

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

PAR

GUYLAINE CHABOT

**IDENTIFICATION DES FACTEURS CONDITIONNANT LA
RÉUSSITE DE L'IMPLANTATION DE L'INTERVENTION
GLOBALE ET CONCERTÉE EN MILIEU SCOLAIRE PRIMAIRE
SUR UN TERRITOIRE DE LA RÉGION 02**

NOVEMBRE 2004



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

RÉSUMÉ

Dans les écoles québécoises, il existe des programmes et des activités visant à améliorer la santé des jeunes. Toutefois, peu de milieux scolaires offrent actuellement un panier de services intégrés et coordonnés selon une approche globale et concertée ciblant, à la fois, les objectifs de la santé et de l'éducation.

Pour pallier à cette situation, conjointement le ministère de l'Éducation (MÉQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) proposent une solution novatrice soit l'*Intervention globale et concertée de promotion et de prévention* (IGC-PP). Bien que balisée par des orientations provinciales, l'implantation de l'IGC-PP, prévue pour bientôt, suscite des questionnements quant aux chances de son succès. L'IGC-PP pourrait-elle être implantée dans sa globalité, tenant compte de toutes ses composantes? Les interventions ciblant les facteurs de développement auront-elles des liens entre elles? Se renforceront-elles mutuellement?

Il faut dire qu'actuellement on connaît peu de choses sur la façon d'implanter adéquatement une approche globale et concertée dans l'ensemble de ses composantes. Il importe donc d'engager, dès maintenant, une réflexion sur ces questionnements, si on veut maximiser l'efficacité de l'IGC-PP et ses retombées sur la santé et le développement des jeunes.

La présente étude se voulait donc un début de réponse à cette préoccupation, en explorant les points de vue de principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'IGC-PP, dans un cadre assez restreint représenté par un territoire de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'étude s'était assignée deux objectifs principaux : le premier visait à identifier les leviers et les obstacles à l'implantation de l'IGC-PP sur ce territoire et le deuxième, cherchait à proposer des solutions qui pourraient garantir le succès de son implantation. Pour ce faire, l'étude a recouru au modèle d'intervention de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud, comme cadre méthodologique. En suivant la démarche proposée par les auteurs de ce modèle, des données ont été recueillies auprès des intervenants du milieu de la santé, des intervenants du milieu de l'éducation et de quelques parents qui ont accepté de répondre à des entrevues semi-dirigées individuelles et de groupe, et de participer à un *focus group*. Les données ainsi recueillies furent analysées à l'aide du logiciel *Nudist*, tout en s'inspirant de la démarche d'analyse de contenu proposée par Colaizzi et les résultats obtenus ont révélé que certaines conditions, actuellement manquantes, sont incontournables pour espérer un succès de l'implantation de l'IGC-PP dans les écoles québécoises. À partir de ce constat quelques recommandations ont été formulées.

REMERCIEMENTS

Nous dédions nos premiers remerciements à notre directeur de maîtrise, Antoine Lutumba Ntetu, également directeur du département des sciences humaines à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Son soutien, au cours de ce projet, nous a permis d'apprécier ses compétences en qualité de chercheur et de nous en inspirer. Ceux qui connaissent Antoine savent qu'il est particulièrement doué pour les relations interpersonnelles. Ce fut donc un plaisir de faire équipe avec ce diplomate dont la jovialité et le sens du respect ont agrémenté la réalisation de ce projet. Nous le remercions également, ainsi que les autres professeurs du module, pour cette manifestation de reconnaissance de notre travail qui nous a permis de bénéficier d'une bourse d'excellence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, bourse réservée aux étudiantes méritant inscrites dans un programme universitaire de deuxième cycle en sciences infirmières.

Nous voulons aussi souligner le soutien de monsieur Réal Beauregard, technicien en informatique au département des sciences humaines de l'Université pour être venu à notre rescousse, à maintes reprises, dans l'application des différents logiciels. Nous tenons aussi remercier particulièrement Myriam Duplain, coordonnatrice du GRIR et spécialiste en recherche qualitative pour nous avoir si généreusement initié aux rudiments des logiciels *Nudist* et *N'vivo* et pour ses conseils judicieux. Merci Myriam!

Un gros merci à nos enfants, Émilie, Ariane, Justine et Xavier de même qu'à notre conjoint Pierre, pour leur patience, leur encouragement et leur support si précieux tout au long de notre cheminement. Ce projet de quatre années fut aussi le leur, puisque, au fil des mois et des années, ils ont vécu cette laborieuse aventure académique nous permettant ainsi d'atteindre le but que nous nous étions fixé d'obtenir un diplôme de deuxième cycle dans un domaine où nous pourrions apporter une certaine contribution à la promotion de la santé des jeunes de 6 à 12 ans. Nous vous en sommes très reconnaissante!

Que tous les participants et participantes qui ont accepté généreusement de collaborer à la réalisation de cette œuvre trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
INTRODUCTION.....	09
PREMIER CHAPITRE : PROBLÉMATIQUE.....	12
DEUXIÈME CHAPITRE : RECENSION DES ÉCRITS	19
2.1 Modèles européen et américain d'interventions globales en milieu scolaire.....	20
2.2 Modèle québécois d'interventions globales en milieu scolaire : IGC-PP ...	23
2.3 Leviers à l'implantation d'interventions globales en milieu scolaire.....	29
2.3.1 Planification négociée et coordination.....	30
2.3.2 Partenariats.....	33
2.3.3 Interdisciplinarité.....	34
2.3.4 Action intersectorielle.....	35
2.3.5 Soutien administratif et financier	39
2.3.6 Évaluation de l'implantation	40
2.4 Barrières à l'implantation d'interventions globales en milieu scolaire.....	41
2.4.1 Barrières inhérentes aux modèles.....	41
2.4.2 Barrières inhérentes aux milieux.....	41
TROISIÈME CHAPITRE : MÉTHODOLOGIE.....	45
3.1. Objectif de l'intervention.....	46
3.2 Cadre méthodologique.....	46
3.2.1 Étape de l'entrée	48
3.2.2 Étape de l'entente.....	49
3.2.3 Étape de l'orientation	49
3.2.4 Étape de la planification.....	49
3.2.5 Étape de la réalisation	51
3.2.5.1 Sélection des participants.....	51
3.2.5.2 Collecte des données.....	55
3.2.5.3 Analyse des données et présentation des résultats.....	56
3.2.5.4 Discussion des résultats	68
3.2.6 Étape de la terminaison	74
3.2.6.1 Apports de l'intervention	75
3.2.6.2 Limites de l'intervention.....	76

3.2.6.3 Évaluation globale de l'intervention.....	77
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	79
RÉFÉRENCES.....	83
ANNEXES	
Annexe 1 : Guide d'entrevue	90
Annexe 2 : Modèle du formulaire de consentement.....	92
Annexe 3 : Modèle de feuille de déclaration d'honneur.....	95
Annexe 4 : Questionnaire des données sociodémographiques destiné aux représentants du milieu de la santé.....	97
Annexe 5 : Questionnaire des données sociodémographiques destiné aux représentants du milieu de l'éducation.....	99
Annexe 6 : Lettre de remerciement	101

LISTE DES SCHÉMA ET TABLEAUX

Schéma I : Intervention globale et concertée en promotion et en prévention.....	27
Tableau 1 : Facteurs prioritaires de développement.....	28
Tableau 2 : Synthèse des axes d'intervention des partenaires	29
Tableau 3 : Conditions de réussite des interventions de promotion et de prévention	41
Tableau 4 : Chronologie des activités.....	50

INTRODUCTION

Dans les écoles québécoises, il existe des programmes et des activités visant à améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Toutefois, peu de milieux scolaires offrent actuellement un panier de services intégrés et coordonnés selon une approche globale et concertée ciblant à la fois les objectifs de la santé et de l'éducation en vue de la réussite des jeunes à différentes phases de leur développement. Afin de pallier à ce problème majeur, les ministères de l'Éducation (MÉQ) et de la Santé et des Services sociaux (MSSS) proposent une solution novatrice, soit, *l'Intervention globale et concertée de promotion et de prévention (IGC-PP)* à partir de l'école. L'IGC-PP constitue une priorité du Programme national de santé publique (2003-2012) et une zone de collaboration retenue dans l'entente MÉQ-MSSS.

Bien que balisée par des orientations provinciales, l'implantation de l'IGC-PP prévue pour l'automne 2004 suscite des questionnements quant aux conditions de son succès. Les facteurs prioritaires de développement des jeunes reliés à l'estime de soi, à la compétence sociale, aux habitudes de vie, aux comportements sécuritaires, à l'environnement et aux services préventifs peuvent-ils être implantés de façon globale et concertée? Les interventions ciblant les facteurs de développement ont-elles des liens entre elles? Se renforcent-elles mutuellement?

Actuellement, on connaît peu de choses sur la façon d'implanter adéquatement une approche globale et concertée dans l'ensemble de ses composantes (Deschesnes, Martin, & Jomphe Hill 2003). Parallèlement, ce modèle d'intervention interroge la profession infirmière, qui historiquement, a occupé un rôle de premier plan en santé scolaire. Il importe donc de cerner le point de vue des divers acteurs impliqués sur les leviers et les obstacles à l'implantation de l'IGC-PP afin d'en maximiser l'efficacité et les retombées sur la santé et le développement des jeunes. C'est ce que le présent projet d'intervention s'assigne de réaliser, en utilisant une démarche qui s'appuie essentiellement sur le modèle de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003).

L'intervention s'est déroulée dans l'arrondissement La Baie de la Ville de Saguenay (région du Saguenay-Lac Saint-Jean), un territoire situé à près de 220 kilomètres au nord de la ville de Québec. L'arrondissement dont il est question compte une population d'environ 19 940 habitants en majorité francophone (Institut de la statistique du Québec, 2001). Les intervenants du milieu de la santé ayant participé à notre étude provenaient essentiellement du pavillon CLSC du Centre Cléophas-Claveau qui dessert, outre l'arrondissement de La Baie, un territoire qui s'étend vers l'est, jusqu'au Bas-Saguenay et la municipalité de Ferland-et-Boileau. Les participants du secteur de l'éducation provenaient d'une des neuf écoles primaires que compte le territoire et qui relèvent de la Commission scolaire des Rives-du-Saguenay.

Le rapport final qui rend compte de l'ensemble de la démarche comporte trois chapitres principaux. Le premier chapitre présente un survol de la problématique dans son contexte international. Le second chapitre recense les écrits sur le *Health promoting schools* (HPS) et le

Comprehensive school health program (CSHP), les modèles d'intervention en promotion de la santé en milieu scolaire à l'origine de l'IGC-PP, le modèle québécois également présenté dans ce chapitre. Par la suite, les concepts en cause sont définis, soit l'intervention globale et concertée, la promotion, la prévention ainsi que les leviers et les barrières à son implantation. Le troisième chapitre traite de la méthodologie choisie. Le modèle d'intervention y est présenté comme le sont les objectifs de l'intervention, la présentation des données, l'analyse des données, la discussion des résultats, l'apport de l'étude, ses limites et l'évaluation globale de l'intervention. Une conclusion et quelques recommandations viennent clore le rapport.

santé en milieu scolaire à l'origine de l'IGC-PP, le modèle québécois également présenté dans ce chapitre. Par la suite, les concepts en cause sont définis, soit l'intervention globale et concertée, la promotion, la prévention ainsi que les leviers et les barrières à son implantation. Le troisième chapitre traite de la méthodologie choisie. Le modèle d'intervention y est présenté comme le sont les objectifs de l'intervention, la présentation des données, l'analyse des données, la discussion des résultats, l'apport de l'étude, ses limites et l'évaluation globale de l'intervention. Une conclusion et quelques recommandations viennent clore le rapport.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

La santé et l'éducation sont étroitement reliées. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que l'état de santé exerce une influence sur la capacité d'apprentissage des enfants et que la scolarisation a un effet protecteur à long terme sur la santé (WHO, 1996). Par ailleurs, les habitudes de vie s'acquièrent tôt chez les jeunes et l'école reste un milieu où se réalisent la grande majorité de ces apprentissages. Au Québec, 95% des jeunes de 5 à 18 ans fréquentent l'école (Duplantie, 1999). Green & Ottoson (1999) affirment qu'au Canada, près de 70% des décès sont causés par des problèmes cardio-vasculaires, des cancers et des accidents cérébro-vasculaires liés aux mauvaises habitudes de vie acquises à l'enfance. Or, en santé scolaire, plusieurs approches sont utilisées pour promouvoir la santé des jeunes. Celles qui semblent les plus prometteuses ciblent simultanément, de façon coordonnée, plusieurs facteurs clés de développement des jeunes, tels l'estime de soi et les compétences sociales, et agissent à la fois auprès des jeunes, de la famille, de l'école et de la communauté.

Dans les années '80, la santé à l'école est séparée des autres aspects de la vie scolaire. L'éducation à la santé de type « instruction » en classe, les interventions individuelles et les modèles sociocognitifs prédominent. On assiste à une augmentation de la diversité disciplinaire ainsi qu'au nombre d'intervenants, conduisant à une

fragmentation et à un dédoublement de services peu intégrés dans le milieu. Le cloisonnement entre les organisations offrant des services sociaux, de santé et d'éducation est également présent. On constate donc une efficacité limitée des interventions en promotion et en prévention auprès des jeunes (Mckenzie & Richmond, 1998). En 1986, l'OMS innove avec la Charte d'Ottawa qui place la promotion de la santé au centre des préoccupations internationales (WHO, 1986). Au cours de cette même année, on assiste à la naissance du modèle européen d'approche globale et concertée en milieu scolaire, le HPS prôné par l'OMS. L'année suivante, inspirés du HPS, l'infirmière américaine Diane Allensworth et son collègue Kolbe proposent le CSHP. Les années'90 sont marquées par ce courant qui contribue à l'émergence internationale (Australie, Europe, États-Unis, Canada) d'*Écoles en santé*. Parallèlement, les problèmes de santé de nature psychosociale chez les jeunes et leur complexité sont en hausse et le secteur de la santé scolaire écope des compressions budgétaires engendrées par les réformes de la santé et des services sociaux dans plusieurs pays de l'Occident créant ainsi une diminution des ressources (McKenzie & Richmond, 1998). Au Québec, le budget alloué à la santé scolaire souffre de sous-financement et du financement par catégories de problèmes se traduisant inévitablement par la mise sur pied de programmes et de projets isolés (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003). De plus, entre 1993 et 1998, 24% des postes d'infirmières en milieu scolaire disparaissent par abolition ou par attrition (Duplantie, 1999).

Selon Deschênes, Martin & Jomphe Hill (2003) et Mckenzie & Richmond (1998), actuellement, malgré l'énorme potentiel que représente l'approche globale et concertée en santé et en éducation, les connaissances sur les façons efficaces de l'opérationnaliser dans l'ensemble de ses composantes en milieu scolaire ainsi que ses effets sur la santé, le bien-être et la réussite scolaire des jeunes sont encore à l'état embryonnaire. Selon ces auteurs, nombre d'écoles dans les pays occidentaux qui offrent des services de santé scolaire ont déjà quelques composantes ou la totalité de celles-ci en place, mais elles sont partiellement implantées et opèrent indépendamment l'une de l'autre dans le sens où les liens entre les différentes composantes ne sont pas examinés dans une optique de renforcement mutuel. La revue de la littérature montre que la plupart des interventions se concentrent sur une ou deux composantes de ces approches, mais jamais sur l'ensemble de celles-ci. L'éducation à la santé et les services préventifs sont les deux composantes les plus souvent implantées. Toutefois, sans intégration avec les autres composantes, comme par exemple, les partenariats, les effets de l'éducation à la santé sont de courte durée. Les interventions reliées à l'environnement scolaire et aux partenariats avec la famille et la communauté sont peu nombreuses et moins documentées (Deschênes, Martin & Jomphe, 2003; Mckenzie & Richmond, 1998 ; St Leger, 1999). En Australie, par exemple, les 86 programmes étudiés n'étaient que partiellement implantés (Marshall & *al.*, 2000). Les résultats de l'étude montrent que la relation entre l'école et les services de santé communautaire repose largement sur des urgences, principalement de nature physique, et qu'au-delà, il existe très peu d'évidence d'un réel partenariat. La situation est similaire aux États-Unis, où non seulement il y a

peu d'écoles qui aient procédé à l'implantation de toutes les composantes du CSHP, mais il y en a encore moins qui endossent la responsabilité pour la coordination et l'intégration du programme (Fetro, 1998). Dans le même ordre d'idées, l'OMS affirme que le concept d'*École en santé*, qui sous-tend les modèles d'interventions globales et concertées est plus avancé au niveau des principes que de son implantation (WHO, 1997).

