation et d'accompagnement est conçue et planifiée par l'équipe École en santé de l'INSPQ en fonction de l'évolution du déploiement de l'approche et des besoins exprimés par les répondants régionaux. Cette offre est ensuite soumise aux représentants du MELs et du MSSS qui siègent sur le comité de gestion pour fins d'approbation et de financement. Entre 2004 et 2007, des activités de formation et d'accompagnement, prenant principalement la forme d'ateliers, ont été offertes aux intervenants régionaux et territoriaux responsables du déploiement de l'AÉS. Au cours de cette période, six ateliers ont fait partie de l'offre nationale soit : l'atelier d'appropriation, l'atelier de formation des accompagnateurs, l'atelier thématique sur l'outil d'analyse de la situation (OAS), l'atelier sur l'outil d'aide à la décision (OAD), l'atelier de formation des accompagnateurs incluant l'OAS et l'atelier de formation interactive. Ci-après, nous décrivons succinctement chaque atelier, en précisant leur durée, les populations visées, de même que le nombre d'ateliers dont chaque région s'est prévalu.

##### *4.2.2.2. Description des ateliers*

###### Atelier d'appropriation

Le premier atelier de formation élaboré et offert par l'équipe École en santé de l'INSPQ a été l'atelier d'appropriation, expérimenté en octobre 2004 dans une région intéressée par cette formation. Cet atelier de deux jours présentait l'approche de manière plutôt générale et conceptuelle, en y abordant les étapes de son déploiement ainsi que diverses façons dont elle pourrait se déployer dans une région. Il s'adressait aux personnes-ressources du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux qui devaient faire connaître et mettre en œuvre l'AÉS dans leur région, leur territoire et leurs écoles.

Pendant l'année 2005, les seize régions ont participé à ce type d'atelier, certaines plus d'une fois. En 2006, six régions se sont prévaluées globalement de 12 ateliers d'appropriation, alors qu'en 2007, 3 ateliers de ce type ont été proposés dans deux régions (Figure 5). Depuis l'automne 2007, l'atelier d'appropriation n'est plus offert par l'équipe École en santé de l'INSPQ. Cet atelier est désormais pris en charge par chaque région, les répondants régionaux étant, pour la plupart, suffisamment outillés pour l'offrir.

### Atelier de formation des accompagnateurs

En 2005-2006, les premiers ateliers de formation des accompagnateurs ont été offerts. Ce type d'atelier s'adressait aux intervenants des CS et des CSSS mandatés pour accompagner les comités École en Santé des écoles ayant adopté l'approche. Le contenu de cet atelier visait à les outiller dans l'élaboration et l'animation d'un atelier d'appropriation pour les acteurs régionaux et locaux.

Quatorze régions se sont prévaluées de l'atelier de formation des accompagnateurs en 2005 alors que 11 régions l'ont fait en 2006. Parmi les 16 régions du Québec ciblées, une seule région ne s'est pas prévaluée de cette première version de l'atelier de formation des accompagnateurs. En 2006-2007, ses objectifs et son contenu ont été modifiés de façon à mieux soutenir les accompagnateurs dans leur rôle auprès des intervenants scolaires. L'accompagnement offert s'est alors appuyé sur la théorie du socioconstructivisme, laquelle est au cœur du renouveau pédagogique. Cette perspective implique que l'accompagnateur n'agit pas à titre d'expert mais qu'il incite plutôt les personnes qu'il accompagne à construire leurs propres connaissances en interaction avec les autres. L'accompagnement privilégie donc le partage des différentes visions de la réalité et la mise à contribution des différences.

En 2006, 11 régions se sont prévaluées de cette nouvelle version de l'atelier de formation des accompagnateurs et en 2007, quatre régions déjà touchées en 2006, plus une autre région, y ont participé. À la fin de 2007, quatre régions ne s'étaient pas prévaluées de cette nouvelle version. Cependant, toutes les régions ont bénéficié d'au moins une des deux versions de cet atelier. Au total, l'équipe École en santé de l'INSPQ a offert 47 ateliers de formation des accompagnateurs (Figure 6).

### Ateliers thématiques

En 2007, les personnes ayant suivi l'atelier de formation des accompagnateurs ont pu bénéficier de deux autres ateliers thématiques, d'une durée d'une journée chacun, visant à favoriser l'utilisation d'outils conçus pour soutenir la mise en œuvre l'AÉS. Le premier atelier se rapporte à l'outil d'analyse de la situation (OAS) et le second à l'outil d'aide à la décision (OAD). De façon plus spécifique, l'outil d'analyse de la situation permet d'identifier les besoins du milieu, à partir des activités de prévention et de promotion de la santé déjà en place et en fonction de la situation qui prévaut dans le milieu. Il permet de suivre l'évolution d'une situation en regard des actions mises œuvre pour la modifier. L'outil d'aide à la décision, quant à lui, prend la forme d'un questionnement réflexif qui permet de poser un regard critique sur les actions de prévention et de promotion déployées à partir de l'école en vue d'améliorer ce qui se fait déjà dans ce domaine. Les 16 régions ciblées se sont prévaluées des deux ateliers thématiques.

### Atelier de formation des accompagnateurs incluant l'outil d'analyse de la situation

Cet atelier d'une journée intègre à la fois le contenu de l'atelier de formation des accompagnateurs et celui sur l'outil d'analyse de la situation. Il a été offert aux accompagnateurs et aux répondants régionaux de l'approche École en santé, à partir de l'automne 2007 en réponse aux besoins exprimés par certains répondants régionaux qui devaient assurer la formation de nouveaux accompagnateurs. Cinq régions se sont prévaluées de cet atelier offert par l'équipe École en santé de l'INSPQ.

### Atelier de formation interactive

À l'automne 2007, l'équipe École en santé de l'INSPQ avait recommandé la création de communautés de pratique pour les accompagnateurs dans le but de soutenir le renouvellement de pratiques et

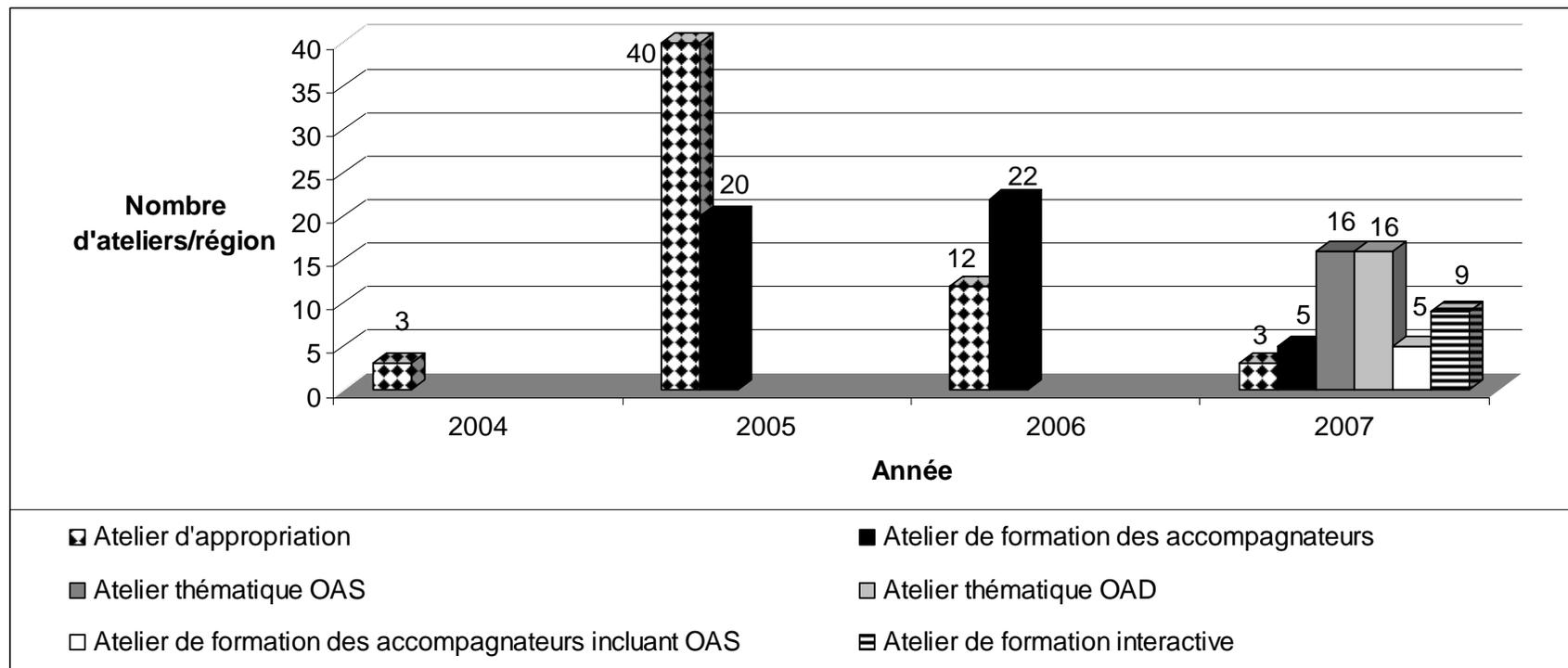
favoriser la création d'un réseau d'échanges pour les acteurs impliqués. Cette recommandation n'a pas été retenue par le comité de gestion, en raison du temps que cette communauté de pratique aurait exigé, soit au moins quatre journées de rencontre par année dans chaque région. Le financement plus restreint qui a été alloué a alors conduit l'équipe École en santé à proposer des ateliers de formation interactive d'une journée aux répondants régionaux et aux accompagnateurs ayant déjà bénéficié de l'atelier de formation des accompagnateurs et des ateliers thématiques sur les outils. Ce type d'atelier vise à offrir aux répondants régionaux et aux accompagnateurs un lieu leur permettant d'exprimer leurs difficultés tout leur offrant un suivi « sur mesure ». L'atelier se présente sous deux formes. La première forme correspond à un échange critique sur le développement de compétences en matière de santé et de bien-être, en contexte scolaire. La seconde consiste plutôt en une session de questions-réponses sur l'approche École en santé et ses étapes ainsi que sur les outils pour la soutenir. Neuf régions ont participé aux ateliers offerts par l'équipe nationale.

#### **4.2.3. Évolution de l'offre nationale de formation et d'accompagnement**

Les figures 5 et 6 ci-après illustrent l'évolution de l'offre nationale, en termes d'ateliers de formation et d'accompagnement. La figure 5 montre que globalement les régions ont participé 151 fois aux divers ateliers offerts par l'équipe École en santé de l'INSPQ entre 2004 et 2007, alors que la figure 6 montre que les membres de l'équipe École en santé de l'INSPQ ont offert 86 ateliers au total pour cette période.

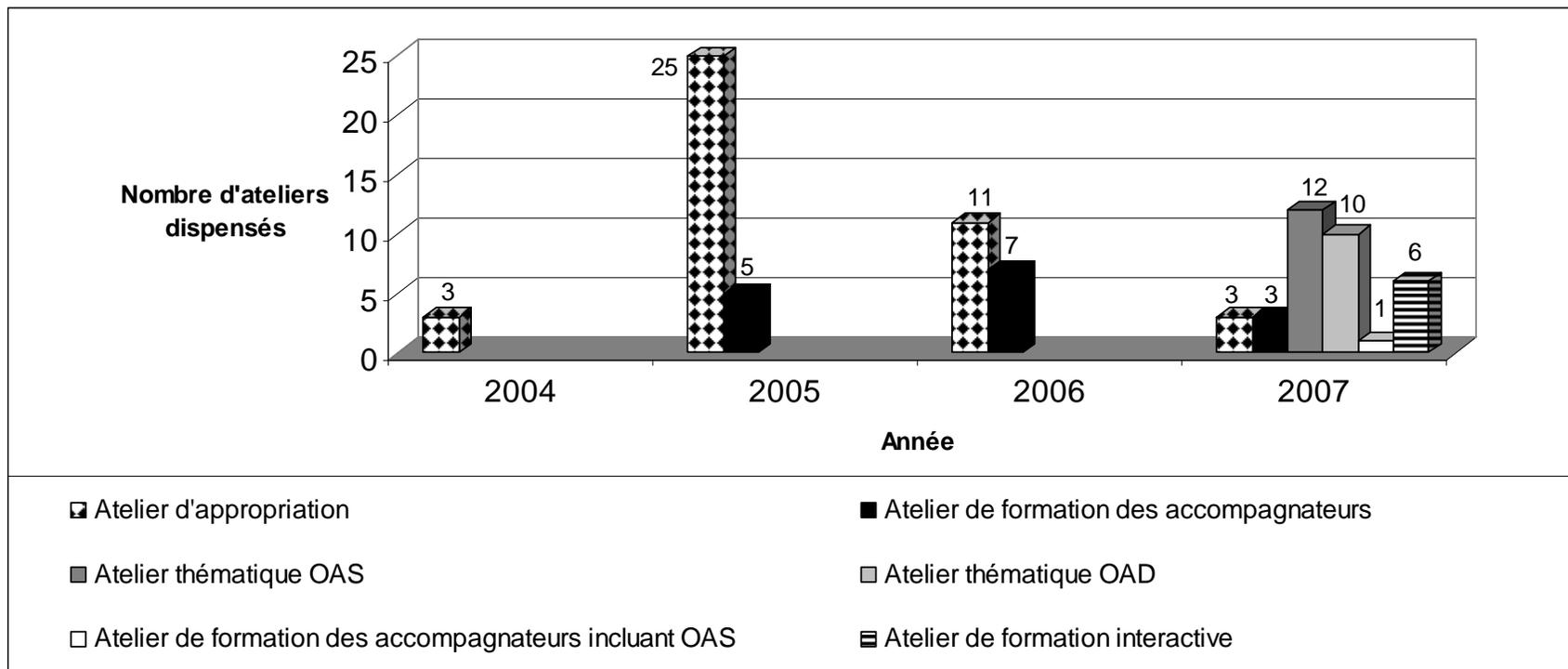
L'examen de ces figures nous permet de constater que la formation s'est amorcée en 2004 dans deux régions par l'atelier d'appropriation, lequel présentait alors l'AÉS d'une manière plutôt générale et conceptuelle. En 2005, l'atelier d'appropriation rejoint des intervenants de toutes les régions et l'atelier de formation des accompagnateurs est introduit. Presque toutes les régions se sont alors prévaluées de ce second atelier. On peut penser que l'année 2005 a véritablement ouvert la voie au déploiement de l'approche. En 2006, les ateliers de formation des accompagnateurs se sont poursuivis au même rythme qu'en 2005 alors qu'on perçoit un ralentissement au niveau des ateliers d'appropriation. Ces ateliers ont permis aux répondants régionaux de s'approprier l'approche et de devenir eux-mêmes des personnes-ressources dans leur milieu. En 2007, quatre nouveaux ateliers ont fait leur apparition. Ces ateliers ont pour but de former les répondants et les accompagnateurs aux aspects opérationnels de la mise en œuvre de l'approche. En plus des deux ateliers thématiques, l'atelier de formation interactive offre à ces intervenants la possibilité d'approfondir leur compréhension de l'approche et des outils offerts, de même que leur rôle dans le déploiement de l'approche. L'offre nationale, s'échelonnant de 2004 à 2007, a ainsi permis aux 16 régions visées de se prévaloir de plusieurs des six types d'ateliers proposés par l'équipe École en santé de l'INSPQ (Annexe C). On remarque également que l'offre d'ateliers s'est diversifiée et a augmenté au cours de la période d'observation.

**Figure 5. Nombre d'ateliers auquel les régions\* ont participé selon le type d'atelier, par année**



\* Le nombre d'« ateliers/région » correspond à la somme des régions ayant participé aux ateliers donnés par l'équipe École en santé de l'INSPQ, et ce pour chaque type d'atelier. Par exemple, si une région a participé à un premier atelier d'appropriation et que deux autres régions ont participé ensemble à un autre atelier d'appropriation, le total inscrit pour cet atelier est de 3 même si cet atelier a été offert deux fois par l'équipe de formation.

Figure 6. Nombre d'ateliers offerts par l'équipe École en santé de l'INSPQ selon le type d'atelier, par année



Un autre atelier, dont la préparation a débuté en 2007, s'ajoutera en 2008 aux six ateliers décrits précédemment. Cet atelier sera offert aux responsables de certains dossiers thématiques (tabac, santé mentale, suicide, infections transmises sexuellement et par le sang) et aux répondants régionaux des DSP du MSSS et des DRE du MELS. Le contenu de cet atelier fait suite à celui de l'atelier thématique sur l'outil d'aide à la décision. Il vise à actualiser les recommandations d'experts en santé et en éducation quant au choix des actions en prévention et promotion de la santé dans les écoles. Il vise aussi à familiariser les intervenants régionaux et territoriaux du réseau de la santé et des services sociaux au renouveau pédagogique et à la notion de « compétence » au cœur de la réforme scolaire. Cet atelier devrait donc permettre aux intervenants des DSP d'intégrer la notion de développement de compétences dans le processus de questionnement réflexif proposé par l'outil d'aide à la décision.

#### **4.2.4. Description des autres activités de formation et d'accompagnement figurant dans l'offre nationale**

En marge des ateliers, d'autres activités de formation et d'accompagnement sont inscrites dans l'offre nationale. Il s'agit des journées de supervision, des journées de consultation pour les formateurs, des journées de mise à jour pour les répondants régionaux ainsi que des rencontres nationales des répondants régionaux. Ces journées n'ont pas été comptabilisées dans les figures 5 et 6 précédentes.

##### *4.2.4.1. Journée de supervision des accompagnateurs*

Cet accompagnement d'une journée visait essentiellement à conseiller les accompagnateurs en ce qui a trait au soutien fourni aux écoles qui souhaitaient s'engager dans la démarche proposée par l'AÉS. Offerte par un seul formateur de l'INSPQ rattaché au réseau de l'éducation, cette journée de supervision s'adressait aux professionnels des CS et des CSSS qui avaient bénéficié de l'atelier de formation des accompagnateurs. Introduite dans l'offre de 2005-2006, 13 régions s'en sont prévaluées. En 2007-2008, cette activité de supervision a été remplacée par l'atelier de formation interactive.

##### *4.2.4.2. Journée de consultation pour les formateurs*

Les journées de consultation pour les formateurs avaient pour but d'outiller les équipes régionales de formateurs à offrir les ateliers d'appropriation. Elles s'adressaient aux répondants régionaux, aux accompagnateurs ainsi qu'à toute personne pouvant agir à titre de formateur de l'approche. Au printemps 2007, une journée de consultation s'est tenue dans une région pour former des formateurs anglophones. Deux autres journées de consultation ont également été organisées à Montréal et à Québec. Les intervenants de cinq régions ont participé à l'une ou l'autre de ces journées.

##### *4.2.4.3. Journée de mise à jour pour les répondants régionaux*

Cette activité a été offerte à l'automne 2007 en réponse aux besoins des répondants régionaux qui jugeaient opportun de maîtriser davantage l'utilisation des outils proposés par l'équipe École en santé. Les deux journées offertes ont permis aux répondants régionaux des 16 régions ciblées de poursuivre leur réflexion sur l'approche, d'approfondir leurs connaissances des outils présentés dans le cadre des ateliers thématiques et de peaufiner l'accompagnement qu'ils offrent aux accompagnateurs dans leurs régions respectives.

#### 4.2.4.4. Rencontre nationale des répondants régionaux

Les rencontres nationales des répondants régionaux ont aussi été inscrites à chaque année dans l'offre nationale. Ces rencontres biannuelles réunissent tous les répondants régionaux des deux réseaux. Elles leur permettent d'aborder divers aspects de l'approche École en santé, et ce en vue de mieux remplir leur rôle d'acteur régional en regard du déploiement de l'approche. Durant ces rencontres, des informations leur sont transmises, des formations particulières leur sont offertes et chacune des offres annuelles élaborées par l'équipe École en santé de l'INSPQ y est discutée. Selon les formateurs de l'équipe École en santé de l'INSPQ, ces rencontres constituent un lieu privilégié de discussion et de consultation permettant ainsi d'harmoniser la formation et l'accompagnement aux besoins des différentes régions. Depuis la première rencontre en novembre 2004, sept rencontres ont eu lieu.

#### 4.2.4.5. Autres formes de soutien et d'accompagnement

D'autres modalités de soutien et d'accompagnement ont aussi été mises en œuvre par l'équipe École en santé de l'INSPQ afin de répondre à des demandes spécifiques provenant des régions. En plus de toutes les activités inscrites dans l'offre nationale, l'équipe École en santé de l'INSPQ a fourni un soutien (téléphonique ou par courriel) en réponse à des besoins *ad hoc* formulés par les répondants régionaux. La disponibilité de l'équipe a ainsi permis aux répondants régionaux de bénéficier d'un accompagnement continu. De plus, en réponse aux demandes provenant de trois régions, trois ateliers de sensibilisation destinés aux gestionnaires des DSP, des DRE, des CSSS, des CS et des écoles ont été offerts par l'équipe de l'INSPQ en 2005-2006. Ce type d'atelier visait à les sensibiliser à l'approche et à ses liens avec d'autres mesures gouvernementales, notamment l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, le *Programme de formation à l'école québécoise*, le *Programme des services éducatifs complémentaires*, le renouveau pédagogique et le projet clinique des CSSS. Cet atelier mettait également l'accent sur la contribution de l'approche au développement du projet éducatif et du plan de réussite de l'école, ainsi que sur les responsabilités et les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'approche.

Suite aux demandes exprimées par les répondants régionaux, l'offre nationale de 2006-2007 devait inclure la tenue d'ateliers de sensibilisation des gestionnaires. Cependant, aucune entente n'ayant été convenue entre les instances du MELIS et du MSSS, cet atelier n'a finalement pas été offert au cours de la période d'observation.

#### 4.2.5. Ententes particulières relativement à la formation et d'accompagnement

Au-delà de l'offre nationale diffusée auprès de toutes les régions du Québec, des ententes particulières ont été conclues entre l'équipe École en santé de l'INSPQ et deux régions dans le but de leur fournir un soutien accru, pour la période allant de 2005 à 2007. De plus, certaines régions ont fait appel aux services d'un des formateurs de l'équipe, à titre de consultant externe, en vue de soutenir un déploiement plus intense de l'approche sur leur territoire. Ainsi, une formation et un suivi adaptés à leur situation étaient proposés, à partir du matériel de l'équipe École en santé. Ce formateur a donné 28 ateliers d'appropriation, 18 ateliers de sensibilisation et 3 ateliers thématiques à divers types d'intervenants régionaux et locaux. De plus, il a rencontré des répondants régionaux et des accompagnateurs afin de les soutenir, notamment pour la planification d'activités de formation ou d'interventions locales. Les services de ce consultant ont aussi été requis pour accompagner les

directeurs d'écoles et les membres de comités École en santé ou encore pour superviser les accompagnateurs d'une région.

Au total, 73 demandes de formation et d'accompagnement ont été adressées à ce consultant depuis 2005. Elles ont augmenté à chaque année, passant de 17 demandes en 2005-2006, à 36 en 2006-2007 et à 40 pour les six premiers mois de 2007. Plus de 65 % des demandes ont été financées au palier régional par des DSP alors qu'une DRE a assumé 26 % de ces demandes. En 2007, des instances locales ont aussi financé six demandes locales. Ainsi, les frais rattachés à cinq ateliers d'appropriation ont été assumés par des CSSS de deux régions alors que les frais d'un atelier sur l'outil d'analyse de la situation ont été assumés par une CS.

Au total, onze régions ont fait appel au consultant externe, dont deux de façon plus marquée, chacune d'elles ayant fait plus de 20 demandes. Dans une de ces deux régions, la Table régionale des directeurs généraux des commissions scolaires rattachées à la DRE du MELS a décidé de soutenir financièrement des initiatives liées au déploiement de l'AÉS. Ainsi, 19 des 22 demandes de cette région, soit plus de 86 % d'entre elles, ont été assumées par le secteur de l'éducation. Les trois autres demandes de cette région l'ont été par des CSSS. Quant aux 23 demandes faites par l'autre région, elles ont toutes été financées par la DSP. La taille d'une de ces régions, associée au très grand nombre d'écoles devant être rejointes, figurent parmi les facteurs expliquant cette plus grande proportion de demandes. Comme on peut le constater, la façon de soutenir financièrement le déploiement de l'approche varie d'une région à l'autre.

#### **4.2.6. Mécanismes de communication concernant l'approche École en santé**

Depuis le lancement de l'AÉS en 2003, diverses stratégies de communication ont aussi été mises à contribution pour favoriser le déploiement de l'approche École en santé. Ces activités ont été élaborées au palier central et ciblaient plus spécifiquement les acteurs intéressés par la prévention et la promotion de la santé chez les jeunes d'âge scolaire. Ainsi, plusieurs exposés ont été faits, surtout par les membres de l'équipe École en santé de l'INSPQ et parfois aussi par des représentants du MSSS et du MELS. Ces exposés ont été réalisés dans le cadre de colloques, de congrès ou de réunions d'intervenants préoccupés par la santé des jeunes. D'autres activités de communication ont rejoint des groupes désireux de soumettre leurs interventions aux critères d'efficacité en prévention et promotion en milieu scolaire proposés dans le cadre de l'approche École en santé.

Parmi les mécanismes favorisant la connaissance de l'approche École en santé, on retrouve également la publication biannuelle du bulletin d'information *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*. Cette publication du MSSS et du MELS s'adresse de façon plus spécifique aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et à ceux du réseau de l'éducation. Elle porte essentiellement sur tout ce qui a trait à l'Entente de complémentarité des services entre ces deux réseaux. L'AÉS étant inscrite dans cette entente, ce bulletin fait notamment état du déploiement de l'approche et de certaines initiatives régionales.

Mentionnons enfin qu'un site Web sur l'approche École en santé est en préparation depuis 2005. Des délais administratifs au niveau ministériel retarderaient la mise en ligne du site qui n'était toujours pas en opération à la fin de 2007.

#### **4.2.7. Synthèse de l'analyse documentaire de l'infrastructure de soutien**

Depuis le lancement de l'AÉS, plusieurs stratégies et mécanismes ont été mis en œuvre afin de la faire connaître et favoriser son appropriation par le milieu scolaire et ses partenaires. Les activités de formation et d'accompagnement en constituent le cœur. De 2004 à 2007, l'offre nationale de services a permis à 16 régions administratives de se prévaloir de six types d'ateliers ainsi que d'autres formes d'activités de formation qui ont non seulement augmenté mais évolué au cours de cette période. Cette offre de services est l'œuvre de l'équipe École en santé de l'INSPQ qui développe le matériel nécessaire et propose les activités.

En plus des activités inscrites dans l'offre nationale, l'équipe École en santé a offert du soutien, sur demande, aux répondants de l'approche à travers le Québec. Entre 2005 et 2007, un nombre croissant de régions se sont également prévaluées de services de formation et d'accompagnement offerts par l'un des formateurs de l'équipe École en santé de l'INSPQ, à titre de consultant externe. Différentes activités de communication ont aussi été réalisées afin de favoriser le déploiement de l'approche École en santé.

#### **4.3. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE SUR L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ**

Cette section présente tout d'abord les caractéristiques des participants à l'enquête, leur perception à l'égard des saines habitudes de vie et des autres domaines en promotion de la santé ainsi que l'investissement des écoles dans ces domaines. En second lieu, nous abordons les thèmes principaux de l'enquête, soit la connaissance de l'AÉS, la réceptivité des divers acteurs face à l'approche ainsi que l'intention/décision des écoles de l'adopter. Enfin, nous présentons les résultats sur les relations entre ces thèmes et certaines variables susceptibles de les influencer, selon les écrits sur la diffusion des innovations.

##### **4.3.1. Caractéristiques des participants**

La majorité des participants (59 %) provient des écoles (Tableau 1). Chez les participants qui sont extérieurs aux écoles, 22 % sont du secteur de la santé alors que 16 % sont du secteur de l'éducation. L'échantillon compte aussi 3 % de représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie dans les écoles (Kino Québec et autres).

**Tableau 1. Répartition des participants selon la catégorie d'acteurs**

Catégories de participants	N	%
<b>Participants des écoles</b>		
Directeur d'école	163	24,4
Responsable de la promotion de la santé dans l'école	128	19,2
Parent président du conseil d'établissement	103	15,4
<b>Sous-total</b>	<b>394</b>	<b>59,0</b>
<b>Participants hors écoles</b>		
Répondant régional de l'AÉS (DSP)	16	2,4
Accompagnateur de l'AÉS (CSSS)	71	10,6
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé dans les écoles (CSSS)	62	9,3
Répondant régional de l'AÉS (DRE)	8	1,2
Accompagnateur de l'AÉS (CS)	47	7,0
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé dans les écoles (CS)	50	7,5
Responsable Kino-Québec	13	1,9
Autre représentant d'un programme spécifique en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire	6	0,9
<b>Sous-total</b>	<b>273</b>	<b>41,0</b>
<b>Total</b>	<b>667</b>	<b>100,0</b>

Les participants des écoles proviennent de 190 écoles qui ont été rejointes par l'enquête. Rappelons que ces écoles se répartissent de la façon suivante : 19 % proviennent de régions périphériques, 21 % de régions métropolitaines et 60 % des autres régions (Tableau J1 à l'annexe J). L'échantillon compte à peu près le même nombre d'écoles en milieu rural qu'en milieu urbain (41 % contre 42 %). Les écoles localisées dans un milieu semi-urbain ou semi-rural composent le reste de l'échantillon, soit 17 %. Les écoles qui composent l'échantillon sont majoritairement de niveau préscolaire et primaire (65 %). L'indice de défavorisation<sup>1</sup> des écoles s'élève à 20,5 en moyenne (ET = 7,9) (Tableau J2 à l'annexe J). Sa distribution s'étend de 4,5 à 41,4. La moyenne de l'indice est plus élevée dans les régions périphériques (25,4) que dans les régions métropolitaines (21,6) et les autres régions (18,3).

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. Environ les deux tiers de notre échantillon sont constitués de femmes (68 %). En dehors des représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie qui comptent 63 % d'hommes, les femmes sont plus nombreuses dans toutes les autres catégories de participants.

La grande majorité des participants (84 %) ont complété au moins le baccalauréat. Les résultats concernant le domaine de formation académique montrent que 38 % des participants ont reçu une

<sup>1</sup> L'indice de défavorisation réfère à l'indice de milieu socio-économique (IMSE) de 2004-2005. Avec l'indice de faible revenu, il constitue l'un des deux indices de défavorisation calculés annuellement par le MELIS pour les écoles des 69 commissions scolaires linguistiques. L'IMSE est un indice composite qui utilise la proportion de mères sous-scolarisées (2/3 de l'indice) et la proportion de parents inactifs sur le plan de l'emploi (1/3 de l'indice).

formation en éducation. Viennent ensuite, l'éducation physique (15 %), les sciences infirmières (12 %) et le travail social (11 %). De façon générale, les participants ont une grande expérience en milieu scolaire (15 ans en moyenne).

**Tableau 2. Répartition des participants selon les caractéristiques sociodémographiques**

Caractéristiques sociodémographiques	N	%
<b>Sexe (N = 665)</b>		
Féminin	451	67,8
Masculin	214	32,2
<b>Groupe d'âge (N = 664)</b>		
Moins de 40 ans	172	25,9
40 – 49 ans	283	42,6
50 ans et plus	209	31,5
<b>Niveau d'instruction (N = 661)</b>		
Inférieur au baccalauréat	103	15,6
Baccalauréat et plus	416	62,9
Maîtrise – Doctorat	142	21,5
<b>Formation académique (N = 658)</b>		
Éducation	253	38,4
Sciences infirmières	79	12,1
Éducation physique	96	14,6
Travailleur social	70	10,6
Psychoéducation	24	3,6
Administration/Gestion	20	3,1
Sciences hum. et sociales	31	4,7
Autres	85	12,9
<b>Nombre d'années d'expériences en milieu scolaire (N = 664)</b>		
Moins de 5 ans	124	18,7
5 – 9 ans	122	18,4
10 – 14 ans	91	13,7
15 -19 ans	90	13,6
20 – 24 ans	85	12,8
25 – 29 ans	64	9,6
30 ans et plus	88	13,2
<b>Fonction (N = 667)</b>		
Directeur	170	25,5
Enseignant	71	10,6
Intervenant scolaire non enseignant	51	7,6
Parent président du conseil d'établissement	101	15,1
Gestionnaire (hors école)	132	19,8
<b>Professionnel (hors école)</b>	142	21,3

### 4.3.2. Attitudes, valeurs, préoccupations et priorité accordée aux saines habitudes de vie

#### 4.3.2.1. L'importance accordée aux saines habitudes de vie

La plupart des participants considèrent les saines habitudes de vie comme très importantes dans leur vie de tous les jours pour améliorer ou maintenir leur santé. Au moins trois participants sur quatre accordent une grande ou une très grande importance à une saine alimentation (88 %), à ne pas fumer (87 %), à maintenir un poids santé ou à perdre du poids (78 %) et à gérer ou réduire leur niveau de stress (78 %) (Tableau 3).

**Tableau 3. Répartition des participants selon l'importance accordée aux saines habitudes de vie**

Habitudes	Importance			
	N	Très grande/Grande	Moyenne	Faible/Aucune
		%	%	%
Avoir une saine alimentation	661	88,2	11,2	0,6
Ne pas fumer	662	87,3	3,6	9,1
Maintenir un poids santé ou perdre du poids	662	77,9	18,3	3,8
Gérer le stress ou réduire le niveau de stress	661	77,6	18,5	3,9
Faire de l'activité physique	661	72,8	20,9	6,4
Avoir une consommation modérée d'alcool	660	70,5	18,5	11,1

L'importance accordée aux saines habitudes de vie est la même pour les deux acteurs clés dans les écoles, à savoir le directeur et le responsable en promotion de la santé. Dans plus de 80 % des écoles, le directeur et le responsable en promotion de la santé accordent la même importance à ne pas fumer (84 %) et à une saine alimentation (80 %).

Dans le but de regrouper dans un nombre restreint de facteurs les items portant sur l'importance accordée aux saines habitudes de vie, nous avons réalisée une analyse en composantes principales. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau F1 de l'annexe F. Deux facteurs ont ainsi été identifiés. Le premier correspond à un premier indice que nous désignons « Importance accordée aux saines habitudes de vie »<sup>2</sup>. Il regroupe trois items (activité physique, saine alimentation et poids santé). Un deuxième indice « Importance accordée au comportement responsable à l'égard de substances » réunit deux items (consommation modérée d'alcool et ne pas fumer)(Tableau F8 de l'annexe F).

Le score moyen obtenu à l'indice « Importance accordée aux saines habitudes de vie » ( $M = 12,4$  et  $ET = 1,9$ ) varie significativement selon le sexe ( $F = 4,2$  et  $p < 0,05$ ), la formation académique ( $F = 7,8$  et  $p < 0,001$ ) et la fonction ( $F = 6,9$  et  $p < 0,001$ ). Les femmes ( $M = 12,5$  et  $ET = 1,9$ ) accordent plus d'importance aux saines habitudes de vie que les hommes ( $M = 12,2$  et  $ET = 2,0$ ). Selon la formation

<sup>2</sup> Cet indice correspond à une définition plus restreinte des saines habitudes de vie que celle se rapportant au tableau 3. Elle se limite ici à l'activité physique, à l'alimentation et au maintien d'un poids santé.

académique, ce sont les éducateurs physiques ( $M = 13,4$  et  $ET = 1,6$ ) qui priorisent davantage les saines habitudes de vie, tandis que les travailleurs sociaux constituent la catégorie qui y accorde le moins d'importance ( $M = 11,7$  et  $ET = 2,0$ ). À l'inverse des gestionnaires ( $M = 11,9$  et  $ET = 2,0$ ), les enseignants constituent le groupe qui accorde le plus d'importance aux saines habitudes de vie ( $M = 13,4$  et  $ET = 1,3$ ).

Quant à l'indice « Importance accordée au comportement responsable à l'égard de substances », le score moyen ( $M = 8,3$  et  $ET = 1,9$ ) varie significativement selon le sexe ( $F = 8,0$  et  $p < 0,01$ ) et la formation académique ( $F = 2,6$  et  $p < 0,05$ ). Les femmes ( $M = 8,5$  et  $ET = 1,9$ ) accordent plus d'importance à la non-consommation de substances que les hommes ( $M = 8,0$  et  $ET = 1,8$ ). Selon la formation académique, ce sont les infirmières ( $M = 8,8$  et  $ET = 1,6$ ) qui accordent le plus d'importance à ne pas consommer de substances alors que les participants formés en sciences humaines et sociales constituent le groupe dont le score est le plus faible ( $M = 7,8$  et  $ET = 2,0$ ).

#### 4.3.2.2. *Priorité perçue de différents problèmes chez les élèves*

Les participants de l'école, les accompagnateurs de l'AÉS et les gestionnaires étaient invités à sélectionner, parmi une liste de problèmes sociaux ou de santé, les deux principaux auxquels sont confrontés les élèves au primaire et au secondaire. Le tableau 4 montre que la mauvaise alimentation (52 %), la sédentarité (44 %), le trouble de déficit de l'attention ou l'hyperactivité (40 %) et la violence/taxage/intimidation (34 %) constituent, au primaire, les problèmes qui sont perçus comme étant les plus préoccupants pour les participants. Au secondaire, ce sont : la consommation d'alcool et de drogues (60 %), la mauvaise alimentation (36 %), la violence/taxage/intimidation (34 %) et la sédentarité (31 %). La mauvaise alimentation, la sédentarité et la violence sont donc perçus comme des problèmes majeurs aussi bien au primaire qu'au secondaire.

**Tableau 4. Principaux problèmes sociaux ou de santé chez les élèves selon le niveau scolaire**

Problèmes	Primaire*	Secondaire**
	(N = 480)	(N = 356)
	%	%
Mauvaise alimentation	52,5	36,0
Sédentarité	44,2	30,9
Trouble de déficit de l'attention/Hyperactivité	40,4	so
Violence/taxage/intimidation	34,2	33,7
Stress et problèmes de sommeil	10,4	6,5
Accidents et blessures	5,4	1,1
Consommation d'alcool et de drogues	0,8	60,4
Comportements suicidaires	0,4	4,8
Tabagisme	0,4	7,0
Vandalisme	0,2	0,6
Maladies transmises sexuellement et SIDA	so	3,1

\* Participants des écoles primaires, accompagnateurs AÉS et gestionnaires des CSSS et CS.

\*\* Participants des écoles secondaires, accompagnateurs AÉS et gestionnaires des CSSS et CS.

La sélection des problèmes diffère selon la catégorie de participant considérée. La sédentarité est plus souvent citée par les hommes que par les femmes, aussi bien au primaire (51 % contre 41 %) qu'au secondaire (39 % contre 28 %).

L'identification des problèmes auxquels sont confrontés les élèves est aussi fonction du domaine de formation académique. Au primaire, la sédentarité est plus souvent citée par les participants formés en éducation physique (64 %), alors que ceux ayant suivi une formation en administration ou en gestion soulignent plus la mauvaise alimentation (71 %). Le trouble de déficit de l'attention ou l'hyperactivité retient plus l'attention des personnes diplômées en éducation (50 %). Au secondaire, les maladies sexuellement transmissibles sont surtout mentionnées par des personnes formées en sciences infirmières (14 %) alors qu'elles ne sont pas citées ou ne le sont que très rarement par les autres catégories. C'est aussi le cas pour les comportements suicidaires qui sont identifiées par une proportion plus élevée (14 %) de travailleurs sociaux.

Les résultats ci-dessus montrent que la perception des principaux problèmes sociaux ou de santé auxquels sont confrontés les élèves est influencée par les orientations professionnelles et les champs de compétences spécifiques des participants. L'importance accordée aux saines habitudes de vie et la perception que les participants se font des problèmes majeurs chez les élèves vont se refléter sur leur opinion quant à la contribution que l'école, en tant qu'institution, devrait apporter dans les domaines de la promotion de la santé des élèves.

#### **4.3.3. Attitude face au rôle de l'école en promotion de la santé des élèves**

De façon générale, les participants accordent une grande place à l'école dans la promotion de la santé des élèves. La pratique régulière de l'activité physique, les compétences sociales/comportements pacifiques, l'estime de soi, la prévention du harcèlement/intimidation et la saine alimentation constituent les domaines dans lesquels les participants estiment que la contribution de l'école devrait être la plus importante (Tableau 5).

Il existe une forte concordance entre les différents acteurs en ce qui a trait à l'importance accordée à la contribution de l'école dans les principaux domaines énumérés précédemment, comme l'activité physique. Cependant, il en est différemment pour certains domaines particuliers. Ainsi, les participants de l'école sont plus nombreux que les autres participants à penser que la contribution de l'école devrait être importante ou très importante dans le domaine de la sécurité, comme la prévention des accidents (75 % c. 68 %). À l'inverse, ils sont proportionnellement moins nombreux à accorder une grande ou une très grande importance à la contribution de l'école dans les problématiques telles que le tabagisme (74 % contre 83 %), les comportements responsables à l'égard de l'alcool et des drogues (70 % contre 83 %), la capacité à gérer le stress et à relaxer (63 % contre 79 %) et les comportements responsables en matière de sexualité (65 % contre 78 %).

**Tableau 5. Répartition des participants selon l'importance accordée à la contribution de l'école dans les domaines suivants**

Contribution	N	Très importante/ Importante %	Moyennement importante %	Peu importante/Nulle %
Pratique régulière de l'activité physique	664	97,6	2,4	-
Compétences sociales/comportements pacifiques	662	95,8	4,2	-
Estime de soi/soutien social	662	95,0	4,8	0,2
Prévention du harcèlement/intimidation	663	93,5	5,3	1,2
Saine alimentation	663	90,8	8,6	0,6
Prévention du tabagisme	662	78,9	16,8	4,4
Comportements responsables à l'égard de l'alcool et des drogues	662	77,3	18,9	3,8
Capacité à gérer le stress et à relaxer	661	72,5	25,3	2,3
Comportements responsables en matière de sexualité	660	72,0	24,5	3,5
Sécurité	659	71,9	25,5	2,6

Ces divergences quant à la contribution de l'école dans les différents domaines de promotion de la santé des élèves sont également observables quand on compare les directeurs avec les responsables en promotion de la santé et les parents présidents de conseil d'établissement. Dans les écoles où les trois ont retourné leur questionnaire (n = 66), la proportion d'écoles dans lesquelles la perception de la contribution de l'école est la même pour tous les participants atteint 82 % pour la saine alimentation mais n'est que de 49 % pour la capacité à gérer le stress et à relaxer.

