

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

Une mesure pour favoriser les saines habitudes de  
vie chez les jeunes

*Synthèse de recherche et recommandations*

**Marthe Deschesnes et collaborateurs**

Équipe de recherche sur les approches  
globales en promotion de la santé à base  
scolaire


**Juin 2008**

Institut national  
de santé publique  
Québec 

Université   
de Montréal

 UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

 Université du Québec en Outaouais

 Université du Québec à Trois-Rivières

# LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DISSÉMINATION ET L'ADOPTION DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ (2006-HV-111721)\*

## *Synthèse de recherche et recommandations*

Marthe Deschesnes, Ph.D.<sup>1</sup>  
Yves Couturier, Ph.D.<sup>2</sup>  
Suzanne Laberge, Ph.D.<sup>3</sup>  
François Trudeau, Ph.D.<sup>4</sup>  
Johanne Bernier, M.Ps.<sup>5</sup>  
Manon Bertrand, Ph.D.<sup>6</sup>  
Louise Campeau, M.A.<sup>7</sup>  
Mababou Kébé, Ph.D. (candidat)<sup>8</sup>

- 1 Chercheuse principale, Institut national de santé publique du Québec, Université du Québec en Outaouais
- 2 Co-chercheur et professeur agrégé, Département de service social, Université de Sherbrooke
- 3 Co-chercheur et professeur titulaire, Département de kinésiologie, Université de Montréal
- 4 Co-chercheur et professeur, Département des sciences de l'activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières
- 5 Agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec
- 6 Agente de recherche, Université du Québec en Outaouais
- 7 Agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec
- 8 Agent de recherche, Institut national de santé publique du Québec

\* Recherche financée dans le cadre du programme des *Actions concertées* du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (*FQRSC*) suite à l'appel de propositions sur le **développement de politiques publiques favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie**, mené en concertation avec le Fonds de recherche en santé du Québec (*FRSQ*), le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Centre de recherche en prévention de l'obésité (*CRPO*).

### **Montant et durée de la subvention :**

129 987 \$ (2 ans)

### **Remerciements :**

L'équipe de recherche tient d'abord à remercier les nombreux participants à travers le Québec qui ont pris part aux entretiens dirigés et à l'enquête nationale sur l'approche École en santé. Nous voulons également remercier nos partenaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour leur appui à la réalisation de cette recherche. Nous souhaitons remercier, tout particulièrement, Louise Therrien et Pierre Larose, répondants nationaux pour l'approche École en santé, les répondants régionaux dans les Directions de santé publique du MSSS et les Directions régionales du MELS, ainsi que l'équipe nationale de formation École en santé à l'INSPQ. Nous avons fait appel à ces personnes à plusieurs étapes de la recherche et nous leur sommes redevables pour la qualité de nos résultats. L'équipe voudrait aussi témoigner sa gratitude à Louise Potvin, Hélène Delisle et Lyne Mongeau pour leurs commentaires lors de la planification de cette recherche ainsi qu'à Judith Lapierre pour sa contribution lors de la réalisation des entretiens. Merci aussi à Joanie Tardif pour son travail méticuleux sur les tableaux et figures se rapportant à nos résultats.

Ce rapport abrégé et le rapport intégral de cette recherche seront disponibles à compter de l'automne 2008 sur le site du FQRSC, à l'adresse suivante :

<http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/>.

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

**Marthe Deschesnes, Ph.D.,**  
**Responsable de l'équipe de recherche sur les approches globales**  
**en promotion de la santé à base scolaire**

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe

Québec (QC) G1V 5B3

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

Téléphone : (418) 650-5115, poste 5540

Pour plus d'informations sur nos activités de diffusion,  
vous pouvez contacter :

**Johanne Bernier, M.Ps.,**  
**Coordonnatrice de recherche**

Institut national de santé publique du Québec

945, avenue Wolfe

Québec (QC) G1V 5B3

Courriel : [johanne.bernier@inspq.qc.ca](mailto:johanne.bernier@inspq.qc.ca)

Téléphone : (418) 650-5115, poste 5539

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>II</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>II</b>
<b>POURQUOI CETTE RECHERCHE EST IMPORTANTE? .....</b>	<b>1</b>
<b>RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>2</b>
<b>1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>6</b>
1.1 Agir en promotion des saines habitudes de vie: une situation urgente .....	6
1.2 L'approche École en santé et son déploiement au Québec .....	7
1.3 L'étude de la diffusion d'une innovation .....	8
1.4 Buts et objectifs de cette recherche .....	10
<b>2 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>11</b>
2.1 Modes de collecte des données .....	11
2.2 Échantillons, procédures de collecte et techniques d'analyse.....	11
<b>3 RÉSULTATS .....</b>	<b>14</b>
3.1 Les politiques publiques sur les saines habitudes de vie et l'approche École en santé.....	14
3.2 L'infrastructure de soutien de l'approche École en santé .....	15
3.3 Les résultats de l'enquête nationale sur l'approche École en santé .....	16
3.4 La dissémination de l'approche École en santé : le point de vue des acteurs exprimé lors des entretiens .....	22
<b>4 CONCLUSION .....</b>	<b>29</b>
<b>5 RECOMMANDATIONS EN LIEN AVEC NOS RÉSULTATS .....</b>	<b>32</b>
5.1 Recommandations générales à l'intention des instances centrales du MSSS et du MELS..	32
5.2 Recommandations spécifiques à l'intention des instances centrales du MSSS et du MELS .....	34
5.3 Recommandations à l'intention de l'équipe de formation sur l'approche École en santé à l'INSPQ et aux autres instances du MSSS et du MELS .....	36
<b>PISTES DE RECHERCHE.....</b>	<b>41</b>
<b>CONTRIBUTIONS À LA RECHERCHE.....</b>	<b>43</b>
<b>DIFFUSION DE NOS RÉSULTATS .....</b>	<b>44</b>
<b>DÉROULEMENT DES TRAVAUX .....</b>	<b>45</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>46</b>

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>ANNEXE 1</b> – Cadre conceptuel sur les facteurs influençant la dissémination et l’adoption de l’approche École en santé .....	48
<b>ANNEXE 2</b> – Ateliers offerts dans le cadre de l’offre nationale de formation de l’INSPQ de 2004 à 2007 .....	49
<b>ANNEXE 3</b> – Répartition des participants selon le degré de réceptivité face à l’approche École en santé et selon la catégorie de participants .....	50

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

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

## **POURQUOI CETTE RECHERCHE EST IMPORTANTE ?**

Au cours des dernières décennies, le Québec a assisté à une augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité chez les jeunes, et par le fait même, des risques de maladies chroniques au sein de sa population. Dans ce contexte, la mise en œuvre de mesures favorisant la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire apparaît de plus en plus comme une nécessité de santé publique pour les autorités gouvernementales. **L'approche École en santé (AÉS)**, offerte conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) depuis 2004, représente une avenue prometteuse et novatrice pouvant contribuer à la promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire. Cette approche est cohérente avec les recommandations des organismes internationaux de santé que sont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis.

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

## RÉSUMÉ DE LA RECHERCHE

### LES FACTEURS INFLUENÇANT LA DISSÉMINATION ET L'ADOPTION DE L'APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ AU QUÉBEC

#### *Problématique*

La promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire apparaît de plus en plus comme un enjeu de santé publique, en raison notamment de l'augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité à l'échelle internationale au cours des dernières décennies [1]. Cette situation est particulièrement alarmante si l'on considère que les taux combinés d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes canadiens de 12 à 17 ans ont plus que doublé et que le taux d'obésité a triplé entre 1978 et 2004 [2]. Cette épidémie, qui a des répercussions significatives sur la santé de la population, met en cause les modes de vie et l'environnement qui la conditionnent fortement [3;4].

Les conclusions de travaux récents portant sur l'efficacité des mesures en matière de saines habitudes de vie soutiennent la mise en œuvre d'une approche globale en promotion de la santé, à base scolaire, pour améliorer les habitudes de vie des jeunes [5]. Une telle approche fait écho aux recommandations qui proviennent des organismes internationaux de santé que sont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis [4;6;7]. Au Québec, ce type d'approche s'incarne dans l'approche École en santé (AÉS) qui est proposée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) depuis 2004. L'approche École en santé représente une avenue novatrice et prometteuse pour améliorer les saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire.

Selon plusieurs auteurs, il existe toutefois un besoin crucial de recherches concernant l'adoption de ce type d'intervention, son implantation et sa reproductibilité, de façon à mieux connaître ce qui est faisable et efficient dans divers contextes [8;9]. Afin de mieux comprendre ce qui peut favoriser ou nuire à la dissémination et à l'adoption de l'AÉS dans les écoles québécoises, nous avons réalisé une étude auprès des principaux acteurs concernés par le déploiement de l'approche, aux paliers central, régional, territorial et local du MSSS et du

MELS. Notre perspective théorique s'est inspirée de cadres conceptuels en lien avec la diffusion des innovations sociales [10;11]. Nous avons voulu ainsi : 1- mesurer le degré de connaissance et de réceptivité face à l'AÉS chez les divers acteurs concernés par son déploiement et par son adoption ; 2- identifier les principaux facteurs qui favorisent ou nuisent à sa dissémination et à son adoption ; et 3- évaluer l'adéquation des mécanismes mis en place, aux différents paliers administratifs gouvernementaux, pour faire connaître l'AÉS et favoriser son appropriation.

### *Méthodologie*

Nous avons utilisé des méthodes mixtes, quantitatives et qualitatives pour répondre à nos objectifs. Au printemps 2007, nous avons réalisé une enquête postale auprès d'un échantillon de 1120 acteurs, lesquels étaient répartis en 2 groupes. Le premier groupe était constitué de 370 représentants de gestionnaires et professionnels des instances régionales et territoriales des deux réseaux ainsi que de représentants régionaux de trois programmes concomitants, c'est-à-dire qui interviennent en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire. Le deuxième regroupait 750 acteurs-clés provenant de 250 écoles. Au total, 667 personnes ont participé à l'enquête. Nous avons également réalisé 34 entretiens semi-dirigés à la même période auprès d'informateurs-clés directement impliqués dans le déploiement de l'approche aux paliers central, régional et territorial des deux réseaux, ainsi qu'auprès d'acteurs représentant quatre programmes concomitants en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire, aux paliers central et régional. Deux analyses documentaires ont servi de complément aux premières sources d'information. La première a permis d'analyser 39 documents officiels publiés entre 2000 et 2007 portant sur les politiques publiques en matière de saines habitudes de vie et sur l'approche École en santé. La deuxième a porté sur les différents moyens utilisés pour déployer l'AÉS (formation, accompagnement, activités de communication, outils et matériel).