Une étude menée par Lebon & al. (2000) démontre que dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean et au Québec en général, il existe une disparité des ressources et financières entre les régions et entre les CLSC d'une même région. Selon ces auteurs, il y a également absence d'évaluation des ressources et des services offerts aux jeunes par les CLSC et seule la vaccination est offerte par les 143 CLSC au Québec.

Les intervenants réalisent une multiplicité d'actions de promotion et de prévention en fonction de problématiques spécifiques ou de thématiques précises touchant tantôt les jeunes, tantôt l'école, les familles ou la communauté. Au dynamisme des intervenants est lié toutefois un sentiment de morcellement des efforts et d'isolement. Les principaux concernés ne savent pas toujours ce que chacun d'entre eux dispense comme services ou réalise comme activités, de même que les rôles et responsabilités de chacun en matière de promotion et de prévention. Les actions menées sont insuffisamment coordonnées, ce qui conduit trop souvent à un dédoublement des efforts investis et à un manque de complémentarité entre les intervenants. Dans ce

contexte, les acteurs ont le sentiment que les bénéfices de leurs actions ne sont pas toujours tangibles. Il n'est alors pas surprenant qu'on assiste à un certain essoufflement de ceux qui sont les acteurs de premier plan dans le développement des jeunes. La coordination intersectorielle représente donc un défi de taille (Duplantie, 1999 ; Martin, Arcand & Rodrigue, 2003).

Au chapitre des hypothèses sur la problématique exposée, citons la complexité de l'approche globale et concertée, sa relative nouveauté et, conséquemment, la faible disponibilité des résultats d'évaluation des projets déjà implantés ailleurs dans d'autres pays comme les Etats-Unis et l'Australie (Deschênes, Jomphe-Hill & Martin, 2003). Green & Ottoson (1999) soulignent également que les écoles reconnaissent leur imputabilité pour le déclin des habiletés de lecture et d'écriture chez les jeunes. Toutefois, elles résisteraient à l'ajout de nouveaux mandats au regard de la santé. Même si plusieurs écoles ont accepté la responsabilité de l'éducation à la santé, elles se dégagent de toute imputabilité face aux résultats. Or, étant donné la structure actuelle des services offerts aux jeunes, la capacité d'intervention des acteurs du milieu de la santé est très limitée. Ils tiennent alors l'école responsable pour plusieurs aspects liés à la santé, comme l'éducation à la santé, l'environnement scolaire, le climat, etc. L'école renvoie la balle aux parents qui peuvent choisir de ne pas collaborer tant que la santé de leurs enfants est satisfaisante. Lorsque surgit un problème de santé, ils se tournent alors vers les intervenants de la santé et des services sociaux complétant ainsi le cercle de transfert des responsabilités.

Conséquemment, il devient difficile d'évaluer l'efficacité de ces programmes sur la santé, le bien-être et la réussite scolaire des jeunes (Descôteaux, 2001). Nous pouvons donc nous demander sous quelles conditions l'approche globale et concertée en milieu scolaire peut être implantée efficacement? L'idéal étant d'arriver à une situation où l'implantation de l'IGC-PP en milieu scolaire primaire se fera de façon adéquate et réussie.

Une étude exploratoire de type recherche-intervention portant sur les perceptions des partenaires de la santé et de l'éducation en milieu scolaire primaire au regard des leviers, des obstacles et des solutions à l'implantation de l'IGC-PP sur leur territoire a été jugée pertinente comme premier pas dans le processus de développement d'une stratégie pouvant garantir une implantation adéquate et réussie de l'IGC-PP dans le milieu scolaire primaire étudié.

CHAPITRE II
RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre présente les modèles qui ont donné naissance à l'IGC-PP, ainsi que les leviers et les barrières à l'implantation d'interventions globales et concertées, en milieu scolaire primaire.

2.1 Modèles européen et américain d'interventions globales en milieu scolaire

Le HPS est un modèle qui « vise à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie pour l'ensemble de la population scolaire en développant un environnement physique et social favorable à la santé et au bien-être ». Trois composantes caractérisent ce modèle, soit : 1) le curriculum-santé qui comprend les connaissances et les habiletés sociales incitant aux choix-santé sur les plans physique et psycho-social ; 2) l'environnement scolaire qui réfère à l'environnement physique, au climat scolaire, aux services de santé et aux politiques de l'école ; 3) les partenariats communautaires. Le HPS est un modèle à base scolaire, dans le sens où la très grande majorité des activités se déroulent dans l'environnement scolaire dans un tout intégré (Parsons & al., 1996).

Le CSHP est à la fois un modèle à base scolaire et communautaire car l'environnement, auquel il réfère, englobe l'ensemble du cadre de vie des jeunes. Le CSHP se définit donc comme : « Un ensemble de stratégies, de services et d'activités

séquentielles planifiées et intégrées conçues pour promouvoir le développement physique, social, émotionnel et éducationnel optimal des élèves. Il inclut les familles et leur offre un soutien. Ce modèle est déterminé par les besoins, les ressources, les standards et les exigences de la communauté et est coordonné par une équipe multidisciplinaire et redevable à la communauté pour la qualité et l'efficacité de son programme » (Allensworth, 1995). Il comprend huit composantes : 1) le curriculum-santé, 2) les services de santé, 3) l'environnement scolaire, 4) l'éducation physique, 5) les services alimentaires, 6) les services psychosociaux, 7) la promotion de la santé pour le personnel de l'école ainsi que 8) les partenariats avec la communauté (Allensworth & al., 1997).

Selon Deschênes *et al.* (2003), ces deux modèles ont été développés afin de contrer certaines limites observées dans le domaine de la promotion de la santé en milieu scolaire. Ils nécessitent un changement considérable dans la pratique de la santé scolaire par le personnel impliqué dans le milieu scolaire puisqu'on passe ici, d'une pratique de type « instruction » d'éducation à la santé en classe à une philosophie d'*École en santé* dans toutes les sphères de l'école. Ces modèles visent à la fois, l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de comportements de santé. Le HPS et, en particulier, le CSHP sont les précurseurs de l'IGC-PP, le modèle québécois qui sera prochainement implanté dans la province.

Bien que les études soient peu nombreuses, les auteurs s'accordent pour dire que

l'implantation adéquate de ces modèles exerce un impact positif sur la santé, le bien-être et la réussite scolaire des jeunes (Hoover & Ness, 2003; St Leger, 1999; St Leger & Nutbeam, 2000). Les modèles qui démontrent des effets positifs et durables sur la santé, le bien-être et la réussite éducative sont ceux qui tendent à être les plus coûteux. Cependant, les élèves, la communauté et les décideurs y gagnent au change puisque, selon une étude américaine, chaque dollar investi dans un tel programme économise trois dollars à l'État en termes de dépendance aux services publics et d'augmentation de la productivité économique (Dryfoos cité dans Hoover & Ness, 2003). Selon McKenzie et Richmond (1998) plusieurs acteurs du milieu scolaire ont constaté que leurs efforts de coordination des programmes ont abouti sur une présence accrue des élèves à l'école, une diminution du tabagisme chez les élèves et le personnel, une baisse du taux de grossesse à l'adolescence, une augmentation de la participation à des activités physiques et un plus grand intérêt pour la saine alimentation. De plus, une meilleure connaissance des liens entre la santé et la capacité d'apprentissage scolaire favorise l'utilisation plus efficiente des services de santé et des services psychosociaux. En retour, l'utilisation de ces services diminue la fréquence des problèmes disciplinaires et peut retarder l'occurrence des comportements à risque en ce qui a trait à la sexualité et à la consommation de drogues et d'alcool qui compromettent, à la fois, la santé et le rendement académique. À long terme, les approches globales et concertées réduisent les coûts reliés à la sécurité sociale, au chômage et aux services d'urgence, en plus de favoriser un taux plus élevé de « diplomation » dans la population.

Au chapitre des bénéfices sur la santé chez les jeunes du primaire, notons que même dans un contexte scolaire favorable, certains effets sur la santé ne peuvent s'observer avant plusieurs années. C'est le cas, par exemple, des programmes visant la protection solaire de la peau (St Leger, 1999).

2.2 Modèle québécois d'interventions globales en milieu scolaire : IGC-PP

Au Québec, face aux besoins d'assurer une complémentarité optimale des services offerts aux jeunes par les réseaux de la santé et de l'éducation, les ministères de la santé et des services sociaux (MSSS) et de l'éducation (MÉQ) ratifient une entente de complémentarité de services en 2003. C'est dans la foulée du Sommet du Québec et de la jeunesse en février 2000, que le gouvernement s'est engagé à agir de façon concertée pour assurer le meilleur avenir possible à tous les jeunes Québécois (Secrétariat à la Jeunesse du Québec 2001). « D'importants travaux ont été réalisés ou sont en voie de l'être afin d'accroître la complémentarité à l'intérieur même des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux afin de susciter une action intersectorielle qui mobilise et engage des acteurs dans plusieurs domaines d'intervention ». Ces travaux ont permis notamment de concevoir le *Programme national de santé publique 2003-2012*, la *Politique de l'adaptation scolaire*, le cadre de référence intitulé *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite* ainsi que l'IGC-PP (MÉQ-MSSS, 2003). Un projet-pilote réalisé dans l'Outaouais sur une période de trois ans a également servi de référence pour la construction de l'IGC-PP (Deschesnes & al., 1999).

L'IGC-PP «consiste en un ensemble de mesures (programmes, activités, services, outils) orchestrées de façon cohérente par divers partenaires qui travaillent en concertation » (Martin & Arcand, (2003). Elle s'appuie sur le concept d'*École en santé* qui vise le développement optimal des jeunes et contribue à : faciliter l'acquisition des compétences et à développer les comportements favorisant la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes; promouvoir un environnement scolaire et communautaire stimulant, sain et sécuritaire; créer des liens harmonieux entre l'école, la famille et la communauté. Le schéma 1 à la page 27 donne une vue synoptique des diverses composantes de l'IGC-PP.

L'intervention est globale car elle agit simultanément sur les six facteurs clés du développement des jeunes; soit : l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement et les services préventifs (voir schéma 1). Ces facteurs prioritaires de développement ci-haut mentionnés, tout comme les composantes des modèles, tirent leur origine des déterminants de la santé. L'IGC-PP regroupe les composantes du *HPS* et du *CSHP*, mis à part la promotion de la santé du personnel de l'école. Par contre, l'estime de soi est un facteur de développement qui est intégré dans l'IGC-PP. Chacun des facteurs clés est défini (voir tableau I à la page 28) et les partenaires du projet ont des objectifs à atteindre par rapport à ces facteurs (voir tableau II à la page 29). Les mesures visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires (Martin & Arcand, 2003). L'intervention se situe dans un contexte où il faut agir à

plusieurs niveaux. Les partenaires sont dès lors invités à collaborer afin de planifier et de déployer des mesures cohérentes et coordonnées de façon harmonieuse. L'intervention est donc concertée et fait appel à un ensemble de stratégies de promotion et de prévention. La promotion de la santé et la prévention n'étant pas des concepts définis dans ce modèle, nous avons choisi des descriptions qui permettent de les distinguer clairement.

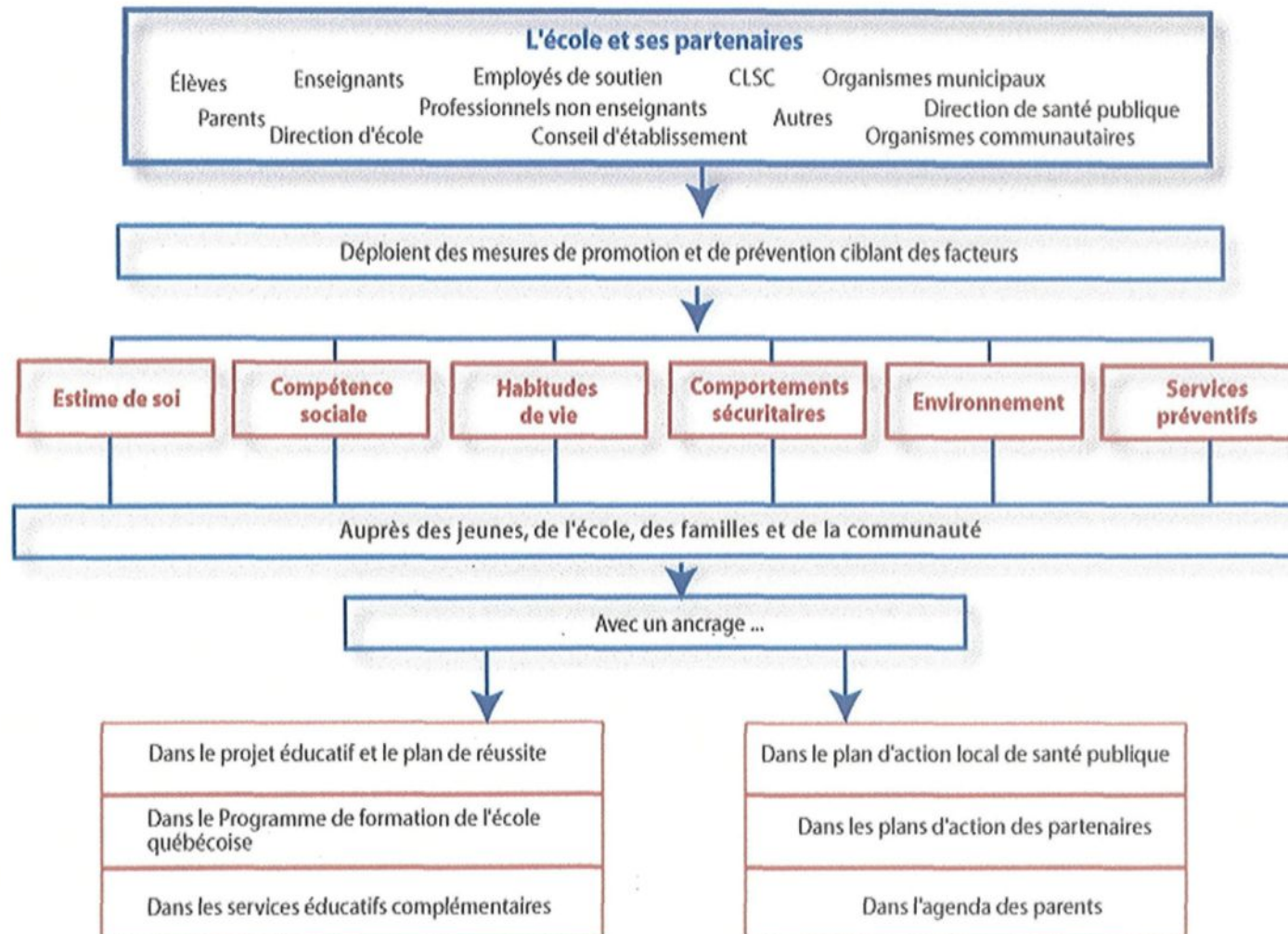
La Charte d'Ottawa de 1986 décrit la promotion de la santé comme « Un processus qui habilite les individus et la communauté à augmenter le contrôle sur les déterminants de la santé afin de l'améliorer » (WHO, 1986). Elle est donc centrée sur les capacités des individus, des groupes et des communautés. La prévention de la maladie est plutôt un « processus visant la réduction de l'incidence ou l'allègement des conséquences d'un problème » (Stewart, 2000); elle est donc centrée sur les susceptibilités et les facteurs de risque. Or, dans l'IGC-PP, la promotion de la santé se traduit par les mesures déployées par l'école et ses partenaires concernant tous les facteurs de développement, à l'exception des services préventifs qui relèvent des interventions de prévention, comme l'immunisation, le contrôle des maladies infectieuses, la contraception, etc. (voir tableau II à la page 29).