#### **4.3.4. Implication des participants dans des programmes de promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire**

Étant donné que la connaissance, la réceptivité face à l'approche École en santé et son adoption par les écoles peuvent être influencées par l'implication des participants dans d'autres initiatives semblables ou concurrentielles, nous avons demandé aux participants de nous indiquer les programmes dans lesquels ils avaient déjà été impliqués (Tableau 6). Le programme « École en forme et en santé » constitue, de loin, celui qui a rejoint la plus forte proportion de personnes. Il est suivi par les programmes tels que « École verte Brundtland », « La Gang allumée » et « Iso-actif ». Cependant, pour les participants du secteur de la santé (participants de la DSP, accompagnateurs et gestionnaires des CSSS), la « Gang allumée » vient au premier rang.

**Tableau 6. Répartition des participants selon les approches ou programmes dans lesquels ils ont déjà été impliqués**

Approches ou programmes	N	%
École en forme et en santé	667	63,7
École verte Brundtland	667	34,2
La Gang allumée	667	33,7
Iso-actif	667	31,3
Stratégie Agir autrement	667	25,6
Québec en forme	667	22,5
École – famille – communauté	667	16,3
Autre	667	15,0

La plupart des participants (92 %) ont déjà été impliqués dans au moins un des programmes listés. Ce sont les accompagnateurs de l'approche École en santé des CSSS qui comptent le plus de personnes n'ayant jamais été impliqués dans de tels programmes (20 %). Les programmes étant pour la plupart destinés au milieu scolaire, il n'est pas étonnant que 96 % des directeurs d'écoles aient déjà été impliqués dans au moins l'un d'entre eux.

#### **4.3.5. La connaissance de l'approche École en santé**

La connaissance de l'AÉS constitue l'une des trois variables dépendantes de notre étude. Les résultats obtenus montrent que la très grande majorité des participants (81 %) a déjà entendu parler de l'approche École en santé (Tableau 7). En fait, tous les participants des instances régionales et territoriales ont déclaré avoir déjà entendu parler de l'AÉS. C'est uniquement au niveau des écoles que l'on compte des participants n'ayant jamais entendu parler de l'approche. Alors que quatre directeurs d'écoles sur cinq (81 %) connaissent l'AÉS, cette proportion est de 67 % chez les responsables en promotion de la santé dans l'école et seulement de 45 % chez les parents présidents du conseil d'établissement.

##### *4.3.5.1. Le degré de connaissance de l'approche*

Les participants se répartissent en quatre groupes selon leur niveau de connaissance de l'approche : aucun, superficiel, bon et très bon. Le premier groupe est constitué des participants qui n'ont *aucune connaissance*, c'est-à-dire ceux qui n'ont jamais entendu parler de l'approche École en santé. Les participants qui ont une *connaissance superficielle* sont ceux qui ont déjà entendu parler de l'approche mais qui « ne la connaissent pas vraiment » ou qui en connaissent seulement les grands principes et les caractéristiques générales. Ceux qui connaissent bien les composantes spécifiques ainsi que la démarche proposée pour l'implanter ou encore qui la connaissent bien et qui sont actuellement impliqués dans son déploiement sont considérés comme ayant une *bonne connaissance* de l'approche. Enfin, une *très bonne connaissance* de l'approche consiste à avoir « tout à fait une bonne vision » de la façon dont l'approche pourrait être intégrée dans le fonctionnement de l'école.

**Tableau 7. Répartition des participants selon le niveau de connaissance de l'approche École en santé**

Participants	N	Niveaux de connaissance			
		Très bon	Bon	Superficiel	Aucun
		%	%	%	%
Directeur d'école	161	27,3	8,1	46,0	18,6
Responsable de la promotion de la santé dans l'école	121	19,8	9,9	37,2	33,1
Parent président du conseil d'établissement	103	7,8	2,9	34,0	55,3
Répondants régionaux de l'approche École en santé (DSP et DRE)	23	87,0	4,3	8,7	-
Accompagnateur de l'approche École en santé (CS)	47	72,3	23,4	4,3	-
Accompagnateur de l'approche École en santé (CSSS)	71	71,8	22,5	5,6	-
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CS)	50	74,0	16,0	10,0	-
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CSSS)	62	54,8	27,4	17,7	-
Représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie	19	52,6	21,1	26,3	-
<b>Total</b>	<b>657*</b>	<b>39,9</b>	<b>12,9</b>	<b>27,9</b>	<b>19,3</b>

\* 10 manquants.

Les participants qui ont une « très bonne » connaissance de l'approche représentent 40 % de notre échantillon global. Les répondants régionaux de l'AÉS sont ceux qui rapportent le plus fort pourcentage de participants qui disent en avoir une très bonne connaissance (87 %), suivis par les gestionnaires en promotion de la santé et prévention des CS (74 %) et les accompagnateurs de l'approche École en santé des CS (72 %) et des CSSS (72 %). Ce portrait reflète le déploiement en cascade de l'AÉS, du central vers le local, et confirme le rôle de soutien que ces acteurs jouent dans le déploiement de l'approche. Les participants de l'école se caractérisent par le niveau de connaissance le plus bas avec moins d'un participant sur cinq qui en a une très bonne connaissance. Parmi eux, ce sont les directeurs qui sont les plus nombreux à avoir une très bonne connaissance de l'approche (27 % contre 20 % pour les responsables en promotion de la santé et seulement 8 % pour les parents présidents de conseil d'établissement).

La plupart des personnes connaissant l'approche École en santé en ont entendu parler pour la première fois depuis plus de deux ans avant l'enquête (44 %). Pour les autres, la connaissance remonte entre un et deux ans (31 %), entre 6 mois et un an (18 %) et à moins de 6 mois (8 %) avant l'enquête.

#### 4.3.5.2. *Les différents canaux de communication à travers lesquels les participants ont connu l'approche École en santé*

Le guide *École en santé* diffusé dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans celui de l'éducation constitue un outil privilégié d'information sur l'approche. Parmi les participants qui ont pris part à l'enquête et qui connaissent l'approche au moins superficiellement, 94 % d'entre eux connaissent ce guide. Pour les participants de l'école, ce pourcentage est de 89 % chez les directeurs, 88 % chez les responsables de la promotion de la santé et 64 % chez les parents présidents du conseil d'établissement connaissant l'approche École en santé. La plupart des participants (89 %) qui ont pris connaissance du guide l'ont lu en partie ou entièrement. Dans les écoles, 77 % des directeurs, 60 % des responsables en promotion de la santé et 56 % des parents ont lu le guide. Cependant, la majorité des participants de l'école ayant lu le guide ne l'ont lu qu'en partie (59 % des directeurs, 68 % des responsables en promotion de la santé et 67 % des parents présidents de conseil d'établissement). De l'avis des participants de l'école (91 %), le guide est « assez » ou « très clair et compréhensible » pour les enseignants et professionnels de l'école. Les résultats montrent une association entre le niveau de connaissance de l'approche et le fait d'avoir lu le guide. En effet, 80 % des participants qui ont lu entièrement le guide ont une très bonne connaissance de l'approche, contre 46 % pour ceux qui l'ont lu en partie et seulement 17 % pour ceux qui n'ont pas lu le guide ou qui ne le connaissent pas. Outre le guide *École en santé*, les participants ont entendu parler de l'approche de diverses façons (Tableau 8).

**Tableau 8. Principaux canaux de communication par lesquels les participants ont entendu parler de l'approche école en santé (participants de l'école connaissant l'AÉS)**

Canaux de communication	Participants Écoles (n = 181)	Participants hors écoles (n = 271)	Total (n = 452)
	%	%	%
<b>Rencontres portant sur l'approche</b>	<b>86,2</b>	<b>97,8</b>	<b>93,1</b>
Atelier/session de formation	61,3	88,2	77,4
Présentation dans mon organisation	65,2	63,5	64,2
Réunion ou activités avec d'autres partenaires du milieu	48,1	66,8	59,3
Colloque provincial ou régional	19,3	43,2	33,6
<b>Documentation écrite</b>	<b>42,5</b>	<b>72,7</b>	<b>60,6</b>
Document du gouvernement	29,8	61,6	48,9
Rapport ou article de revue en éducation ou en santé	24,3	38,4	32,7
Bulletin d'informations sur l'Entente de complémentarité	9,4	47,2	32,1
<b>Bouche à oreille dans l'entourage immédiat</b>	<b>50,8</b>	<b>27,3</b>	<b>19,7</b>
Un directeur d'école	43,6	14,8	26,3
Membre de l'équipe-école	22,1	15,8*	21,5
Quelqu'un d'autre de ma communauté	2,8	7,7	5,8
Un parent	2,2	1,8	2,0
<b>Internet</b>	<b>8,3</b>	<b>27,3</b>	<b>19,7</b>
Site Web du MELSS	7,2	18,5	13,9
Site Web du MSSS	3,3	17,7	11,9
Un autre site web	1,1	5,5	3,8
<b>Médias</b>	<b>9,9</b>	<b>7,7</b>	<b>8,6</b>

\* Représentants de programmes au niveau des saines habitudes de vie uniquement.

Les sources d'information sur l'approche École en santé peuvent être regroupées en cinq grandes catégories. Les rencontres portant sur l'approche (atelier/session de formation, présentation dans les organisations, réunion ou activités avec d'autres partenaires du milieu et colloque provincial ou régional) constituent la source la plus importante (86 % des participants de l'école et 98 % pour les autres participants connaissant l'approche). La documentation écrite (document du gouvernement, rapport ou article de revue en éducation ou en santé et le bulletin d'informations sur l'Entente de complémentarité MSSS-MELSS) a permis à 61 % d'entre eux de s'informer sur l'approche École en santé (42 % des participants de l'école contre 73 % pour les autres). Le bouche à oreille dans l'entourage immédiat (directeur d'école, parent, membre de la communauté) constitue aussi une source d'information importante (49 %). Il s'agit d'une source surtout utilisée par les participants de l'école (51 % contre 37 %). L'internet (site Web du MSSS, site Web du MELSS et autre site) a servi de source d'information à 20 % des participants connaissant l'approche. Son utilisation est toutefois moindre pour les participants de l'école. Seulement 8 % d'entre eux ont entendu parler de l'approche École en santé par ce biais, contre 27 % chez les autres participants. Les médias (journaux, magazines, radio, télé) constituent la source la moins importante pour les participants. Seulement 9 % d'entre eux

ont entendu parler de l'approche École en santé par ce moyen (10 % pour les participants de l'école contre 8 % pour les autres).

Nos résultats montrent que le niveau de connaissance de l'approche École en santé augmente en fonction du nombre de sources d'information. Les participants connaissant superficiellement l'approche en ont entendu parler par 4 sources, en moyenne, contre 5 pour ceux qui en ont une très bonne connaissance. Il est difficile de mesurer l'influence d'un moyen sur le niveau de connaissance dans la mesure où plusieurs participants ont été informés par divers canaux. On peut toutefois comparer le niveau de connaissance des personnes ayant entendu parler de l'approche École en santé par un moyen donné avec celui des personnes qui n'ont pas eu recours à ce moyen. Les participants ayant entendu parler de l'AÉS par le biais de sites Web sont plus nombreux à en avoir une très bonne connaissance que ceux qui n'ont pas utilisé ce moyen (73 % contre 54 %). Il en est de même pour les publications écrites (64 % contre 43 %) et les rencontres portant sur l'approche (60 % contre 38 %). Les participants qui ont entendu parler de l'approche École en santé par l'intermédiaire de l'entourage immédiat sont moins nombreux à avoir une très bonne connaissance (49 %) que ceux qui n'ont pas été informés par ce biais (62 %).

#### **4.3.6. Les facteurs qui influencent le niveau de connaissance de l'AÉS**

En plus des caractéristiques sociodémographiques, de l'importance accordée aux saines habitudes de vie et de l'implication dans des programmes de saines habitudes de vie, l'étude s'est intéressée à la propension à l'innovation dans l'école comme influence possible du niveau de connaissance de l'approche École en santé.

##### *4.3.6.1. La propension à l'innovation dans l'école*

Les participants de l'école (le directeur, le responsable en promotion de la santé et le parent président du conseil d'établissement) étaient invités à évaluer la propension à l'innovation de leur école, sur une échelle de Likert de 5 points allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord ». Le détail des ces items est présenté au tableau F2 à l'annexe F. En combinant les réponses à ces items, un indice de la propension à l'innovation a été calculé pour chacun des participants de l'école (Tableau F8 à l'annexe G).

##### *4.3.6.2. Analyse des prédicteurs de la connaissance de l'approche École en santé.*

Notre analyse des prédicteurs de la connaissance de l'AÉS se limite aux participants des écoles (directeur, responsable en promotion de la santé et parent président du conseil d'établissement) étant donné que tous les participants hors des écoles ont déjà entendu parler de l'approche École en santé et que près de 9 participants sur 10 (89 %) en ont une bonne connaissance. Une analyse bivariée a d'abord été menée pour identifier les facteurs associés au niveau de connaissance de l'approche École en santé (Tableaux 9 et 10). Ces facteurs ont par la suite été retenus dans l'analyse multivariée. L'analyse de variance (ANOVA) à un seul facteur, pour les variables continues, et le khi-carré, pour les variables nominales, ont été utilisés pour identifier les facteurs qui sont associés au niveau de connaissance de l'approche École en santé chez les participants de l'école.

Nos résultats montrent que les participants qui ont une très bonne connaissance de l'AÉS ont été impliqués dans plus de programmes en milieu scolaire et sont dans des écoles qui ont une plus grande

propension à innover que ceux qui n'en ont jamais entendu parler. De plus, ils ont une plus grande expérience en milieu scolaire. Un test post hoc (Scheffé) montre cependant que, comparés deux à deux, seuls les participants de l'école n'ayant jamais entendu parler de l'approche École en santé et ceux qui en ont très bonne connaissance se différencient significativement selon le nombre de programmes ( $p < 0,05$ ), la propension à innover ( $p < 0,05$ ) et le nombre d'années d'expérience en milieu scolaire ( $p < 0,005$ ).

**Tableau 9. Relations entre le degré de connaissance de l'approche École en santé et certaines variables continues (participants de l'école)**

Variables	Niveau de connaissance	N	Moyenne	Écart-type	F	P
Indice de l'importance accordée aux saines habitudes de vie (3 - 15)	Très bon	75	12,6	2,1	1,8	0,149
	Bon	28	13,2	1,6		
	Superficiel	153	12,4	2,0		
	Aucun	126	12,3	1,8		
	Total	382	12,5	1,9		
Indice de l'importance accordée aux comportements responsables à l'égard de substances (2 - 10)	Très bon	74	8,6	1,9	1,1	0,341
	Bon	28	9,0	1,0		
	Superficiel	152	8,3	1,9		
	Aucun	125	8,4	1,6		
	Total	385	8,5	1,8		
Nombre de programmes dans lesquels les participants ont déjà été impliqués	Très bon	76	2,6	1,3	3,8	<b>0,011</b>
	Bon	28	2,6	1,1		
	Superficiel	154	2,4	1,4		
	Aucun	127	2,0	1,2		
	Total	385	2,3	1,3		
Indice de propension à innover dans l'école (5 - 25)	Très bon	67	19,7	2,4	2,3	<b>0,008</b>
	Bon	25	18,8	3,2		
	Superficiel	116	18,7	3,3		
	Aucun	70	18,3	3,3		
	Total	278	18,8	3,1		
Âge	Très bon	76	44,6	9,0	2,5	0,058
	Bon	28	47,0	7,0		
	Superficiel	154	44,0	9,1		
	Aucun	126	42,5	7,8		
	Total	384	43,8	8,6		
Années d'expérience en milieu scolaire	Très bon	76	17,9	10,2	5,8	<b>0,001</b>
	Bon	28	16,4	8,0		
	Superficiel	153	15,5	10,7		
	Aucun	126	12,1	9,9		
	Total	383	14,9	10,4		

Les résultats se rapportant aux variables nominales révèlent aussi des différences significatives entre les niveaux de connaissance de l'approche selon le niveau de scolarité complété ( $X^2 = 17,0$ ;  $p < 0,01$ ), le domaine de formation académique ( $X^2 = 55,6$ ;  $p < 0,001$ ) et la fonction dans l'école ( $X^2 = 72,0$ ;  $p < 0,001$ ) (Tableau 10). Plus le niveau d'instruction augmente et meilleure est la connaissance de l'approche. En ce qui concerne le domaine de formation académique, ce sont les personnes ayant reçu une formation en sciences infirmières ou en éducation qui présentent le plus fort pourcentage de personnes ayant une bonne ou très bonne connaissance de l'approche École en santé. Les participants de l'école formés en administration ou en gestion (73 % d'entre eux sont des parents présidents de conseil d'établissement) et en éducation physique (66 % d'entre eux sont des responsables en promotion de la santé) sont ceux qui connaissent moins bien l'approche.

**Tableau 10. Relations entre le niveau de connaissance de l'approche École en santé et les variables indépendantes nominales (participants de l'école)**

Variables	N	Niveaux de connaissance			
		Très bon %	Bon %	Superficiel %	Aucun %
<b>Sexe<sup>c</sup></b>					
Féminin	248	20,6	6,5	39,9	33,1
Masculin	136	18,4	8,8	40,4	32,4
<b>Niveau d'instruction<sup>b</sup></b>					
Inférieur au baccalauréat	80	11,3	5,0	35,0	48,8
Baccalauréat et supérieur au bac.	244	19,7	7,4	43,0	29,9
Maîtrise - Doctorat	57	29,8	10,5	36,8	22,8
<b>Formation académique*<sup>a</sup></b>					
Éducation	172	25,6	7,0	43,0	24,4
Sciences infirmières	33	27,3	21,2	45,5	6,1
Éducation physique	74	17,6	8,1	37,8	36,5
Administration/Gestion	15	6,7	6,7	33,3	53,3
<b>Fonction<sup>a</sup></b>					
Directeur	168	27,4	8,3	44,6	19,6
Enseignant	66	13,6	3,0	33,3	50,0
Intervenant scolaire. non-enseignant	49	26,5	18,4	46,9	8,2
Parent du conseil d'établissement	101	7,9	3,0	33,7	55,4

\* En raison d'effectifs trop faibles, les autres formations académiques n'ont pas été prises en compte.

<sup>a</sup>  $p < 0,001$ .

<sup>b</sup>  $p < 0,05$ .

<sup>c</sup>  $p$  non significatif.

Les résultats des analyses bivariées montrent que les différences significatives apparaissent surtout au niveau des deux groupes extrêmes : les participants n'ayant jamais entendu parler de l'approche École en santé ( $n = 127$ ) et ceux qui en ont une très bonne connaissance ( $n = 76$ ). Pour déterminer les facteurs qui influencent le plus le niveau de connaissance de l'approche École en santé, une analyse

multivariée a été menée en ne prenant en compte que ces deux groupes. La régression logistique ascendante pas-à-pas (rapport de vraisemblance) exprimée en rapport de cotes (RC) et d'intervalle de confiance (IC) à 95 % a été utilisée.

Les résultats de l'analyse multivariée révèlent que les facteurs qui influencent le plus le niveau de connaissance de l'approche École en santé sont le nombre de programmes dans lesquels le participant a déjà été impliqué (RC = 1,4 et IC 95 % = 1,03 – 1,93) et la propension à l'innovation dans l'école (RC = 1,1 et IC 95 % = 1,01 – 1,29).

**Tableau 11. Facteurs les plus déterminants du niveau de connaissance de l'approche École en santé**

Variables	RC	IC 95 %
Nombre de programmes	1,4	1,03 – 1,93
Propension à l'innovation	1,1	1,01 – 1,29

#### 4.3.7. La réceptivité face à l'approche école en santé

L'enquête s'est intéressée au degré de réceptivité face à l'approche École en santé chez les participants de l'école, leurs partenaires des instances régionales et territoriales en éducation et en santé (gestionnaires, répondants et accompagnateurs de l'AÉS) et chez les représentants de programmes intervenant au niveau des saines habitudes de vie. Nous avons ainsi demandé aux participants connaissant au moins superficiellement l'approche d'indiquer leur degré de réceptivité à partir d'une échelle de Likert de 5 points, allant de « pas du tout » à « très » réceptif. Aucun des participants n'a déclaré être « pas du tout » ou « peu » réceptif face à l'approche (Tableau 12). Globalement, la plupart des participants (94 %) se considèrent comme étant « plutôt » ou « très » réceptifs face à l'approche École en santé.

**Tableau 12. Répartition des participants selon le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et selon la catégorie de participants**

Participants	N	Degré de réceptivité		
		Très %	Plutôt %	Moyennement %
Directeur d'école	92	52,2	35,9	12,0
Responsable de la promotion de la santé dans l'école	58	62,1	29,3	8,6
Parent président du conseil d'établissement	24	62,5	33,3	4,2
Répondants régionaux de l'approche École en santé (DSP et DRE)	23	82,6	17,4	-
Accompagnateur de l'approche École en santé (CS)	47	78,7	17,0	4,3
Accompagnateur de l'approche École en santé (CSSL)	71	78,9	19,7	1,4
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CS)	50	72,0	22,0	6,0
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CSSL)	60	83,3	13,3	3,3
Représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie	19	47,4	36,8	15,8
<b>Total</b>	<b>444*</b>	<b>68,9</b>	<b>24,8</b>	<b>6,3</b>

\* 8 manquants.

Les répondants régionaux de l'approche École en santé des DRE et des DSP et les gestionnaires de la prévention et promotion de la santé des CSSS sont ceux qui se montrent les plus réceptifs face à l'approche École en santé. Viennent ensuite les accompagnateurs de l'approche dans les CS et les CSSS et enfin les gestionnaires de la prévention et promotion de la santé des CS.

Les participants de l'école comptent une plus faible proportion de personnes se déclarant très réceptives, soit 57 %. Les représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie obtiennent le plus faible pourcentage (47 %) de participants qui se déclarent très réceptifs face à l'approche École en santé. Cela étant dit, la réceptivité est tout de même élevée si l'on considère que 90 % des participants de l'école et 84 % des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie se disent « plutôt » ou « très » réceptifs face à l'approche.

#### *4.3.7.1. Les facteurs qui influencent le niveau de réceptivité face à l'AÉS*

Nous avons analysé les relations entre la réceptivité face à l'approche École et plusieurs facteurs susceptibles de l'influencer. En plus des facteurs retenus pour le niveau de connaissance, d'autres, tels que l'implication des élèves dans les décisions de l'école, la popularité perçue de l'approche parmi les pairs, l'efficacité personnelle perçue concernant le travail conjoint et les attributs perçus de l'approche École en santé et de son contexte ont été considérés dans l'analyse. Avant de présenter ces résultats, nous décrirons les composantes de ces facteurs. Notons que les questions s'y rapportant ont été adaptées en fonction de la catégorie de participants. Dans ces conditions, une analyse séparée a été effectuée pour chaque catégorie de participants : 1- les écoles (directeurs, responsables en promotion de la santé et parents présidents de conseil d'établissement); 2- les personnes impliquées dans le déploiement (répondants de l'AÉS dans les DRE et les DSP et accompagnateurs de l'approche dans les CSSS et les CS); et 3- les gestionnaires de la prévention/promotion de la santé (CSSS et CS). Mentionnons que pour les analyses bivariées et multivariées, les représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie n'ont pas été pris en compte, vu leur faible effectif (n = 19).

##### Implication des élèves dans les décisions de l'école

A partir de deux énoncés du questionnaire (Annexe G), les participants de l'école devaient évaluer, sur une échelle de Likert de 5 points allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord », l'implication des élèves dans les décisions de leur école. Un indice portant sur la perception de l'implication des élèves dans les décisions de l'école a été calculé en se basant sur deux items (Tableau F8 à l'annexe F). Cet indice obtient une consistance interne acceptable ( $\alpha = 0,69$ ), avec des scores s'étendant de 2 à 10. L'indice de l'implication des élèves dans les décisions de l'école ( $M = 6,5$  et  $ET = 2,1$ ) varie significativement selon la fonction des participants ( $F = 4,0$  et  $p < 0,05$ ). Ainsi, les directeurs (6,7) et les intervenants scolaires non enseignants (6,4) estiment plus fréquemment que les élèves sont impliqués dans les décisions de leur école, que ne le font les enseignants (5,9). La perception de l'implication des élèves dans les décisions de l'école varie positivement selon le nombre d'années d'expérience en milieu scolaire ( $r = 0,2$  et  $p < 0,05$ ).

##### Popularité perçue de l'AÉS parmi les pairs

Pour documenter la popularité de l'approche École en santé dans l'entourage immédiat des participants de l'école, ceux-ci étaient invités à évaluer, sur une échelle de Likert de 5 points, leur perception du degré de réceptivité des membres de leur école tels que les enseignants, les

professionnels non enseignants, les membres du conseil d'établissement et la direction, face à l'approche École en santé. Globalement, 55 % des participants des écoles estiment que les enseignants de leur école sont « plutôt » ou « très » réceptifs face à l'AÉS, alors que cette estimation est de 67 % pour les professionnels non-enseignants de leur école et de 79 % chez les membres du conseil d'établissement. Par ailleurs, près de quatre responsables de la promotion de la santé sur cinq (79 %) considèrent la direction de leur école comme « plutôt » ou « très » réceptive face à l'approche École en santé. Un indice de popularité perçue parmi les pairs, dont l'étendue varie de 4 à 20, a été calculé pour chacun des participants de l'école en combinant les réponses à ces items (Tableau F8 à l'annexe F).

Pour les répondants régionaux et les accompagnateurs impliqués dans le déploiement de l'approche, la popularité perçue parmi les pairs a été mesurée à partir d'une seule question. Il leur était demandé d'évaluer le degré de réceptivité des gestionnaires des CS face à l'approche École en santé. Pour eux, l'indice de popularité parmi les pairs varie de 1 à 5 ( $M = 3,7$  et  $ET = 1,0$ ).

Pour les gestionnaires, il leur a été demandé d'évaluer le degré de réceptivité face à l'AÉS des professionnels de leur organisation (CS ou CSSS) et des autres gestionnaires du même type d'organisation dans leur région. L'indice de popularité perçue parmi les pairs pour ce groupe de participants s'étend de 2 à 10, avec une moyenne de 7,6 ( $ET = 1,4$ ). Il a une consistance interne acceptable ( $\alpha = 0,69$ ). De façon générale, les gestionnaires des CSSS considèrent leurs pairs comme étant plus réceptifs que les gestionnaires des CS. Le score de popularité perçue auprès des pairs s'élève à 8,0 ( $ET = 1,2$ ) pour les premiers contre 7,1 ( $ET = 1,5$ ) pour les seconds.

#### Efficacité personnelle perçue

En tant que mesure fondée sur la concertation, l'AÉS requiert également que les acteurs visés par la mise en œuvre de l'approche se sentent capables de travailler avec les autres partenaires à la mise en place de l'approche. Pour répondre à cette question, l'enquête s'est intéressée à l'efficacité personnelle perçue des participants au regard de cette compétence à travailler en concertation avec les autres partenaires, à partir de trois items (deux pour les gestionnaires). La formulation des items a été adaptée pour les deux différentes catégories de participants (ceux des écoles, ceux impliqués dans le déploiement et les gestionnaires de la prévention/promotion de la santé). Toutefois, les items ont tous trait à la perception du participant relativement à sa capacité de travailler avec les autres acteurs à la mise en place de l'AÉS. Le détail de ces items est présenté à l'annexe E. Un indice composé a été créé pour mesurer cette dimension en combinant les réponses à ces items (Tableau F8 à l'annexe F).

#### Les attributs perçus de l'approche École en santé et de son contexte

Pour mesurer la perception des participants à l'égard de l'approche École en santé, 30 items composant une échelle de Likert de 5 points, allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord », ont été retenus. Certains items, qui ont été inversés dans le but d'éviter le biais d'acquiescement, ont été recodés avant le début des analyses. Se basant sur les écrits portant sur la diffusion, ces 30 items se rapportent à huit attributs perçus de l'approche et de son contexte, comme le montre l'encadré à l'annexe E.

Une analyse en composantes principales (ACP) avec rotation Varimax a été menée pour épurer ces items et les regrouper dans un nombre plus restreint de composantes. Après épuration, 16 des 30 items ont été retenus pour chaque catégorie de participants. Les résultats obtenus font sens avec la

classification opérée à priori bien que le nombre de composantes soient plus restreint. Certains attributs retenus dans la classification à priori ont disparu tandis que d'autres ont été amalgamées avec d'autres dimensions.

Pour les participants de l'école, les résultats de l'ACP regroupent les items en deux attributs perçus relativement à l'approche (les bénéfices anticipés et les avantages relatifs) et en deux attributs liés à son contexte (la capacité collective du milieu scolaire au regard de l'implantation de l'AÉS et les contraintes dans l'environnement) (Tableau F3 à l'annexe F). Ces attributs ne varient pas en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Pour les répondants régionaux et les accompagnateurs de l'AÉS, quatre composantes ont été aussi révélées par l'ACP. Comme pour les participants de l'école, ces composantes se rapportent à deux attributs perçus de l'approche et à deux attributs perçus du contexte. Hormis la capacité collective du milieu scolaire au regard de l'implantation de l'AÉS, les attributs révélés par l'ACP diffèrent quelque peu. Les bénéfices/avantages et l'adaptation possible de l'AÉS constituent les attributs perçus de l'approche alors que la capacité collective et la complexité/contraintes réfèrent aux attributs perçus du contexte. Les bénéfices/avantages, la capacité collective et la complexité/contraintes ne varient pas significativement selon les caractéristiques sociodémographiques. Seule l'adaptation varie selon la formation académique ( $F = 2,7$  et  $p < 0,05$ ) et la fonction du participant ( $F = 4,4$  et  $p < 0,05$ ) (Tableau F4 à l'annexe F).

Enfin, les analyses en composantes principales pour le groupe des gestionnaires ont donné des résultats similaires à ceux des répondants régionaux et accompagnateurs de l'AÉS (Tableau F5 à l'annexe F).

#### **4.3.8. Analyse des prédicteurs de la réceptivité face à l'approche École en santé**

L'analyse des prédicteurs de la réceptivité face à l'approche École a été menée en deux étapes. Une analyse bivariée, utilisant la corrélation de Pearson et l'ANOVA à un facteur, respectivement pour les variables continues et les variables nominales, a permis dans un premier temps d'identifier les facteurs qui y étaient associés. Dans un deuxième temps, les facteurs issus de l'analyse bivariée ont été soumis à une régression multiple, pas-à-pas, pour identifier ceux ayant le plus grand pouvoir de prédiction.

Le test de corrélation linéaire montre que, pour toutes les catégories de participants, les facteurs les plus fortement associés au degré de réceptivité face à l'approche sont les attributs perçus de l'AÉS et de son contexte, l'efficacité personnelle perçue et la popularité perçue parmi les pairs (Tableau 13).

**Tableau 13. Corrélations entre le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et les variables indépendantes continues**

Variables indépendantes	Participants de l'école		Participants impliqués dans le déploiement		Gestionnaires	
	r	p	r	p	r	p
Âge	0,0	0,910	-0,1	0,909	0,1	0,433
Années d'expérience en milieu scolaire	-0,1	0,478	-0,1	0,121	0,0	0,675
Efficacité personnelle perçue	0,4	<b>0,000</b>	0,2	<b>0,012</b>	0,3	<b>0,002</b>
Popularité perçue parmi les pairs	0,6	<b>0,000</b>	0,2	<b>0,017</b>	0,5	<b>0,000</b>
Indice de l'importance accordée aux saines habitudes de vie	0,1	0,096	0,2	0,817	0,2	0,088
Indice de l'importance accordée au comportement responsable à l'égard de substances	0,1	0,473	-0,1	0,703	0,1	0,441
Nombre de programmes dans lesquels les participants ont déjà été impliqués	0,1	0,478	0,1	0,093	0,1	0,404
Propension à innover dans l'école	0,1	0,420	-	-	-	-
Indice de l'implication des élèves dans les décisions de l'école (école)	0,1	0,928	-	-	-	-
<b>Attributs de l'approche</b>						
Avantages relatifs	0,4	<b>0,000</b>	-	-	-	-
Bénéfices anticipés	0,6	<b>0,000</b>	-	-	-	-
Bénéfices et avantages	-	-	0,6	<b>0,000</b>	0,7	<b>0,000</b>
Adaptation	-	-	0,3	<b>0,000</b>	0,4	<b>0,000</b>
<b>Attributs du contexte</b>						
Capacité collective	0,4	<b>0,000</b>	0,3	<b>0,002</b>	0,4	<b>0,000</b>
Contraintes dans l'environnement	-0,6	<b>0,000</b>	-	-	-	-
Complexité/contraintes	-	-	-0,4	<b>0,000</b>	-0,5	<b>0,000</b>

Par ailleurs, le test de l'ANOVA montre que le niveau de connaissance est le seul facteur associé au degré de réceptivité pour les participants de l'école ( $F = 12,2$  et  $p < 0,001$ ) et pour ceux impliqués dans le déploiement face à l'approche École en santé ( $F = 7,1$  et  $p < 0,005$ ) (Tableau 14). Plus la connaissance de l'approche est élevée, plus les répondants y sont réceptifs. Pour le groupe des gestionnaires, en plus du niveau de connaissance de l'approche ( $F = 4,0$  et  $p < 0,05$ ), le sexe ( $F = 4,2$  et  $p < 0,05$ ) et le niveau de scolarité ( $F = 6,6$  et  $p < 0,05$ ) ont une influence sur leur degré de réceptivité ( $F = 4,0$  et  $p < 0,05$ ).

**Tableau 14. Relations entre le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et les variables indépendantes nominales**

Variables	Participants écoles		Participants impliqués		Gestionnaires	
	N	M (ET)	N	M (ET)	N	M (ET)
<b>Niveau de connaissance</b>		a		a		b
Superficielle	71	4,2 (0,7)	8	ef	15	4,5 (0,52)
Bonne	27	4,4 (0,6)	36	4,7 (0,6)	29	4,6 (0,7)
Très bonne	16	4,7 (0,6)	97	4,8 (0,4)	66	4,8 (0,4)
<b>Sexe</b>		c		c		b
Féminin	112	4,5 (0,7)	103	4,8 (0,5)	86	4,8 (0,5)
Masculin	62	4,5 (0,7)	38	4,7 (0,5)	24	4,5 (0,6)
<b>Niveau d'instruction</b>		c		c		b
Baccalauréat et sup, bac,	139	4,5 (0,6)	88	4,8 (0,4)	63	4,8 (0,4)
Maîtrise - Doctorat	33	4,4 (0,7)	34	4,7 (0,6)	45	4,6 (0,7)
<b>Formation académique*</b>		c		c		c
Éducation	90	4,4 (0,7)	35	4,8 (0,5)	43	4,7 (0,6)
Sciences infirmières	25	4,5 (0,8)	22	4,9 (0,3)	23	4,9 (0,3)
Éducation physique	33	4,4 (0,7)	9	ef	0	ef
Travail social	3	ef	32	4,6 (0,5)	36	4,8 (0,5)
<b>Fonction**</b>		c		so		so
Directeur	95	4,4 (0,7)	so	so	so	so
Enseignant	22	4,6 (0,6)	so	so	so	so
Intervenant scolaire	33	4,4 (0,6)	so	so	so	so
Parent président du CE	24	4,6 (0,6)				
<b>Secteur***</b>		so		c		c
Santé	so	so	87	4,8 (0,4)	60	4,8 (0,5)
Éducation	so	so	54	4,7 (0,5)	50	4,7 (0,6)

ef = effectif trop faible pour être considéré.

so = sans objet.

\* En raison d'effectifs trop faibles, les autres catégories de formations académiques n'ont pas été prises en compte.

\*\* Participants de l'école uniquement.

\*\*\* Participants hors école uniquement.

<sup>a</sup> p < 0,001.

<sup>b</sup> p < 0,05.

<sup>c</sup> p non significatif.

Une analyse de régression multiple a été utilisée pour identifier les facteurs les plus fortement prédicteurs de la réceptivité face à l'approche École en santé pour chacun des groupes considérés. Pour les participants de l'école, quatre facteurs ressortent en importance, soit la popularité perçue parmi les pairs, les bénéfices anticipés de l'approche, l'efficacité personnelle perçue relativement au travail conjoint et les contraintes perçues dans l'environnement. Ce dernier facteur, contrairement aux

autres, agit défavorablement face à la réceptivité (Tableau 15). Si l'on considère les différents acteurs de l'école séparément, on constate que pour les directeurs, les facteurs déterminants de la réceptivité face à l'approche École en santé sont, dans l'ordre, la popularité de l'approche perçue parmi les pairs ( $\beta = 0,4$ ;  $p < 0,005$ ), les contraintes dans l'environnement ( $\beta = -0,3$ ;  $p < 0,005$ ) et les bénéfices anticipés ( $\beta = 0,2$ ;  $p < 0,05$ ). Pour les responsables en promotion de la santé et les parents présidents du conseil d'établissement, les contraintes ne sont pas déterminantes. Pour eux, la réceptivité est d'abord fonction des bénéfices anticipés, et ensuite, de la popularité de l'approche perçue parmi les pairs.

**Tableau 15. Résultats de la régression multiple pas-à-pas**

Variables	Participants écoles (R = 0,7)		Participants impliqués (R = 0,6)		Gestionnaires (R = 0,7)	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Niveau de connaissance de l'approche	-	-	0,2	0,004	-	-
Efficacité personnelle perçue	0,1	0,000	-	-	-	-
Popularité de l'approche perçue parmi les pairs	0,3	0,000	-	-	0,2	0,028
<b>Attributs de l'approche</b>						
Bénéfices anticipés	0,3	0,000	-	-	-	-
Bénéfices/avantages	-	-	0,5	0,000	0,4	0,000
<b>Attributs du contexte</b>						
Contraintes dans l'environnement	-0,2	0,008	-	-	-	-

En ce qui a trait à la réceptivité des répondants et accompagnateurs de l'AÉS, elle est déterminée par deux facteurs : les bénéfices/avantages et le niveau de connaissance de l'approche (Tableau 15). Pour les gestionnaires, les bénéfices/avantages, suivis de la popularité perçue parmi les pairs constituent les deux facteurs les plus déterminants.

Après avoir analysé le degré de connaissance de l'AÉS et sa réceptivité chez les acteurs individuels, nous nous intéressons dans la section suivante à la décision des écoles d'adopter ou non cette approche et aux facteurs prédicteurs de cette décision.

#### 4.3.9. L'adoption de l'approche école en santé

Les résultats de l'adoption de l'approche École en santé se rapportent aux écoles. En comparant les réponses fournies par les trois types de participants de l'école, nous avons constaté que les parents présidents du conseil d'établissement représentent la catégorie la moins bien informée concernant la décision de l'école d'adopter ou non l'approche. Dans certains cas, ils n'ont pas été en mesure de se prononcer sur la décision prise par l'école, et dans d'autres, ils ont donné des réponses différentes de celles du directeur ou du responsable en promotion de la santé. Nous avons donc choisi de ne conserver que les écoles pour lesquelles nous disposons du questionnaire du directeur ou de celui du responsable en promotion de la santé ( $n = 179$ ;  $179/190$ ), et dont au moins l'un d'eux connaissait les caractéristiques générales de l'approche École en santé ( $n = 117$ ;  $117/179$ ). L'étude de la décision

d'adopter ou non l'AÉS porte donc sur ces 117 écoles ayant une connaissance minimale de l'approche. Pour documenter la décision de l'école, nous avons retenu l'information fournie par le directeur, en tant qu'informateur privilégié. C'est seulement dans les cas où l'on ne disposait pas de son questionnaire ou qu'il ne connaissait pas suffisamment l'approche que la réponse du responsable en promotion de la santé a été considérée.

Parmi les écoles ayant une connaissance minimale de l'approche, près de la moitié (46 %) a conclu une entente pour adopter l'approche École en santé alors que 18 % d'entre elles n'avaient pas encore pris une décision au moment de l'enquête (Tableau 16). Enfin, 36 % ont déclaré ne pas être intéressé à adopter l'approche pour le moment. Parmi les écoles ayant adopté l'approche, la majorité (55 %) avait conclu une entente écrite.

**Tableau 16. Répartition des écoles selon l'adoption de l'approche École en santé (écoles ayant une connaissance minimale de l'approche)**

L'école a-t-elle adopté l'approche?	Effectifs	%
Oui	54	46,2
En processus de décision	21	17,9
Non	42	35,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

Le pourcentage d'adoption de l'approche est de 84 % dans les écoles l'ayant présentée à ses membres contre seulement 12 % dans celles ne l'ayant pas présentée. Les écoles qui bénéficient de ressources de leur CSSS à titre « d'accompagnateurs » sont également beaucoup plus nombreuses à avoir adopté l'approche (69 % contre 13 %).

Dans toutes les écoles ayant décidé d'adopter l'approche, le directeur a été impliqué dans la prise de décision. En dehors des directeurs, les enseignants et les intervenants scolaires ont été les plus impliqués dans la décision (88 % des écoles). Dans 69 % des écoles, le conseil d'établissement, dans son ensemble, a pris part à la décision et dans 58 % des écoles, on a associé un ou des représentants du CSSS dans la décision.

Dans 30 % des écoles, la décision d'adopter l'AÉS a été prise entre un an et deux ans avant l'enquête. Seulement 18 % d'entre elles ont pris leur décision six mois avant l'enquête. La majorité des écoles se trouvait donc à une étape assez avancée de la démarche de mise en œuvre l'approche : 53 % d'entre elles avaient atteint la phase d'implantation d'actions spécifiques en lien avec le plan de réussite d'une École en santé. Dans les 54 écoles ayant adopté l'approche, 96 % des participants ayant participé à l'étude ont été impliqués dans sa mise en œuvre. Les personnes qui ne l'étaient pas encore (4 %) avaient toutes l'intention de le faire durant la prochaine année scolaire.

#### 4.3.9.1. Les facteurs qui influencent l'adoption de l'approche École en santé

Les facteurs qui peuvent influencer décision d'adopter ou non l'AÉS sont nombreux. En plus de ceux retenus pour expliquer le niveau de réceptivité face à l'approche, nous avons considéré les facteurs suivants : la popularité perçue parmi les acteurs extérieurs de l'école, le leadership au regard de l'approche, le niveau d'investissement de l'école dans différentes activités de promotion de la santé et

les caractéristiques de l'école. Avant de présenter les résultats portant sur l'influence de ces facteurs sur la décision d'adopter ou non l'approche, nous définissons dans un premier temps les facteurs prédictifs qui n'ont pas été considérés jusqu'ici.

#### Popularité perçue de l'approche dans l'entourage extérieur de l'école

Pour mesurer la popularité perçue de l'approche dans l'entourage extérieur de l'école, les directeurs et les responsables en promotion de la santé devaient évaluer sur une échelle de Likert de 5 points leur perception du degré de réceptivité des gestionnaires de leur commission scolaire et des parents de leur école face à l'approche École en santé. Globalement, les participants de l'école perçoivent l'entourage de l'école comme étant très réceptif face à l'approche. Plus de 4 participants sur 5 (83 %) considèrent les gestionnaires de leur CS comme étant plutôt ou très réceptifs et 61 % d'entre eux pensent la même chose des parents d'élèves de leurs écoles. Un indice de popularité perçue auprès de l'entourage de l'école a été calculé en combinant les réponses à ces items (Tableau F8 à l'annexe F).