### *Résultats*

En ce qui a trait à la connaissance de l'AÉS, nos résultats montrent que les efforts déployés pour faire connaître l'approche ont commencé à porter fruit puisque tous les participants des instances régionales et territoriales au MSSS et au MELS disent connaître l'approche. De plus, un fort pourcentage d'entre eux (de 72 % à 87 %) dit en avoir une très bonne



connaissance. Ceux qui en ont une connaissance plus approfondie se concentrent toutefois aux paliers régional et territorial alors que les acteurs-clés des écoles sont proportionnellement plus nombreux à en avoir une connaissance superficielle. Cette situation reflète le mode de déploiement en cascade, du central vers le local, qui a été en vigueur jusqu'à maintenant. Il apparaît clairement qu'une deuxième impulsion est maintenant requise pour pénétrer davantage les milieux scolaires, ultimement ciblés pour l'implantation d'une telle approche. Nos résultats montrent que le degré de connaissance de l'approche constitue un facteur favorable à son niveau de réceptivité et à son adoption. Ainsi, les écoles ayant une bonne connaissance de l'approche l'ont adoptée 4 fois plus souvent que celles qui en ont une connaissance superficielle.

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

Les résultats provenant des entretiens montrent qu'il existe chez les participants un consensus sur la pertinence de l'AÉS. Ce constat est corroboré par les résultats de l'enquête qui montrent que toutes les personnes connaissant l'approche sont réceptives à celle-ci, quel que soit le palier administratif considéré. Toutefois, bien que cette forte réceptivité soit indicatrice d'un terrain propice à son adoption, des réserves importantes ont été formulées à l'endroit de la façon de déployer l'AÉS par les divers acteurs aux différents paliers. Les activités de formation et d'accompagnement offertes par l'INSPQ jouent efficacement leur rôle en termes de sensibilisation et de démonstration de la pertinence du changement proposé. Certains

aspects seraient tout de même à améliorer afin de les rendre plus accessibles aux intervenants sur le terrain. Les réserves exprimées ne concernent pas les principes sous-tendant l'approche mais son applicabilité sur un terrain ayant des ressources limitées et un soutien mitigé du côté des instances ministérielles. Des points de dissension importants sont apparus entre les deux réseaux à propos du mode de déploiement de l'approche, lesquels engendrent un déséquilibre qui a été relevé par plusieurs participants aux paliers régional et territorial. Les participants sont d'avis que ce déséquilibre risque de compromettre sérieusement le travail déjà accompli et le déploiement optimal de l'AÉS si aucun correctif n'est apporté par les instances responsables de son déploiement. Ces dissensions interpellent tout particulièrement les instances centrales bien qu'elles se répercutent à des degrés divers aux paliers régional et local. Celles-ci se rapportent à quatre éléments : 1- la primauté accordée à l'AÉS comme cadre de référence intégrateur dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire; 2- la nature et la quantité du soutien financier nécessaire pour soutenir son déploiement ; 3- le rythme convenant à un déploiement progressif et respectueux du contexte local; et 4- le mode de dissémination de l'approche, en termes prescriptif ou adaptatif. Le dialogue et la collaboration des instances décisionnelles s'avèrent donc déterminants pour orienter adéquatement les actions des intervenants des deux réseaux dans une même direction et pour soutenir ce type d'approche de façon durable. Cette continuité s'avère essentielle pour produire le changement escompté dans les normes de pratique. Ce changement est une condition pour augmenter les gains en matière de saines habitudes vie, de comportements favorables à la santé et de réussite éducative chez les jeunes.

# 1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

## 1.1 Agir en promotion des saines habitudes de vie : une situation urgente

La promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire apparaît de plus en plus comme un enjeu de santé publique, en raison notamment de l'augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité à l'échelle internationale au cours des dernières décennies [1]. Alors que certaines études ont mis en évidence que les personnes obèses sont hautement à risque d'être affectées par des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certaines formes de cancer [4;12;13;14;15], une étude récente révèle que l'embonpoint durant l'enfance augmenterait également de manière significative le risque de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte [16]. Cette situation est particulièrement alarmante si l'on considère que les taux combinés d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes canadiens de 12 à 17 ans ont plus que doublé et que le taux d'obésité a triplé entre 1978 et 2004 [2]. Cette épidémie, qui a des répercussions significatives sur la santé de la population, met en cause les modes de vie et l'environnement qui la conditionnent fortement [3;4].

Les autorités gouvernementales du Québec ont décidé de mettre en place diverses mesures pour contrer cette nouvelle épidémie, et ce, dès l'enfance. En 2006, le MSSS a lancé son *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* [17]. À l'automne 2007, le MELS emboîtait le pas avec sa politique *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* [18]. Par ailleurs, les conclusions de travaux récents portant sur l'efficacité des mesures en matière de saines habitudes de vie soutiennent la mise en œuvre d'une approche globale de santé à base scolaire comme mode d'intervention privilégié pour améliorer les habitudes de vie des jeunes [5]. Une telle approche fait écho aux recommandations qui proviennent des organismes internationaux de santé que sont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis [4;6;7] qui suggèrent d'inclure les politiques en matière de saines habitudes de vie, notamment sur l'alimentation, l'activité physique et le non-tabagisme, dans une démarche intégrée de promotion des saines habitudes de vie à l'école. Ces mêmes principes fondent l'AÉS proposée actuellement aux écoles québécoises. Étant donné que plusieurs des facteurs qui influencent les habitudes de vie ne se confinent pas au secteur de la santé, la responsabilité d'intervenir sur les saines habitudes de vie et de prévenir les maladies

chroniques doit être partagée par les divers acteurs concernés par la santé des jeunes. La perspective intersectorielle qui caractérise la promotion des saines habitudes de vie nécessite donc que les politiques, les programmes et les interventions proposés soient coordonnés et cohérents. Dans ce contexte, l'approche École en santé représente un cadre d'action intégrateur susceptible de favoriser les saines habitudes de vie chez les jeunes d'âge scolaire<sup>1</sup>.

## **1.2 L'approche École en santé et son déploiement au Québec**

L'approche École en santé, offerte par le MSSS et le MELs, est une mesure qui s'inscrit actuellement au cœur des orientations gouvernementales pour promouvoir la santé et la réussite éducative des jeunes. Elle fait partie intégrante des axes d'intervention prioritaires de *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* [19] et constitue une mesure prioritaire du *Programme national de santé publique 2003-2012* [20]. L'AÉS est envisagée par ses concepteurs comme une avenue novatrice pour s'assurer de la complémentarité, de la cohérence et de l'efficacité des actions en promotion de la santé en milieu scolaire. Son déploiement dans l'ensemble des écoles du Québec est envisagé de manière progressive.

L'AÉS vise à soutenir l'école dans sa mission éducative et souhaite en faire un milieu de vie favorable à la santé et à la réussite éducative des jeunes, en intégrant dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école, un ensemble d'interventions en promotion de la santé destinées aux élèves. Les domaines d'intervention proposés sont en lien avec le développement de compétences spécifiques chez les jeunes, notamment les pratiques liées à une saine alimentation et à l'activité physique, ainsi que l'acquisition de compétences transversales à travers des situations d'apprentissage significatives pour eux. Elles font appel à la participation des jeunes et sont ancrées dans la réalité de l'école, de la famille et de la communauté. L'école assume un rôle central dans la mise en œuvre de cette approche tout en s'associant aux autres organismes de la communauté. L'AÉS est conçue de manière à contribuer au renouvellement des pratiques en s'appuyant sur les acquis du milieu et sur les pratiques reconnues comme efficaces ou prometteuses en promotion de la santé [21].

---

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

C'est en décembre 2003, à l'occasion des 7<sup>e</sup> *Journées annuelles de santé publique*, que se fit le lancement officiel de l'approche École en santé, alors désignée « intervention globale et concertée » pour la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. Depuis le lancement de cette approche, divers mécanismes et stratégies ont été privilégiés afin de la faire connaître et de favoriser son appropriation. Depuis 2004, le MSSS, le MELs et l'INSPQ en assument le leadership au niveau provincial. Sur le plan opérationnel, une infrastructure de soutien a été mise en place en vue de favoriser son déploiement. Ainsi, des activités de communication, de formation, d'accompagnement et de suivi ont été offertes dans 16 régions administratives du Québec. Ces activités se sont concentrées principalement aux paliers régionaux et territoriaux. La création d'un réseau organisé de répondants régionaux de l'AÉS dans chacune des régions a permis d'établir un système de relais entre eux et des accompagnateurs de l'AÉS dans les CS et les CSSS. Depuis 2007, ces accompagnateurs ont été désignés pour soutenir les écoles de leur territoire qui sont intéressées à mettre en œuvre l'approche. Un guide et une série d'outils ont été développés au palier central afin de soutenir le déploiement de l'approche[21]. Une démarche de planification concertée entre les partenaires locaux des deux réseaux y est proposée pour soutenir son implantation dans les écoles. L'AÉS est une innovation qui se veut à la fois *prescriptive* au niveau du cadre général d'intervention en vue de répondre à la vision globale et concertée de l'approche, et *émergente* quant au choix des priorités d'action qui appartient aux acteurs locaux, selon leurs besoins et les ressources disponibles. L'adoption de l'approche par les écoles se fait sur une base volontaire.

### **1.3 L'étude de la diffusion d'une innovation**

Nous avons envisagé l'étude de l'approche École en santé sous l'angle de la diffusion d'une innovation. Selon les écrits, l'innovation au sein des organisations peut se définir comme « l'introduction de procédures, pratiques ou interventions qui sont perçues comme étant nouvelles par les personnes visées dans un système donné et qui exige, de la part de l'organisation qui l'adopte, un changement significatif dans ses opérations; son but est d'apporter des bénéfices significatifs à des individus, des organisations ou à la société plus large » [10;22;23]. L'innovation réussie va donc au-delà de la conception d'une nouvelle idée ou façon de faire et exige également sa diffusion, c'est-à-dire une appropriation effective et une intégration dans le fonctionnement interne du système [24].