L'IGC-PP touche l'ensemble des jeunes desservis dans le cadre de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire, dans les réseaux scolaires public et privé, y compris ceux qui sont vulnérables et exposés à des risques pour leur santé ou

qui présentent une déficience ou qui sont aux prises avec des difficultés d'adaptation sociale et scolaire. L'IGC-PP se planifie à partir de l'école, en relation avec ses partenaires et s'étend aux environnements qui touchent les jeunes. Ce modèle prévoit donc un ancrage des activités aux structures déjà existantes telles : le projet éducatif, le plan de réussite, les services éducatifs complémentaires, le Conseil d'établissement, l'équipe-école, la famille, les jeunes, les partenaires (voir schéma I). Les principales raisons qui justifient sa mise en place sont les suivantes : 1) répondre à l'ensemble des besoins des jeunes, 2) lier les objectifs de la santé et de l'éducation en vue de la réussite des jeunes, à différentes phases de leur développement, 3) donner de la *plus-value* à ce qui se fait, 4) éviter le morcellement et réduire l'essoufflement des intervenants, et 5) adapter les façons de faire (Martin, Arcand & Rodrigue, 2003).

Schéma I

Une école en santé L'intervention globale et concertée en promotion et en prévention



Sur le plan national, une équipe conjointe du MÉQ, du MSSS et l'Institut national de santé publique (INSPQ) pilote le projet et assure le soutien au palier régional. Régionalement, chacun des ministères a désigné un répondant. Au niveau local, le directeur de l'école est porteur de ce dossier. L'IGC-PP propose un comité de coordination parmi les structures de l'école déjà existantes. L'Association des CLSC et CHSLD a participé à l'élaboration des documents qui ont été soumis aux divers partenaires pour fin d'évaluation. La version finale de ces documents sera disponible pour la prochaine rentrée scolaire. (Martin, Arcand & Rodrigue, 2003).

Tableau 1 : Facteurs prioritaires de développement

Les facteurs prioritaires	
Estime de soi	sentiments de sécurité, d'identité, d'appartenance, de compétence
Compétence sociale	habileté à se fixer des buts, résolution de problèmes, gestion du stress, exercice du jugement critique, communication
Saines habitudes de vie	alimentation, activité physique, non-usage du tabac, non-usage d'alcool et de drogues
Comportements sains et sécuritaires	en matière de sexualité, dans les loisirs et les sports, dans les déplacements piétonniers et routiers
Environnements favorables	environnement scolaire physique, social et pédagogique, environnement familial, environnement socio-communautaire
Services préventifs	santé et services sociaux, ex. : immunisation, hygiène dentaire, prévention MTS-VIH-sida, contrôle des maladies infectieuses, contraception, suivi de santé, consultation psychosociale éducation, ex. : psycho-éducation, orthopédagogie

Tiré de : Martin, C., Arcand, L. & Rodrigue, Y. (2003). *Une école en santé. Pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes. Un guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires.* (Document de travail). INSPQ, MEQ, MSSS, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, p.11.

Tableau 2 : Synthèse des axes d'intervention des partenaires

Jeunes <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se responsabiliser ❖ Participer et s'impliquer
École <ul style="list-style-type: none"> ❖ Promouvoir des valeurs positives ❖ Soutenir les membres du personnel ❖ Réaliser des activités éducatives appropriées ❖ Collaborer avec les familles et la communauté ❖ Rendre disponibles les services préventifs ❖ Aménager un environnement sain et sécuritaire
Familles <ul style="list-style-type: none"> ❖ Soutenir les enfants dans leur cheminement personnel et scolaire ❖ Collaborer avec l'école et la communauté ❖ Aller chercher du soutien, lorsque requis, à l'école et dans la communauté
Communauté <ul style="list-style-type: none"> ❖ Collaborer avec les familles et l'école ❖ Offrir des services de soutien scolaire et familial ❖ Fournir des occasions de participation et de reconnaissance sociale ❖ Assurer l'accessibilité des services préventifs à l'école et au CLSC ❖ Appuyer la mise en place de politiques publiques saines et les appliquer ❖ Se donner des mécanismes d'échange, de soutien, de concertation et de formation

Tiré de : Martin, C., Arcand, L. & Rodrigue, Y. (2003). *Une école en santé. Pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes. Un guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires.* (Document de travail). INSPQ, MEQ, MSSS, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, p.15.

2.3 Leviers à l'implantation d'interventions globales en milieu scolaire

Selon Deschênes, Martin et Jomphe Hill (2003), le succès de l'implantation de ce type d'intervention relève de la démarche intersectorielle. De façon plus spécifique, le succès de l'implantation de l'intervention tient à quatre conditions essentielles : la planification négociée et la coordination; l'action intersectorielle; le soutien politique et financier des décideurs; l'évaluation de l'implantation. Le partenariat étant universellement reconnu comme un levier majeur à l'implantation de modèles d'interventions globales et concertées en milieu scolaire, l'interdisciplinarité sera

abordée sous le thème de « partenariats » avec l'action intersectorielle.

2.3.1 Planification négociée et coordination

La première condition réfère à la planification négociée et à la coordination entre les partenaires. La planification négociée suppose une double stratégie, soit celle qui est anticipée et réfléchie et une qui est ouverte, souple et permettant un ajustement selon les changements contextuels, et ce, à travers des objectifs à court, moyen et long termes. Les objectifs doivent avoir en toile de fond ceux de la santé et de l'éducation. En santé, les objectifs visent la promotion du bien-être physique et mental et la réduction, à moyen et à long termes, des taux de morbidité et de mortalité reliés aux maladies cardiovasculaires et pulmonaires, aux cancers, aux traumatismes et aux maladies mentales. L'école a pour mission d'instruire, de qualifier et d'éduquer (Ministère de l'Éducation, 2002). L'éducation cible l'autonomie, l'indépendance et le civisme. La perspective de la santé met l'emphasis sur les changements comportementaux, alors que la perspective de l'éducation insiste sur le développement des connaissances et des compétences (St Leger, 1998). Toutefois, il existe une forte corrélation entre les facteurs qui améliorent la santé et la réussite éducative (St Leger & Nutbeam, 2000). Une planification négociée permet de suivre l'évolution des travaux et d'ajuster le plan d'action. Elle prévoit également la célébration des succès en équipe. Par ailleurs, les mandats des organismes impliqués dans la chaîne des services doivent être clairs et connus des parties concernées. Le partage des responsabilités des décideurs et des intervenants doit être bien défini et refléter le souci de partenariat, de complémentarité et d'intégration des

services. Une imputabilité des acteurs facilitera le règlement des cas litigieux et garantira la qualité des services (Ouellet, Paiement & Tremblay, 2002).

Dans un contexte de planification négociée, la coordination prend toute son importance. Elle assure une convergence des champs d'activités dans la direction des paramètres établis par l'équipe leur permettant ainsi de mieux se supporter mutuellement (Deschênes & al., 2003). Il s'avère alors indispensable que la personne responsable de la coordination possède une connaissance approfondie des composantes de l'approche, des activités, des champs disciplinaires et de leur culture respective dans une vision globale et concertée afin d'en assurer l'intégration et la pérennité. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'une telle personne doit faire preuve de leadership, être vendue au concept d'*École en santé* et démontrer des habiletés en gestion, planification et évaluation en plus de détenir des ressources humaines et financières et de disposer du temps nécessaire pour remplir adéquatement un tel mandat (Allensworth & al., 1997; Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003; Fetro, 1998). Le rapport de consultation régionale de Québec sur la révision des ententes de complémentarité entre les deux réseaux abonde dans le même sens et fait état de la nécessité d'ajouter une fonction de liaison à tous les niveaux organisationnels au sein des deux réseaux pour établir des ponts avec les organismes impliqués dans le cheminement de prestations de services d'un élève et de coordonner les activités associées à la référence et à la prise en charge des enfants par des services spécifiques (Ouellet, Paiement & Tremblay 2002). D'autres auteurs vont plus loin et ajoutent que la personne nommée à la coordination devra avoir la capacité d'évaluer un

programme de santé scolaire, être familière avec les ressources communautaires existantes et avoir un réseau de contacts à tous les niveaux en santé et en éducation. Ils citent l'infirmière ou l'éducateur à la santé comme étant les intervenants ayant les habiletés, la formation, les connaissances et le réseau de contacts nécessaire pour occuper une telle fonction moyennant, évidemment, une allocation d'heures suffisantes (Allensworth & Reniscow, 1996; Fetro, 1998). Ross (1999) affirme que le profil de l'infirmière clinicienne spécialiste en santé scolaire a justement été créé aux États-Unis pour répondre aux besoins de recherche, de consultation, d'éducation, de gestion, de leadership et de soins directs dont la complexité n'a cessé de croître avec le changement de trajectoire des services vers le virage ambulatoire. Ce dernier auteur déplore, toutefois, le manque de recherche évaluative sur une base longitudinale du rôle de l'infirmière en santé scolaire.

Afin d'assurer une intégration du projet, il est souhaitable d'arrimer le programme à un comité déjà existant et qui fonctionne bien, comme l'équipe-école, et de maintenir en place les autres structures qui ont fait leur preuve. La coordination doit aussi s'effectuer verticalement entre les paliers national, régional et local (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003; Fetro, 1998).

Enfin, dans la planification, il est de bon augure de prévoir des stratégies de formation et d'information. Ces stratégies sont particulièrement importantes dans un contexte de perpétuels changements que vivent les personnes oeuvrant dans les réseaux

en plus du fort esprit corporatiste et des chasse-gardées professionnelles teintant les pratiques professionnelles individuelles et organisationnelles (Ouellet, Paiement & Tremblay, 2002).

2.3.2 Partenariats

Les partenariats reposent sur la communication, la coopération, la collaboration et la coordination. En mode coopération, les gens échangent de façon informelle, de façon *ad hoc*. Ils peuvent travailler ensemble sans planification commune. La collaboration implique des relations formelles entre les individus et les organisations. Elle suppose une vision et des buts communs (Fetro, 1998). Le terme « collaboration » est donc préféré pour traiter du sujet à l'étude. Les partenariats sont décrits ici, sous l'angle de l'interdisciplinarité et de l'intersectorialité. Dans le premier cas, la relation s'établit entre des acteurs de spécialités différentes mais complémentaires au regard de la problématique visée. En collaboration intersectorielle, on fait plutôt appel à des secteurs de l'activité sociale ayant des missions différentes quoique complémentaires sur un territoire donné. L'intersectorialité a connu un essor considérable dans la foulée des travaux de l'OMS en 1986 avec la Charte d'Ottawa. Les compressions budgétaires qui se sont amorcées au début des années'90 dans le réseau de la santé ne sont pas étrangères à ce virage (AHQ, 1995). Ajoutons que cette forme de partenariat se marie parfaitement aux interventions de nature communautaire comme l'IGC-PP. C'est pourquoi, dans le cadre de cette recension des écrits, l'emphasis est mise sur l'intersectorialité.

2.3.3 Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est parfois abordée en termes de savoir disciplinaire, mais elle est communément utilisée pour désigner un modèle de pratique professionnel. D'Amour (1997) souligne que la notion d'interdisciplinarité a pris la force du courant holistique afin de répondre à des objets complexes de recherche. L'interdisciplinarité n'est pas préconçue, elle se bâtit. Elle suppose un apprivoisement. Cette forme de partenariat se caractérise par la construction d'un but commun et par la collaboration entre des professionnels de diverses disciplines qui assument des rôles complémentaires face à la clientèle en vue d'offrir des services de qualité. La collaboration est au centre du travail interprofessionnel et repose sur des relations d'interdépendance. Chacun est conscient de ses compétences et de ses limites et reconnaît la nécessité des disciplines complémentaires pour atteindre un but que seule l'équipe est capable. Par conséquent, « les résultats sont perçus comme étant ceux de l'équipe et non ceux d'une discipline particulière » (Voyer, 2000).

Parmi les stratégies favorisant l'interdisciplinarité, la compétence disciplinaire est un préalable. La communication ouverte et empreinte de respect favorisant les échanges de points de vue différents doit être au rendez-vous. La confiance mutuelle, le pouvoir partagé, la prise de décision par consensus, le bien-être personnel, le soutien moral et l'humour sont également cités par plusieurs auteurs (Fortin, 2000 ; St-Arnaud, 2003 ; Voyer, 2000). Barr (1997) fait aussi référence à l'approche non stéréotypée des disciplines. Inhérentes à l'équipe elle-même, sont les règles de fonctionnement, la

définition des rôles et mandats des membres, connus et compris de tous et la sélection d'un leader, idéalement par consensus. Enfin, l'organisation doit favoriser cette démarche (Fortin, 2000 ; Voyer, 2000).

En ce qui a trait à la profession infirmière, Voyer (2000) affirme que cette discipline éprouve de la difficulté à se définir. Costante (2001) abonde dans le même sens et ajoute que ce problème est en partie dû au fait qu'initialement, l'infirmière s'occupait de tous les aspects de la santé scolaire. En pratique, son rôle se résume à celui de pourvoyeur de soins et d'information sur la clientèle au reste de l'équipe. Pourtant, selon cet auteur, certains chercheurs conçoivent le rôle de l'infirmière comme un chef de file dans l'équipe. Par son contact privilégié avec les jeunes, leur famille et le milieu de l'éducation, l'infirmière est mieux placée et peut tracer le portrait de santé du jeune et se révéler un apport important pour l'équipe. « L'infirmière est reconnue comme le point d'ancrage entre les nombreux intervenants auprès des jeunes en milieu scolaire. C'est avec elle que s'établit le premier contact quand surgit un problème » (Duplantie, 1999).

2.3.4 Action intersectorielle

Un deuxième facteur conditionnant le succès de l'implantation de l'approche globale réfère à l'action intersectorielle entre l'école, la famille et la communauté, laquelle inclut le réseau de la santé.

La littérature s'entend pour dire que cette forme de partenariat a un effet catalyseur pour les approches à base communautaire (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003; Fetro, 1998; WHO, 1996). La démarche d'action intersectorielle prend forme lorsque des acteurs d'une communauté se regroupent en vue d'agir sur des problématiques complexes et inter-reliées. La pauvreté et ses conséquences sur la santé et les conditions de vie, la violence et le décrochage scolaire sont des exemples de problèmes complexes nécessitant une action intersectorielle. Cette démarche est particulièrement propice dans des contextes tels que : le sentiment d'impuissance face à une situation particulière, l'inefficacité des interventions traditionnelles, la motivation concrète à se regrouper en vue d'imaginer des solutions inédites, la volonté de corriger un problème à la source, le désir d'échanger de l'information, de se ressourcer et d'obtenir des résultats concrets; la volonté politique et économique. L'action intersectorielle cherche donc à rassembler les forces vives et les ressources de divers secteurs de l'activité sociale dont les mandats sont complémentaires afin de mener à bien des actions concrètes, concertées et prometteuses dans leur milieu (Ouellet, Paiement & Tremblay, 2002).

L'intersectorialité se traduit par une démarche par étapes sous-jacentes à l'implantation d'un plan d'action, soit : la mobilisation des partenaires, la mise en commun des projets et l'analyse du milieu, le consensus de base, l'élaboration d'un plan d'action, l'implantation et l'évaluation. L'ordre des étapes suit une certaine logique de

dénouement, mais il ne doit pas être envisagé de façon linéaire ou rigide. Ainsi, un événement impromptu peut, en cours d'implantation du plan d'action, obliger les partenaires à réviser ou à préciser certains éléments du consensus de base. Cette démarche se veut donc systémique.

La démarche d'action intersectorielle se distingue de la démarche courante de planification par rapport aux aspects suivants : elle prévoit une étape cruciale, la mobilisation des partenaires, ce qui exige du temps ainsi qu'une bonne connaissance des ressources du milieu. Elle comprend une étape de consensus qui permet à des partenaires de s'entendre sur des principes d'action ainsi que sur une philosophie et des modes de fonctionnement, et ce, tout en conservant leur spécificité et différence. L'étude des besoins s'effectue préalablement et a souvent le bénéfice de contribuer à la mobilisation de la population. Finalement, encore plus qu'en planification courante, l'action intersectorielle agit sur plusieurs cibles et facteurs, et utilise de multiples stratégies (Ouellet, Paiement & Tremblay, 2002).

Or, elle exige de ses membres une flexibilité, une vision et des orientations communes des besoins ainsi qu'une définition partagée d'une philosophie d'intervention. L'action intersectorielle repose sur la motivation des partenaires concernés tentant d'assurer un lien cohérent entre les acteurs et les actions du plan d'intervention. Tel que stipulé par Leviton *et al.* (2000), la construction d'une coalition des partenaires et l'association avec des gens qui croient en l'approche afin d'ajouter à sa crédibilité sont à

la base d'une interface participative et conduisent à la pérennité des actions qui en découlent. Cela implique qu'il faut être prêt à y investir du temps et de l'énergie, accepter de nouvelles responsabilités et être en mesure d'exprimer clairement et ouvertement ses positions et ses contraintes (St-Arnaud, 2003).