#### Le leadership au regard de l'approche École en santé

Un thème récurrent des écrits sur la diffusion d'une innovation est celui du leadership, lequel apparaît comme étant nécessaire pour créer une base de soutien suffisante pour intéresser les différents acteurs concernés et les amener à adopter et implanter une innovation. Les leaders peuvent jouer un rôle déterminant au moment de la prise de décision d'adopter ou non l'approche École en santé.

Un indice de leadership au regard de l'AÉS (Tableau F8 de l'annexe F) a été créé à partir de cinq questions qui portent sur la fréquence à laquelle le participant en parle, la taille de son auditoire, le type d'information qu'il est en mesure de donner, sa capacité à influencer son entourage et s'il constitue un relais d'information pour ses collègues qui veulent de l'information sur l'approche École en santé.

Si l'on considère les résultats du tableau 17 se rapportant à chacun des items mesurant l'indice de leadership, on observe, de façon globale, qu'un participant sur deux (50 %) connaissant l'approche École en santé déclare en parler assez souvent ou très souvent à ses collègues. De même, 38 % des participants ont déclaré en avoir parlé à plus de 10 personnes durant le mois précédant l'enquête. Près du tiers des participants (31 %) déclare qu'ils donneraient toute l'information disponible ou presque, s'ils devaient parler de l'approche École en santé à leurs collègues et 27 % d'entre eux pensent qu'ils pourraient les influencer grandement s'ils devaient leur faire part de leur point de vue concernant l'AÉS. Certains participants constituent aussi un relais important pour l'approche. Ainsi, plus d'un participant sur trois (36 %) a déclaré être sollicité assez souvent ou très souvent par ses collègues quand ils veulent de l'information sur l'approche.

**Tableau 17. Répartition des participants selon les valeurs obtenues aux questions sur le leadership au regard de l'approche École en santé**

Valeurs de leadership	Participants école	Participants impliqués	Gestionnaires	Total*
<b>Fréquence à laquelle il parle de l'AEÉS à leurs collègues</b>				
N	177	141	110	447
Très souvent (%)	6,2	27,7	17,3	16,1
Assez souvent (%)	16,9	39,7	54,5	33,6
De temps à temps (%)	39,5	29,8	24,5	33,1
Rarement (%)	27,7	2,8	3,6	13,4
Jamais (%)	9,6	-	-	3,8
<b>Nombre de personnes à qui il a parlé de l'AEÉS durant le dernier mois</b>				
N	177	141	110	447
Plus de 20	7,3	34,0	20,9	19,2
11 – 20	9,0	19,1	33,6	18,8
6 – 10	18,1	28,4	24,5	23,3
1 – 5	44,6	17,0	20,0	29,5
Aucun	20,9	1,4	0,9	9,2
<b>Information qu'il pourrait donner à ses collègues s'il devait leur parler de l'AEÉS</b>				
N	176	141	110	446
Toute l'information disponible ou presque (%)	14,2	57,4	26,4	31,4
Plusieurs d'ordre spécifique (%)	15,9	15,6	28,2	18,8
Certaines d'ordres général et spécifique (%)	29,5	22,0	37,3	29,1
Certaines d'ordre général (%)	40,3	5,0	8,2	20,6
Aucun (%)	-	-	-	-
<b>Capacité d'influencer ses collègues, s'il devait leur faire part de son point de vue sur l'AEÉS</b>				
N	175	140	110	444
Grandement (%)	13,7	37,9	33,6	26,6
Moyennement (%)	37,7	44,3	49,1	42,6
Un peu (%)	33,1	16,4	16,4	23,4
Faiblement (%)	12,6	1,4	0,9	6,3
Aucunement (%)	2,9	-	-	1,1
<b>Fréquence à laquelle il est sollicité par les personnes de son entourage qui veulent de l'information sur l'AEÉS</b>				
N	174	141	110	444
Très souvent (%)	1,7	27,0	15,5	13,1
Assez souvent (%)	11,5	29,1	36,4	23,2
De temps à temps (%)	36,2	32,6	40,9	36,5
Rarement (%)	30,5	8,5	6,4	17,8
Jamais (%)	20,1	2,8	0,9	9,5

\* Le total inclut les représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie.

Les participants de l'école comptent moins de personnes susceptibles de donner l'information disponible s'ils devaient en parler à leurs collègues. Le pouvoir d'influence sur les collègues est aussi moindre chez les participants de l'école que chez les autres catégories de participants. Un peu plus de la moitié d'entre eux (51 %) pensent qu'ils pourraient les influencer moyennement ou grandement, alors que plus de quatre participants sur cinq sont de cet avis pour les autres catégories de participants. Ce portrait est tout à fait concordant avec la structure de déploiement adoptée pour faire connaître l'approche et faciliter son appropriation, et aussi avec l'étape de son déploiement.

Les valeurs de leadership sont associées au niveau de connaissance de l'approche ainsi qu'au degré de réceptivité des participants. Par exemple, 22 % des participants qui sont très réceptifs face à l'approche École en santé en parlent très souvent à leurs collègues contre 3,6 % des participants qui sont moyennement réceptifs.

En plus du leadership au regard de l'approche École en santé, la place accordée aux saines habitudes de vie et autres activités de promotion de la santé dans l'école, mesurée par le niveau d'investissement de l'école dans ces domaines, peut constituer un facteur influençant l'adoption de l'approche École en santé dans les écoles.

#### L'investissement de l'école dans des activités de promotion de la santé chez les jeunes

Pour mesurer l'investissement des écoles, en termes de ressources humaines et financières dans des domaines relatifs à la prévention et la promotion de la santé, les directeurs d'école et les responsables en promotion de la santé devaient estimer le niveau d'investissement de leur école au cours des deux dernières années, sur une échelle de Likert de 4 points allant de « nul » à « élevé ». Les résultats du tableau 18 montrent que c'est dans la pratique régulière de l'activité physique que l'investissement de l'école est jugé le plus important. En effet, plus de la moitié des directeurs et des responsables en promotion de la santé (57 %) estime que l'investissement de leur école dans ce domaine est élevé. Les participants de l'école jugent aussi que l'investissement de l'école est élevé au niveau des compétences sociales/comportements pacifiques et de la prévention du harcèlement/intimidation, avec respectivement 48 % et 46 % d'entre eux qui considèrent le niveau d'investissement comme élevé. Viennent ensuite l'estime de soi et la saine alimentation pour lesquelles plus du tiers des participants estiment que l'investissement est élevé. Par contre, la majorité des participants pense que l'investissement de l'école a été « faible » ou « nul » dans les domaines de la capacité à gérer le stress et à relaxer (61 %) et la sécurité (51 %).

**Tableau 18. Répartition des participants selon leur perception du niveau d'investissement de l'école dans les domaines suivants (directeurs et responsables en promotion de la santé)**

Domaine d'investissement	N	Élevé	Moyen	Faible	Nul
Pratique régulière de l'activité physique	288	56,6	36,1	6,9	0,3
Compétences sociales/comportements pacifiques	286	47,9	40,9	10,5	0,7
Prévention du taxage/intimidation	283	45,6	35,0	16,3	3,2
Estime de soi/soutien social	284	38,4	47,5	12,7	1,4
Saine alimentation	285	33,7	48,1	14,7	3,5
Comportements responsables à l'égard de l'alcool et des drogues	283	16,3	34,6	33,2	15,9
Prévention du tabagisme	284	12,0	41,9	32,4	13,7
Sécurité	284	11,3	38,0	36,6	14,1
Comportements responsables en matière de sexualité	284	6,7	44,4	37,3	11,6
Capacité à gérer le stress et à relaxer	280	2,5	36,4	40,7	20,4

La comparaison des réponses fournies par le directeur et celles du responsable en promotion de la santé, dans chaque école, montre que le directeur donne une appréciation plus positive de l'investissement de l'école que le responsable en promotion de la santé. Alors que 66 % des directeurs pensent que l'investissement de leur école dans la pratique régulière de l'activité physique a été élevé, seulement 45 % des responsables en promotion de la santé sont de cet avis. Tel est aussi le cas pour les compétences sociales et comportements pacifiques (56 % contre 37 %), pour la prévention du taxage/intimidation (55 % contre 34 %) et pour l'estime de soutien/soutien social (44 % contre 31 %).

Une analyse en composante principale (ACP) a extrait trois facteurs (Tableau F7 à l'annexe F) à partir des catégories mentionnées ci-dessus. Le premier se rapporte à la promotion des saines habitudes de vie (pratique régulière de l'activité physique et saine alimentation), le second à la promotion de comportements responsables à l'égard de substances (alcool/drogues et tabagisme) et le troisième à la prévention de la violence (compétences sociales/comportements pacifiques et prévention du taxage/intimidation). Trois indices ont donc été calculés (Tableau F8 à l'annexe F).

#### 4.3.10. Analyse des prédicteurs de l'adoption de l'approche École en santé

Avant de procéder aux analyses permettant de vérifier le pouvoir de prédiction des facteurs retenus, les données s'y rapportant ont été ramenées au préalable à l'échelle de l'école. En l'absence d'informations permettant de donner plus de poids à un participant de l'école plutôt qu'à un autre, nous avons retenu, pour chaque variable indépendante, la moyenne des réponses du directeur et du responsable en promotion de la santé pour chaque école. Les parents présidents du conseil d'établissement n'ont pas été pris en compte dans ces analyses, dans la mesure où ils n'étaient pas éligibles à certains items du questionnaire mesurant des facteurs tels que l'investissement de l'école dans la promotion des saines habitudes. Dans le cas où l'on ne disposait que des réponses d'un seul participant par école, celles-ci ont été considérées comme indicateur de base pour l'école.

Pour identifier les facteurs prédicteurs de l'adoption de l'AÉS, nous avons effectué tout d'abord une analyse bivariée, utilisant l'ANOVA à un seul facteur pour les variables continues (Tableau 19) et le

khi-carré pour les variables nominales (Tableau 20). Par la suite, seules les variables statistiquement associées ( $p < 0,05$ ) à l'adoption ont été retenues dans l'analyse multivariée afin de déterminer celles qui permettaient le mieux de prédire l'adoption.

**Tableau 19. Analyse bivariée de l'adoption et des variables indépendantes continues**

Variables (étendue)	Décision	N	Moyenne	Écart type	F	p
Indice de l'importance accordée aux saines habitudes de vie (3 - 15)	Oui	54	12,9	1,5	0,3	0,705
	En processus de décision	21	12,8	1,4		
	Non	42	12,7	1,9		
	Total	117	12,8	1,6		
Indice de l'importance accordée au comportement responsable à l'égard de substances (2 - 10)	Oui	54	8,5	1,8	0,6	0,541
	En processus de décision	21	8,8	1,1		
	Non	42	8,3	1,8		
	Total	117	8,5	1,7		
Nombre de programmes dans lesquels les participants ont déjà été impliqués	Oui	54	2,7	1,1	1,3	0,272
	En processus de décision	21	2,8	1,4		
	Non	42	2,4	1,0		
	Total	117	2,6	1,1		
Indice de propension à innover (5 - 25)	Oui	54	19,7	2,3	0,8	0,442
	En processus de décision	21	18,99	2,6		
	Non	41	19,2	3,0		
	Total	116	19,4	2,6		
Indice de l'implication des élèves dans les décisions de l'école (2 - 10)	Oui	53	6,6	1,5	0,4	0,699
	En processus de décision	20	6,8	2,3		
	Non	40	6,4	2,1		
	Total	113	6,6	1,9		
Indice de l'efficacité personnelle perçue (3 - 15)	Oui	54	13,7	1,4	4,3	<b>0,016</b>
	En processus de décision	20	13,3	1,7		
	Non	38	12,7	2,0		
	Total	112	13,3	1,7		
Bénéfices anticipés (5 - 25)	Oui	54	21,7	2,4		

**Tableau 19. Analyse bivariée de l'adoption et des variables indépendantes continues (suite)**

	En processus de décision	21	20,1	2,5		
	Non	40	20,1	2,3		
	Total	115	20,8	2,5	6,2	<b>0,003</b>
Avantages relatifs (1 – 5)	Oui	54	3,8	0,8		
	En processus de décision	19	3,7	0,6		
	Non	33	3,6	0,8		
	Total	106	3,7	0,7	0,3	0,709
Contraintes dans l'environnement (6 - 30)	Oui	54	11,9	3,7		
	En processus de décision	21	16,4	3,44		
	Non	40	17,4	4,00		
	Total	115	14,6	4,55	27,8	<b>0,000</b>
Capacité collective (3 - 15)	Oui	54	12,0	1,8		
	En processus de décision	20	11,1	1,9		
	Non	37	10,6	2,0		
	Total	111	11,4	2,0	6,4	<b>0,002</b>
Réceptivité des membres de l'école face à l'approche École en santé (1 – 5)	Oui	53	4,6	0,5		
	En processus de décision	21	4,5	0,5		
	Non	39	4,1	0,7		
	Total	113	4,4	0,7	8,9	<b>0,000</b>
Popularité perçue dans l'entourage de l'école (2 – 10)	Oui	54	7,5	2,0		
	En processus de décision	21	6,2	2,4		
	Non	33	6,3	2,0		
	Total	108	6,9	2,2	4,5	<b>0,014</b>
Indice de leadership au regard de l'approche École en santé (5 - 25)	Oui	54	16,4	3,4		
	En processus de décision	21	12,5	3,0		
	Non	39	11,3	3,1		
	Total	114	14,0	4,0	30,8	<b>0,000</b>

**Tableau 19. Analyse bivariée de l'adoption et des variables indépendantes continues (suite)**

Niveau d'investissement dans la promotion des saines habitudes de vie (2 – 8)	Oui	54	7,0	0,8		
	En processus de décision	21	6,7	1,2		
	Non	42	6,3	1,1		
	Total	117	6,7	1,03	4,8	<b>0,010</b>
Niveau d'investissement dans la prévention de la consommation de substances (2 - 8)	Oui	54	5,3	1,5		
	En processus de décision	21	5,2	1,8		
	Non	42	4,9	1,5		
	Total	117	5,1	1,5	0,8	0,442
Niveau d'investissement dans la prévention de la violence (2 – 8)	Oui	54	6,9	1,0		
	En processus de décision	21	6,7	1,0		
	Non	42	6,6	1,1		
	Total	117	6,7	1,05	1,2	0,291
Indice de défavorisation	Oui	53	21,3	8,2		
	En processus de décision	21	22,2	5,1		
	Non	40	18,7	8,2		
	Total	114	20,6	7,8	1,8	0,164
Nombre d'élèves	Oui	47	434,7	422,2		
	En processus de décision	19	385,5	317,4		
	Non	39	361,0	245,3		
	Total	105	398,4	345,6	0,5	0,610

Il ressort des résultats de l'ANOVA que les facteurs liés à l'adoption de l'approche École en santé dans les écoles sont le niveau d'investissement de l'école dans la promotion des saines habitudes de vie ( $F = 4,8$ ;  $p < 0,05$ ), l'efficacité personnelle perçue relativement au travail conjoint ( $F = 4,3$  et  $p < 0,05$ ), le leadership au regard de l'approche ( $F = 30,8$  et  $p < 0,001$ ), la réceptivité face à l'approche ( $F = 8,9$  et  $p < 0,001$ ), la popularité perçue de l'AÉS dans l'entourage de l'école ( $F = 4,5$  et  $p < 0,05$ ), les contraintes dans l'environnement ( $F = 27,8$  et  $p < 0,001$ ), les bénéfices anticipés ( $F = 6,2$  et  $p < 0,005$ ) et la capacité collective au sein de l'école ( $F = 6,4$  et  $p < 0,005$ ).

En comparant les trois statuts d'adoption deux à deux, les tests post-hoc ont montré des différences significatives entre les écoles ayant adopté l'approche et les autres. Ces différences se rapportent au leadership au regard de l'approche ( $p < 0,001$ ), les contraintes dans l'environnement ( $p < 0,005$ ) et aux bénéfices anticipés ( $p < 0,05$ ). Les personnes dont les écoles ont adopté l'approche (16,4) ont un

leadership plus élevé que celles qui sont en processus de décision (12,5) et celles qui n'ont pas adopté l'approche (11,3). Ces dernières perçoivent plus de contraintes et anticipent moins de bénéfices que les autres. Pour les autres variables, des différences significatives n'apparaissent qu'entre les écoles n'ayant pas adopté l'approche et les écoles l'ayant adoptée. Dans les écoles ayant adopté l'approche, le niveau d'investissement dans la promotion des saines habitudes de vie est plus élevé (7,0 contre 6,3) et les participants ont davantage le sentiment d'être capables de travailler conjointement avec les autres acteurs à l'implantation de l'approche École en santé (13,7 contre 12,7). Ils ont une plus grande croyance dans la capacité collective de leur école (12,0 contre 10,6), sont plus réceptifs (4,6 contre 4,1) et perçoivent leur entourage comme étant plus réceptif à l'approche (7,5 contre 6,3).

**Tableau 20. Analyse bivariée de l'adoption et des variables indépendantes nominales**

Variables	N	Oui	En processus de décision	Non
<b>Niveau de connaissance<sup>a</sup></b>				
Superficielle	50	16,0	24,0	60,0
Bonne	27	66,7	14,8	18,5
Très bonne	40	70,0	12,5	17,5
<b>Type de région<sup>b</sup></b>				
Périphérique	31	71,0	12,9	16,1
Métropolitaine	16	37,5	43,8	18,8
Autres	69	37,7	14,5	47,8
<b>Milieu<sup>c</sup></b>				
Rural	50	54,0	12,0	34,0
Urbain	39	41,0	20,5	38,5
Semi-urbain, semi-rural	19	26,3	26,3	47,4
<b>Niveaux scolaires<sup>c</sup></b>				
Pré-scolaire - primaire	72	41,7	18,1	40,3
Secondaire	31	54,8	16,1	29,0

<sup>a</sup> p < 0,001.

<sup>b</sup> p < 0,05.

<sup>c</sup> p non significatif.

Le test du khi-carré (Tableau 20) montre une association statistiquement significative entre l'adoption de l'École en santé et le niveau de connaissance ( $X^2 = 33,2$  et  $p < 0,001$ ) de même qu'avec le type de région ( $X^2 = 19,7$  et  $p < 0,005$ ). Le pourcentage d'adoption plus élevé dans les régions périphériques peut s'expliquer par des efforts de sensibilisation et d'accompagnement plus marqués dans ces régions au moment de l'enquête. En effet, dans 66 % des écoles de ce type de région, les participants ont déclaré que l'approche avait été présentée aux membres de leur école (contre 31 % pour les régions métropolitaines et 48 % pour les autres régions). De même, les directeurs d'école des régions périphériques sont plus nombreux à déclarer que leurs écoles bénéficient de ressources à titre « d'accompagnateurs » de l'approche École en santé mises à leur disposition par leur CS (86 % contre 80 % pour les autres régions et 60 % pour les régions métropolitaines) ou par leur CSSS (86 % contre 69 % pour les autres régions et 60 % pour les régions métropolitaines).

Les analyses bivariées ont montré que parmi les prédicteurs potentiels retenus par l'étude, l'efficacité personnelle perçue, les bénéfices anticipés, les contraintes dans l'environnement, la capacité collective, la popularité perçue parmi l'entourage de l'école, le leadership et le niveau d'investissement dans la promotion des saines habitudes de vie étaient significativement associés à l'adoption de l'approche École en santé par les écoles ( $p < 0,05$ ). Par ailleurs, les analyses bivariées font ressortir aussi que parmi la liste des variables susceptibles d'agir comme variables de contrôle dans la relation entre l'adoption et ses prédicteurs potentiels, seules le type de région et la connaissance étaient associés à l'adoption.

Pour faire ressortir les facteurs les plus prédicteurs de l'adoption de l'approche École en santé, une analyse multivariée utilisant la régression logistique (exprimée en rapports de cotes (RC) et d'intervalle de confiance (IC) à 95 %) a été menée en opposant les écoles ayant adopté l'approche à celles qui ne l'ont pas adoptée, excluant celles en processus de décision. En raison de la difficulté d'interprétation de cette dernière catégorie, le choix a été fait de ne pas l'intégrer dans l'analyse multivariée. L'analyse multivariée poursuivait deux objectifs : 1) identifier les facteurs les plus prédicteurs de l'adoption de l'approche École en santé; 2) déterminer si leur influence était directe ou médiatisée par la réceptivité face à l'approche École en santé, considérée comme variable médiatrice dans notre modèle théorique. Pour ce faire, la méthode préconisée par Baron et Kenny (1986) a été mise en œuvre pour vérifier si les conditions relatives à la médiation étaient remplies. Selon cette méthode, pour qu'on puisse parler de médiation, quatre conditions doivent être remplies :

1. la variable prédictrice doit avoir une influence significative sur la variable dépendante;
2. la variable prédictrice doit être associée à la variable médiatrice;
3. la variable médiatrice doit avoir un lien significatif avec la variable dépendante;
4. l'introduction de la variable médiatrice dans le modèle doit réduire le lien entre la variable prédictrice et la variable dépendante.

Pour que la médiation de la réceptivité puisse être établie, les quatre conditions doivent être vérifiées au moyen de trois équations de régression en neutralisant, à chaque fois les effets des deux variables de contrôle.

La première condition est remplie par les variables prédictrices dont l'effet sur l'adoption demeure après avoir neutralisé les effets des variables de contrôle. Pour ce faire, l'influence de chaque variable prédictrice liée à l'adoption (analyses bivariées) a été étudiée au moyen d'une analyse de régression logistique en contrôlant, à chaque fois le niveau de connaissance et le type de région (tableau 21).

**Tableau 21. Influence des variables prédictrices sur l'adoption de l'approche École en santé après neutralisation des variables de contrôle**

Variables	RC*	IC 95 %
Efficacité personnelle perçue	1,3	0,97 – 1,79 <sup>b</sup>
Bénéfices anticipés	1,2	0,98 – 1,52 <sup>b</sup>
Contraintes dans l'environnement	0,7	0,54 – 0,80 <sup>a</sup>
Capacité collective	1,4	1,03 – 1,86 <sup>a</sup>
Popularité perçue parmi l'entourage	1,2	0,95 – 1,52 <sup>b</sup>
Leadership	1,5	1,24 – 1,83 <sup>a</sup>
Investissement dans la promotion des SHV	2,1	1,16 – 3,69 <sup>a</sup>

\* Ajustés en fonction du niveau de connaissance et du type de région.

<sup>a</sup> significatif.

<sup>b</sup> non significatif.

Les analyses de régression logistique ont mis en évidence que la première condition de la médiation était remplie par les contraintes dans l'environnement (RC = 0,7 et IC 95 % = 0,54 – 0,80), la capacité collective (RC = 1,4 et IC 95 % = 1,03 – 1,86), le leadership au regard de l'approche (RC = 1,5 et IC 95 % = 1,24 – 1,83) et le niveau d'investissement dans la promotion des saines habitudes de vie (RC = 2,1 et IC 95 % = 1,16 – 3,69) puisque leurs effets sur l'adoption demeurent après avoir contrôlé le type de région et le niveau de connaissance (Tableau 21).

Pour la deuxième condition, des régressions linéaires montrent que les quatre variables prédictrices remplissant la première condition ont une influence significative sur la réceptivité face à l'approche École en santé, après avoir contrôlé par le niveau de connaissance et le type de région (Tableau 22).

**Tableau 22. Influence des variables prédictrices sur la réceptivité face à l'approche École en santé après neutralisation des variables de contrôle**

Variables	$\beta^*$	p
Niveau d'investissement dans les saines habitudes de vie	0,2	0,018
Leadership	0,6	0,000
Contraintes dans l'environnement	-0,6	0,000
Capacité collective	0,5	0,000

\* Ajustés en fonction du niveau de connaissance et du type de région.

Les troisième et quatrième conditions sont vérifiées au moyen de la régression logistique en intégrant dans une même équation de régression chacune des quatre variables prédictrices retenues et la variable médiatrice, en contrôlant à chaque fois le niveau de connaissance et le type de région. Il s'agissait de vérifier, si pour chacune des variables prédictrices, l'ajout de la variable médiatrice dans le modèle venait réduire ou non son influence sur l'adoption. Pour médialiser la relation entre une variable prédictrice et l'adoption, la réceptivité face à l'approche doit conserver une influence significative sur l'adoption quand elle est ajustée en fonction de cette variable prédictrice et des variables de contrôle. Les résultats présentés dans le tableau 23 montrent que la réceptivité module l'influence du niveau d'investissement dans la promotion des saines habitudes de vie et celle de la capacité collective de l'école. En effet, associée à l'une ou l'autre des ces deux variables dans une même équation de

régression, la réceptivité continue d'avoir une influence significative sur l'adoption tandis que l'effet de la capacité collective sur l'adoption n'est plus significatif (RC = 1,2 et IC 95 % = 0,89 – 1,69) et celui de l'investissement dans les saines habitudes est atténué (RC = 1,9 et IC 95 % = 1,07 – 3,49). Pour le leadership et les contraintes dans l'environnement, la médiation n'est pas établie. La réceptivité n'influence plus significativement l'adoption quand elle associée au leadership (RC = 1,0 et IC 95 % = 0,35 – 2,97) ou aux contraintes dans l'environnement (RC = 0,7 et IC 95 % = 0,22 – 2,23). L'influence de ces deux variables sur l'adoption est donc directe et n'est pas médiatisée par la réceptivité.

**Tableau 23. Influence des variables prédictrices et de la variable médiatrice sur l'adoption de l'approche École en santé après neutralisation des variables de contrôle**

Variables	RC*	IC 95 %
Contraintes dans l'environnement	0,6	0,48 – 0,82 <sup>a</sup>
Réceptivité	0,7	0,22 – 2,23 <sup>b</sup>
Capacité collective	1,2	0,89 – 1,69 <sup>b</sup>
Réceptivité	2,6	1,03 – 6,68 <sup>a</sup>
Leadership	1,5	1,20 – 1,89 <sup>a</sup>
Réceptivité	1,0	0,35 – 2,97 <sup>b</sup>
Investissement dans la promotion des SHV	1,9	1,07 – 3,49 <sup>a</sup>
Réceptivité	2,8	1,18 – 6,62 <sup>a</sup>

\* Ajustés en fonction du niveau de connaissance et du type de région.

<sup>a</sup> significatif.

<sup>b</sup> non significatif.

Nos résultats révèlent ainsi que quatre facteurs influencent significativement la décision d'adopter ou non l'AÉS, après avoir contrôlé l'effet des variables de contrôle. Ces quatre facteurs sont : 1- le niveau d'investissement de l'école dans les saines habitudes de vie; 2- la capacité collective perçue au sein de l'école; 3- le leadership au regard de l'approche; et 4- les contraintes perçues dans l'environnement. La réceptivité face à l'AÉS vient quant à elle moduler cette relation entre la décision d'adopter ou non l'approche et les deux premiers facteurs. Ainsi, la présence d'un investissement de l'école dans la promotion des saines habitudes de vie aura une plus grande influence sur l'adoption de l'AÉS si les participants sont réceptifs face à l'approche. De même, la perception de la capacité collective du milieu scolaire n'influence l'adoption que si les participants sont réceptifs à l'approche. Quant à l'influence du leadership et des contraintes perçues de l'environnement sur l'adoption de l'approche, elle est directe et ne passe pas par l'intermédiaire de la réceptivité. Ainsi, les écoles peuvent être très réceptives face à l'approche, comme cela a été observé, mais si les contraintes perçues sont trop importantes ou si les écoles ne comptent pas en leur sein des leaders pouvant influencer positivement leur entourage, elles seront moins portées à adopter l'approche École en santé.

#### 4.4. RÉSULTATS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés afin de dégager le point de vue des acteurs concernés par le déploiement de l'AÉS au Québec. Tel qu'indiqué précédemment, ces acteurs regroupent des responsables du déploiement de l'AÉS dans le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation ainsi que des représentants de l'INSPQ et de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie, aux paliers national, régional et territorial (n = 34). Les principaux résultats qui ressortent de l'analyse de contenu des entretiens se rapportent aux paramètres suivants : 1- la perception des participants quant à la priorité gouvernementale accordée à l'AÉS; 2- leur connaissance

de l'AÉS; 3- leur adhésion à l'approche et 4- leur positionnement à l'égard du déploiement actuel de l'approche. Les thèmes en lien avec le quatrième paramètre correspondent aux facteurs présentés dans notre modèle conceptuel. Ils se rattachent donc aux attributs de l'approche ainsi qu'aux facteurs liés au système d'offre, au système d'usage et au contexte externe.

Dans les sections qui suivent, nous présentons l'analyse de chacun des paramètres en les appuyant d'extraits d'entretiens. Nous fournissons par la suite une synthèse des éléments de convergence et de divergence, selon les catégories d'acteurs ainsi que les enjeux qu'ils soulèvent.

#### 4.4.1. Perception de la priorité gouvernementale accordée à l'approche École en santé

En vue de déterminer la nature du soutien politique accordé à l'approche École en santé, nous avons demandé aux différents acteurs s'ils avaient l'impression que cette approche constituait une priorité gouvernementale. L'analyse des entretiens indique que pour l'ensemble des personnes interviewées, il ne fait aucun doute qu'au niveau des orientations ministérielles et des documents officiels, l'AÉS représente une priorité gouvernementale. L'entente de complémentarité *MELS-MSSS*, le Programme national de santé publique du MSSS et le Plan stratégique du MELS sont souvent cités comme des documents présentant l'AÉS comme une priorité gouvernementale :

« L'AÉS est un élément important de l'entente MELS-MSSS (...). Donc, c'est certainement un choix majeur des deux ministères de changer ses pratiques. Un processus long mais il reste que c'est une volonté quand même formelle-là, signée par les ministres et puis qui engage les deux réseaux. » (**Éducation, national**)<sup>3</sup>

« Le fait qu'on retrouve l'approche École en santé dans ce qu'on appelle la stratégie jeunesse au niveau des politiques gouvernementales là, le fait qu'on retrouve l'approche également dans le plan d'action gouvernemental des saines habitudes de vie, le fait qu'on retrouve l'approche dans la planification stratégique et du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation, je pense que ça, ça envoie des messages que l'approche est inscrite dans les priorités, énormément inscrite. » (**Éducation, national**)

De l'avis de plusieurs informateurs, et ce à tous les paliers administratifs, l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* représente un élément qui s'avère favorable au développement d'alliances et de collaborations entre les deux réseaux dans le contexte de l'AÉS. Cette entente vient traduire une volonté exprimée lors des consultations ayant précédé son élaboration. En effet, lors de ces consultations, plusieurs personnes ont manifesté les limites du travail en silos et la nécessité de travailler davantage en collaboration pour être plus efficace dans les interventions en promotion de la santé destinées aux jeunes. Certains parlent d'une prise de conscience à l'effet que chaque réseau ne peut y parvenir seul :

---

<sup>3</sup> La parenthèse après chaque extrait identifie le secteur auquel l'informateur appartient (Éducation; Santé; INSPQ; Programme spécifique <de promotion des saines habitudes de>) et son palier administratif (national, régional ou territorial). Les numéros indiqués correspondent à des codes d'échantillonnage utilisés pour assurer la confidentialité des informateurs.

« À mon sens à moi, les constats d'échec " partiels " faits par les deux réseaux, ça devient un facteur favorable. On y parvient pas tout seul chacun de notre bord. » (Éducation, national)

« En quelque part, je pense qu'ils [les 2 réseaux] ont senti le besoin de se parler davantage et de mettre en commun certaines ressources puis des objectifs pour en arriver à être plus efficace auprès du jeune puis de leurs parents. » (Éducation, national)

« [Cette entente], c'est assez essentiel. Pour que ça s'appuie puis qu'on sente une volonté des deux ministères de travailler ensemble. » (Santé, territorial 1)

Toutefois, en ce qui a trait à la perception des acteurs quant à la priorité de l'AÉS au niveau des actions et des engagements concrets, les points de vue sont plus mitigés. En fait, il en ressort une dissonance entre le discours officiel et les manifestations concrètes :

« Il y a toujours un soutien verbal et général mais quand vient le temps de plonger dans l'action... au niveau des autorités ministérielles, on ne sent pas qu'il y a une grosse volonté. » (Éducation, régional 3)

« J'aurais de la difficulté à dire un oui franc [priorité gouvernementale] parce que, bien que l'approche me semble bien présentée, bien articulée, les outils sont bons, mais j'ai l'impression qu'il y a un décollage qui ne se fait pas... quand on veut qu'une approche soit prioritaire, on lui donne les moyens de décoller adéquatement. » (Programme spécifique 2, régional 4)

#### 4.4.2. Connaissance de l'approche École en santé

Il ressort de l'analyse que les acteurs internes des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux ont une connaissance plus approfondie et plus détaillée de l'approche que les acteurs des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie. Ces derniers sont d'ailleurs moins nombreux à avoir suivi des ateliers de formation. Les répondants des deux réseaux décrivent l'AÉS comme une approche globale, à base scolaire, ciblant des déterminants multi-niveaux (jeunes et leurs environnements), se fondant sur une planification concertée, interpellant l'école, la famille et la communauté et visant à améliorer l'efficacité de la prévention et promotion de la santé chez les jeunes d'âge scolaire. Les représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie, pour leur part, en parlent essentiellement en termes de cadre de référence ou de cadre théorique en prévention et promotion de la santé, en insistant sur l'un des principes clés de l'approche, soit la concertation entre différents partenaires. Globalement, les représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie sont les plus critiques face à l'approche, la présentant comme abstraite et complexe, en raison notamment d'un manque de propositions concrètes et pratiques pour les milieux visés :

« ... c'est une approche. Alors une approche, ça a pas de moyens concrets, donc c'est un cadre théorique. Ma perception c'est que c'est un cadre théorique qui a sa raison d'être en tant que guide pour tracer des balises. » (Programme spécifique 3, régional 3)

« Bien premièrement, c'est un concept. Oui bien c'est un concept, c'est une approche, c'est... puis c'est là que ça devient peut-être difficile, ... c'est pas avant tout des actions concrètes. » **(Programme spécifique 2, national)**

« C'est tellement, pour moi, abstrait l'École en santé que je ne serais pas vraiment capable de vous l'expliquer. Moi, je suis capable d'expliquer mon programme (...) » **(Programme spécifique 3, régional 2)**

#### 4.4.3. Adhésion à l'approche École en santé

Les entretiens visaient à vérifier le niveau d'adhésion face à l'approche chez les différentes catégories d'acteurs puisqu'il s'agit d'une condition *sine qua non* de la réussite de sa dissémination et de son adoption. À cet égard, l'AÉS n'est pas en reste. L'analyse révèle qu'il existe une adhésion consensuelle quant aux principes et fondements de l'approche, notamment en ce qui concerne sa visée globale et concertée (éviter de travailler en silos et de dédoubler les interventions), la réflexion sur les pratiques actuelles afin d'en améliorer l'efficacité, et l'intérêt des jeunes mis au cœur des priorités. Cette adhésion est également présente chez les acteurs externes représentant les programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie :

« L'approche École en santé, en soi, a quelque chose de gagnant. » **(Programme spécifique 4, régional 2)**

« Tout ce cadre là, on est quasiment d'accord avec tout ce qui a été développé. » **(Programme spécifique 3, national)**

« La logique de la littérature, les meilleures pratiques, ça nous mène vers là. Pour moi, l'approche École en santé en soi est une des actions qui est gagnante et qui peut nous aider à s'y rendre. » **(Programme spécifique 2, national)**

#### 4.4.4. Positionnement au regard du déploiement actuel de l'approche École en santé

Malgré une adhésion massive à l'égard des fondements sur lesquels repose l'approche, les divers participants ont émis certaines réserves quant à la façon dont celle-ci se déploie actuellement.

##### 4.4.4.1. Perception de certains attributs de l'approche École en santé

Les propos des acteurs territoriaux des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux, ainsi que ceux des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie aux paliers national et régional, se rejoignent pour souligner le caractère plutôt abstrait et idéaliste de l'approche lorsque celle-ci est présentée :

« Il faut qu'ils y aillent avec plus de concret, sinon on perd notre monde. Il faut être capable de leur dire : “ Regardez, si vous appliquez l'approche École en santé, cela peut donner ça concrètement ”, il faut donner plus d'exemples de ce que cela donne une école en santé primaire et secondaire. » (Éducation, territorial 3)

Enfin, certains font également mention d'une certaine rigidité dans le mode de déploiement retenu. Cette rigidité serait à mettre en parallèle avec certains commentaires à propos du mode prescriptif qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux. Certains expriment d'ailleurs le souhait d'un changement de pratiques à cet effet, qui soit davantage conforme aux fondements de l'AÉS.

« C'est sûrement l'idéal qu'ils nous proposent, mais dans la réalité, ça ne se passe pas toujours comme ça. Il faudrait plus de souplesse. » **(Éducation, territorial 3)**

« ... l'AÉS ne doit pas être trop dogmatique dans la pratique. » **(Éducation, régional 1)**

« Si c'est encore une politique où on est très prescriptif et qu'on essaie d'implanter une démarche très spécifique, que ce soit l'activité physique ou l'alimentation, sans tenir compte du milieu de vie et d'une approche globale, on revient encore à des modes traditionnels qui ne sont pas les plus efficaces. » **(Santé, régional 3)**

Les propos des concepteurs de l'approche confirment cette vision plus prescriptive de l'AÉS. Selon eux, la démarche proposée représente un passage obligé pour obtenir les gains de santé souhaités et éviter de retomber dans les façons de faire traditionnelles, ce qui reviendrait au *statu quo* :

« On souhaiterait que cela soit planifié, coordonné, mis en œuvre dans l'esprit et avec les outils qu'on propose [...] Ma peur là, c'est qu'on retombe dans nos anciens réflexes pour aller plus vite, pour faire ce qu'on connaît le mieux, puis qu'on s'acharne pas à développer la rigueur que ça prend pour réellement mettre en œuvre cette approche-là. » **(INSPQ, national)**

Les acteurs du réseau de l'Éducation, ainsi que les répondants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie, estiment pour leur part que l'AÉS ne doit pas être présentée comme un programme « mur à mur » :

« Je pense qu'il faut être capable de leur dire : “ Vous pouvez commencer par cela ”, parce qu'ils se disent : “ Mon Dieu, il y a tellement de choses sur quoi on devrait travailler ”. Moi je dis : “ Commencez par une chose, une fois que ce sera bien en place, on ira vers d'autres facteurs clés ”. Il faut y aller par petits pas sinon on brusque les gens, et puis là l'approche leur fait peur. » **(Éducation, territorial 3)**

« Il y a un côté puriste, il y a un côté théorique qui est trop présent par rapport à de la souplesse puis par rapport à une vision à long terme aussi là. Bon O.K., l'idéal on veut ça, mais bon, il faut regarder ça là, sur dix, vingt ans là. » **(Programme spécifique 3, national)**

À cet égard, bien que plusieurs représentants des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux au palier territorial affirment que l'approche peut paraître exigeante et difficile à transposer dans la pratique, certains font mention d'une évolution positive à ce propos, surtout en lien avec la formation et l'accompagnement dispensés par l'équipe de formateurs de l'INSPQ. Comme nous le verrons dans la section qui suit, ils soulignent d'abord que des outils ont été développés pour aider les milieux à mieux intégrer l'approche au fonctionnement de l'école puis que des efforts ont été faits pour rendre les formations plus concrètes, bien qu'il y aurait encore place à l'amélioration.

#### 4.4.4.2. Perception du système d'offre

L'analyse du système d'offre se concentre sur l'infrastructure de soutien mise en place pour faciliter le déploiement de l'approche École en santé, sous l'angle de la formation et de l'accompagnement et de la concertation interministérielle. Nous avons mentionné précédemment que le soutien offert par l'équipe de l'INSPQ a d'abord pris la forme d'ateliers de formation pour évoluer progressivement vers de l'accompagnement de plus en plus ciblé et adapté aux différents contextes régionaux.

##### Appréciation de la formation et de l'accompagnement

Les résultats montrent que globalement, la plupart des participants considèrent la formation développée par l'équipe de l'INSPQ comme étant essentielle, bien construite et ayant su formuler, au fil du temps, des réponses de plus en plus précises aux interrogations concernant l'approche. La plupart des personnes ayant suivi les activités de formation les qualifie de pertinentes et d'intéressantes, en raison notamment de la qualité des formateurs de l'équipe de l'INSPQ, ceux-ci ayant su s'adapter et répondre aux besoins de leurs auditoires.

« Je pense qu'on peut pas avoir un dossier comme celui-là sans passer par toutes ces formations. C'est essentiel, c'est impératif, il faut passer par là pour bien s'approprier l'approche. » (**Éducation, régional 2**)

« Ce qui est intéressant dans l'ensemble des formations c'est que les formateurs, ils sont très ouverts. Ils adaptent au fur et à mesure de l'évolution dans le temps et ils sont très ouverts au niveau des particularités, des problématiques et des besoins de chacune des régions. » (**Programme spécifique, régional 1**)

L'offre de formation proposée en tandem par les formateurs, ainsi que les rencontres régionales et les ateliers de formation qui réunissent des personnes de la santé et de l'éducation, sont un élément apprécié qui semble favoriser la collaboration inter-réseaux. Ainsi, ces ateliers offrent aux participants l'occasion de se connaître, de développer une vision commune de la situation des jeunes ainsi qu'un langage commun. Ils permettent de briser l'isolement et de partager des expériences vécues dans différents milieux. Cette formule incarne symboliquement le dialogue inter-réseau qui est au cœur de l'approche, laquelle permet de rejoindre chacun des participants en trouvant des illustrations adaptées à leur vécu.

« ... c'est toujours très riche quand les gens ont cette opportunité de s'asseoir ensemble et d'échanger sur des enjeux qui sont communs. [...] Le fait qu'il y ait vraiment des activités structurées qui réunissent les gens des deux réseaux, moi ça je pense que c'est vraiment gagnant là. » (Éducation, national)

« Les formations communes, c'est gagnant. Nous qui sommes là depuis le début et qui voyons tout le monde, c'est extraordinaire le chemin parcouru depuis le début. Le fait d'avoir formé les gens ensemble, d'avoir développé les outils ensemble. » (INSPQ, national)

De l'avis de certains, les formations auraient également favorisé, dans certaines régions, le maillage entre les diverses organisations du milieu et le partage d'expériences positives en provenance du terrain.