Oldenburg & Parcel [11] identifient cinq phases liées à la diffusion d'une intervention en promotion de la santé : 1- sa conception; 2- sa dissémination, qui correspond aux stratégies prises pour faire connaître l'intervention auprès du public visé et favoriser son adoption; 3- son adoption, c'est-à-dire la période durant laquelle les acteurs délibèrent et prennent une décision quant à son implantation; 4- son implantation, qui se rapporte à l'utilisation initiale de l'innovation par ceux qui sont visés; et 5- sa pérennité qui consiste à l'intégrer dans les opérations courantes et à favoriser son renouvellement sur une période suffisamment longue pour produire un changement dans les normes de pratique. Au moment de réaliser l'enquête, les activités en lien avec la diffusion de l'AÉS se concentraient surtout au niveau de la dissémination de l'AÉS, et ce, aux paliers central, régional et territorial, bien qu'un certain travail de sensibilisation auprès des écoles avait été amorcé par environ la moitié des commissions scolaires. Par conséquent, la présente recherche s'est intéressée exclusivement aux phases de dissémination et d'adoption de l'approche École en santé.

La recherche récente sur les innovations met en lumière la nature dynamique et interactive du processus d'innovation [22] où chacun des acteurs impliqués participe à la définition de l'innovation, en la soutenant, la contestant, la transformant ou la rejetant [25, 26, 27]. À ce titre, les différentes phases de diffusion d'une innovation s'inscrivent dans un processus davantage dynamique que linéaire et unidirectionnel. Les conclusions provenant d'études sur l'innovation montrent également que les facteurs qui peuvent affecter sa diffusion sont nombreux et multi-niveaux. La figure de l'annexe 1 intègre, au plan conceptuel, les étapes de diffusion de l'AÉS, les principaux facteurs qui la conditionnent et les résultats intermédiaires qu'elle vise. Ce cadre conceptuel s'inspire du travail de synthèse réalisé par Greenhalgh et ses collaborateurs [10] ainsi que d'autres écrits dans le domaine de l'innovation.

#### **1.4 But et objectifs de cette recherche**

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

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

## 2 MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Modes de collecte des données

Nous avons utilisé un devis mixte basé sur des méthodes quantitatives et qualitatives afin de répondre adéquatement à nos objectifs. Une **enquête postale** a permis de recueillir des données quantitatives qui ont servi essentiellement à documenter la phase d'adoption de l'approche École en santé au palier local (écoles), ainsi que certains aspects de la phase de dissémination de l'approche aux paliers régional, territorial et local. Ce mode de collecte permettait d'obtenir le point de vue d'un grand nombre d'acteurs concernant leur degré de connaissance de l'approche, ainsi que leur réceptivité face à celle-ci et quant à la décision des écoles de l'adopter ou non. Il permettait aussi d'identifier les facteurs les plus prédictifs de la réceptivité face à l'approche et de son adoption. Deux autres modes de collecte de données, qualitatifs cette fois, ont également été retenus, soit **l'entretien téléphonique semi-dirigé** et **l'analyse documentaire**. Les entretiens ont permis d'examiner en profondeur certains aspects du processus de dissémination, en accordant une attention particulière aux divers intérêts, interprétations, divergences et convergences à propos de l'AÉS au sein du réseau d'acteurs concernés par le déploiement de l'approche, et ce, aux paliers central, régional et territorial. Enfin, deux analyses documentaires ont été réalisées. La première a permis d'examiner certains facteurs contextuels susceptibles d'influencer la diffusion de l'AÉS, notamment les politiques publiques sur les saines habitudes de vie et l'AÉS. La deuxième analyse a porté sur des facteurs en lien avec l'infrastructure de soutien, en l'occurrence le travail effectué par l'équipe de l'INSPQ impliquée dans le développement de la formation et de l'accompagnement.

### 2.2 Échantillons, procédures de collecte et techniques d'analyse

L'enquête postale a eu lieu au printemps 2007. Elle visait 1120 participants au total, lesquels étaient répartis en deux groupes. Le premier groupe était constitué de 370 représentants des instances régionales et territoriales des deux réseaux et de représentants régionaux de trois programmes concomitants qui interviennent en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire. Le deuxième groupe était composé de 750 acteurs provenant de 250 écoles ciblées, dont 165 écoles primaires et 85 écoles secondaires. Trois acteurs clés par école étaient visés, soit le directeur, le responsable scolaire en promotion de la santé et le parent président du conseil d'établissement. Les procédures de collecte des données ont respecté les



recommandations reconnues pour augmenter le taux de réponse pour une enquête postale [28]. Sur un total de 1120 questionnaires postés, 667 ont été retournés, soit un taux de retour global de 60 %. Notons que 76 % des écoles visées ont participé à l'enquête et nous ont retourné au moins un des trois questionnaires acheminés.

Étant donné que nous voulions explorer les relations entre la décision d'adopter ou non l'approche et certains facteurs prédictifs, il était primordial de pouvoir rejoindre les écoles susceptibles de connaître minimalement l'approche. Seules les écoles provenant de commissions scolaires ayant fait un travail de sensibilisation ou d'information auprès de leurs écoles étaient visées, ce qui correspond globalement à la moitié des écoles québécoises. Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant de nombreux instruments développés dans un contexte de diffusion d'innovation sociale. Les qualités psychométriques des instruments ont été vérifiées. Des analyses bivariées et multivariées ont été effectuées à l'aide du progiciel SPSS afin d'identifier les variables ayant le plus grand pouvoir de prédiction sur la connaissance de l'AÉS, la réceptivité face à l'approche et son adoption. Tous ces résultats sont significatifs à un seuil de 0,05.

Les entretiens ont également été réalisés au printemps 2007 auprès d'un échantillon de 34 informateurs-clés sélectionnés sur la base de leur position stratégique dans le déploiement de l'approche. L'échantillon se compose d'acteurs *internes*, directement impliqués dans le déploiement de l'approche aux paliers central, régional ou territorial des deux réseaux, ainsi que d'acteurs *externes* représentant quatre programmes concomitants en promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire, aux paliers central et régional. Les *verbatim* de chacun des entretiens ont été codés puis organisés en utilisant le logiciel N'VIVO 7. L'analyse a permis d'identifier les thèmes récurrents et a conduit à la production de matrices et de tableaux-synthèses thématiques, par type d'acteurs. Une confrontation des interprétations des chercheurs à propos des résultats a contribué à dégager des points consensuels ou divergents et à explorer des explications rivales. Nous avons ensuite pu dégager des relations entre les catégories et faire apparaître certaines configurations en lien avec nos objectifs de recherche. L'interdisciplinarité au sein de l'équipe a représenté une protection contre certains biais de perspectives au moment de l'analyse et a favorisé une lecture plus objective du matériel analysé.

Quant aux deux analyses documentaires, elles se sont terminées à la fin de 2007. L'analyse du contenu de la documentation gouvernementale sur les politiques publiques en matière de saines habitudes de vie et sur l'approche École en santé a été effectuée à partir de 39 documents officiels publiés entre 2000 et 2007. Les données furent codées à l'aide du logiciel N'VIVO 7 puis organisées en fonction de thèmes pré-établis. Par ailleurs, l'analyse documentaire de l'infrastructure de soutien, en ce qui a trait aux moyens utilisés pour déployer l'AÉS, (formation, accompagnement, outils et matériel, activités de communication), a été réalisée à partir de la documentation fournie et validée par les responsables de l'AÉS des diverses instances centrales du MSSS, du MELS et de l'INSPQ. L'analyse est essentiellement descriptive et correspond à une synthèse de l'information pour la période 2004-2007.

Les résultats spécifiques à chaque mode de collecte de données ont fait l'objet d'une vérification croisée par au moins trois membres de l'équipe de recherche. Les divers résultats ont ensuite été intégrés afin d'obtenir un portrait global des facteurs qui influencent la dissémination et l'adoption de l'approche.

### **3 RÉSULTATS**

Cette section présente, en premier lieu, les résultats concernant l'importance accordée aux saines habitudes de vie et à l'approche École en santé dans les politiques publiques au Québec. Ces résultats, provenant principalement de l'analyse documentaire, sont également étayés par les résultats des autres modes de collecte. En deuxième lieu, nous abordons brièvement l'infrastructure de soutien de l'AÉS. Les résultats descriptifs présentés permettent d'obtenir un aperçu général du soutien technique offert par les instances centrales responsables du déploiement de l'AÉS. Enfin, suivent les principaux résultats issus des analyses des entretiens et de l'enquête, lesquels constituent le cœur de l'étude.

#### **3.1 Les politiques publiques sur les saines habitudes de vie et l'approche École en santé**

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

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

de la violence et la saine alimentation constituent les domaines de santé dans lesquels les répondants estiment que la contribution de l'école devrait être la plus importante. Ces domaines sont d'ailleurs ceux dans lesquels les écoles investissent le plus en ce moment.

Notre analyse documentaire montre que l'AÉS est aussi clairement désignée comme une priorité dans la majorité des documents clés des deux ministères responsables de son déploiement. Des liens entre l'approche et certaines mesures portant sur les saines habitudes de vie ont été établis dans 17 des 39 documents analysés, bien que ces liens ne soient pas toujours très explicites. Toutefois, parmi ces mesures, le programme de financement « Écoles en forme et en santé » priorise explicitement des actions en lien avec l'approche École en santé. Pour l'ensemble des personnes interviewées, il ne fait aucun doute qu'au niveau des orientations ministérielles, l'AÉS représente une priorité gouvernementale. Les participants estiment que *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* représente une assise importante pour le développement d'alliances et de collaborations entre les deux réseaux dans le contexte de l'AÉS. Selon certains participants, cette entente viendrait traduire une volonté exprimée lors des consultations ayant précédé son élaboration, celles-ci ayant mis en lumière les limites du travail en silos et la nécessité de travailler davantage en collaboration pour être plus efficaces en promotion de la santé des jeunes. Cependant, en ce qui a trait aux actions et aux engagements concrets, les points de vue sont plus mitigés et font ressortir une dissonance entre le discours officiel et les manifestations concrètes au regard de cette approche.

