



information



formation



recherche



*coopération
internationale*

PORTRAIT DES INITIATIVES QUÉBÉCOISES
DE TYPE « ÉCOLES EN SANTÉ »
AU NIVEAU PRIMAIRE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PORTRAIT DES INITIATIVES QUÉBÉCOISES
DE TYPE « ÉCOLES EN SANTÉ »
AU NIVEAU PRIMAIRE

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

MAI 2004

AUTEURES

Marthe Deschesnes, Ph. D., Direction de santé publique de l'Outaouais et Institut national de santé publique du Québec

Louise Lefort, agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec

COMPILATION ET ANALYSE DES DONNÉES

Louise Lefort, agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec

COLLECTE DE DONNÉES

Hélène Belley, agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION À LA COLLECTE DES DONNÉES

Lyne Arcand, Direction de santé publique de Laval et Institut national de santé publique du Québec

Adèle Jomphe Hill, Université du Québec en Outaouais

Julie Lévesque, Institut national de santé publique du Québec

Catherine Martin, Direction de santé publique de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Richard Paquin, Direction de santé publique des Laurentides et Institut national de santé publique du Québec

COORDINATION

Comité « Écoles et milieux en santé » de l'Institut national de santé publique du Québec :

Lyne Arcand, M.D., Direction de santé publique de Laval et Institut national de santé publique du Québec

Marthe Deschesnes, Ph. D., Direction de santé publique de l'Outaouais et Institut national de santé publique du Québec

Catherine Martin, M. Sc., Direction de santé publique de Montréal et Institut national de santé publique du Québec

Richard Paquin, M. Sc., Direction de santé publique des Laurentides et Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont contribué, à un titre ou à un autre, au présent document. Plus particulièrement, nous voulons remercier toutes les personnes qui ont participé aux entrevues et qui ont bien voulu nous accorder de leur temps pour répondre à nos questions.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2004-036

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2004
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-42985-0

©Institut national de santé publique du Québec (2004)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	III
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE	7
2.1 MÉTHODES DE COLLECTE.....	7
2.2 ÉLÉMENTS ET SOURCES D'INFORMATION	8
2.2.1 Premier volet (grille A).....	8
2.2.2 Deuxième volet (grille B)	8
3 ANALYSE DES DONNÉES	11
4 RÉSULTATS	13
4.1 LA COLLABORATION ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LE RÉSEAU SCOLAIRE DANS LE CADRE DES ACTIONS DE PROMOTION/PRÉVENTION	13
4.1.1 Liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire.....	13
4.1.2 Éléments favorables et défavorables au bon fonctionnement des liens entre les deux réseaux.....	14
4.1.3 Les orientations et actions en promotion/prévention impliquant le milieu scolaire	16
4.1.4 Les orientations « Écoles en santé » au niveau primaire.....	18
4.1.5 Les initiatives de type « Écoles en santé » au niveau primaire.....	19
4.2 PORTRAIT DES INITIATIVES DE TYPE « ÉCOLES EN SANTÉ » AU NIVEAU PRIMAIRE.....	21
4.2.1 Le profil général des initiatives retenues	21
4.2.2 L'origine des initiatives	23
4.2.3 Le leadership.....	25
4.2.4 Le partenariat	26
4.2.5 La planification	28
4.2.6 Les grands axes d'intervention.....	31
4.2.7 Les interrelations entre les actions relatives aux trois axes d'intervention.....	40
4.2.8 Contraintes et pistes d'amélioration suggérées en lien avec l'implantation des initiatives.....	41
5 RÉSUMÉ ET DISCUSSION	45
RÉFÉRENCES	51
ANNEXE 1	53
ANNEXE 2	57
ANNEXE 3	63
ANNEXE 4	73
ANNEXE 5	77
ANNEXE 6	83
ANNEXE 7	87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de régions selon les liens établis entre les organismes du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du réseau scolaire (N = 18).....	14
Tableau 2	Nombre de régions selon le cadre des orientations en prévention et en promotion de la santé en milieu scolaire (N = 18)	17
Tableau 3	Nombre de régions intervenant en milieu scolaire (primaire et secondaire) selon les différentes thématiques en promotion/prévention (N = 18).....	18
Tableau 4	Présence d'orientations et d'initiatives de type « Écoles en santé » dans les différentes régions sociosanitaires du Québec (janvier 1999 à janvier 2002)	20
Tableau 5	Profil général des 29 initiatives retenues	22
Tableau 6	Répartition des initiatives selon les secteurs à l'origine de la démarche (organismes initiateurs) (N = 29)	24
Tableau 7	Fréquence des initiatives selon les secteurs et les niveaux où s'exerce le leadership (N = 29)	26
Tableau 8	Fréquence des initiatives selon la composition de l'équipe porteuse du projet (N = 28).....	27
Tableau 9	Fréquence des initiatives selon la responsabilité de la coordination (N = 22).....	28
Tableau 10	Fréquence des initiatives selon divers aspects liés à la démarche d'évaluation retenue	30
Tableau 11	Fréquence des initiatives ayant des interventions d'éducation à la santé chez les jeunes, pour chacune des dimensions liées aux quatre aspects retenus (N = 29)	33
Tableau 12	Fréquence des initiatives ayant des activités pour chacune des dimensions en lien avec les aspects de l'environnement scolaire.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Pourcentage des initiatives abordant au moins une dimension de chacun des aspects liés aux interventions auprès des jeunes (N = 29).....	32
Figure 2	Pourcentage des initiatives qui développent au moins une dimension de chacun des aspects liés à l'environnement scolaire (N = 29).....	34
Figure 3	Pourcentage des initiatives ayant des activités en lien avec les aspects touchant la collaboration entre l'école et la communauté (N = 29).....	39

1 INTRODUCTION

Ce portrait s'inscrit à l'intérieur des travaux entrepris par le Comité « Écoles et milieux en santé » (EMS) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de documenter les approches de type « Écoles en santé » mises en œuvre au Québec depuis quelques années. Ces approches, d'abord déployées en Europe et aux États-Unis, visent l'intégration des actions de promotion de la santé et s'appuient sur la concertation afin de contrer le morcellement des interventions destinées aux enfants d'âge scolaire.

■ **Problématique de la recherche : le besoin d'élargir les interventions en promotion de la santé et en prévention**

Au Québec, à l'instar de plusieurs régions et pays du monde, la préoccupation d'offrir une réponse plus globale et mieux intégrée aux besoins des jeunes en matière de promotion et de prévention est présente depuis de nombreuses années, tant dans le réseau de la santé que dans celui de l'éducation. Une approche mieux harmonisée et concertée est souhaitée de part et d'autre de manière à faire échec au dédoublement et à la discontinuité des actions et des programmes destinés aux jeunes d'âge scolaire (MSSS, 1996). Il est reconnu que les facteurs qui influencent la santé, le bien-être et la réussite des jeunes sont liés à la fois à l'individu (compétences personnelles et sociales, habitudes de vie et comportements) et à son environnement (famille, école, communauté). Par conséquent, les cibles d'intervention ne relèvent pas uniquement du secteur de la santé et de l'éducation mais de plusieurs secteurs dont les actions peuvent avoir un impact sur les conditions de vie des jeunes et de leur famille.

Dès 1992, la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) identifiait la pertinence d'agir en ayant recours à de multiples stratégies d'intervention, dans les divers milieux de vie des jeunes et en collaboration avec différents partenaires pour offrir aux jeunes les conditions propices à un développement sain et harmonieux. Les conclusions produites dans le cadre des États généraux sur l'éducation en 1996 réitéraient aussi l'importance que l'école se mette en réseau avec ses partenaires des milieux social, culturel, professionnel et communautaire afin d'accomplir sa mission d'éducation, de socialisation et de qualification des enfants et des adolescents (MEQ, 1996). Cette perspective se retrouve d'ailleurs au sein de la réforme québécoise de l'Éducation. Dans le même esprit, la Fédération des commissions scolaires du Québec a coordonné, de février 2001 à juin 2003, le programme « Une école ouverte sur son milieu » qui découlait du Sommet du Québec et de la Jeunesse. Dans la déclaration commune des présidents de chantiers thématiques au Sommet, on retrouve des propos qui font écho à cette nécessité de travailler en partenariat pour la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes :

« L'école doit en effet s'ouvrir sur son milieu, devenir le point d'ancrage privilégié des actions de tous ceux qui agissent auprès des jeunes. Il s'agit d'un appel à la « décorporatisation » des interventions, un retour aux finalités essentielles, soit la formation et la réussite de chaque jeune. Tous sont interpellés, les jeunes eux-mêmes au premier chef, mais aussi les familles, les enseignants, l'école, les organismes du milieu, les municipalités, les entreprises privées comme les organismes publics. » (Fédération des commissions scolaires du Québec, 2001, p. 6). »

Par ailleurs, le réseau québécois « Villes et Villages en santé » a aussi contribué à la mise en œuvre de certains projets qui s'inscrivent dans cette dynamique de partenariat école-famille-communauté. Ce réseau préconise la concertation au sein des différents services municipaux ainsi qu'avec les organismes du milieu afin d'améliorer concrètement la qualité de vie des citoyens.

Dans un avis du Conseil des directeurs de la santé publique émis en 1999 « Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents » (Conférence des régies régionales, 1999), on proposait la mise en place d'initiatives de type « Écoles en santé » dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec en faisant appel au partenariat intersectoriel. Cet objectif, on le retrouve maintenant dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003), formulé de la façon suivante :

« Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'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. »

Au cours de la dernière décennie, nous avons donc assisté à la naissance de nouvelles façons d'agir qui font appel au partenariat intersectoriel pour favoriser la synergie des actions en faveur de la santé globale des jeunes. Dans ce contexte, plusieurs initiatives de type « Écoles en santé » ont vu le jour dans diverses régions du Québec. Au cours des dernières années, nous avons également assisté à la convergence progressive des orientations du réseau de la santé et de l'éducation à l'égard de la santé, du bien-être et de la réussite éducative des jeunes. Ainsi, divers travaux et orientations inscrivent actuellement l'approche globale et intégrée en promotion et en prévention dans leurs priorités d'actions. C'est le cas notamment de l'Entente sur la complémentarité des services entre le ministère de l'Éducation (MEQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du cadre de référence des Services éducatifs complémentaires du MEQ et du Programme national de santé publique du MSSS. Les travaux conjoints MEQ-MSSS-Association des CLSC-CHSLD, auxquels participent l'Institut national de santé publique, s'inscrivent en soutien à ces orientations afin de développer un cadre d'intervention qui s'appuie sur les connaissances récentes en lien avec ce type d'approche et qui pourra en faciliter l'implantation. À ce titre, un guide d'accompagnement a été élaboré de manière à faciliter la mise en œuvre d'une intervention globale et concertée (Martin *et al.*, 2003).

■ Origine du portrait

Ce portrait se situe dans ce « mouvement » en faveur des approches globales et intégrées de promotion et de prévention pour les jeunes. Un groupe de travail, d'abord mis sur pied par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et par la suite sous l'égide de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), a initié divers travaux dans le but d'explorer et de mieux comprendre les modes d'intervention qui sous-tendent ce type d'approche. Ce groupe a fait appel à des représentants de divers secteurs¹ pour l'accompagner dans sa réflexion et dans la définition de ses orientations. Les travaux du comité ont d'abord consisté à effectuer une recension des écrits (Deschesnes, Martin, Jomphe Hill, 2003) afin de mieux connaître les expériences qui avaient cours un peu partout dans le monde.

■ But du portrait

Parallèlement à cette recension des écrits, le comité souhaitait également établir un état de situation sur les expériences québécoises de type « Écoles en santé », lequel est à l'origine du portrait présenté ici. Le principal but visé par le portrait est de mieux connaître les composantes des initiatives implantées au Québec au regard des conditions relevées dans la recension des écrits. Cette connaissance est souhaitable afin de pouvoir soutenir une implantation optimale de ce type d'approche dans le contexte québécois.

Étant donné que l'implantation de ce type d'initiative est influencée par les politiques et les structures décisionnelles des deux principaux réseaux concernés, nous avons tenté, dans un premier temps, de cerner le contexte général des collaborations déjà en place entre ces deux réseaux. La première section du document porte donc sur les liens formels et informels existant entre les réseaux de la santé et de l'éducation en ce qui a trait aux activités de promotion et de prévention destinées aux jeunes d'âge scolaire, dans les diverses régions du Québec. La deuxième section du document porte plus spécifiquement sur la description des expériences québécoises de type « Écoles en santé », selon les principaux paramètres reconnus pour avoir une contribution positive à la mise en oeuvre de ce type d'approche.

■ Recension des écrits

La recension des écrits sur les solutions globales et intégrées a permis d'identifier des chefs de file dans ce domaine, dont l'Organisation mondiale de la santé, qui a proposé dans les années 1980 le concept d'Écoles-santé (*Health promoting school*). Depuis, ce type d'approche s'est répandu à travers le monde afin de promouvoir la santé et le bien-être des jeunes, et ce, principalement à travers différents réseaux, notamment le réseau européen et le réseau australien. Aux États-Unis, le Center for disease control (CDC) d'Atlanta a élaboré l'approche du « Comprehensive school health program ». Ces approches ont été proposées afin de dépasser certaines des limites observées dans le domaine de la promotion de la santé des enfants d'âge scolaire. Les documents consultés ont permis de relever certains éléments qui font consensus parmi plusieurs auteurs et promoteurs de ce type d'approche.

¹ La liste des organismes représentés au sein du Comité est disponible à l'annexe 1.

Ainsi, plusieurs mentionnent que ces approches doivent aller au-delà de la simple transmission de connaissances que l'on retrouve dans les stratégies d'éducation à la santé, et inclure des actions simultanées sur les conditions sociales et les environnements des jeunes.

Les principales composantes des approches globales et intégrées

▪ **Les « Écoles-santé » ou « Health Promoting School » (HPS)**

Trois composantes sont généralement retenues pour caractériser cette approche : 1) le « curriculum formel » sur la santé qui propose un ensemble de connaissances et de compétences favorables à la santé et au bien-être des jeunes; 2) le contexte de l'école favorisant des environnements sains et sécuritaires; 3) les interactions entre l'école et la communauté.

▪ **Le « Comprehensive School Health Program » (CSHP)**

Cette approche propose huit composantes : l'éducation à la santé via le curriculum; les services de santé scolaire; l'environnement scolaire; l'éducation physique à l'école; les services alimentaires; les services de « counseling »; la promotion de la santé pour le personnel scolaire; l'intégration des efforts de promotion de la santé dans l'école et la communauté. Le « Comprehensive School Health Program » met l'accent sur une intervention multidimensionnelle planifiée, coordonnée et intégrée et sur l'implication et la collaboration de plusieurs constituantes de la communauté, dont la famille et les organismes communautaires. « En essence, le CHSP transforme plusieurs musiciens solos en orchestre » (Renisow et Allensworth, 1996).

Les principaux résultats des évaluations portant sur les interventions globales et intégrées² :

- Bien que certains principes de base servent à définir ce type d'approche, les visions qui sous-tendent la concrétisation des projets sont variées.
- Les résultats d'évaluation montrent que diverses contraintes et difficultés sont liées à l'implantation de l'ensemble des composantes requises dans ce type d'approche pour obtenir les effets souhaités.
- Les données sont abondantes sur l'efficacité des interventions spécifiques en promotion et prévention, notamment les interventions d'éducation à la santé via le curriculum et les services cliniques préventifs; par contre, on connaît encore peu de choses sur la façon d'implanter adéquatement une approche globale et intégrée, particulièrement en ce qui a trait aux composantes liées à l'environnement scolaire et aux liens entre l'école et la communauté. Par exemple, plusieurs écoles implantent une ou deux composantes mais peu d'écoles implantent l'ensemble des composantes et les coordonnent.
- Enfin, les effets de ce type d'approche sur la santé et le bien-être des jeunes sont encore peu connus.

² Tiré de : Deschesnes, M., Martin, C. et Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18 (4).

Les conditions-clés pour faire progresser l'implantation de ce type d'approche³

Les résultats disponibles quant aux retombées des approches globales et intégrées et quant aux limites relativement à leur implantation ont fait ressortir des conditions-clés pour favoriser leur développement optimal. Ces conditions réfèrent aux éléments suivants :

- Une planification rigoureuse et négociée entre partenaires de façon à s'assurer de la globalité et de la cohérence des actions proposées;
- Une coordination au sein de l'équipe de partenaires afin de soutenir la nature intégrée de l'intervention;
- Un partenariat école-famille-communauté qui s'appuie sur un mode de fonctionnement favorisant une vision commune et une participation des membres au processus de décision;
- Un soutien politique et financier des décideurs comme levier pour implanter adéquatement ce type d'approche et pour éviter que l'intervention ne draine inutilement les énergies de ceux qui participent à ces initiatives, faute de moyens adéquats;
- Une évaluation des processus d'implantation afin de soutenir et d'améliorer l'implantation des différentes composantes; cet aspect est important pour que l'intervention dans son ensemble ait l'intensité et la qualité nécessaires pour obtenir les effets escomptés.

³ Tiré de : Deschesnes, M., Martin, C. et Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18 (4).

2 MÉTHODOLOGIE

La stratégie d'enquête retenue est essentiellement descriptive et entend fournir une image des expériences québécoises de type « Écoles en santé », selon les grandes composantes généralement considérées pour définir ce type d'approche (OMS, CDC). Elle ne vise pas à porter un jugement sur l'efficacité ou l'impact des expériences en terme d'effets sur les comportements des jeunes ou leurs conditions de vie. Conséquemment, ce portrait ne saurait être une évaluation des expériences ou initiatives qui ont été répertoriées. De plus, il faut mentionner que ce portrait fait état de projets en cours, pour la période de janvier 1999 à janvier 2002. Par conséquent, la description que nous en faisons reflète leur état d'implantation à un point bien précis de leur développement. En ce sens, il s'agit d'un instantané dans la vie des projets dont certains sont à leur début alors que d'autres évoluent depuis un certain nombre d'années.

En raison des moyens limités dont nous disposions, la recension des expériences se limite à celles impliquant les écoles primaires. De plus, en raison de ces contraintes, le portrait que nous avons réalisé ne permet pas de donner une description détaillée de chaque projet. Les entrevues que nous avons menées auprès des répondants duraient entre 60 et 90 minutes. Pour plusieurs d'entre eux, cela représentait déjà une plage de temps importante dans leur horaire de travail. Dans certains cas, les informations que nous recherchions n'étaient pas directement accessibles ou connues de la part des personnes interrogées. Lorsqu'il n'y avait aucune documentation écrite sur le projet, il nous était impossible, dans le contexte de cette enquête, de compléter l'information manquante via une autre source d'information.

Préalablement à la recension des expériences, la méthode d'enquête devait également permettre de décrire brièvement les contextes régionaux en ce qui a trait aux interventions en promotion de la santé et en prévention destinées aux jeunes d'âge scolaire et aux liens existants entre les secteurs de l'éducation et de la santé et des services sociaux relativement à ces interventions.