« C'est nécessaire de comprendre l'approche. [...] La formation c'est un gros point, je suis allée à la formation, deux jours, j'ai trouvé ça hyper intéressant l'aspect du tandem. [...] Il y a un gros avantage de mettre les partenaires ensemble, ça donne une vision commune, une compréhension commune. Ça favorise le travail ensemble après. » **(Santé, territorial 1)**

« Les ateliers de sensibilisation d'une journée qui sont menées dans des milieux particuliers où sont sollicités les CSSS, les groupes communautaires, les écoles d'un secteur en particulier, d'un territoire en particulier : cela fait en sorte que les gens apprennent à travailler ensemble et c'est vraiment sur le terrain. Ces journées de sensibilisation m'apparaissent très efficaces. » **(Éducation, régional 1)**

Au plan structurel, la formation a favorisé l'établissement d'un réseau organisé de répondants régionaux pour l'AÉS dans l'ensemble des régions du Québec. Elle a aussi permis de fonder la collaboration future entre eux et les accompagnateurs des CS et des CSSS, lesquels sont désignés pour prendre le relais auprès des écoles participantes de leur territoire.

En ce qui a trait à l'accompagnement, il s'est développé dans le but de poursuivre le travail d'appropriation de l'approche en fournissant des outils spécifiques pour l'« opérationnaliser ». Selon les trois formateurs de l'INSPQ, il s'agit d'« un soutien beaucoup plus opérationnel » qui favorise l'expérimentation et l'échange sur « ce qui pose problème » :

« Il faut du temps pour s'approprier cela, pour assimiler [...] L'idée, c'est de pouvoir dès l'an prochain accompagner davantage ces gens qui ont été outillés, ... à partir des difficultés qu'ils ont, des bons coups qu'ils ont, dans une perspective de coaching, d'accompagnement “sur mesure” au niveau de certaines régions. » **(INSPQ, national)**

Par ailleurs, plusieurs participants ont mentionné que l'accompagnement est parfois en retard sur les besoins, notamment par manque de ressources. Ainsi, plusieurs participants aux paliers régional et territorial soulèvent le manque d'accompagnateurs pour satisfaire à la demande et le peu de temps disponible dans les écoles pour effectuer les changements qu'implique une telle approche.

« Dans les CS, il y a des gens qui vont venir aux formations mais après ça, c'est comme si le message est pas assez clair au niveau des gestionnaires pour les libérer, pour faire la tâche pour laquelle ils sont formés. [...] Disons que les modalités organisationnelles sont pas toujours propices à favoriser ça, il y a un travail à faire à ce niveau-là. » **(Santé, national)**

« Tout le monde est très motivé envers ça. Par contre, entre ça, puis d'arriver à du concret puis des choses efficaces... Il ne faut pas qu'on reste non plus dans le théorique puis dans l'échange, puis des réunions. Je pense que le défi, c'est de passer à l'action finalement. » **(Éducation, territorial 1)**

La mise en place de réseaux d'accompagnateurs au regard de l'AÉS, au sein d'une même région, a d'ailleurs vu le jour afin de prendre le relais aux paliers territorial et local. Plusieurs participants insistent sur l'importance d'un suivi accru dans chacune des régions et sur le besoin de régionaliser la formation et l'accompagnement, dans une perspective d'autonomie régionale. Certains d'entre eux ont déjà amorcé cette prise en charge bien que le défi semble plus grand dans les régions très peuplées. Le réseau d'accompagnateurs est également vu par certains comme un moyen de partager les expériences, les difficultés et les bons coups :

« On a des listes plus longues que ce qu'on peut accueillir dans une formation. Je pense qu'une autre amélioration ce serait dans le mode de formation, [...] les formateurs nationaux sont peu nombreux et sont bien sûr très en demande. Moi je pense qu'il faudrait penser à un mode pour que les régions soient plus autonomes dans leur formation. » **(Santé, régional 1)**

« Nous, on y va toujours à ces formations là dans l'optique que notre région devienne autonome, de pas être dépendants du national [...] On a participé à plusieurs formations et on les donne, nous, dans la région. » **(Santé, régional 2)**

Malgré l'appréciation positive de la formation et de l'accompagnement dans son ensemble, un certain nombre de réserves ont été formulées à leur endroit. Ainsi, en dépit de la qualité reconnue des formateurs, le message à livrer est parfois qualifié de trop complexe, trop théorique, demeurant centré sur les principes qui sous-tendent l'approche ou sur le processus plutôt que sur la façon concrète de l'intégrer dans le fonctionnement de l'école. Cette critique fait écho aux propos de certains représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie qui jugent la façon de présenter l'approche comme étant trop abstraite et formulée « comme un vœu pieux » **(Programme spécifique 3, régional 1)**. Certains commentaires provenant de participants ayant assisté à différentes formations font toutefois remarquer que les ateliers de formation se sont améliorés en cours de route :

« Quand tu présentes cela aux gens, c'est quelque chose de gros et les gens vivent des inquiétudes, beaucoup de questionnements et puis de la résistance par rapport à l'implantation de cette approche et moi ce qu'il manque à mon niveau à moi, c'est de le voir, c'est de le vivre sur le terrain. » **(Éducation, régional 2)**

« Il y a eu une certaine amélioration... [Les ateliers] deviennent de plus en plus pertinents : au début, ils ne l'étaient pas et là ils s'affinent, ils s'améliorent. » **(Santé, territorial 3)**

En ce qui a trait aux outils proposés pour appuyer la démarche de planification, si la plupart reconnaissent leur pertinence et leur qualité, certains les considèrent trop laborieux pour être utilisés tels quels par le milieu scolaire :

« ... c'est gros, c'est lourd, on se dit qu'on va les écraser avec cela. Donc, il faut retravailler l'outil pour l'épurer. Ils nous donnent l'idéal mais des fois l'idéal, cela peut démotiver du monde de terrain. » **(Santé, territorial 3)**

De plus, même si l'effort de planification de la formation est reconnu de tous, nombreux sont les participants qui ont déploré les délais dans la production des outils, situation qui est d'ailleurs reconnue par les formateurs de l'INSPQ. Un répondant a également souligné qu'il serait souhaitable

de proposer également d'autres outils pour faciliter le changement de comportement sur le plan professionnel, lequel serait nécessaire à l'implantation.

« C'est très très bien... les outils qui sont développés par l'Institut, c'est très pertinent, c'est très efficace. Par contre, un irritant, c'est que c'est long avant que les outils soient rendus disponibles... puis pas à cause de l'équipe nationale de formation; c'est à cause de toute la mécanique ministérielle... des longueurs au niveau de la bureaucratie des ministères, ... C'est un peu démotivant. » **(Santé, régional 2)**

« Les outils d'analyse de la situation, de prise de décision, sont des outils vraiment complets, très bien construits. Ce qui manque, ce sont des habiletés pour gérer la résistance [...]. Les gens doivent eux-mêmes changer leurs pratiques... et cela demande vraiment des changements d'identité, des changements dans les façons de faire et en cela je trouve qu'ils ne sont pas assez outillés. » **(Santé, régional 1)**

Un thème récurrent et convergent dans les propos des participants concerne le fait que le déploiement de l'approche est une démarche à long terme. Ils soutiennent que pour parvenir à un véritable changement dans les pratiques, l'accompagnement doit être maintenu sur une période de temps assez longue pour renforcer les acquis et favoriser davantage l'appropriation de l'approche par les milieux. Le message des participants est unanime à ce sujet, du national au territorial :

« Ça va prendre du temps... J'espère qu'on va laisser le temps à tout ça de se mettre en place, parce qu'on a tendance, surtout au gouvernement, à faire des changements assez souvent, puis là, quand on est arrivé à des résultats prometteurs ou qui étaient positifs... oups! On se revire vers une autre façon de faire. » **(Programme spécifique 4, national)**

« Ce qui serait dangereux, ça serait de couper l'accompagnement; ça veut pas dire par exemple qu'il faut donner l'accompagnement tout le temps au même rythme. [...] quand on veut que des équipes s'engagent, il faut les soutenir, les accompagner, pas juste en termes de personnes, mais en outils, instrumentation. [...] partager les bons coups, être capable de s'enrichir les uns, les autres. » **(Éducation, national)**

#### La concertation interministérielle : une volonté difficile à transposer dans la pratique

Selon les propos exprimés par l'ensemble des participants des deux réseaux au palier national, la volonté de travailler davantage en collaboration, de développer des liens de confiance, d'harmoniser le langage et les pratiques inter-réseaux semble manifeste :

« Au niveau de nos deux ministères, au central, ... on a mis beaucoup d'énergie à faire en sorte d'avoir un langage commun le plus possible... puis d'harmoniser les gestes que nous posons... » **(Éducation, national)**

« Bien qu'au niveau national les relations entre les deux réseaux soient bonnes, la communication inter-réseaux devrait être améliorée afin de dissiper la confusion et assurer la cohérence des messages. » **(Santé, national)**

Une fois que cette volonté ou nécessité de collaborer et de se concerter est exprimée, chacun fait état des difficultés concrètes à la mettre en pratique : « ... *on se rend compte que pour plein de raisons, encore une fois, on éteint des feux et on ne se trouve pas de temps pour planifier, coordonner nos affaires.* » (**INSPQ, national**). De plus, il existe une opinion fort contrastée entre les deux réseaux à propos des mécanismes mis en place pour favoriser la coordination et la concertation entre les différents acteurs responsables du déploiement au palier national. Ainsi, la nouvelle structure mise en place en 2006 pour gérer le déploiement de l'AÉS est jugée positivement par les intervenants du MELS car elle permettrait un meilleur équilibre entre les préoccupations des deux réseaux :

« [Avant] c'était surtout des gens de la Santé qui étaient présents, plus que ceux de l'Éducation, et c'était le seul mécanisme de fonctionnement... [On souhaitait] que l'Éducation soit mieux positionnée puisque c'était une responsabilité partagée. C'est pour ça qu'on a repensé les structures de fonctionnement. » (**Éducation, national**)

« ... on a encore du chemin à faire... pour que ça coule, mais moi je trouve que c'est un plus en ce moment. [Les 2 ministères] ont bien d'autres priorités aussi; c'est pas toujours facile de trouver le temps pour se réunir, mais je pense qu'on a accompli des pas significatifs dans l'amélioration de notre fonctionnement. » (**Éducation, national**)

À l'opposé, les représentants de la santé et des services sociaux expriment clairement leur insatisfaction à l'égard de la nouvelle structure qu'ils jugent moins fonctionnelle que la précédente. Celle-ci n'aurait permis aucun échange entre le MSSS, le MELS et l'INSPQ, depuis sa mise en place.

« On aurait voulu avoir une structure où les décideurs auraient été plus partie prenante,... faute de temps, faute d'y croire, faute de bien comprendre c'est quoi, ça fait un certain temps qu'on s'est pas vu. Il y a des attentes de part et d'autre qui ne sont pas comprises. Nos rôles ne sont pas clairs, alors c'est beaucoup de déception ». (**INSPQ, national**)

La difficulté de se doter d'une structure de concertation efficace et satisfaisante entre les instances nationales des deux réseaux se répercute sur la perception des participants des paliers régional et territorial. Ceux-ci déplorent en effet le manque de concertation entre les instances nationales du réseau de la santé et des services sociaux et celles du réseau de l'éducation. Tous les répondants des paliers régional et territorial sont d'avis que la concertation inter-réseaux constitue une condition essentielle au succès du déploiement de l'approche. Cependant, de l'avis de certains, la concertation des deux réseaux au palier national serait insuffisante pour soutenir efficacement le déploiement de l'approche :

« A un moment donné, il y avait une présentation dans le cadre de l'approche Écoles en santé, dans le cadre d'une annonce ministérielle..., on ne voyait que le ministère de la Santé. Cela concernait également l'Éducation... Cela m'amène à penser que cela prendrait une meilleure concertation, un meilleur maillage entre les deux ministères et il faut que cela parte d'en haut, ... il faut que les ministres en haut présentent une image de cohérence, de cohésion, de concertation, de partenariat aux yeux de la population qui s'en sert après cela, ... il faut que les leaders y croient si on veut pouvoir le vendre après cela dans nos ministères respectifs. » (**Éducation, régional 2**)

« C'est là qu'on voit l'importance que les deux réseaux travaillent ensemble parce qu'il y a ces échanges, il y a des manières de faire tant pour le réseau de l'éducation que le réseau de la santé. Faut donc travailler ensemble pour que ce soit un succès. » **(Santé, régional 2)**

« Pour être efficace, il faut travailler de concert parce que cela concerne autant la santé que l'éducation »; « Si c'était juste un des deux, je pense qu'on manquerait notre coup. » **(Éducation, territorial 3)**

La concertation inter-réseaux aux paliers régional et territorial semble plus effective bien qu'il faille mentionner que la situation décrite ici n'est pas nécessairement valable pour toutes les régions du Québec car de l'avis d'un formateur de l'équipe de l'INSPQ, il existe une grande variation régionale en ce qui a trait à la coordination et la concertation inter-réseaux : « *Il y a des régions où les gens se voient... et d'autres régions où les gens ne se voient pas, où ce n'est pas coordonné, où on marche encore en silo, on n'arrive pas à changer nos réflexes* ». Dans les régions où ont eu lieu les entretiens, les ententes formelles signées entre les deux réseaux semblent avoir favorisé la concertation en ce qui a trait au déploiement de l'AÉS. De plus, ces ententes sont souvent élaborées au sein de structures de concertation régionales, dont certaines sont antérieures à l'AÉS, qui incluent les deux réseaux mais aussi d'autres partenaires dans certaines régions.

« D'avoir une entente signée entre les deux réseaux, c'est vraiment un élément clé pour favoriser l'adoption de l'approche. » **(Santé, régional 1)**

« C'est ça le gros avantage, c'est qu'on a un comité de coordination de gestionnaires puis on est là pour mettre cartes sur table, c'est quoi les besoins, les difficultés puis on se réajuste. Avoir ce mécanisme-là est à mon avis, au moins dans la phase de déploiement, quelque chose d'incontournable. » **(Santé, régional 3)**

Les répondants régionaux font également mention des efforts déployés pour dégager des consensus et des ententes entre les deux réseaux :

« Tout le monde savait que cela demanderait des efforts, du travail de longue haleine, que ce n'est pas quelque chose qui se faisait en quelques mois. Il y en a des tensions mais elles se gèrent, elles s'expriment [...] Je ne vois pas comment cela aurait pu être autrement. » **(Santé, régional 1)**

« ... l'entente de partenariat a pris un an et pour faire cela, il fallait mobiliser beaucoup de gens, il fallait nettoyer beaucoup de concepts et obtenir des consensus par rapport à des responsabilités partagées par les différents acteurs. [...] Donc l'entente elle-même, ce n'est pas juste un document, c'est le processus qui nous a conduits à l'entente qui en a découlé après pour la faire connaître. Moi je pense que celle-là est plus importante. » **(Éducation, régional 3)**

### Deux conceptions différentes de l'approche École en santé

Le débat et la dissidence à propos des structures de concertation au palier national apparaît symptomatique d'un malaise plus profond qui a trait à la priorité relative de l'AÉS dans chaque organisation (MELS, MSSS et INSPQ) et à la façon de la déployer. L'analyse suggère que le fait

d'adhérer aux principes qui fondent l'AÉS ne conduit pas nécessairement à la soutenir avec la même intensité et à en faire une priorité d'action. En fait, la façon de concevoir son déploiement est différente chez les participants au palier national des deux réseaux (MSSS et MELS). Ainsi, lorsque les acteurs du MELS parlent de l'AÉS, ils insistent davantage sur les principes clés de l'approche, tels qu'une meilleure intégration des activités en prévention et promotion de la santé, une planification concertée et une réflexion sur ce qui se fait dans les écoles, que sur l'étiquette « AÉS ». Selon ces derniers, d'autres approches s'inspireraient des mêmes principes et viseraient des objectifs analogues. Selon leurs propos, l'AÉS traduirait une « *façon de faire* » pouvant être introduite par d'autres véhicules qui en partagent les mêmes principes et qui sont déjà présents dans le milieu scolaire. Dans ce cas-ci, il semble qu'on lui reconnaisse sa valeur en tant que façon d'intervenir mais moins son avantage relatif vis-à-vis d'autres approches ou programmes existants.

« ... si on comprend bien l'esprit qui imprègne le renouveau pédagogique, une école qui appliquerait très bien le renouveau pédagogique, quelque part ferait de l'approche École en santé [...] J'ai bon espoir que, sous l'appellation Approche École en santé ou sous une appellation autre, les perspectives qu'on a dans l'approche vont s'instaurer progressivement au Québec. » (**Éducation, national**)

« ... moi je pense qu'il faudra pas regarder la pénétration de l'approche École en santé uniquement par l'appellation. Il peut y avoir finalement différents modèles qui se développent. En fait, l'approche en santé est un modèle global, c'est pas un modèle très très spécifique. » (**Éducation, national**)

Pour les participants du réseau de la santé et des services sociaux, il en est autrement. Leurs propos laissent entendre que l'AÉS permet d'éviter qu'il y ait une confusion entre une approche globale en promotion de la santé et d'autres activités de promotion de la santé en milieu scolaire. On peut faire ici un parallèle avec la distinction que les anglophones font entre *Health Promoting School* (approche globale en promotion de la santé) et *Health Promotion in Schools* (interventions de promotion de la santé en milieu scolaire). L'AÉS représenterait ainsi la référence pour parler de ce type d'approche globale et concertée dans le domaine de la prévention et promotion de la santé. On la présente comme le cadre auquel on devrait se référer afin d'éviter le travail en silos qui est décrié par les deux réseaux. À ce propos, les répondants du réseau de la santé et des services sociaux déplorent le fait que les mesures gouvernementales en promotion de la santé offertes au milieu scolaire ne sont pas toujours mises en relation avec l'AÉS, ce qui perpétuerait, selon eux, le cloisonnement et la fragmentation des interventions destinées aux jeunes d'âge scolaire.

« Les actions dans les saines habitudes de vie qui sont dans le plan gouvernemental ou autre, ça devrait s'insérer à l'intérieur de l'approche. Au niveau des deux ministères, on devrait vraiment avoir toujours cette vision d'ensemble pour avoir un message cohérent à livrer au niveau régional, local. [...] J'ai le sentiment que les efforts d'intégrer les choses là, il reste encore beaucoup à faire à ce niveau-là. » (**Santé, national**)

« On voit aussi arriver une politique sur les saines habitudes de vie, puis une politique sur l'alimentation, puis une politique sur ci, puis une politique sur ça, qui fait en sorte que finalement on se divise plutôt que d'avoir cette approche “ englobante ” là dont on

a besoin. L'approche est intéressante, mais elle risque d'être noyée dans les prochaines années dans d'autres approches qui vont sensiblement viser des objectifs identiques... » **(Programme spécifique 1, national)**

On pourrait exprimer ces différentes façons de concevoir l'AÉS en disant que pour les instances responsables du déploiement de l'AÉS au MELS, celle-ci constitue « une approche parmi d'autres » et que l'important ce sont les fondements, peu importe que ce soit l'AÉS ou une autre qui les véhiculent. N'étant pas centré uniquement sur des objectifs de santé, le réseau de l'éducation ne privilégierait donc pas cette approche plutôt qu'une autre. Pour les promoteurs de l'AÉS du réseau de la santé au national, l'AÉS constitue LA référence afin de s'assurer que ces fondements soient pris en compte, notamment pour les activités de prévention et promotion de la santé. Tel que nous ne le verrons ci-après, cette différence de conception s'accompagne d'une différence entre le positionnement des réseaux à l'égard du déploiement de l'approche.

En lien avec ce qui précède, un thème récurrent ressort de l'analyse, à savoir l'écart entre le principe d'intégration promu par l'AÉS et les décisions gouvernementales concernant les actions en prévention et promotion de la santé. Bien que tous les participants adhèrent au principe d'intégration promu par l'AÉS, les actions en prévention et promotion de la santé sont encore proposées de manière indépendante et cloisonnée. Ce manque d'arrimage au niveau des plus hautes instances ministérielles est souligné et déploré par différents acteurs du réseau de la santé, à tous les paliers, et par certains acteurs de l'éducation aux paliers régional et territorial. Selon eux, cette situation entraînerait une dépense d'énergie inutile pour les intervenants sur le terrain à qui il revient actuellement d'effectuer ce travail d'arrimage entre les différents programmes offerts.

« Ce que je déplore... c'est tout le problème de cohésion ou la préoccupation de cohérence, de livrer des messages clairs, cohérents [...] J'aimerais que nos gestionnaires possèdent davantage cette vision intégrée. Ils font des efforts, mais il y a encore beaucoup à faire. » **(Santé, national)**

« Bon, il y a toute cette approche là multisectorielle, communautés, etc. Par contre, on dirait lorsqu'on arrive à la fin avec l'action concrète, oups! Là on retombe dans les systèmes habituels de chaque ministère, puis on redescend en silos [...] La logique du système qui continue à travailler en silos, qui occasionne de l'éparpillement, un manque d'intensité et de continuité à long terme. » **(Programme spécifique 2, national)**

« ... nos propres ministères vont avoir un bénéfice à regarder c'est quoi vraiment École en santé parce que là, ils nous débarquent encore des activités ponctuelles qui sont pas accrochés avec rien [...] Ils vont avoir eux autres aussi à faire du changement là dans leur manière de faire... » **(Santé, régional 2)**

#### La perception d'un déséquilibre sur le plan financier et politique à l'égard du déploiement de l'approche École en santé

Malgré une reconnaissance unanime de la nécessité d'un déploiement à long terme et de la pérennité de l'accompagnement en lien avec l'AÉS, nous avons relevé deux autres points de divergence entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du réseau de l'éducation. Le premier a trait

au soutien financier nécessaire pour un déploiement optimal de l'approche aux paliers territorial et local et le deuxième concerne son rythme de déploiement. En ce qui a trait au soutien financier, mentionnons tout d'abord que tous les participants des deux réseaux, au palier national, jugent que le financement actuel pour soutenir le développement et l'offre de formations et d'accompagnement par l'équipe de l'INSPQ est satisfaisant. La dissidence se situe au niveau du soutien financier à apporter aux paliers territorial et local, lequel est qualifié de nettement insuffisant par les participants des instances nationales de la santé alors que ceux de l'éducation ne partagent pas ce point de vue.

Les autorités du MELS mettent davantage l'accent sur le soutien en termes de « façon différente de travailler » avec les acteurs du milieu que sur l'ajout de ressources financières ou humaines. Le soutien financier n'est pas vu comme étant LA solution pour un déploiement optimal. Ils jugent que l'approche devrait se déployer à l'intérieur des structures existantes, avec les ressources déjà octroyées en prévention et promotion de la santé. Ceux-ci font d'ailleurs mention de la possibilité de faire appel à une mesure du MELS qui offre un soutien aux priorités régionales. Il serait ainsi possible d'avoir accès à des fonds permettant notamment de libérer des intervenants pour qu'ils assistent aux formations.

« Pour l'Éducation, c'est une priorité avec très peu de sous. [...] On est peut-être aussi un peu victimes de ce qu'on a élaboré... en disant bien, elle doit s'insérer à l'intérieur de ce qui existe déjà, à l'intérieur de l'école et elle est bonifiée par les partenaires... Ce que l'approche propose c'est une façon différente de travailler avec ces ressources là. »  
**(Éducation, national)**

« Globalement, il [soutien financier et ressources humaines] est quand même suffisant et correct parce que ce qui est le plus important, c'est que les milieux changent de mentalités et puis même si on doublait les équipes de formation, puis qu'on doublait le temps disponible pour la formation, puis qu'on doublait les productions, les gens auraient pas plus de temps pour s'y consacrer... il faut accepter de prendre le temps et c'est souvent une question d'une génération là. » **(Éducation, national)**

Ce point de vue est très différent de celui qui prédomine chez les promoteurs de l'approche dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces derniers mettent le financement au premier plan des conditions de réussite du déploiement de l'approche. Bien qu'ils reconnaissent qu'il y a un financement substantiel au palier national pour développer l'approche, ils insistent sur l'insuffisance du financement pour l'ampleur de la tâche, aux paliers territorial et local :

« Le financement a surtout été au national pour développer l'approche, bon, c'était à ses débuts, c'est normal, alors que là, oui, il faut développer l'approche, c'est beau de faire des guides, d'avoir de la formation, d'accompagner, mais il faut aussi avoir du monde sur le terrain pour la faire cette approche-là! Donc du monde concrètement, qui vont dans les écoles, qui vont soutenir les écoles, à revoir leur pratique... » **(INSPQ, national)**

Aux paliers régional et territorial, tous les participants soulignent que le soutien financier est nécessaire pour appuyer les intervenants scolaires et les accompagnateurs des CSSS et des CS. Plusieurs déplorent le fait qu'il soit souvent insuffisant. Les régions qui semblent connaître un certain succès dans le déploiement sont celles qui ont investi des ressources financières et qui ont tenté de

rééquilibrer la participation financière entre les deux réseaux. À cet effet, certains suggèrent une cogestion des budgets :

« Si on parle de coresponsabilité aux MSSS et MELS pour la mise en œuvre de cette approche, les ressources budgétaires devraient être aussi partagées... On parle d'École en santé comme outil mobilisateur, on ne peut pas faire autrement que de parler d'incitatif financier. Du côté de l'Éducation, on n'en a pas... D'après moi, il y a un déséquilibre... Comme c'est notre co-responsabilité de la mettre en œuvre cette approche, cela devrait être une cogestion des budgets. » **(Éducation, régional 1)**

Plusieurs s'inquiètent de la fragilité du déploiement de l'approche, surtout si l'on tient compte du fait que ce dernier requiert du temps et que les ressources nécessaires ne sont pas toujours disponibles :

« Ce qui est favorable, c'est la libération de personnes pour qu'on puisse se concerter parce que la concertation cela coûte quand même quelque chose en libération. » **(Éducation, territorial 2)**

« Ce que je crains par contre, c'est que si l'on prend trop de temps, cela peut se perdre dans la brume. C'est toujours fragile, cela peut s'implanter mais c'est toujours très fragile. Il faut être là pour soutenir les milieux, rappeler, restimuler par de nouveaux produits, de nouveaux outils, de nouvelles formations, du nouveau contenu. » **(Éducation, régional 3)**

La façon différente de concevoir l'AÉS et la dissidence à propos du soutien financier nécessaire à son déploiement se traduit dans la pratique par un déséquilibre entre les deux réseaux au plan des ressources financières investies et en termes de soutien politique manifeste à l'égard du déploiement de l'approche. La plupart des participants des deux réseaux et des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie font état de ce déséquilibre. Plusieurs participants ont donc l'impression que l'AÉS « c'est l'affaire d'un seul secteur », celui de la santé et des services sociaux, et non une mesure conjointe. L'AÉS ne serait pas une priorité exprimée aussi clairement par le MELS. Selon certains participants, les différences dans la reddition de compte des deux ministères à propos de l'AÉS illustreraient la différence de priorité accordée à celle-ci. Ce déséquilibre entre les deux réseaux semble créer des tensions et des messages contradictoires pour les milieux d'intervention. Nombreux sont ceux qui perçoivent un déploiement à deux vitesses.

« École en santé, c'est beaucoup plus l'affaire de la Santé que de l'Éducation. La Santé est prête à cent milles à l'heure alors que, malgré son ouverture à l'AÉS, je suis pas certain que le scolaire est prêt à cent milles à l'heure. » **(Programme spécifique 4, régional 1)**

« C'est une priorité gouvernementale au niveau du MELS, cela fait partie du plan stratégique 2005-2008... mais en même temps, les écoles n'ont pas de reddition de comptes à faire par rapport à cette approche. Donc, on pourrait décider d'implanter autre chose et ce serait correct aussi... » **(Éducation, régional 2)**

« On sent que le “lead” est beaucoup au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'INSPQ qui est très omniprésent là-dedans [...] on ne sent pas du côté de l'Éducation autant de volonté politique d'aller de l'avant... bien que ça c'est

quand même amélioré un petit peu. Il faut s'assurer que le MELS fasse sienne l'AÉS plus formellement. » **(Santé, régional 3)**

« À l'heure actuelle, le financement est beaucoup plus élevé dans le réseau de la santé que dans celui de l'éducation, ce qui fait que nos accompagnateurs du réseau de la santé ont plus de temps que ceux de l'éducation. Par contre, on leur demande de travailler ensemble en duo. » **(Santé, régional 2)**

#### La perception d'un rythme de déploiement à deux vitesses

Un autre point de divergence entre les acteurs des instances nationales se rapporte au rythme de déploiement de l'approche. Les représentants du MELS insistent sur le fait qu'il faut être patient et continuer à informer, à sensibiliser, à accompagner, et que ce sera aux écoles à évaluer la pertinence d'adopter l'approche. Certains d'entre eux mentionnent que des stratégies structurelles comme la formation des maîtres aideront à effectuer le changement de mentalités et de pratiques préconisées par l'AÉS. D'autres insistent sur le fait qu'il y aurait un risque à vouloir « forcer les choses », à imposer aux écoles une approche, ou encore à embrasser trop large en termes de déploiement :

« Il va falloir être patient,... ça va demander du temps,... ça va demander une action respectueuse de part et d'autre. On a différents partenaires à interpeller [...] c'est quelque chose qui ne s'implante pas à court terme mais je pense que, à long terme, on devrait y arriver. » **(Éducation, national)**

Les répondants du réseau de la santé et des services sociaux, quant à eux, reconnaissent que le déploiement de l'AÉS est un processus qui exige une action d'envergure, à long terme, mais ils expriment également une urgence d'agir et de mobiliser rapidement les écoles afin que le plus grand nombre d'entre elles l'adopte. L'obligation de reddition de compte et de démonstration d'efficacité au MSSS explique peut-être en partie un rythme de déploiement plus accéléré que celui adopté par le MELS. Certains propos laissent entendre que la vitesse de déploiement adoptée par les promoteurs de l'approche dans le réseau de la santé et des services sociaux pourrait être associée à la peur de perdre l'appui des instances décisionnelles :

« Le risque, c'est que les portes se ferment et qu'on perde tout ce qu'on a fait. Moi c'est la peur que j'ai... Je me dis : “ Il faut absolument qu'on arrive à démontrer quelque part qu'on a une efficacité. [...] ” Comme n'importe quel produit, il faut le mettre en marché, on n'a pas le droit d'arrêter et si on cesse la pression, on va perdre. » **(Santé, national)**

La perception que le rythme préconisé par le réseau de la santé et des services sociaux ne convient pas nécessairement au réseau de l'éducation est partagée par les acteurs des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie ainsi que par différents acteurs des paliers régional et territorial. Plusieurs ont l'impression d'un rythme de déploiement à deux vitesses. Principalement au palier territorial, plusieurs participants ont dit souhaiter que le processus se fasse de façon progressive et réaliste en respectant la capacité des milieux de mettre en œuvre les différentes étapes :

« Il faut pas s'imaginer qu'on va partir toutes les écoles en même temps, il faut se donner les moyens financiers et avoir les ressources pour le faire. » **(Éducation, régional 2)**

« Chaque territoire a des plans de déploiement, fait que le déploiement va se faire graduellement avec les années parce qu'on ne peut pas le partir dans toutes les écoles en même temps, c'est impossible. [...] Il faut respecter la politique des petits pas... c'est pas du mur à mur... puis qu'il faut adapter. » **(Santé, régional 2)**

« ... il faut que les attentes du ministère de la Santé soient un petit peu réduites par rapport aux écoles, ou alors tiennent compte du rythme de chacun pour vraiment aider les intervenants scolaires à aider les jeunes. La résistance ne se manifeste pas à adopter ou non l'approche... La résistance va se manifester davantage en ce qui concerne le calendrier de déploiement. Parfois cela semble aller trop vite, il faut ralentir... cela ne doit pas être une course contre la montre. » **(Éducation, régional 1)**

« C'est sûr qu'il faut regarder la capacité qu'on a à déployer l'approche, puis être réaliste, puis y aller selon la vitesse de croisière que les écoles veulent bien aller dans leur contexte, il y a quand même pas mal d'enjeux à l'intérieur de ça. » **(Programme spécifique 4, régional 1)**

« On a des déchirements, des tensions entre le milieu de la santé et le milieu de l'éducation. Le milieu de la santé veut aller plus vite que l'école est prête à aller souvent. Ce qui me fait peur, c'est qu'en laissant aller trop rapidement certains milieux..., sans contrôler la qualité de ce qui se fait par rapport à Écoles en santé, on peut avoir un effet paradoxal. » **(Éducation, régional 3)**

#### L'insuffisance de leadership au niveau des instances ministérielles

Plusieurs participants soulignent l'importance des personnes en autorité pour mobiliser les différents acteurs, les intéresser et les impliquer face à l'approche École en santé. Ils se questionnent toutefois sur la capacité actuelle des autorités ministérielles à influencer et à mobiliser les divers acteurs concernés par l'AÉS :

« Si on avait une volonté réelle des hauts gestionnaires, tous les autres paliers de la gestion recevraient des attentes et des priorités et cela se mobiliserait. Là c'est l'inverse, c'est la base qui pousse pour faire vivre École en santé. » **(Éducation, régional 3)**

« Il [faut] du leadership individuel, au niveau des professionnels qui sont responsabilisés par rapport à ça, mais aussi au niveau des gestionnaires. C'est un élément majeur. Ça prend des personnes qui sont beaucoup investies puis qui en font une cause sans être des intégristes, qui sont capables de voir qu'il y a d'autre chose, puis qu'il y a des arrimages à faire,... des “ leaders ”. » **(Santé, national)**

#### L'importance de reconnaître l'expérience terrain et les actions déjà en place dans les milieux

Certains participants, surtout chez les représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie, soulignent l'importance de reconnaître l'expérience et les contributions potentielles des divers intervenants sur le terrain. Selon eux, cette reconnaissance ne serait pas toujours présente chez les promoteurs de l'approche au palier national et dans certaines régions. À cet égard, certains représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie ont

exprimé le souhait que leurs compétences « terrain » soient davantage mises à profit et qu'ils soient considérés comme des « acteurs légitimes » par les promoteurs de l'approche :

« Il ne faut jamais oublier non plus qu'il y a beaucoup de choses qui se font dans le milieu scolaire actuellement... on ne part pas à zéro non plus. Il faut partir de ce qui existe, je pense qu'on n'invente pas quelque chose non plus. C'est une très bonne approche parce que c'est une approche globale. [...] il faut vraiment prendre en compte qu'au fil du temps le milieu scolaire a développé aussi selon ses priorités, ses besoins, des milieux qui font de l'approche École en santé sans toutefois avoir l'étiquette École en santé. » **(Éducation, régional 1)**

« Il y a une vision qui n'est pas présente chez les porteurs de l'AÉS... assez générale là, provincial et dans plusieurs endroits au régional, c'est de venir s'appuyer sur des partenariats ou des structures déjà existantes. » **(Programme spécifique 2, national)**

« On aimerait qu'ils fassent plus confiance aux intervenants terrain puis qu'ils les appuient... » **(Programme spécifique 3, national)**

Enfin, quelques répondants du réseau de la santé et des services sociaux font part de leur impression que certains acteurs du réseau de l'éducation craignent une ingérence du réseau de la santé et des services sociaux dans les écoles. La crainte que l'école ne serve que d'instrument, de commodité pour faire de la prévention semblerait toujours présente malgré les efforts pour qu'il en soit autrement :

« ... même si on fait tous les efforts depuis au moins cinq ans de travailler main dans la main avec eux, ils [acteurs du réseau de l'éducation] perçoivent [toujours] que c'est une approche de la santé... il faut y aller très prudemment parce qu'il y a une peur constante de l'ingérence. » **(INSPQ, national)**

#### 4.4.4.3. Perception du système d'usage

##### La peur de perdre son autonomie professionnelle

Les acteurs du palier national ne sont pas sans percevoir les préoccupations émanant des acteurs des paliers régional et territorial. C'est notamment le cas en ce qui a trait à la crainte de perdre certains acquis chez les intervenants qui sont responsables de dossiers spécifiques :

« Il y a toutes les craintes des gens de perdre leur autonomie du côté de la santé quand les gens sont dans un dossier. C'est menaçant, il y a de la résistance : “ Bon ben là je vais perdre ma spécificité. ” » **(INSPQ, national)**

Du côté du réseau de l'éducation, c'est la question de la compatibilité de l'approche avec le nouveau pédagogique qui a été fréquemment soulevé. Le fait que l'AÉS arrive dans un contexte de changement majeur pour le milieu scolaire qui doit gérer l'implantation du nouveau pédagogique, peut être perçu par certains, soit comme un facteur facilitant, soit comme un frein à l'adhésion et au déploiement de l'approche :

« Au même moment où on aborde toute la question de l'école... l'approche École en santé, on arrive dans une même période où on est en train d'implanter le nouveau pédagogique. [...] c'est tout le virage que doit prendre l'école actuellement. Ça peut

être autant un avantage d'arriver au même moment qu'un désavantage dépendant des milieux... ça fait beaucoup de travail pour les milieux. C'est une nouvelle façon de voir les choses. » **(Éducation, national)**

« En ce moment, le milieu scolaire est mobilisé de toutes sortes de manières, beaucoup par le nouveau pédagogique qui est... sa raison d'être principale là, et c'est très exigeant pour le réseau scolaire; ce nouveau implique justement des changements de pratiques et de mentalités du point de vue de la concertation, du point de vue du travail en collaboration, du partage d'objectifs, d'évaluations conjointes,... un ensemble de perspectives qui sont de même nature que ce que propose l'approche École en santé. [...] si on arrive avec une approche qui semble un petit peu en parallèle de ce que l'école a à faire, ... c'est un obstacle important. » **(Éducation, national)**

#### La crainte d'une surcharge et d'une complexification des tâches de travail

Les participants ont soulevé la crainte que l'AÉS entraîne une surcharge et une complexification des tâches de travail pour les intervenants des écoles :

« Au niveau de l'école, les profs ils ne veulent pas à cause de la surcharge, ils trouvent déjà qu'ils en ont gros sur les épaules. C'est quand même quelque chose et ils en ont plein leur chapeau avec la réforme, ils ont bien d'autres affaires... Ce n'est pas un bon "timing". C'est sûr qu'il y a des directions qui voudraient mais on sent que l'équipe école n'est pas là. » **(Santé, territorial 3)**

« Les écoles, ce qu'elles disent c'est : " Les comités, il y en a déjà 3-4-5 dans l'école, cela va en faire un autre de plus et c'est pas du temps qui va être nécessairement reconnu dans la tâche. C'est un surplus". Étant donné cela, il y a des écoles qui décident de ne pas embarquer. » **(Éducation, territorial 2)**

« C'est sûr que d'amener de quoi en lien avec le nouveau pédagogique comme ça,... avec la lourdeur que le nouveau amène en ce moment, ... on peut s'attendre à ce que les gens grimpent peut-être un peu et qu'ils soient apeurés de se retrouver avec des nouvelles tâches encore... complexifier leurs tâches finalement alors que c'est le contraire qu'on veut faire. » **(Éducation, territorial 1)**

#### Difficultés reliées à la gestion du changement

L'AÉS requiert de nouvelles façons de faire pour les intervenants scolaires alors qu'ils doivent maintenir certaines tâches. Certains participants font mention de difficultés à gérer le changement en raison du peu de marge de manœuvre que leur laissent leurs nombreux dossiers ainsi que du peu de temps et de ressources financières disponibles pour le développement de nouveaux dossiers :

« Si on reçoit, tu sais, toutes sortes de mandats, bien il faut aussi qu'il y ait une concertation en haut des intervenants terrain. [...] c'est une difficulté, c'est une réflexion à faire puis comment on peut faire ce changement là puis comment gérer tout ça. » **(Santé, territorial 1)**

#### 4.4.4.4. Perception du contexte externe

Lors des entretiens, nous avons demandé aux participants de nous faire part des éléments qui pouvaient favoriser ou freiner le déploiement de l'approche. Mis à part les éléments mentionnés précédemment, plusieurs participants des deux réseaux et des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie, aux divers paliers, ont exprimé un certain scepticisme et « désenchantement » quant aux fréquents changements d'orientations gouvernementales. Ces changements mineraient les énergies des intervenants et auraient un effet démotivant car ceux-ci se verraient contraints à tout recommencer à chaque fois que ces changements surviennent. Ce contexte aurait pour effet de générer des doutes et des incertitudes quant à la possibilité d'implanter l'AÉS, qui est reconnue comme une approche qui se déploie à long terme.

« ... parce que ce qu'on entend, c'est : “ Ah! Encore un nouveau programme, encore une nouvelle affaire, encore une affaire qui va tomber dans cinq ans là. ” » **(Santé, territorial 2)**

« Ce qu'il y a de risqué, c'est qu'à force de réajuster le tir puis de changer de programme, c'est qu'on épuise les gens sur le terrain. [...] Nos collaborateurs, eux autres sont tannés qu'on change tout le temps d'idée. » **(Programme spécifique 1, national)**

« Au niveau de l'éducation, ça n'a pas été facile, au niveau provincial, de mobiliser École en santé pour “ x ” raisons. Un, à cause du déploiement de la réforme... compte tenu aussi de la période de revendication syndicale, il y a à peine un an, et c'était vraiment pas le temps d'insister sur École en santé parce qu'il aurait pu y avoir bascule et mettre en lumière : “ Ah! Une affaire encore!... ”. » **(Santé, régional 3)**

#### 4.4.5. Synthèse des éléments de convergence et de divergence

Au terme de l'analyse de contenu des entretiens, il est possible d'esquisser une synthèse des principaux éléments de convergence et de divergence qui se dégagent des propos des divers acteurs. Certaines idées reviennent en fait comme un *leitmotiv*. Les thèmes suivants rallient les points de vue de la plupart des acteurs du réseau de l'éducation, du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que certains représentants des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie :

- la pertinence des principes qui fondent l'AÉS;
- l'importance de la pérennité de l'engagement gouvernemental à l'égard de l'AÉS;
- la pertinence et la qualité des contenus de formation et de l'accompagnement offerts par les professionnels de l'INSPQ;
- l'importance de la continuité de l'accompagnement, surtout au palier local;
- la nécessité d'un soutien financier suffisant au palier local pour parvenir à un véritable changement de pratique;
- la nécessité d'améliorer l'accompagnement pour que celui-ci soit plus convivial, concret et souple;
- l'importance d'un rythme de déploiement à géométrie variable, respectueux de la diversité des milieux;
- l'importance de surmonter les difficultés engendrées par le déséquilibre du soutien apporté par l'un et l'autre des réseaux;

- le besoin de mieux arrimer les mesures de prévention et de promotion de la santé au palier national;
- la reconnaissance et la valorisation des acquis professionnels ainsi que des expériences et connaissances existantes dans les milieux;
- la nécessité d'améliorer la concertation au palier national entre les deux réseaux en vue de mieux soutenir l'AÉS.