### **3.2 L'infrastructure de soutien de l'approche École en santé**

Les activités de formation et d'accompagnement offertes aux instances régionales et territoriales des deux réseaux sont au cœur des stratégies et mécanismes visant à faire connaître l'approche École en santé et faciliter son déploiement. L'équipe de formation de l'INSPQ a réalisé la majeure partie de ces activités. Au cours de notre période d'observation, soit de 2004 à 2007, l'offre nationale de formation proposée par l'équipe de l'INSPQ a permis à des personnes-ressources des deux réseaux, dans 16 régions administratives du Québec, de participer à six types d'ateliers différents. Depuis les débuts des activités de formation en 2004, on observe une augmentation importante du nombre et du type d'ateliers offerts (voir le tableau de l'annexe 2). En 2004 et 2005, l'atelier d'appropriation était le plus fréquemment offert et son contenu présentait l'approche de façon générale et plutôt

conceptuelle. Par la suite, de nouveaux contenus ont été développés et, en 2007, d'autres ateliers ont été ajoutés à l'offre de formation afin de favoriser une appropriation plus concrète des étapes d'implantation de l'approche. Au cours de la période observée, l'équipe de formation de l'INSPQ a ainsi dispensé 86 ateliers au total, correspondant à 144 journées de formation. En plus des ateliers, sept rencontres nationales regroupant les répondants régionaux de l'AÉS ont été tenues entre 2004 et 2007. L'offre de services de l'INSPQ comprend également des journées de supervision et de consultation pour les formateurs de l'AÉS des instances régionales et territoriales ainsi que des journées de mise à jour pour les répondants régionaux. Notons que l'équipe a aussi offert un soutien téléphonique et par courriel aux répondants régionaux de l'approche.

De plus, entre 2005 et 2007, un membre de l'équipe de formation de l'INSPQ a également répondu, à titre de consultant indépendant, à des demandes régionales et locales de formation et d'accompagnement. Ces demandes ont été en nette croissance au cours de la période d'observation. De huit en 2005, elles sont passées à 47 en 2007, touchant 11 des 16 régions administratives.

Les répondants régionaux des deux réseaux ont reçu des formations visant à les habiliter pour qu'ils deviennent eux-mêmes des formateurs de l'approche dans leur région respective. Ceux-ci travaillent avec des accompagnateurs territoriaux provenant des CS et des CSSS, lesquels reçoivent également de la formation afin de pouvoir offrir un soutien aux écoles intéressées à implanter l'approche. Enfin, parmi les autres mécanismes mis en place pour favoriser le déploiement de l'AÉS, notons les nombreuses communications publiques réalisées dans le cadre de divers événements par les représentants nationaux du MSSS et du MELs et surtout par l'équipe de l'INSPQ.

### **3.3 Les résultats de l'enquête nationale sur l'approche École en santé<sup>2</sup>**

#### **3.3.1 La connaissance de l'approche École en santé**

Les résultats de l'enquête révèlent que, globalement, la très grande majorité des participants a déjà entendu parler de l'approche École en santé, soit 81 %. En fait, tous les participants des

---

<sup>2</sup> Tous les résultats mentionnés, provenant des analyses bivariées et multivariées, sont significatifs au seuil de 0,05.

instances régionales et territoriales ont déclaré avoir déjà entendu parler de l'AÉS. C'est uniquement au niveau des écoles que l'on compte des participants n'ayant jamais entendu parler de l'approche. Alors que quatre directeurs d'écoles sur cinq (81 %) connaissent l'approche École en santé, cette proportion est de 67 % chez les responsables en promotion de la santé dans l'école et seulement de 45 % chez les parents présidents du conseil d'établissement.

Les participants qui ont une « très bonne » connaissance de l'approche, soit ceux disant avoir une bonne idée de la façon dont l'approche pourrait être intégrée dans le fonctionnement de l'école, représentent 40 % de notre échantillon global. Les répondants régionaux de l'AÉS sont ceux qui rapportent le plus fort pourcentage de participants qui en ont une très bonne connaissance (87 %), suivis par les gestionnaires en promotion de la santé et prévention des CS (74 %) et les accompagnateurs de l'approche École en santé des CS (72 %) et des CSSS (72 %). Ce portrait reflète le déploiement en cascade de l'AÉS, du central vers le local, et confirme le rôle de soutien que ces acteurs jouent dans le déploiement de l'approche. Chez les participants des écoles, la connaissance de l'approche est superficielle pour une forte proportion d'entre eux avec seulement un participant sur cinq qui en a une très bonne connaissance. Les directeurs sont ceux qui disent la connaître le mieux (27 % contre 20 % pour les responsables en promotion de la santé et seulement 8 % pour les parents présidents de conseil d'établissement).

Nos résultats montrent également que les participants qui ont une très bonne connaissance de l'AÉS ont été impliqués dans plus de programmes en milieu scolaire et sont dans des écoles qui ont une plus grande propension à innover que ceux qui n'en ont jamais entendu parler. De plus, ils ont une plus grande expérience en milieu scolaire.

Le guide *École en santé* diffusé dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans celui de l'éducation constitue un outil privilégié d'information sur l'approche. Parmi les participants qui ont pris part à l'enquête et qui connaissent l'approche au moins superficiellement, 94 % d'entre eux connaissent ce guide. Outre le guide *École en santé*, les participants ont entendu parler de l'approche de diverses façons. Les rencontres portant sur l'approche, telles que les ateliers ou sessions de formation, les présentations dans les organisations, les réunions ou activités avec d'autres partenaires du milieu et les colloques provinciaux ou régionaux, constituent la catégorie de moyens la plus fréquemment

mentionnée, suivie de la documentation écrite, du bouche à oreille dans l'entourage immédiat et de la consultation dans Internet.

### 3.3.2 La réceptivité face à l'approche École en santé

La réceptivité face à l'approche, parmi les participants qui connaissent au moins ses caractéristiques générales, est très élevée : 94 % d'entre eux ont indiqué être réceptifs face à celle-ci et 69 % se disent même «très réceptifs». Aucun participant n'a déclaré être « peu » ou « pas » réceptif face à l'approche. Au niveau des écoles, 52 % des directeurs ont répondu être « très réceptifs » et 36 % ont répondu être « plutôt réceptifs », soit un total de 88 % (voir le tableau de l'annexe 3).

Comme on pouvait s'y attendre, les catégories d'acteurs impliqués dans le déploiement de l'approche aux paliers régional et territorial affichent les pourcentages les plus élevés de personnes « très réceptives » face à l'approche. Les participants des écoles en comptent une plus faible proportion, soit 57 %, alors que les représentants de programmes concomitants obtiennent le plus faible pourcentage (47 %). Cela étant dit, si l'on considère à la fois ceux qui sont « plutôt » et « très » réceptifs, le pourcentage de personnes réceptives atteint 90 % chez les participants des écoles et 84 % chez les représentants de programmes concomitants. Notons que ce pourcentage est de 97 % chez les autres participants. Cette réceptivité constitue un facteur favorable qui est essentiel pour l'adoption et l'implantation de l'AÉS.

### 3.3.3 Des efforts qui ont commencé à porter fruit

Les résultats en ce qui a trait à la connaissance et à la réceptivité face à l'AÉS montrent que les efforts déployés pour faire connaître l'approche ont commencé à porter fruit puisque tous les participants des instances régionales et territoriales en éducation et en santé disent connaître l'approche et qu'un fort pourcentage d'entre eux dit en avoir une très bonne connaissance. Les nombreuses activités de formation et d'accompagnement ont fort probablement contribué à la faire connaître et à favoriser son appropriation chez les répondants régionaux et les accompagnateurs territoriaux impliqués dans le déploiement de même que chez les gestionnaires des CS et CSSS qui sont responsables de la promotion de la santé dans les écoles. Les efforts des commissions scolaires ciblées dans notre enquête, c'est-à-dire celles ayant fourni de l'information à leurs écoles à propos de l'AÉS, donnent

également des résultats positifs comme en témoigne le fort pourcentage de directeurs d'écoles qui connaissent l'approche. Cependant, des efforts restent à faire au sein même des écoles puisque celles-ci comptent un plus faible pourcentage d'acteurs-clés qui la connaissent. De plus, le pourcentage de responsables de la promotion de la santé et de parents du Conseil d'établissement qui en ont une très bonne connaissance est faible.

Autre fait révélateur, on observe que le degré de connaissance de l'approche constitue un facteur favorable à son adoption puisque nos résultats montrent clairement que celui-ci est fortement associé à son niveau de réceptivité et à son adoption. Ainsi, les écoles ayant au moins une bonne connaissance de l'approche l'ont adoptée 4,3 fois plus souvent que celles qui en ont une connaissance superficielle. Ces constats militent en faveur d'un accompagnement local plus soutenu afin d'améliorer le degré de connaissance de l'approche au sein même des écoles.

#### 3.3.4 L'adoption de l'approche École en santé

Notre analyse de l'adoption de l'approche École en santé s'est limitée aux écoles ayant été sensibilisées à l'approche par leur commission scolaire et pour lesquelles au moins le directeur ou le responsable de la promotion de la santé en avait une connaissance minimale, ce qui donne un total de 117 écoles sur les 190 de notre échantillon. Parmi ces écoles, près de la moitié (46 %) avaient conclu une entente pour adopter l'approche alors que 18 % n'avaient pas encore pris une décision au moment de l'enquête et que 36 % avaient décidé de ne pas l'adopter pour le moment. À titre de comparaison, les statistiques officielles du MSSS faisaient état de 17 % d'écoles ayant adopté l'approche École en santé au moment de l'enquête [29]. Étant donné que nous nous sommes concentrés sur les écoles dont les commissions scolaires avaient fait un travail de sensibilisation au regard de l'approche, il est normal que le pourcentage d'adoption observé dans notre échantillon soit plus élevé. Bien que celui-ci ne soit pas représentatif de l'ensemble des écoles du Québec, il permet d'étudier les facteurs prédictifs de la réceptivité et de l'adoption de l'AÉS.

#### 3.3.5 Les facteurs qui influencent le niveau de réceptivité face à l'AÉS

Les données de notre enquête ont permis d'analyser les relations entre la réceptivité face à l'approche et certains facteurs pouvant en influencer la dissémination. Les facteurs qui sont



associés à la réceptivité sont : le niveau de connaissance de l'approche ; la popularité de l'approche perçue parmi les pairs; le sentiment d'efficacité personnelle perçue en ce qui a trait au travail conjoint ; deux attributs perçus de l'approche, en l'occurrence les bénéfices/avantages anticipés et la possibilité d'adaptation de l'approche; et deux attributs liés au contexte de diffusion, soit la capacité collective perçue au sein de l'école (compétences et capacité de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'approche) et les contraintes dans l'environnement (ex. : manque de temps, peu de marge de manœuvre).