Par ailleurs, il importe d'avoir une structure de fonctionnement et de soutien souple, efficace, teintée d'ouverture, de confiance tout en étant bien définie et reconnue officiellement par l'ensemble des organismes. L'ouverture sur les multiples points de vue, la tolérance à l'ambiguïté, le respect des différences et la non-ingérence dans les champs de compétence s'avèrent des attitudes essentielles à une collaboration entre les partenaires issus de milieux différents. Par son étude sur la compréhension du concept d'*École en santé* par des enseignants australiens, St Leger (1998) a démontré que ceux-ci conçoivent leur partenariat avec la communauté comme un moyen d'acquérir des ressources et non comme une avenue pour travailler en collaboration avec la communauté pour mener à bien des activités conjointes destinées aux enfants. Une autre étude, cette fois, conduite aux États-Unis par le Département américain de l'éducation démontre que la plupart des administrateurs et des enseignants voient leur relation avec les parents comme étant unidirectionnelle. Ils souhaitent le soutien des parents dans leur rôle éducationnel, alors que ces derniers prônent une relation basée sur la réciprocité avec le corps professoral (Shartrand & al., 1997). Au Québec, les États généraux de l'Éducation de 1996 ont permis de faire les mêmes constats (Conseil de la Famille et de

l'Enfance du Québec, 2000). Enfin, l'action intersectorielle permettant l'appropriation locale du projet par les acteurs concernés, semble être le premier pas pour générer des actions concertées entre les partenaires sur le « terrain » et les préparer à agir face aux changements dans la communauté. La notion de changement organisationnel prend alors tout son sens (Bourdages, Sauvageau, & Lepage, 2003).

2.3.5 Soutien administratif et financier

Une troisième condition à l'implantation réussie des approches globales et concertées relève du soutien administratif et financier. L'appui des décideurs renforce la crédibilité et s'avère une prémisses au financement. Le financement adéquat permet une allocation du temps nécessaire, car c'est bien documenté, ces interventions multisectorielles exigent du temps (Deschênes & al., 2003; Fetro, 1998; Rissel & Rowling, 2000). Du temps pour susciter une mobilisation, pour le développement d'une chimie d'équipe, pour l'implantation, la mise en œuvre et l'évaluation. Le temps requis pour l'appriovoisement des membres d'une équipe, première étape de la naissance d'une collaboration est trop souvent sous-estimé, voire absent (St-Arnaud, 2003). De plus, les ressources financières permettent la mise en place de ressources humaines en soutien aux acteurs locaux ainsi que la formation et la création d'outils. Une intensité soutenue de ces mesures assure une intégration en profondeur des interventions (Deschênes et al., 2003; Fetro, 1998). Rissel et Rowling (2000) insistent sur l'importance de véhiculer la philosophie du concept *École en santé* plutôt que de le présenter comme un projet ou

une intervention afin d'assurer son appui politique et administratif, et son financement récurrent.

2.3.6 Évaluation de l'implantation

L'évaluation représente une autre condition gagnante d'implantation. Selon Allensworth et al. (1997), l'avenir des approches comme le CSHP dépend de leur capacité à démontrer les bienfaits sur la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. Dans un premier temps, l'évaluation doit porter sur la faisabilité et l'implantation adéquate des modèles d'intervention dans l'ensemble de leurs composantes. Les gains sur la santé et l'éducation par rapport à l'investissement doivent être mesurés. Selon Rissel et Rowling (2000), la mesure de la performance doit s'effectuer selon des indicateurs développés par les parties prenantes. Le processus évaluatif permet l'ajustement par rétroaction sur la pertinence et la suffisance méthodologiques, sur les ressources et sur les activités pour atteindre les objectifs visés (Deschênes & al., 2003). Enfin, « Le partage de l'évaluation des résultats à différentes étapes du projet représente, dans un exercice planifié, un moyen de stimuler la réflexion collective et de créer un sentiment d'interdépendance entre les partenaires impliqués issus de différents secteurs d'activités ». (Butterfoss & al., 1996; Kegler & al., 1998 dans Deschênes & al., 2003).

Concernant les conditions de réussite de l'implantation et de la mise en œuvre des interventions en promotion et en prévention auprès des jeunes de 6 à 17 ans,

Blanchet et al. (1993) les classent en quatre catégories, selon qu'elles sont liées aux caractéristiques : 1) de l'intervention, 2) du milieu d'intervention, 3) des intervenants et, enfin, des interactions entre les intervenants et les populations cibles. Ces conditions, qui ont guidé les auteurs de l'IGC-PP, sont présentées dans le tableau 3 de la page 44.

2.4 Barrières à l'implantation d'interventions globales en milieu scolaire

2.4.1 Barrières inhérentes aux modèles

Parmi les barrières recensées inhérentes aux différents modèles, citons la complexité de l'approche (Deschênes & al., 1999). La faible intensité des mesures est aussi mentionnée comme étant une contrainte majeure à l'implantation de programmes ciblant les jeunes ainsi que la piètre priorité accordée à la prévention (Houle, 2003).

2.4.2 Barrières inhérentes aux milieux

Au niveau des barrières inhérentes aux milieux, Bourdages *et al.* (2003) soulèvent le manque de vision commune du projet par les parties prenantes ainsi que l'absence de partenaires-clés aux réunions, le manque de feedback sur l'avancement des travaux et les rôles mal définis. Le manque de compréhension commune de l'approche et de ses concepts a été cité par des auteurs qui ont étudié le CSHP et le HPS (Costante, 2001; WHO, 1996; Williams, 1996). Toutefois, selon Marshall *et al.* (2000), certains intervenants sur le « terrain » tireraient avantage de ce manque de compréhension commune pour interpréter et adapter l'approche au besoin du milieu. Mais, comme le

souligne cet auteur, bien que ces approches doivent être flexibles afin de refléter les différents contextes, le manque de balises peut engendrer une dilution de l'approche qui risque alors de ne plus être globale et intégrée dans l'ensemble de ses composantes. Le manque de reconnaissance de la complexité des structures sociales et organisationnelles, qui en retour conduit à une tendance à investir dans des projets non récurrents ciblant une seule composante, et ce, au moyen de mesures de faible intensité produisant peu de changements est considéré comme un obstacle (Hord, 1997; McEvoy & Welker, cités dans Deschênes & al., 2003). Dans le même ordre d'idées, l'ampleur du curriculum de ce type d'intervention est perçue comme une surcharge de travail par les enseignants. La communauté éducative a besoin de soutien à tous les niveaux pour entériner le concept d'*École en santé* et ce soutien est, dans certains milieux, entravé par des conceptions différentes de la promotion de la santé (Rissel & Rowling, 2000).

Le manque de soutien politique et financier et, conséquemment, le manque de ressources pour la formation du personnel, la coordination et la participation intersectorielle peuvent miner l'implantation d'un plan d'action global tout comme le manque de sensibilité au monde de l'éducation quant à sa culture et ses besoins (Gottlieb & al., 1999). Selon le *Center for Mental Health in School* (2003), le monde de l'éducation manque de connaissance et de formation concernant l'impact de l'état de santé sur l'apprentissage des jeunes et propose le marketing social comme solution. La différence de jargon utilisé dans le secteur de l'éducation et dans celui de la santé représente une barrière fondamentale à la collaboration (Costante, 2001; Paladino.

2000 ; Rissel & Rowling, 2000). À cet effet, St Leger & Nutbeam (2000) ont démontré que certains concepts ne sont pas décodés de la même façon, selon que l'on appartienne au monde de l'éducation ou de la santé. À titre d'exemple, pour les intervenants du milieu de l'éducation, fournir des services de santé à l'école se traduit par les premiers soins et le counselling sur les relations interpersonnelles. En santé, on perçoit ces services en termes de dépistage et de vaccination. Gottlieb *et al.* (1999) ajoutent que les problèmes de communication émergeant des différences culturelles entre les professionnels et les différents secteurs d'activité sont à la base de politiques conservatrices qui présentent la collaboration intersectorielle comme étant exigeante et non productive. Conséquemment, on observe un sous-financement pour ce type d'intervention qui ne peut alors s'implanter globalement et produire les résultats escomptés. Et nous voilà dans le cercle vicieux du sous-financement qui au mieux permet une implantation partielle et fragmentée. Or, une implantation déficiente de ces programmes discrédite les efforts des interventions de promotion de la santé tout en accusant peu de gains pour la santé de la population (Bandura, 1998). Les contraintes budgétaires ont pour effet de créer chez les intervenants un sentiment d'impuissance qui résulte, éventuellement, en un désengagement ou désintérêt, quand ce n'est pas l'essoufflement et l'épuisement professionnel (Ouellet, Paiement & Tremblay, 2002).

Enfin, « les transformations incessantes des deux réseaux, la mobilité des porteurs de dossiers à tous les paliers organisationnels, la pression reliée à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, la surcharge de travail et les contraintes de manque de temps qui

y est associée, sont autant de réalités qui peuvent nuire à l'implantation adéquate d'interventions globales et concertées » (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003).

Tableau 3 : Conditions de réussite des interventions de promotion et de prévention

1. Les caractéristiques liées à l'intervention

Contenu

- ☐ Pertinence de l'intervention
- ☐ Fondement scientifique établi
- ☐ Précision des objectifs et des cibles
- ☐ Qualité de l'évaluation.

Processus

- ☐ Stratégies et méthodes d'intervention multiples et complémentaires;
- ☐ Continuité;
- ☐ Intensité;
- ☐ Souplesse;Durée;
- ☐ Précocité;
- ☐ Accessibilité;
- ☐ Planification à long terme;
- ☐ Possibilité de généralisation à d'autres contextes;
- ☐ Absence d'effets négatifs;
- ☐ Financement adéquat.

2. Les caractéristiques liées au milieu d'intervention

Populations cibles

- ☐ Participation;
- ☐ Intégration à la vie quotidienne;
- ☐ Mise à profit des réseaux de soutien;
- ☐ Attrait pour les usagers;
- ☐ Mise à profit des transitions.

Organismes responsables

- ☐ Utilisation optimale des ressources existantes;
- ☐ Soutien administratif.

3. Les caractéristiques liées aux intervenants

- ☐ Compétence;
- ☐ Ouverture aux aspects contextuels et environnementaux;
- ☐ Sensibilité à l'égard de la diversité sociale et culturelle;
- ☐ Engagement communautaire;
- ☐ Capacité de travailler en équipe multidisciplinaire.

4. Les caractéristiques liées aux interactions entre les intervenants et les populations cibles

- ☐ Liens de confiance réciproque;
- ☐ Accent sur les compétences et le pouvoir d'action;
- ☐ Respect des valeurs et attitudes;
- ☐ Partenariat.

Tiré de : Blanchet, L., Laurendeau, M.C., Paul, D. & Saucier, J.E. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*. Édition Gaëtan Morin, Boucherville.

TROISIÈME CHAPITRE
MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre est consacré à la méthodologie. On y retrouve : l'objectif de l'intervention, le cadre méthodologique avec une description détaillée du processus de déroulement de l'enquête.

3.1 Objectif de l'intervention

Le présent projet d'intervention s'est assigné deux objectifs principaux : 1) identifier les leviers et les obstacles à l'implantation de l'IGC-PP sur un territoire de la région 02 et 2) proposer des solutions pour en garantir le succès.

3.2 Cadre méthodologique

La démarche s'est appuyée sur le modèle d'intervention de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003). En effet, ce projet étant de type intervention, le modèle de Lescarbeau *et al.* nous est apparu comme étant plus congruent avec le type d'intervention que nous avons à faire, intervention axée sur un processus qui tendait vers un changement perceptivo-organisationnel de l'offre de services aux jeunes.

Le modèle de Lescarbeau *et al.* s'inscrit dans le *courant des relations humaines* amorcé par Kurt Lewin dans les années quarante. Il intègre l'univers de la psychologie des relations humaines, du développement organisationnel et de l'intervention

communautaire (Lescarbeau, Payette & St-Arnaud, 2003). Dans le même ordre d'idées, le modèle choisi met en perspective les notions de partenariat et de concertation, conditions *sine qua non* à la réalisation d'un tel projet. De plus, il propose une démarche systémique qui tient compte de l'ensemble des facteurs qui influencent une situation et de leur interdépendance, décroissant ainsi les perceptions. Il balise le rôle de consultante, rôle dévolu à l'étudiante dans le cadre du présent projet d'intervention, où les participants sont conviés à l'identification des problèmes et à la recherche des solutions. Dans le jargon du modèle d'intervention utilisé, le rôle de la consultante se traduit principalement par celui d'une agente de feed-back où l'information recueillie est validée auprès des participants, par celui de l'analyste des données et d'animatrice qui vise la participation et la définition de cibles communes. Par ailleurs, bien que les directions générales de certains milieux à l'étude ainsi que des représentants du secteur de la clientèle des 6-12 ans à la Direction régionale de la Santé publique aient fait la demande du compte-rendu et manifestés un grand intérêt pour l'ensemble du projet et ses retombées, le besoin pour une intervention est née de l'expérience de l'investigatrice en santé scolaire primaire, suite au constat d'un manque de concertation des services de promotion et de prévention offerts aux élèves de ce secteur. Une recension des écrits sur le sujet a mis à nu une lacune sur les connaissances des facteurs conditionnant la réussite de l'implantation de l'approche étudiée.

Dans le modèle d'intervention privilégié, dans le cadre du présent projet, une intervention est conçue comme étant un processus qui comporte six étapes principales :

1) l'entrée, 2) l'entente, 3) l'orientation, 4) la planification, 5) la réalisation et 6) la terminaison. Ces différentes étapes seront décrites successivement dans les lignes qui suivent.

3.2.1 Étape de l'entrée

L'entrée correspond à la première étape du modèle de Lescarbeau *et al.* Elle consiste à prendre contact avec le client et à cerner la problématique initiale. Dans la situation qui nous intéresse, le choix du milieu a été fait en fonction de sa proximité et de son accessibilité. La démarche a été facilitée par le fait que l'IGC-PP était à l'ordre du jour de la Table des directions générales du réseau de la santé et que plusieurs intervenants des milieux ciblés pour l'étude avaient à prendre connaissance et à évaluer les documents de travail sur l'IGC-PP, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, pour le compte de l'Institut national de la santé publique du Québec. L'étape de l'entrée s'est matérialisée par la prise de contact informelle avec la direction de l'école primaire, celle de la commission scolaire et celle du CLSC, afin d'expliquer le projet, ses objectifs, son déroulement, et de vérifier la possibilité de réaliser des entrevues individuelles et de groupe sur les lieux de travail. Les directions des établissements ont accepté et proposé que le personnel participe à l'étude pendant les heures de travail rémunérées. Par la suite, les participants ciblés ont été contactés tour à tour par téléphone afin de vérifier leur intérêt à collaborer, après que des explications détaillées leur aient été données sur le projet, son déroulement et les modalités de participation. De façon unanime, les participants acceptèrent de prendre part à l'étude. Ceux qui n'étaient

pas encore familiers avec cette approche ont dû lire des documents de travail sur l'IGC-PP.

3.2.2 Étape de l'entente

L'entente, la deuxième étape du modèle a commencé avec l'élaboration des divers formulaires et s'est terminée avec la signature d'un contrat avec chaque milieu où l'intervention devrait avoir lieu. À la suite de la signature de ces contrats, une demande pour un certificat d'éthique fut introduite auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Un certificat d'éthique pour le projet a été émis par cette dernière instance en date du 27 janvier 2004.

3.2.3 Étape de l'orientation

À cette étape de l'intervention, il importe que les participants et la consultante convergent dans la même direction. Or, cette dernière devait, entre autres, gérer le processus des entrevues, afin que le déroulement permette d'atteindre les objectifs de l'intervention. De façon plus spécifique, elle avait à recadrer le déroulement des entrevues advenant une bifurcation des propos en dehors du sujet à l'étude. Un guide d'entrevue a été conçu à cet effet (voir annexe 1).