Au-delà du consensus à l'égard de l'adhésion aux principes qui fondent l'approche et de la reconnaissance positive du soutien national pour la développer et favoriser son appropriation, quatre éléments importants de dissension entre les instances centrales des deux réseaux sont apparus. Ceux-ci sont fortement inter-reliés et se répercutent à des degrés divers aux paliers régional et territorial. Ces éléments se rapportent à : 1- la primauté accordée à l'AÉS comme cadre de référence « intégrateur » dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire; 2- la nature et la quantité de soutien financier nécessaire pour soutenir son déploiement; 3- le rythme de déploiement; et 4- le mode de dissémination de l'approche, en termes prescriptif ou incitatif. Ces dissensions sont à la base du déséquilibre perçu par les participants aux paliers régional et territorial. Selon ces derniers, elles peuvent vraisemblablement mettre en danger le déploiement optimal de l'AÉS si des mesures concertées ne sont pas prises.

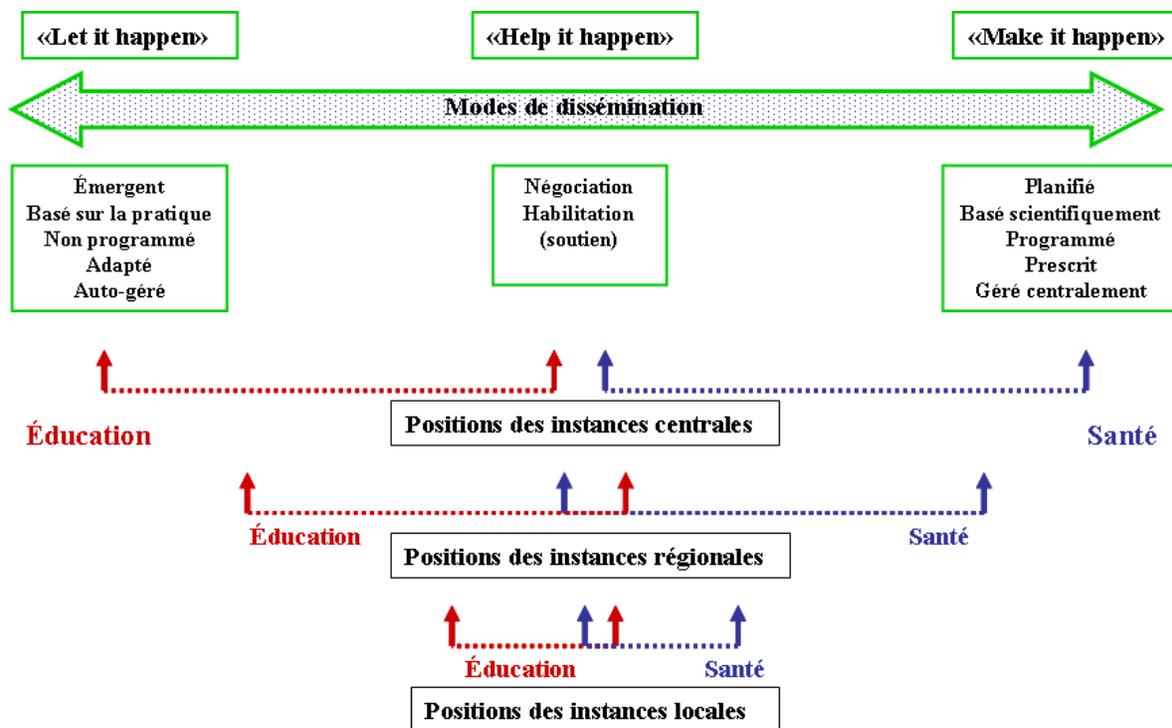
Les différences de conception et d'opinion entre les acteurs au palier national du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux semblent obéir en partie à deux logiques institutionnelles propres à chacun des réseaux et pour lesquelles des différences notables au plan des structures et des cultures organisationnelles ont été soulignées. Ces différences structurelles et culturelles exigent donc des efforts additionnels entre les acteurs des deux réseaux en vue de la mise en place d'une concertation réussie.

« C'est tout un défi qui est lancé autant aux acteurs de l'Éducation qu'à ceux de la Santé... Ça demande beaucoup d'ouverture, ça demande beaucoup d'écoute, ça demande de s'approprier. On n'a pas de référentiel commun, on a des cultures, des milieux d'encadrement qui sont très différents. Il y a beaucoup de décentralisation dans le réseau de l'éducation quant aux moyens, aux façons de faire. Pas au niveau des objectifs, ça c'est fixé par le ministère... mais le comment faire, ça relève de la responsabilité des commissions scolaires et des écoles. Alors que dans le réseau de la santé, ils ont plus des cibles à atteindre... c'est leur mission première la santé. Alors, c'est pas sans heurts là tout ça... » (**Éducation, national**)

Au fil de notre analyse de contenu des entretiens, le modèle de dissémination d'une innovation proposé par Greenhalgh et ses collaborateurs (2004) s'est imposé pour interpréter les différences observées entre les catégories d'acteurs des deux réseaux relativement au déploiement de l'AÉS (Figure 7). Le positionnement des acteurs externes n'a pas été pris en compte ici en raison des variations observées parmi les participants des différentes organisations. Tel que présenté à la figure 1 de la section 2.1 de ce rapport, le modèle de Greenhalgh et al. (2004) situent les différentes façons de concevoir la dissémination d'une innovation sur un continuum. L'on retrouve, à l'un des pôles du continuum, un mode émergent, non programmé et décentralisé (*Let it happen*) et, à l'autre pôle, un mode basé sur des évidences scientifiques, programmé et géré centralement (*Make it happen*). Au centre, se situe un mode de dissémination intermédiaire qui se caractérise par la négociation, l'influence réciproque et l'habilitation (*Help it happen*).

Nos résultats montrent que dans l'ensemble, les acteurs du réseau de l'éducation se situent davantage à gauche du continuum, c'est-à-dire plus près d'un mode *Let it happen*, alors que ceux du réseau de la santé et des services sociaux se rapprochent plus du mode *Make it happen*, à droite du continuum (Figure 7). Nous observons également que le positionnement des acteurs varie non seulement en fonction du réseau d'appartenance mais aussi selon le palier administratif où ils se trouvent. Ainsi, dans un même réseau, les acteurs du palier central n'ont pas nécessairement le même point de vue que ceux qui se trouvent au palier régional ou territorial. Nous avons donc tenu compte de ces deux dimensions dans notre représentation visuelle des modes de dissémination pour les différentes catégories d'acteurs. Notons également qu'il existe une certaine variation des points de vue des acteurs, au sein d'un même réseau et d'un même palier. Cette variation est illustrée par les pointillés. Tel que l'illustre la figure 7, nos résultats indiquent globalement que le positionnement des instances centrales est plus polarisé qu'aux paliers régional et territorial. À ces paliers, l'écart entre le positionnement des acteurs des deux réseaux tend à se rétrécir et à se concentrer davantage vers un mode *Help it happen*. Soulignons toutefois qu'en raison de la forte variation régionale, ce portrait n'est valable que pour les trois régions étudiées.

**Figure 7. Positions des acteurs des réseaux de la santé et services sociaux et de l'éducation au regard des modes de dissémination de l'AÉS\***



\*inspiré du *Modèle de dissémination d'une innovation de Greenhalgh et coll. (2004)*

## 4.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

### 4.5.1. La priorité accordée aux saines habitudes de vie et à l'approche École en santé

Toutes nos sources d'information confirment la priorité actuellement accordée aux saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire par le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par celui de l'éducation. Les résultats de notre analyse documentaire portant sur les documents gouvernementaux montrent que les politiques publiques sur les saines habitudes de vie en général, et les habitudes de vie spécifiques telles que la saine alimentation, la pratique de l'activité physique et le non-tabagisme ont pris de l'ampleur dans la documentation gouvernementale au cours de la période étudiée, soit de 2000 à 2007. Environ 70 % des documents portant sur ces thèmes ont été publiés entre 2005 et 2007. L'amélioration et le maintien des saines habitudes de vie, en lien avec les problèmes d'obésité et de maladies chroniques, représentent une priorité explicite dans la documentation du MSSS et celle du Gouvernement du Québec. Au MELs, l'engagement du ministère envers la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire ressort aussi de plus en plus.

Les informateurs-clés interviewés perçoivent également que les saines habitudes de vie constituent actuellement une priorité gouvernementale. Les résultats de l'enquête confirment aussi cette tendance puisque la plupart des participants perçoivent que la mauvaise alimentation, la sédentarité et la violence sont parmi les principaux problèmes de santé chez les élèves du primaire et du secondaire. Cette perception se reflète sur l'opinion des participants en ce qui a trait à la contribution que l'école devrait apporter, en tant qu'institution, à la promotion de la santé des élèves. L'activité physique, les compétences sociales, l'estime de soi, la prévention de la violence et la saine alimentation constituent les domaines de santé dans lesquels les répondants estiment que la contribution de l'école devrait être la plus importante. Ces domaines sont d'ailleurs ceux dans lesquels les écoles investissent le plus en ce moment.

Notre analyse documentaire montre également que l'AÉS est clairement désignée comme une priorité. Des liens entre l'approche et certaines mesures portant sur les saines habitudes de vie ont été établis dans 17 des 39 documents analysés, bien que ces liens ne soient pas toujours très explicites. Pour l'ensemble des personnes interviewées, il ne fait aussi aucun doute qu'au niveau des orientations ministérielles, l'AÉS représente une priorité gouvernementale. **Cependant, en ce qui a trait aux actions et aux engagements concrets, les points de vue sont plus mitigés et font ressortir une dissonance entre le discours officiel et les manifestations concrètes au regard de cette approche.**

### 4.5.2. L'infrastructure de soutien de l'approche École en santé

Les activités de formation et d'accompagnement offertes aux instances régionales et territoriales des deux réseaux sont au cœur des stratégies et mécanismes visant à faire connaître l'approche École en santé et faciliter son déploiement. L'équipe de formation de l'INSPQ a réalisé la majeure partie de ces activités. Au cours de notre période d'observation, soit de 2004 à 2007, l'offre nationale de formation proposée par l'équipe de l'INSPQ a permis à des personnes-ressources des deux réseaux, dans 16 régions administratives du Québec, de participer à six types d'ateliers différents. Ces formations visaient à habiliter en premier lieu les répondants régionaux pour qu'ils deviennent eux-mêmes des formateurs de l'approche dans leur région respective. Ceux-ci ont travaillé avec des accompagnateurs territoriaux provenant des CS et des CSSS, lesquels ont également reçu de la formation afin de pouvoir offrir un soutien aux écoles intéressées à implanter l'approche.

Au cours de la période d'observation, on note une augmentation importante du nombre et du type d'ateliers offerts. À partir de 2007, l'offre de formation s'est aussi transformée pour se concentrer sur l'appropriation concrète des étapes d'implantation de l'approche plutôt que sur les concepts qui la fondent. En plus des ateliers, l'offre de services de l'INSPQ comprend des journées de supervision et de consultation pour les formateurs de l'AÉS des instances régionales et territoriales, des journées de mise à jour pour les répondants régionaux ainsi qu'un soutien téléphonique et par courriel aux répondants régionaux de l'approche. De plus, entre 2005 et 2007, 11 des 16 régions administratives ont fait appel à un membre de l'équipe de formation de l'INSPQ, à titre de consultant externe, pour obtenir de la formation et de l'accompagnement supplémentaires. Ces demandes ont également augmenté au cours de cette période.

#### **4.5.3. Appréciation de l'offre de formation et d'accompagnement**

Selon les propos des informateurs-clés ayant pris part aux entretiens, les activités de formation et d'accompagnement développées par l'équipe de l'INSPQ représentent un facteur favorable au déploiement de l'AÉS. Ces activités sont considérées comme essentielles, bien construites et ayant su apporter au fil du temps des réponses de plus en plus précises et adaptées aux diverses interrogations concernant l'approche. On souligne la qualité des formateurs de l'équipe de l'INSPQ, de même que la pertinence d'avoir offert les ateliers en tandem et d'y avoir réuni des personnes de la santé et de l'éducation, ce qui favoriserait la collaboration inter-réseaux.

Par contre, en dépit de la qualité reconnue des formateurs et de la pertinence du contenu des formations, certains participants ont mentionné que le message à livrer est parfois trop théorique, demeurant centré sur les principes plutôt que sur des façons concrètes de l'intégrer au fonctionnement de l'école. Les participants au palier territorial estiment également que les outils proposés pour appuyer la démarche de planification servant à implanter l'approche, bien que pertinents et de qualité, sont trop laborieux pour être utilisés tels quels par le milieu scolaire. De plus, des délais encourus dans la production des outils ralentiraient le processus de mise en œuvre dans certains milieux. Des ajustements apportés au cours de la dernière année d'observation indiquent toutefois que des correctifs ont été apportés afin de rendre l'accompagnement plus concret.

#### **4.5.4. La connaissance de l'approche École en santé et sa réceptivité : des efforts qui ont commencé à porter fruit**

Les résultats de l'enquête révèlent que tous les participants des instances régionales et territoriales des deux réseaux disent connaître l'approche et qu'un fort pourcentage d'entre eux dit en avoir une très bonne connaissance. Les nombreuses activités de formation et d'accompagnement aux paliers régional et territorial ont fort probablement contribué à la faire connaître et à favoriser son appropriation chez les répondants et les accompagnateurs impliqués dans le déploiement de même que chez les gestionnaires des CS et CSSS. Les efforts des commissions scolaires ciblées dans notre enquête, c'est-à-dire celles ayant fourni de l'information à leurs écoles à propos de l'AÉS, ont commencé à porter fruit, comme en témoigne le fort pourcentage de directeurs de ces écoles qui connaissent l'approche. Cependant, des efforts restent à faire au sein même des écoles puisque celles-ci comptent un plus faible pourcentage d'acteurs-clés qui la connaissent. Alors que quatre directeurs d'écoles sur cinq (81 %) connaissent l'approche École en santé, cette proportion est de 67 % chez les responsables en promotion de la santé dans l'école et seulement de 45 % chez les parents présidents du conseil d'établissement. De plus, le pourcentage de participants des écoles qui en ont une très bonne

connaissance est faible. Seulement un participant sur cinq en a une très bonne connaissance. Les directeurs sont ceux qui disent la connaître le mieux dans l'école (27 % contre 20 % pour les responsables en promotion de la santé et seulement 8 % pour les parents présidents de conseil d'établissement).

Les participants ont entendu parler de l'approche de diverses façons. Outre le guide *École en santé*, les rencontres portant sur l'approche constituent la catégorie de moyens la plus fréquemment mentionnée. Viennent ensuite la documentation écrite, le bouche à oreille dans l'entourage immédiat et la consultation dans Internet.

Nos résultats montrent clairement que le degré de connaissance de l'approche est fortement associé à son niveau de réceptivité et à son adoption. Ces constats militent en faveur d'un accompagnement local plus soutenu afin d'améliorer le degré de connaissance de l'approche au sein même des écoles. Nos résultats montrent également que les participants qui ont une très bonne connaissance de l'AÉS ont été impliqués dans plus de programmes en milieu scolaire et sont dans des écoles qui ont une plus grande propension à innover que ceux qui n'en ont jamais entendu parler.

La réceptivité face à l'approche, parmi les participants qui en connaissent au moins les caractéristiques générales, est très élevée : 94 % d'entre eux ont indiqué y être réceptifs et 69 % se disent même « très réceptifs ». Aucun participant n'a déclaré être « peu » ou « pas » réceptif face à l'AÉS. Au niveau des écoles, 52 % des directeurs ont répondu être « très réceptifs » et 36 % ont répondu être « plutôt réceptifs », soit un total de 88 %.

Comme on pouvait s'y attendre, les catégories d'acteurs impliqués dans le déploiement de l'approche aux paliers régional et territorial affichent les pourcentages les plus élevés de personnes « très réceptives » face à l'approche. Cela étant dit, si l'on considère à la fois ceux qui sont « plutôt » et « très » réceptifs, le pourcentage de personnes réceptives atteint 90 % chez les participants des écoles et 84 % chez les représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie. Notons que ce pourcentage est de 97 % chez les autres participants. Cette forte réceptivité est corroborée par les résultats provenant des entretiens, lesquels montrent qu'il existe chez tous les participants interviewés un consensus au regard de la pertinence de l'AÉS. Ce consensus est manifeste tant chez les acteurs internes des deux réseaux impliqués dans le déploiement de l'approche que chez les acteurs externes, soit les représentants de programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie. Cette réceptivité face à l'approche constitue un facteur favorable qui est essentiel pour son adoption et son implantation.

#### **4.5.5. Les facteurs qui influencent le niveau de réceptivité face à l'approche École en santé**

Les données de notre enquête ont permis d'analyser les relations entre la réceptivité face à l'approche et plusieurs facteurs pouvant l'influencer. Nos résultats provenant des analyses multivariées montrent que lorsque l'on considère simultanément l'influence des facteurs associés à la réceptivité, on observe que pour les répondants régionaux et les accompagnateurs territoriaux, le niveau de réceptivité face à l'AÉS est principalement influencé par les bénéfices/avantages anticipés et le niveau de connaissance de l'approche. Pour les gestionnaires des instances régionales et territoriales, les deux facteurs les plus influents sont aussi les bénéfices/avantages anticipés, suivi par la popularité de l'approche perçue parmi les pairs. Pour les participants des écoles, les principaux facteurs qui influencent positivement la réceptivité face à l'AÉS sont : la popularité de l'approche perçue parmi les pairs, l'efficacité

personnelle perçue relativement au travail conjoint et les bénéfices anticipés. Les contraintes dans l'environnement constituent, par ailleurs, un facteur défavorable à la réceptivité de ce dernier groupe.

#### **4.5.6. L'adoption de l'approche École en santé**

L'information concernant l'adoption de l'AÉS provient essentiellement des données de l'enquête. Parmi les écoles sensibilisées à l'approche et en ayant au moins une connaissance minimale, près de la moitié (46 %) avaient conclu une entente pour adopter l'approche, 18 % n'avaient pas encore pris une décision au moment de l'enquête et 36 % avaient décidé de ne pas l'adopter « pour le moment ». Étant donné qu'il s'agissait d'écoles dont les CS avaient fait un travail de sensibilisation au regard de l'approche, il est normal que le pourcentage d'adoption observé dans notre échantillon (28 %) soit plus élevé que celui fourni par le MSSS pour la même période, soit 17 % (MSSS, 2007).

#### **4.5.7. Les facteurs qui influencent l'adoption de l'approche École en santé**

Les facteurs qui peuvent influencer les écoles dans leur décision d'adopter ou non l'AÉS sont également nombreux. En plus de ceux retenus pour expliquer le niveau de réceptivité face à l'approche, nous avons considéré les facteurs suivants : la popularité perçue parmi les acteurs extérieurs de l'école, le leadership au regard de l'approche, le niveau d'investissement de l'école dans différentes activités de promotion de la santé et les caractéristiques de l'école. Les données de l'enquête nous révèlent que les participants des écoles ayant adopté l'AÉS sont en moyenne plus réceptifs face à l'approche que ceux des écoles ne l'ayant pas adoptée. Les participants des écoles ayant adopté l'approche perçoivent une popularité plus grande de l'approche chez les membres de leur entourage, obtiennent un score de leadership plus élevé au regard de l'approche, ont davantage le sentiment d'être capables de travailler conjointement avec les autres acteurs à l'implantation de l'approche, anticipent plus de bénéfices et perçoivent une plus grande capacité collective au sein de leur école que ceux dont les écoles n'ont pas adopté l'approche. De plus, les écoles qui ont adopté l'approche investissent davantage en promotion des saines habitudes de vie que les écoles qui ne l'ont pas adoptée. Par ailleurs, les écoles qui ont décidé de ne pas l'adopter perçoivent plus de contraintes au regard de son implantation que les autres. Ce constat est d'ailleurs appuyé par le résultat montrant que les écoles qui bénéficient des services d'accompagnateurs en provenance de leurs CSSS sont également beaucoup plus nombreuses à avoir adopté l'approche (69 % contre 13 %).

Après avoir contrôlé l'effet des facteurs agissant sur l'échantillon de recherche, c'est-à-dire le type de région et le niveau de connaissance de l'approche, **nos résultats révèlent que quatre facteurs influencent significativement la décision d'adopter ou non l'AÉS. Ces quatre facteurs sont : 1- le niveau d'investissement de l'école dans les saines habitudes de vie; 2- la capacité collective perçue au sein de l'école; 3- le leadership au regard de l'approche; et 4- les contraintes perçues dans l'environnement. La réceptivité face à l'AÉS vient quant à elle moduler la relation entre la décision d'adopter ou non l'approche et les deux premiers facteurs. Ainsi, la présence d'un investissement de l'école dans la promotion des saines habitudes de vie aura une plus grande influence sur l'adoption de l'AÉS si les participants y sont réceptifs. De même, la perception de la capacité collective du milieu scolaire au regard de l'AÉS n'influence l'adoption que si les participants y sont réceptifs. Par ailleurs, le leadership à l'égard de l'approche et les contraintes perçues de l'environnement, ont une influence directe sur l'adoption de l'approche, laquelle n'est pas modulée par la réceptivité. Ainsi, les écoles peuvent être très réceptives face à l'approche, comme cela a été observé, mais si les contraintes perçues sont trop importantes ou si**

**les écoles ne comptent pas en leur sein des leaders pouvant influencer positivement leur entourage, elles seront moins portées à adopter l'approche École en santé.**

#### **4.5.8. La dissémination de l'approche École en santé**

L'examen des propos formulés par les informateurs-clés ayant pris part aux entretiens nous ont permis d'approfondir le processus de dissémination de l'approche, du palier national jusqu'au palier territorial, et de dégager les principaux facteurs qui ont favorisé ou nuit à sa dissémination. Malgré une adhésion massive aux principes qui fondent l'approche et une appréciation positive de l'accompagnement offert par l'équipe de l'INSPQ, plusieurs participants des paliers régional et territorial ont fait état du peu d'accompagnateurs pour satisfaire à la demande et du peu de temps disponible dans les écoles pour effectuer les changements qu'implique une telle approche. Plusieurs informateurs-clés insistent sur l'importance d'un accompagnement accru aux niveaux territorial et local dans chacune des régions et sur le besoin de renforcer l'autonomie régionale au regard des activités de formation et d'accompagnement. Cette prise en charge régionale est d'ailleurs amorcée dans certaines régions. **Le message des participants est unanime, du central au territorial, à l'effet que l'accompagnement doit être maintenu sur une période de temps assez longue pour renforcer les acquis et favoriser davantage l'appropriation de l'approche par les milieux.**

Les participants ont également insisté sur certains facteurs, en tant que freins à la dissémination et à l'adoption de l'approche. Ces facteurs interpellent surtout les instances responsables de son déploiement, au palier national. Le premier facteur se rapporte à la façon différente de concevoir l'approche École en santé entre les instances ministérielles des deux réseaux. Cette différence s'accompagne d'un positionnement différent entre les deux réseaux en ce qui a trait au déploiement actuel de l'approche. Ainsi, nos résultats mettent en évidence que pour les responsables de son déploiement au MELs, l'AÉS traduirait une «*façon de faire*» pouvant être introduite par d'autres véhicules qui en partagent les mêmes principes et dont certains sont déjà en place dans le milieu scolaire. Dans ce cas-ci, il semble qu'on lui reconnaisse sa valeur en tant que façon d'intervenir mais moins son avantage relatif vis-à-vis d'autres approches ou programmes existants. Pour les promoteurs du MSSS et de l'INSPQ, l'AÉS constituerait le cadre auquel on devrait se référer pour parler de ce type d'approche dans le domaine de prévention et la promotion de la santé. À cet égard, les participants du réseau de la santé et des services sociaux déplorent le fait que les mesures gouvernementales en promotion de la santé offertes au milieu scolaire ne soient pas toujours mises en relation avec l'AÉS. Selon eux, l'absence de liens perpétue la fragmentation des interventions destinées aux jeunes d'âge scolaire. De plus, elle entraînerait une dépense d'énergie inutile pour les intervenants sur le terrain, à qui il revient actuellement d'effectuer ce travail d'arrimage. Les résultats de l'analyse documentaire corroborent ce point de vue en montrant que les liens entre les différentes mesures portant sur les saines habitudes de vie et l'AÉS sont, la plupart du temps, ténus et peu explicites.

Par ailleurs, certains participants perçoivent chez des intervenants responsables de dossiers spécifiques en santé une crainte de perdre certains acquis professionnels. Les commentaires reliés à cette préoccupation suscitent un questionnement en ce qui a trait à l'articulation entre une approche globale et des programmes spécifiques : comment l'expertise spécialisée des professionnels de la santé peut-elle être mise en valeur et mise à contribution dans le déploiement de l'AÉS? Il semble que le mode

actuel de déploiement de l'approche ne s'attarde pas suffisamment à cette articulation entre l'approche et l'expertise propre à un domaine spécifique.

Les différences substantielles rapportées au chapitre du soutien financier sont aussi l'expression de la divergence entre les deux réseaux en ce qui a trait à la conception de l'approche et à la priorité accordée à son déploiement. Bien que tous les participants reconnaissent qu'un certain soutien financier est nécessaire pour appuyer les intervenants scolaires et les accompagnateurs des CSSS et des CS, ce soutien n'est pas envisagé de la même façon par les participants des instances centrales du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation. Les représentants au MELS mettent plutôt l'accent sur le soutien en termes de « *façon différente de travailler* » avec les acteurs du milieu et sur l'utilisation de ressources déjà octroyées en prévention et promotion de la santé. Les promoteurs au MSSS et à l'INSPQ, quant à eux, considèrent le financement actuel insuffisant pour l'ampleur de la tâche aux paliers territorial et local. À l'instar de ces promoteurs, plusieurs participants proches du terrain s'inquiètent de la fragilité du déploiement de l'approche en raison du temps et des ressources qui ne sont pas toujours disponibles. Cette perception est aussi confirmée par les résultats de l'enquête qui montrent que les contraintes dans l'environnement sont un obstacle à l'adoption de l'AÉS, même lorsque la réceptivité face à celle-ci est élevée chez les participants des écoles. Certaines craintes ont d'ailleurs été exprimées lors des entretiens en ce qui a trait à la surcharge de travail anticipée pour les intervenants des milieux scolaires en lien avec l'implantation de l'approche. Nos résultats révèlent en outre un déséquilibre entre les investissements financiers de chacun des deux réseaux pour soutenir le déploiement de l'AÉS, le réseau de la santé et des services sociaux investissant davantage que celui de l'éducation.

Une différence dans le rythme adopté par l'un et l'autre réseau pour déployer l'AÉS constitue une autre dissension qui renforce l'impression chez les participants d'être confrontés à un système en porte-à-faux. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux souhaite un déploiement relativement rapide et à grande échelle. Le réseau de l'éducation aspire quant à lui à un déploiement progressif et flexible, laissant toute la latitude au milieu scolaire pour évaluer la capacité de mettre en œuvre l'approche et de l'adapter à son fonctionnement. De l'avis des participants locaux, le rythme actuel préconisé par le réseau de la santé et des services sociaux ne convient pas nécessairement au milieu scolaire, surtout dans un contexte de ressources limitées. Plusieurs participants ont dit souhaiter que le processus se fasse de façon plus progressive et plus réaliste, en respectant la capacité des milieux de mettre en œuvre les différentes étapes de la démarche proposée.

L'asymétrie perçue entre les modes de déploiement des deux réseaux a amené différentes catégories de participants des paliers régionaux et territoriaux à dire qu'ils avaient l'impression que l'AÉS était « l'affaire d'un seul secteur », celui de la santé et des services sociaux, et non une mesure conjointe. Ceux-ci ont l'impression que l'AÉS n'est pas une priorité exprimée aussi clairement par le MELS. Cette asymétrie semble créer des tensions et des messages contradictoires pour les intervenants des milieux ciblés.

Le mode proposé pour mettre en œuvre l'approche représente un autre élément qui suscite certaines tensions entre les deux réseaux. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux préconise, pour sa part, un mode prescriptif et normatif pour le déploiement de l'approche, lequel exige une certaine conformité à la démarche opérationnelle préconisée pour sa mise en œuvre. À l'opposé, le réseau de l'éducation s'inscrit dans un mode décentralisé qui laisse place à la flexibilité et à l'adaptation par les

écoles. Certains commentaires à propos du mode « prescriptif » qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux seraient à mettre en parallèle avec le caractère rigide du déploiement qui a été soulevé par certains participants.

Un autre résultat significatif qui se dégage des entretiens et qui peut expliquer l'asymétrie dans les modes de déploiement des deux instances centrales réside dans la concertation et la planification peu effectives à ce niveau. Cette lacune représente actuellement un des freins majeurs au déploiement de l'approche car elle ne permet pas d'effectuer les ajustements qui permettraient de surmonter les différends et de proposer un mode de déploiement concerté, valable pour les deux réseaux. Bien que la volonté de travailler davantage en collaboration soit exprimée au niveau des instances centrales, force est de constater que les mécanismes mis en place ne remplissent pas leur rôle. À cet égard, la dissension à propos des structures de concertation au palier central apparaît symptomatique du malaise plus profond que nous avons évoqué concernant la conception et l'importance relative de l'AÉS dans les priorités de chaque organisation (MELS, MSSS et INSPQ). Selon les participants des paliers régional et territorial, la concertation entre les instances centrales du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation doit être améliorée afin de soutenir plus efficacement le déploiement de l'approche. Certains participants se questionnent également sur le leadership des autorités ministérielles, c'est-à-dire leur capacité à influencer positivement les divers acteurs concernés par l'AÉS et à les mobiliser pour le déploiement de l'approche.

Bien que la concertation soit une composante centrale pour le déploiement réussi d'une mesure conjointe s'adressant à deux réseaux, elle représente un défi de taille. Les différences de conception et d'opinion observées entre les acteurs des instances centrales de l'éducation et de la santé et services sociaux semblent en effet obéir, en partie, à deux logiques institutionnelles propres à chacun des réseaux, et pour lesquelles des différences notables au plan des structures et des cultures organisationnelles ont été relevées.

Nos résultats font toutefois ressortir que la concertation et le déploiement conjoint de l'AÉS est un défi que les acteurs des paliers régional et territorial que nous avons interviewés ont commencé à relever avec plus de succès que ceux du palier national. Les intervenants sur le terrain tentent de relever ce défi en s'appuyant sur l'offre de formation et d'accompagnement fourni par l'INSPQ, de même qu'en se dotant de structures de négociation et d'ententes régionales qui permettent aux différents acteurs concernés d'adopter un plan d'actions partagé et, dans certains cas, de rééquilibrer les écarts occasionnés par les prises de décision au palier national, notamment au niveau financier. Les répondants régionaux font également mention des efforts déployés pour dégager des consensus et des ententes entre les deux réseaux à leur niveau. Ce défi est donc relevé sans que le soutien des autorités ministérielles ne vienne renforcer et faciliter le travail effectué dans les régions, les territoires et les écoles.

De l'avis des participants aux paliers régional et territorial, la dualité observée quant au mode de dissémination dans chacun des deux réseaux risque d'avoir un effet démobilisateur chez les acteurs impliqués. Cette situation suscite déjà chez certains participants des doutes et de l'insécurité quant à la faisabilité de l'approche dans ce contexte. Ces doutes sont accentués par les craintes anticipées de changements dans les priorités gouvernementales, qui sont fréquents selon certains, et qui mineraient les énergies des intervenants. Ce contexte nuirait au déploiement de l'AÉS, reconnue comme une approche se déployant à long terme.

## 5. CONCLUSION

### 5.1. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DISSÉMINATION ET L'ADOPTION DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

La promotion des saines habitudes de vie constitue en ce moment un domaine d'intervention prioritaire pour les autorités ministérielles du Québec, ce que nos différentes sources d'information ont confirmé. Dans ce contexte, le gouvernement du Québec a proposé au cours de la dernière décennie un nombre croissant de mesures publiques pour favoriser les saines habitudes de vie et la santé de la population, dont l'approche École en santé. Cette approche, proposée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, vise à promouvoir la santé et la réussite des jeunes et fait écho aux recommandations des organismes internationaux tels que l'OMS et les *CDC*.

Dans la présente étude, nous voulions comprendre ce qui pouvait favoriser ou nuire à la *dissémination* et à l'*adoption* de l'approche École en santé. Le cadre conceptuel que nous avons retenu nous a guidés dans le choix des multiples facteurs susceptibles d'influencer ces deux phases de diffusion de l'approche.

Un des premiers facteurs considérés pour expliquer l'adoption d'un comportement, ou d'une intervention, est la reconnaissance du problème et la volonté d'agir dans ce domaine chez les personnes concernées (Bandura, 1997). À cet égard, nos résultats d'enquête montrent que le besoin d'agir au niveau des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire est clairement reconnu par les écoles qui perçoivent cette problématique comme une des plus importantes en ce moment et pour laquelle ils investissent le plus.

En second lieu, pour que le choix des écoles porte sur un mode d'intervention en particulier, en l'occurrence l'AÉS, il faut que ce mode soit valorisé par les personnes concernées, c'est-à-dire qu'elles le considèrent comme un moyen valable pouvant contribuer à remédier à la situation jugée problématique (Bandura, 1997). Dans ce cas-ci, cela revient à vérifier si l'AÉS est considérée comme une option avantageuse pour intervenir en promotion de la santé, et plus particulièrement en promotion des saines habitudes de vie, et si elle reçoit l'adhésion des personnes concernées. Nos résultats en lien avec l'adoption de l'AÉS font ressortir qu'en dépit d'une articulation peu explicite entre l'approche et le domaine des saines habitudes de vie dans la documentation gouvernementale, une relation directe a été établie entre ces deux orientations au niveau des écoles. Ainsi, le niveau d'investissement des écoles dans la promotion des saines habitudes de vie est un des principaux prédicteurs de l'adoption de l'approche École en santé, contrairement à d'autres domaines d'intervention de l'approche, tels que la promotion de comportements responsables à l'égard des substances et la prévention de la violence, qui ne sont pas des prédicteurs de l'adoption de l'AÉS. Il semble donc que les milieux scolaires aient considéré l'AÉS comme une façon d'intervenir avantageuse et prometteuse pour améliorer les saines habitudes de vie des jeunes de leurs écoles dans le contexte actuel. Il est possible que la décision d'adopter l'approche ait été renforcée par les crédits financiers disponibles pour promouvoir les saines habitudes de vie, tels que ceux rattachés au programme « Écoles en forme et en santé » qui priorise l'approche École en santé comme mode d'intervention. Nos résultats ne nous permettent pas toutefois de confirmer cette hypothèse. Si elle s'avérait exacte, il est vraisemblable que l'investissement gouvernemental dans d'autres domaines d'intervention pourrait amener certaines écoles, qui

perçoivent ce domaine comme prioritaire dans leur milieu, à adopter l'AÉS comme cadre d'action général pour la planification concertée d'interventions dans ce domaine.

Nos résultats montrent aussi que l'AÉS constitue une approche qui suscite, au regard de ses principes fondamentaux, une adhésion consensuelle chez les acteurs internes impliqués dans son déploiement aux divers paliers administratifs, de même que chez les acteurs externes, c'est-à-dire chez les représentants de programmes spécifiques en matière de promotion des saines habitudes de vie dans les écoles. La perspective globale et concertée de l'AÉS, visant à éviter le travail en silos et le dédoublement des interventions, sa réflexion sur les pratiques actuelles afin d'en améliorer l'efficacité, et l'intérêt des jeunes mis au cœur des priorités, sont des principes qui rallient l'ensemble des participants interviewés. De plus, la forte réceptivité observée chez les personnes connaissant l'approche, et ce, quel que soit le palier administratif considéré, est indicatrice d'un terrain propice à son adoption. Nos résultats soutiennent que l'infrastructure de soutien, relativement à la formation et à l'accompagnement offerts par l'équipe École en santé de l'INSPQ, a joué efficacement son rôle en termes de sensibilisation et de démonstration de la pertinence du changement proposé.

Cependant, nos résultats font ressortir que ceux qui ont une connaissance plus approfondie de l'approche se concentrent encore aux paliers central, régional et territorial alors que les acteurs-clés des écoles sont proportionnellement plus nombreux à en avoir une connaissance superficielle. Cette situation reflète le mode de déploiement en cascade, du central vers le local, qui a été en vigueur jusqu'à maintenant. Il apparaît clairement qu'une deuxième impulsion est maintenant requise pour pénétrer davantage les milieux scolaires, qui sont les milieux ultimement ciblés pour l'implantation d'une telle approche. St Leger & Nutbeam (2000a) soulignent à cet effet que la réalisation du potentiel de ce type d'approche dépend largement de la réceptivité des enseignants face à celle-ci. De plus, la formation et le développement de compétences pertinentes au regard de la mise en œuvre d'interventions en promotion de la santé sont considérés comme un facteur de succès important de leur implantation (Joffres et al., 2004; Owen et al., 2006; Viig & Wold, 2005). Comme le soulignent Owen et ses collaborateurs, ce facteur contribue au sentiment d'efficacité personnelle et à la capacité d'agir des individus au regard d'une intervention. Ces compétences sont importantes autant chez les accompagnateurs au sein du système d'offre que chez les utilisateurs en milieu scolaire. À cet égard, nos résultats montrent que le sentiment d'efficacité personnelle chez les participants des écoles, en termes de capacité à collaborer avec les autres partenaires à l'implantation de l'approche, est un facteur associé à la réceptivité face à l'approche et à son adoption par les écoles.

Malgré l'adhésion massive à l'égard des fondements de l'approche, des réserves importantes ont néanmoins été formulées par divers acteurs à l'endroit de son déploiement actuel, et ce, à tous les paliers. Une part importante de ces réserves concerne moins sa pertinence que ses limites contextuelles de mise en œuvre. Ainsi, les critiques formulées par les acteurs territoriaux et régionaux lors des entretiens soulignent les limites d'une approche basée sur la bonne volonté des gens. Les résultats de l'enquête portant plus spécifiquement sur les écoles corroborent l'importance d'un soutien tangible pour la mise en œuvre de l'approche. Ils montrent clairement que même lorsque la réceptivité face à l'approche est élevée dans les écoles, elle n'est pas suffisante pour conduire à son adoption en présence de contraintes dans l'environnement, telles que le manque de ressources et de temps pour l'implanter. Ces résultats sont intéressants au regard des différentes catégories de facteurs généralement considérées pour étudier la diffusion d'innovation sociale. Nos résultats montrent en effet que plusieurs des attributs standards considérés comme prédicteurs de l'adoption d'une

innovation, tels que les avantages relatifs de l'innovation, sa compatibilité avec les valeurs des usagers et sa complexité, bien qu'ayant une influence, ne sont pas suffisants pour expliquer l'adoption de l'AÉS. Les résultats de notre enquête montrent en effet que les facteurs contextuels sont plus déterminants que les facteurs liés aux attributs de l'approche pour expliquer l'adoption de l'AÉS par les écoles du Québec. Nos résultats confirment ainsi une des conclusions qui ressort de la recension des écrits sur l'innovation réalisée par Greenhalgh et al. (2004), à savoir que l'ajustement entre une innovation et son contexte est un construit plus valide et utile que celui d'attributs de l'innovation. Ils mettent en lumière le rôle crucial du contexte organisationnel et politique, en tant que conditions essentielles pour l'adoption de ce type d'approche. Ainsi, nos résultats font ressortir l'importance du leadership, de la capacité collective au sein de l'école et des contraintes dans l'environnement pour expliquer la décision des écoles d'adopter ou non l'AÉS.

Les contraintes dans l'environnement, qui ressortent des données de l'enquête, sont corroborées par les propos des acteurs impliqués dans le déploiement de l'approche École en santé. Ceux-ci ont en effet exprimé l'insuffisance du soutien financier, notamment pour la formation et l'accompagnement au niveau des écoles, lequel serait essentiel pour renouveler les pratiques en conformité avec l'approche, tout en maintenant les services réguliers aux élèves. Le manque de ressources et de temps a été maintes fois souligné dans les écrits comme barrière à la participation des membres aux activités de formation en promotion de la santé ou à d'autres activités liées à l'implantation d'initiatives de type École en santé (Joffres et al., 2004; Fleuren et al., 2004; Viig & Wold, 2005). Il s'agit donc d'un facteur qui peut fortement entraver la capacité des milieux à mettre en œuvre ce type d'approche. Cette contrainte laisse donc entrevoir que plusieurs écoles préféreront sans doute attendre le vrai signal du départ, observable par l'allocation de ressources locales durables. L'incertitude quant à la faisabilité d'implanter l'AÉS s'intensifie chez les acteurs plus proches du terrain et semble plus prégnante dans le réseau de l'éducation. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que la prévention et la promotion de la santé sont perçues comme un champ d'application en marge de la mission première des écoles et que, par conséquent, l'implantation de l'approche peut représenter pour certains une charge de travail supplémentaire. Cette perception illustre la tension entre la pertinence de principe de l'approche et sa faisabilité dans des milieux déjà sous haute pression. Si les activités de formation et d'accompagnement offertes jusqu'à maintenant ne sont pas associées à des actions marquant l'engagement concret, durable et partagé des autorités ministérielles, de manière à effectuer les changements que nécessite une telle approche, la vraisemblance de son implantation dans la majorité des écoles risque de se trouver compromise.

## **5.2. UNE PIÈCE MAÎTRESSE DU DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ : LA COLLABORATION INTERMINISTÉRIELLE**

Nos résultats soulèvent également la question de la collaboration entre le réseau de la Santé et des Services sociaux et celui de l'Éducation, qui est au cœur des fondements d'une approche de type École en santé et une condition essentielle à l'implantation réussie de ce type d'approche (Jones et al., 2002; Rowling, 2005; St Leger & Nutbeam, 2000b). Ainsi, malgré le consensus au regard des principes qui fondent l'approche et la reconnaissance d'un soutien national pour favoriser son appropriation jusqu'à maintenant, nos résultats font ressortir une concertation mitigée entre les acteurs des instances centrales des deux réseaux. Celle-ci s'accompagne de dissensions importantes à propos du mode de déploiement à privilégier pour la dissémination de l'approche. Plusieurs participants aux paliers régional et territorial sont d'ailleurs d'avis que ce déséquilibre interministériel peut vraisemblablement

mettre en danger le déploiement optimal de l'approche École en santé. Ces dissensions réfèrent à : 1- la primauté accordée à l'AÉS comme cadre de référence intégrateur dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire; 2- la nature et la quantité du soutien financier nécessaire pour soutenir son déploiement; 3- le rythme convenant à un déploiement progressif et respectueux du contexte local; et 4- le caractère prescriptif versus adaptatif/incitatif associé à la mise en œuvre de l'approche.

Ces points de dissension correspondent à ce que Gray (2004) appelle des « conflits de conceptualisation ». Selon sa théorie sur la collaboration, Gray souligne que le manque de collaboration entre diverses parties peut s'expliquer par des divergences de conceptualisation relativement à certains enjeux et que pour résoudre ces conflits, il importe que les acteurs procèdent à une re-conceptualisation commune des problèmes et des solutions (Gray, 1989). Cette perspective est également proposée par des auteurs comme Fullan (1991) qui suggère que le succès d'une innovation dépend de la qualité des interactions sociales ainsi que de la construction d'une interprétation partagée du changement (Dagenais, 2000). Citant Edgar Shein (1998), Jones et Mittelmark (2007) mentionnent à cet effet que le dialogue est souvent la seule façon de résoudre certains conflits qui résident dans des interprétations et des conceptions différentes. Selon ces auteurs, le dialogue serait la forme de communication à privilégier car il permet une exploration ouverte et partagée, basée sur l'écoute et la réflexivité, pour atteindre une meilleure compréhension d'une situation et des possibilités d'action. Cette conception du dialogue rejoint les notions de re-conceptualisation et de co-construction évoquées précédemment.