Lorsque l'on considère simultanément l'influence des facteurs mentionnés ci-dessus dans les analyses multivariées, on observe que pour les répondants régionaux et les accompagnateurs territoriaux, le niveau de réceptivité face à l'AÉS est principalement influencé par les bénéfices/avantages anticipés et le niveau de connaissance de l'approche. Pour les gestionnaires des instances régionales et territoriales, les deux facteurs les plus influents sont aussi les bénéfices/avantages anticipés, qui constituent le facteur le plus important, suivi par la popularité de l'approche perçue parmi les pairs. Pour les participants des écoles, les principaux facteurs qui influencent positivement la réceptivité face à l'AÉS sont : la popularité de l'approche perçue parmi les pairs, l'efficacité personnelle perçue relativement au travail conjoint, les bénéfices anticipés; les contraintes de l'environnement constituent pour leur part un facteur défavorable à la réceptivité.

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

Les facteurs qui peuvent influencer les écoles dans leur décision d'adopter ou non cette approche sont nombreux. En plus de ceux déjà retenus pour expliquer le niveau de réceptivité face à l'approche, nous avons considéré trois autres facteurs : le leadership des participants au regard de l'approche, étant donné que celui-ci peut influencer l'opinion de leurs collègues en ce qui concerne la décision d'adopter l'AÉS; le niveau d'investissement de l'école dans la promotion des saines habitudes de vie, en raison de la priorité accordée aux saines habitudes de vie et de l'imbrication possible de ces deux mesures; et enfin, la popularité perçue de l'approche dans l'entourage de l'école (commission scolaire, parents).

Les participants des écoles ayant adopté l'approche sont en moyenne plus réceptifs face à l'approche ; ils perçoivent une popularité plus grande de l'approche chez les membres de leur entourage, obtiennent un score de leadership plus élevé au regard de l'approche, ont

d'avantage le sentiment d'être capables de travailler conjointement avec les autres acteurs à l'implantation de l'approche, anticipent plus de bénéfices et perçoivent une plus grande capacité collective au sein de leur école que ceux dont les écoles n'ont pas adopté l'approche. De plus, les écoles qui ont adopté l'approche investissent davantage dans la promotion des saines habitudes de vie que les écoles qui ne l'ont pas adoptée. Par ailleurs, les écoles qui ont décidé de ne pas l'adopter perçoivent plus de contraintes au regard de son implantation que les autres. Ce constat est d'ailleurs appuyé par le résultat montrant que les écoles qui bénéficient des services d'accompagnateurs en provenance de leurs CSSS sont également beaucoup plus nombreuses à avoir adopté l'approche (69 % contre 13 %).

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

### **3.4 La dissémination de l'approche École en santé : le point de vue des acteurs exprimé lors des entretiens**

L'examen des propos formulés par les informateurs-clés ayant pris part aux entretiens nous ont permis d'approfondir le processus de dissémination de l'approche, du palier central jusqu'au palier territorial, et de dégager les principaux facteurs qui ont favorisé ou nuit à sa dissémination. Les résultats montrent qu'il existe chez les participants un consensus au regard de la pertinence de l'AÉS. Ce consensus est manifeste tant chez les acteurs internes des deux réseaux impliqués dans le déploiement de l'approche que chez les acteurs externes, soit les représentants de programmes concomitants au niveau des saines habitudes de vie. Ce constat corrobore les résultats de l'enquête qui montrent que toutes les personnes connaissant l'approche lui sont réceptives.

Certains facteurs favorables au déploiement de l'AÉS, ressortis de l'analyse des entretiens, mériteraient d'être renforcés afin d'en consolider les acquis. Ainsi, les activités de formation et d'accompagnement développées par l'équipe de l'INSPQ et dispensées dans les 16 régions ciblées, sont considérées comme essentielles, bien construites et ayant su apporter au fil du temps des réponses de plus en plus précises et adaptées aux diverses interrogations concernant l'approche. Les ateliers offerts sont qualifiés de pertinents, en raison notamment de la qualité des formateurs de l'équipe de l'INSPQ. Les ateliers dispensés en tandem par les formateurs et réunissant des personnes de la santé et de l'éducation sont un aspect apprécié qui semble favoriser la collaboration inter-réseaux.

En dépit de la qualité reconnue des formateurs, le message à livrer est parfois qualifié de trop complexe, trop théorique, demeurant centré sur les principes plutôt que sur des façons concrètes de l'intégrer au fonctionnement de l'école. Les outils proposés pour appuyer la démarche de planification servant à implanter l'approche, bien que pertinents et de qualité, sont jugés trop laborieux pour être utilisés tels quels par le milieu scolaire. Ainsi, le contenu des formations et les outils développés pour soutenir sa mise en œuvre gagneraient à être davantage vulgarisés et simplifiés pour faciliter son utilisation par les milieux de pratique. Cette amélioration pourrait constituer un atout pour contrer la perception du caractère complexe et abstrait de l'approche qui a été soulevé par certains participants, provenant principalement des programmes concomitants. Ceux-ci ont aussi mentionné le caractère idéaliste de l'approche et une rigidité dans la manière de l'implanter. De plus, des délais

encourus dans la production des outils ralentiraient le processus de mise en œuvre dans certains milieux.

Bien qu'apprécié, l'accompagnement offert par l'équipe de l'INSPQ est parfois considéré comme étant en retard sur les besoins, notamment par manque de ressources. Aux dires de plusieurs participants des paliers régional et territorial, le peu d'accompagnateurs pour satisfaire à la demande et le peu de temps disponible dans les écoles pour effectuer les changements qu'implique une telle approche sont des contraintes au déploiement. Ces points de vue font écho aux résultats de l'enquête qui montrent que le degré de connaissance de l'AÉS est encore faible chez une forte proportion des participants des écoles et que le travail d'accompagnement pour une plus grande appropriation de l'approche reste à faire à ce niveau. Plusieurs informateurs-clés insistent sur l'importance d'un suivi accru dans chacune des régions et sur le besoin de régionaliser les activités de formation et d'accompagnement, dans une perspective d'autonomie régionale. Cette prise en charge régionale est d'ailleurs amorcée dans certaines régions. Le message des participants est unanime, du central au territorial, à l'effet que l'accompagnement doit être maintenu sur une période de temps assez longue pour renforcer les acquis et favoriser davantage l'appropriation de l'approche par les milieux.

Les autres facteurs qui freinent la dissémination et l'adoption de l'approche interpellent surtout les instances responsables de son déploiement, au palier central. Le premier facteur se rapporte à la façon différente de concevoir l'approche École en santé entre les deux réseaux. Cette différence semble être à l'origine d'un positionnement différent au regard du mode de déploiement de l'approche par les deux réseaux. L'adhésion unanime des acteurs envers les principes qui fondent l'approche ne conduit donc pas nécessairement à la soutenir avec la même intensité et à en faire une priorité d'action. Nos résultats mettent en évidence que l'« Approche École en santé » ne revêt, ni la même signification, ni la même importance chez les participants des instances centrales, selon qu'ils appartiennent au réseau de la santé ou de l'éducation. Pour les responsables du MELS, l'AÉS traduirait une « *façon de faire* » pouvant être introduite par d'autres véhicules qui en partagent les mêmes principes et dont certaines sont déjà en place dans le milieu scolaire. Dans ce cas-ci, il semble qu'on lui reconnaisse sa valeur en tant que façon d'intervenir mais moins son avantage relatif vis-à-vis d'autres approches ou programmes existants. Pour les promoteurs de l'AÉS au sein du MSSS et de l'INSPQ, cette approche représente la référence pour parler de ce type d'approche globale et concertée dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Selon eux, elle

constituerait le cadre auquel on devrait se référer afin d'éviter le travail en silos qui est décrié par les deux réseaux.

En lien avec ce qui précède, les participants du réseau de la santé et des services sociaux déplorent le fait que les mesures gouvernementales en promotion de la santé offertes au milieu scolaire ne soient pas toujours mises en relation avec l'AÉS. Selon eux, l'absence de liens perpétue le cloisonnement et la fragmentation des interventions destinées aux jeunes d'âge scolaire. Cet écart entraînerait une dépense d'énergie inutile pour les intervenants sur le terrain, à qui il revient actuellement d'effectuer ce travail d'arrimage. Les résultats de l'analyse documentaire corroborent l'information à l'effet que les liens entre les différentes mesures portant sur les saines habitudes de vie et l'AÉS sont encore ténus et peu explicites.

Par ailleurs, des participants de différents paliers perçoivent chez certains intervenants responsables de dossiers spécifiques en santé une crainte de perdre certains acquis professionnels. Cette crainte serait due au fait que l'expertise spécialisée de ces professionnels ne serait pas toujours mise à contribution dans le déploiement de l'AÉS. Cette situation suscite un questionnement quant à l'articulation entre une approche globale et des programmes spécifiques. Il semble que le mode actuel de déploiement de l'approche ne s'attarde pas suffisamment à cette articulation entre l'approche (en tant que cadre intégrateur) et l'expertise propre à un domaine spécifique.

Les différences substantielles rapportées au chapitre du soutien financier sont aussi l'expression de la divergence entre les deux réseaux en ce qui a trait à la conception de l'approche et la priorité accordée à son déploiement. Tous les participants reconnaissent qu'un certain soutien financier est nécessaire pour appuyer les intervenants scolaires et les accompagnateurs des CSSS et des CS. Cependant, le soutien financier à apporter aux paliers régional, territorial et local est jugé nettement insuffisant par les participants des instances centrales du réseau de la santé alors que ceux du MELS mettent plutôt l'accent sur le soutien en termes de « *façon différente de travailler* » avec les acteurs du milieu. Selon les représentants du MELS, l'approche devrait se déployer à l'intérieur des structures existantes, avec les ressources déjà octroyées en promotion de la santé et en prévention. Les promoteurs au MSSS et à l'INSPQ mettent au contraire le financement au premier plan des conditions de réussite du déploiement de l'approche et considèrent le financement actuel insuffisant pour l'ampleur de la tâche aux paliers territorial et local. À l'instar de ces promoteurs, plusieurs

participants proches du terrain s'inquiètent de la fragilité du déploiement de l'approche en raison du temps et des ressources qui ne sont pas toujours disponibles. Cette perception est aussi confirmée par les résultats de l'enquête qui montrent que les contraintes de l'environnement sont un obstacle à l'adoption de l'AÉS, même lorsque la réceptivité face à celle-ci est élevée chez les participants des écoles. Certaines craintes ont d'ailleurs été exprimées en lien avec l'adoption de l'approche qui pourrait occasionner une surcharge et une complexification des tâches de travail pour les intervenants des milieux locaux. Les façons différentes de concevoir l'AÉS ainsi que son financement se traduisent dans les faits par un déséquilibre entre les investissements financiers de chacun des deux réseaux pour soutenir son déploiement.