2.1 MÉTHODES DE COLLECTE

Les données ont été recueillies principalement à l'aide d'entrevues téléphoniques dont le canevas était pré-déterminé pour la plupart des questions. Deux canevas d'entrevues (grilles A et B) ont été élaborés pour les fins de l'étude (annexes 2 et 3). Le premier a servi à documenter les liens entre les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux relativement aux interventions de promotion et de prévention et aux liens entre les deux réseaux alors que le second a permis de recueillir les informations sur les différentes initiatives québécoises de type « Écoles en santé ». En ce qui a trait à ce deuxième instrument, celui-ci a été développé en se basant sur les paramètres d'une approche globale et intégrée, tels qu'identifiés dans la recension des écrits portant sur les « Écoles en santé » (« Health Promoting School ») et le « Comprehensive School Health Program ». Lorsqu'une documentation écrite sur les expériences recensées était disponible, celle-ci servait également de source d'information complémentaire pour documenter certains des éléments d'information.

2.2 ÉLÉMENTS ET SOURCES D'INFORMATION

2.2.1 Premier volet (grille A)

Éléments d'information : les éléments du premier volet renvoient à des renseignements d'ordre général, pour chacune des régions sociosanitaires au Québec. Ils portent sur :

- les liens et les structures formelles et informelles entre le réseau scolaire et le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que le degré de fonctionnalité de ces liens;
- la présence d'orientations et d'interventions en promotion/prévention qui impliquent le milieu scolaire et le milieu de la santé et des services sociaux, le cadre dans lequel s'inscrivent ces orientations et actions, les ressources qui y sont allouées par la Direction de santé publique, les principaux thèmes ou problématiques abordés par ces interventions;
- l'existence d'initiatives (projets, expériences, programmes) : 1) basées sur une approche globale et intégrée qui touchent plusieurs dimensions de la santé et du bien-être des jeunes et plusieurs cibles (jeune, milieu scolaire, famille, communauté); 2) qui impliquent divers membres de l'école et 3) qui font appel à la collaboration de partenaires provenant de divers milieux (scolaire, familial, santé et services sociaux, municipal, communautaire). Certaines questions étaient à « choix multiples » alors que d'autres étaient ouvertes, permettant l'ajout de commentaires. Les dernières questions (9 et 10) de la grille A servaient à un premier repérage des initiatives de type « Écoles en santé » qui semblaient répondre aux trois critères mentionnés ci-dessus.

Sources d'information : les entrevues du premier volet ont été réalisées auprès de répondants des directions de santé publique de chacune des 18 régions sociosanitaires du Québec. Ces répondants étaient la plupart du temps les coordonnateurs ou coordonnatrices en promotion/prévention. Dans certaines régions, les informations étaient fournies par les différents professionnels responsables d'activités spécifiques auprès des jeunes. Lorsqu'il n'y avait pas de personne responsable du dossier promotion/prévention, le contact était établi avec un agent de planification qui s'occupait de projets auprès des jeunes ou encore avec le responsable du dossier Enfance-Famille-Jeunesse. Dans un territoire, l'information a été recueillie auprès du directeur de la DSP.

2.2.2 Deuxième volet (grille B)

Éléments d'information : les éléments d'information du deuxième volet (grille B) portent plus spécifiquement sur la description des projets visés, à partir de paramètres provenant de la recension des écrits. Tout d'abord, certains renseignements généraux étaient recueillis pour chacun des projets (date de démarrage, zone rurale ou urbaine, milieu socioéconomique).

Quant aux paramètres, ils réfèrent aux dimensions suivantes : facteurs d'émergence et de mobilisation, leadership, présence d'une planification systématique (analyse du milieu, priorisation, etc.), équipe porteuse (partenaires impliqués, participation et contribution, coordination, mandats), sources de financement, activités selon les trois axes d'intervention (jeunes, environnement scolaire, famille/communauté), principales contraintes ou difficultés rencontrées, améliorations souhaitées. La plupart des questions comportaient un choix multiple avec possibilité d'ajouter certains détails et commentaires.

Échantillonnage et sources d'information : contrairement au volet A qui visait les professionnels des DSP, les initiatives recherchées pour le portrait (volet B) ont été identifiées en utilisant une technique d'échantillonnage « boule de neige ». Cette technique nous a permis d'inclure toute initiative de type « Écoles en santé », quelle que soit son origine, qui répondait aux critères d'inclusion suivants :

- l'initiative était en cours pendant la période de janvier 1999 à janvier 2002;
- elle visait les enfants de niveau primaire;
- elle actualisait les trois critères définissant une « École-santé » : 1) approche globale et intégrée; 2) impliquant l'école et 3) faisant appel à la collaboration de divers partenaires de la communauté.

Les réponses liées aux caractéristiques de ces initiatives (grille B) ont été fournies par des représentants d'organismes divers. Les étapes qui suivent donnent un aperçu du cheminement effectué pour le repérage des initiatives visées.

- Nous avons débuté la recension des initiatives en nous adressant aux répondants des directions de santé publique (DSP) qui complétaient la grille A. La plupart d'entre eux pouvaient identifier les initiatives de type « Écoles en santé » dans lesquelles la DSP était impliquée. De plus, ils étaient invités à nous informer de tout autre projet auprès des enfants du primaire dans leur région qui pouvait s'inscrire dans une approche globale de la santé à partir des trois critères retenus. Lors de la prise de contact avec les personnes référées, l'interviewer vérifiait également si l'initiative en question répondait bien aux trois critères retenus et, le cas échéant, il demandait à la personne de remplir la grille B.
- À plusieurs reprises, les personnes référées par le répondant de la DSP identifiaient à leur tour d'autres projets répondant selon eux à nos critères. Ces personnes ou ces organismes étaient alors rejoints systématiquement pour vérifier si les dits projets répondaient globalement aux critères et, le cas échéant, nous les documentions. Ces mêmes personnes ont parfois signalé d'autres projets et ainsi de suite.
- Afin que le portrait soit le plus exhaustif possible, nous avons également emprunté d'autres voies que celle du réseau de la santé et des services sociaux pour repérer les expériences de type « Écoles en santé ». Nous avons alors procédé à l'identification d'informateurs-clés (individus ou organismes) dont le mandat les amenait à être en contact avec différentes initiatives dont l'approche pouvait s'apparenter à celle que nous avons définie précédemment à partir de nos trois critères. La liste des informateurs-clés⁴ a été établie avec l'aide des membres du comité élargi « Écoles et milieux en santé » dont la

provenance était multisectorielle (santé, éducation, Villes et villages en santé, Comité permanent de la Jeunesse, Kino-Québec, etc.). Certains membres ont également agi à titre d'informateurs-clés en raison de leur position et de leur connaissance des projets au sein de leur réseau. Les autres informateurs-clés ont été rejoints à la fois par courrier électronique et par téléphone et certains ont été contactés par lettre. La plupart de ces personnes ont fourni une liste de projets susceptibles de répondre à nos critères. Les personnes responsables de ces projets ont été rejointes systématiquement et la même procédure a été utilisée pour sélectionner ou non les initiatives et les documenter.

- Une précision doit être apportée concernant la sélection des initiatives. Bien que plusieurs s'inscrivent à l'intérieur d'une approche globale de la santé des jeunes, au niveau de leurs orientations, celles-ci n'étaient pas toutes à un stade d'actualisation des trois critères retenus au moment où nous avons fait la collecte d'informations. Par conséquent, lorsque tel était le cas, ces initiatives n'ont pas été sélectionnées et ne font pas partie du portrait des expériences recensées dans le cadre de cette enquête.

⁴ La liste des informateurs-clés est présentée à l'annexe 4.

3 ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données a été effectuée de manière à pouvoir décrire dans un premier temps le contexte régional dans lequel se situent les expériences recensées. Quant aux expériences, les dimensions retenues par les réseaux internationaux pour caractériser les initiatives de type « Écoles en santé » ont servi à baliser le contenu des entrevues. Les réponses se présentant sous forme de texte ont d'abord été recodées et regroupées sous le ou les paramètres s'y rapportant ou placées dans une catégorie nouvelle lorsqu'elles ne se rattachaient à aucun d'entre eux. Les données appartenant aux différents paramètres ont été analysées de façon transversale afin d'en déterminer la fréquence parmi les projets.

■ Limites de l'enquête

- Le premier volet de l'enquête repose exclusivement sur les propos rapportés par les professionnels et les cadres des directions de santé publique, lesquels reflètent la réalité et le point de vue de ces personnes qui œuvrent au sein d'organismes du réseau de la santé. Les informations recueillies ne fournissent donc qu'une vision partielle des aspects documentés. Il est fort possible que certaines instances du secteur de l'Éducation aient un point de vue différent quant à certaines réalités, comme par exemple au niveau des conditions qui favorisent ou nuisent aux relations entre les deux réseaux.
- Quant aux projets recensés, le temps limité des entrevues ne permet pas d'obtenir une description détaillée de chacun des paramètres des différentes initiatives.
- De plus, les entrevues ont été réalisées auprès d'un seul répondant qui n'avait pas nécessairement une connaissance exhaustive du projet (ensemble des composantes). Ces limites nous empêchent d'apprécier entièrement les éléments de contenu des initiatives de même que leur intensité et réduisent la possibilité d'établir des liens entre les différentes facettes des projets. Enfin, certaines des informations recueillies sont basées sur les perceptions de ce répondant, lesquelles ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des membres de l'initiative.
- Quelques informations appartenant au volet B de l'enquête ne sont disponibles que pour une portion des initiatives (19 sur 29). Les données manquantes s'expliquent par le fait que les questions auxquelles elles se rapportent ont été ajoutées au moment où une personne contractuelle (agent de recherche) a été embauchée pour poursuivre la collecte des données amorcée par certains membres du comité ÉMS de l'INSPQ. Dans certains cas, bien que la question n'ait pas été posée, l'information a pu être obtenue à partir des réponses fournies aux autres questions de l'entrevue ou à partir de la documentation écrite. Les initiatives pour lesquelles ces informations sont manquantes ne se distinguent pas des autres pour la plupart des paramètres retenus. Malgré cette limite, les réponses disponibles fournissent une indication de ces phénomènes pour une proportion non négligeable d'entre elles. Mentionnons que la présentation des résultats dans le texte fait mention du nombre d'initiatives pour lesquelles l'information est disponible.

4 RÉSULTATS

Dans la première section, nous décrivons sommairement les liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation ainsi que les actions de promotion/prévention destinées aux jeunes d'âge scolaire (volet A). Cette section entend fournir une toile de fond pour mieux comprendre le contexte global dans lequel s'inscrivent les initiatives de type « Écoles en santé » au niveau primaire. Dans la deuxième section, nous présentons les résultats du volet B, lequel fournit un portrait des caractéristiques associées aux initiatives de type « Écoles en santé » que l'on retrouve dans diverses régions du Québec.

4.1 LA COLLABORATION ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LE RÉSEAU SCOLAIRE DANS LE CADRE DES ACTIONS DE PROMOTION/PRÉVENTION

Les résultats de cette section s'appuient sur l'information recueillie auprès de professionnels des directions de santé publique, répartis dans les dix-huit régions sociosanitaires du Québec. Ils reflètent la situation qui prévalait au début de l'année 2002, moment où ont été réalisées les entrevues.

Dans un premier temps, il est question plus précisément des types de liens qui unissent les organisations du réseau de la santé et des services sociaux (directions de santé publique, CLSC) et le réseau scolaire (commissions scolaires, écoles, directions régionales de l'éducation), des structures et modes de fonctionnement mis en place entre les deux réseaux ainsi que des éléments qui sont favorables ou défavorables à la fonctionnalité de ces liens. Dans un deuxième temps, les grandes orientations régionales et les actions en promotion/prévention impliquant le milieu scolaire (niveau primaire et secondaire), le cadre dans lequel elles s'inscrivent ainsi que le type de ressources qui leur sont allouées par les DSP sont présentés sous forme de tableau pour l'ensemble des régions. Finalement, cette première section se termine par l'identification des interventions destinées aux jeunes de niveau primaire qui s'inscrivent dans une approche « Écoles en santé » et qui en actualisent les principales caractéristiques.

4.1.1 *Liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire*

Les résultats montrent que dans le cadre des actions de promotion/prévention, de nombreux liens de collaboration existent entre les deux réseaux dans toutes les régions du Québec. Tel que l'illustre le tableau 1, à l'exception d'une seule région, toutes les directions de santé publique ont développé des liens formels ou informels avec le réseau scolaire, soit avec les commissions scolaires, soit avec les écoles. Pour huit des dix-huit régions, ces liens impliquent à la fois les CLSC, les commissions scolaires et les écoles. La Direction de santé publique qui n'entretient aucun type de lien avec les commissions scolaires et les écoles primaires dans le cadre des actions de promotion/prévention indique que ces actions sont sous la responsabilité des CLSC.

Pour 15 des 18 régions, les répondants ont mentionné que les CLSC de leur région entretenaient des liens avec le réseau scolaire dans le cadre des actions de promotion/prévention. Pour la plupart de ces régions, les liens se font avec les écoles (15/15) et les commissions scolaires (12/15). Dans les trois autres régions, les liens entre les CLSC et le réseau scolaire n'ont pu être spécifiés par les répondants.

Tableau 1 Nombre de régions selon les liens établis entre les organismes du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du réseau scolaire (N = 18)

DSP en lien avec	N
Les commissions scolaires	16
Les écoles	9
CLSC-Commission scolaire	9
CLSC-Commission scolaire-écoles	8
Aucun lien	1
CLSC en lien avec	
Les commissions scolaires	12
Les écoles	15
Non spécifié	3

Aux liens décrits ci-dessus, peuvent s'ajouter ceux qui existent entre les DSP et les directions régionales de l'éducation. Bien que les liens entre ces deux organismes n'aient pas été documentés de manière spécifique, le fait que onze régions y réfèrent spontanément dans le cadre des entrevues traduit l'existence de liens avec ce partenaire régional dans le cadre des collaborations avec le secteur scolaire.

Pour la plupart des régions, on constate que les liens établis entre les deux réseaux reposent principalement sur des *structures formelles* (16/17). Une seule région fait exception, bien qu'elle souligne que la mise en place d'un comité formel avait été prévue mais que celui-ci n'a jamais été activé. Par ailleurs, onze régions indiquent également recourir à des *structures informelles*, lesquelles réfèrent par exemple à des rencontres ponctuelles ou *ad hoc* ou encore, à des comités non permanents dont la composition et les mandats peuvent varier selon les besoins du moment.

4.1.2 *Éléments favorables et défavorables au bon fonctionnement des liens entre les deux réseaux*

- Dix-sept des dix-huit répondants ont identifié des éléments favorables ou défavorables au bon fonctionnement de ces liens. Les propos ont été regroupés sous six grands thèmes qui ont émergé des entrevues : 1) le mode de fonctionnement; 2) le leadership; 3) le contexte régional; 4) le contexte national; 5) la vision et priorités d'action communes et 6) les changements internes aux organisations. Ces thèmes prennent toutefois un poids différent selon les régions et dans certains cas, ils sont davantage associés à des éléments défavorables alors que dans d'autres, ils sont abordés sous un angle positif. Les principaux éléments qui se dégagent des entrevues sont présentés ci-dessous. La liste complète des éléments peut être consultée à l'annexe 5.

Lorsqu'il est question des éléments favorables, ceux qui ressortent en importance réfèrent :

- Au mode de fonctionnement ou à des éléments plus structurels (12/17) : ces éléments sont évoqués par le plus grand nombre de régions. Plus spécifiquement, mentionnons la continuité et la régularité des rencontres, la stabilité de la participation des partenaires, leur motivation et la volonté d'agir en faveur de la santé des jeunes, des règles de fonctionnement et des mandats clairs, la présence d'une coordination.
- Au leadership qui arrive en second lieu (7/12) : dans ce cas-ci, la présence de responsables qui ont une bonne compréhension des programmes de promotion/prévention et qui s'impliquent dans l'implantation des projets, de même que la présence de leaders qui croient aux projets sont parmi les principaux éléments mentionnés.
- Au contexte régional (6/17) : ici, on met en lumière la volonté politique et le soutien (financier et humain) des différentes instances décisionnelles, la présence d'orientations claires et d'actions régionales qui impliquent le milieu scolaire, l'existence passée et présente de concertation régionale ou locale.
- Au contexte national (4/17) : on réfère ici aux travaux conjoints MEQ-MSSS, aux ententes de complémentarité des services et à certains objectifs de la réforme scolaire qui rejoignent ceux de la promotion/prévention du réseau de la santé et des services sociaux.
- À une vision et à des priorités d'action communes (3/17) : ces éléments représentent également pour certains une condition facilitant des liens fonctionnels entre les deux réseaux; on réfère entre autres à l'identification de besoins ressentis et partagés par les deux réseaux et aux formations communes données aux deux réseaux sur les approches globales.

Les éléments perçus comme étant défavorables réfèrent principalement :

- Au manque de vision commune et de priorités partagées (12/17) : selon les résultats obtenus, il semble donc que ce facteur se manifeste surtout par son absence dans le cadre des liens entre les deux réseaux. Douze régions mentionnent des différences de vision et de valeurs entre le réseau scolaire et celui de la santé et des services sociaux, des différences au niveau des priorités d'action de même que du manque de connaissance réciproque entre les situations qui prévalent dans les deux réseaux.
- Au mode de fonctionnement ou à des éléments plus structurels de la collaboration (9/17) : ces éléments arrivent au deuxième rang. Ici, on fait surtout mention de l'absence de structures formelles de prises de décision ou de mandats clairs, des habitudes de concertation différentes dans les deux réseaux, de l'absence de planification, de la compétition entre organisations ou entre professionnels, de l'incompatibilité des structures hiérarchiques des deux réseaux, et enfin, du manque de temps et de ressources.

- Aux changements internes dans les deux réseaux (4/17) : il s'agit entre autres des restructurations, des réformes et des révisions d'entente qui occasionnent une surcharge de travail pour les gestionnaires et les intervenants. Plus spécifiquement pour le milieu scolaire, le contexte de grève et de boycott des enseignants a aussi été mentionné comme élément défavorable.
- À des éléments appartenant au contexte régional (4/17) : le faible financement des activités de promotion/prévention, le manque de planification régionale, le manque d'outils pédagogiques et le trop grand nombre d'instances décisionnelles dans le réseau de l'éducation appartiennent à cette catégorie.
- À des éléments appartenant au contexte national (2/17) : on retrouve ici la faible concertation interministérielle, de même que la réforme scolaire qui reste floue pour certains intervenants.
- Au leadership : cet élément est soulevé par deux régions sur dix-sept et réfère à l'absence de personnes décisionnelles à la table de concertation.

Mis à part la réalité des régions qui peut être différente et qui peut expliquer le poids différent attribué aux facteurs mentionnés, il peut exister des variations de perceptions entre les répondants des différentes régions en ce qui a trait à certains éléments favorables ou défavorables. Par exemple, dans quatre régions, la concertation interministérielle au niveau national est présentée comme un élément favorable alors que dans deux autres régions, elle est perçue comme défavorable, parce que celle-ci serait insuffisante.