Lors des entretiens, tous les acteurs des instances centrales du MELS et du MSSS ont reconnu l'importance de la concertation interministérielle et exprimé une volonté de collaborer entre eux. Cependant, les structures décisionnelles et de gestion mises en place pour soutenir le travail conjoint au regard du déploiement de l'approche ne font pas l'unanimité entre les deux réseaux et certains les considèrent tout à fait inefficaces. Parmi les raisons évoquées, le peu d'interactions apparaît comme étant déterminant. Toutefois, comme le souligne Jones & Mittelmark (2007), une communication déficiente exacerbe les problèmes d'imputabilité et réduit la capacité d'échanges et de synergie entre les partenaires.

Alors que la diversité offerte par l'action conjointe de deux secteurs permet d'enrichir l'éventail de possibilités (Gardner, 2005), elle peut s'avérer menaçante lorsqu'elle remet en question les modes de pensée et les façons de faire (identité professionnelle, culture organisationnelle, valeurs personnelles, etc.) (Dagenais, 2000; Lawson, 2004). Les différences structurelles et culturelles au sein des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux exigent des efforts additionnels de la part des acteurs pour changer les modes de pratique en vue d'une concertation réussie. Un effort conscient est nécessaire pour optimiser la diversité au sein du groupe et pour gérer les différences de manière constructive. Cet exercice ne va pas de soi pour autant. La présence de leaders ayant la capacité et la légitimité pour s'engager dans un processus de recadrage peut être nécessaire pour qu'une solution conjointe émerge (Callon, 1986; Gray, 2004). Selon Friedberg (1993), ces agents intégrateurs ou leaders opèrent certains ajustements et équilibres entre les intérêts divergents des acteurs et jouent donc un rôle de régulation au sein d'un groupe. Ces leaders doivent être en mesure de saisir les intentions et la signification des acteurs impliqués dans la controverse (Gray, 2004). De plus, comme le mentionne Landry (2007) dans sa recension d'écrits portant sur l'innovation dans les services publics et parapublics, la présence d'un leader politique occupant un poste clé et capable de prioriser le

dossier d'une innovation à l'agenda organisationnel et de lui assurer les conditions de succès, représente également un facteur favorable au regard du positionnement d'une innovation au sein d'un système public ou parapublic. Dans la présente étude, certains acteurs interviewés aux paliers régional et territorial se questionnent sur la capacité actuelle des autorités ministérielles à influencer et à mobiliser les divers acteurs concernés par l'AÉS. L'identification de tels leaders au sein des deux ministères concernés semble donc une piste à explorer pour soutenir davantage le déploiement d'une approche globale et concertée en promotion de la santé, du bien-être et de la réussite éducative, telle que l'AÉS.

L'action collective concertée offre le potentiel de générer un gain en termes d'interactions et d'échanges d'informations entre les acteurs et d'augmenter ainsi la capacité collective et la qualité des solutions en se basant sur une compréhension élargie des problèmes (El Ansari et al., 2001). Pour actualiser ce potentiel, il importe que les acteurs de secteurs différents perçoivent une interdépendance au regard de la problématique en question (Gray, 1989). Si les acteurs ne la perçoivent pas ou si les avantages d'une alliance ne sont pas évidents pour eux, certains peuvent résister à l'effort de collaboration de façon à préserver le contrôle qu'ils exercent dans ce domaine (El Ansari et al., 2001; Lawson, 2004; Gray, 1989). À cet égard, l'AÉS poursuit des objectifs communs aux réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation, ce qui constitue un aspect unique de cette approche. La mise en évidence des relations réciproques entre la santé et l'éducation représente une avenue pour développer ce sentiment d'interdépendance et renforcer la collaboration entre les deux réseaux (St Leger & Nutbeam, 2000b).

Dans le présent contexte, le dialogue et les interactions entre les acteurs des instances centrales s'avèrent donc déterminants pour surmonter l'asymétrie observée au palier central concernant le déploiement de l'AÉS. Ce dialogue est nécessaire pour clarifier leurs points de vue à propos de leur conception de l'AÉS, de ses avantages relatifs, du mode de dissémination le plus adéquat et de la pertinence d'une alliance pour son déploiement. Celui-ci est essentiel pour orienter adéquatement les actions des intervenants des deux réseaux dans une même direction. Par ailleurs, tel que l'ont souligné divers auteurs, le renforcement des capacités des membres dans le travail conjoint représente une condition qui mérite plus d'attention pour le succès futur des efforts collectifs (El Ansari & Phillips, 2004; FCRSS, 2006). Les membres impliqués doivent être outillés pour relever les défis que posent ce type d'interaction (Gardner, 2005). Par conséquent, une culture organisationnelle qui insiste sur l'importance du travail d'équipe, en proposant de nouvelles manières de travailler ensemble, est souhaitable à tous les paliers pour favoriser la collaboration entre des secteurs différents (FCRSS, 2006). Ce soutien institutionnel s'avère également essentiel au niveau local pour produire le changement escompté dans les normes de pratique et l'environnement dans lequel évoluent les jeunes. Ce changement, préconisé par l'approche École en santé, est considéré comme un levier pour augmenter les gains en matière de saines habitudes vie, de comportements favorables à la santé, de bien-être et de réussite éducative chez les jeunes.

### **5.3. LES LIMITES DE L'ÉTUDE**

Cette étude comporte certaines limites. La première, inhérente aux études transversales, est que celle-ci se déroule à un moment précis de l'interaction entre les participants et la dissémination de l'approche École en santé alors que la dissémination est un processus évolutif. Les points de vue des acteurs interviewés et des participants à l'enquête reflètent donc leur expérience à un moment précis

de ce processus. Les diverses interactions que nous avons eues avec les personnes impliquées dans le déploiement de l'approche au cours des deux années de l'étude, de même que l'analyse documentaire sur l'infrastructure de soutien qui couvre quatre années de déploiement, confirment l'évolution des stratégies de déploiement de l'approche, notamment au niveau de la formation et de l'accompagnement.

Le fait que nous ayons concentré les entretiens auprès des acteurs régionaux et territoriaux dans trois régions, peut avoir teinté nos conclusions. Il est possible que la situation qui prévalait dans ces régions ne soit pas totalement représentative de la situation qui prévaut dans l'ensemble des régions, bien qu'une certaine saturation des données ait été atteinte avec les informations recueillies dans ces trois régions distinctes. De plus, mentionnons que les acteurs occupant un poste décisionnel au palier central du MSSS n'ont pu être rejoints contrairement à ceux du MELS. Le changement du personnel de direction en poste au moment où nous réalisons les entretiens explique cette situation. Il est possible que les positions de ces personnes aient été quelque peu différentes de celles des professionnels impliqués dans le déploiement de l'AÉS.

La sélection des participants des écoles à l'enquête s'est faite auprès des écoles appartenant à des commissions scolaires leur ayant fourni de l'information à propos de l'AÉS. Ces commissions scolaires représentaient la moitié de celles présentes dans l'ensemble des régions du Québec. Cette sélection avait pour but de rejoindre une plus grande proportion d'écoles susceptibles d'avoir adopté l'approche afin de pouvoir explorer la contribution de certains facteurs prédictifs de l'adoption. La connaissance de l'approche dans Les écoles de notre échantillon est donc nécessairement plus élevée que si nous les avions sélectionnées au hasard à partir de l'ensemble des écoles du Québec. En ce qui a trait à la réceptivité face à l'approche, il se peut que les écoles aient été informées par leurs CS sur la base d'un terrain jugé plus favorable. Si tel était le cas, il est possible que la sélection effectuée ait eu comme effet de surestimer également le niveau de réceptivité dans les écoles. Cependant, aucune information ne nous permet de confirmer ou d'infirmer cette relation.

#### **5.4. DES PISTES DE RECHERCHE**

Nos résultats ont montré qu'il existe une forte réceptivité face à l'AÉS bien que certains freins en lien avec sa dissémination sont susceptibles de limiter son adoption à plus grande échelle ou de compromettre son implantation. Les recherches futures devraient s'intéresser à l'évolution de l'AÉS, tant sur le plan du système d'offre que sur celui du système d'usage, afin de comprendre ce qui agit sur le succès ou l'échec des différentes phases de sa diffusion. Les recherches à court terme devraient notamment étudier les mécanismes mis en place par les deux réseaux pour surmonter certains des obstacles qui nuisent actuellement à son adoption, notamment en ce qui a trait au soutien financier et institutionnel ou aux modalités mises en place pour l'adapter au contexte des milieux de pratique.

La décision formelle d'adopter une innovation, avec le but de l'intégrer dans ses opérations, constitue une étape importante pour la réussite d'une innovation bien qu'elle ne garantisse pas automatiquement sa mise en œuvre (Herie & Martin, 2002). Mayer & Davidson (2000) soulignent d'ailleurs que l'adoption est souvent confondue avec son efficacité, alors que la décision d'adopter une innovation ne se traduit pas nécessairement par une appropriation et une utilisation continue de l'innovation. Les recherches portant sur les phases qui suivent l'adoption de cette approche, soit son implantation et sa pérennisation, sont donc nécessaires pour étudier les conditions qui augmentent le potentiel de succès

de ce type d'approche. À partir du moment où l'approche est adoptée par les écoles, il est utile de s'intéresser aux cas qui l'implantent tel que prévu, à ceux qui l'abandonnent après l'avoir adoptée ou encore à ceux qui la transforment.

Les connaissances actuelles sur l'innovation soutiennent que la capacité adaptative d'une innovation constitue une condition fondamentale de son succès. La recherche future devrait ainsi accorder une attention spéciale à la transposition de l'AÉS dans la pratique, notamment en étudiant la tension que pose, d'une part, l'adaptation inévitable d'une innovation à son contexte, et d'autre part, la conformité à ses composantes essentielles qui sont les fondements de son efficacité potentielle. Il apparaît important que la recherche permette de comprendre comment les différents acteurs du milieu scolaire et de sa communauté immédiate se représentent et s'approprient les composantes clés d'une approche de type « École en santé » et comment ils les traduisent dans leurs pratiques et dans la vie scolaire en général. La recherche devrait aussi identifier les modulateurs contextuels, organisationnels et individuels qui facilitent ou nuisent à la transposition de ces fondements dans la pratique.

Les questions qui précèdent devraient être étudiées à travers une variété de contextes et sur une période de temps assez longue afin de pouvoir mieux comprendre les processus de changement qui accompagnent la mise en œuvre de ce type d'approche et afin d'en évaluer les retombées. Davantage de recherches longitudinales sont par conséquent nécessaires afin de pouvoir examiner ces questions et vérifier si l'adoption et la mise en œuvre d'une innovation comme l'AÉS varient dans le temps et selon les milieux, et si les retombées observées varient en fonction de certaines caractéristiques. Pour répondre à ces questions, le développement d'indicateurs s'avère aussi important. L'élaboration d'indicateurs de processus et de résultats est nécessaire afin de suivre les changements qui s'opèrent suite à la mise en place de l'AÉS et afin d'évaluer ses retombées en termes de changements dans l'environnement scolaire, dans les compétences et habitudes de vie des jeunes et éventuellement, sur la santé et la réussite éducative des jeunes. En raison de l'offre simultanée d'approches apparentées à celle de l'AÉS, il est probable que ces approches s'influencent mutuellement. La recherche future devra donc aussi tenir compte de l'évolution de ces approches, en étudiant d'abord la manière dont certains milieux se les approprient, les intègrent ou en écartent certaines, puis en comparant les retombées que certains modèles intégraux ou hybrides peuvent avoir sur les milieux scolaires et les jeunes.

## **CONTRIBUTIONS À LA RECHERCHE**

### **NOS PARTENAIRES DE RECHERCHE**

L'approche École en santé étant une mesure novatrice à base partenariale, notre étude s'est réalisée en étroite collaboration avec les instances impliquées dans son déploiement, soit le MSSS, le MELS et l'INSPQ. Afin d'assurer la pertinence des retombées de nos travaux de recherche, ces partenaires ont été mis à contribution lors de la conceptualisation du projet, la validation des outils de collecte d'information, l'accessibilité aux différents sites de recherche ainsi que la collecte et validation des données. Tout d'abord, Louise Therrien, répondante nationale de l'approche École en santé au MSSS, et Pierre Larose, répondant national de l'approche École en santé au MELS ont participé généreusement à l'ensemble du processus de recherche. Les répondants régionaux dans les DSP du MSSS et les DRE du MELS ont également facilité nos collectes de données. L'équipe École en santé, sous la coordination de Johanne Laverdure à l'INSPQ, a également contribué à la collecte et la validation de certaines de nos données. Nous tenons à souligner l'apport des formateurs, Lyne Arcand, Daniel Côté et Catherine Martin.

Par ailleurs, des activités de transfert de connaissances ont déjà été réalisées en partenariat avec des représentants de ces instances, tant aux paliers national, régional que territorial. Leurs commentaires ont également contribué à la validation de nos résultats.

### **NOS COLLABORATEURS**

Les chercheuses Louise Potvin et Hélène Delisle de l'Université de Montréal, et Lyne Mongeau du MSSS, ont fourni des commentaires utiles à l'équipe lors de la planification de cette recherche. Par ailleurs, Judith Lapiere de l'Université du Québec en Outaouais a contribué à l'élaboration de la grille d'entretien ainsi qu'à la réalisation d'un certain nombre d'entretiens.

### **NOS ÉTUDIANTS ET STAGIAIRES**

Victorine Sikati Foko a réalisé un stage parmi nous dans le cadre de sa maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Elle a participé à l'analyse documentaire sur l'infrastructure de soutien de l'AÉS et contribué à la recension, l'organisation et le traitement de l'information recueillie. Jeanne Doucet, étudiante à l'Université du Québec en Outaouais et candidate au doctorat en sciences de l'éducation, a participé à l'élaboration de la grille d'entretien et à la réalisation d'un certain nombre d'entretiens. Sylvie Gagnon, doctorante en kinésiologie à l'Université de Montréal, réalise actuellement une recherche en lien avec les travaux de l'équipe; sa recherche se concentre sur les diverses formes d'adoption de l'AÉS dans la région de Montréal. Elle a aussi participé à l'élaboration de la grille d'entretien ainsi qu'à la réalisation d'un certain nombre d'entretiens. Joanie Tardif, stagiaire en techniques de recherche sociale à l'INSPQ et finissante au Collège Rosemont, a réalisé, en collaboration avec les professionnels de l'équipe de recherche, certains tableaux et figures en lien avec nos résultats.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, N., de Dreu, K.W. & Nijstad, B.A. (2004). The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical Review of the State-of-the-Science. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 147-173.
- Baker, J.L., Olsen, L.W. et Sorensen, T. (2007). Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 357(23), 2329-2337.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York : W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barry, M.M., Domitrovich, C., & Lara, M.A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*, 12(Suppl. 2), 30-36.
- Berwick, D.M. (2003). Disseminating Innovations in Health Care. *American Medical Association*, 289(15), 1969-1975.
- Bessant, J. (2005). Enabling Continuous and Discontinuous Innovation: Learning From the Private Sector. *Public Money & Management*, 25(1), 35-42.
- Borins, S. (2000). What border? Public management innovation in the United States and Canada. *Journal of Policy Analysis & Management*, 19(1), 46-74.
- Byeng-Hee, C., Seung-Eun, L., & Byoung-Sun, K. (2006). Exploring factors affecting the adoption and continuance of online games among college students in South Korea: Integrating uses and gratification and diffusion of innovation approaches. *New Media Society*, 8(2), 295-319.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique*, 36, 169-208.
- Callon, M. & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations? *Prospective et santé*, 36, 13-25.
- Centers for Disease and Control and Prevention (1997). *Coordinated School Health program Infrastructure Development: Process Evaluation Manual*. Atlanta
- Centers for Disease and Control and Prevention (2003). *Chronic Disease Prevention : Promising Practices: Opportunities for Prevention*. Atlanta.

- Centers for Disease and Control and Prevention (2005a). *Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings. A report on recommendations of the task force on community preventive services*. MMWR, 54 (RR-10), 1-12.
- Centers for Disease and Control and Prevention (2005b). *Physical activity and good nutrition, Essential elements to prevent chronic diseases and obesity. At a glance*. [www.cdc.gov/nccdphp/dnpa](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa)
- Ciliska, D. (2004). Interventions to improve nutritional intake in children and youth. Dans H. Thomas, D. Ciliska, S. Micucci, J. Wilson-Abra, M. Dobbins, & J. Dwyer (Éd.), *Effectiveness of physical activity enhancement and obesity prevention programs in children and youth* (pp. 62-109). Hamilton (Ontario): Effective Public Health Practice Project.
- Comité national d'orientation École en santé et collaborateurs (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.
- Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dagenais, D. (2000). La représentation des rôles dans une étude de collaboration interinstitutionnelle. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 415-438.
- Daniels, S. R. (2006). The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child*, 16, 47-67.
- Lawson, H.A. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of Interprofessional Care*, 18(3), 225-237.
- Dearing, J.W. (2004). Improving the state of health programming by using diffusion theory. *Journal of Health Communication*, 9(Suppl 1), 21-36.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2000). *Handbook of Qualitative Research* (2<sup>nd</sup> edition). London: Sage Publications.
- Deckelbaum, R. J., Fisher, E. A., Winston, M., Kumanyika, S., Lauer, R. M., et al. (1999). Summary of a scientific conference on preventive nutrition: pediatrics to geriatrics. *Circulation*, 100, 450-456.
- Deschesnes, M., Martin, C. & Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to Achieve Broader Implementation? *Health Promotion International*, 18 (4), 387-396.
- Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 518-525.

- Dobbins, M., Lockett, D., Michel, I., Beyers, J., Feldman, L., Vohra, J., Micucci, S. (2001). *The effectiveness of school-based interventions in promoting physical activity and fitness among children and youth: a systematic review*. Hamilton, Ontario: Effective Public Health Practice Project.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., Di Guiseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., Kwan, I. & Cooper, R., Felix, L., Pratap, S. (2003). Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database of Methodology Reviews*, 4, 1-18.
- Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13, 421-427.
- El Ansari, W., Phillips, C.J., & Hammick, M. (2001). Collaboration and partnerships: developing the evidence base. *Health & Social Care in the Community*, 9(4), 215-227.
- El Ansari, W. & Phillips, C.J. (2004). The costs and benefits to participants in community partnerships: a paradox? *Health Promotion Practice*, 5(1), 35-48.
- Faber, B.D. (2002). *Community action and organizational change: Image, narrative, identity*. Carbondale : Southern Illinois University Press.
- Fajans, P., Simmons, R. & Ghiron, L. (2006). Helping Public Sector Health Systems Innovate: The Strategic Approach to Strengthening Reproductive Health Policies and Programs. *American Journal of Public Health*, 96(3), 435-440.
- Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study, *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*, [En ligne], [http://www.chsrf.ca/research\\_themes/pdf/teamwork-synthesis-report\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf) (Page consultée le 7 février 2008).
- Gardner, D.B. (2005). Ten lessons in collaboration. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), Manuscript 1, 12 pp.
- Goodman, R.M., Steckler, A. & Kegler, M. (1996). Mobilizing organizations for health enhancement: Theories of organizational change. Dans K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Éds.), *Health Behavior and Health Education : Theory research and Practice* (2<sup>nd</sup> édition) (pp. 287-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gottlieb, N.H., Keogh, E.F., Jonas, J.R., Grunbaum, J., Walters, S.R., Fee, R.M., Saunders, R.P. & Baldyga, W. (1999). Partnerships for Comprehensive School Health : Collaboration Among Colleges/Universities, State-Level Organizations, and Local School Districts. *Journal of School Health*, 69 (8), 307-313.
- Gray, B. (1989). *Collaborating. Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco : Jossey-Bass.

- Gray, B. (2004). Strong opposition: Frame-based resistance to collaboration. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 14*(3), 166-176.
- Greenberg, M. R. (2006). The diffusion of public health innovations. *American journal of Public Health, 96*(2), 209-210.
- Greene, J.C., Caracelli, V.J. & Graham, W.F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Education Evaluation and Policy Analysis, 11* (3), 255-274.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly, 82*(4), 581-629.
- Gustafson, D.H., F. Sainfort, M. Eichler, L. Adams, M. Bisognano, and H. Steudel. 2003. Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Health Services Research 38*(2):751-76.
- Haider, M. & Kreps, G.L. (2004). Forty years of diffusion of innovations: Utility and value in public health. *Journal of Health communication, 9*, 3-11.
- Halvorsen, T., Hauknes, J., Miles, I., Røste, R. (2005). *On the differences between public and private sector innovation* (Research Report, Publin Report No. D9). Oslo: NIFU STEP - Norwegian research institute for studies in innovation, research, and education.
- Hazel, K.L. & Onaga, E. (2003). Experimental Social Innovation and Dissemination: The Promise and Its Delivery. *American Journal of Community Psychology, 32*(3-4), 285-294.
- Henderson, J.L., Mackay, S., Peterson-Badall, M. (2006). Closing the research-practice gap: Factors affecting adoption and implementation of a children's mental health program. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology, 35*(1), 2-12.
- Herie, M. & Martin, G.W. (2002). Knowledge Diffusion in Social Work: A New Approach to Bridging the Gap, *Social Work, 47*(1) 85-95.
- Hoelscher, D.M., Feldman, H.A., Johnson, C.C., Lytle, L.A., Osganian, S.K., Parcel, G.S., Kelder, S.H., Stone, E.J., Nader, P.R. (2004). School-based health education programs can be maintained over time: Results from catch institutionalization study. *Preventive medicine, 38*, 594-606.
- Howell, W., Devereaux, R.D., Davis, M. & Collins, J. (2000) Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating Preventive Medicine. *Preventive Medicine, 31*(2), S121-S137.
- International Obesity Task Force (2005). *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*. London: International Association for the Study of Obesity.
- James, W.P.T., Rigby, N.J., Leach, R.J., Kumanyika, S., Lobstein, T., & Swinburn, B. (2006). *Global strategies to prevent childhood obesity: Forging a societal plan that works* London: International Association for the Study of Obesity/International Obesity Task Force.

- Jané-Llopis, E. & Barry, M.M. (2005). What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education, Suppl 2*, 47-55, 64, 70.
- Joffres, C., Heath, S., Farquharson, J., Barkhouse, K., Hood, B., Latter, C. & MacLean, D.R. (2004). Defining and operationalizing capacity for heart health promotion in Nova Scotia, Canada. *Health Promotion International, 19*(1), 39-49.
- Jones, L., Sidell, M. & Douglas, J. (2002). *The Challenge of Promoting Health: Exploration & Action*. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.
- Judge, S. & Jahns, L. (2007). Association of Overweight With Academic Performance and Social and Behavioral Problems: An Update From the Early Childhood Longitudinal Study. *Journal of School Health, 77*(10), 672-678.
- Kiefer, L., Frank, J., Di Ruggiero, E., Dobbins, M., Manual, D., Gully, P.R., Mowat, D. (2005). Fostering Evidence-based Decision-making in Canada : Examining the need for a Canadian Population and Public Health Evidence Centre and Research Network. *Canadian Journal of Public Health, 96*(3), 11-51.
- Kirby, D. (1990). Comprehensive School Health and the Larger Community : Issues and Possible Scenario. *Journal of School Health, 60* (4), 170-177.
- Knai, C., Pomerleau, J., Lock, K., & McKee, M. (2006). Getting children to eat more fruit and vegetables: A systematic review. *Preventive Medicine, 85*-95.
- Koch, P., & Hauknes, J. (2005). *On innovation in the public sector* (Research Report, Publin Report No. D20). Oslo: NIFU STEP - Norwegian research institute for studies in innovation, research, and education.
- Kolbe, L.J. (2000). Schools could help prevent cardiovascular disease, cancer and diabetes. *Chronic Disease Notes & Reports, 14*, 1, 2.
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Jbilou, J., Halilem, N., Mosconi, E. & Hammami, H. (2007). *Innovations dans les services publics et parapublics à vocation sociale : Tableau de bord de suivi de l'innovation et de ses déterminants*. Québec : Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation. Disponible à : <http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/rapports-recherche.php>
- Länsisalmi, H., Kivimäki, M. , Aalto, P. & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly, 19*(1), 66-72.
- Littleton, H. L. & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented?
- Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in proving clinical effectiveness. *Social Science and Medicine Journal, 53*(6), 745-757.
- L.R.Q., chapitre S-22 (2001). *Loi sur la santé publique*, Éditeur officiel du Québec. [En ligne], [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type = 2&file = /S\\_2\\_2/S2\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type = 2&file = /S_2_2/S2_2.html) (Page consultée le 15 avril 2008).

- Lynagh, M., Perkins, J., & Schofield, M. (2002). An evidence-based approach to health promoting schools. *The Journal of School Health*, 72, 300-302.
- Maguire, S., Hardy, C. & Lawrence, T.B. (2004). Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields : HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada. *Academy of Management Journal* 47 (5) : 657-679.
- Marx, S.F. Wooley & D. Northrop (Éd.) (1998). *Health is Academic. A Guide to Coordinated School Health Programs*. New York: Teachers College Press.
- Mayer, J.P., & Davidson, W.S. (2000). Dissemination of innovation as social change. Dans J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 421-443). New York: Kluwer Publishers.
- Micucci, S. (2004). Environmental interventions to improve nutrition and increase physical activity in children and youth. Dans *Effectiveness of physical activity enhancement and obesity prevention programs in children and youth* (pp. 223-264). Hamilton: Effective Public Health Practice Project.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e édition). Bruxelles : De Boeck.
- Millerand, F. (1999). *Usages des NTIC, les approches de la diffusion, de l'innovation et de l'appropriation* (2<sup>e</sup> partie). [En ligne], <http://www.er.uqam.ca/nobel/r26641/pdf/Millerand99Usages2.pdf> (Page consultée le 7 février 2008).
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (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, du Loisir et du Sport (2007). *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2005). *Plan Stratégique du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport 2005-2008*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion. Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé*. GESTRED, 1<sup>er</sup> juin 2007. Québec (Document non publié).
- Moodie, R. (2004). Measuring the effectiveness of health promotion policy: what can be learnt from Australian success stories? *Promotion & Education, Spec no 1*, 28-32, 49.

- Moseley, M.J. (2000). Innovation and rural development: Some lessons from Britain and Western Europe. *Planning Practice and Research*, 15(1/2) 95-115.
- Oldenburg, B.F., Sallis, J.F., French, M.L., & Owen, N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Education Research*, 14, 121-130.
- Oldenburg, B. & Parcel, G.S. (2002). Diffusion of innovations. Dans K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis (Éds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp.312-334). San Francisco: Jossey-Bass.
- Owen, N., Glanz, K., Sallis, J.F., Kelder, S.H. (2006). Evidence-Based Approaches to Dissemination and Diffusion of Physical Activity Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(Suppl 4), S35-S44.
- Pankratz, M., Hallfors, D. & Cho, H. (2002). Measuring perceptions of innovation adoption: the diffusion of a federal drug prevention policy. *Health Education Research*, 17(3), 315-326.
- Parcel, G.S., O'Hara-Tompkins, N.M., Harrist, R.B., Basen-Engquist, K.M., McCormick, L.K., Gottlieb, N.H., Eriksen, M.P. (1995) Diffusion of an effective tobacco prevention program. Part II: Evaluation of the adoption phase, *Health Education Research*, 10(3), 297-307.
- Peled, A. (2001). Network, coalition and institution: The politics of technological innovation in the public sector. *Information Technology & People*, 14(2), 184-205.
- Lochman, J.E. (2004) Contextual Factors in Risk and Prevention Research, *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), pp. 311-325.
- Perry, C.L., Williams, C.L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T.L., et al. (1996). Project Northland : outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86 (7), 956-967.
- Raine, K. (2004). *Obesity and Overweight in Canada: A Population Health Perspective*. Ottawa : Canadian Institute for Health Information.
- Raine, K. (2005). Determinants of Healthy Eating in Canada: An Overview and Synthesis. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl. 3), S8-S14.
- Roberts-Gray, C., Solomon, T., Gottlieb, N. & Kelsey, E. (1998). Heart Partners: a strategy for promoting effective diffusion of school health promotion programs. *Journal of School Health*, 68(3), 106-110.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*. New York : Free Press.
- Rogers, E. M. (1995). Diffusion of drug abuse prevention programs: spontaneous diffusion, agenda setting, and reinvention. *NIDA Research Monograph*, 155, 90-105.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5<sup>th</sup> edition). New York: Free Press.
- Rowling, L. (2005). Dissonance and debates encircling 'health promoting schools'. *Health Promotion Journal of Australia*, 16(1), 55-57.

- Rudd, R.E. & Walsh, D.C. (1993). Schools as Healthful Environments : Prerequisite to Comprehensive School Health. *Preventive Medicine*, 22, 499-506.
- St Leger, L. & Nutbeam D. (2000a). Research into Health Promoting Schools. *Journal of School Health*, 70(2), 45-50.
- St Leger, L. & Nutbeam D. (2000b). A model for Mapping Linkages Between Health and Education Agencies to Improve School Health. *Journal of School Health*, 70(6), 257-259.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. (Eds.) Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données (pp. 293-316). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Shields, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Dans Statistique Canada (Éds.), *Rapports sur la santé* (pp. 27-43). Ottawa : Ministère de l'Industrie.
- Silverman, W. A. (1993). Doing more good than harm. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 5-11.
- Sussman, S., Valente, T.W., Rohrbach, L.A., Skara, S. & Pentz, M.-A. (2006). Translation in the Health Professions: Converting Science into Action. *Evaluation & the Health Professions*, 29(1) 7-32.
- 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?* (pp.1-26). Copenhagen: WHO.
- Summerbell C.D., Waters E., Edmunds L.D., Kelly S., Brown T., Campbell K.J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 3.
- Symes, M. & Pauwels, S. (1999). The diffusion of innovations in urban design: The case of sustainability in the Hulme development guide. *Journal of Urban Design*, 4(1), 97-117.
- Taylor, J.P., Evers, S., & McKenna, M. (2005). Determinants of healthy eating in children and youth. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl. 3), S20-26, S22-29.
- Tjepkema, M. (2006). Obésité chez les adultes. *Rapports sur la santé*, 17(3), 9-26. (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
- Veugelers, P.J. & Fitzgerald, A.L. (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: A multilevel comparison. *American Journal of Public Health*, 95(3), 432-435.
- Viig, N.G., & Wold, B. (2005). Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(1), 83-109.
- Walters, J. (2002). Innovation in schools: giving trust back to teachers. *Education Review*, 16(1), 47-50.
- Warren, J.M. , Henry, C.J.K. , Lightowler, H.J. , Bradshaw, S.M. & Perwaiz, S. (2003) Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 18(4), 287-296.

- Wejnert, B. (2002) Integrating models of diffusion of innovations: A Conceptual Framework. *Annual Review of Sociology*, 28, 297-326.
- West, M. & Anderson, N. (1996). Innovation in top of management teams. *Journal of Applied Psychology*, 81(6), 680-693.
- West, M.A., Borrill, C.S., Dawson, J.F., Brodbeck, F., Shapiro, D.A. & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadership Quarterly*, 14(4,5), 393-410.
- World Health Organization (1996). *Health Promoting Schools: Regional Guidelines. Development of Health Promoting Schools. A Framework for Action*. Regional Office for the Western Pacific.
- World Health Organization (2003a). *The physical school environment : An essential component of a Health-Promoting School*.
- World Health Organization (2003b). *World Health Organization Process for a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, [En ligne], <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/en/> (Page consultée le 5 septembre 2008).
- Williams, J.H. (1996). The School Environment and Health. *Promotion and Education*, 3 (1), 10-14.
- Young, G. J., Charns, M. P., & Shortell, S. M. (2001). Top manager and network effects on the adoption of innovative management practices: a study of TQM in a public hospital system. *Strategic Management Journal*, 22(10), 935-951.
- Zeldin, S., Camino, L., & Mook, C. (2005). The Adoption of Innovation in Youth Organizations: Creating the Conditions for Youth-Adult Partnerships. *Journal of Community Psychology*, 33(1), 121-135



**ANNEXE A**

**SYNTHÈSE DES CATÉGORIES DE FACTEURS, DES MODES DE  
COLLECTE ET DES SOURCES D'INFORMATION  
DE LA RECHERCHE**



**Tableau A1 : Synthèse des catégories de facteurs, des modes de collecte et des sources d'information de la recherche**

Catégories de facteurs	Modes de collecte	Sources d'information
<p><b>1. Facteurs contextuels</b></p> <p>Politiques touchant les saines habitudes de vie et la santé en général (orientations, mesures et politiques gouvernementales)</p> <p>Appui financier et politique à l'égard de l'AÉS</p> <p>Positionnement des acteurs externes (programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie)</p>	<p>ANALYSE DOCUMENTAIRE + entretiens semi-dirigés<sup>1</sup></p> <p>ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS + analyse documentaire</p> <p>ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS</p>	<p>Documents gouvernementaux officiels en matière de santé et de bien-être chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire</p> <p>▫ Responsables nationaux, répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</p> <p>▫ Informateurs-clés des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie</p>
<p><b>2. Facteurs liés au système d'offre</b></p> <p><i>Infrastructure de soutien</i></p> <p>Ressources professionnelles et techniques investies pour soutenir le déploiement (ex. : production de guides, communication, formation, accompagnement, etc.)</p> <p>Orientations et financement de l'AÉS (ex. : engagement et ententes écrites entre les deux réseaux concernant le déploiement de l'AÉS)</p>	<p>ANALYSE DOCUMENTAIRE + entretiens semi-dirigés</p> <p>ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS</p>	<p>▫ Documents, comptes-rendus existants (rapports d'activités, bulletins de liaison, matériel produit pour la formation et l'accompagnement) et validation avec responsables nationaux (INSPQ)</p> <p>▫ Responsables nationaux, répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</p>

<sup>1</sup> Lorsque deux modes de collecte sont utilisés simultanément pour documenter la même catégorie de facteurs, nous utilisons le signe + ; les majuscules indiquent la primauté d'une méthode sur une autre qui est alors écrite en minuscules (ex. : ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS + analyse documentaire).

Catégories de facteurs	Modes de collecte	Sources d'information
Structures et fonctionnement (ex. : gestion, coordination, leadership, imputabilité, lignes d'autorité pour les prises de décision concernant les activités, collaboration)	ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Responsables nationaux, répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</li> </ul>
Communication et réseautage (intra et inter-réseaux, liens avec les partenaires qui interviennent en promotion de la santé et des saines habitudes de vie; canaux de communication);	ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Responsables nationaux, répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</li> <li>▫ Informateurs-clés des programmes spécifiques en saines habitudes de vie</li> </ul>
<i>Caractéristiques des promoteurs et caractéristiques organisationnelles</i>	ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS + enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Responsables nationaux, répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</li> </ul>
<p><b>3. Facteurs liés au système d'usage</b></p> <p><i>Caractéristiques personnelles et organisationnelles</i></p>	ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS + enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</li> <li>▫ Informateurs-clés des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie</li> <li>▫ Directeurs d'école, responsables de la prévention et de la promotion de la santé dans l'école et parents présidents du Conseil d'établissement</li> </ul>

Catégories de facteurs	Modes de collecte	Sources d'information
<p><b>4. Facteurs liés aux attributs de l'approche École en santé</b></p>	<p>ENQUÊTE + entretiens semi-dirigés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Répondants régionaux et accompagnateurs territoriaux de l'AÉS</li> <li>▫ Informateurs-clés des programmes spécifiques en promotion des saines habitudes de vie</li> <li>▫ Directeurs d'école, responsables de la prévention et de la promotion de la santé dans l'école et parents présidents du Conseil d'établissement</li> </ul>



**ANNEXE B**

**LISTE DES DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX PORTANT  
SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE ET  
L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ**



## Liste des documents gouvernementaux portant sur les saines habitudes de vie et l'approche École en santé

- Acti-Menu (2006). *Page d'accueil du Programme Défi J'arrête, j'y gagne!* Consultée en ligne le 8 octobre 2006 : [<http://www.defitabac.qc.ca/defi/fr/index.html>].
- Comité scientifique de Kino-Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes. Avis du comité scientifique de Kino-Québec.* Québec.
- Comité scientifique de Kino-Québec (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique d'activités physiques au Québec. Avis du comité scientifique de Kino-Québec.* Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir. Québec.
- Comité sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec (2005). *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations.* Québec.
- Fédération des commissions scolaires du Québec (2001). *Les jeunes au cœur de notre projet de société : Convergence de la politique québécoise de la jeunesse avec la réforme et chantiers FCSQ.* Québec.
- Fédération québécoise du sport étudiant (2005). *Guide de présentation du programme Iso-Actif : une initiative du réseau du sport étudiant.* Montréal.
- Gouvernement du Québec (2004). *Briller parmi les meilleurs : la vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec.* Québec.
- Gouvernement du Québec (2005). *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes : Recommandations.* Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention. Québec.
- Gouvernement du Québec (2005). *L'école communautaire : un carrefour pour la réussite des jeunes et le développement de la communauté. Rapport de l'équipe de travail sur le développement de l'école communautaire.* Québec.
- Gouvernement du Québec (2005). *Pages Web du site internet Vasy (Programme de promotion des saines habitudes de vie Vasy).* Consulté en ligne le 18 septembre 2006 : [<http://www.vasy.gouv.qc.ca/>].
- Gouvernement du Québec (2006). *Pour une jeunesse engagée dans sa réussite. Stratégie d'action jeunesse 2006-2009.* Québec.
- Groupe de travail provincial sur la problématique du poids. Association pour la santé publique du Québec (2003). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation.* Québec.
- Groupe de travail provincial sur la problématique du poids. Association pour la santé publique du Québec (2005). *Les problèmes de poids au Québec : un appel à l'action.* Québec.
- Kino-Québec (2005). *Les cibles d'action 2005-2008 du programme Kino-Québec. Promotion d'un mode de vie physiquement actif.* Québec.

- Kino-Québec (2005). Page internet *Qui sommes-nous?*. Consultée en ligne le 11 octobre 2006 : [<http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp>].
- Kino-Québec (2005). Page internet *Publications – Milieu scolaire*. Consultée en ligne le 11 octobre 2006 : [<http://www.kino-quebec.qc.ca/scolaire.asp>].
- Kino-Québec (n.d.). *Proposition du directeur de la santé publique au milieu scolaire pour contrer le désengagement des jeunes face à la pratique de d'activités physiques*. Québec.
- Ministère de l'Éducation (2001). *Programme de formation de l'école québécoise*. Québec : Bibliothèque Nationale du Québec.
- Ministère de l'Éducation (2002). *Horizon 2005 : Ça bouge après l'école. Un milieu de vie stimulant*. Québec.
- Ministère de l'Éducation (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*. Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (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, du Loisir et du Sport (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 (2005). *Plan Stratégique du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport 2005-2008*. Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport*. Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2006). Page Web *Programme Écoles en forme et en santé (2006-2007)*. Consultée en ligne le 18 septembre 2006 : [[http://www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ecole\\_forme\\_sante](http://www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ecole_forme_sante)].
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2006). Page Web *Rentrée scolaire 2006*. Consultée en ligne le 10 octobre 2006 : [<http://www.mels.gouv.qc.ca/rentree2006>].
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006 du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport*. Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *Pour un virage santé à l'école : Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (n.d.). Page internet « *Collaboration famille- école-communauté* ». Consultée en ligne le 4 octobre 2006. [<http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/collaboration.html> ].