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

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

En lien avec ce qui précède, le mode proposé pour mettre en œuvre l'approche représente un autre élément qui suscite certaines tensions entre les deux réseaux. Le réseau de la santé et des services sociaux adopte, pour sa part, un mode prescriptif et normatif pour le déploiement de l'approche, lequel exige une certaine conformité à la démarche opérationnelle préconisée pour sa mise en œuvre. À l'opposé, le réseau de l'éducation s'inscrit dans un mode décentralisé qui laisse place à la flexibilité et à l'adaptation par les écoles. Certains commentaires à propos du mode « prescriptif » qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux seraient à mettre en parallèle avec le caractère rigide du déploiement qui a été soulevé par certains participants.

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

Bien que la concertation soit une composante centrale au déploiement réussi d'une mesure conjointe s'adressant à deux réseaux, celle-ci représente un défi de taille. Les différences de conception et d'opinion entre les acteurs des instances centrales de l'éducation et de la santé et des services sociaux semblent en effet obéir en partie à deux logiques institutionnelles propres à

chacun des réseaux et pour lesquelles des différences notables au plan des structures et des cultures organisationnelles sont observables. Ces différences structurelles et culturelles exigent donc des efforts additionnels entre les acteurs des deux réseaux en vue de la mise en place d'une concertation réussie.

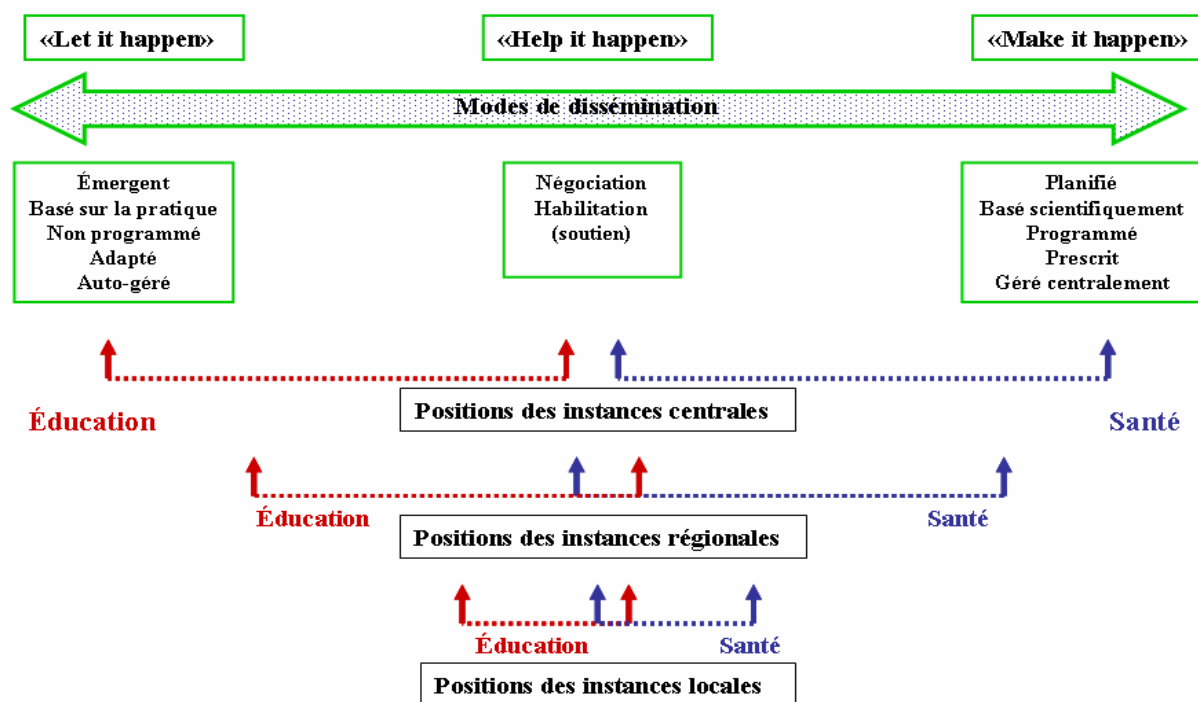
Par ailleurs, nos résultats font toutefois ressortir que la concertation et le déploiement conjoint de l'AÉS est un défi que les acteurs des paliers régional et territorial que nous avons interviewés ont commencé à relever avec plus de succès que ceux du palier central. Les intervenants sur le terrain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

La figure 1 fournit une représentation visuelle du positionnement des acteurs des deux réseaux au regard du déploiement de l'approche École en santé. Cette figure est inspirée du modèle de Greenhalgh et coll. [10] sur les différents modes de dissémination d'une innovation. Ce modèle situe ces différents modes de dissémination sur un continuum, en faisant ressortir trois types distinctifs. Le premier type « *Let it happen* », se situe au pôle gauche du continuum et se rapporte à un mode dont l'innovation se définit principalement à partir de l'expérience pratique ; elle se répand en s'adaptant aux conditions locales, sans que sa dissémination soit planifiée et gérée centralement. À l'extrémité opposée du continuum se trouve le mode « *Make it happen* » qui correspond à un ensemble d'efforts planifiés et gérés centralement pour disséminer une innovation et qui est basé sur des évidences scientifiques et que l'on entend faire adopter en respectant des paramètres établis à l'intérieur d'une programmation. Le troisième mode, « *Help it happen* », se situe au centre du continuum et concilie certains éléments des deux autres modes ; il se caractérise davantage par la négociation, l'influence réciproque et le renforcement des capacités. Nos résultats indiquent que, de façon générale, les acteurs du réseau de l'éducation se situent davantage à gauche du continuum, c'est-à-dire plus près du modèle « *Let it happen* », alors que ceux du réseau de la santé et des services



sociaux se rapprochent plus du modèle « *Make it happen* », à droite du continuum. Par ailleurs, le positionnement des acteurs varie aussi selon le palier administratif où ils se trouvent. Ainsi, le positionnement des instances centrales des deux réseaux est plus polarisé qu'aux paliers régional et local. À ces paliers, l'écart entre le positionnement des acteurs des deux réseaux tend à se rétrécir et se concentre davantage vers un modèle « *Help it happen* ». Pour les paliers régional et local, il faut toutefois souligner qu'en raison de la forte variation dans les régions du Québec, ce portrait n'est valable que pour les trois régions étudiées.

**Figure 1: Positions des acteurs des réseaux de la santé et services sociaux et de l'éducation au regard des modes de dissémination de l'AÉS\***



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

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

## 4 CONCLUSION

Nos résultats montrent que l'AÉS constitue une approche prometteuse qui suscite, au regard de ses principes fondamentaux, une adhésion consensuelle chez les personnes impliquées dans son déploiement aux divers paliers administratifs, de même que chez les représentants de programmes concomitants. Sa perspective globale et concertée, visant à éviter de travailler en silos et de dédoubler les interventions, sa réflexion sur les pratiques actuelles afin d'en améliorer l'efficacité, et l'intérêt des jeunes mis au cœur des priorités, sont des principes qui rallient l'ensemble des participants interviewés. La forte réceptivité observée chez les personnes connaissant l'approche, quel que soit le palier administratif considéré, est indicatrice d'un terrain propice à son adoption.

En ce sens, les efforts déployés jusqu'à maintenant pour faire connaître l'approche semblent avoir porté fruit. Nos résultats font toutefois ressortir que ceux qui en ont une connaissance plus approfondie se concentrent encore aux paliers central, régional et territorial alors que les acteurs-clés des écoles sont proportionnellement plus nombreux à en avoir une connaissance superficielle. Cette situation reflète le mode de déploiement en cascade, du central vers le local, qui a été en vigueur jusqu'à maintenant. Il apparaît clairement qu'une deuxième impulsion est maintenant requise pour pénétrer davantage les milieux scolaires, qui sont les milieux ultimement ciblés pour l'implantation d'une telle approche. Les modalités actuellement en place pour supporter le déploiement de l'approche laissent toutefois entrevoir certaines failles, lesquelles risquent de compromettre sérieusement le travail en cours si aucun correctif n'est apporté par les instances responsables du déploiement de l'AÉS.

Ainsi, malgré une adhésion massive à l'approche, des réserves importantes ont été formulées par divers acteurs à l'endroit de la façon dont elle se déploie, et ce, à tous les paliers. Une part importante de ces réserves concerne moins sa pertinence que ses limites contextuelles de mise en œuvre. Ainsi, les critiques formulées par les acteurs locaux et régionaux lors des entretiens soulignent les limites d'une approche basée sur la bonne volonté des gens. Les résultats de l'enquête portant plus spécifiquement sur les écoles corroborent l'importance d'un soutien tangible pour la mise en œuvre de l'approche. Ils montrent clairement que même lorsque la réceptivité face à l'approche est élevée dans les écoles, elle n'est pas suffisante pour conduire à l'adoption en présence de contraintes dans l'environnement, telles que le manque de ressources et de temps pour l'implanter.

L'infrastructure de soutien, en matière de formation et d'accompagnement, joue efficacement son rôle en termes de sensibilisation et de démonstration de la pertinence du changement proposé même si certains aspects seraient à améliorer pour la rendre plus accessible aux intervenants sur le terrain. En fait, les réserves exprimées ne concernent pas les principes sous-tendant l'approche mais son applicabilité sur un terrain ayant des ressources limitées et un soutien mitigé du côté des instances ministérielles. Ces contraintes laissent entrevoir que plusieurs écoles préféreraient sans doute attendre le vrai signal du départ, observable par l'allocation de ressources locales durables. Ce doute s'intensifie chez les acteurs plus proches du terrain et semble plus prégnant dans le réseau de l'éducation. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que la promotion de la santé et la prévention sont perçues comme un champ d'application en marge de la mission première des écoles et que, par conséquent, il peut représenter pour certains une crainte d'une charge de travail supplémentaire. Ce doute illustre la tension entre la pertinence de principe de l'approche et sa faisabilité dans des milieux déjà sous haute pression. Si les activités de formation et d'accompagnement qui ont été dispensées jusqu'à maintenant ne sont pas associées à un ensemble de décisions pouvant marquer l'engagement concret et partagé des promoteurs de cette approche dans les deux réseaux, la vraisemblance de son implantation dans la majorité des écoles risque de se trouver compromise.