3.2.4 Étape de la planification

Selon le modèle d'intervention utilisé, planifier consiste à prévoir les principales

opérations qui prendront place à l'étape suivante, soit celle de la réalisation. Cette tâche revient à la consultante (Lescarbeau, Payuette & St-Arnaud, 2003). L'objectif de l'intervention représente l'*input* de cette étape et le calendrier des activités, l'*output* (Tableau 4). Dans le projet qui fait l'objet du présent rapport, l'échéancier tenait compte, à la fois, de la fin du calendrier scolaire et de la disponibilité des participants. Les rencontres ont été fixées à des dates rapprochées, afin d'éviter la perte de « joueurs », soit par une diminution d'intérêt, soit par l'apparition d'événements qui auraient pu les rendre moins disponibles, voire indisponibles.

Tableau 4 : Chronologie des activités

Dates	Activités
Décembre 2003	Dépôt de la demande du certificat d'éthique par le comité d'éthique de l'UQAC
Janvier 2004	Prise de contact avec les milieux d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> * Approbation de l'intervention par les responsables de chaque milieu (CLSC, école, C.S.) * Acceptation des participants
Janvier à avril 2004	Construction des outils de travail (voir annexes)
Avril à mai 2004	Réalisation de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> * Signature des formulaires * Réalisation des entrevues individuelles et de groupe semi-dirigées avec les participant(e)s
Mai à juin 2004	Analyse des données
Juin 2004	<i>Focus group</i> : (validation et communication des résultats) Évaluation de l'intervention
Automne 2004	Présentation des résultats à la Direction régionale de la Santé publique (secteur jeunesse)
2005	Présentation à l'OJS et publication

3.2.5 Étape de la réalisation

3.2.5.1 Sélection des participants

La sélection des participants a été faite selon une procédure d'échantillonnage par choix raisonné. Fut retenu comme critère d'inclusion, l'expérience récente (dans les trois dernières années) d'au moins une année de travail auprès des jeunes de 6 à 12 ans en éducation et/ou en santé scolaire. L'investigatrice s'est basée sur l'« approche par informateurs-clés », permettant de recruter des personnes qui avaient une bonne expérience de travail et/ou une bonne connaissance du milieu et de la communauté. Cette méthode réfère à des entrevues individuelles, afin de connaître les impressions du participant sur un sujet donné (Pineault & Daveluy, 1986). L'investigatrice a donc sollicité la gestionnaire, les travailleuses sociales et les infirmières du CLSC. Sur conseil de la gestionnaire, elle a inclus l'hygiéniste dentaire, reconnue pour sa grande implication dans son milieu et son intérêt pour l'approche globale. La travailleuse sociale identifiée a quitté l'équipe jeunesse à la fin du mois de janvier 2004, mais accepta avec enthousiasme de participer à l'étude. L'investigatrice aurait souhaité la participation d'une deuxième travailleuse sociale, mais la titulaire du poste était nouvelle et n'avait pas une grande expertise en santé des jeunes. Au moment de l'entrevue, la gestionnaire intérimaire était en poste depuis trois mois seulement. Auparavant, elle était travailleuse sociale au secteur 6-12 ans où elle a agi, à maintes reprises, comme gestionnaire intérimaire du secteur. Du côté du secteur de l'éducation, l'investigatrice a convié le coordonnateur du service de l'adaptation scolaire et des services complémentaires et la coordonnatrice des services éducatifs de la Commission scolaire

du territoire. Au niveau de l'école primaire, la sélection des participants s'est faite par désignation directe, par le biais de la directrice de l'école. À la suite de l'appel lancé par cette dernière, un seul enseignant, celui de l'éducation physique et de la santé, accepta de participer au projet. Les autres enseignants ont avancé la surcharge de travail comme motif justifiant leur refus. La directrice procéda également au recrutement de deux parents du Conseil d'établissement.

La taille de l'échantillon final fut de 13 participants. L'équipe du secteur 6-12 ans, soit six personnes provenant du CLSC du territoire (trois infirmières, une travailleuse sociale, une hygiéniste dentaire et une gestionnaire), représentait le secteur public de la santé. Du côté de l'éducation, on comptait sept personnes, dont deux représentants de la commission scolaire dont le coordonnateur de l'adaptation scolaire et des services complémentaires et la coordonnatrice des services éducatifs. Cinq personnes associées à une école primaire complétèrent la liste des participants. On retrouve, parmi celles-ci, la directrice, l'éducateur physique et à la santé, une deuxième enseignante et deux parents du conseil d'établissement. Les données sociodémographiques des participants ont été colligées selon les réponses obtenues aux questionnaires présentés aux annexes 2 et 3.

Groupe de participants du milieu de la santé

Le groupe fut constitué de cinq femmes et d'un homme dont les âges se situaient dans la tranche de 40 à 49 ans. Toutes ces personnes avaient une expérience de travail en

santé des jeunes, allant de quatre à 20 ans. À l'exception de l'hygiéniste dentaire qui était détentrice d'un diplôme d'études collégiales, les autres participants avaient une scolarité du niveau de baccalauréat. La gestionnaire était détentrice d'un baccalauréat en travail social. Les années de « diplomation » variaient entre 1984 et 1998. Tous avaient un statut d'emploi à temps complet.

Groupe de participants du milieu de l'éducation

Sept personnes (trois hommes, une femme) formaient ce groupe. Leurs âges s'évaluaient entre 40 et 49 ans. Leurs expériences dans le domaine de l'éducation de niveau primaire variaient d'un à 28 ans. Tous occupaient un poste à temps complet. Mentionnons qu'un des parents du conseil d'établissement occupait un poste d'infirmière en centre hospitalier et que l'autre parent était enseignant au niveau collégial. La directrice était détentrice d'une maîtrise en psycho-éducation. Quant à la coordonnatrice des services éducatifs, elle avait œuvré 19 ans comme directrice d'école primaire et devait exercer à nouveau cette fonction à partir du mois de septembre 2004, après quatre ans passés au poste qu'elle occupait au moment de notre enquête. Elle était candidate à la maîtrise en éducation et préparait un mémoire dont le sujet portait sur l'ouverture de l'école à la communauté et à la famille. Les deux parents du conseil d'établissement étaient détenteurs d'un diplôme de niveau collégial. Le coordonnateur des services complémentaires et de l'adaptation scolaire avait une maîtrise en administration des affaires et les enseignants étaient des bacheliers en sciences de l'éducation.

En ce qui a trait aux droits des participants au projet, il y a lieu d'insister sur le fait que toute recherche effectuée auprès des êtres humains impose des considérants d'ordre éthique. En ce sens, des mesures ont été prévues afin de protéger les droits des participants. Ainsi, la participation au projet s'est faite sur une base volontaire, après que les participants aient reçu des explications détaillées, verbales et écrites, sur le projet et les modalités de participation. Le consentement, essentiel au respect des principes fondamentaux d'éthique, fut donc libre et éclairé. Il s'est concrétisé de façon officielle par la signature d'un formulaire de consentement qui contenait des détails sur la problématique, les modalités de participation, les objectifs de l'intervention, les avantages et les inconvénients à participer à l'étude, les attentes de l'investigatrice face aux participants ainsi que quelques clauses sur l'engagement de cette dernière à garantir la confidentialité et l'anonymat des données à recueillir, et à informer les participants des résultats. Une clause de retrait à n'importe quel moment du processus y était aussi prévue.

De façon générale, l'investigatrice a considéré que l'intervention, qui fait l'objet du présent rapport, était à risque minimal. En effet, dans l'Énoncé de politique des trois Conseils, règle 1.4 C.1 (2003), on peut lire ce qui suit: « La norme du risque minimal se définit de la façon suivante : lorsque l'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de leur vie quotidienne reliés à la recherche ». Ce qui, à notre avis, se trouvait

être le cas pour les participants au présent projet d'intervention.

En conformité avec les principes qui guident une intervention de recherche auprès des sujets humains, au début de chaque entrevue, un formulaire de consentement a été remis à chaque participant pour signature afin d'officialiser son approbation à participer au projet (voir modèle du formulaire de consentement à l'annexe 2). Une copie de la déclaration d'honneur (voir modèle à l'annexe 3) lui a aussi été remise. Par la suite, chaque participant fut invité à compléter un questionnaire sociodémographique (voir exemplaires aux annexes 4 et 5). Toujours dans le respect des droits des participants, nous avons utilisé des noms fictifs pour désigner les participants, en faisant référence aux propos qu'ils ont tenus et qui sont repris in extenso dans la section réservée à la présentation des données.

3.2.5.2 Collecte des données

La collecte des données a été faite, dans un premier temps, au moyen d'entrevues semi-dirigées individuelles et de groupe réunissant les participants d'une même discipline (voir annexe 1). Chaque rencontre individuelle a duré une quarantaine de minutes et s'est déroulée au lieu de travail du répondant. Une deuxième rencontre fut tenue sous forme de *focus-group* d'une durée d'une heure au CLSC. Sept participants, dont cinq du milieu de la santé et deux du milieu de l'éducation, étaient présents. L'« approche de recherche du consensus » sur les facteurs prioritaires conditionnant l'implantation de l'IGC-PP a utilisé la technique de Delphi. Selon Pineault et Daveluy

(1986), cette technique convient lorsque l'opinion et le consensus des citoyens, intervenants ou experts participant à l'étude sont recherchés. Toutefois, le questionnaire se voit remplacé par la rencontre de groupe. Avec l'accord des participants, les entrevues ont été enregistrées sur bande audio au moyen d'un magnéto-scope numérique avec transcription de la voix sur ordinateur.

3.2.5.3 Analyse des données et présentation des résultats

Analyse des données

L'analyse des données a été faite en fonction des objectifs de l'intervention qui consistent à identifier les leviers et les obstacles à l'implantation de l'IGC-PP sur un territoire de la région 02 et à proposer des solutions pour en garantir le succès. Le logiciel NUDIST, dont la procédure de gestion des données ressemble à la démarche d'analyse de Colaizzi (1978), a été utilisé comme plateforme dans le traitement des données. La démarche de Colaizzi comporte six étapes : 1) l'audition des entrevues et la lecture de descriptions ; 2) le dégagement des énoncés significatifs ; 3) l'analyse et la reformulation de la signification des énoncés retenus ; 4) le regroupement des unités de signification en thèmes plus globaux ; 5) le rassemblement des résultats de l'analyse et la description exhaustive du phénomène à l'étude ; 6) la validation auprès de quelques répondants de la description ainsi obtenue. À la suite du dégagement des énoncés significatifs, on procéda à l'analyse des significations avec une reformulation des énoncés qui ont été regroupés en thèmes plus globaux. Par la suite, ces thèmes ont été décrits, puis validés auprès des répondants lors du *focus group*. À la fin de cette séance,

aux leviers et aux obstacles qui ont été identifiés ainsi qu'aux solutions qui ont été privilégiées. Les résultats de cette rencontre sont présentés en détail dans la section qui suit. Signalons que, dans le but de respecter l'anonymat des participants, les noms cités dans cette section sont fictifs.

Présentation des résultats

Perceptions des participants en lien avec l'objectif de l'intervention

L'investigatrice a choisi de vérifier le niveau de connaissance et la perception globale que les participants avaient de l'IGC-PP, avant de les interroger sur les questions directement reliées à l'objectif de l'intervention, afin d'être mieux guidée dans l'analyse des données. De façon unanime, les participants ont reconnu le bien-fondé de ce type d'intervention. Toutefois, 12 des 13 personnes interviewées ont exprimé certaines réserves quant à la faisabilité de son implantation. Les motifs sont justifiés plus loin dans ce rapport dans la section réservée à la présentation des obstacles à l'implantation.

Je ne peux pas être contre la vertu, mais compte tenu de la réalité scolaire, ce sera difficile à implanter. C'est bien beau tout ça! Mais, est-ce que c'est réalisable? Les professeurs sont à bout de souffle. Ils nous disent : « Quand est-ce que j'aurai le temps d'enseigner? » (Julie)

Ça m'apparaît extrêmement intéressant, primordial, mais difficile d'application. (Christine)

C'est vraiment un modèle idéal sur papier. Mais je ne sais pas comment ça peut s'articuler dans la vraie vie. (Claude)

Je pense que c'est un bel objectif qui est visé. Mais, je trouve ça quand même gros en lien avec les capacités du milieu à mettre ça en place là! (Ginette)

D'autre part, tous les répondants s'accordaient pour dire que les facteurs de développement des jeunes proposés dans l'IGC-PP ont des liens entre eux et se renforcent mutuellement dans le sens où les interventions ciblant un des facteurs doivent être planifiées de façon à être coordonnées afin d'éviter les dédoublements. L'estime de soi est l'élément de développement qui a été le plus souvent mentionné par les participants comme étant un facteur sur lequel il fallait intervenir, compte tenu de l'impact significatif qu'elle exerce sur la santé et l'éducation. Douze des 13 participants ont fait référence à l'estime de soi.

Leviers à l'implantation de l'IGC-PP

L'identification des leviers est présentée en trois parties, relativement aux points de vue du groupe dans son ensemble, du sous-groupe représentant le milieu de la santé et du sous-groupe représentant le milieu de l'éducation. L'importance accordée à chacun est par la suite soulignée.

Leviers identifiés par l'ensemble des participants

De façon unanime, le groupe a mentionné qu'un comité responsable de l'implantation s'avère un levier essentiel. Ce levier représente, par ailleurs, la condition déterminante pour la majorité des participants. La composition du groupe est variable selon les participants et la coordination est reconnue par tous comme un élément essentiel et inhérent à l'implantation durable de l'IGC-PP. L'adhésion au modèle, le partage d'une vision commune et le partenariat font également l'objet d'un consensus au

sein du groupe. Le consensus s'établit également sur la nécessité d'un investissement majeur en termes de temps, de ressources humaines et matérielles, particulièrement dans les premiers mois du processus d'implantation. Enfin, plusieurs soutiennent l'idée que le modèle devrait être bien expliqué aux enseignants et autres partenaires, à l'exception du personnel du CLSC, ces derniers étant déjà familiers avec ce nouveau modèle. Ce besoin de formation a été mentionné autant par les participants du milieu de la santé que par ceux du milieu de l'éducation.

Leviers identifiés spécifiquement par les participants du milieu de l'éducation

Parmi les leviers identifiés par les participants du milieu de l'éducation, citons la formation sur les diverses problématiques de santé vécues par les jeunes et sur l'IGC-PP et ses modalités d'application. Le soutien par les autres partenaires, le respect et la volonté de changement ont également été mentionnés. La compréhension et la formation sur le modèle et les modalités de son application sont vues comme étant des conditions incontournables.

Leviers identifiés spécifiquement par les participants du milieu de la santé

Les conditions favorables à l'implantation invoquées se rapportent à la connaissance du milieu, l'expertise en intervention communautaire, l'exclusivité du pouvoir décisionnel par les intervenants de la santé, la stabilité du personnel et la détermination des rôles, des mandats et de l'imputabilité. Le pouvoir décisionnel et la détermination des rôles, des mandats et de l'imputabilité étant identifiés comme les

leviers les plus importants.

Obstacles à l'implantation de l'IGC-PP

Obstacles identifiés par l'ensemble des participants

Des obstacles ont été identifiés par 12 des 13 participants. La famille et le manque de ressources sont ressortis de leurs propos. L'absence de l'implication des parents aux activités de l'école (bénévolat, événements) et leur manque de collaboration avec les intervenants, tant du milieu de la santé que de celui de l'éducation, ne permettraient pas d'assurer une continuité à la maison; ces deux facteurs ont été identifiés comme des obstacles majeurs à l'implantation de l'IGC-PP. Certains ont souligné également le manque de respect de plus en plus présent de la part des parents à l'endroit des intervenants.

Ça ne sera pas facile d'intégrer les parents parce qu'il y en a beaucoup qui travaillent ou qui sont monoparentaux. On a besoin de quatre parents dans le conseil d'établissement et à chaque année, on a de la difficulté à le former. C'est toujours les mêmes deux ou trois qui s'impliquent. (Philippe)

Les parents remettent en question, et de façon parfois irrespectueuse, le personnel de l'école et du CLSC. Des fois, on a peur. Il y a de plus en plus de parents violents. (Christine)

Avant, il y avait l'Église qui mobilisait les familles vers un objectif commun. Maintenant, se mobiliser vers un projet commun dans notre société individualiste, on a tous à cœur le bien-être de nos enfants mais ça, ça va être plus difficile. (Ginette)

Le manque de ressources, autant financières, matérielles qu'humaines, figure au nombre des préoccupations partagées. Découlant de ce manque de ressources,

s'ensuivent un manque de temps et une surcharge de travail. Les participants des deux milieux affirment que cette surcharge affecte surtout les intervenants de l'éducation.