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme National de Santé Publique 2003-2012*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de la Santé et des services sociaux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Guide de mise en œuvre d'une stratégie pour un terrain d'école sans tabac : Le Québec respire mieux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Pages Web de la section « *Activité physique* » du site internet du MSSS. Consultées le 4 octobre 2006 : [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/activitephysique.php\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/activitephysique.php).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Pages Web de la section « *Tabagisme* » du site Interne du MSSS. Consultées le 12 septembre 2006 : [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?accueil\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?accueil).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010. Le Québec respire mieux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Rapport annuel de gestion 2005-2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec.
- Québec en forme (2004). Site internet *Québec en forme : vis ton énergie*. Consulté en ligne le 18 septembre 2006 : [\[http://www.quebecenforme.org/\]](http://www.quebecenforme.org/)



**ANNEXE C**

**OFFRE NATIONALE DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT  
POUR L'AÉS DE 2004 À 2007**



**TABLEAU C1. OFFRE NATIONALE DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'AÉS DE 2004 À 2007**

R <sup>1</sup>	Ateliers																									SOUS-TOTAL «ATELIERS»								
	Atelier d'appropriation					Atelier de formation des accompagnateurs					Ateliers thématiques (OAS ou OAD)					Atelier de formation des accompagnateurs incluant l'OAS					Atelier de formation interactive					2004	2005	2006	2007	T				
	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T				
1		3	4		7			1		1				2	2					-				1	1						3	5	3	11
2	1	1			2		2	1		3				2	2				1	1				1	1	1	3	1	4	9				
3		3			3		1	2		3				2	2				1	1					-				4	2	3	9		
4		3	1		4		1	2	1	4				2	2					-					-				4	3	3	10		
5		2	2		4		1	1		2				2	2				1	1					-				3	3	3	9		
6		4	3	2	9		1	2	1	4				2	2				1	1					-				5	5	6	16		
7		2	1		3		1			1				2	2					-					-				3	1	2	6		
8		2			2		1			1				2	2					-				1	1				3		3	6		
9		2			2		2	1		3				2	2					-				1	1				4	1	3	8		
10		3			3		1			1				2	2					-					-				4		2	6		
11		2			2			3	1	4				2	2					-				1	1				2	3	4	9		
12	2	1			3		2	2		4				2	2					-				1	1	2	3	2	3	10				
13		2			2		1	1	1	3				2	2					-				1	1				3	1	4	8		
14		2	1		3		2	2	1	5				2	2					-				1	1				4	3	4	11		
15		3		1	4		2	2		4				2	2					-				1	1				5	2	4	11		
16		5			5		2	2		4				2	2				1	1					-				7	2	3	12		
T	3	40	12	3	58	-	20	22	5	47	-	-	-	32	32	-	-	-	5	5	-	-	-	9	9	3	60	34	54	151				

<sup>1</sup> Région administrative

**TABLEAU C1. OFFRE NATIONALE DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'AÉS DE 2004 À 2007 (suite)**

R'	Autres activités																				SOUS-TOTAL «AUTRES ACTIVITÉS»					TOTAL «ATELIERS» ET «AUTRES ACTIVITÉS»
	Journée de supervision des accompagnateurs					Journée de consultation pour les formateurs * en anglais **consultation					Journée de mise à jour pour les répondants régionaux					Rencontre nationale des répondants régionaux										
	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	2004	2005	2006	2007	T	
1					-					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	2	3	8	19
2		1			1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	3	9	18
3			1		1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	3	3	9	18
4			1		1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	3	3	9	19
5		1			1					1*	1*			1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	4	10	19
6			1		1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	3	3	9	25
7					-					1**	1**			1	1	1	2	2	2	7	1	2	2	4	9	15
8			1		1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	3	3	9	15
9			1		1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	3	3	9	17
10		1			1					-				1	1	1	1	2	2	6	1	2	2	3	8	14
11		1			1					-				1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	3	9	18
12		1			1					1**	1**			1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	4	10	20
13					-					-				1	1	1	2	2	2	7	1	2	2	3	8	16
14		1			1					1**	1**			1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	4	10	21
15		1			1					1**	1**			1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	4	10	21
16		1			1					1**	1**			1	1	1	2	2	2	7	1	3	2	4	10	22
T	-	8	5	-	13	-	-	-	6	6	-	-	-	16	16	16	31	32	32	111	16	39	37	54	146	297

<sup>1</sup> Région administrative

**ANNEXE D**

**PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉCOLES  
VISÉES POUR L'ENQUÊTE**



## Présentation de l'échantillon des écoles visées pour l'enquête

**Tableau D1. Nombre d'écoles échantillonnées dans chacune des régions socio-sanitaires**

TYPES DE RÉGION	CS exposées/ CS totale	Écoles primaires (Inclus écoles mixtes)	Écoles secondaires	Échantillon Écoles primaires Poids : ,2	Échantillon Écoles secondaires Poids : ,5	Échantillon Prim+Sec.
	%	N	N	n	n	
<b>PÉRIPHÉRIQUE (strate 1)</b> Régions socio-sanitaires		<b>Écoles dans les CS les plus exposées</b>				
Bas St-Laurent	1/4	13	3	3	1	4
Gaspésie- Iles-de-la-Madeleine	2/3	32	7	6	4	10
Saguenay/Lac St-Jean	1/4	28	3	6	1	7
Abitibi/Nord du Québec	4/6	35	9	7	5	12
Côte Nord	3/4	37	7	7	4	11
<b>TOTAL</b>	<b>11/21</b>	<b>145/299</b>	<b>29/69</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>44</b>
<b>MÉTROPOLITAINE (strate 2)</b> Régions socio-sanitaires		<b>Écoles dans les CS les plus exposées</b>				
Montréal	1/3	132	32	25	15	40
Laval	1/1	54	12	11	6	17
<b>TOTAL</b>	<b>2/4</b>	<b>186/293</b>	<b>44/73</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>57</b>
<b>AUTRE (strate 3)</b> Régions socio-sanitaires		<b>Écoles dans les CS les plus exposées</b>				
Capitale nationale	2/5	21	8	5	4	9
Chaudière-Appalaches	4/4	133	24	27	12	39
Mauricie/Centre du Québec	2/5	23	5	5	3	8
Estrie	2/3	66	8	13	4	17
Outaouais	2/4	24	6	5	3	8
Lanaudière	2/2	101	24	19	11	30
Laurentides	3/4	59	11	12	5	17
Montérégie	2/9	71	13	14	7	21
<b>TOTAL</b>	<b>19/36</b>	<b>498/1080</b>	<b>99/225</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>149</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>32/61</b>	<b>829/1672</b>	<b>172/367</b>	<b>165</b>	<b>85</b>	<b>250</b>

**Tableau D2. Taux de retour des questionnaires selon la catégorie de participants.**

<b>Catégorie de participants</b>	<b>Population</b>	<b>Échantillon</b>	<b>Taux de retour</b>
<b>Participants dans les écoles</b>			
Directeur d'école	163	250	65,2
Responsable de la promotion de la santé dans l'école	128	250	51,2
Parent président du conseil d'établissement	103	250	41,2
<b>Sous-total</b>	<b>394</b>	<b>750</b>	<b>52,5</b>
<b>Partenaires hors école</b>			
Répondant régional de l'approche École en santé (DSP)	16	16	100,0
Répondant régional de l'approche École en santé (DRE)	8	11	72,7
Accompagnateur de l'approche École en santé (CS)	47	61	77,0
Accompagnateur de l'approche École en santé (CSSS)	71	95	74,7
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CS)	50	61	82,0
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CSSS)	62	95	65,3
Représentants de programmes concomitants	19	31	61,3
<b>Sous-total</b>	<b>273</b>	<b>370</b>	<b>73,8</b>
<b>Total</b>	<b>667</b>	<b>1120</b>	<b>59,6</b>

## **ANNEXE E**

### **DÉFINITION DES VARIABLES DE L'ÉTUDE**



## DÉFINITION DES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Notre étude s'inscrit dans une démarche transversale qui vise à identifier les prédicteurs de la dissémination et de l'adoption de l'approche École en santé (AÉS). La dissémination de l'approche est mesurée ici par le niveau de connaissance et le degré de réceptivité des participants individuels face à l'approche. Quant à l'adoption, elle a comme unité d'analyse l'école et constitue la décision prise par l'école d'adopter ou non l'AÉS. Outre les facteurs personnels, l'étude examine l'influence des caractéristiques de l'école et de son entourage ainsi que des attributs perçus de l'innovation elle-même et de son contexte sur la dissémination de l'approche. Nous présentons ici la définition des variables dépendantes et prédictives.

### 1. VARIABLES DÉPENDANTES

#### 1.1 Niveau de connaissance de l'approche École en santé

Le niveau de connaissance d'une innovation est considérée par Rogers (2003, p. 169) comme le premier stade du processus de décision, l'étape pendant laquelle l'individu apprend ce qu'est l'innovation et comment elle fonctionne (Rogers, 2003, p. 72). Le niveau de connaissance se définit dans le cadre de cette étude par : 1) le fait d'avoir entendu parler de l'approche; 2) le degré de familiarité avec l'approche; 3) le fait d'avoir une bonne idée de la manière dont l'approche École en santé peut être intégrée dans le fonctionnement de l'école. Dans le questionnaire, le niveau de connaissance de l'AÉS est appréhendé à partir de ces trois dimensions.

La variable dépendante « niveau de connaissance de l'approche École en santé » comprend quatre modalités :

- aucune connaissance : participants n'ayant jamais entendu parler de l'approche École en santé;
- connaissance superficielle : participants ayant entendu parler de l'approche mais ne la connaissent pas vraiment ou connaissent juste les grands principes et les caractéristiques générales;
- bonne connaissance : participants connaissant bien les composantes spécifiques ainsi que la démarche proposée pour l'implanter ou qui connaissent bien l'approche et qui sont actuellement impliqués dans son déploiement dans leur école;
- très bonne connaissance : participants ayant « tout à fait » une bonne idée de la manière dont l'approche peut être intégrée dans le fonctionnement de l'école.

Le niveau de connaissance de l'AÉS a été aussi envisagé dans le cadre de cette étude comme un déterminant potentiel de la réceptivité face à l'AÉS et en tant que variable de contrôle pour l'adoption.

#### 1.2 Degré de réceptivité face à l'approche

Bien que la connaissance d'une innovation soit essentielle à son adoption, une attitude positive est aussi essentielle pour cheminer de la connaissance à l'adoption elle-même. En effet, bien des innovations en promotion de la santé sont connues mais prennent un certain temps à être adoptée par un individu ou une collectivité (McKee et al., 1996).

Le degré de réceptivité des participants face à l'AÉS est mesuré dans le questionnaire par une seule question demandant aux participants, qui connaissent au moins les grands principes et les

caractéristiques générales de l'approche. Cette question permet d'évaluer leur degré de réceptivité sur une échelle de type Likert de 5 points allant de « pas du tout réceptif » à « très réceptif ». Le degré de réceptivité face à l'AÉS a été considéré dans le cadre de cette étude comme une variable médiatrice potentielle entre l'adoption et ses prédicteurs potentiels.

### **1.3 Décision d'adopter l'approche**

La troisième variable dépendante de l'étude, l'adoption de l'AÉS, porte sur les écoles qui connaissent minimalement l'approche (au moins les grands principes et les caractéristiques générales). Elle réfère à la décision de l'école d'adopter ou non l'approche École en santé selon trois catégories : 1) l'école ayant conclu une entente pour l'adopter; 2) celle qui n'a pas encore pris une décision; 3) celle qui n'est pas intéressée à l'adopter pour le moment.

Pour connaître la décision de l'école, le directeur est considéré comme l'informateur privilégié. Sa réponse est prise en compte, en cas de divergences avec les autres participants. Ce n'est qu'en cas d'absence du questionnaire « directeur » que la réponse fournie par le responsable en promotion de la santé est retenue.

## **2. VARIABLES PREDICTRICES**

### **2.1 L'individu : Caractéristiques personnelles des participants**

#### **2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants**

Le sexe ou l'âge du participant sont deux variables personnelles qui pourraient potentiellement influencer la dissémination de l'AÉS, tout comme leur fonction au sein des organisations. De plus, dans des réseaux d'individus comme les systèmes scolaire et de santé, un niveau de scolarité ou une formation académique similaire pourraient faciliter le développement de canaux de communication interpersonnels entre les acteurs et avoir un effet d'entraînement en ce qui a trait à la dissémination d'une innovation. En effet, l'homophilie est considérée comme un facteur accélérant la dissémination d'une innovation (Fitzgerald et al., 2002). L'homophilie réfère à la similarité entre individus par rapport à certains attributs comme l'ethnicité, l'âge, le statut, les valeurs, etc. (Rogers, 2003).

Le nombre d'années d'expérience dans le milieu scolaire est aussi un facteur qui pourrait influencer positivement la connaissance de l'AÉS et la réceptivité face à celle-ci en diminuant la perception de la complexité de l'approche (Plsek, 2003). En effet, une personne ayant vécu plusieurs années dans le système scolaire pourrait avoir été témoin ou acteur de plusieurs implantations d'innovations qui ont plus ou moins réussi (réformes pédagogiques, autres programmes de promotion de la santé). Une telle personne pourrait être sceptique et retarder volontairement ou involontairement le processus de dissémination et d'adoption d'une innovation. Au contraire, son expérience pourrait être utilisée pour accélérer ce processus.

#### **2.1.2 Attitudes, valeurs, préoccupations et priorité accordées aux saines habitudes de vie**

L'adoption d'une innovation dans une école est un processus social qui confronte les valeurs des personnes impliquées. L'importance personnelle accordée aux saines habitudes de vie et à certains comportements favorables à la santé pourrait favoriser la dissémination et l'adoption d'intervention

visant à les promouvoir, comme l'AÉS par exemple (Rabin et al., 2006). Il a été démontré que la priorité perçue des différents problèmes chez les élèves favorise la réceptivité et l'adoption d'une innovation qui vise à travailler sur ces problèmes (Wejnert, 2002). De même, l'attitude positive face au rôle de l'école en promotion de la santé des élèves est aussi susceptible d'influencer la réceptivité face à l'AÉS et son adoption par l'école (Rabin et al., 2006).

Ces trois facteurs sont en réalité fortement liés. La perception des différents problèmes des élèves et l'attitude face à la contribution de l'école dans la promotion de la santé des élèves sont fortement influencées par l'importance que les participants accordent aux saines habitudes de vie. Dans ce contexte, seul ce dernier facteur est considéré dans l'analyse des prédicteurs de la dissémination et de l'adoption de l'approche École en santé.

Dans le questionnaire, 6 items étaient relatifs à l'importance accordée par les participants aux saines habitudes de vie dans leur vie de tous les jours : (1) Apprendre à gérer le stress ou réduire le niveau de stress; (2) Avoir une consommation modérée d'alcool; (3) Avoir une saine alimentation; (4) Faire de l'activité physique (libre/sport/exercice); (5) Ne pas fumer; (6) Maintenir un poids santé ou perdre du poids.

L'implication passée ou actuelle dans d'autres programmes scolaires de promotion de la santé a été retenue comme facteur potentiel du niveau de connaissance, de la réceptivité face à l'AÉS et de son adoption car celle-ci pourrait avoir contribué à la formation de canaux de communication avec des personnes impliquées dans des programmes similaires (Greenhalgh et al., 2004). Ces canaux pourraient alors être réinvestis pour la dissémination et l'adoption de l'AÉS. La participation à d'autres programmes peut aussi contribuer à accroître indirectement la réceptivité à l'innovation en réduisant la complexité perçue de l'innovation (Plsek, 2003). Dans le questionnaire, cette variable est mesurée par le nombre de programmes, visant à améliorer la santé ou la réussite éducative des jeunes, dans lesquels le participant a déjà été impliqué.

### **2.1.3 L'efficacité personnelle perçue dans la promotion des SHV**

Selon la théorie sociale cognitive de Bandura (1997), l'efficacité personnelle perçue est l'évaluation globale qu'on se fait de ses propres connaissances et habiletés par rapport à celles qu'on croit nécessaires pour contribuer à implanter une innovation, comme celle de l'AÉS. Il devient donc intéressant de vérifier si les intervenants de l'école croient posséder certaines compétences essentielles à l'implantation de l'AÉS, telles que la capacité de collaborer avec les autres partenaires impliqués.

Dans le questionnaire, l'efficacité personnelle perçue des participants de l'école est mesurée à partir de trois items : (1) Je crois être capable de travailler en équipe avec le personnel de l'école à l'implantation de cette approche; (2) Je crois être capable de travailler en concertation avec les parents à l'implantation de cette approche; (3) Je crois être capable de travailler en concertation avec les gestionnaires des agences de santé locales (CSSS) à l'implantation de cette approche. La formulation des questions est différente pour les autres catégories de participants (participants impliqués dans le déploiement et gestionnaires). Cependant, elles ont toutes trait à la perception du participant de sa capacité à travailler avec les autres acteurs à la mise en place de l'approche École en santé. Signalons que les gestionnaires des CS et des CSSS n'étaient pas éligibles à la première question.

#### **2.1.4 Le leadership au regard de l'approche École en santé**

Nous avons aussi voulu vérifier chez les participants les caractéristiques de leader d'opinion (capacité à influencer les idées et comportements des autres) face à l'AÉS. Nous avons donc vérifié si les acteurs scolaires agissent comme leaders d'opinion auprès de leur entourage professionnel (Rogers, 2003, p. 26). S'inspirant des travaux de Ben Miled et Le Louarn (2002) sur le leadership dans l'implantation d'Internet, 5 items ont été développés pour le questionnaire : (1) En général, parlez-vous à vos collègues de l'approche École en santé?; (2) Durant le dernier mois, à combien de personnes différentes avez-vous parlé de l'approche École en santé?; (3) Si vous deviez parler à vos collègues de l'approche École en santé, quelle information pourriez-vous leur donner?; (4) Si vous aviez à faire part de votre point de vue à vos collègues concernant l'approche École en santé, pensez-vous que vous pourriez les influencer?; (5) Lorsque des personnes de votre entourage veulent de l'information concernant l'approche École en santé, est-ce qu'elles vous sollicitent?

### **2.2 L'ENVIRONNEMENT : CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCOLE ET DE SON ENVIRONNEMENT**

#### **2.2.1 Caractéristiques de l'école**

Certaines caractéristiques de l'école sont susceptibles d'influencer l'adoption de l'AÉS, telles que le type de région (périphérique, métropolitaine ou autre), le milieu (rural vs. urbain), le niveau scolaire (primaire vs. secondaire). Il en est de même de la taille de l'école. Ainsi, les écoles plus grosses pourraient être plus rapides dans l'adoption d'une innovation (Rogers, 2003, p. 288). Ceci pourrait être dû au fait que les organisations plus grosses ont davantage de marge de manœuvre sur le plan organisationnel (Rogers, 2003). Cependant, cela reste à être démontré dans des organisations comme les écoles. De plus, les écoles ayant un niveau socioéconomique plus faible (ou un indice de défavorisation plus élevé) seraient vraisemblablement plus lentes à adopter une innovation (Rogers, 2003, p. 288). Dans le cadre de la présente étude, les caractéristiques de l'école ont été considérées comme des variables de contrôle dans la relation entre l'adoption et ses prédicteurs potentiels, en raison d'un déploiement plus marqué dans les régions périphériques, composées plus fréquemment de milieux ruraux.

#### **2.2.2 L'innovation et le climat dans l'école**

La propension à innover (ex. : ouverture aux idées et expériences nouvelles, capacité à prendre des risques, indépendance) pourrait augmenter les chances d'être mieux informé sur l'innovation en créant des canaux interpersonnels (Greenhalgh et al., 2004; Gustafson et al., 2003; Rogers, 2003, p. 18). Elle a aussi été étudiée et documentée comme prédicteur de la réceptivité et de l'adoption de diverses innovations. En adaptant l'échelle de Burningham et West (1995), 6 items, destinés aux participants de l'école ont été retenus dans le questionnaire pour mesurer la propension à innover dans l'école. Ces items réfèrent à des aspects présents dans le renouveau pédagogique de l'école québécoise et dans l'AÉS : (1) La direction offre à notre équipe-école diverses occasions de participer à des activités de formation continue sur les nouvelles approches pédagogiques; (2) Notre équipe-école est favorable à la collaboration avec les parents des élèves; (3) La direction offre à notre équipe-école diverses occasions de participer à des activités de formation continue en promotion de la santé et prévention; (4) Les membres de l'équipe-école sont prêts à essayer de nouvelles approches (pédagogie, gestion, etc.); (5) La direction offre à notre équipe-école diverses occasions de participer à des activités de formation

sur la collaboration école-famille-communauté; (6) Notre équipe-école a une attitude très proactive face à l'approche par compétences transversales.

L'implication des parents et des élèves, en particulier au niveau secondaire, est considérée comme un indicateur du climat dans l'école (Haynes, 1989). Nos items du questionnaire visaient à mesurer (1) l'attitude des participants quant au rôle des élèves et des parents et (2) la participation réelle des élèves et des parents lors de la mise sur pied des programmes de prévention et lors de l'élaboration du code de vie (Simovska, 2004), comme le préconise le renouveau pédagogique dans le contexte québécois.

L'attitude face au rôle des élèves et des parents est mesurée par deux items dans le questionnaire : (1) Les élèves peuvent jouer un rôle actif dans la mise sur pied d'activités de promotion de la santé ou de prévention et (2) Les parents d'élèves peuvent jouer un rôle actif dans la mise sur pied d'activités de promotion de la santé ou de prévention. L'implication des élèves et des parents dans les décisions de l'école se base sur trois items : (1) Les élèves ont été consultés dans l'élaboration du code de vie de l'école; (2) Les élèves prennent part aux décisions lorsque nous mettons sur pied un nouveau programme de promotion de la santé et de prévention; (3) Les parents d'élèves prennent part aux décisions lorsque nous mettons sur pied un nouveau programme de promotion de la santé et de prévention.

### **2.2.3 La popularité perçue de l'approche École en santé auprès des pairs**

Un des déterminants de la réceptivité et de l'adoption d'une innovation est le poids relatif de la popularité perçue de l'approche auprès de l'entourage immédiat (Champagne et al., 1991). Un milieu qui perçoit une innovation comme plus populaire qu'impopulaire risque plus probablement de l'adopter. L'étude s'est donc intéressée à l'influence de la popularité perçue de l'approche auprès des pairs sur la réceptivité, et auprès de l'entourage de l'école, sur l'adoption.

Pour mesurer la popularité perçue de l'approche auprès de leurs **pairs**, le questionnaire demandait aux participants de l'école d'évaluer, sur une échelle de Likert de 5 points, leur perception du degré de réceptivité des membres des écoles suivants : (1) Les enseignants; (2) Les professionnels non enseignants; (3) Les membres du conseil d'établissement; (4) La direction. Le questionnaire entendait mesurer aussi la popularité perçue de l'approche auprès de l'**entourage immédiat de l'école** chez les participants de l'école. Ceux-ci étaient invités à donner leur perception du degré de réceptivité des personnes suivantes face à l'approche École en santé : (1) Les gestionnaire de leur commission scolaire et (2) Les parents d'élèves de leur école.

Pour les participants impliqués (répondants régionaux et accompagnateurs de l'approche École en santé), la popularité perçue parmi les pairs était mesurée par leur perception du degré de réceptivité des gestionnaires des commissions scolaires face à l'approche École en santé. Aux gestionnaires, il était demandé de donner leur perception du degré de réceptivité des acteurs suivants : (1) Les gestionnaires des CS ou des CSSS de leur région et (2) Les professionnels de leur CS ou CSSS.

## 2.2.4 L'investissement de l'école en promotion de la santé chez les jeunes

Le niveau d'investissement de l'école dans l'un ou l'autre des domaines d'interventions en promotion de la santé pourrait être prédictif de l'adoption de l'AÉS si l'approche est vue comme un mode d'intervention avantageux pour un domaine d'importance.

Le questionnaire demandait aux participants des écoles d'estimer l'investissement de leur école, en termes de ressources humaines et financières, dans la promotion de la santé et la prévention. Sur une échelle de Likert de 4 points allant de nul à élevé, les directeurs d'école et les responsables en promotion de la santé devaient évaluer le niveau d'investissement de leur école dans les domaines suivants : (1) Capacité à gérer son stress et à relaxer; (2) Compétences sociales/comportements pacifiques; (3) Comportements responsables à l'égard de l'alcool et des drogues; (4) Comportements responsables en matière de sexualité; (5) Estime de soi/soutien social; (6) Sécurité; (7) Pratique régulière de l'activité physique; (8) Prévention du tabagisme; (9) Prévention du harcèlement/intimidation; (10) Saine alimentation.

## 2.3 LES ATTRIBUTS PERÇUS DE L'AÉS ET DE SON CONTEXTE

Roger (2003) fut un des premiers à identifier le rôle des attributs perçus d'une innovation dans la diffusion de celle-ci. Ces attributs, au nombre de cinq (avantage relatif, compatibilité, complexité, observabilité et capacité d'expérimentation) ont été par la suite enrichis avec d'autres attributs intrinsèques et extrinsèques à l'innovation elle-même, comme par exemple celles liées au contexte.

### 2.3.1 Les attributs perçus de l'innovation

L'**avantage relatif** d'une approche facilite la réceptivité face à cette approche et son adoption. Selon Rogers (2003) la perception que l'innovation présente plus d'avantages que les innovations existantes constitue un des facteurs les plus importants de la dissémination et de l'adoption d'une innovation.

La **compatibilité** ou la cohérence de l'innovation avec les valeurs, les normes et les pratiques courantes des adopteurs potentiels et le degré auquel elle répond à leurs besoins et attentes constitue un déterminant important de la réceptivité et de l'adoption. Certains auteurs l'appellent aussi acceptabilité (Wiecha et al., 2004). Dans le cadre d'une approche telle que l'AÉS, il est important de vérifier si les cultures d'encadrement et les référentiels des destinataires sont conciliables.

La **complexité** d'une approche, c'est-à-dire la difficulté à la comprendre et à l'utiliser par les acteurs sociaux susceptibles de l'implanter représente une barrière pour sa réceptivité et son adoption (Rogers, 2003, p 256). Greenhalgh et al. (2004) fait la distinction entre attributs inhérents (difficultés de comprendre l'innovation) et attributs opérationnels (difficultés à l'utiliser). Une innovation peut être peu complexe en elle-même mais le devenir en raison de contraintes présentes dans l'environnement.

Une innovation dont les retombées peuvent être observées par d'autres a plus de chance d'être adoptée (**observabilité**). Ainsi, la possibilité de voir une école opérant selon les principes et le cadre d'intervention de l'AÉS pourrait ainsi faciliter son adoption par d'autres écoles si les retombées sont positives (Greenhalgh et al., 2004).

La **capacité d'expérimentation** réfère à la possibilité de mettre à l'essai l'innovation sur une base restreinte, en permettant de réduire l'incertitude, peut influencer favorablement sur la réceptivité face à l'innovation et sur son adoption.

Enfin, certaines approches basées sur les évidences prennent souvent un certain temps avant d'être adoptées, en particulier si elles ne peuvent être adaptées (Greenhalgh et al., 2004). Une approche qui peut être modifiée en fonction des besoins locaux serait plus susceptible d'être adoptée rapidement et durablement par les utilisateurs potentiels. Cette observation fait référence à la notion de réinvention, d'adaptation (Rogers, 2003) ou de flexibilité (Wiecha et al., 2004).

### 2.3.2 Les attributs perçus du contexte

Plus la perception des participants de l'école en ce qui a trait à la **capacité collective** de mettre en œuvre l'AÉS dans leur école est grande, plus la propension à adopter l'approche est élevée. Il s'agit d'une perception personnelle de la capacité collective à implanter l'AÉS (Greenhalgh et al., 2004).

Les **contraintes dans l'environnement scolaire** représentent un autre attribut du contexte. Si les adopteurs potentiels n'ont pas la perception de disposer du temps ainsi que des ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre de l'approche, la réceptivité face à l'approche et son adoption s'en trouveront réduites (Gustafson et al., 2003).

Dans le questionnaire, les perceptions des participants quant aux attributs et au contexte de l'approche École en santé sont mesurées par 30 items (Encadré 1).

## Encadré 1 : Classification opérée à priori des attributs perçus de l'approche École en santé et de son contexte

### 1- Avantages relatifs

1. L'approche École en santé est une façon plus prometteuse d'obtenir des effets positifs sur les comportements de santé chez les jeunes que les autres façons d'intervenir.
2. L'approche École en santé n'apportera rien de plus à ce que nous faisons déjà.
3. L'approche École en santé fait double emploi avec ce que font d'autres initiatives actuellement implantées dans notre école milieu.
4. L'approche École en santé représente la meilleure alternative pour intégrer les multiples actions en promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes.
5. L'approche École en santé offre moins d'avantages que les autres initiatives pour appuyer les actions de notre école en matière de réussite éducative des jeunes.

### 2- Compatibilité

6. L'approche École en santé est compatible avec la volonté de l'école québécoise d'établir un partenariat entre l'école, la famille et la communauté.
7. L'approche École en santé est en accord avec ma façon de concevoir la promotion de la santé des jeunes.
8. La conjoncture actuelle est tout à fait propice à l'introduction de l'approche École en santé dans les écoles.

### 3- Complexité

9. La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé est facile à transposer dans la pratique. (opérationnel)
10. L'approche École en santé sera difficile à implanter dans notre école. (opérationnel)
11. Il est difficile de voir concrètement comment l'approche École en santé peut être intégrée dans le fonctionnement de notre école. (intrinsèque)
12. Il est très difficile d'expliquer à d'autres personnes ce que l'approche École en santé veut dire concrètement. (intrinsèque)

### 4 - Observabilité

13. Les bénéfices que l'on peut obtenir avec cette approche sont difficiles à entrevoir
14. Je peux facilement me représenter les retombées que pourraient avoir l'implantation de l'approche sur les jeunes de notre école.

### 5- Adaptation/conformité

15. La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé offre la possibilité de l'adapter aux conditions locales.
16. La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé est trop prescriptive.
17. La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé est nécessaire pour être efficace.
18. Selon moi, il est important que la mise en œuvre de l'approche École en santé soit conforme à la démarche proposée.

### 6 – Contraintes organisationnelles

19. L'approche École en santé ne nécessite pas beaucoup de nouvelles ressources.
20. Je n'ai pas le temps de m'impliquer dans la mise en œuvre de l'approche École en santé dans mon milieu.
21. Les ressources actuellement disponibles pour implanter l'approche École en santé sont un frein à mon implication.
22. Mon école a d'autres priorités qui l'empêchent d'envisager l'implantation de l'approche École en santé.

### 7 – Capacités collectives

23. Je crois que notre école est capable de mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette approche.
24. Je crois que les membres de notre équipe-école ont les compétences nécessaires pour mettre en œuvre une approche comme École en santé.

### 8 – Bénéfices

25. L'implantation de l'approche École en santé enlèvera du temps pour l'instruction des élèves dans les matières plus importantes.
26. Je crois que l'approche École en santé aura un impact positif sur l'environnement scolaire.
27. L'approche École en santé aura un effet positif sur l'image des directions d'école dans notre communauté.
28. Je crois que l'approche École en santé aura un impact positif sur l'adoption de comportements favorables à la santé chez les élèves.
29. L'approche École en santé me permettra d'accomplir mes tâches professionnelles en matière de santé et bien-être des jeunes de façon plus stimulante.
30. L'approche École en santé occasionnera une surcharge de travail chez le personnel impliqué.

## RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Ben Miled, H. et Le Louarn, P. (1994). Analyse comparative de deux échelles de mesure du leadership d'opinion: validité et interprétation, *Recherche et Applications en Marketing*, 9(4), 23-51.
- Burningham, C. et West, M.A. (1995) Individual, climate, and group interaction processes as predictors of work team innovation. *Small Group Research*, 26(1), 106-117.
- Butterfoss, F.D., Goodman, R.M. et Wandersman, A. (1996). Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation, and planning. *Health Education Quarterly*, 23(1):65-79.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M. et Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*; 55(12),1429-1449.
- Greenhalgh, T, Robert, G, MacFarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Gustafson, D.H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., Steudel, H. (2003). Developing and Testing a Model to Predict Outcomes of Organizational Change. *Health Services Research*, 38(2), 751–776.
- Lafferty, C.K. (2003). Diffusion of a developmental asset-building initiative in public schools. *American Journal of Health Behavior*, 27(Suppl 1), S35-44.
- Lafferty, C.K. & Mahoney, C.A. (2003). A framework for evaluating **COMPREHENSIVE** community Initiatives. *Health Promotion Practice*, 4(1), 31-44.
- McKee, M., Fulop, N., Bouvier, P., Hort, A., Brand, H., Rasmussen, .F, Kohler, L., Varasovszky, L., Rosdahl, N. (1996). Preventing sudden infant deaths – the slow diffusion of an idea. *Health Policy*, 37(2), 117–135.
- Plsek, P. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. Paper presented at Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Accelerate the Diffusion of Evidence-Based Innovations. Washington , D.C. : National Institute for Healthcare Management Foundation and National Committee for Quality in Health Care.
- Rabin, B.A., Brownson, R.C., Kerner, J.F., Glasgow, R.E. (2006). Methodologic challenges in disseminating evidence-based interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine* , 31(4 Suppl), S24-34.
- Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of innovations* (5<sup>th</sup> edition). New York: Free Press.

Simovska, V. (2007). The changing meanings of participation in school-based health education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22(6), 864-878.

Wejnert, B. (2002) Integrating models of diffusion of innovations: A Conceptual Framework. *Annual Review of Sociology*, 28, 297-326.

Wiecha, J.L., El Ayadi, A.M., Fuemmeler, B.F., Carter, J.E., Handler, S., Johnson, S., Strunk N., Korzec-Ramirez, D. et Gortmaker, S.L. (2004). Diffusion of an integrated health education program in an urban school system: Planet Health. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(6):467-474.

**ANNEXE F**

**INDICES**



## INDICES

### 1. Méthodologie pour le calcul des indices

Pour réduire le grand nombre d'items mesurant une variable et les regrouper dans un nombre restreint de facteurs, une analyse en composantes principale avec rotation VARIMAX a été menée pour toutes les variables mesurées par plus de trois items. Pour être retenu dans l'analyse en composantes principales, chaque item devait être corrélé fortement avec au moins un des autres items avec qui elle compose la variable ( $r > 0,30$ ). En utilisant un processus itératif, plusieurs analyses en composantes principales ont souvent été nécessaires afin d'épurer les items. A chaque fois, il a fallu enlever les items ne respectant pas les critères : items saturant fortement sur plusieurs facteurs, ayant une faible qualité de représentation ou n'atteignant pas un seuil de saturation satisfaisant.

La consistance interne des facteurs issus de l'analyse en composantes principales ou mesurés par moins de 4 items a été vérifiée avec le test de l'alpha de Cronbach. Idéalement, seuls les facteurs présentant un alpha de Cronbach supérieur ou égal à 0,70 devraient être retenus, mais dans le cas de développement d'échelles, des facteurs ayant une consistance interne moins importante peuvent être retenus, surtout s'ils sont composés d'un nombre limité d'items. Cependant, chaque facteur devait avoir un alpha de Cronbach égal ou supérieur à 0,65 pour être retenu dans les analyses. Pour les facteurs retenus, un indice composite a été calculé en faisant la moyenne des réponses aux différents items composant l'indice.

Pour être pris en compte dans le calcul d'un indice, les participants devaient avoir donné des réponses valides pour plus de la moitié des items composant l'indice. Pour les participants présentant un nombre de valeurs manquantes acceptable, les données manquantes ont été remplacées par la moyenne des réponses valides aux autres items composant l'indice.

Pour analyser les relations entre les variables explicatives et la variable dépendante « adoption », les indices devaient être rapportés sur une base école. La position de l'école a été obtenue en combinant la position du directeur à celle du responsable en promotion de la santé. Vu l'hétérogénéité des situations qui prévaut dans les écoles, il était impossible de pondérer la position de l'école par l'importance occupée par ces deux acteurs clés. Malgré ces limites évidentes, le calcul d'une moyenne à partir des réponses fournies par les deux participants constitue la solution la plus satisfaisante. Dans les écoles où l'un des participants n'a pas retourné son questionnaire ou ne possède pas une connaissance minimale de l'approche pour être éligible aux questions sur l'adoption, la position de l'école s'est résumée à celle du participant qui a retourné son questionnaire ou qui était éligible.

## 2. Résultats des analyses en composantes principales

**Tableau F1. Résultats de l'analyse en composantes principales sur les saines habitudes de vie**

Items	Facteur 1	Facteur 2
Activité physique	0,862	
Saine alimentation	0,763	
Poids santé ou perdre du poids	0,672	
Consommation modérée d'alcool		0,858
Ne pas fumer		0,815
% de variance expliquée	47,5	21,5
KMO = 0,70.		
Bartlett = 0,001.		

**Tableau F2. Résultats de l'analyse factorielle en composantes principales sur la propension à innover dans l'école**

Items	Facteur 1
Les membres de l'équipe-école sont prêts à essayer de nouvelles approches (pédagogie, gestion, etc.)	0,734
La direction offre à notre équipe école diverses occasions de participer à des activités de formation continue en promotion de la santé et prévention	0,709
Notre équipe-école a une attitude très proactive face à l'approche par compétences transversales	0,703
La direction offre à notre équipe école diverses occasions de participer à des activités de formation sur la collaboration école-famille-communauté	0,637
Notre équipe-école est favorable à la collaboration avec les parents des élèves	0,607
KMO = 0,77.	
Bartlett = 0,000.	

**Tableau F3. Résultats de l'analyse en composantes principales sur les attributs de l'AÉS (participants des écoles)**

Facteurs	Items	Saturation	Classification à priori
1 <sup>8</sup>	Il est difficile de voir concrètement comment l'AÉS peut être intégrée dans le fonctionnement de notre école	.786	Complexité
	L'AÉS sera difficile à implanter dans notre école	.774	Complexité
	Mon école a d'autres priorités qui l'empêchent d'envisager l'implantation de l'AÉS	.743	Contraintes organisationnelles
	Je n'ai pas le temps de m'impliquer dans la mise en œuvre de l'AÉS dans mon école	.682	Contraintes organisationnelles
	L'AÉS n'apportera rien de plus à ce que nous faisons déjà	.581	Avantages relatifs
	Les ressources actuellement disponibles pour implanter l'AÉS sont un frein à mon implication	.530	Contraintes organisationnelles
2 <sup>9</sup>	Je peux facilement me représenter les retombées que pourraient avoir l'implantation de l'AÉS sur les jeunes de notre école	.748	Observabilité
	Je crois que l'AÉS aura un impact positif sur l'adoption de comportements favorables à la santé chez les élèves	.689	Bénéfices
	L'AÉS est compatible avec la volonté de l'école québécoise d'établir un partenariat entre l'école, la famille et la communauté	.652	Compatibilité
	Les bénéfices que l'on peut obtenir avec cette approche sont difficiles à entrevoir	.642	Observabilité
	Je crois que l'AÉS en santé aura un impact positif sur l'environnement scolaire	.622	Bénéfices
3 <sup>10</sup>	Je crois que les membres de notre équipe-école ont les compétences nécessaires pour mettre en œuvre une approche comme École en santé	.789	Capacités collectives
	Je crois que notre école est capable de mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette approche	.646	Capacités collectives
	La démarche proposée pour mettre en œuvre l'AÉS est facile à transposer dans la pratique	.635	Complexité
4 <sup>11</sup>	L'AÉS représente le meilleur modèle pour intégrer les multiples actions en promotion de la santé chez les jeunes	.825	Avantages relatifs
	L'AÉS est une façon plus prometteuse d'obtenir des effets positifs sur les comportements de santé chez les jeunes que les autres façons d'intervenir	.768	Avantages relatifs

KMO = 0,70.

Bartlett = 0,001.

<sup>8</sup> Contraintes de l'environnement (34,4 % de variance expliquée).

<sup>9</sup> Bénéfices anticipés (11,2 % de variance expliquée).

<sup>10</sup> Capacité collective (8,2 % de variance expliquée).

<sup>11</sup> Avantages relatifs (7,0 % de variance expliquée).

**Tableau F4. Résultats de l'analyse en composantes principales sur les attributs (participants impliqués dans le déploiement de l'approche)**

Facteurs	Items	Saturation	Classification à priori
1 <sup>12</sup>	Je crois que l'AÉS aura un impact positif sur l'adoption de comportements favorables à la santé chez les élèves	0,735	Bénéfices
	L'AÉS est une façon plus prometteuse d'obtenir des effets positifs sur les comportements de santé chez les jeunes que les autres façons d'intervenir	0,735	Avantages relatifs
	L'AÉS représente le meilleur modèle pour intégrer les multiples actions en promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes	0,712	Avantages relatifs
	Je peux facilement me représenter les retombées que pourrait avoir l'implantation de l'approche sur les jeunes des écoles	0,668	Observabilité
	L'AÉS est en accord avec ma façon de concevoir la promotion de la santé des jeunes	0,596	Compatibilité
	Je crois que L'AÉS aura un impact positif sur l'environnement scolaire	0,509	Bénéfices
	2 <sup>13</sup>	L'AÉS ne nécessite pas beaucoup de nouvelles ressources	0,697
Les ressources actuellement disponibles pour implanter L'AÉS sont un frein à mon implication		0,691	Contraintes organisationnelles
Je crois que les écoles sont capables de mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette approche		0,630	Capacités collectives
L'AÉS occasionnera une surcharge de travail chez le personnel impliqué		0,629	Bénéfices
L'AÉS sera difficile à implanter dans les écoles		0,605	Complexité
3 <sup>14</sup>	La démarche proposée pour mettre en œuvre l'AÉS est nécessaire pour être efficace	0,818	Adaptation/conformité
	Selon moi, il est important que la mise en œuvre de l'AÉS soit conforme à la démarche proposée	0,729	Adaptation/conformité
	La démarche proposée pour mettre en œuvre l'AÉS est trop prescriptive	0,662	Adaptation/conformité
4 <sup>15</sup>	Il est très difficile d'expliquer à d'autres personnes ce que l'AÉS veut dire concrètement	0,830	Complexité
	Il est difficile de voir concrètement comment l'AÉS peut être intégrée dans le fonctionnement des écoles	0,595	Complexité

KMO = 0,70.

Bartlett = 0,001.

<sup>12</sup> Bénéfices/avantages (30,0 % de variance expliquée).

<sup>13</sup> Capacité collective (12,2 % de variance expliquée).

<sup>14</sup> Adaptation (8,6 % de variance expliquée).

<sup>15</sup> Complexité/contraintes (6,5 % de variance expliquée).

**Tableau F5. Résultats de l'analyse en composantes principales sur les attributs (gestionnaires des CSSS et des CS)**

Facteurs	Items	Saturation	Classification à priori
1 <sup>16</sup>	Je crois que l'AÉS aura un impact positif sur l'adoption de comportements favorables à la santé chez les élèves	0,761	Bénéfices
	L'AÉS est une façon plus prometteuse d'obtenir des effets positifs sur les comportements de santé chez les jeunes que les autres façons d'intervenir	0,727	Avantages relatifs
	L'AÉS représente le meilleur modèle pour intégrer les multiples actions en promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes	0,676	Avantages relatifs
	Je peux facilement me représenter les retombées que pourrait avoir l'implantation de l'approche sur les jeunes des écoles	0,655	Observabilité
	L'AÉS est en accord avec ma façon de concevoir la promotion de la santé des jeunes	0,739	Compatibilité
	Je crois que L'AÉS aura un impact positif sur l'environnement scolaire	0,592	Bénéfices
	Je crois que les écoles sont capables de mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette approche	0,753	Capacités collectives
2 <sup>17</sup>	L'AÉS ne nécessite pas beaucoup de nouvelles ressources	0,751	Contraintes organisationnelles
	L'AÉS occasionnera une surcharge de travail chez le personnel impliqué	0,710	Bénéfices
	Les ressources actuellement disponibles pour implanter L'AÉS sont un frein à mon implication	0,657	Contraintes organisationnelles
3 <sup>18</sup>	La démarche proposée pour mettre en œuvre l'AÉS est nécessaire pour être efficace	0,834	Adaptation/conformité
	Selon moi, il est important que la mise en œuvre de l'AÉS soit conforme à la démarche proposée	0,810	Adaptation/conformité
	La conjoncture actuelle est tout à fait propice à l'introduction de l'AÉS dans les écoles	0,791	Compatibilité
4 <sup>19</sup>	La démarche proposée pour mettre en œuvre l'AÉS est trop prescriptive	0,658	Adaptation/conformité
	L'AÉS sera difficile à implanter dans les écoles	0,657	Complexité
	Il est difficile de voir concrètement comment l'AÉS peut être intégrée dans le fonctionnement des écoles	0,535	Complexité

KMO = 0,70.

Bartlett = 0,001.

<sup>16</sup> Bénéfices/avantages (36,4 % de variance expliquée).

<sup>17</sup> Capacité collective (10,2 % de variance expliquée).

<sup>18</sup> Adaptation (8,7 % de variance expliquée).

<sup>19</sup> Complexité/contraintes (7,8 % de variance expliquée).

**Tableau F6. Résultat de l'analyse en composante principale sur le leadership à l'égard de l'approche École en santé**

Items	Participants écoles	Participants impliqués	Gestionnaires
Fréquence à laquelle il parle de l'AÉS	0,845	0,810	0,772
Nombre de personnes à qui il a en parlé	0,802	0,832	0,813
Information qu'il pourrait donner	0,788	0,605	0,757
Capacité d'influencer ses collègues	0,730	0,762	0,747
Fréquence à laquelle il est sollicité	0,807	0,790	0,793
% variance	63,0	58,0	60,0
KMO	0,85	0,77	0,80
Bartlett	0,000	0,000	0,000

**Tableau F7. Résultat de l'analyse en composante principale sur l'investissement de l'école en promotion de la santé et en prévention (directeur et responsable en promotion de la santé)**

Items	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Activité physique	0,837		
Saine alimentation	0,802		
Alcool et drogues		0,889	
Tabagisme		0,867	
Compétences sociales/comportements pacifiques			0,911
Taxage/intimidation			0,749
% variance	28,7	24,5	24,1
KMO = 0,70.			
Bartlett = 0,001.			