Enfin, les résultats nous amènent également à conclure que pour permettre un déploiement optimal de l'AÉS, des compromis seront vraisemblablement nécessaires entre les deux réseaux, surtout au palier central. Malgré le consensus au regard des principes qui fondent l'approche et la reconnaissance positive du soutien national pour la développer et favoriser son appropriation, des points de dissension importants sont apparus entre les deux réseaux à propos du déploiement de l'approche. Ceux-ci engendrent un déséquilibre qui a été relevé par plusieurs participants aux paliers régional et territorial, lesquels sont d'avis que ce déséquilibre peut vraisemblablement mettre en danger le déploiement optimal de l'approche École en santé. Ces dissensions interpellent tout particulièrement les instances centrales bien qu'elles se répercutent à des degrés divers aux paliers régional et local. Celles-ci se rapportent à : 1- la primauté accordée à l'AÉS comme cadre de référence intégrateur dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention en milieu scolaire ; 2- la nature et la quantité du soutien financier nécessaire pour soutenir son déploiement ; 3- le rythme convenant à un déploiement progressif et respectueux du contexte local ; et 4- le mode de dissémination de l'approche, en termes prescriptif ou adaptatif/incitatif. Le dialogue et la collaboration, afin

d'atteindre un meilleur équilibre entre les positions des instances décisionnelles, s'avèrent donc déterminants pour orienter adéquatement les actions des intervenants des deux réseaux dans une même direction. La mise en place de mécanismes de communication et de planification concertée, acceptables pour chacune des instances, constituent la condition préalable à l'obtention d'une entente qui permettra de soutenir ce type d'approche de façon durable. Cette continuité s'avère essentielle pour produire le changement escompté dans les normes de pratique. Ce changement est une condition pour augmenter les gains en matière de saines habitudes de vie, de comportements favorables à la santé et de réussite éducative chez les jeunes.

L'AÉS est considérée par ses concepteurs comme un cadre d'action intégrateur susceptible de favoriser les saines habitudes de vie des jeunes d'âge scolaire, ce qui fait écho aux recommandations des organismes internationaux que sont l'OMS et le CDC. Les saines habitudes de vie constituent en ce moment un domaine d'intervention prioritaire pour les autorités gouvernementales alors que l'AÉS est également préconisée par les autorités ministérielles, en tant que cadre d'action général. En dépit du lien ténu et d'une articulation peu explicite entre ces deux mesures dans la documentation officielle, nos résultats confirment le lien établi entre celles-ci au niveau des écoles. Ainsi, le niveau d'investissement des écoles dans la promotion des saines habitudes de vie est un des principaux prédicteurs de l'adoption de l'approche École en santé. Il est donc vraisemblable que certains milieux scolaires aient considéré l'AÉS comme une façon d'intervenir avantageuse et prometteuse pour améliorer les saines habitudes de vie des jeunes de leurs écoles. Il est aussi possible que la décision d'adopter l'AÉS ait été renforcée par les crédits financiers accordés dans le cadre du programme « Écoles en forme et en santé » qui se rapportent aux saines habitudes de vie et qui priorise le déploiement de l'approche École en santé. Bien que nos résultats ne nous permettent pas de confirmer hors de tout doute cette hypothèse, plusieurs de nos résultats la rendent plausible. Ce résultat confirme indirectement l'importance des ressources financières comme condition d'adoption de l'AÉS par les écoles. Si notre hypothèse s'avérait exacte, il est vraisemblable que l'investissement gouvernemental dans d'autres domaines d'intervention pourrait amener certaines écoles, qui perçoivent ce domaine comme prioritaire pour leur milieu, à adopter l'AÉS comme cadre d'action général pour la planification concertée d'interventions dans ce domaine.

## 5 RECOMMANDATIONS EN LIEN AVEC NOS RÉSULTATS

À la lumière de nos résultats, il apparaît nécessaire d'apporter à court terme des ajustements dans le mode de déploiement de l'AÉS afin que ce type d'approche puisse s'implanter avec succès dans les écoles du Québec. Nos conclusions, de même que les orientations ministérielles actuelles à l'égard des saines habitudes de vie, nous amènent à formuler à l'intention des instances centrales du MSSS et du MELS, des recommandations générales dont découlent deux options possibles au regard du déploiement de l'AÉS. Des recommandations spécifiques, en lien avec chacune de ces options, sont ensuite présentées. Pour terminer, des recommandations sont émises à l'intention de l'équipe de formation de l'AÉS à l'INSPQ ainsi qu'aux autres instances du MSSS et du MELS.

### 5.1 Recommandations générales à l'intention des instances centrales du MSSS et du MELS

*Considérant le consensus exprimé à l'endroit des principes qui sous-tendent l'approche École en santé et la forte réceptivité face à celle-ci chez les acteurs des deux réseaux à tous les paliers administratifs ;*

*Considérant la dualité des positions entre les instances centrales des deux réseaux relativement à l'AÉS, notamment en ce qui a trait à son avantage relatif pour les écoles et à la priorité à lui accorder ;*

**Nous recommandons aux instances centrales du MSSS et du MELS de :**

**R1 Clarifier la contribution spécifique de l'AÉS relativement aux autres approches intégratives et concertées actuellement offertes ou présentes en milieu scolaire ;**

Les instances centrales devraient notamment :

- Identifier les approches intégratives actuellement en place dans les écoles québécoises et, en collaboration avec les concepteurs de ces approches, établir leurs composantes essentielles ;
- Comparer ces approches en faisant ressortir les chevauchements, les spécificités, les populations visées, leurs forces, leurs faiblesses, etc. ;

**R2 Évaluer la pertinence, soit d’offrir une seule démarche réunissant les composantes essentielles et communes aux approches intégratives (Option 1), soit de maintenir l’intégralité des différentes approches, dont celle de l’AÉS (Option 2) ;**

Les instances centrales devraient notamment :

- Évaluer les avantages et les inconvénients de ces deux options pour les différents acteurs concernés à tous les paliers administratifs, et ce, en collaboration avec les concepteurs de ces approches et les intervenants, aux paliers locaux et territoriaux, qui ont déjà réalisé un travail d’harmonisation des approches.

\*\*\*\*\*

*Considérant que la dualité des positions entre les instances centrales contribue à l’asymétrie dans le mode de déploiement de l’AÉS ;*

*Considérant que cette dualité est renforcée par une coordination qui ne favorise pas une position partagée et synchronisée au regard du déploiement d’une telle approche;*

**Nous recommandons aux instances centrales du MSSS et du MELIS de :**

**R3 Se doter de mécanismes de communication interministériels qui permettent d’entretenir, sur une base régulière, des échanges et un dialogue fructueux afin de mieux guider et soutenir le déploiement de mesures conjointes telles que l’AÉS ;**

**R4 Exercer un leadership face aux autres paliers administratifs afin d’encourager la mise en place de mécanismes de gestion concertés, nécessaires pour améliorer le déploiement d’actions conjointes ;**

\*\*\*\*\*

## 5.2 Recommandations spécifiques à l'intention des instances centrales du MSSS et du MELS

Dans la mesure où les instances centrales retiennent nos recommandations générales, deux options se présentent à eux :

### Option 1

**Retenir une seule démarche réunissant les composantes essentielles et communes aux approches intégratives**

*Considérant que l'offre actuelle de **plusieurs** approches intégratives au milieu scolaire occasionne une duplication des efforts, tant pour ceux qui les conçoivent que pour ceux qui tentent de les mettre en œuvre ;*

*Considérant que les efforts d'harmonisation entre les approches intégratives représentent actuellement une dépense considérable de temps et d'énergie à l'échelle de la province et que cette énergie pourrait être mieux canalisée pour répondre aux besoins des élèves ;*

**Nous recommandons aux instances centrales du MSSS et du MELS de :**

**R5 S'entendre pour proposer à leurs réseaux respectifs une démarche commune et partagée par les deux réseaux ;**

**R6 Déterminer conjointement des stratégies et des modalités de déploiement pour soutenir l'appropriation de cette démarche dans les milieux scolaires ;**

### Option 2

**Maintenir l'intégralité des différentes approches, dont celle de l'AÉS<sup>3</sup>**

*Considérant la dualité du mode de déploiement de l'AÉS entre les deux réseaux au palier central ;*

*Considérant que cette asymétrie entraîne une insatisfaction et des difficultés notables chez les acteurs impliqués dans le déploiement de l'approche, et que cette situation risque d'avoir un effet démobilisateur chez les acteurs impliqués ;*

*Considérant que les contraintes de l'environnement (manque de ressources, manque de temps, marge de manœuvre limitée au regard des priorités de l'école) représentent, selon les répondants des écoles, un des principaux obstacles à l'adoption de l'AÉS ;*

**Nous recommandons aux instances centrales du MSSS et du MELS de :**

**R8 Clarifier et établir conjointement des objectifs communs concernant le déploiement de l'AÉS ;**

**R9 S'entendre sur des résultats à atteindre, mesurables et réalistes pour les acteurs des deux réseaux ;**

*...suite à la page suivante*

*...suite à la page suivante*

<sup>3</sup> Nos recommandations se limitent à l'AÉS.

### Option 1 (SUITE)

**Retenir une seule démarche réunissant les composantes essentielles et communes aux approches intégratives**

**R7 S'assurer d'établir les liens entre les mesures portant sur les saines habitudes de vie et l'approche intégrative retenue ;**

\*\*\*\*\*

### Option 2 (SUITE)

**Maintenir l'intégralité des différentes approches, dont celle de l'AÉS**

**Les objectifs et résultats à atteindre devraient prendre en considération les dimensions suivantes :**

- L'allocation des ressources financières suffisantes et stables afin de consolider la formation et l'accompagnement aux paliers régional et territorial, favoriser l'appropriation de l'approche dans les écoles et soutenir le changement lié à une telle approche ;
- Le maintien d'un engagement gouvernemental à long terme face à l'AÉS, lequel est nécessaire pour garantir le renouvellement des pratiques préconisées par l'AÉS ;
- L'observation d'un rythme et d'une couverture de déploiement réalistes, c'est-à-dire qui tiennent compte de la capacité des milieux et des ressources de soutien disponibles pour les accompagner.