4.1.3 Les orientations et actions en promotion/prévention impliquant le milieu scolaire

Trois questions visaient à décrire les orientations et les actions spécifiques des DSP en matière de prévention et de promotion impliquant le milieu scolaire, à identifier les cadres dans lesquels elles s'inscrivent de même que les ressources allouées à ces interventions. Cette information permet de situer les initiatives de type « Écoles en santé » à l'intérieur du contexte plus large de la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être des jeunes d'âge scolaire. Tous les répondants des directions de santé publique ont indiqué qu'il existait dans leur organisation des orientations ou des actions spécifiques concernant la prévention et la promotion de la santé et du bien-être des jeunes qui impliquaient le milieu scolaire.

Cadres des orientations ou des actions en promotion/prévention

Le tableau 2 montre que les principaux cadres dans lesquels s'inscrivent les orientations et les actions de promotion/prévention en milieu scolaire sont : les plans d'action en lien avec une problématique spécifique (13 régions), les orientations spécifiques « Écoles en santé »/« Écoles et milieux en santé » (10 régions). Il est également fait mention de l'orientation spécifique « Priorités Jeunesse » (1 région). Dans sept régions, les interventions font également partie d'une programmation intégrée en santé et services sociaux en milieu scolaire. Il y a également les programmes d'allocation particuliers, dont l'Action concertée jeunesse (4 régions), le Fonds jeunesse (3 régions) et le Fonds de développement social (3 régions) qui subventionnent certaines interventions de type ÉES ou autres.

Tableau 2 Nombre de régions selon le cadre des orientations en prévention et en promotion de la santé en milieu scolaire (N = 18)

	N*
Programmation intégrée en santé et services sociaux en milieu scolaire	7
Orientations régionales spécifiques « Écoles en santé » / « Écoles et milieux en santé »	10
Orientation spécifique « Priorités Jeunesse » (plans globaux)	1
Plan d'action en lien avec une problématique spécifique	13
Programmes d'allocation particuliers :	
Fonds d'Action concertée jeunesse	4
Fonds de développement social	3
Fonds jeunesse	3
Autres : Plan directeur / intégration / harmonisation	2
Plan d'action jeunesse régional en développement	

* Une région peut avoir indiqué plus d'un cadre d'orientation

Principales thématiques des interventions de promotion/prévention en milieu scolaire

Le tableau 3 présente la liste des principales thématiques ou problématiques associées aux interventions de promotion et de prévention en milieu scolaire que l'on retrouve à l'intérieur des différents cadres d'orientations et d'actions présentés ci-dessus. Les problématiques les plus fréquentes ont trait aux comportements sexuels préventifs, dont la prévention des MTS et du VIH-SIDA, à la prévention des toxicomanies et du tabagisme, à la prévention de la violence, à la promotion de l'activité physique, à la promotion de la santé buccodentaire et au développement de l'estime de soi et des compétences sociales.

Dans certaines régions, les interventions s'inscrivent dans des approches globales qui ne se limitent pas à une seule problématique ou thématique mais qui tentent de prendre en considération plusieurs déterminants de la santé et du bien-être des jeunes. Ces approches réfèrent aux initiatives telles que : « Écoles en santé », « Écoles et milieux en santé », « Jeunes en santé » ou encore, « Priorité jeunesse ».

Tableau 3 Nombre de régions intervenant en milieu scolaire (primaire et secondaire) selon les différentes thématiques en promotion/prévention (N = 18)

Thématiques, problématiques de santé	N*
Comportements sexuels préventifs	12
Sexualité en général (12)	
MTS/SIDA (9)	
Grossesse à l'adolescence (4)	
Prévention des toxicomanies	11
Prévention du tabagisme	11
Prévention de la violence	8
Prévention de la violence/comp.pacifiques (6)	
Violence dans les relations amoureuses (1)	
Abus sexuels (4)	
Promotion de l'activité physique	8
Activité physique (6)	
Aménagement de la cour d'école, animation et sécurité (5)	
Estime de soi et développement des compétences sociales	7
Promotion de la santé buccodentaire	7
Promotion de la santé mentale/prévention suicide et détresse psychologique	6
Promotion d'une saine alimentation	5
Autres (Hygiène de base/Immunisation/Contrôle des parasites)	1

* Une région peut avoir indiqué plus d'une thématique

Parmi l'ensemble des actions de promotion et de prévention qui s'adressent aux enfants d'âge scolaire, certaines appartiennent donc à des cadres plus globaux d'intervention. La présente section s'intéresse à la présence d'orientations régionales et d'interventions de type « Écoles en santé » qui ont lieu au niveau du primaire. Elle introduit le portrait des initiatives de type « Écoles en santé » qui répondent aux critères retenus et qui les actualisent dans leur pratique.

4.1.4 Les orientations « Écoles en santé » au niveau primaire

Au moment de l'enquête, les répondants de dix des dix-huit régions ont indiqué la présence d'orientations « Écoles en santé » au niveau primaire (tableau 4). Dans certains cas, bien que des orientations régionales « Écoles en santé » ne soient pas inscrites comme telles dans la programmation régionale, elles pouvaient se retrouver à l'intérieur d'un cadre d'allocation particulier. Parmi ces 10 régions, dans neuf cas, il s'agissait d'orientations « Écoles en santé » et dans deux régions d'« Écoles et milieux en santé ». Pour l'une de ces régions, on retrouvait également une orientation « Écoles et quartiers en santé ». Bien qu'ayant des appellations différentes, ces orientations se ressemblent à plusieurs égards et répondent globalement aux trois grands critères des approches « Écoles en santé », c'est-à-dire qu'elles :

- Sont basées sur une approche globale et intégrée qui touchent différentes dimensions de la santé et du bien-être des jeunes (compétences personnelles et sociales, saines habitudes de vie, réussite éducative, etc.) et plusieurs cibles (jeunes, milieu scolaire, familles/communauté);
- Impliquent divers membres de l'école au sein de l'initiative;
- Font appel à la collaboration de partenaires provenant de secteurs variés (éducation, santé et services sociaux, communauté, municipalité, etc.).

4.1.5 Les initiatives de type « Écoles en santé » au niveau primaire

Les répondants des DSP devaient également indiquer les initiatives de type « Écoles en santé » qui correspondaient aux trois critères mentionnés ci-dessus. Lors de cette première sélection, certains répondants se sont référés à l'orientation régionale et à la connaissance générale des projets en cours sur leur territoire pour identifier les initiatives ou projets susceptibles d'être retenus pour le portrait. Dans certains cas, lorsque les personnes ne pouvaient fournir une information complète sur les projets, elles nous réfèrent aux responsables régionaux ou locaux des initiatives.

La consultation auprès des répondants des DSP ainsi que le recours à la technique « boule de neige » qui s'en est suivie a permis de repérer et de documenter quelques 55 initiatives (initiatives sous-régionales et locales) qui semblaient, à cette étape de la collecte, correspondre aux critères d'inclusion retenus (période considérée, enfants de niveau primaire, trois critères définissant une « École en santé »).

Les 55 initiatives de type « Écoles en santé » repérées par l'ensemble des répondants (DSP et autres organisations) se distribuaient dans treize régions. Pour quatre de ces initiatives, il s'agissait d'initiative « sous-régionale », en ce sens que des orientations et un cadre général d'intervention provenant d'un niveau sous-régional étaient proposés au niveau local (c'est-à-dire aux écoles et à leur communauté immédiate). Dans ces cas, les répondants n'avaient pas une connaissance suffisante des projets locaux pour être en mesure de préciser lesquels avaient réellement actualisé l'ensemble des critères retenus. Selon les propos des répondants, ces initiatives sous-régionales pouvaient impliquer ou viser plus de 20 écoles.

Compte tenu qu'il nous était impossible de contacter toutes les écoles visées par ce type d'initiative, une seule fiche (questionnaire) a été complétée pour chacune des initiatives sous-régionales, sur la base de l'approche préconisée et de ses caractéristiques générales. Ces initiatives proviennent toutes de la même région.

Pour chacune des 55 initiatives, le questionnaire du volet B de l'enquête a été rempli afin de documenter plusieurs aspects relativement à la mise en œuvre de l'initiative. À la suite d'un examen plus approfondi des questionnaires et de la documentation disponible pour chacune des initiatives par les membres du comité ÉMS de l'INSPQ, 29 des 55 initiatives ont été retenues pour le portrait, sur la base de l'actualisation des trois critères servant à définir ce type d'initiative dans la présente étude. Ces 29 initiatives se situent dans dix régions du Québec (tableau 4) et le nombre d'initiatives varie selon les régions. Dans quelques régions,

ces initiatives ont été mises en oeuvre de façon indépendante de la DSP. Mentionnons que les initiatives « sous-régionales », bien qu'elles aient été retenues, ne permettent pas de connaître avec précision le degré d'actualisation des critères pour chacune des écoles visées. Dans ce cas, nous avons présumé qu'au moins une école ou initiative locale appartenant à l'initiative « sous-régionale » avait actualisé les trois critères. Ce résultat doit toutefois être considéré avec prudence.

Malgré les nombreuses démarches de repérage des initiatives de type « Écoles en santé », le portrait qui suit ne prétend pas être exhaustif de l'ensemble de ces initiatives au niveau des jeunes du primaire au Québec. Il est possible que certaines initiatives existent mais qu'elles restent inconnues des informateurs-clés que nous avons rejoints. Il est également possible que certaines initiatives aient été exclues car le répondant ne pouvait fournir suffisamment d'information pour couvrir l'ensemble des composantes du projet. Enfin, mentionnons que 17 des 18 régions sociosanitaires du Québec ont participé à l'identification d'initiatives dans leur région respective; seule la région de la Montérégie n'a pu être documentée. Selon le répondant de cette région, il leur était impossible de participer au portrait en raison d'une démarche d'évaluation qui avait cours dans leur région au moment où nous avons procédé à la collecte des données.

Tableau 4 Présence d'orientations et d'initiatives de type « Écoles en santé » dans les différentes régions sociosanitaires du Québec (janvier 1999 à janvier 2002)

Régions sociosanitaires	Présence d'orientations « Écoles en santé » / Écoles et milieux en santé »	Présence d'initiatives ayant actualisé les trois critères définissant ÉES
01 Bas-Saint-Laurent	X	X
02 Saguenay—Lac-Saint-Jean		X
03 Québec		
04 Mauricie et Centre-du-Québec	X	X
05 Estrie		X
06 Montréal	X	X
07 Outaouais	X	X
08 Abitibi-Témiscamingue	X	X
09 Côte-Nord	X	X
10 Nord-du-Québec	X	
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine		X
12 Chaudière-Appalaches		
13 Laval	X	
14 Lanaudière	X	
15 Laurentides	X	X
16 Montérégie		-
17 Nunavik		
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James		
TOTAL	10	10

4.2 PORTRAIT DES INITIATIVES DE TYPE « ÉCOLES EN SANTÉ » AU NIVEAU PRIMAIRE

Cette section fournit un portrait des 29 initiatives québécoises de type « Écoles en santé » qui sont menées auprès des enfants du primaire. Ces initiatives, qui proviennent de dix régions distinctes du Québec, actualisaient les trois critères retenus dans le cadre de l'enquête, pour la période considérée.

4.2.1 *Le profil général des initiatives retenues*

Tel que l'indique le tableau 5, les initiatives retenues se déroulent majoritairement (79 %) dans des régions où il existe des orientations « Écoles en santé » ou « Écoles et milieux en santé ». Bien qu'il n'existe pas une correspondance exacte entre le fait d'avoir une orientation régionale « Écoles en santé » et la présence d'initiatives de ce type, la tendance montre que ces deux aspects sont fortement corrélés.

Plus spécifiquement, on observe que :

- Quatorze initiatives (48 %) sont menées dans des régions ayant des orientations régionales « Écoles en santé »;
- Neuf initiatives (31 %) ont lieu dans des régions se référant à une approche de type « Écoles et milieux en santé »;
- Six initiatives (21 %) se trouvent dans des régions qui ont plutôt adopté une orientation « Jeunes en santé » (2 initiatives), ou encore, qui ne se réfèrent à aucune approche en particulier (4 initiatives).

Tableau 5 Profil général des 29 initiatives retenues

Présence d'orientation régionale « Écoles en santé » ou « Écoles et milieux en santé »	N	%
Oui	23	79
Non	6	21
Démarrage du projet		
< un an	5	17
Un an à 2 ans	4	14
≥ 3 ans	19	66
Non spécifié	1	3
Zone		
Rurale	14	48
Urbaine	9	31
Mixte (rural et urbain, semi rural)	3	10
Non spécifié	3	10
Milieu socio-économique		
Défavorisé	21	72
Mixte (défavorisé et non défavorisé)	5	17
Non défavorisé	1	3
Non spécifié	2	7
Nombre d'écoles impliquées par initiative		
1 école	15	52
2 à 3 écoles	5	17
4 à 10 écoles	3	10
Plus de 10 écoles	2	7
Non spécifié	4	14
Présence de financement		
Oui	27	93
Non	1	3
Non spécifié	1	3

■ Date de démarrage

La majorité des initiatives (66 %) ont trois ans ou plus d'existence, 14 % en ont deux et 17 % ont été implantées il y a un an ou moins; pour l'une des initiatives (3 %) la date de démarrage n'a pas été spécifiée (tableau 5). La plus ancienne des initiatives a démarré en octobre 1991. Le fait que les deux tiers des initiatives retenues aient démarré il y a trois ans et plus n'est pas étonnant puisque la sélection des projets a été faite sur la base de l'actualisation des trois critères, ce qui peut demander un certain temps dans la mesure où ce type d'approche est complexe. Il est toutefois intéressant de constater que certaines initiatives (17 %) indiquent qu'elles réussissent à actualiser jusqu'à un certain point l'ensemble des composantes et à développer un partenariat entre l'école, le réseau de la santé et la communauté, et ce, dès la première année.

■ **Caractéristiques des milieux d'intervention**

Près de la moitié des initiatives recensées se déroulent en zone rurale (48 %) alors que 31 % se situent en zone urbaine et 10 % en zone mixte (rurale et urbaine). Près des trois quarts des initiatives visent exclusivement des milieux défavorisés sur le plan socio-économique; 17 % des milieux mixtes (défavorisés et non défavorisés) et seule une initiative fait exception (3 %) en ciblant un milieu non défavorisé.

■ **Nombre d'écoles impliquées**

Selon les initiatives, de 1 à 25 écoles sont impliquées. Dans la majorité des cas, il est question d'un petit nombre d'écoles; ainsi, 52 % des initiatives impliquent une seule école, 17 % en impliquent 2 ou 3 alors que 17 % englobent quatre écoles et plus. Rappelons ici que les initiatives « sous-régionales » impliquent généralement un plus grand nombre d'écoles.

■ **Financement**

La plupart des initiatives reçoivent du financement (93 %). Une seule initiative (3 %) indique ne pas bénéficier de ressources financières bien qu'un investissement sous forme de ressources humaines soit mentionné. Les divers programmes du secteur de la santé (DSP/CLSC) représentent une source de financement pour environ 60 % des initiatives. En fait, les fonds provenant de ce secteur représentent l'unique ou la principale source de financement pour 12 des 29 initiatives (41 %).

4.2.2 *L'origine des initiatives*

■ **Organismes initiateurs du projet**

Pour la majorité des 29 initiatives (76 %), elles ont été mises de l'avant par un seul secteur, alors que 7 % l'ont été de manière conjointe par deux secteurs et 17 % par trois secteurs. Tel que l'indique le tableau 6, les organismes qui ont fait la promotion de ce type d'initiative se retrouvent majoritairement dans le réseau de la santé (62 %), dont plus de la moitié au niveau des DSP seules, des DSP en association avec les CLSC (14 %) ou encore au niveau des CLSC seuls (14 %). Les tables de concertation ou comités réunissant à la fois le milieu de l'éducation, de la santé et la communauté sont à l'origine de 17 % des initiatives. Le secteur de l'éducation se retrouve moins fréquemment en tant qu'initiateur de ce type d'initiative et lorsqu'il en est le promoteur, il s'agit surtout du niveau local, par le biais des écoles.

Tableau 6 Répartition des initiatives selon les secteurs à l'origine de la démarche (organismes initiateurs) (N = 29)

	N	%
Santé (DSP/CLSC)	18	62
Régional : DSP	10	34
Local : CLSC	4	14
Régional et local : DSP et CLSC	4	14
Éducation	2	7
Local : École	2	7
Communauté	2	7
Local : Organisme communautaire (ex. : Acti-Famille, Maison des jeunes)	2	7
Santé et scolaire	1	3
Local : CLSC – école	1	3
Scolaire et communauté	1	3
Local : École – communauté incluant municipalité	1	3
Santé/scolaire/communautaire	5	17
Régional (table de concertation)	2	7
Local (comité/concertation)	3	10

■ **Les principaux facteurs ayant contribué à l'émergence des initiatives et à la mobilisation des partenaires**

Pour la plupart des initiatives, la santé, le bien-être, le développement ou la réussite scolaire des jeunes ont constitué l'enjeu central de la mobilisation. Cependant, d'autres facteurs contextuels ont également été mentionnés comme éléments importants pour rallier les membres du milieu autour d'une initiative comme « Écoles en santé ».

■ **Facteurs liés à la santé, au bien-être et à la réussite scolaire des jeunes**

Lorsque l'enjeu de la mobilisation ou l'élément de ralliement se situe autour des besoins des jeunes, il est question notamment du développement de leurs compétences sociales, de saines habitudes de vie, de la possibilité de vivre en harmonie et de surmonter les conflits, de la prévention de la violence, de la toxicomanie et du décrochage scolaire. Dans certains cas, il s'agit de problématiques spécifiques ou d'incidents négatifs vécus en milieu scolaire. Ainsi, dans 5 des 29 initiatives, les répondants mentionnent que les difficultés chez les élèves (ex. : détresse psychologique, violence, *taxage*, faible estime de soi), ou les conditions liées à l'environnement de l'école (ex. : aménagement inadéquat de la cour d'école, manque d'équipements et d'activités stimulantes pour les jeunes) ont été le point de départ pour initier ce type d'approche.

Dans six initiatives, les éléments rassembleurs incluent à la fois l'amélioration du mieux-être des jeunes et l'amélioration de la qualité de vie dans la communauté. Dans cette perspective, il est question par exemple de rapprocher l'école du milieu et de valoriser le savoir des jeunes et des adultes, d'améliorer les liens entre les générations et de développer une vie communautaire plus dynamique pour enrayer la morosité du milieu.