**Tableau F8. Alpha de cronbach, minimum, maximum, moyenne, écart-type des indices**

Indices	Participants des écoles			Participants impliqués dans le déploiement de l'AÉS			Gestionnaires des CSSS et CS		
	$\alpha$	Min - Max	M(ET)	$\alpha$	Min - Max	M(ET)	$\alpha$	Min - Max	M(ET)
Importance accordée aux SHV	0,70	3 – 15	12,5 (2,0)	0,75	3 – 15	12,3 (1,8)	0,69	3 – 15	11,9 (2,0)
Importance accordée au comportement responsable à l'égard de substances	0,65	2 – 10	8,4 (1,8)	0,70	2 – 10	7,9 (2,0)	0,66	2 – 10	8,4 (1,8)
Efficacité personnelle perçue	0,79	3 – 15	13,2 (1,9)	0,87	3 – 15	13,7 (2,2)	0,86	2 – 10	9,3 (1,4)
Leadership au regard de l'AES	0,85	5 – 25	14,2 (4,1)	0,81	5 – 25	19,7 (3,6)	0,81	5 – 25	18,9 (3,4)
Popularité perçue auprès des pairs	0,83	4 – 20	15,4 (3,1)	<sup>a</sup>	1 – 5	3,7 (1,0)	0,69	2 – 10	7,6 (1,4)
Popularité perçue auprès de l'entourage de l'école	0,68	2 – 10	8,0 (1,5)	-	-	-	-	-	-
Propension à innover	0,70	5 – 25	17,8 (3,7)	-	-	-	-	-	-
Implication des élèves	0,69	2 – 10	6,5 (2,1)	-	-	-	-	-	-
Investissement dans la promotion des saines habitudes de vie		2 – 10		-	-	-	-	-	-
Investissement dans la prévention de la consommation de substances		2 – 10		-	-	-	-	-	-
Investissement dans la prévention de la violence		2 – 10		-	-	-	-	-	-
Bénéfices anticipés	0,75	5 – 25	21,0 (2,7)	-	-	-	-	-	-
Avantages relatifs	0,63 <sup>b</sup>	1 – 5	3,7 (0,8)	-	-	-	-	-	-
Bénéfices/avantages	-	-	-	0,76	6 – 30	26,6 (2,8)	0,83	6 – 30	26,3 (3,1)
Adaptation	-	-	-	0,68	3 – 15	11,4 (2,3)	0,77	3 – 15	10,9 (2,6)
Contraintes dans l'environnement	0,83	6 – 30	14,0 (4,6)	-	-	-	-	-	-
Capacité collective	0,72	3 – 15	11,6 (2,1)	0,72	5 – 25	15,1 (4,0)	0,76	4 – 20	12,3 (3,5)
Complexité/contraintes	-	-	-	0,66	2 – 10	4,7 (1,8)	0,69	3 – 15	7,7 (2,7)

<sup>a</sup> Variable mesurée par un seul item pour les participants impliqués.

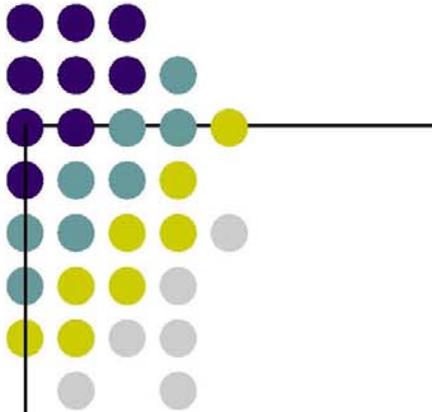
<sup>b</sup> Validité faible. L'item « L'AÉS représente le meilleur modèle pour intégrer les multiples actions en promotion de la santé chez les jeunes », qui possède le --- coefficient de saturation le plus élevé sur la composante, a été choisi comme indicateur de l'attribut.



**ANNEXE G**

**QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DU DIRECTEUR**





# **QUESTIONNAIRE**

**à l'intention du directeur d'école**

## **ENQUÊTE SUR LA DIFFUSION DE L'APPROCHE QUÉBÉCOISE ÉCOLE EN SANTÉ**

**Auteurs :**

Marthe Deschesnes, Ph.D.



François Trudeau, Ph.D.



Suzanne Laberge, Ph. D



Yves Couturier, Ph. D.



Sylvie Gagnon



---

Février 2007

**Conception graphique et mise en page :**

Sylvie Bélisle



## INFORMATIONS SUR LE PRÉSENT QUESTIONNAIRE

Le présent questionnaire fait partie de ***l'Enquête sur la diffusion de l'approche École en santé dans les écoles du Québec***. Cette enquête a été élaborée par une équipe de chercheurs subventionnée par le *Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)*. Son but est de recueillir des renseignements qui aideront à mieux comprendre les facteurs qui influencent la décision des écoles québécoises d'adopter ou non l'approche École en santé. Ces connaissances serviront à adapter les actions de promotion de la santé en milieu scolaire en fonction de la réalité des divers milieux et permettront d'influencer les politiques et les programmes futurs. Ces connaissances sont essentielles pour améliorer le développement de tous les jeunes d'âge scolaire du Québec en matière d'habitudes de vie et de comportements de santé.

Vous êtes entièrement libre de remplir le présent questionnaire. En y répondant, vous contribuerez à obtenir une image plus complète des points de vue des divers acteurs qui sont importants dans la vie des jeunes. Votre participation est donc essentielle pour que l'information recueillie soit utile et valide.

**LORSQUE VOUS REMPLISSEZ CE QUESTIONNAIRE, UNE SOMME DE 2 \$ (POTENTIEL DE 1 850 \$) EST VERSÉE À TEL-JEUNES, UN SERVICE D'INTERVENTION TÉLÉPHONIQUE ET INTERNET QUI VIENT EN AIDE AUX JEUNES QUÉBÉCOIS DE 5 À 20 ANS. POUR INFORMATION : <http://www.teljeunes.com>**

### CONSIGNES À SUIVRE pour remplir ce questionnaire

Le présent questionnaire doit être rempli par la direction de l'école.

Il vous faudra environ **15 minutes** pour remplir ce questionnaire qui est divisé en 2 sections. La 1<sup>re</sup> s'adresse à tous les répondants alors que la 2<sup>e</sup> s'adresse uniquement à ceux qui auront répondu « oui » à la dernière question de la section 1.

- ★ SVP, remplissez le questionnaire **individuellement**, sans en partager le contenu avec d'autres membres de votre entourage, car nous voulons connaître le point de vue de chaque répondant.
- ★ Il est important de **répondre à toutes les questions qui s'appliquent à votre situation**, au meilleur de votre connaissance.
- ★ La plupart des questions sont à choix multiple. **À moins d'indication contraire, n'indiquez qu'une seule réponse par question.**
- ★ Toutes les informations recueillies à l'aide de ce questionnaire seront traitées de manière **strictement confidentielle**. SVP n'écrivez pas votre nom sur le questionnaire.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le présent formulaire de consentement fait partie de l'**Enquête sur la diffusion de l'approche École en santé dans les écoles du Québec**.

- « J'ai pris connaissance des informations sur cette enquête. **LE FAIT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE SIGNIFIE QUE JE CONSENS LIBREMENT À Y PARTICIPER** ».
- Je comprends que la participation à cette enquête est volontaire et que les renseignements que je fournis dans le présent questionnaire resteront strictement confidentiels et serviront uniquement à des fins statistiques. Cela veut dire que les informations qui seront transmises ne seront reliées d'aucune façon à mon nom.

**Vous n'avez pas à signer ce formulaire.**

Si vous avez des questions concernant cette enquête, c'est avec plaisir que nous vous répondrons. N'hésitez pas à communiquer avec Madame Marie-Claude Perreault au numéro 819-595-3900, poste 2341.

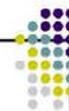
Si vous avez des questions sur vos droits et recours ou sur votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le CÉR de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au (514) 528-2400 poste 3262 ou par courriel à l'adresse suivante : [ethique@santepub-mtl.qc.ca](mailto:ethique@santepub-mtl.qc.ca).

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire et nous le retourner au plus tard le 20 avril 2007.

S'il vous plaît, assurez-vous d'insérer votre questionnaire rempli dans l'enveloppe-réponse préaffranchie ci-jointe et de bien cacheter l'enveloppe avant de la mettre à la poste.

**Merci de votre précieuse collaboration !**

Dans le présent questionnaire le masculin est utilisé sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.



## LES CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE ÉCOLE

**001** Quel est le nombre d'élèves à temps plein ou en équivalent à temps plein inscrits dans votre école ? \_\_\_\_\_

*(SVP inscrivez votre réponse)*

**002** Quels sont les niveaux scolaires présents dans votre école ?

 Encercliez toutes les réponses qui s'appliquent.

- 1 Préscolaire
- 2 Primaire
- 3 Secondaire

**003** Dans quel milieu se trouve votre école ?

 Encercliez le chiffre correspondant à votre réponse.

- 1 Rural
- 2 Urbain
- 3 Semi-urbain, semi-rural

**004** Quel est le pourcentage d'élèves de votre école qui ont une langue première autre que le français ?

\_\_\_\_\_ %

*(SVP inscrivez votre réponse)*





## Quelques questions au sujet de vous-même, de votre expérience et de votre point de vue à propos de certaines habitudes de vie



Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.

### 005 Vous êtes :

- 1 un homme
- 2 une femme

### 006 Dans quel groupe d'âge vous situez-vous ?

- 1 20 à 29 ans
- 2 30 à 39 ans
- 3 40 à 49 ans
- 4 50 à 59 ans
- 5 60 ans et plus

### 007 Veuillez spécifier le ou les niveaux de scolarité que vous avez complétés.



Encerclez autant de réponses qu'il est nécessaire.

- 1 Diplôme d'études secondaires ou collégiales
- 2 Études partielles à l'université
- 3 Baccalauréat
- 4 Baccalauréat en éducation
- 5 Baccalauréat en éducation physique
- 6 Diplôme ou un certificat supérieur au baccalauréat
- 7 Maîtrise
- 8 Doctorat
- 9 Autre \_\_\_\_\_  
(SVP précisez)

### 008 Combien d'années d'expérience avez-vous en milieu scolaire ?

\_\_\_\_\_ années  
(SVP inscrivez votre réponse)

### 009 Quel est votre domaine de formation académique ?



Indiquez le plus pertinent à vos fonctions actuelles.

- 1 Éducation
- 2 Sciences infirmières
- 3 Éducation physique
- 4 Travail social
- 5 Psychoéducation
- 6 Autre \_\_\_\_\_  
(SVP précisez)

### 010 Quelle est votre fonction dans l'école ?

- 1 Directeur
- 2 Enseignant
- 3 Intervenant scolaire non-enseignant  
\_\_\_\_\_  
(SVP précisez)
- 4 Parent du conseil d'établissement
- 5 Autre \_\_\_\_\_  
(SVP précisez)





**Quelle importance accordez-vous dans votre vie de tous les jours à chacune des habitudes suivantes pour améliorer ou maintenir votre santé ?**

 Encerlez le chiffre correspondant à votre réponse.

	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Très grande
011 Apprendre à gérer le stress ou réduire le niveau de stress	1	2	3	4	5
012 Avoir une consommation modérée d'alcool	1	2	3	4	5
013 Avoir une saine alimentation	1	2	3	4	5
014 Faire de l'activité physique (sport / exercice)	1	2	3	4	5
015 Ne pas fumer	1	2	3	4	5
016 Maintenir un poids santé ou perdre du poids	1	2	3	4	5
017 Autre : _____ (SVP précisez)	1	2	3	4	5





## LES PROBLÈMES QUE VIVENT LES ÉLÈVES DE VOTRE ÉCOLE

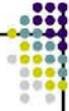
**Selon vous, quels sont les 2 principaux problèmes sociaux ou de santé chez les élèves de votre école ?**



Pour les cycles scolaires qui s'appliquent à votre école, cochez les 2 problèmes les plus importants.

PRIMAIRE	SECONDAIRE
018 Accidents et blessures <input type="checkbox"/>	029 Accidents et blessures <input type="checkbox"/>
019 Comportements suicidaires <input type="checkbox"/>	030 Comportements suicidaires <input type="checkbox"/>
020 Consommation d'alcool et de drogues <input type="checkbox"/>	031 Consommation d'alcool et de drogues <input type="checkbox"/>
021 Violence / taxage / intimidation <input type="checkbox"/>	032 Violence / taxage / intimidation <input type="checkbox"/>
022 Mauvaise alimentation <input type="checkbox"/>	033 Mauvaise alimentation <input type="checkbox"/>
023 Sédentarité <input type="checkbox"/>	034 Sédentarité <input type="checkbox"/>
024 Stress et problèmes de sommeil <input type="checkbox"/>	035 Stress et problèmes de sommeil <input type="checkbox"/>
025 Tabagisme <input type="checkbox"/>	036 Tabagisme <input type="checkbox"/>
026 Vandalisme <input type="checkbox"/>	037 Vandalisme <input type="checkbox"/>
027 Trouble de déficit de l'attention / Hyperactivité <input type="checkbox"/>	038 Maladies transmises sexuellement et SIDA <input type="checkbox"/>
028 Autre : _____ <input type="checkbox"/> (SVP précisez)	039 Autre : _____ <input type="checkbox"/> (SVP précisez)





## LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

**Selon vous, quelle devrait être la CONTRIBUTION DE L'ÉCOLE, en tant qu'institution, à la PROMOTION DE LA SANTÉ des élèves, dans chacun des domaines suivants ?**



*Pour chaque domaine, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.*

	Nulle	Peu importante	Moyennement importante	Importante	Très importante
040 Capacité à gérer son stress et à relaxer	1	2	3	4	5
041 Compétences sociales / comportements pacifiques	1	2	3	4	5
042 Comportements responsables à l'égard de l'alcool et des drogues	1	2	3	4	5
043 Comportements responsables en matière de sexualité	1	2	3	4	5
044 Estime de soi / soutien social	1	2	3	4	5
045 Sécurité : p. ex., prévention des accidents	1	2	3	4	5
046 Pratique régulière de l'activité physique	1	2	3	4	5
047 Prévention du tabagisme	1	2	3	4	5
048 Prévention du harcèlement / intimidation	1	2	3	4	5
049 Saine alimentation	1	2	3	4	5
050 Autre : _____ (SVP précisez)	1	2	3	4	5





**Au cours des 2 dernières années, votre école a-t-elle investi (ressources humaines ou financières) dans des interventions en promotion de la santé ou en prévention concernant l'un des thèmes suivants ?**



Pour chaque domaine, encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.

	Niveau d'investissement (ressources humaines et financières)			
	Nul	Faible	Moyen	Élevé
051 Capacité à gérer son stress et à relaxer	1	2	3	4
052 Compétences sociales / comportements pacifiques	1	2	3	4
053 Comportements responsables à l'égard de l'alcool et des drogues	1	2	3	4
054 Comportements responsables en matière de sexualité	1	2	3	4
055 Estime de soi / soutien social	1	2	3	4
056 Sécurité : p. ex., prévention des accidents	1	2	3	4
057 Pratique régulière de l'activité physique	1	2	3	4
058 Prévention du tabagisme	1	2	3	4
059 Prévention du harcèlement / intimidation	1	2	3	4
060 Saine alimentation	1	2	3	4
061 Autre : _____ (SVP précisez)	1	2	3	4

062

**Quels sont les professionnels (de l'école ou de l'extérieur de l'école) pouvant intervenir en santé dans votre école ?**



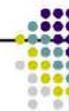
Encerclez toutes les réponses qui s'appliquent.

- A. Psychoéducateur
- B. Éducateur physique
- C. Infirmière scolaire
- E. Autres : \_\_\_\_\_  
(SVP précisez)



8

Questionnaire - Enquête sur la diffusion de l'approche École en santé au Québec - Directeur d'école



## LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE EN MILIEU SCOLAIRE

**Dans la présente étude, les saines habitudes de vie réfèrent spécifiquement à une saine alimentation, au fait d'être actif physiquement et au non-tabagisme.**

063 **Avez-vous déjà été impliqué dans une ou plusieurs des APPROCHES ou PROGRAMMES suivants visant à améliorer la santé ou la réussite éducative des jeunes ?**

➔ *Encerclez toutes les réponses qui s'appliquent à votre situation.*

- 1 Iso-actif
- 2 École en forme et en santé
- 3 Québec en Forme
- 4 Stratégie « Agir autrement »
- 5 Programme école-famille-communauté : réussir ensemble
- 6 École verte Brundtland
- 7 La Gang allumée
- 8 Autre \_\_\_\_\_  
(SVP précisez)



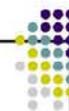


### Les énoncés suivants portent sur l'innovation et le climat dans votre école.

 Indiquez votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
064 La direction offre à notre équipe-école diverses occasions de participer à des activités de formation continue sur les nouvelles approches pédagogiques.	1	2	3	4	5	6
065 Notre équipe-école est favorable à la collaboration avec les parents des élèves.	1	2	3	4	5	6
066 La direction offre à notre équipe-école diverses occasions de participer à des activités de formation continue en promotion de la santé et prévention.	1	2	3	4	5	6
067 Les membres de l'équipe-école sont prêts à essayer de nouvelles approches (pédagogie, gestion, etc.).	1	2	3	4	5	6
068 La direction offre à notre équipe-école diverses occasions de participer à des activités de formation sur la collaboration école-famille-communauté.	1	2	3	4	5	6
069 Les parents d'élèves s'impliquent dans le projet éducatif de notre école.	1	2	3	4	5	6
070 Notre équipe-école a une attitude très proactive face à l'approche par compétences transversales.	1	2	3	4	5	6
071 Le taux de roulement du personnel est un problème dans notre école.	1	2	3	4	5	6





### Les énoncés suivants portent sur l'implication des élèves dans les décisions de l'école.

➔ Indiquez votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans objet
072 Les élèves ont été consultés dans l'élaboration du code de vie à l'école.	1	2	3	4	5	6
073 Les élèves peuvent jouer un rôle actif dans la mise sur pied d'activités de promotion de la santé ou de prévention.	1	2	3	4	5	6
074 Les élèves prennent part aux décisions lorsque nous mettons sur pied un nouveau programme de promotion de la santé et de prévention.	1	2	3	4	5	6

### Les énoncés suivants portent sur l'implication des parents dans les décisions de l'école.

➔ Indiquez votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans objet
075 Les parents des élèves prennent part aux décisions lorsque nous mettons sur pied un nouveau programme de promotion de la santé et de prévention.	1	2	3	4	5	6
076 Les parents des élèves peuvent jouer un rôle actif dans la mise sur pied d'activités de promotion de la santé ou de prévention.	1	2	3	4	5	6





## L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ AU QUÉBEC

**077 Avez-vous déjà entendu parler de l'approche École en santé qui se déploie actuellement au Québec ?**

SVP ne pas confondre l'approche École en santé avec le programme École en forme et en santé.

- 1 Non ➔ Vous avez terminé. Veuillez passer à la dernière page (p. 22), question # 159
- 2 Oui ➔ Si oui, SVP passez à la question # 078 et suivantes
- ↓

**078 Quand avez-vous entendu parler de l'approche École en santé pour la première fois ?**

- 1 Moins de 6 mois
- 2 Entre 6 mois et 1 an
- 3 Plus d'un an mais moins de 2 ans
- 4 Plus de 2 ans



**079 Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre degré de familiarité avec l'approche École en santé ?**

☞ Encerchez une seule réponse.

- 1 J'en ai entendu parler mais je ne la connais pas vraiment ➔ Vous avez terminé. Veuillez passer à la dernière page (p. 22), question # 159

- 2 J'en connais les grands principes et les caractéristiques générales.
- 3 Je connais bien ses composantes spécifiques ainsi que la démarche proposée pour l'implanter.
- 4 Je connais bien l'approche et je suis actuellement impliqué dans son déploiement dans mon école.

Si vous avez répondu 2, 3 ou 4, SVP répondez à la partie II du questionnaire (page suivante)





**Partie II du questionnaire**  
(À répondre par ceux et celles qui ont répondu 2, 3 ou 4 à la question précédente)

**LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ QUI SE DÉPLOIE ACTUELLEMENT AU QUÉBEC**

**080** **Connaissez-vous le « Guide École en santé » ?**

Encerchez une seule réponse.

- 1 Non, je n'ai jamais vu ce guide
  - 2 Je l'ai déjà vu mais je ne l'ai pas lu
  - 3 Oui, je l'ai lu en partie
  - 4 Oui, je l'ai lu entièrement
- Si vous avez répondu 1 ou 2, SVP passez à la question # 082
- Si vous avez répondu 3 ou 4, SVP répondez à la question # 081 et suivantes

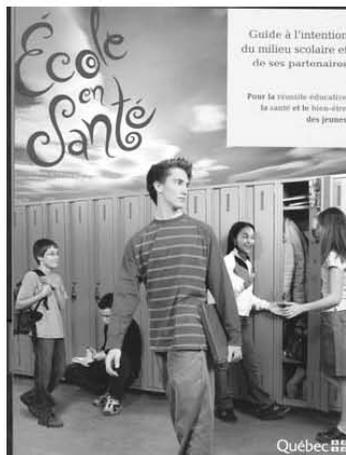


Photo de la page couverture du guide

**081** **Comment considérez-vous le niveau d'accessibilité de ce Guide pour les enseignants et professionnels de l'école ?**

- 1 Très clair et facilement compréhensible
- 2 Assez clair et compréhensible
- 3 Plus ou moins clair et parfois difficile à comprendre
- 4 Peu clair et difficile à comprendre

**Indiquez jusqu'à quel point ces énoncés vous décrivent.**

Encerchez le chiffre correspondant à votre réponse.

	Pas du tout	Pas tellement	Moyennement	Tout à fait
082 Je peux faire la différence entre l'approche « École en santé » et d'autres programmes de promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire.	1	2	3	4
083 J'ai une bonne idée de la manière dont l'approche « École en santé » peut être intégrée dans le fonctionnement de l'école.	1	2	3	4





### Quel est votre degré d'accord avec les énoncés suivants ?

☞ Encercliez le chiffre correspondant à votre réponse.

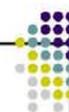
	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne connais pas assez bien l'approche pour répondre
085 Je crois être capable de travailler en équipe avec le personnel de l'école à l'implantation de cette approche.	1	2	3	4	5	6
086 Je crois être capable de travailler en concertation avec les parents à l'implantation de cette approche.	1	2	3	4	5	6
087 Je crois être capable de travailler en concertation avec les gestionnaires des agences de santé locales (CSSS) à l'implantation de cette approche.	1	2	3	4	5	6

### Par quels moyens avez-vous entendu parler de l'approche École en santé ?

☞ Encercliez votre réponse pour chacun des moyens suivants.

	Oui	Non
088 Lors d'un colloque (ou conférence) provincial ou régional	1	2
089 Lors d'atelier / session de formation sur l'approche	1	2
090 En lisant un rapport ou article de revue en éducation ou en santé	1	2
091 En lisant un document du gouvernement	1	2
092 Par les médias (journaux, magazines, radio, télé)	1	2
093 Par le bulletin d'information sur l'Entente de complémentarité	1	2
094 Lors d'une présentation dans mon organisation	1	2
095 Lors d'une réunion ou activités avec d'autres partenaires du milieu	1	2
096 Par un membre de l'équipe-école	1	2
097 Par un autre directeur d'école	1	2
098 Par un parent	1	2
099 Par quelqu'un d'autre de ma communauté	1	2
100 En consultant le site Web du MSSS	1	2
101 En consultant le site Web du MELS	1	2
102 En consultant un autre site Web	1	2
103 Autre _____ (SVP précisez)	1	2





## Quel est votre degré d'accord avec les énoncés suivants concernant l'approche École en santé ?



Encerlez le chiffre correspondant à votre réponse.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
105 La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé offre la possibilité de l'adapter aux conditions locales.	1	2	3	4	5	6
106 L'implantation de l'approche École en santé enlèvera du temps pour l'instruction des élèves dans les matières plus importantes.	1	2	3	4	5	6
107 Je crois que l'approche École en santé aura un impact positif sur l'environnement scolaire.	1	2	3	4	5	6
108 Les bénéfices que l'on peut obtenir avec cette approche sont difficiles à entrevoir.	1	2	3	4	5	6
109 L'approche École en santé ne nécessite pas beaucoup de nouvelles ressources.	1	2	3	4	5	6
110 Mon école a d'autres priorités qui l'empêchent d'envisager l'implantation de l'approche École en santé.	1	2	3	4	5	6
111 La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé est trop prescriptive.	1	2	3	4	5	6
112 L'approche École en santé est une façon plus prometteuse d'obtenir des effets positifs sur les comportements de santé chez les jeunes que les autres façons d'intervenir.	1	2	3	4	5	6
113 Je n'ai pas le temps de m'impliquer dans la mise en œuvre de l'approche École en santé dans mon école.	1	2	3	4	5	6





	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
114 L'approche École en santé n'apportera rien de plus à ce que nous faisons déjà.	1	2	3	4	5	6
115 La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé est nécessaire pour être efficace.	1	2	3	4	5	6
116 L'approche École en santé est compatible avec la volonté de l'école québécoise d'établir un partenariat entre l'école, la famille et la communauté.	1	2	3	4	5	6
117 L'approche École en santé aura un effet positif sur l'image des directions d'école dans notre communauté.	1	2	3	4	5	6
118 Les ressources actuellement disponibles pour implanter l'approche École en santé sont un frein à mon implication.	1	2	3	4	5	6
119 Je crois que notre école est capable de mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre cette approche.	1	2	3	4	5	6
120 Je peux facilement me représenter les retombées que pourraient avoir l'implantation de l'approche sur les jeunes de notre école.	1	2	3	4	5	6
121 Je crois que l'approche École en santé aura un impact positif sur l'adoption de comportements favorables à la santé chez les élèves.	1	2	3	4	5	6
122 L'approche École en santé fait double emploi avec ce que font d'autres initiatives actuellement implantées dans notre école.	1	2	3	4	5	6
123 Je crois que les membres de notre équipe-école ont les compétences nécessaires pour mettre en œuvre une approche comme École en santé.	1	2	3	4	5	6



	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
124 La démarche proposée pour mettre en œuvre l'approche École en santé est facile à transposer dans la pratique.	1	2	3	4	5	6
125 L'approche École en santé sera difficile à implanter dans notre école.	1	2	3	4	5	6
126 L'approche École en santé représente le meilleur modèle pour intégrer les multiples actions en promotion de la santé chez les jeunes.	1	2	3	4	5	6
127 L'approche École en santé est en accord avec ma façon de concevoir la promotion de la santé chez les jeunes.	1	2	3	4	5	6
128 L'approche École en santé me permettra d'accomplir mes tâches professionnelles en matière de santé et bien-être des jeunes de façon plus stimulante.	1	2	3	4	5	6
129 Selon moi, il est important que la mise en œuvre de l'approche École en santé soit conforme à la démarche proposée.	1	2	3	4	5	6
130 L'approche École en santé offre moins d'avantages que les autres initiatives pour appuyer les actions de notre école en matière de santé et de réussite éducative des jeunes.	1	2	3	4	5	6
131 La conjoncture actuelle est tout à fait propice à l'introduction de l'approche École en santé dans les écoles.	1	2	3	4	5	6
132 Il est difficile de voir concrètement comment l'approche École en santé peut être intégrée dans le fonctionnement de notre école.	1	2	3	4	5	6
133 L'approche École en santé occasionnera une surcharge de travail pour le personnel impliqué.	1	2	3	4	5	6
134 Il est très difficile d'expliquer à d'autres personnes ce que l'approche École en santé veut dire concrètement.	1	2	3	4	5	6

Questionnaire - Enquête sur la diffusion de l'approche École en santé au Québec - Directeur d'école

17





## LES QUESTIONS QUI SUIVENT PORTENT SUR LES CONTACTS ET L'INFORMATION À PROPOS DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

 Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse.

**135 En général, parlez-vous à vos collègues de l'approche École en santé ?**

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 De temps en temps
- 4 Assez souvent
- 5 Très souvent

**136 Durant le dernier mois, à combien de personnes différentes avez-vous parlé de l'approche École en santé ?**

- 1 Aucune
- 2 Un petit nombre (1-5)
- 3 Quelques-unes (6-10)
- 4 Plusieurs (11-20)
- 5 Un grand nombre (plus de 20)

**137 Si vous deviez parler à vos collègues de l'approche École en santé, quelle information pourriez-vous leur donner ?**

- 1 Aucune
- 2 Certaines d'ordre général
- 3 Certaines d'ordre général et spécifique
- 4 Plusieurs d'ordre spécifique
- 5 Toute l'information disponible ou presque

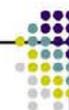
**138 Si vous aviez à faire part de votre point de vue à vos collègues concernant l'approche École en santé, pensez-vous que vous pourriez les influencer ?**

- 1 Aucunement
- 2 Faiblement
- 3 Un peu
- 4 Moyennement
- 5 Grandement

**139 Lorsque des personnes de votre entourage veulent de l'information concernant l'approche École en santé, est-ce qu'elles vous sollicitent ?**

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 De temps en temps
- 4 Assez souvent
- 5 Très souvent





**Selon la perception que vous avez de votre entourage, quel est le degré de réceptivité des personnes suivantes face à l'approche École en santé ?**



Encerlez le chiffre correspondant à votre réponse.

	Pas du tout réceptif	Peu réceptif	Moyennement réceptif	Plutôt réceptif	Très réceptif	Je ne sais pas
140 Vous-même	1	2	3	4	5	S. O.
141 Les enseignants de votre école	1	2	3	4	5	6
142 Les professionnels non-enseignants de votre école	1	2	3	4	5	6
143 Les membres du conseil d'établissement de votre école	1	2	3	4	5	6
144 Les gestionnaires de votre commission scolaire	1	2	3	4	5	6
145 Les parents de votre école	1	2	3	4	5	6





## L'ADOPTION DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ DANS VOTRE ÉCOLE

### 150 **Votre école a-t-elle décidé d'adopter l'approche École en santé ?**

1 Oui, une entente a été prise



151 Si oui, l'entente est :  
1 verbale  
2 écrite  
3 je ne sais pas

Si vous avez répondu oui,  
SVP répondez à la question  
# 152 et suivantes

2 Non, nous sommes en processus de décision

SVP passez à la question # 156

3 Non, notre école n'est pas intéressée à adopter cette approche pour le moment

SVP passez à la question  
# 156

4 Je ne sais pas

SVP passez à la question # 156

### 152 **Qui a été impliqué dans la prise de décision d'adopter l'approche École en santé dans votre école ?**



Encerclez *toutes* les réponses qui s'appliquent.

- 1 La direction
- 2 Le conseil d'établissement dans son ensemble
- 3 Les enseignants / intervenants scolaires
- 4 Un ou des parents de l'école
- 5 Un ou des représentants du CSSS
- 6 Je ne sais pas

### 153 **Si votre école a décidé d'adopter l'approche École en santé, depuis quand a-t-elle pris cette décision ?**

- 1 Moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans et plus





**154 Où en est la mise en œuvre de l'approche actuellement ?**



Encerlez toutes les réponses qui s'appliquent à votre situation.

- 1 Concertation avec le milieu
- 2 Identification des ressources nécessaires à sa mise en œuvre
- 3 Constitution d'une équipe responsable de la mise en œuvre de l'approche
- 4 Analyse de la situation
- 5 Choix des priorités d'action pour l'école
- 6 Intégration des orientations et des actions en promotion de la santé et en prévention dans notre projet éducatif et notre plan de réussite
- 7 Mise en œuvre d'actions spécifiques en lien avec le plan de réussite d'une École en santé

**155 Êtes-vous impliqué dans la mise en œuvre de l'approche École en santé dans votre école ?**

- 1 Oui, je suis impliqué depuis 1 an ou plus.
- 2 Oui, je suis impliqué depuis le début de l'année scolaire.
- 3 Non, mais j'ai l'intention de m'impliquer durant la prochaine année scolaire.
- 4 Non, et je n'ai pas l'intention de m'impliquer dans les prochaines années.

**Est-ce que ...**



Encerlez le chiffre correspondant à votre réponse.

	Oui	Non	Je ne sais pas
156 ...l'approche <b>École en santé</b> a été présentée aux membres de votre école ?	1	2	3
157 ...votre commission scolaire met des ressources à la disposition des écoles à titre « d'accompagnateurs » de l'approche <b>École en santé</b> ?	1	2	3
158 ...votre CSSS met des ressources à la disposition des écoles à titre « d'accompagnateurs » de l'approche <b>École en santé</b> ?	1	2	3





159

**Si vous avez des commentaires ou suggestions en lien avec la présente étude, n'hésitez pas à nous en faire part.**

---

---

---

---

---

---

**Merci!**

**Si vous êtes intéressé à en connaître davantage sur l'approche École en Santé...**

- Vous pouvez contacter le répondant régional responsable de l'approche « École en santé » de votre direction régionale de l'Éducation (DRE) ou de votre direction de Santé publique (DSP).
- Vous pouvez consulter le site Web du ministère de l'Éducation, du Loisir et du sport à l'adresse suivante :

<http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/ecoleensante.html>



22

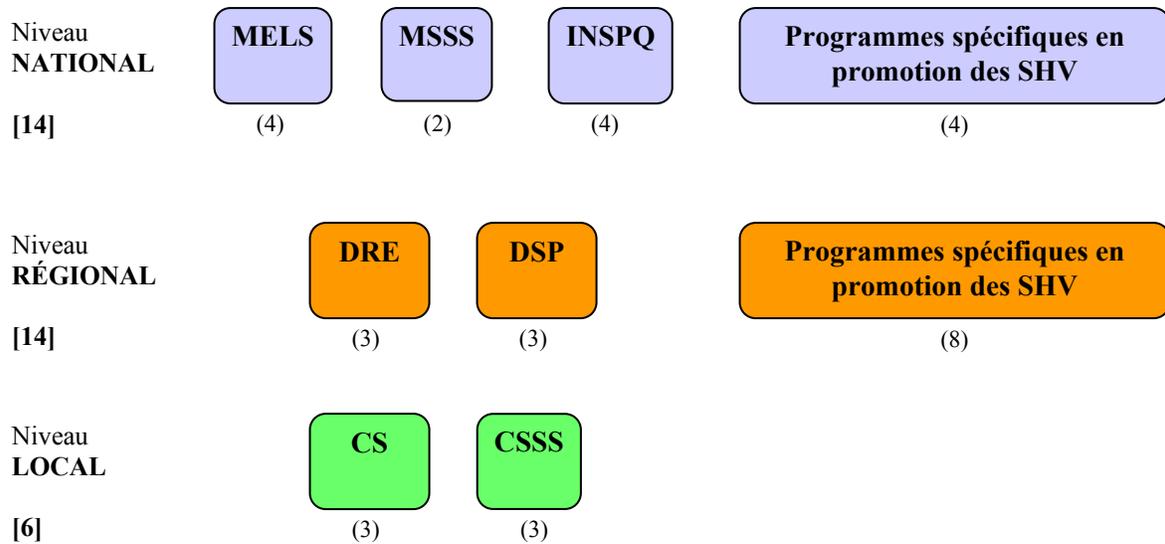
Questionnaire - Enquête sur la diffusion de l'approche École en santé au Québec - Directeur d'école

## **ANNEXE H**

### **ÉCHANTILLON DES INFORMATEURS-CLÉS POUR LES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS, SELON LES TROIS CRITÈRES DE STRATIFICATION**



**Échantillon des informateurs-clés pour les entretiens semi-dirigés,  
selon les trois critères de stratification**



**TOTAL : 34 ENTREVUES**

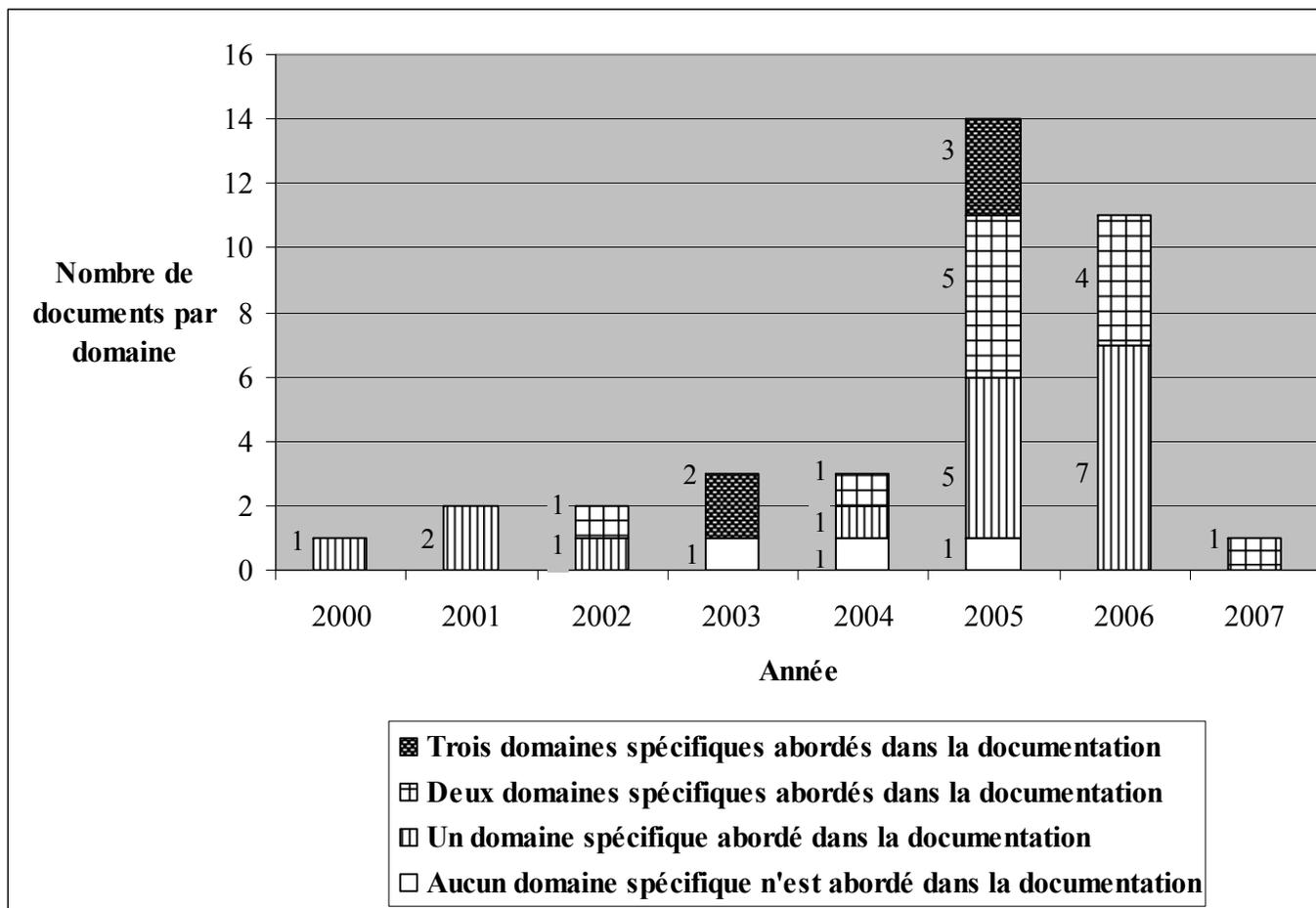


**ANNEXE I**

**NOMBRE DE DOMAINES SPÉCIFIQUES  
DES SAINES HABITUDES DE VIE DANS LA DOCUMENTATION  
GOUVERNEMENTALE DE 2000 À 2007**



Figure II. Nombre de domaines spécifiques\* des saines habitudes de vie dans la documentation gouvernementales de 2000 à 2007\*\*



\* **Note 1 :** Les domaines spécifiques examinés sont : 1) la saine alimentation; 2) la pratique de l'activité physique et 3) le non-tabagisme.

\* **Note 2 :** L'information compilée porte sur 37 des 39 documents analysés; 2 documents ont des dates de publication non déterminées. Le domaine spécifique doit être identifié 3 fois ou plus dans un document, en contexte de prévention ou de promotion de la santé, afin d'être retenu.



## **ANNEXE J**

### **CARACTÉRISTIQUES DES ÉCOLES PARTICIPANTES À L'ENQUÊTE**



### Caractéristiques des écoles participantes à l'enquête

**Tableau J1. Répartition des écoles participantes selon la région socio-sanitaire**

Région	N	%
<b>Régions périphériques</b>		
Bas St-Laurent	4	2,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	7	3,8
Abitibi-Témiscamingue	7	3,8
Côte-Nord	8	4,3
Nord-du-Québec	3	1,6
Gaspésie-Ile-de-la-Madeleine	7	3,8
<b>Sous-total</b>	<b>36</b>	<b>19,2</b>
<b>Régions métropolitaines</b>		
Montréal	30	16,0
Laval	9	4,8
<b>Sous-total</b>	<b>39</b>	<b>20,8</b>
<b>Autres régions</b>		
Capitale nationale	6	3,2
Mauricie-et-Centre-du-Québec	3	1,6
Estrie	12	6,4
Outaouais	8	4,3
Chaudières-Appalaches	32	17,1
Lanaudière	21	11,2
Laurentides	12	6,4
Montérégie	18	9,6
<b>Sous-total</b>	<b>112</b>	<b>60,0</b>
<b>Total</b>	<b>187*</b>	<b>100,0</b>

\* 3 écoles manquantes.

**Tableau J2. Répartition des écoles participantes selon leurs caractéristiques**

<b>Caractéristiques des écoles</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
<b>Types de région</b>		
Périphérique	36	19,2
Métropolitaine	39	20,8
Autres	112	60,0
<b>Milieu</b>		
Rural	65	40,6
Urbain	67	41,9
Semi-urbain - semi-rural	28	17,5
<b>Niveaux scolaires</b>		
Préscolaire – primaire	104	65,0
Secondaire	48	30,0
Mixtes	8	5,0
<b>Nombre d'élèves à temps plein</b>		
Moins de 200	41	26,1
De 200 à 399	55	35,0
De 400 à 599	28	17,8
600 et plus	33	21,0
<b>% d'élèves ayant une première langue autre que le français</b>		
Aucun	65	41,1
Moins de 5 %	49	31,0
De 5 à moins de 20 %	20	12,7
Plus de 20 %	24	15,2
<b>Indice de défavorisation</b>		
Moins de 10	18	10,3
De 10 à 14,99	30	17,2
De 15 à 19,99	37	21,3
De 20 à 24,99	46	26,4
De 25 à 29,99	21	12,1
30 et plus	22	12,6