Obstacles identifiés spécifiquement par les participants du milieu de l'éducation

L'habitude qu'auraient les enseignants de travailler en vase clos dans leur milieu sur des dossiers qui nécessiteraient pourtant une collaboration avec des acteurs d'autres milieux a été citée comme un obstacle. L'exclusion du syndicat du processus est reconnue comme un obstacle à l'implantation du projet, puisqu'en dernier ressort l'organisation et le contenu du travail sont scrutés à la loupe par cette association. L'imposition des façons de faire, comme, par exemple, en ce qui concerne l'évaluation des interventions qui seraient faites auprès des élèves ou des compétences qui seraient développées par ces derniers, dans le cadre de l'IGC-PP ainsi que le temps à consacrer à la lecture de la documentation, qui y est reliée, sont autant d'obstacles identifiés par les intervenants de ce milieu. Enfin, le manque de soutien en termes de formation et de disponibilité de temps sont perçus comme étant des obstacles majeurs à l'implantation durable du modèle.

Obstacles identifiés spécifiquement par les participants du milieu de la santé

Parmi les thèmes qui ressortent, mentionnons l'incompréhension du modèle par les acteurs du milieu de l'éducation et le manque de soutien aux enseignants, tout ceci dans un contexte de surcharge de travail. La crainte de perdre leur pouvoir de décision sur la programmation des activités relatives à la santé scolaire, de perdre des postes dans

leur milieu et la crainte d'une baisse de la qualité des services sont, sans contredit, les plus grands obstacles à l'implantation de l'IGC-PP cités par les acteurs du CLSC. Ils craignent effectivement une baisse de la qualité des services qui pourrait souffrir de l'improvisation des gens issus de la communauté, dans l'exercice des rôles qui leur seront dévolus, dans le sens où l'enseignement donné aux jeunes pourrait ne pas être basé sur des informations tirées des sources probantes. Cette préoccupation partagée les amène à se questionner sur l'imputabilité relativement à ce type d'interventions dans les écoles. L'infiltration possible des établissements scolaires par le réseau privé dans un but lucratif figure également au nombre des préoccupations partagées par les répondants. Par ailleurs, le manque possible de concordance entre les priorités nationales et régionales en matière de santé publique pour les jeunes et les problèmes ciblés par les directions d'école fait craindre un dérapage aux intervenants de la santé. De façon générale, ces derniers redoutent un choix d'interventions basé sur les perceptions ou les préférences des directions d'école et que, par conséquent, les problématiques de santé identifiées ne soient pas réellement fondées ou prioritaires.

Les programmes de santé viennent de l'Agence et nous quand on va à l'école, on n'a aucun intérêt pécuniaire. Mais ça c'est déjà vu dans certaines écoles. Il y a un dentiste, par exemple, qui va parler de la santé dentaire, puis il laisse un petit dépliant et sa carte d'affaire. Quand on vient d'un organisme public, il n'y a pas d'intérêt autre que la santé et le bien-être de l'enfant. Ma crainte, c'est d'ouvrir l'école à plein de gens qui pourraient avoir des intérêts autres que la santé et le bien-être des enfants. (Stéphanie)

Est-ce qu'ils sont en train de nous retirer des écoles? (Ginette)

Moi, ma crainte, c'est que monsieur et madame tout le monde s'improvisent de la communauté et entrent dans les écoles et qu'on assiste à une perte de l'information et de la qualité de l'information. Qui va être imputable pour ce qui

va être donné aux jeunes sur la santé et les aspects sociaux? (Julie)

Obstacles identifiés par les infirmières participantes

De façon unanime, les infirmières s'accordent pour dire que le plus grand obstacle à l'implantation de l'IGC-PP est cette perception de l'existence d'un lien hiérarchique de supériorité entretenue par les acteurs du milieu scolaire, dans leurs interactions avec les acteurs des autres milieux. Par exemple, selon les infirmières, dans la description du modèle, on devrait lire « L'école, le CLSC et leurs partenaires » plutôt que « L'école et ses partenaires ». Ces propos, concernant le pouvoir de décision dans la programmation, représentent le thème central de leurs commentaires. En effet, ces professionnelles affirment que la programmation de la santé scolaire relève de leur champ de compétence et elles ne voient pas la nécessité de consulter les autres acteurs à cet égard. Elles justifient leur position par le fait qu'elles sont en lien direct avec l'Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux et qu'elles s'appuient, non seulement, sur des données probantes mais également sur les priorités nationales et régionales en matière de santé publique pour établir leur programmation. En contrepartie, elles ajoutent qu'elles ne se reconnaissent pas avoir les compétences nécessaires pour enseigner les mathématiques ou décider du projet éducatif des écoles.

Ce qui m'inquiète, c'est que l'école dans ma tête, c'est des directeurs, des enseignants, des parents qui vont avoir un droit de regard sur les programmes en santé. Moi, ça m'inquiète parce que ces gens-là n'ont pas une expertise en santé et n'ont pas de formation en ce qui concerne la promotion, les problèmes de santé et la prévention de la maladie. (Isabelle)

Paradoxalement, les infirmières mentionnent la non participation du milieu scolaire comme un obstacle à l'implantation du modèle. Par ailleurs, elles ont toutes mentionné leur grand investissement en santé scolaire au fil des ans, et ce, malgré le peu de temps qui leur est alloué par école. Elles disent avoir l'impression que leur expertise ne serait pas reconnue à travers l'IGC-PP et elles soulignent la possibilité de se désengager collectivement envers l'école.

Solutions à l'implantation de l'IGC-PP

Lors des entrevues individuelles, diverses pistes de solutions ont été suggérées de part et d'autre. Du côté du milieu de l'éducation, on propose une formation et une documentation sommaire mais précise et claire pour les enseignants et des dépliants d'information pour les parents sur l'IGC-PP. Une des participantes suggère d'encourager la recherche sur l'implication des parents dans le projet éducatif et une autre recommande la représentation syndicale. Du côté du milieu de la santé, on propose l'ajout de ressources spécialisées telles que des infirmières, des travailleuses sociales et autres professionnels dans le milieu scolaire, afin d'alléger la tâche des enseignants aux prises avec des jeunes en difficulté d'apprentissage et autres problématiques reliées à l'encadrement des jeunes. Il a été suggéré d'implanter le modèle sur une plus grande échelle.

Suite à ces recommandations, l'investigatrice, en accord avec son directeur, a choisi de regrouper les participants dans le cadre d'une rencontre de type *focus group*.

Étant tous contraints par le temps, les échanges ont porté essentiellement sur un levier (coordination du comité d'implantation) et une barrière (manque d'implication des parents). En ce qui concerne l'aspect de coordination du comité d'implantation, étant donné que les participants avaient des opinions très divergentes, il fut question de comprendre davantage les opinions des uns et des autres. Quant au manque d'implication parentale, obstacle nommé par la majorité des participants, il fut question de trouver les stratégies les plus efficaces, pouvant permettre d'augmenter cette implication.

Coordination du comité d'implantation

En ce qui concerne la composition du comité d'implantation, certains participants de l'étude proposent qu'un organisateur communautaire soit responsable du comité et de sa coordination, alors que d'autres verraient mieux soit une infirmière, soit une travailleuse sociale, soit un enseignant, soit encore la direction de l'école à la tête de ce comité. On remarque que les participants du milieu de la santé se désignent ou désignent un des leurs alors que du côté des participants du milieu de l'éducation, les participants désignent un des leurs, à l'exception d'un participant qui suggère un intervenant de la santé comme responsable de la coordination. Lors des rencontres individuelles, les infirmières confiaient la responsabilité du comité à la directrice des services communautaires de façon paritaire avec une personne-ressource de la commission scolaire. Par la suite, elles ont proposé unanimement que ce soit une infirmière. Or, des treize participants, cinq ont proposé la direction d'école, trois ont suggéré un intervenant

de la santé, trois autres ont proposé une infirmière et un participant a recommandé que le responsable soit un enseignant. Certains se sont davantage attardés sur les attributs personnels et professionnels de la personne. L'adhésion au projet, l'aptitude à entrer en relation avec les autres, le fait d'avoir des compétences en enseignement, la crédibilité dont on jouit auprès de ses pairs ainsi que sa bonne connaissance des différents milieux d'intervention (santé, éducation et communautaire) et de l'approche communautaire sont les critères jugés essentiels par la majorité des participants pour occuper une telle fonction. Selon certains, le comité devrait regrouper un représentant par milieu et, pour d'autres, il devrait se restreindre à trois personnes dont un responsable, un représentant de l'école et un du CLSC. Au niveau du fonctionnement, tous les participants s'accordent pour dire que le responsable du comité devra être sur place, dans l'école, à temps complet ou n'être affecté qu'à ce mandat pendant la phase d'implantation. Ils s'entendent aussi sur le fait que l'implantation doit se faire de façon intensive. Des participants recommandent que le comité se réunisse aux deux ou aux trois semaines pour évaluer le plan d'intervention qu'il se sera donné et vérifier si les objectifs sont atteints ou non. D'autres croient que les rencontres devraient plutôt être hebdomadaires. Cette dernière possibilité serait compromise par un manque de ressources du côté de la santé où il n'y a que quatre intervenants du CLSC pour les six écoles du territoire, ce qui fait que chaque intervenant se voit affecté à plusieurs écoles.

Moi, ça m'apparaît important pour l'implantation qu'il y ait un momentum, une dose intensive en début d'année avec une personne comme, moi je trouve ça intéressant ton idée là d'organisateur communautaire. Je ne savais pas qu'il y en avait qui jouait ce rôle là, mais aussi le fait que dans chaque école qu'il y ait une personne désignée. (Christine)

Moi, je pense que par notre formation, nous les infirmières, on a une mission de la santé et, sur l'aspect social, moi je trouve que l'infirmière est un bon pivot pour ça. (Frédérique)

Moi, j'ai identifié l'organisateur communautaire comme personne responsable parce qu'il est en lien avec les différents organismes. Il peut avoir aussi une très bonne connaissance du milieu scolaire et du milieu de la santé. Je trouve important que cette personne soit impliquée dans toutes les écoles en lien avec un responsable par école du milieu de l'éducation, mais que l'organisateur communautaire soit la personne pivot et qu'il y ait une certaine uniformité au niveau du territoire. (Stéphanie)

Implication de la famille

Les propositions proviennent surtout des participants du milieu de l'éducation. On recommande d'impliquer les parents à la vie scolaire, en les invitant pour d'autres occasions que pour leur parler seulement des problèmes de leurs enfants. On suggère, par exemple, de les inviter lors des activités à caractère récréatif et que l'invitation leur soit lancée par les enfants. Des expériences tentées ailleurs ont démontré une plus grande implication parentale dans ce contexte. D'autres suggestions sont formulées dans le sens de rencontrer les parents dans des lieux autres que l'école qui, pour certains, est associée à des souvenirs négatifs de leur enfance. Ces lieux peuvent être des endroits communautaires comme la Maison des Familles, à titre d'exemple. Il est également suggéré que le CLSC encourage l'implication parentale avant même que l'enfant ne débute l'école. Il est proposé d'arrêter, en début d'année scolaire, les dates où les parents seront invités et de les leur faire connaître au plus tôt. Enfin, pour impliquer les parents, des participants proposent qu'on leur confie des rôles clés adaptés à leurs besoins et capacités, de façon à ce qu'ils sentent détenir un certain pouvoir sur ce qui se planifie à

l'école pour les intérêts des enfants.

Moi, j'ai l'impression aussi qu'il va falloir être plus astucieux, faire venir les parents à l'école pour autre chose que dans le fond quand est-ce qu'on les appelle les parents? Quand ça va mal! Alors moi, je pense qu'il va falloir les amener dans un autre contexte comme les olympiades. (Christine)

Oui, oui. Je pense que ça peut aider d'impliquer les enfants comme intermédiaires à motiver les parents à se présenter. (Sarah)

Pour impliquer les parents, il faut leur donner un rôle majeur dans les comités, sinon ils vont se désengager. Si on leur demande de faire des galettes, s'ils sentent que leur rôle est secondaire, ils vont se désengager assez vite. Il ne faut pas qu'ils sentent qu'ils doivent être là parce que la structure exige qu'il y ait tant de parents pour compléter le comité. Il faut qu'ils se sentent porteurs du dossier, sinon on les perd. Je ne pense pas que c'est le manque de temps parce que quand on décide qu'on rentre sur un comité des parents, on le trouve le temps. Si on veut impliquer des parents dans des comités décisionnels, ils doivent sentir qu'ils ont un pouvoir décisionnel, qu'ils jouent un rôle clé qui est reconnu. (Ginette)

3.2.5.4 Discussion des résultats

Cette dernière section est réservée à la discussion des résultats présentés et analysés à la section précédente. La première partie établit des liens entre les résultats de l'intervention et la revue de la littérature. La seconde partie fait ressortir les limites de l'étude, souligne son apport ainsi que les suites à lui donner.

Les deux premières questions du guide d'entrevue visaient l'exploration du niveau de connaissance et de compréhension que les répondants avaient de l'IGC-PP ainsi que leurs opinions quant à sa faisabilité. Bien que tous les répondants aient reconnu le bien-fondé d'une approche globale et concertée, il y a lieu de constater que les concepts de l'IGC-PP ne sont bien connus et assimilés que par les répondants du milieu

de la santé, eux, qui ont eu à évaluer, au début de l'année, quelques documents de travail relatifs à ce modèle. Quant aux répondants issus du milieu de l'éducation, ils semblent moins bien connaître la philosophie et les concepts de l'IGC-PP. Par exemple, certains d'entre eux, tout en mentionnant l'importance de voir les interventions se renforcer mutuellement, préconisent en même temps d'étaler l'implantation du modèle sur une longue période, au-delà d'une année, ce qui va à l'encontre de ce qui est proposé par les spécialistes (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003) qui recommandent que l'implantation se fasse de façon intensive et simultanée, surtout au début. La principale difficulté de compréhension se situe donc au niveau du concept d'interrelations entre les différents facteurs de développement des jeunes, dans le cadre de la mise en application du modèle. La présentation schématique du modèle tel qu'on le retrouve dans les documents remis aux intervenants (voir schéma I) ne démontre pas non plus cette interrelation qui devrait exister entre les différents facteurs de développement des jeunes. Cette représentation schématique linéaire n'incite donc pas les intervenants à penser à une implantation simultanée du modèle de façon à ce que les interventions ciblant chacun des facteurs se renforcent mutuellement.

En ce qui a trait à la faisabilité, les commentaires des participants permettent d'établir une concordance avec la littérature sur le sujet. En effet, la réserve émise par 12 des 13 participants, quant à la faisabilité du modèle, rejoint les constats faits par plusieurs auteurs (Deschênes, Martin & Jomphe, 2003; Fetro, 1998; McKenzie & Richmond, 1998).