Dans d'autres initiatives, il est question de contrer la détresse chez les jeunes, de briser leur isolement tout en améliorant les conditions de vie dans la communauté (ex. : village) de façon à ce que les jeunes s'y sentent bien et qu'ils souhaitent y rester (freiner leur exode). Selon les initiatives, les problématiques spécifiques ont été identifiées par les tables de concertation régionales ou locales, par le milieu scolaire ou encore par la communauté locale (ex. : lutte au décrochage ou prévention de la violence à l'extérieur de l'école).

■ Facteurs contextuels

Parallèlement aux besoins identifiés par différents organismes concernant le bien-être des jeunes, il existe également des éléments contextuels qui auraient incité les organismes à se réunir pour trouver des solutions aux problématiques des jeunes et à développer un partenariat. Ainsi, les facteurs suivants auraient également contribué à l'émergence des initiatives :

- La présence de programmes et de mesures dans le réseau de la santé (DSP ou CLSC) visant à soutenir les interventions en promotion de la santé et en prévention, les projets-pilote mis en place autour des initiatives de types « Écoles et milieux en santé », de même que les démarches de mobilisation menées par les CLSC ont été rapportées pour 17 initiatives.
- La disponibilité du financement provenant des DSP autour des problématiques des jeunes (3 cas) ainsi que l'obligation de se concerter pour y avoir accès (2 cas) ont constitué des enjeux importants pour cinq initiatives.
- La concertation/le partenariat : dans cinq initiatives, on fait mention par exemple du manque d'harmonisation des actions, du peu d'efficacité de certaines interventions, de la nécessité de faire converger les efforts des acteurs du milieu sur plusieurs problématiques en ciblant un quartier, un milieu ou une école défavorisée; dans un cas, on rapporte que ce type d'initiative représentait une occasion de renforcer des partenariats déjà existants et a constitué, à ce titre, un facteur d'émergence.
- La réforme scolaire, le projet éducatif et le climat de l'école sont des éléments rapportés dans deux initiatives. Ici, l'analyse des besoins des enfants, combinée à la possibilité offerte par la réforme scolaire d'intégrer des dimensions de la qualité de vie des enfants (ex. : développement de la citoyenneté) au projet éducatif a contribué à la mobilisation des milieux. Les objectifs de la réforme scolaire ainsi que l'amélioration du climat scolaire sont des éléments qui auraient rallié les enseignants et favorisé leur implication.

4.2.3 *Le leadership*

Le tableau 7 montre que le leadership au sein des initiatives est assumé le plus souvent conjointement par un ensemble de partenaires provenant des trois réseaux (santé/scolaire/communauté) (35 %). Dans 24 % des cas, on retrouve un leadership conjoint du secteur de la santé (CLSC) et de l'éducation (école). Deux initiatives mentionnent que le leadership est assumé conjointement par l'éducation et le communautaire (7 %) alors qu'une seule mentionne que celui-ci est partagé par la santé et le communautaire (3 %).

Quelques initiatives reposent sur un leadership unique, supporté, soit par la santé (17 %), soit par l'éducation (7 %), ou soit par la communauté (7 %).

Dans la plupart des cas (86 %), le leadership se situe au niveau local. Pour trois autres cas (10 %), les initiatives ont un leadership qui implique à la fois les paliers régional et local; dans deux de ces trois cas, la DSP est responsable des grandes orientations et de la reddition de comptes alors que les comités sont les maîtres d'œuvre au niveau local. Une seule des initiatives présente un leadership qui se situe exclusivement au palier régional (3 %). Globalement, les résultats montrent donc que la plupart des initiatives reposent sur un leadership partagé qui s'exerce localement.

Tableau 7 Fréquence des initiatives selon les secteurs et les niveaux où s'exerce le leadership (N = 29)

Secteurs et niveaux	N	%
Santé	5	17
Local : CLSC	4	14
Régional et local : DSP et CLSC	1	3
Éducation	2	7
Local : direction d'école	1	3
Local : comité d'école (CE, direction, enseignants, parents, éducateurs physiques)	1	3
Communauté	2	7
Local : organisme communautaire (Organisme familial, Maison des jeunes)	2	7
Santé et éducation (conjoint)	7	24
Local : CLSC et école	7	24
Santé et communauté (conjoint)	1	3
Local : CLSC et Maison des jeunes	1	3
Éducation et communauté (conjoint)	2	7
Local : directeur d'école et municipalité, Comité d'école + représentant du conseil municipal	2	7
Santé/éducation/communauté (conjoint)	10	35
Régional : table des décideurs régionaux multisectorielle (santé, éducation, justice, sécurité publique, diocèse)	1	3
Local : comité ou table intersectorielle	7	24
Régional et local : DSP/Régie régionale et table de concertation locale/table jeunesse	2	7

4.2.4 Le partenariat

Le partenariat a été exploré à partir de trois questions sur : 1) la provenance des partenaires; 2) leur implication au sein du processus décisionnel comme membres de l'équipe porteuse ou comme responsable de la coordination et 3) leur implication comme partenaires ou collaborateurs à d'autres niveaux.

■ La composition de l'équipe « porteuse »

Toutes les initiatives retenues se sont dotées d'une équipe « porteuse » du projet, c'est-à-dire d'une équipe qui est impliquée dans le bon déroulement de la planification et dans la coordination des activités. La composition de ces équipes varie selon les initiatives, bien qu'elles soient pour la plupart composées de membres provenant du palier local (23/28); certaines ont une représentation régionale et locale (4/28) et seulement deux (2/28) sont composées uniquement de représentants régionaux. Le tableau 8 montre que dans la majorité des cas (64 %), l'équipe porteuse est multisectorielle et regroupe à la fois des partenaires du réseau de la santé, du réseau scolaire et des membres de la communauté.

Dans sept initiatives (25 %), les membres proviennent de deux réseaux ou secteurs distincts : pour quatre initiatives (14 %), ces secteurs sont ceux de la santé et de l'éducation alors que pour trois des initiatives (11 %), il s'agit de l'éducation et du communautaire. Enfin, dans trois cas (11 %), l'équipe est constituée de partenaires provenant d'un seul secteur : dans deux cas, il s'agit du réseau scolaire et dans un autre, de la communauté.

Tableau 8 Fréquence des initiatives selon la composition de l'équipe porteuse du projet (N = 28)*

	N	%
3 secteurs : santé/éducation/communauté	18	64
2 secteurs à la fois	7	25
Santé et scolaire	4	14
Scolaire et communauté	3	11
1 seul secteur	3	11
Scolaire	2	7
Communauté	1	4

* Information manquante pour une initiative

■ Coordination et partenariat élargi

La responsabilité de la coordination est le plus souvent assumée par un seul secteur (73 %) (tableau 9). Dans ce cas, les membres du CLSC sont le plus souvent responsables de la coordination des équipes, alors que les membres d'un organisme communautaire le sont dans cinq cas (23 %) et les membres des écoles sont identifiés dans deux initiatives (9 %).

Tableau 9 Fréquence des initiatives selon la responsabilité de la coordination (N = 22)

	N	%
3 secteurs : santé/scolaire/communautaire (conjointement)	3	14
2 secteurs (conjointement)	3	14
Scolaire/communauté	2	9
Santé/communauté	1	5
1 seul secteur	16	73
Santé/CLSC	9	41
Communauté	5	23
Scolaire	2	9

* Information non disponible pour 7 initiatives

Aux partenaires déjà présents au sein de l'équipe « porteuse », l'ensemble des initiatives indique compter également sur la participation occasionnelle d'autres collaborateurs qui proviennent :

- **du secteur de la santé et des services sociaux** : CLSC (11), centres jeunesse (5), régies régionales (2);
- **du secteur scolaire** : écoles (12), MEQ (2), Organisme de participation des parents (OPP) (5);
- **de la communauté** : organismes communautaires (15), municipalités ou MRC (11), corps policiers (5), entreprises privées/institutions financières (4), paroisses (2), organismes culturels ou de loisirs (2) et, université et cégep (1).

Lorsqu'on tient compte de la composition de l'équipe porteuse et des collaborations occasionnelles, qui peuvent toutefois être plus ou moins substantielles, on constate que toutes les initiatives, à l'exception d'une seule d'entre elles, reposent sur une collaboration de partenaires provenant des trois secteurs de la santé, de l'éducation et de la communauté. Les informations recueillies ne permettent pas toutefois de qualifier davantage le type de collaboration ou de décrire l'implication des parents et des jeunes au sein des initiatives.

4.2.5 La planification

■ Éléments de planification

Afin de savoir dans quelle mesure les initiatives reposent sur une démarche structurée de planification, la présence des quatre aspects suivants a été documentée : l'analyse des besoins, le choix des priorités d'action, le plan d'actions et la démarche d'évaluation. Mentionnons que l'information disponible pour ces différents aspects de la planification est très sommaire pour plusieurs initiatives et qu'il est par conséquent difficile de savoir si ces aspects reposent sur un processus structuré et systématique. Selon les informations recueillies auprès des répondants, la majorité 62 % (18/29) des initiatives s'appuient sur l'ensemble des aspects liés à la planification; 17 % (5/29) en mentionnent trois sur quatre; 3 % (1/29) en mentionnent deux alors que 7 % (2/29) indique un seul aspect. L'information était incomplète pour 3 des 29 initiatives.

Les éléments de planification qui sont les plus souvent rapportés sont l'analyse des besoins (90 % ou 26/29) et le plan d'action (90 % ou 26/29), suivis de l'évaluation (83 % ou 24/29) et du choix des priorités d'actions (79 % ou 23/29).

■ La démarche d'évaluation

Parmi les 24 initiatives pour lesquelles on indique avoir planifié ou réalisé une évaluation, il s'agit pour la majorité d'entre elles (58 %) d'évaluation de processus (tableau 10). Pour la moitié des initiatives (12/24), on mentionne que l'évaluation prend la forme de bilans ou de rapports d'activités; dans 10 de ces 12 initiatives, on ne rapporte d'ailleurs que ce type d'évaluation. Une évaluation d'impact est présente dans deux initiatives (8 %).

La responsabilité de l'évaluation revient le plus souvent au seul réseau de la santé (42 %) ou encore aux comités intersectoriels qui regroupent à la fois la santé, l'éducation et la communauté (42 %). Lorsque le réseau de la santé est le seul responsable, la DSP est la plus souvent concernée (6 cas) suivi du CLSC (4 cas). En ce qui a trait aux comités intersectoriels, ceux-ci assument parfois cette responsabilité en association avec la DSP.

De façon marginale, l'évaluation a été sous l'unique responsabilité du milieu scolaire (directeur d'école) (4 %) ou encore d'un seul organisme communautaire (4 %). Enfin, une initiative (4 %) indique que cette responsabilité est assumée conjointement par l'école et le CLSC.

La présence d'un budget spécifique pour les activités d'évaluation n'existe pas dans la majorité des cas (67%). Seulement cinq initiatives (21 %) indiquent avoir bénéficié d'un tel budget, et ce, pour la réalisation d'une évaluation de processus. Dans trois autres initiatives (13 %), on dit ignorer si un tel budget existe. Les commentaires émis en lien avec cette question indiquent toutefois que dans certains cas, bien qu'il n'y ait pas de montant spécifique alloué à l'évaluation, celle-ci fait partie des tâches à réaliser lorsqu'une subvention est obtenue, ce qui suppose qu'une partie des fonds doit alors y être consacrée.

Tableau 10 Fréquence des initiatives selon divers aspects liés à la démarche d'évaluation retenue

	N	%
Types d'évaluation (possibilité de plus d'un type par initiative) (N = 24)		
Processus	14	58
Bilan, rapport d'activités	12	50
Impact	2	8
Non spécifié	1	4
Responsabilité de l'évaluation (N = 24)		
Santé		
	10	42
Régional : DSP	6	
Local : CLSC	4	
Santé/scolaire/communautaire		
	10	42
Local : concertation/comité local	7	
Conjointe régional et local : DSP et concertation/comité local	3	
Scolaire /santé		
	1	4
Local : école /CLSC	1	
Scolaire		
	1	4
Local : école (directeur)	1	
Communauté		
	1	4
Local : organismes communautaires	1	
Non spécifié		
	1	4
Présence de financement - budget alloué pour l'évaluation (N = 24)		
Oui	5	21
Non	16	67
Non spécifié ou évaluation au stade de la planification	3	12
Modalités de partage des résultats (N = 17)		
Oui	14	82
Non	0	
Non spécifié	3	18

Les modalités de partage des résultats de l'évaluation avec les partenaires ont été documentées pour 17 des 24 initiatives ayant des évaluations. Dans la plupart des initiatives (82 %), on indique qu'il existe des mécanismes pour partager les résultats de l'évaluation avec l'ensemble des partenaires. Neuf initiatives ont décrit brièvement ces modalités.

À titre d'exemples, mentionnons : la présentation annuelle du bilan des activités réalisées lors d'assemblée générale ou lors de réunions des partenaires locaux; l'envoi des rapports d'évaluation et/ou des bilans à la DSP et aux partenaires; la diffusion des résultats par les membres du comité auprès de leurs organisations respectives ou auprès d'autres partenaires; la mise en commun des résultats par l'ensemble des partenaires afin d'en discuter et d'assurer le suivi des projets.

■ Clarté des mandats et définition des rôles de chacun des partenaires

Pour une majorité (62 %) des 29 initiatives, les mandats de l'équipe et les rôles des différents partenaires sont clairs et bien définis alors que 28 % (8/29) des initiatives reposent sur des mandats et des rôles plus ou moins clairs et définis. Dans 10 % (3/29) des cas, les répondants considèrent que ces mandats et rôles ne sont ni clairs, ni définis. Dans près de 38 % (11/29) des initiatives, les mandats et responsabilités semblent donc imprécis et quelque peu confus.

4.2.6 Les grands axes d'intervention

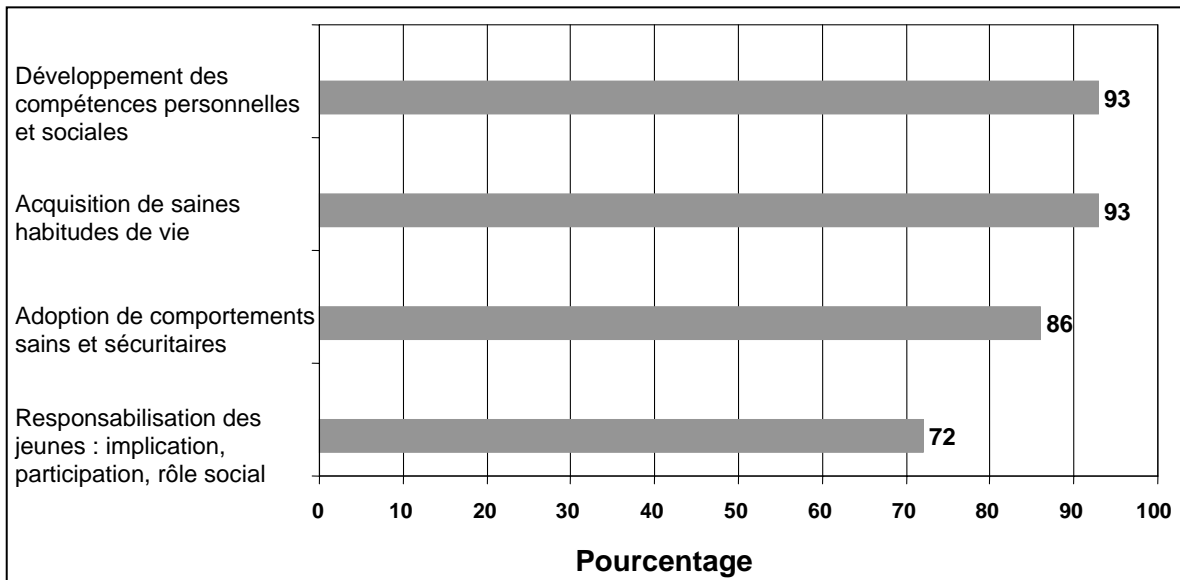
Dans les sections qui suivent, nous présentons les activités ou programmes rattachés aux trois grands axes d'intervention d'une approche globale et intégrée, c'est-à-dire les interventions qui visent : 1) les connaissances, les attitudes, les comportements et les compétences des *jeunes*; 2) *l'environnement scolaire*; et 3) *l'environnement communautaire*, surtout à travers les liens entre l'école et la communauté.

■ 1^{er} axe d'intervention : l'éducation à la santé chez les jeunes

Quatre aspects ont été documentés en lien avec les interventions auprès des jeunes : 1) le développement des compétences personnelles et sociales; 2) la responsabilisation des jeunes (leur implication, leur participation); 3) l'acquisition de saines habitudes de vie et 4) l'adoption de comportements sains et sécuritaires. Les interventions qui sollicitent les habiletés des jeunes et leur responsabilisation reposent principalement sur des stratégies d'éducation à la santé qui visent directement les jeunes. Pour chacun de ces aspects, on proposait également des dimensions plus spécifiques qui permettaient de connaître davantage les actions mises en place. Par exemple, en ce qui a trait aux compétences personnelles et sociales, on proposait cinq choix pour cerner les dimensions qui étaient considérées en lien avec cet aspect : l'estime de soi, l'autonomie, le goût et le sens de l'effort, les relations interpersonnelles et une option « autre ». On invitait également les répondants à préciser le programme ou les activités mis en œuvre en lien avec ces dimensions. Mentionnons que certains programmes ont différents volets qui touchent respectivement les jeunes, leurs parents et certains membres de l'école. Toutefois, nous ne retenons ici que les activités qui s'adressent directement aux jeunes. Les autres activités sont abordées en lien avec les deux autres axes d'intervention (environnement scolaire et liens école/famille/communauté).

- Les résultats obtenus montrent que moins de la moitié (41 %) des initiatives touche à l'ensemble des quatre aspects retenus au niveau des jeunes, 48 % en retiennent trois et 11 % en retiennent un ou deux. La figure 1 montre que le développement des compétences personnelles et sociales (93 %) et l'acquisition de saines habitudes de vie (93 %) représentent les aspects les plus fréquemment abordés dans les interventions auprès des jeunes; viennent ensuite l'adoption de comportements sains et sécuritaires (86 %) et dans un pourcentage moindre, la responsabilisation des jeunes (72 %).

Figure 1 Pourcentage des initiatives abordant au moins une dimension de chacun des aspects liés aux interventions auprès des jeunes (N = 29)



- Comme l'indique le tableau 11, les dimensions relatives à chacun des quatre aspects ne sont pas développées de manière uniforme. Trois des quatre dimensions associées au **développement des compétences personnelles et sociales** sont très fréquemment abordées : ainsi, la plupart des initiatives visent l'estime de soi (93 %) et les relations interpersonnelles (93 %); le développement de l'autonomie est présente dans 23 des 29 initiatives (79 %), alors que le goût et le sens de l'effort est rapporté par moins de la moitié des initiatives (45 %).
- Lorsqu'il est question de **l'acquisition de saines habitudes de vie**, seule la prévention du tabagisme, de l'alcool et des drogues est incluse dans une majorité d'initiatives (62 %), alors que moins de la moitié des initiatives traitent de l'activité physique (41 %), de l'alimentation (38 %) ou de la détente et du repos (24 %). Dans la catégorie « autres », une initiative (3 %) mentionne des activités qui touchent l'hygiène dentaire et l'hygiène de vie en général.
- Pour ce qui est de **l'adoption de comportements sains et sécuritaires**, les comportements pacifiques occupent la première place (76 %) alors que les comportements sexuels préventifs sont présents dans moins du tiers (31 %) des initiatives. En lien avec ce dernier aspect, deux des initiatives précisent qu'ils abordent spécifiquement la prévention des abus sexuels.
- Finalement, le pourcentage d'initiatives qui s'intéressent à la **responsabilisation sociale des jeunes** dans la communauté ou à des aspects touchant la citoyenneté est de 48 %, alors que celle dans la classe ou l'école est abordée dans 41 % des initiatives. Quant à l'implication des jeunes dans les prises de décisions, elle est rapportée dans 34 % des cas.

Tableau 11 Fréquence des initiatives ayant des interventions d'éducation à la santé chez les jeunes, pour chacune des dimensions liées aux quatre aspects retenus (N = 29)

	N	%
Développement des compétences personnelles et sociales		
Estime de soi	27	93
Relations interpersonnelles	27	93
Autonomie	23	79
Goût et sens de l'effort	13	45
Acquisition de saines habitudes de vie		
Tabac/alcool/drogue	18	62
Activité physique	12	41
Alimentation	11	38
Détente/repos	7	24
Autres (hygiène dentaire/hygiène de vie)	1	3
Adoption de comportements sains et sécuritaires		
Comportements pacifiques	22	76
Comportements sexuels préventifs	9	31
Responsabilisation des jeunes : implication, participation, rôle social		
Communauté (citoyenneté)	14	48
Classe/école	12	41
Implication dans les prises de décision	10	34

Bien que la collecte des données n'ait pas permis de préciser les composantes et les stratégies d'intervention utilisées, il ressort tout de même que les programmes et les activités d'éducation à la santé destinés aux jeunes sont multiples et diversifiés et qu'ils varient selon les initiatives. Des exemples d'activités ou de programmes spécifiques qui ciblent les jeunes, pour chacun des aspects retenus, sont présentés à l'annexe 6. Les autres activités pour l'acquisition des saines habitudes de vie ciblant l'école, les parents ou la communauté et qui étaient complémentaires à celles destinées directement aux jeunes se retrouvent dans les sections qui suivent, lorsqu'il est question des autres axes d'intervention.

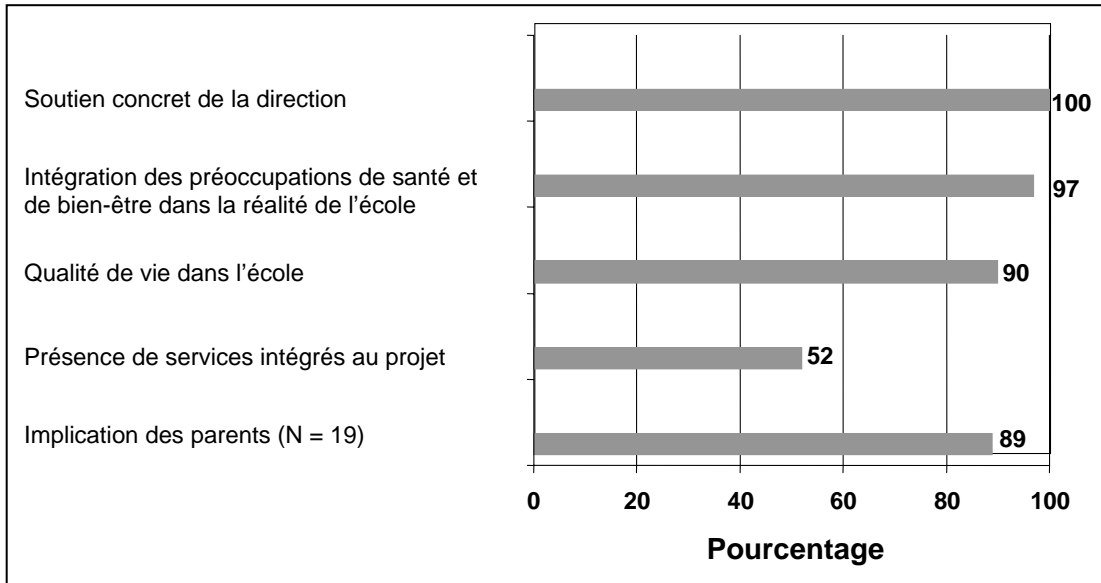
■ 2^e axe d'intervention : l'environnement scolaire

Cinq aspects de l'environnement scolaire ont été explorés lors des entrevues: 1) le soutien concret de la direction; 2) l'intégration des préoccupations de santé et de bien-être dans le vécu scolaire; 3) la qualité de vie dans l'école; 4) les services courants ou spécialisés offerts aux jeunes ainsi que 5) l'implication des parents.

- Environ un quart des initiatives (7/29) visent tous les aspects de l'environnement scolaire, 62 % (18/29) en retiennent quatre aspects et 14 % (4/29) trois aspects. La figure 2 montre que dans toutes les initiatives (29/29), on indique recevoir un soutien concret de la direction de l'école. De plus, la quasi-totalité des répondants (97 % ou 28/29) parlent d'une intégration des préoccupations de santé et de bien-être dans la réalité de l'école et un fort pourcentage (90 % ou 26/29) fait mention d'activités pour améliorer la qualité de vie dans l'école. Par contre, la présence de services intégrés aux initiatives est l'aspect le moins développé et se retrouve dans la moitié seulement des initiatives (52 % ou 15/29). L'aspect de l'implication des parents n'a été documenté que pour 19 des 29 initiatives⁵; cet aspect est présent dans 89 % (17/19) de ces initiatives.

⁵ Voir note section *Analyse des données, Limites de l'enquête*, p. 11

Figure 2 Pourcentage des initiatives qui développent au moins une dimension de chacun des aspects liés à l'environnement scolaire (N = 29)



Pour chacun des aspects liés à l'environnement scolaire, les répondants devaient spécifier les dimensions qui étaient considérées à travers leurs actions (tableau 12).

Tableau 12 Fréquence des initiatives ayant des activités pour chacune des dimensions en lien avec les aspects de l'environnement scolaire

	N	%
Soutien concret de la direction N = 29		
Implication de la direction d'école	28	97
Engagement de ressources (humaines, matérielles, financières)	26	90
Formation des enseignants(e)s et autres membres du personnel	14	48
Aménagement du temps dans la tâche des enseignants* (N = 19)	11	58
Intégration des préoccupations de santé et de bien-être dans la réalité de l'école N = 29		
Dans les priorités de l'école (projet éducatif/plan de réussite)	24	83
Dans les structures de l'école	24	83
Dans les activités parascolaires	18	62
Dans le curriculum scolaire	16	55
Dans la vie étudiante	15	52
Lors d'activités thématiques	15	52
Dans la vie scolaire (services de garde, dîners)	13	45
Qualité de vie dans l'école N = 27		
Aménagements d'environnements stimulants, sains, sécuritaires	18	62
Politiques, règles de conduite, normes favorables à la qualité de vie et santé	17	55
Qualité des relations interpersonnelles (enseignants-élèves, enseignants-enseignants, élèves-élèves)* (N = 19)	13	68
Santé et bien-être du personnel* (N = 19)	9	47
Présence de services courants ou spécialisés N = 29		
Services courants (infirmiers, sociaux)	13	45
Services spécialisés	6	21
Implication des parents* N = 19		
Dans les décisions de l'école* (N = 19)	8	42
Dans le choix d'activités liées à « Écoles en santé * » (N = 19)	10	53
Dans les activités de l'école et les activités parascolaires* (N = 19)	10	53

* Information disponible pour 19 des 29 initiatives

- **Le soutien concret de la direction d'école** se manifeste de différentes façons. Quatre dimensions ont été documentées en lien avec cet aspect : 1) l'implication personnelle de la direction; 2) l'engagement de ressources humaines, financières et matérielles; 3) la formation du personnel et 4) l'aménagement de l'horaire des enseignants afin qu'ils puissent participer aux activités. L'implication personnelle de la direction, de même que l'engagement de ressources, sont rapportés pour la plupart des initiatives, soit 97 % et 90 % respectivement. La formation des enseignants est mentionnée moins fréquemment (48 %) ainsi que l'aménagement de l'horaire des enseignants, lequel est présent dans 58 % des initiatives.

Les exemples qui suivent ont été mentionnés par les répondants. Ils reflètent la façon dont ces dimensions ont été abordées dans les initiatives :

- L'implication de la direction tout au long de la démarche d'implantation de l'initiative; les ententes de partenariat avec les organismes du milieu; l'implication de la direction dans divers comités; le soutien apporté aux membres impliqués (ex. : collaboration de la direction avec les enseignants dans le cadre du parrainage scolaire); la proposition des activités aux membres du conseil d'établissement.
- L'engagement de ressources humaines, financières et matérielles qui prend la forme d'embauche de personnel (récréologue, technicien en loisirs, orthopédagogue, éducateur spécialisé, suppléants); de la libération d'enseignants et d'autres membres du personnel non enseignant; de la rémunération des éducateurs et professionnels pour le temps

supplémentaire investi dans l'initiative ou encore par le temps de secrétariat dévolu à l'initiative.

- La formation du personnel, rendue possible par le temps de formation accordé aux enseignants afin qu'ils puissent acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires pour la mise en œuvre de certains programmes (ex. : « Vers le Pacifique »), pour la sensibilisation à l'approche « Jeunes en santé » et à la réforme scolaire.
- L'aménagement de l'horaire des enseignants afin que ceux-ci animent des activités spéciales ou qu'ils intègrent certaines activités dans le « Programme de formation de l'école québécoise » (ex. : activités d'horticulture).

L'intégration des préoccupations de santé et de bien-être dans la réalité de l'école a été documentée en tenant compte de sept ancrages : 1) les priorités de l'école (projet éducatif/plan de réussite); 2) les structures formelles dans l'école; 3) les activités parascolaires; 4) le curriculum scolaire; 5) la vie étudiante; 6) les activités thématiques et 7) la vie scolaire (services de garde, dîners). Plusieurs initiatives intègrent les préoccupations de santé et de bien-être dans les priorités de l'école (83 %) et au sein des structures présentes dans l'école (83 %). Un peu moins des deux tiers des initiatives (62 %) les intègrent dans les activités parascolaires et près de la moitié des initiatives (55 %) les intègrent dans le curriculum scolaire. Ce pourcentage est à peu près semblable en ce qui a trait à l'intégration des préoccupations de santé et de bien-être à travers la vie étudiante (52 %), lors des activités thématiques (52 %) ou encore à travers la vie scolaire (45 %).

Les exemples suivants permettent de donner un aperçu des éléments mentionnés en lien avec l'intégration des préoccupations de santé, à travers différents ancrages :

- **Les priorités de l'école** : on mentionne ici que le plan d'action ou les activités de promotion/prévention sont intégrés dans le plan de réussite scolaire ou dans le nouveau curriculum, ou encore, que certaines activités font partie des priorités de l'école (ex. : aide aux devoirs, « Fluppy », « Super Entraîn »).
- **Les structures formelles de l'école** : par exemple, le fait que les initiatives soient adoptées par le Conseil d'établissement (CE) et que celui-ci soit informé de l'évolution des activités, de même que la présence de représentants du CE dans l'équipe porteuse des initiatives et dans les sous-comités.
- **Le curriculum scolaire** : dans ce cas-ci, on mentionne par exemple que certaines activités liées à la santé sont intégrées dans les différents domaines d'apprentissage (ex. : activités de « Fleurir mon environnement » associés aux activités scientifiques).
- **La vie étudiante** : on rapporte ici l'intégration de programmes comme « Fleurir mon environnement » et « Mon ami, mon village » à la vie étudiante via le conseil de coopération.
- **Lors des activités thématiques** : certains répondants font mention d'activités de promotion et de prévention en lien avec certains événements nationaux : semaine de prévention du suicide, semaine de prévention du tabagisme, semaine de prévention des toxicomanies; ou encore, d'activités de promotion de la santé en lien avec le calendrier scolaire : semaine de relâche scolaire, fête des neiges.

La qualité de vie dans l'école a été explorée en retenant quatre dimensions : 1) la présence de politiques, de règles de conduite et de normes favorables à la santé et à la sécurité à l'école; 2) l'aménagement d'environnements stimulants, sains et sécuritaires; 3) la santé et le bien-être du personnel et 4) la qualité des relations interpersonnelles dans l'école. La majorité (62 %) des initiatives font des actions qui visent l'aménagement d'environnements stimulants, sains et sécuritaires et un peu plus de la moitié (55 %) des initiatives possèdent des politiques, des règles de conduite ou des normes favorables à la santé ou à la sécurité dans l'école. D'autre part, la qualité des relations interpersonnelles est rapportée par 68 % des initiatives alors que les actions visant la santé et le bien-être du personnel sont présentes dans 47 % des cas.

Voici quelques exemples relatifs aux aspects sur la qualité de vie dans l'école qui ont été rapportés par les répondants :

- **Aménagement d'environnements sains, stimulants et sécuritaires** : l'aménagement de la cour d'école est l'activité la plus fréquemment citée, que ce soit en terme d'installation d'équipements, d'aménagement des aires de jeux ou de repos, pour les rendre plus propres ou plus sécuritaires; des mesures pour assurer la sécurité des enfants lors des déplacements scolaires dans le village sont également mentionnées. L'aménagement de l'intérieur de l'école est aussi rapporté : embellissement de l'école (peinture), aménagement des aires de dîners. Certaines composantes de programmes rejoignent également différents éléments liés à l'aménagement comme par exemple « Mon ami, mon village », « Super Entraîn », identification de leader de la propreté. En lien avec les activités physiques, certaines initiatives ont fait part de l'achat de matériel et de l'installation de structures de jeu dans la cour d'école, de l'animation des activités du midi par un récréologue, de l'utilisation du gymnase sur l'heure du dîner, de l'implication de l'éducateur physique pendant le mois de l'activité physique. Au niveau de l'alimentation, certains réfèrent aux clubs des petits déjeuners, aux dîners communautaires, aux rencontres des dîneurs sur la boîte à lunch, à la cuisine de « plats santé » par des éducateurs physiques et des enseignants, à la réorganisation complète des dîners pour favoriser la prise de repas dans un climat agréable.
- **Politiques, règles de conduite et normes favorables à la santé et à la sécurité dans l'école** : il est question dans ce cas-ci de modifications des codes de vie ou des règles de conduite dans l'école; la présence d'enfants médiateurs qui doivent observer certaines règles auxquelles les autres doivent également se conformer a également été rapportée comme action à ce niveau.
- **Relations interpersonnelles** : on mentionne ici la création d'un climat accueillant pour toutes les personnes de l'école, l'amélioration des capacités à gérer les conflits dans l'école, lors des récréations, des dîners, aux services de garde; une coordination des interventions et un changement dans les façons de faire afin qu'elles soient plus respectueuses des personnes; la mise en place de programmes comme « La récré pour s'amuser » (échange, entraide entre les jeunes).
- **Santé et bien-être du personnel** : cet aspect est principalement abordé de façon indirecte, en considérant les effets générés par des éléments de programmes qui ciblent les jeunes ou des activités qui touchent l'environnement ou le climat scolaire. Ainsi,

certaines répondants disent que leur initiative aurait comme effet d'améliorer indirectement le climat de travail, de réduire le stress chez le personnel ou de faciliter la tâche des enseignants parce que les activités ciblées aident les jeunes ou encore parce que des intervenants sociaux interviennent auprès des jeunes vulnérables. Seulement deux des initiatives précisent avoir développé des activités spécifiques de sensibilisation ou des programmes où l'on travaille avec le personnel dans un premier temps, en abordant divers aspects de leur santé et de leur bien-être.

La présence de **services courants** est rapportée par 13 des 29 initiatives (45 %), alors que les **services spécialisés** le sont par 6 des 29 initiatives (21 %). Ces services renvoient le plus souvent à ceux fournis par les intervenants psychosociaux, les psychologues, les travailleurs sociaux ou les infirmières provenant du CLSC ou du milieu scolaire, ou par les policiers éducateurs qui se rendent à l'école. Certains répondants mentionnent que leur initiative a contribué à un meilleur maillage entre les services préventifs et les services courants dans l'école, ou encore, qu'elle a favorisé la mise en place de plan d'intervention pour les jeunes référés au parrainage scolaire; d'autres activités ont été mentionnées en lien avec ces services : éducation à la sexualité offerte à l'école; services psychosociaux, référence et suivi pour les enfants en difficulté et leurs parents.

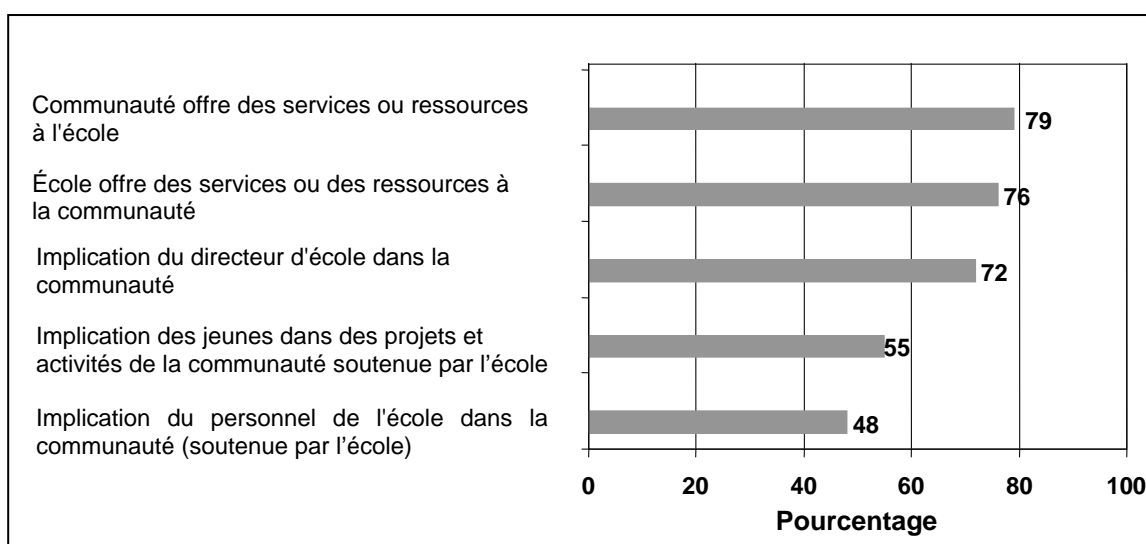
Pour la plupart des 19 initiatives pour lesquelles nous avons cette information, l'implication des parents est présente. Une seule initiative ne rapporte aucune implication des parents. Ceux-ci sont impliqués de diverses manières. Ainsi, pour dix initiatives (53 %) on fait mention de parents qui participent aux choix des activités liées à « Écoles en santé »; dans certaines initiatives, on rapporte une implication des parents lors d'activités à l'école ou dans les activités parascolaires (53 %) et pour huit initiatives, on y mentionne la participation des parents aux décisions de l'école (42 %). Selon les commentaires émis par certains répondants, il semble toutefois que la participation des parents aux prises de décision se limite trop souvent à ceux qui siègent au conseil d'établissement. Certaines initiatives ont également mis sur pied des activités ou des programmes qui s'adressent directement aux parents et qui sont complémentaires aux activités de promotion destinées aux jeunes. Par exemple, en lien avec le développement des compétences sociales des jeunes, certaines activités touchent les parents : « Vie de famille : de l'amour à la discipline », formation à l'estime de soi des parents, correspondance avec les parents sur l'estime de soi, programmes de développement des compétences parentales. D'autres programmes, comme « Famille au jeu » entendent favoriser l'activité physique entre parents et enfants et se veulent complémentaires aux activités destinées aux jeunes.