La concordance avec la littérature sur ce sujet se manifeste également par le fait que bon nombre d'écoles visées par l'étude déploient des mesures de prévention et de promotion ciblant des facteurs de développement des jeunes, mais de façon peu concertée. Parmi ces facteurs, l'estime de soi représente un sujet d'actualité fort prisé dans ce milieu et a été le facteur de développement le plus couramment cité par les répondants comme constituant une grande préoccupation pour eux. Du côté de l'éducation, les mesures visent donc logiquement et principalement l'estime de soi et, dans une certaine mesure, la compétence sociale. En santé, les interventions se concentrent surtout sur l'éducation à la santé et les services préventifs. L'éducation à la santé cible essentiellement les habitudes de vie et, dans un moindre degré, les comportements sécuritaires. Les services préventifs se traduisent par la vaccination et les consultations individuelles, ainsi que l'information des partenaires concernant des sujets comme les allergies, les poux, les collations santé. L'environnement représente le facteur de développement le moins bien implanté en termes d'environnement scolaire physique, sociocommunautaire et familial. Ainsi, suite aux commentaires émis en entrevue, on remarque que les partenariats sont très développés entre les intervenants du CLSC. Il y a concertation entre les intervenants au cours de la programmation qui aboutit à l'établissement d'un certain synchronisme dans les activités à réaliser. De plus, leurs actions sont orientées en fonction des priorités nationales de santé publique 2003-2012 (Massé & Valentini, 2003). Par contre, sur le « terrain », ces répondants se présentent en début d'année scolaire avec leurs programmes pré-établis et travaillent en silo avec chacune des classes ciblées. La seule concertation, qui semble existée, porte

sur la planification de l'agenda avec les enseignants. Leurs partenariats avec les familles et les intervenants de l'école se produisent au gré des besoins ponctuels, il ne semble pas y avoir l'évidence d'une concertation avec les organismes communautaires. Du côté du milieu de l'éducation, la consultation interne semble moins développée et les enseignants travaillent selon l'habitude « de porte fermée », comme l'a si bien qualifié une des participantes. Or, que l'on provienne du milieu de la santé ou de celui de l'éducation, les mesures sont souvent de type « instruction en classe » et opérationnalisées, à bien des égards, indépendamment les unes des autres. Il ne semble pas y avoir de concept unificateur et les liens entre ces composantes ne sont pas, par conséquent, examinés dans une optique de renforcement mutuel. Ce constat suit la tendance observée dans d'autres pays offrant des services de santé scolaire similaires (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003; Fetro, 1998). Enfin, les propos des intervenants de première ligne reflètent davantage des préoccupations liées au contenu alors que ceux de leurs collègues agissant en deuxième ligne réfèrent à la structure des services. Cette situation, bien qu'elle n'ait pas été relevée dans notre recension des écrits, s'inscrit tout de même, à notre avis, dans une certaine logique.

En ce qui concerne les leviers à l'implantation de l'IGC-PP identifiés par les participants, ils correspondent fidèlement à ceux qui sont ressortis dans la recension des écrits. En effet, la préoccupation des répondants de la santé dont les infirmières, concernant la détermination des mandats et de l'imputabilité ainsi que le partage du pouvoir décisionnel entre les acteurs rejoint celle de Ouellet, Paiement et Tremblay

(2002). Les attributs personnels et professionnels de la personne qui serait en charge de la coordination correspondent à ceux définis par Allensworth *et al.* (1997), Fetro (1998), Deschênes, Martin et Jomphe Hill (2003). Il est surprenant de constater que plusieurs auteurs en sciences infirmières (Allensworth & Reniscow, 1996 ; Fetro, 1998; Ross, 1999) attirent l'attention sur l'importance des compétences cliniques que devrait avoir la personne responsable du comité de coordination, tout comme l'ont fait les infirmières ayant participé à notre enquête. Nous observons qu'à l'intérieur de chacun des deux milieux étudiés, les acteurs travaillent en interdisciplinarité, bien que cette tendance soit plus évidente dans le milieu de la santé.

En ce qui a trait aux obstacles à l'implantation, l'intersectorialité est ressortie comme étant une pratique à développer dans les deux milieux étudiés. Encore faut-il que les acteurs soient, non seulement, convaincus du bien-fondé de l'IGC-PP pour les jeunes et leurs familles mais aussi convaincus du bien-fondé de la collaboration de ces derniers dans le processus de l'implantation et de la mise en œuvre de l'IGC-PP. Il semble actuellement, que les acteurs du milieu de l'éducation essaient tant bien que mal de s'approprier le projet, moyennant des mécanismes de soutien de leurs supérieurs, des parents et des acteurs de la santé. Ces derniers affirment que la communauté éducative a besoin de soutien à tous les niveaux pour entériner le concept d'*École en santé*, que l'ampleur du curriculum de ce type d'intervention est perçue comme une surcharge de travail par les enseignants et que les demandes du milieu scolaire sont présentées sous forme de soutien plutôt que d'échanges. Or, les intervenants du CLSC considèrent les

opinions des autres acteurs comme une forme d'ingérence dans un champ de compétence qui est leur. Le même constat a été fait par Rissel et Rowling (2000) et par St Leger (1998) qui a réalisé une étude auprès des enseignants australiens. Les résultats de ce chercheur indiquent que les acteurs du milieu de l'éducation conçoivent leur partenariat avec la communauté comme un moyen d'acquérir des ressources et non comme une avenue pour travailler en collaboration. Les résultats de l'étude de Shartrand *et al.* (1997) ainsi que ceux du Conseil de la Famille et de l'Enfance du Québec (2000) vont dans le même sens, soulignant que les enseignants et les administrateurs scolaires conçoivent leurs relations avec les parents comme étant unidirectionnelles.

Or, la mobilisation des partenaires et le consensus de base sont des étapes de l'intersectorialité qui représentent un défi pour les acteurs du milieu de l'éducation. De plus, alors que l'intersectorialité se prête bien à l'implantation de l'IGC-PP, certaines conditions inhérentes à ce modèle contreviennent à cette démarche. C'est le cas, par exemple, pour le leadership qui est d'office dévolu à la direction de l'école, alors qu'idéalement le choix du leader devrait se faire par consensus. Par ailleurs, le milieu de l'éducation a exprimé son intérêt à s'impliquer dans le processus dans la mesure où son personnel n'aurait pas à évaluer les interventions ou les compétences développées par les élèves, dans le cadre de cette nouvelle approche. Cette attitude contradictoire a été notée Green et Ottoson (1999), à l'effet que plusieurs écoles, bien qu'ayant accepté la responsabilité de l'éducation à la santé, se dégagent toutefois de toute imputabilité face aux résultats.

Enfin, cette étude fait ressortir deux particularités que nous n'avons pas recensées dans la littérature. Il s'agit de l'esprit de lucre qui animerait certains groupes ou individus de la communauté lors des interventions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes, et des conséquences désastreuses de faire fi du syndicat. Culturellement, le pouvoir syndical est très puissant au Québec et la Confédération des syndicats nationaux (CSN) n'échappe pas à cette règle.

Au regard des solutions proposées, il ressort que les acteurs du milieu de la santé recommandent d'être, à la fois, les consultants et les décideurs en ce qui a trait à la programmation des activités de santé scolaire. Pour leur part, les participants du milieu de l'éducation réclament du soutien en termes de temps et de formation afin qu'ils aient une vision commune de l'approche et de ses concepts. Ces observations correspondent aux allégations formulées par l'OMS (1996), Williams (1996) et Costante (2001). Une intensification des mesures comme la nomination d'un coordonnateur à plein temps pour implanter l'IGC-PP dans le milieu scolaire est également proposée par certains participants, ce qui va dans le sens de ce que suggère Houle (2003). Enfin, comme on peut le constater, de cette étude ont émergé des solutions originales, en ce qui concerne la façon d'augmenter l'implication des parents.

3.2.6 Étape de la terminaison

La terminaison est inhérente au processus de consultation. À cette étape, les tâches de la consultante consistent à : évaluer l'intervention, prévoir les suites et clore la

relation. Or, lors de la dernière rencontre, à part la communication des résultats au système-client, l'évaluation de l'intervention en termes de satisfaction et de nécessité a été explorée par des questions telles : « Que pensez-vous de l'intervention? », « L'objectif est-il rencontré? », « Y voyez-vous des avantages pour vous, votre milieu, les jeunes? ». L'observation a aussi été utilisée pour apprécier le degré de satisfaction du système-client.

3.2.6.1 Apports de l'intervention

Cette étude a l'avantage d'avoir permis l'émergence de diverses solutions de la part des participants sur des obstacles qu'ils avaient identifiés, au préalable, et sur lesquels ils pouvaient exercer une certaine influence tout en tenant compte des réalités de leur milieu. Ces obstacles ressortent également dans la littérature comme un casse-tête auquel peu de solutions tangibles sont proposées. L'étude a également favorisé l'amorce d'une incontournable collaboration entre les participants des milieux de la santé et de l'éducation lors du *focus group* à l'approche imminente de l'implantation de l'IGC-PP. La démarche s'est révélée propice à stimuler la réflexion chez les participants issus de disciplines et de milieux diversifiés et à les amener à travailler ensemble, de façon harmonieuse dans un esprit de recherche de solutions. En effet, si la plupart des participants se réunissent et se concertent à l'intérieur de leur établissement, l'intersectorialité est quasi-absente, surtout entre les intervenants de première ligne. Par exemple, les intervenants du CLSC brillent par leur absence aux réunions de l'équipe-

école et à celles du conseil d'établissement.

Bien que nous ne puissions prétendre à la transférabilité des résultats, la démarche, par contre, offre d'intéressantes possibilités de réplication et suscite la réflexion en équipe intersectorielle sur les leviers et les obstacles à l'implantation de l'IGC-PP. Elle pourra donc servir de référence à des interventions de cet ordre. Ce processus est intéressant dans le cadre d'une étude, mais l'est également en contexte de travail intersectoriel. La mise sur pied d'un groupe d'acteurs où les résultats sont discutés représente un pas certain vers la collaboration intersectorielle nécessaire à l'implantation et à la mise en œuvre de l'IGC-PP dans toutes les régions du Québec.

3.2.6.2 Limites de l'intervention

Cette intervention s'est déroulée avant l'implantation et la mise en œuvre de l'IGC-PP dans la région du Saguenay Lac-Saint-Jean et dans le reste de la province de Québec. Cette situation constitue à la fois une force, étant à notre connaissance, la première étude s'étant intéressée aux conditions d'implantation de l'IGC-PP sur notre territoire.

La première limite identifiée réfère au faible intérêt des enseignants pour l'IGC-PP, restreignant considérablement leur participation à l'étude. Ceci s'explique, en partie, par le fait qu'aucun d'eux n'avait entendu parler du projet auparavant, ce qui n'est pas le cas de leurs collègues du milieu de la santé qui avaient eu à lire les documents de travail

sur cette nouvelle approche et même à formuler des propositions aux instances provinciales. La lecture des documents venait donc s'ajouter à leur tâche que plusieurs d'entre eux considéraient déjà lourde. Du côté de la santé, la mobilité du personnel n'a pas permis l'ajout d'une intervenante sociale supplémentaire au nombre des participants. Par ailleurs, notre intervention se situant dans le cadre d'un projet d'études de deuxième cycle, nous avons dû restreindre le nombre et la diversité des participants d'où la faible représentativité des différents acteurs visés par l'IGC-PP tels que : les parents, les élèves, le personnel de soutien de l'école, les organismes communautaires, les Centres jeunesse, etc. Conséquemment, la petite taille de l'échantillon, surtout en milieu scolaire constitue l'une des faiblesses de notre étude. Enfin, du fait que l'investigatrice en était à sa première expérience en animation d'un *focus group*, il se peut qu'elle n'ait pas exploité toute la richesse des informations que l'utilisation plus appropriée de cette technique aurait pu générer.

3.2.6.3 Évaluation globale de l'intervention

Le modèle retenu définit donc l'efficacité de l'intervention comme la capacité de produire le maximum de résultats avec le minimum d'efforts. Parmi les critères d'efficacité proposés, on retrouve, entre autres, l'atteinte des objectifs, l'absence d'effets secondaires, la pertinence du projet, l'intérêt suscité par le projet, la satisfaction des participants et de l'ensemble de la communauté (Lescarbeau, Payette & St-Arnaud, 2003). Un journal de bord tenu à jour régulièrement a servi d'instrument supplémentaire pour fin d'évaluation du processus de l'intervention. Le contrat qui liait la consultante

avec les milieux d'intervention s'est terminé à la fin de la deuxième rencontre tenue le 4 juin 2004. Dans le contexte académique où l'intervention s'est déroulée, il a été convenu de la tenue d'une rencontre au cours de laquelle l'étudiante informera les participants et l'ensemble de la communauté concernée des principaux résultats du projet. Il est entendu que l'investigatrice ne prévoyait pas la détermination des mécanismes qui auraient permis d'enraciner les changements opérés. Toutefois, elle s'est montrée disponible pour répondre aux questions que pouvait susciter l'intervention. Enfin, une lettre de remerciement a été envoyée à tous les participants et participantes au projet (voir modèle à l'annexe 6).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Ce travail a permis de mettre en lumière les conditions d'implantation de l'IGC-PP. Dans le contexte d'approches globales et concertées en promotion de la santé des jeunes, le partenariat est, de toute évidence, très significatif, puisque les milieux de vie sont aussi très variés et qu'une intervention simultanée sur les différents facteurs de développement des jeunes est souhaitable.

Parmi les conditions gagnantes d'implantation d'interventions globales et concertées en milieu scolaire, il ressort qu'au-delà du discours officiel, la volonté réelle d'implanter ce type d'interventions doit se traduire par la présence sur le terrain d'une philosophie d'*École en santé* et d'actions concrètes dûment planifiées et coordonnées et en intensité suffisante pour en assurer la pérennité. Le soutien financier cité dans tous les écrits est une condition de succès incontournable. De plus, la revue des écrits sur le sujet démontre clairement qu'une attention particulière devra être accordée aux intervenants du domaine de l'éducation en termes de culture, de soutien et de formation (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003; McKenzie & Richmond, 1998; St Leger, 1998), et que les acteurs du milieu de la santé doivent se sentir partie prenante du projet. Leur pouvoir de décision est crucial.

D'autre part, l'intersectorialité représente une démarche des plus appropriées pour l'implantation et la mise en œuvre de l'IGC-PP. Elle favorise, notamment, la collaboration, l'engagement et une meilleure intégration des différentes actions réalisées dans l'école. Elle permet également une connaissance approfondie des besoins et des ressources du milieu tout en contribuant au sentiment de participer à l'amélioration de la qualité de vie de la communauté (Deschênes, Jomphe & D'Amours, 2001). Toutefois, il est important que tous les acteurs soient d'abord convaincus du bien-fondé de leur partenariat.

Enfin, l'implantation de l'IGC-PP doit inévitablement s'opérer dans une perspective de changement, bien que ce besoin ne semble pas exister chez certains répondants. À court et moyen termes, nous endossons l'idée de Ouellet, Paiement et Tremblay (2002), Deschênes, Jomphe & Martin (2003) concernant la nécessité d'évaluer l'implantation d'une telle approche.

Comme suites à donner à l'étude, il serait intéressant de répliquer cette étude dans d'autres territoires en élargissant l'éventail des participants, ce qui permettrait d'obtenir un portrait plus réel de la situation. Par exemple, les points de vue des jeunes, du personnel de soutien de l'école et des divers acteurs communautaires tels que les centres jeunesse, les organismes communautaires, les municipalités et autres contribueraient à enrichir ce genre d'étude.

En regard de la discipline infirmière en santé des jeunes, on est à même de constater que l'expertise infirmière est nécessaire à l'équipe intersectorielle et ce, à tous les paliers. Son implication dans les comités locaux comme l'équipe-école ou le conseil d'établissement, aux instances régionales et provinciales est à encourager. La vaste connaissance qu'ont les infirmières des milieux scolaire et communautaire leur permet d'occuper une place de choix et même de s'imposer comme leader en promotion de la santé et en prévention en faveur des jeunes.

RÉFÉRENCES

- AHQ. (1995). *Pour mieux travailler ensemble : Une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services*. Montréal : AHQ.
- Allensworth, D.D., Wyche, J., Lawson, E. & Nicholson, L. (1995) *Defining a Comprehensive School Health Program: An Interim Statement*. Washington D.C. : Division of Health Sciences Policy, National Academy Press.
- Allensworth, D.D. & Reniscow, K. (1996). Conducting a comprehensive school health program. *The journal of School Health*, 66(2), 59-64.
- Allensworth, D.D., Lawson, E., Nicholson, L. & Wyche, J. (1997). *Schools and health :Our nation's investment. Comprehensive school health programs in grades K-12*. Washington D.C : Institute of medicine, National Academy Press.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Barr, O. (1997). Interdisciplinary teamwork : Consideration of the challenges. *British Journal of Nation's Investment*. Comprehensive school health programs in grades K-12. Washington D.C : Institute of Medicine, National Academy Press.
- Blanchet, L., Laurendeau, M.C., Paul, D. & Saucier, J.E. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*. Boucherville : Gaëtan Morin, Boucherville.
- Bourdages, J., Sauvageau, L. & Lepage, C., (2003). Factors in creating sustainable intersectoral community mobilization for prevention of heart and lung disease. *Health Promotion International*, 18(2), 135-144.
- Center for mental health in school (2003). *Sustaining School-Community Partnerships to Enhance Outcomes for Children and Youth : a guide book and tool kit*. Los Angeles : Dept. of Psychology, UCLA..
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In Valle, R. & King, M. (Ed.). *Existential Phenomenological Alternative for Psychology*, 48-71. New York : Oxford University Press.