■ 3^e axe d'intervention : la collaboration entre l'école et la collectivité

Cinq aspects ont été documentés en lien avec la collaboration école-communauté : 1) les services et les ressources que l'école offre à la communauté; 2) les services et les ressources que la communauté offre à l'école; 3) l'implication de la direction de l'école dans la communauté; 4) l'implication du personnel de l'école dans la communauté et 5) l'implication des jeunes dans des projets et des activités de la communauté.

- Peu d'initiatives (21 % ou 6/29) incluent l'ensemble des aspects liés à la collaboration entre l'école et la communauté; 24 % (7/29) en retiennent quatre, 28 % (8/29) trois; 21 % (6/29) deux et 7 % (2/29) un seul aspect.
- Les types de collaboration les plus fréquents sont : 1) l'offre de services ou de ressources de la communauté à l'école (79 %); 2) l'offre de services de l'école à la communauté (76 %); 3) l'implication du directeur d'école dans la communauté (72 %); 4) l'implication des jeunes dans des projets ou des activités de la communauté (55 %) et enfin, l'implication du personnel de l'école dans la communauté est présente dans la moitié des cas (48 %) (figure 3).

Figure 3 Pourcentage des initiatives ayant des activités en lien avec les aspects touchant la collaboration entre l'école et la communauté (N = 29)



Les exemples suivants de collaboration entre l'école et la communauté ont été mentionnés par les répondants de différentes initiatives :

- **Offre de services de la communauté à l'école** : des personnes de la communauté sont présentes dans l'école pour 1) animer des ateliers et offrir leurs services (ex. : aide aux devoirs, prévention des toxicomanies par la Sûreté du Québec); 2) soutenir les jeunes (Grands frères, association de parents); 3) participer à l'aménagement de la cour d'école (ressources financières ou humaines); 4) faire connaître les expertises de la collectivité au sein de l'école (artisanat, horticulture, etc.) et 5) organiser des activités lors des journées pédagogiques et durant l'été. Des ententes de services entre l'école et la municipalité ont également eu lieu pour le prêt d'équipements et de locaux à des fins sportives (aréna). Dans certains cas, on rapporte un prêt de la salle paroissiale à l'école ou encore une collaboration financière (caisse populaire) pour mettre en place certains programmes. Certaines activités visent également à améliorer les structures de loisirs dans la communauté.

- **Offre de services de l'école à la communauté** : cette offre se fait principalement à travers des prêts de locaux et d'équipements à la municipalité ou à la communauté (gymnase, piscine, locaux, plateaux et équipements de loisirs, ordinateurs), de prêt de personne-ressource en loisir, de diffusion d'information et de publicité pour les activités de la communauté.
- **Implication de la direction de l'école dans la communauté** : il s'agit ici essentiellement de la participation de la direction à différentes tables de concertation intersectorielles, et de manière plus isolée, au CA d'organismes communautaires ou encore d'une implication au niveau municipal.
- **Implication du personnel de l'école dans la communauté** : dans ce cas-ci, certains membres du personnel prennent part à des activités de quartier ou accompagnent des jeunes lors d'activités dans la communauté (ex. : fêtes ou ventes de garage pour recueillir des fonds destinés à soutenir des activités pour les jeunes, organisation d'un concert dans la communauté). Certains répondants ont mentionné que l'implication du personnel est parfois limitée parce que certains membres n'habitent pas le quartier ou le village ou en raison du boycott des enseignants envers ces activités comme moyens de pression syndicale.
- **Implication des jeunes dans des projets et activités dans la communauté** : on réfère par exemple à des cours de cuisine à la Maison des jeunes; à des activités de financement et de représentation faites auprès de la municipalité pour soutenir le local des jeunes, à des activités auprès des personnes âgées (ex. : les jeunes reçoivent les personnes âgées à déjeuner).

4.2.7 *Les interrelations entre les actions relatives aux trois axes d'intervention*

Une question visait à cerner les interrelations (effets de renforcement ou de synergie) entre les actions appartenant aux trois axes d'intervention considérés (jeunes, école et communauté). Divers éléments de complémentarité des actions ont été mentionnés par certains répondants. Cependant, les propos recueillis ne permettent pas de répondre clairement à cette question, et par conséquent, de conclure à une interrelation ou une intégration des actions relatives aux trois axes d'intervention pour la plupart des initiatives. Pour quatre initiatives seulement, les répondants ont fourni des exemples explicites de ces interrelations. Par exemple, on mentionne que les activités retenues favorisent le réinvestissement des apprentissages scolaires dans le contexte familial ou encore que certaines activités encouragent le respect, la responsabilité et la persévérance chez les jeunes à travers différents contextes de vie des jeunes : à l'école, dans la famille et dans le quartier.

Certains répondants ont plutôt répondu à la question en se référant à la complémentarité des efforts entre les partenaires. Ainsi, des répondants de six initiatives ont fait mention de la consolidation du partenariat, de l'effet de ralliement autour d'objectifs communs qui renforcent la complémentarité des actions des différents milieux; de l'intégration de compétences diverses; du partage de valeurs, de messages et de langage commun sur la façon de favoriser le développement des jeunes.

Dans cinq initiatives, les répondants ont indiqué que bien qu'il y ait une volonté d'arriver à une complémentarité et à un effet de renforcement des actions, ceux-ci ne pouvaient décrire cet effet. Enfin, dans trois initiatives, on a mentionné qu'il n'existait pas nécessairement d'interrelation entre les actions ou encore, qu'on ne le savait pas.

4.2.8 *Contraintes et pistes d'amélioration suggérées en lien avec l'implantation des initiatives*

Des informations sur les contraintes rencontrées sont disponibles pour 22 des 29 initiatives alors que celles sur les améliorations souhaitées le sont pour 20 des 29 initiatives. Lors de l'analyse du contenu référant à ces deux aspects, six grands thèmes ont émergé des entrevues : 1) les dynamiques intrasectorielles, qui réfèrent à ce qui est vécu au sein même de chacune des organisations (école, CLSC, DSP); 2) le mode de fonctionnement (continuité et coordination); 3) le financement (insuffisance, mode d'attribution); 4) les dynamiques intersectorielles (différences de culture, de visions, tensions); 5) la segmentation des programmes et finalement 6) le contexte national (ententes interministérielles). Une liste plus complète des éléments mentionnés pour chacun des aspects est présentée à l'annexe 7.

- Un regard global sur les difficultés rencontrées permet de dégager l'importance relative de chacun des thèmes abordés. C'est celui des dynamiques intrasectorielles qui ressort le plus souvent (15 initiatives), suivi du mode de fonctionnement (13 initiatives), du financement (9 initiatives) et enfin des dynamiques intersectorielles (7 initiatives). Les deux autres thèmes ne sont abordés que de manière isolée. Ainsi, la segmentation des programmes n'est relevée que par deux initiatives alors que les difficultés relatives aux ententes interministérielles ne le sont que par une seule initiative.

■ **Les dynamiques intrasectorielles**

Quinze initiatives identifient des éléments vécus au sein même des organisations ou à un milieu en particulier. Par exemple, six initiatives indiquent que le volet communautaire est peu développé dans leur projet, entre autre parce que l'implication des organismes communautaires s'avère difficile, notamment à cause des besoins de consolidation de ces organismes, de leur faible financement et de la difficulté pour certains d'entre eux à travailler conjointement avec le secteur public. Dans cinq initiatives, on mentionne que certains CLSC se concentrent surtout sur des activités de dépistage et de prévention de problèmes spécifiques et qu'il existe un manque de reconnaissance à l'intérieur des CLSC à l'égard des interventions de type « Écoles en santé », que peu d'encouragement et d'appui est fourni aux intervenants pour qu'ils s'impliquent dans ce type de projet.

Les répondants de quatre initiatives identifient le manque de participation du personnel enseignant, dû aux moyens de pression et au manque de soutien concret de la direction de l'école. Pour ce qui est des parents, trois initiatives font mention de la difficulté à les impliquer. Cette difficulté serait accrue lorsqu'ils proviennent de zones défavorisées sur le plan socioéconomique où la mobilité de la population est élevée et le tissu social fragilisé.

Quant aux pistes d'amélioration, elles portent principalement sur la reconnaissance, au sein des CLSC, de leur rôle et de l'importance qu'ils s'impliquent dans ce type d'initiative. En ce qui concerne la participation des parents, on réitère le besoin de trouver des stratégies pour les amener à s'impliquer davantage et le plus rapidement possible, dès le début de l'année scolaire.

■ Le mode de fonctionnement

Treize initiatives font mention de difficultés dans le mode de fonctionnement. Ce thème est développé à travers deux aspects : la difficulté d'assurer une continuité dans la participation des partenaires (roulement) et les problèmes de coordination/d'harmonisation des actions.

Ces deux aspects du mode de fonctionnement sont fortement interreliés. Ainsi, le problème de la mobilité des partenaires affecterait la coordination et l'harmonisation des actions. Étant donné que les liens de confiance entre les partenaires et la capacité de travailler de manière complémentaire se construisent avec le temps, l'instabilité des partenaires ferait en sorte qu'il faille reconstruire constamment ces liens, occasionnant un manque de continuité dans les projets et un surcroît de travail pour ceux qui restent.

Bien que les problèmes associés au mode de fonctionnement figurent en tête de liste des contraintes et des difficultés rencontrées, peu de pistes d'amélioration ont été proposées. Trois initiatives mettent de l'avant : l'importance d'une bonne planification pour assurer une continuité des projets lors du changement de partenaires, le besoin d'avoir une personne assignée à la coordination des activités de promotion/prévention de façon à ce que les projets/initiatives aillent dans la direction voulue et l'importance que la programmation tienne compte des ressources disponibles et de la réalité des milieux plus restreints ou plus démunis.

■ Le financement

Dans neuf initiatives, les difficultés liées au financement des initiatives sont abordées en terme de sous-financement ou de mode d'allocation. Le sous-financement des initiatives prend la forme de montants insuffisants pour réaliser l'ensemble des activités, de coupures dans les montants prévus initialement, de la non-réurrence du financement, de la difficulté à développer des initiatives dans un contexte de compressions budgétaires. La seule piste d'amélioration mise de l'avant est de tenter de diversifier les sources de financement, bien qu'on ne spécifie pas de moyen précis pour le faire.

Les problèmes associés aux modes d'allocation ou de distribution des fonds seraient liés au fait que les budgets ne sont pas distribués directement aux écoles qui pourraient alors disposer à leur guise; au fait que les partenaires doivent convenir ensemble de la répartition de l'enveloppe budgétaire et que certains pensent surtout à leurs intérêts particuliers plutôt qu'aux besoins des jeunes; à la multiplicité des partenaires qui entraînerait de la rivalité entre eux pour obtenir les fonds disponibles.

Les pistes d'amélioration suggérées se rapportent essentiellement aux rôles des directions de santé publique dans l'attribution des fonds et aux consignes et directives qui accompagnent ces fonds. Dans quatre initiatives, les répondants mentionnent que les DSP/régions régionales devraient faire preuve de plus de vigilance quant à l'utilisation des fonds, et qu'il serait souhaitable qu'il y ait une plus grande uniformité dans les démarches entreprises pour la mise en œuvre de ce type d'initiatives et dans leur gestion organisationnelle et financière.

■ **Les dynamiques intersectorielles**

Les initiatives de type « Écoles en santé » reposent sur un partenariat composé de membres provenant de divers secteurs. Sept initiatives font mention de différences de visions, de cultures ainsi que de tensions entre les différents organismes qui participent à ce type d'initiative. Les alliances ne seraient pas toujours naturelles et il faudrait donc un certain temps pour venir à bout des préjugés et pour surmonter la méfiance entre partenaires d'organisations diverses et pour apprendre à travailler ensemble. Une autre difficulté est qu'il faut souvent recommencer, notamment à cause du roulement des participants.

■ **La segmentation des interventions par problématiques spécifiques**

Trois initiatives identifient des difficultés associées au fait que le mode d'intervention qui prédomine se centre sur des problèmes spécifiques, que ces interventions se font à la pièce (dédoulement) plutôt que d'agir plus globalement sur un ensemble de déterminants. On mentionne donc ici l'importance d'adopter un plan d'action qui repose sur une approche plus globale de la santé afin d'élargir le cadre des actions.

■ **Le contexte national**

Afin de soutenir ce type d'initiative, une initiative souligne l'importance du maillage entre les ministères, par le biais des ententes de complémentarité MEQ-MSSS, afin de savoir ce que chacun des ministères fait en terme de promotion/prévention de la santé pour les jeunes d'âge scolaire, de manière à mieux planifier les actions.

5 RÉSUMÉ ET DISCUSSION

Les résultats du volet A ont permis de mettre en évidence que :

- Dans toutes les régions, il existe des liens de collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation dans le cadre des activités de promotion/prévention;
- Selon les régions, les types de liens peuvent varier. Dans la majorité des régions, les DSP transigent avec le milieu scolaire dans des structures qui impliquent également les CLSC;
- Des structures formelles et informelles de collaboration existent entre les deux réseaux, tant au palier régional que local et celles-ci varient selon les régions. Certaines structures sont plus souvent présentes que d'autres, telles que des ententes de services entre le MEQ et le MSSS pour les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation et/ou d'apprentissage;
- L'expérience acquise en terme de collaboration entre les deux réseaux permet d'identifier certains éléments pouvant contribuer positivement ou négativement à la fonctionnalité de leurs liens, comme par exemple ceux rattachés au mode de fonctionnement, à la coordination, au leadership, aux différences de culture, de vision, et d'intérêts entre les deux réseaux;
- Dans toutes les régions, on retrouve des actions de promotion/prévention en milieu scolaire;
- Plusieurs régions (10 sur 18) ont adopté des orientations qui réfèrent à une approche globale « Écoles en santé » ou « Écoles et milieux en santé »;
- Vingt-neuf initiatives de type « Écoles en santé » ont été actualisées dans dix régions du Québec.

La description des initiatives de «type « Écoles en santé » (volet B) montre que :

- Une forte proportion (79 %) des initiatives se situent dans des régions où il existe des orientations régionales ES ou EMS;
- Les deux tiers (66 %) ont démarré il y a trois ans ou plus;
- Près de la moitié (48 %) se trouve en zone rurale et près des trois quarts (72 %) en milieu défavorisé au niveau socioéconomique;
- La plupart des initiatives (93 %) ont bénéficié d'un financement.

De plus, l'origine des initiatives se caractérise de la façon suivante :

- Les trois quarts des initiatives ont été initiés par un seul secteur, le plus souvent par celui de la santé;
- Les principaux facteurs ayant contribué à l'émergence des initiatives et à la mobilisation des partenaires renvoient principalement à la volonté de répondre aux besoins des

jeunes de même qu'à certains facteurs contextuels, comme la présence de programmes en promotion/prévention dans le réseau de la santé (DSP et CLSC), la disponibilité d'un financement en lien avec ce type d'initiative, le besoin de faire converger les efforts des différents acteurs qui interviennent auprès des jeunes et les occasions offertes par la réforme scolaire.

Au niveau du partenariat :

- Toutes les initiatives se sont dotées d'une « équipe porteuse » dont la composition est pour la plupart locale (82 %) et multisectorielle en provenance de l'école, de la communauté et du secteur de la santé et des services sociaux (64 %);
- La coordination de cette équipe est sous la responsabilité d'un seul organisme dans 72 % des cas (CLSC, OC ou École);
- Le leadership au sein de l'équipe est le plus souvent partagé entre les différents secteurs (69 %) et s'exerce localement (86 %).

Les résultats portant sur la planification et l'évaluation indiquent que :

- La plupart des initiatives s'appuient sur une planification et une évaluation. Toutefois, les réponses obtenues ne permettent pas de connaître en détail les activités réalisées en lien avec les différents aspects de la planification et de l'évaluation. Par conséquent, il nous est impossible de savoir si ces activités s'inscrivent dans une démarche systématique;
- Dans la majorité des initiatives (58 %), l'évaluation porte sur les processus. Pour 42 % des initiatives, les activités d'évaluation se limitent à la réalisation de bilans ou de rapports d'activités.

En ce qui a trait aux interventions mises en place, selon les trois axes considérés (jeunes, environnement scolaire et liens entre l'école et la communauté), les résultats montrent que :

- Toutes les initiatives visent plusieurs aspects des trois axes. Parmi les activités d'éducation à la santé destinées aux jeunes qui sont les plus fréquentes, celles liées au développement des compétences (estime de soi et compétences sociales) arrivent au 1^{er} rang. Au niveau de l'environnement scolaire, on observe que toutes les initiatives ont bénéficié du soutien concret de la direction d'école et que la plupart intègre la promotion et la prévention dans les structures de l'école. Les activités visant l'aménagement des lieux et les politiques scolaires sont toutefois moins fréquentes. Enfin, les activités de collaboration entre l'école et la communauté sont les moins fréquentes, bien que les échanges réciproques de services ou de ressources entre l'école et la communauté soient rapportées dans trois initiatives sur quatre.

Malgré les fortes proportions d'initiatives impliquées dans plusieurs aspects liés aux trois axes d'intervention, les informations recueillies ne permettent pas de connaître en détail la nature des activités retenues ainsi que leur intensité et leur continuité. De plus, les résultats ne nous permettent pas de cerner les interrelations ou les effets de renforcement recherchés entre ces différentes activités qui appartiennent aux trois axes.

Enfin, selon les propos recueillis auprès des répondants, les principales contraintes rencontrées dans l'implantation de ce type d'initiative sont en lien avec :

- Les dynamiques au sein des organisations (68 %), qui ne facilitent pas toujours l'implication de leurs membres dans ce type d'initiative;
- Le mode de fonctionnement (59 %), en raison du roulement des partenaires et des problèmes de coordination;
- Le financement (41 %), parce qu'il est insuffisant et en raison de la rivalité qu'il génère parfois entre les partenaires;
- Les dynamiques intersectorielles (32 %), qui occasionnent dans certains cas, des tensions et des conflits à cause des différences de cultures, de visions ou d'intérêts entre les partenaires des différents groupes.

Discussion

Bien que ce portrait comporte des limites en raison des moyens dont nous disposons pour le réaliser et en raison de la portée même de ce type d'étude, les informations recueillies apportent des renseignements uniques sur les initiatives de type « Écoles en santé » au Québec et fournissent un éclairage important sur les efforts consentis par différents acteurs d'ici pour mettre en œuvre ce type d'initiatives. Le portrait permet de faire état du développement et de l'actualisation d'initiatives qui en retiennent les principaux paramètres, de faire ressortir leurs principales caractéristiques de même que de mettre en lumière les enjeux associés à l'implantation de ce type d'approche dans le contexte québécois. Il montre ainsi que le terrain est propice pour développer davantage ce type d'initiative au Québec puisque l'on retrouve des orientations spécifiques « Écoles en santé » dans la majorité des régions et que plusieurs d'entre elles actualisent à des degrés divers les principales composantes.

Par ailleurs, certains constats en lien avec les enjeux identifiés dans la recension des écrits quant aux conditions de mise en œuvre des approches globales et intégrées ont également été observés en lien avec les initiatives recensées. Par exemple, les composantes les moins développées, c'est-à-dire celles qui renvoient aux liens entre l'école et la communauté, ont également été identifiées dans les initiatives européennes, australiennes et américaines (OMS, CDC). De plus, certaines difficultés observées en lien avec l'implantation sont les mêmes que celles relevées dans la recension des écrits, comme par exemple, les problèmes de coordination, ceux du financement et du partenariat école-communauté. Mentionnons ici que les contraintes soulevées ne traduisent vraisemblablement qu'une partie des difficultés rencontrées par les acteurs qui désirent implanter ce type d'initiative.

Il est possible que certaines initiatives qui avaient adopté une orientation « Écoles en santé » mais qui n'avaient pas réussi à en actualiser les composantes au moment de la période de collecte, aient rencontré d'autres types de difficultés ou encore que les mêmes difficultés aient eu un poids plus important pour eux dans leur contexte.

Parmi les conditions-clés relevées dans la recension des écrits pour favoriser le développement optimal de ces initiatives, celle référant à une planification rigoureuse et négociée entre les partenaires est de première importance afin de s'assurer de la globalité et de la cohérence des actions proposées. Cet aspect est essentiel puisque l'efficacité potentielle de ce type d'approche ne réside pas dans le succès des composantes prises isolément mais dans leur orchestration, de manière à créer un effet de synergie entre les actions (Allensworth & Kolbe, 1987). Une autre condition-clé est celle de l'évaluation afin de soutenir et d'améliorer l'implantation des différentes composantes. Cet aspect est important pour que l'intervention dans son ensemble ait l'intensité et la qualité nécessaires pour obtenir les effets escomptés. Les informations modestes que nous avons obtenues en ce qui a trait aux éléments se rapportant à la planification et à l'évaluation dans le cadre de ce portrait, nous indiquent que ces aspects sont considérés dans la majorité des initiatives bien que nous ne connaissions pas la nature et l'intensité des activités qui ont été déployées pour les réaliser. Une attention spéciale à ces deux conditions est toutefois souhaitable lors de la promotion des initiatives « Écoles en santé » dans le contexte québécois.

En cohérence avec la préoccupation d'offrir une réponse plus globale et mieux intégrée aux besoins des jeunes, il importe donc de fournir les conditions reconnues pour avoir une contribution positive à la mise en œuvre de ce type d'approche.

Quelques recommandations :

- Au chapitre du soutien politique, des pas dans la bonne direction ont été faits récemment : l'intervention globale et concertée en milieu scolaire est maintenant inscrite dans les orientations ministérielles des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation et des mécanismes de suivi sont prévus pour en assurer le déploiement. Ainsi, un guide d'accompagnement et une série de formations pour les acteurs concernés sont en élaboration. Il faut maintenant s'assurer d'informer et de sensibiliser le plus grand nombre d'acteurs intersectoriels à cette approche et obtenir l'engagement formel des instances décisionnelles concernant son implantation.
- Au chapitre du soutien financier, il est important de consentir des ressources à la hauteur des besoins : un investissement en ressources humaines et financières est par conséquent nécessaire afin d'accompagner ceux qui planteront les initiatives à travers le Québec.
- Au chapitre de la planification et de la coordination, il est recommandé qu'au niveau national, régional et local, des moyens concrets soient mis en place pour soutenir la réalisation de ces paramètres essentiels. Cela devrait se traduire par de la formation continue, des outils et de l'accompagnement pour ceux qui désirent planter ce type d'initiatives.

- Enfin, au chapitre de l'évaluation, il importe que le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux s'associent afin d'encourager et de soutenir les projets d'évaluation qui permettent de vérifier si les composantes des initiatives, les méthodes, les ressources humaines et matérielles et les activités retenues sont suffisantes et adéquates pour rencontrer les objectifs visés. De plus, afin de déterminer avec confiance si ce type d'approche est efficace, la recherche évaluative doit s'assurer que les initiatives ont été implantées en s'appuyant sur l'intégration de l'ensemble des composantes qui les caractérisent.

Les renseignements fournis par ce portrait pourront servir à accompagner les acteurs et les décideurs vers la mise en place des conditions requises pour atteindre le niveau optimal d'implantation de ce type d'initiatives. Ces conditions apparaissent essentielles pour déployer le potentiel de ces approches et permettre ainsi d'obtenir des gains au chapitre de la santé, du bien-être et de la réussite éducative des jeunes.

RÉFÉRENCES

- Allensworth, D.D. & Kolbe, L.J. (1987). The Comprehensive School Health Program : Exploring an Expanded Concept. *Journal of School Health*, 57 (10), 409-412.
- Deschesnes, M., Martin, C. et Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18 (4).
- Fédération des commissions scolaires du Québec (2001), *Le programme « Une école ouverte sur son milieu »*, Document synthèse dans le cadre du Programme de subvention du Fonds Jeunesse Québec, Québec, Fédération des commissions scolaires du Québec, 23 pages.
- Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux et Le Conseil des directeurs de la santé publique (1999), *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Québec, Conférences des régies régionales de la santé et des services sociaux, 65 pages.
- Martin, C., Arcand, L. et Rodrigue, Y. (2003). *Une école en santé. Pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et ses partenaires (document de travail)*. Québec, Institut national de santé publique, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Ministère de l'Éducation (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, Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation (2001). *Programme de formation de l'école québécoise : éducation préscolaire, enseignement primaire (Version approuvée)*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1998). *Politiques nationales de santé publique 1992*. Québec. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation (1996). *Les États généraux sur l'éducation 1995-1996. Exposé de la situation*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (1999). *Le réseau européen d'écoles-santé*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague. URL : <http://www.who.dk/webmaster@who.dk>.
- Reniscow, K. & Allenworth, D. (1996). Conducting a Comprehensive School Health Program. *Journal of School Health*, 66 (2), 59-63.

ANNEXE 1

Liste des membres du comité élargi « Écoles et milieux en santé » de l'Institut national de santé publique du Québec

Nom	Organismes
Lyne Arcand	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Direction de santé publique de Laval
Marthe Deschesnes	Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de l'Outaouais
Sylvie Fortin	Association des CLSC-CHSLD du Québec (ACCQ)
Aline Joly	Fédération québécoise des directrices et directeurs d'établissement d'enseignement (FQDE)
Annie Jomphe	Fédération des commissions scolaires du Québec (FCSQ)
Adèle Jomphe Hill	Université du Québec en Outaouais (UQO)
Diane Lacroix	Conseil permanent de la jeunesse
Diane Le May	Secrétariat au loisir et au sport, coordonnatrice nationale Kino-Québec
Julie Lévesque	Réseau québécois de Villes et Villages en santé et Institut national de santé publique du Québec
Catherine Martin	Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal
Richard Paquin	Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ), Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique des Laurentides
Edith Samson	Fédération des comités de parents du Québec (FCPQ)
Annie Tardif	Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires au MEQ (DASSC)
Louise Therrien	Direction de la promotion de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

ANNEXE 2

2.2. Structures informelles

3. Quels sont les principaux éléments que vous associez à la fonctionnalité de ces liens (ex. : régularité, prise de décision, etc.)?

3.1. Favorables	3.2. Défavorables

4. Commentaires :

5. Y a-t-il dans votre Régie ou DSP des orientations ou actions précises et spécifiques concernant la prévention et la promotion de la santé et du bien-être qui impliquent le milieu scolaire?

Non 1 Oui 2 → Si possible, nous apprécierions recevoir une copie des documents à cet effet.

6. Dans quel cadre s'inscrivent ces orientations ou actions?

7. Quelles ressources y sont allouées par la Régie ou DSP?

	Humaines	Financières	Autres
1- <input type="checkbox"/> À l'intérieur d'une programmation intégrée santé et services sociaux en milieu scolaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/> Orientation spécifique « École en santé »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/> Dans le cadre d'un plan d'action particulier en lien avec une problématique (tabac, Kino, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre d'un programme d'allocation particulier :			
4- <input type="checkbox"/> Action concertée jeunesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/> Fonds de développement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/> Fonds jeunesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/> Autres ressources extérieures mises à contribution : (MSSS, MEQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Quelles sont les principales interventions de P/P en milieu scolaire, dans votre région (ex. : thèmes, problématiques)?

Description brève des interventions
Autres :

ANNEXE 3

Questionnaire du volet B

Portrait des expériences québécoises de type « Écoles en santé ».

Grille d'entrevue auprès des informateurs-clés.

Nom du projet (ou de l'orientation) :	
Région de CLSC :	Date du démarrage
Milieu : rural <input type="checkbox"/>	urbain <input type="checkbox"/> semi-urbain <input type="checkbox"/>
Milieu défavorisé sur le plan socioéconomique :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

1. Brève description du projet. Existe-t-il de la documentation en lien avec votre projet? Si oui, pouvez-vous nous faire parvenir celle qui permet de décrire et d'évaluer (s'il y a lieu) votre projet?	Étape d'implantation
	En préparation 1 <input type="checkbox"/>
	En cours 2 <input type="checkbox"/>
	En évaluation 3 <input type="checkbox"/>

Il y a plusieurs aspects et paramètres associés à l'approche « École en santé », développée notamment par le réseau européen « École en santé », et qui peuvent permettre de situer les activités de votre projet en lien avec les trois cibles d'intervention de cette approche (les jeunes, le milieu scolaire, la communauté).

PARAMÈTRES D'UNE ÉCOLE EN SANTÉ

Aspect	Paramètres
2. Origine de la démarche (initiateur, facteurs d'émergence) 2.1. Qui assume le leadership (organisme ou agent mobilisateur) 2.2. Enjeu de la mobilisation (ce qui a rallié les gens)	

Aspect	Paramètres
<p>3. Est-ce que le projet s'appuie sur : (Élaborer comment pour chaque item)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> une analyse de la situation (état de santé des jeunes, absentéisme, décrochage, difficultés d'apprentissage, ressources du milieu, forces et faiblesses, etc.)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> le choix de priorités des interventions (problématiques ou interventions (selon quels critères : intérêt, faisabilité, ressources disponibles, etc.)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> l'élaboration et la mise en application d'un plan d'action (1 an; 2 ans; 3 ans; plus de 3 ans) (objectifs « mesurables » à atteindre, modalités de mise en œuvre, ressources impliquées, échéanciers, etc.)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :</p>
<p>4. Évaluation</p>	<p>Type d'évaluation :</p> <p>1 <input type="checkbox"/> processus 2 <input type="checkbox"/> impact 3 <input type="checkbox"/> autre (bilan, rapport d'activités) 4 <input type="checkbox"/> aucun</p> <p>Modalités prévues :</p> <p>1 <input type="checkbox"/> journal de bord 2 <input type="checkbox"/> compte-rendus 3 <input type="checkbox"/> sondages 4 <input type="checkbox"/> entrevues 5 <input type="checkbox"/> questionnaires 6 <input type="checkbox"/> autres</p> <p>Responsable de l'évaluation :</p> <p>1 <input type="checkbox"/> DPS 2 <input type="checkbox"/> chercheur (s) 3 <input type="checkbox"/> autre :</p> <p>Budget alloué : non 1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> provenance :</p> <p>Est-ce que les résultats de l'évaluation sont ou seront partagés avec les partenaires? non 1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Préciser :</i></p>

Aspect		Paramètres	
S	5. Présence d'une équipe « porteuse » du projet	1. composée de la direction d'école, de personnel enseignant et professionnel de l'école, d'intervenants et membres de la communauté, d'élèves (troisième cycle du primaire, secondaire) Indiquer la fonction ou secteur représenté par les membres :	
	5.1. À part l'équipe porteuse, y a-t-il d'autres partenaires ou collaborateurs	2. mandats clairs, rôles bien définis (qui fait quoi, comment) 3. qui assume la coordination : <i>Les indiquer :</i>	
	6. Sources de financement	Préciser s'il s'agit de fonds, subventions, ressources humaines, matérielles ou financières, etc. et en indiquer la source.	
Aspect		Paramètres et activités à cet égard	
J E U N E S	7. Développement des compétences personnelles et sociales	1. <input type="checkbox"/> estime de soi, confiance en soi 2. <input type="checkbox"/> autonomie 3. <input type="checkbox"/> goût et sens de l'effort 4. <input type="checkbox"/> relations personnelles et sociales 5. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :	Préciser le type de programme mis en œuvre, les partenaires impliqués, le type de contribution :
	8. Responsabilisation des jeunes (implication, participation, rôle social)	1. <input type="checkbox"/> dans le groupe-classe, l'école 2. <input type="checkbox"/> dans la communauté (développer citoyenneté) 3. <input type="checkbox"/> implication des jeunes dans les prises de décision 4. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :	Préciser le type de programme mis en œuvre, les partenaires impliqués, le type de contribution :

	Aspect	Paramètres et activités à cet égard	
S E N S I B I L I T É	9. Acquisitions saines habitudes de vie	1. <input type="checkbox"/> activité physique 2. <input type="checkbox"/> alimentation 3. <input type="checkbox"/> détente/repos 4. <input type="checkbox"/> non-usage tabac/drogues 5. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :	Préciser le type de programme mis en œuvre, les partenaires impliqués, le type de contribution :
	10. Adoption de comportements sains et sécuritaires	1. <input type="checkbox"/> sexualité responsable 2. <input type="checkbox"/> comportements pacifiques 3. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :	Préciser le type de programme mis en œuvre, les partenaires impliqués, le type de contribution :
	11. Autres aspects		
E C O L E	12. Intégration des préoccupations de santé et de bien-être dans la réalité de l'école	1. <input type="checkbox"/> dans les priorités de l'école (Projet éducatif/plan de réussite) 2. <input type="checkbox"/> dans les structures de l'école (Conseil d'établissement, organisme de participation des parents (OPP)) 3. <input type="checkbox"/> dans le curriculum scolaire 4. <input type="checkbox"/> dans la vie étudiante 5. <input type="checkbox"/> dans la vie scolaire (service de garde, dîners) 6. <input type="checkbox"/> dans les activités (sportives, culturelles sociales et dans les activités parascolaires) 7. <input type="checkbox"/> lors d'activités thématiques	8. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :

Aspect		Paramètres et activités à cet égard	
É C O L E	13. Soutien concret de la direction	1. <input type="checkbox"/> implication de la direction d'école (engagement et contribution) 2. <input type="checkbox"/> engagement de ressources (humaines, matérielles, financières) 3. <input type="checkbox"/> formation des enseignant(e)s et autre personnel 4. <input type="checkbox"/> aménagement de temps dans la tâche de certains enseignants pour leur participation au projet	5. <input type="checkbox"/> Autres ou commentaires :
	14. Implication des parents	1. <input type="checkbox"/> dans les décisions de l'école 2. <input type="checkbox"/> dans les choix d'activités liées à École en santé <i>Préciser :</i> 3. <input type="checkbox"/> dans les activités de l'école et les activités parascolaires <i>Préciser :</i> 4. <input type="checkbox"/> dans l'OPP <i>Préciser :</i> 5. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :	
	15. Qualité de vie dans l'école	<i>Pour chaque item préciser qui, quoi et comment</i> 1. <input type="checkbox"/> politiques, règles de conduite, normes favorables à la qualité de vie et la santé et la sécurité dans l'école 2. <input type="checkbox"/> aménagements d'environnements : stimulant; sain; sécuritaire 3. <input type="checkbox"/> santé et bien-être du personnel 4. <input type="checkbox"/> qualité des relations interpersonnelles (enseignants-élèves, enseignants-enseignants, élèves-élèves) 5. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires	

	Aspect	Paramètres et activités à cet égard
É C O L E	16. Présence de services intégrés au projet	<i>Préciser pour chacun des items</i> 1. <input type="checkbox"/> services courants (infirmiers, sociaux) 2. <input type="checkbox"/> services spécialisés 3. <input type="checkbox"/> autres ou commentaires :
	17. Autres aspects	
C O M M U N A U T É	18. Collaboration entre l'école et la communauté	<i>Pour chaque item préciser qui, quoi et comment</i> 1. Est-ce que l'école offre des services ou ressources à la communauté? 2. Est-ce que la communauté offre des services ou ressources à l'école? 3. Implication de la direction de l'école dans la communauté (concertations) 4. Implication du personnel de l'école dans certaines activités de la communauté (soutenue par l'école) 5. Implication des jeunes dans des projets et activités de la communauté (soutenue par l'école) 6. Partenariat dans l'ensemble du processus (analyse du milieu, identification des besoins, élaboration d'un plan d'action, etc. : participation à la prise de décision) 7. Autres ou commentaires

Aspect		Paramètres et activités à cet égard
C O M M U N A U T É	19. Autre(s) élément(s) d'intérêt en lien avec la communauté	
	20. Interrelations entre les actions de chacun des domaines (jeune-école-communauté)	Décrire (<i>parler des effets de renforcement et complémentarité, etc.</i>)
	21. Principales contraintes et difficultés rencontrées	Décrire
	21.1. Aspects à améliorer	Préciser

22. Commentaires généraux et autres

TENDANCES

<p>23. S'inscrit dans une démarche intégrée et structurée EES</p> <p>1. <input type="checkbox"/> oui</p> <p>2. <input type="checkbox"/> non</p>	<p>24. Initiée par :</p> <p>1. <input type="checkbox"/> l'école</p> <p>2. <input type="checkbox"/> la Régie/DSP</p> <p>3. <input type="checkbox"/> le CLSC</p> <p>4. <input type="checkbox"/> autre :</p>	<p>25. Approche :</p> <p>1. <input type="checkbox"/> à base scolaire sans lien avec la communauté</p> <p>2. <input type="checkbox"/> à base scolaire et liens avec la communauté</p> <p>3. <input type="checkbox"/> à base communautaire</p>	<p>26. Intersectoralité</p> <p>1. <input type="checkbox"/> regroupe 2-3 partenaires</p> <p>2. <input type="checkbox"/> regroupe plus de 3 partenaires</p>	<p>27. Contribution des partenaires</p> <p>1. <input type="checkbox"/> engagements significatifs des partenaires</p> <p>2. <input type="checkbox"/> peu d'engagements concrets</p>