- Conseil de la Famille et de l'Enfance (2000). *Pour une Plus Grande Complicité entre les Familles et les Élèves*. Québec : Conseil de la Famille et de l'Enfance.
- Costante, C.C. (2001). School health nursing : framework for the future part II. *Journal of School Health*. 17(2), 64-72.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de première ligne au Québec*. Montréal : Thèse de doctorat non publiée, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Deschesnes, M., Jomphe Hill, A., Léveillé, D. & D'Amours, G. (1999). *Évaluation d'implantation d'une action intersectorielle dans le cadre du projet "Écoles-milieus en santé, région de l'Outaouais : phase 1 : élaboration d'un plan global d'interventions en promotion de la santé chez les enfants de 6 à 12 ans. Écoles et milieux en santé : rapport d'évaluation*. Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Université du Québec à Hull.
- Deschesnes, M., Jomphe Hill, A. & D'Amours, G. (2001). *Évaluation d'un processus d'action intersectorielle au cours de la phase de mise en œuvre du projet « Écoles et milieux en santé » dans l'Outaouais*. Hull : Direction de la santé publique, RRSSS.
- Deschesnes, M., Martin, C. & Jomphe Hill, A. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion : How to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18(4), 387-396.
- Descoteaux, A. (2001). The school nurse manager : a catalyst for innovation in school health programming. *Journal of School Nursing*. 17(6), 266-269.
- Duplantie, A. (1999). *Bilan de la pratique infirmière en milieu scolaire*. O.I.I.Q.
- Fetro, J.V. (1998). Implementing coordinated school health programs in local schools. Dans Marx, E., Wooley, S.F., Northrop, D., *Health is academic : A guide to coordinated school health programs*. (pp.15-42). New York : Teachers College Press.
- Fortin, B. (2000). L'interdisciplinarité : rêves et réalité. *Psychologie Québec*. 17(3), 39-40.
- Gottlieb, N.H., Keogh, E.F., Jonas, J.R., Grunbaum, J., Walters, S.R. & Fee, R.M. (1999). Partnerships for comprehensive school health: collaboration among

- colleges/universities, state-level organizations, and local school districts. *Journal of School Health*, 69, 307–313.
- Green, L.W. & Ottoson, J.M. (1999). *Community and population health* (8th édition). New York : McGraw-Hill.
- Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche du Canada (2003). *Énoncé de politique des trois Conseils, Éthique de la recherche sur les êtres humains*, Ottawa. <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/policystatement/section1.cfm>. Retrieved April 2004, from the World Wide Web : <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/policystatement/section1.cfm>
- Hoover, J.H. & Ness, C.M. (2003). Creating communities for growth. *Reclaiming children and Youth*, 11(4), 194-196.
- Houle, V. (2003). *Prévention de la dépression chez les adolescents et les adolescentes à risque*. Rapport de consultation sur la faisabilité de l'implantation d'un programme dans la région de Québec. Québec : DRSP.
- Institut de la statistique du Québec (2001). Estimation de la population des MRC et des territoires équivalents au 1er juillet des années 1996 à 2004. Web : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/index.htm#ra
- Lebon, A., Dumais, J., Poudrier, G., Tessier, M., Théorêt, J., (2000). *État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC. (troisième rapport Lebon)*. Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lescarbeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2003). *Profession : consultant*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Leviton, L.C., Snell, E. & McGinnis, M. (2000). Urban issues in health promotion strategies. *American Journal of Public Health*, 90, 863–866.
- Marshall, B.J., Sheehan, M.M., Northfield, J.R., Maher, S., Carlisle, R. & St Leger, L.H. (2000). School-based health promotion across Australia. *Journal of School Health*, 70, 251–252.
- Martin, C., Arcand, L. & Rodrigue, Y. (2003). *Une école en santé. Pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes. Un guide à l'intention du milieu scolaire et*

de ses partenaires. (Document de travail). INSPQ, MEQ, MSSS, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Martin, C. & Arcand, L. (2003). *Une école en santé. Pour le bien-être et la réussite éducative de tous les jeunes. Document complémentaire : Les mesures appropriées de promotion et de prévention.* (Document de travail). INSPQ, MEQ, MSSS, Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Massé, R. & Valentini, H. (2003) (sous la direction de). *Le programme national de santé publique 2003-2012.* Québec : Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux.

Mckenzie, F. & Richmond, J.B. (1998). *Linking health and learning : An overview of coordinated school health programs.* Dans Marx, E., Wooley, S.F., Northrop, D., *Health is academic : A guide to coordinated school health programs.* (pp.1-14). New York : Teachers College Press.

Ministère de l'Éducation (2002). *Les services éducatifs complémentaires : des programmes mobilisateurs, des services intégrés.* Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires.

Ministère de l'Éducation du Québec (2002). *Révision des ententes de complémentarité entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux.* Québec : Rapport conjoint de la consultation régionale, région de la Capitale nationale.

MÉQ-MSSS. (2003). *Stratégie de mise en œuvre 2003-2006 de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de l'Éducation.

Ouellet, F., Paiement, M. & Tremblay, P.H., (2002). *L'action intersectorielle; un jeu d'équipe.* Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Cecom, Hôpital Rivière-des-Prairies.

Paladino, C.A. (2000). *School nursing : scope of practice (part II).* *New Jersey Nurse*, 30(10), 3-6.

Parsons, C., Stears, D. & Thomas, C. (1996). *The Health Promoting School in Europe: conceptualising and evaluating the change.* *Health Education Journal*, 55, 311-321.

- Pineault, R. & Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Les éditions Agence d'Arc, pp. 226-247.
- Rissel, C. & Rowling, L. (2000). Intersectoral collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia. *Journal of school Health*. 70(6), 248-250.
- Ross, S.K. (1999). The clinical nurse specialist's role in school health. *Clinical Nurse Specialist*, 13(1), 28-33.
- Secrétariat à la Jeunesse du Québec (2001). *Politique québécoise de la jeunesse*. Bibliothèque nationale du Québec, pp. 33-39.
- St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : Efficacité et coopération*, 2^{ème} édition. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- St Leger, L.H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - a review of the claims and evidence. *Health Education Research*. 14(1), 51-69.
- St Leger, L.H. (1998). Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health promotion international*, 13(3), 223-235.
- St Leger, L., Nutbeam, D. (2000). A model for linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health*, 70, 257-259.
- Shartrand, A.M., Weiss, H.B., Kreider, H.M. & Lopez, M.E. (1997). *New skills for new schools : preparing teachers in family involvement*. Harvard family research project, Cambridge, MA.
- Stewart, M.J., (2000). *Community nursing promoting Canadians' health*. 2nd edition. Toronto : Saunders, 386-391.
- Voyer, P. (2000). L'interdisciplinarité, un défi à relever. *L'infirmière canadienne*. Mai, 39-44.
- Williams, J.H. (1996). The School Environment and Health. *Promotion and Education*, 3(1), 10-14.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Proceedings of the second international conference on health promotion. Ottawa : World Health Organization.

World Health Organization (1996). *Promoting health through schools*. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization (1997). *Promoting health through schools. Report of aWHO expert committee on Comprehensive school health education and promotion*. Geneva : WHO technical report series 870.

Énoncé de politique des trois Conseils, Éthique de la recherche sur les êtres humains.
Ottawa : Approvisionnement et Services Canada (1998).
<http://www.nserc.ca/programs/ethics/francais/policy.html>

ANNEXE 1

Guide d'entrevue

GUIDE DES QUESTIONS D'ENTREVUE

Concernant l'IGC-PP

- Vous avez pris connaissance du modèle d'intervention IGC-PP, qu'en pensez-vous?
- Croyez-vous que les interventions ciblant les facteurs de développement contenus dans ce modèle ont des liens entre elles? Se renforcent-elles mutuellement ou non?

Concernant les leviers et les barrières à l'implantation de l'IGC-PP dans votre milieu

- Selon votre perception, quels sont les leviers qui pourraient favoriser l'implantation durable de l'IGC-PP dans l'ensemble de ses facteurs de développement de façon à ce que les interventions ciblant chaque facteur se renforcent mutuellement?
- Lesquels de ces leviers vous apparaissent les plus importants?
- Selon votre perception, quels sont les obstacles à l'implantation durable de l'IGC-PP dans l'ensemble de ses facteurs de développement de façon à ce que les interventions ciblant chaque facteur se renforcent mutuellement?
- Lesquels de ces obstacles vous apparaissent les plus importants?
- Quelles seraient les solutions plausibles pour assurer la réussite de l'implantation de l'IGC-PP ?

ANNEXE 2

Modèle du formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Renseignement pour les participants et participantes

Titre de l'étude

Identification des facteurs conditionnant la réussite de l'implantation de l'Intervention globale et concertée de promotion et de prévention en milieu scolaire primaire sur un territoire de la région 02.

Cette étude est effectuée par Guylaine Chabot, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (option santé publique) à l'Université du Québec à Chicoutimi sous la supervision d'Antoine Lutumba Ntetu, professeur en sciences infirmières et de la santé et directeur du module des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Problématique de recherche

L'IGC-PP est un modèle d'intervention en milieu scolaire qui propose de lier les préoccupations de la santé et de l'éducation visant la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. À ce jour, les connaissances sur l'implantation adéquate de ce type de modèle dans l'ensemble de ses facteurs de développement sont peu développées. Étant des acteurs de premier plan dans l'implantation prochaine de l'IGC-PP, nous sollicitons votre point de vue sur les leviers et les barrières à l'implantation de ce modèle d'intervention dans votre milieu.

Buts de l'étude

Identifier les leviers et les barrières à l'implantation de l'IGC-PP en milieu scolaire primaire sur votre territoire.

Mobiliser les partenaires susceptibles d'être impliqués dans le processus d'implantation et de mise en œuvre de l'IGC-PP.

Avantages et inconvénients à participer à l'étude

À notre connaissance, nous n'identifions aucun inconvénient relié à votre participation à cette étude, si ce n'est le fait d'investir du temps pour les entrevues. En contrepartie, votre contribution à celle-ci vous permettra de participer activement à la mise en place de l'IGC-PP sur votre territoire et pourra servir de référence à d'autres milieux ailleurs au Québec, qui auront à implanter ce modèle. Votre participation a également le potentiel de contribuer à la mobilisation des acteurs visés par l'IGC-PP.

Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Si vous y prenez part, et qu'au cours de la recherche vous choisissez de vous désister, vous pourrez mettre un terme à votre participation sans préjudice à vos droits et sans justification des motifs qui motivent votre décision, à moins que, de votre plein gré, vous décidiez d'en faire part.

Confidentialité des données recueillies

La confidentialité sera respectée. Aucune information révélant votre identité ne sera divulguée ou publiée. Votre nom n'apparaîtra d'aucune façon sur les rapports et les données informatisées. Un nom fictif sera utilisé. Les données qui pourraient permettre l'identification des participants et participantes seront retirées lors de la divulgation des résultats, durant les conférences et les articles publiés. Seuls l'étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et son directeur auront accès aux enregistrements et aux rapports d'entrevues qui seront dénominalisés et conservés sous clé. Ces informations seront détruites six mois après l'acceptation du rapport final par les instances académiques de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Si vous acceptez de participer à cette étude, il est entendu que vos propos seront présentés aux autres participants tout au long du processus. Par la même occasion, vous convenez de respecter la plus grande confidentialité sur le contenu des rencontres individuelles et de groupe.

Modalités de participation à l'étude

Votre participation se traduira par des entrevues semi-structurées individuelles et de groupe en compagnie d'autres participants et participantes. Les entrevues se dérouleront sur les lieux de travail, selon votre disponibilité, à moins que vous en conveniez autrement. Les rencontres seront d'une durée approximative d'une heure. Les entrevues seront enregistrées afin de faciliter l'analyse des données recueillies. Suite à cette analyse, le groupe de participants sera convoqué pour une deuxième rencontre d'une durée d'une heure afin de vérifier si les énoncés du compte-rendu reflètent exactement le contenu de vos propos et d'en arriver à un consensus de groupe sur les leviers, les obstacles et les solutions plausibles à l'implantation de l'IGC-PP.

Pour tout renseignement sur le projet de recherche, vous êtes invité(e) à communiquer avec :

Chercheure responsable : Guylaine Chabot, 544-4867

Directeur de l'essai : Antoine Lutumba Ntetu, 545-5011 poste 5251

Président du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC : André Leclerc, 545-5011 poste 5070

Nous vous remercions pour votre collaboration. Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous invitons à signer ce formulaire de consentement. Nous vous remettrons une copie de ce formulaire dûment signé et l'original sera conservé sous clé.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature	Date
_____	_____	_____
Nom de la chercheure	Signature	Date

ANNEXE 3

Modèle de feuille de déclaration d'honneur

DÉCLARATION D'HONNEUR

Je, soussigné, déclare avoir été informé sur le projet, son déroulement et les modalités de participation, avoir eu l'opportunité de poser toutes les questions et avoir reçu des chercheurs des réponses appropriées. Je déclare aussi avoir reçu de la part des chercheurs une copie de la feuille d'explication et de consentement ainsi que la déclaration d'honneur signée par les chercheurs. Je reconnais avoir toute la liberté d'accepter ou de refuser de participer à cette intervention et de mettre fin à ma collaboration à tout moment de mon choix et ce, sans préjudice aucun.

En foi de quoi, je signe le présent document pour officialiser mon consentement au présent projet de recherche.

Signature du participant/de la participante : _____

Date : _____

Signature de la chercheure : _____

Date : _____

Tel. : (418) 544-4867 Courriel: gchabot@royaume.com

ANNEXE 4

Questionnaire des données sociodémographiques *MILIEU DE LA SANTÉ*

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

ENTREVUE INDIVIDUELLE NO : ____

1- Sexe : Homme (☐) Femme : (☐)2- Âge : 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50 et + ☐3- Profession : Infirmière (☐) Travailleuse sociale (☐) Hygiéniste dentaire (☐)

4- Poste occupé : _____

5- Formation académique :

Diplôme d'études le plus élevé: _____ Complété en _____

Spécialisation : _____

Autre(s) : _____

6- Statut de travail : Temps complet (☐) Temps partiel (☐) Occasionnel (☐)

7- Années d'expérience de travail en CLSC : _____ Dans ce poste : _____

Autre(s) expérience(s) : _____

8- Principaux champs de pratique en CLSC :

Jeunesse 6-12ans (☐) Jeunesse 12-18 (☐)

Autre(s) : _____

Merci d'avoir complété ce formulaire.

ANNEXE 5

Questionnaire des données sociodémographiques

MILIEU DE L'ÉDUCATION

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

ENTREVUE INDIVIDUELLE NO : ____

1- Sexe : Homme (☐) Femme : (☐)

2- Âge : 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50 et + ☐

3- Profession : Enseignant (☐) Directrice d'école (☐)

Coordonnatrice des services éducatifs (☐)

Coordonnateur de l'adaptation scolaire et des services complémentaires (☐) Autre _____

4- Poste occupé : _____

5- Formation académique : _____

Diplôme d'études le plus élevé : _____ Complété en _____

Spécialisation : _____

Autre(s) : _____

6- Statut de travail : Temps complet (☐) Temps partiel (☐) Occasionnel (☐)

7- Années d'expérience de travail en milieu scolaire : _____ Dans ce poste : _____

Autre(s) expérience(s) : _____

8- Principaux champs de pratique en milieu scolaire :

Éducation physique (☐) C.S. (☐) Conseil d'établissement (☐) Direction d'école (☐)

Autre(s) : _____

Merci d'avoir complété ce formulaire.

ANNEXE 6

Lettre de remerciement

La Baie, le 7 juin 2004

Milieu d'intervention

Monsieur, Madame,

Objet : Identification des facteurs conditionnant la réussite de l'Intervention globale et concertée en milieu scolaire primaire sur un territoire de la région 02

Monsieur, Madame ,

Permettez-moi de vous remercier d'avoir accepté de participer à la recherche en cours. Vous trouverez ci-joint une synthèse du *focus group* tenu le 18 juin dernier au CLSC. Je demeure disponible pour toute question ou tout commentaire relatifs à ce projet d'étude.

Je vous transmets, par la même occasion, l'expression de mes sentiments les meilleurs et je vous souhaite une belle période estivale.

Guylaine Chabot,
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (option santé publique)
544-4867
gchabot@royaume.com