ANNEXE 4

Liste des organismes auxquels sont liés les informateurs-clés qui ont participé au repérage des initiatives de type « Écoles en santé » :

- Ministère de l'Éducation : programme « Jeunes en santé » et « Programme de soutien à l'école montréalaise »
- Ministère de la Santé et des Services sociaux : soutien financier aux projets « Écoles en santé » et « Jeunes en santé »
- Fédération des commissions scolaires du Québec : programme de subvention du Fonds Jeunesse : « Une école ouverte sur son milieu »
- Réseau Villes et Villages en santé
- Réseau des « Écoles vertes Brundtland »
- Kino-Québec
- Direction de santé publique de Montréal : « Priorités Jeunesse »
- Directions de santé publique/Régies régionales des 18 régions sociosanitaires du Québec : responsables du dossier promotion/prévention auprès des jeunes d'âge scolaire

ANNEXE 5

Nombre de régions rapportant des éléments favorables et défavorables associés à la fonctionnalité des liens entre les deux réseaux (17/18 régions)

FAVORABLES (16)	DÉFAVORABLES (17)
<p>MODE DE FONCTIONNEMENT : ÉLÉMENTS STRUCTURELS (12 RÉGIONS)</p> <p>Régularité des rencontres et des contacts (5) Continuité/ régularité des participants (1)</p> <p>Présence de règles de fonctionnement, de mandats clairs (4)</p> <p>Motivation/participation des partenaires (3) Volonté des partenaires à s'informer à se coordonner (1)</p> <p>Présence d'une coordination forte (1)</p> <p>Ouverture des partenaires, plaisir, respect mutuel à travailler ensemble (1) intensité des échanges (1) bonne collaboration/réceptivité (1)</p> <p>Présence de structures formelles (2) et d'ententes formelles (1)</p> <p>Temps investi (1)</p> <p>Présence de projets concrets impliquant les partenaires (1)</p> <p>Implication des directions d'école ou/et des conseils d'établissement dans les orientations et la mise en œuvre des projets (2)</p> <p>Pour les équipes EES, une responsabilisation claire des CLSC, tel que le prévoit notamment le plan de consolidation des CLSC qui soutient les démarches au niveau local (2)</p>	<p>MODE DE FONCTIONNEMENT : ÉLÉMENTS STRUCTURELS (9 RÉGIONS)</p> <p>Absence de structures opérationnelles et de structures formelles de prise de décisions, absence de mandats clairs (5)</p> <p>Difficultés et manque d'habitudes de concertation (3) :</p> <p>Compétition entre les organisations ou entre professionnels, approche « expert » de la DSP, philosophies différentes de l'éducation et de la santé face au partenariat; habitudes et habiletés de concertation à cultiver sans cesse</p> <p>Manque d'ouverture des partenaires autour de la table (1)</p> <p>Recours à des structures informelles plus faciles, plus souples mais pas toujours garantes de bon fonctionnement (1)</p> <p>Problèmes de temps (3) et de ressources, toujours les mêmes personnes qui siègent sur les tables (1)</p> <p>Manque de ressources principalement pour les problématiques sociales (1)</p> <p>Discontinuité/roulement des personnes/absence de suivi (1)</p> <p>Projet <i>ad hoc</i>, porté par un seul intervenant, non porté par la direction et non inscrit dans la planification des écoles (1)</p> <p>Résistance face aux changements et aux nouvelles façons de faire (1)</p>
<p>LEADERSHIP (7 RÉGIONS)</p> <p>Présence de responsables (gestionnaires, professionnels) provenant des instances de la RR/DSP ayant une bonne compréhension de l'approche EES et une implication concrète dans sa promotion; présence des directeurs de la DSP/Régie ou responsables des programmes siégeant sur la table MEQ-MSSS ou celle de l'Éducation</p> <p>Présence de leaders forts qui croient aux projets (2)</p> <p>Présence de gens décisionnels autour de la table (1)</p> <p>Partage du leadership entre les partenaires (1)</p> <p>Leadership des professionnels en charge des projets (1)</p> <p>Implication des directions d'écoles dans les orientations et la mise en œuvre (1)</p>	<p>LEADERSHIP (2 RÉGIONS)</p> <p>Absence de personnes décisionnelles à la table</p>

Nombre de régions rapportant des éléments favorables et défavorables associés à la fonctionnalité des liens entre les deux réseaux (17/18 régions)

FAVORABLES (16)	DÉFAVORABLES (17)
<p>CONTEXTE RÉGIONAL (6 RÉGIONS)</p> <p>Financement décentralisé au niveau des territoires de CLSC (2)</p> <p>Présence d'instances de concertation intersectorielle dans tous les territoires de CLSC, argent investi par les RR dans les mesures EES (1)</p> <p>Présence d'orientations et d'actions régionales de la RR/DSP en promotion/prévention de la santé et du bien-être qui impliquent le milieu scolaire (1)</p> <p>Présence d'expériences gagnantes, de visibilité des programmes (1) et d'outils concrets provenant de la DSP (1)</p> <p>Volonté des intervenants d'améliorer l'offre de services aux jeunes (1)</p> <p>Volonté des décideurs régionaux (1)</p> <p>Force du mouvement régional (mobilisation et concertation déjà existantes dans la région) (1)</p>	<p>CONTEXTE RÉGIONAL (4 RÉGIONS)</p> <p>Financement (1) : le financement moins élevé que prévu de la part de la Régie régionale de la santé a occasionné des effets négatifs sur la dynamique entre les CLSC et le scolaire à propos des budgets (1); attribution de budgets pour l'animation et la sensibilisation des milieux mais pas pour les projets en tant que tels (1)</p> <p>Absence de planification régionale (1) Manque d'outils pédagogiques (1)</p> <p>Densité du réseau, complexité de chacune des instances liées à la concertation des partenaires scolaires (1)</p> <p>Différences de structures hiérarchiques entre les deux réseaux (1) Difficulté à identifier les interlocuteurs dans le secteur de l'éducation lorsque vient le temps d'implanter certaines interventions issues du ministère, trop d'instances décisionnelles (1)</p> <p>Au palier local : liens écoles et CLSC (1) Coupures de la part de certains CLSC dans les services de santé en milieu scolaire, ce qui nuit aux relations avec les écoles (1)</p>
<p>CONTEXTE NATIONAL (4 RÉGIONS)</p> <p>Efforts de cohérence et de cohésion entre le MSSS et le MEQ tant sur le plan théorique que concret, langage de plus en plus commun (2)</p> <p>Ententes de complémentarité des services et liens MEQ-MSSS qui en découlent (1)</p> <p>Réforme de l'Éducation qui permet de travailler sur des objectifs communs (ex. : les compétences transversales) (1)</p>	<p>CONTEXTE NATIONAL (2 RÉGIONS)</p> <p>Faible concertation interministérielle (1)</p> <p>Réforme de l'éducation qui reste floue au sujet du curriculum, les liens sont surtout avec les services complémentaires des CS et peu avec les services éducatifs (1)</p>

Nombre de régions rapportant des éléments favorables et défavorables associés à la fonctionnalité des liens entre les deux réseaux (17/18 régions)	
FAVORABLES (16)	DÉFAVORABLES (17)
<p>VISION / PRIORITÉS COMMUNES (3 RÉGIONS)</p> <p>Préoccupations communes et besoins ressentis par les 2 réseaux (2)- Formation commune donnée aux deux réseaux concernant les approches globales de santé et les besoins des jeunes (1)</p> <p>Sensibilisation à la réforme (1)</p>	<p>VISION / PRIORITÉS COMMUNES (12 RÉGIONS)</p> <p>Différence de vision entre le réseau scolaire et celui de la santé (8 régions) : - écoles et/ou CS veulent d'abord et avant tout des services pour les jeunes en difficulté, difficulté à les amener à envisager la prévention de manière plus large (2); moins d'ouverture pour les projets en promotion/prévention (1)</p> <p>Pas de connaissance commune et de langage commun à propos de la situation des besoins et des difficultés des jeunes (1)</p> <p>L'éducation priorise la réussite scolaire alors que la santé vise le développement global et le bien-être des jeunes; besoin d'harmonisation entre la DSP et les services éducatifs de la commission scolaire. Plusieurs promoteurs de projets sollicitent les écoles, ce qui entraîne une difficulté à proposer une programmation intégrée (1)</p> <p>Difficulté à obtenir la collaboration du scolaire lorsqu'ils ne se sentent pas concernée par la problématique (1)</p> <p>Commission scolaire et écoles ne voient pas toujours comment les solutions de la santé publique peuvent les aider, perception que ce qui est proposé par la DSP représente un surplus de travail (1)</p>
	<p>CHANGEMENTS INTERNES À L'INTÉRIEUR DES DEUX RÉSEAUX (4 RÉGIONS)</p> <p>Turbulence à l'intérieur de chacun des deux réseaux : réformes, révision des ententes, surcharge de travail chez les gestionnaires et les intervenants</p> <p>Dans le secteur scolaire : contexte de grève, boycott des enseignants par rapport aux changements de tâches</p>

ANNEXE 6

Exemples de programmes et d'activités d'éducation à la santé auprès des jeunes

▪ Développement des compétences personnelles et sociales des jeunes :

Fluppy; Super entrain; Reasonner; Grandir avec petit lion; La tortue (PATHS); certains thèmes de Vers le Pacifique; Brisons les chaînes; Je réfléchis avant d'agir; Sac à dos; Mon ami, mon village; Partons du bon pied; ateliers d'estime de soi et thématiques en promotion/prévention; Cap santé; Prisme; Info-toxico; camps de jour; aide aux devoirs; club de devoirs; parrainage scolaire; implication des jeunes dans toutes les étapes de réalisation de projets (consultation, réalisation de bannières); présentation des travaux des jeunes à la communauté; Club des champions; Espace; les minis tabliers (comportements prosociaux, coopération, travail d'équipe); sports-midi...

▪ Responsabilisation et implication des jeunes dans leur milieu

Programme de « pairs-aidants »; programme de soutien à la motivation; Super entrain; Vers le Pacifique (médiation par les pairs, Pacifique Action-improvisation); formation des jeunes à l'entraide; activités sur le civisme (ex. : le bris d'équipement, de jeu); participation au Conseil des élèves; participation des jeunes à l'identification de leurs besoins; animation du local des jeunes basée sur un modèle d'implication et de responsabilisation; participation à une foire annuelle où la communauté est invitée; sensibilisation à l'environnement et activités d'embellissement; grand ménage du secteur; peinture de vitrines des commerces du quartier; activités culturelles; sociales et sportives dans la communauté; programme d'implication des jeunes dans la communauté (sur 25 semaines); cours de gardiennage; aide aux devoirs sur une base volontaire; visites aux aînés et C'est moi le Boss (12 ans et plus).

▪ Acquisition de saines habitudes de vie/ comportements responsables

Tabac/alcool/toxico

La Gang Allumée; Ça vient de s'éteindre; J'arrête; j'y gagne; Méchant problème; PAVOT; PIASPA; Prisme; Info Toxicomanie; Ateliers Action Toxicomanie (6^e année); C'est moi le Boss (12 ans et plus); volet parrainage avec un adulte comme modèle.

Activité physique

Activité physique pour les jeunes en déficit d'attention; activité physique parascolaire; marche à l'extérieur du quartier; programme « Famille au jeu » qui favorise l'activité physique des enfants et de leurs parents.

Alimentation

Dégustation d'aliments divers pour encourager la découverte et la diversification des aliments chez les jeunes; cours d'arts culinaires parents-enfants.

Sexualité

Rencontre de groupe (classe) autour de la sexualité par les CLSC (pour les jeunes de 5^e et 6^e année VIRAJ et PEP); information sur demande; programme « sex-on-fun ».

Comportements pacifiques

Services d'entraide entre pairs et médiation par les pairs; activités visant à créer des liens significatifs entre les élèves plus jeunes et les plus vieux; Fluppy (Comment se faire des amis); amélioration des comportements envers l'autorité et les pairs; « Mon ami, mon village »; rencontres avec le policier éducateur sur le vandalisme; « Vers le Pacifique ».

ANNEXE 7

Liste des contraintes rencontrées et des pistes d'amélioration souhaitée		
THÈMES ABORDÉS : (nombre d'initiatives)	CONTRAINTES/ DIFFICULTÉS (N = 22)	AMÉLIORATIONS (N = 20)
MODE DE FONCTIONNEMENT (13) CONTINUITÉ/ ROULEMENT (9) COORDINATION/ HARMONISATION (5)	MODE DE FONCTIONNEMENT (11) CONTINUITÉ/ROULEMENT (9) Problème de continuité, de roulement des individus qui siègent sur les comités; ampleur de la tâche et de l'implication demandée aux leaders locaux; nombre élevé de réunions. COORDINATION/HARMONISATION (3) Problème de coordination : difficulté à amener les partenaires à travailler ensemble et de manière complémentaire; difficulté à faire comprendre la complexité de la mesure; problèmes d'harmonisation qui requiert des habilités relationnelles élevées : chaque établissement à sa mission, il faut s'assurer que tous vont dans la même direction; risque d'éparpillement chez les partenaires à vouloir toucher plusieurs thèmes; possibilité de compétition entre les divers organismes communautaires qui travaillent auprès des jeunes (chacun croit avoir la bonne façon de faire) et tous les secteurs ne sont pas développés également.	MODE DE FONCTIONNEMENT (3) CONTINUITÉ/ROULEMENT (1) Importance d'une bonne planification pour assurer une continuité lors du roulement du personnel. COORDINATION/HARMONISATION (2) Besoin de dégager une personne en PP par territoire, pour agir comme chef d'orchestre; besoin d'une programmation plus modeste et mieux adaptée en fonction du peu de personnel de l'école et de la grandeur du village.
FINANCEMENT (9) INSUFFISANCE (5) MODE D'ATTRIBUTION (6)	FINANCEMENT (9) INSUFFISANCE DU FINANCEMENT (5) : sous financement, coupures dans les sommes prévues initialement, non récurrence, contexte de compressions budgétaires. MODE D'ATTRIBUTION (4) : budget qui provient de la santé n'est pas distribué directement aux écoles, ce qui génère des difficultés dans les liens avec les écoles; répartition des enveloppes budgétaires à la table locale entraîne une compétition entre les partenaires.	FINANCEMENT (5) PLUS ADÉQUAT (1) : besoin de diversifier les sources de financement. MODE D'ATTRIBUTION (4) : manque de consignes de la part de la RR; besoin d'orientations claires et plus fermes au niveau de la mesure EES, trop de latitude dans la manière d'interpréter la mesure; RR devrait être plus vigilante à l'égard de la démarche et sur l'utilisation des fonds; viser plus d'uniformité dans la démarche de gestion organisationnelle et financière.

<p>DYNAMIQUES INTERSECTORIELLES (7)</p> <p>CULTURE/VISION/TENSIONS (7)</p>	<p>DYNAMIQUES INTERSECTORIELLES (7)</p> <p>DIFFÉRENCES DE CULTURE/DE VISION/TENSIONS (7)</p> <p>Besoin de temps avant de réussir à travailler ensemble (3) : par ex. : pour que les partenaires laissent tomber une certaine méfiance et leurs préjugés les uns envers les autres (ex. scolaire ou santé qui ne veut rien savoir du communautaire ou vice versa); ou encore pour que l'école soit plus souple au niveau du mode de fonctionnement et qu'elle ait moins tendance à sentir qu'on lui dit quoi faire; besoin de rassurer les partenaires qu'ils ne seront pas démantelés et que le financement n'ira pas dorénavant aux seules initiatives EES plutôt qu'aux organismes.</p>	<p>DYNAMIQUES INTERSECTORIELLES (1)</p> <p>CULTURES/VISION/TENSIONS (1)</p> <p>Besoin que les organismes ou groupes sociaux cessent de travailler en vase clos et consentent à s'allier avec le secteur public.</p>
<p>DYNAMIQUES INTRASECTORIELLES (15)</p> <p>ÉCOLE (4)</p> <p>CLSC (5)</p> <p>COMMUNAUTAIRE (6)</p>	<p>DYNAMIQUES INTRASECTORIELLES (9)</p> <p>ÉCOLE (2) Moyens de pression des enseignants entraînent des problèmes de ressources humaines; manque d'implication de la direction de l'école et d'adhésion à l'approche EES; difficulté relative à la libération du personnel impliqué; manque d'une personne qui croit au projet et qui le porte dans l'école; besoin de distinguer le terme prévention (n'est pas synonyme de réadaptation ou de traitement).</p> <p>CLSC (3) Manque de reconnaissance des mesures par les CLSC; conception restreinte de la notion de prévention; intervenants des CLSC peu appuyés par les cadres de leur établissement.</p> <p>COMMUNAUTAIRE (3) Besoin de consolidation des organismes communautaires/l'aspect communautaire est peu développé.</p>	<p>DYNAMIQUES INTRASECTORIELLES (10)</p> <p>ÉCOLE (3) Besoin d'accroître la participation du personnel enseignant.</p> <p>Besoin d'améliorer le soutien aux écoles dans le cadre des mesures EES.</p> <p>CLSC (3) Reconnaissance de l'importance du rôle des CLSC dans l'implantation des projets EES; besoin d'un accroissement du rôle des CLSC notamment de l'équipe multidisciplinaire pour amener les intervenants à s'impliquer dans la communauté.</p> <p>COMMUNAUTAIRE (4) Besoin d'impliquer davantage les groupes communautaires, les clubs sociaux; manque de financement pour le communautaire; développer des stratégies pour qu'ils s'allient avec le secteur public.</p>
<p>PARENTS (3)</p>	<p>PARENTS (2) Difficulté à impliquer les parents des zones défavorisées; roulement de la population des milieux ciblés; fragilité du tissu social.</p>	<p>PARENTS (2) Besoin de trouver une formule pour impliquer les parents davantage et plus tôt dans l'année scolaire.</p>

CONTEXTE NATIONAL (1) ENTENTES INTERMINISTÉRIELLES (1)		CONTEXTE NATIONAL (1) ENTENTES INTERMINISTÉRIELLES (1) Ententes de complémentarité sont essentielles avant de planifier afin de savoir ce que chaque ministère fait en terme de promotion prévention de la santé; besoin de maillage interministériel.
AUTRES (3) PROBLÉMATIQUES/ CONTENU (3)	AUTRES (1)	AUTRES (2) PROBLÉMATIQUES ET CONTENU (2) Faire des plans d'action axés davantage sur des problématiques psychosociales plus larges plutôt que sur une problématique spécifique (ex. : toxicomanie) afin de pouvoir porter un regard plus global et agir différemment; besoin de mieux préciser les cibles des programmes pour les rendre plus facilement applicables et utilisables par les enseignants.
AUCUNE CONTRAINTE (3)	AUCUNE CONTRAINTE (3)	