**R10 Déterminer conjointement des stratégies et des modalités de déploiement afin d'atteindre ces résultats ;**

**R11 Établir une entente formelle inter-réseaux à propos des résultats, des stratégies et des modalités retenues pour le déploiement de l'AÉS ;**



### **5.3 Recommandations à l'intention de l'équipe de formation sur l'approche école en santé à l'INSPQ et aux autres instances du MSSS et du MELS**

Les recommandations qui suivent sont formulées à l'intention des paliers régional, territorial et local du MSSS et du MELS. Étant donné que nous ne pouvons anticiper le choix qui sera fait par les instances centrales quant aux options qui se présentent à eux, **les recommandations qui suivent se limitent à l'option 2 présentée aux instances centrales, soit le maintien de l'intégralité de l'AÉS**. Cette option concerne le déploiement actuel de l'AÉS qui correspond à notre objet d'étude. Mentionnons que plusieurs de ces recommandations sont tributaires de celles formulées précédemment aux instances centrales.

#### **5.3.1 Recommandations à l'intention de l'équipe de formation de l'INSPQ**

*Considérant la qualité et la nécessité, reconnues par les participants de l'étude, de la formation et de l'accompagnement offerts par l'équipe de l'INSPQ au regard de l'AÉS;*

*Considérant le caractère parfois trop théorique et trop complexe exprimés par les participants de l'étude, de certains contenus et outils proposés par l'équipe de l'INSPQ ;*

*Considérant le manque de flexibilité également relevé quant à la façon de déployer et d'implanter l'AÉS ;*

#### **Nous recommandons à l'équipe de formation de l'INSPQ de :**

**R12 Continuer de soutenir et d'accompagner les répondants régionaux dans l'implantation de l'AÉS, en répondant aux besoins spécifiques qui émergent du terrain ;**

**R13 Proposer des façons de faire qui, tout en respectant les fondements essentiels de l'approche, tiennent davantage compte des contextes spécifiques d'implantation des milieux scolaires;**

**R14 Simplifier et vulgariser le contenu des formations et des outils développés afin d'en faciliter l'utilisation par les milieux de pratique ;**

*Considérant l'importance de la collaboration inter-réseaux et intersectorielle pour réussir la mise en œuvre de l'AÉS;*

*Considérant la crainte de certains professionnels de perdre leur autonomie et leur expertise spécifique, comme celle liée aux saines habitudes de vie, au regard d'une approche intégrative telle que l'AÉS ;*

**Nous recommandons à l'équipe de formation de l'INSPQ de :**

**R15** Ajouter, à son offre de formation et d'accompagnement, des ateliers visant à renforcer les habiletés de collaboration chez les acteurs impliqués dans le déploiement de l'AÉS, et ce, à tous les paliers administratifs ;

**R16** Améliorer l'articulation entre la démarche générale de planification concertée et les domaines spécifiques d'intervention, et offrir des moyens concrets pour effectuer cet arrimage ;

\*\*\*\*\*

### **5.3.2 Recommandations à l'intention des gestionnaires des DSP, DRE, CSSS et CS qui ont la responsabilité du déploiement de l'AÉS**

*Considérant l'importance de la concertation inter-réseaux pour le déploiement réussi d'une approche telle que l'AÉS ;*

*Considérant l'importance de l'autonomie régionale et territoriale en termes de formation et d'accompagnement ;*

**Nous recommandons aux gestionnaires des instances régionales et territoriales de :**

**R17** Déterminer conjointement des stratégies et des modalités pour soutenir le déploiement de l'AÉS dans leur région et territoires respectifs (couverture, budget consenti et gestion du budget, etc.) ;

**R18** Soutenir la création d'un réseau d'accompagnateurs provenant des CS et des CSSS sur les territoires ciblés de leur région afin de renforcer leurs compétences et leur autonomie dans l'accompagnement des écoles ;

**R19** Établir des ententes formelles quant aux stratégies et modalités de déploiement entre les instances des deux réseaux ;

**R20** Assumer un leadership, en termes de mobilisation, de soutien et d'encouragement quant au déploiement de cette approche ;

**R21** Identifier des leaders potentiels dans les différents milieux au regard de l'AÉS afin de les sensibiliser à l'approche ;

**R22** Encourager et soutenir les pratiques de collaboration interprofessionnelle et inter-réseaux ;

*Considérant le plus faible pourcentage d'acteurs-clés qui ont une bonne connaissance de l'approche dans les écoles ;*

*Considérant que le degré de connaissance de l'AÉS est un fort prédicteur de sa réceptivité et de son adoption ;*

**Nous recommandons aux gestionnaires des instances régionales et territoriales de :**

**R23** Suggérer des modalités pour faire connaître l'AÉS et favoriser son appropriation auprès des membres des écoles ayant montré un intérêt;

**R24** Encourager et soutenir le réseautage entre les écoles qui mettent en œuvre l'AÉS ;

\*\*\*\*\*

### **5.3.3 Recommandations à l'intention des répondants régionaux de l'AÉS des DSP et des DRE et à l'intention des accompagnateurs de l'AÉS dans les CSSS et CS**

*Considérant l'importance de l'autonomie régionale et territoriale en termes de formation et d'accompagnement ;*

*Considérant l'importance de la concertation inter-réseaux pour le déploiement réussi de l'AÉS ;*

*Considérant l'importance de travailler en collaboration avec les différents acteurs de la communauté à la réussite éducative et à la santé des jeunes ;*

*Considérant l'importance de reconnaître l'expertise spécialisée des professionnels qui interviennent dans des domaines spécifiques ;*

**Nous recommandons aux répondants régionaux et aux accompagnateurs de l'AÉS de :**

**R25** Participer aux efforts pour renforcer l'autonomie régionale et territoriale afin de soutenir adéquatement les intervenants qui déploient l'AÉS dans les territoires et les écoles ciblés ;

**R26** Accompagner les intervenants en leur offrant une réponse adaptée aux besoins spécifiques et aux conditions d'implantation sur le terrain ;

**R27** Suggérer des modalités facilitant le travail de collaboration inter-réseaux aux paliers régional et territorial ;

**R28** Travailler en collaboration avec les partenaires du milieu de façon à tenir compte des expériences positives en cours dans les écoles et la communauté immédiate ;

**R29** Suggérer des façons concrètes d'articuler la démarche proposée par l'AÉS et les différents domaines d'intervention spécifiques.

\*\*\*\*\*

**5.3.4 Recommandations à l'intention des directions d'écoles désireuses d'adopter l'AÉS**

*Considérant l'importance de la concertation interprofessionnelle pour le déploiement réussi de l'AÉS ;*

*Considérant l'importance du leadership de la direction dans l'adoption de l'AÉS ;*

*Considérant les ressources et le temps nécessaires pour s'approprier et implanter l'AÉS ;*

*Considérant le plus faible pourcentage d'acteurs-clés qui ont une bonne connaissance de l'approche dans les écoles ;*

**Nous recommandons aux directions d'écoles désireuses d'adopter l'AÉS de :**

**R30** Assumer un leadership, en termes de mobilisation et de soutien à leur personnel concernant le déploiement de cette approche ;

**R31** Établir des modalités organisationnelles afin de soutenir le changement qu'implique l'implantation de l'approche ;

**R32** Encourager et soutenir les pratiques de collaboration interprofessionnelle chez les membres de leur école ;

**R33** Faciliter l'appropriation de l'AÉS au sein de leur école en offrant à l'ensemble de leurs membres (enseignants, personnel non enseignant, parents) et à leurs partenaires un accompagnement leur permettant de voir concrètement la façon dont l'approche peut s'intégrer dans le fonctionnement de l'école.

\*\*\*\*\*

## PISTES DE RECHERCHE

Nos résultats ont montré qu'il existe une forte réceptivité face à l'AÉS bien que certains freins à sa dissémination peuvent limiter son adoption à plus grande échelle ou compromettre son implantation si aucun ajustement n'est apporté. Les recherches futures devraient s'intéresser à l'évolution de l'AÉS, tant sur le plan du système d'offre que sur celui du système d'usage, afin de comprendre le succès ou l'échec de sa diffusion. Les recherches à court terme devraient notamment étudier les mécanismes mis en place par les deux réseaux pour s'ajuster au contexte. *Comment a évolué le mode de dissémination de l'AÉS ? A-t-il été modifié pour surmonter certains obstacles qui nuisent actuellement à son adoption, notamment en ce qui a trait au soutien financier ou aux modalités mises en place pour l'adapter au contexte des milieux de pratique ? Quel a été le rôle des acteurs aux différents paliers administratifs à cet effet ?*

La présente étude ayant porté sur les premières phases de diffusion de l'AÉS, des recherches concernant les phases qui suivent l'adoption de cette approche s'avèrent également nécessaires. Ainsi, il importe d'étudier les conditions qui augmentent le potentiel de succès de ce type d'approche, à partir du moment où celle-ci est adoptée par les écoles. La décision d'adopter une innovation ne se traduit pas nécessairement par une appropriation et une utilisation continue de l'innovation. *Suite à une décision formelle d'adopter l'AÉS, est-ce que son implantation s'est poursuivie tel que prévu ? Comment expliquer qu'une organisation pourrait en venir à rejeter cette innovation après l'avoir adoptée ?* La recherche devrait ainsi s'intéresser autant aux cas d'abandon de l'AÉS qu'à ceux qui la transforment ou qui l'implantent tel que prévu.

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

contextuels, organisationnels et individuels qui facilitent ou nuisent à la transposition de ces fondements dans la pratique.

Les questions qui précèdent devraient être étudiées à travers une variété de contextes et sur une période assez longue afin de pouvoir mieux comprendre les processus de changement qui accompagnent la mise en œuvre de ce type d'approche et afin d'en évaluer les retombées. Davantage de recherches longitudinales sont par conséquent nécessaires afin de pouvoir examiner ces questions et vérifier si l'adoption et la mise en œuvre d'une innovation comme l'AÉS varient dans le temps et selon les milieux, et si les retombées observées varient en fonction de certaines caractéristiques. Pour répondre à ces questions, le développement d'indicateurs s'avère aussi important. L'élaboration d'indicateurs de processus et de résultats sont nécessaires afin de suivre les changements qui s'opèrent suite à la mise en place de l'AÉS et afin d'évaluer ses retombées en termes de changements dans l'environnement scolaire et dans les compétences et habitudes de vie des jeunes et éventuellement, sur les indicateurs de santé de la population.

En raison de l'offre simultanée d'approches apparentées à celle de l'AÉS, il est probable que ces approches s'influencent mutuellement. La recherche future devra donc tenir compte de l'évolution de ces approches, en étudiant la manière dont certains milieux se les approprient, les intègrent ou en écartent certaines et devra comparer les retombées que certains modèles intégraux ou hybrides peuvent avoir sur les milieux scolaires et les jeunes.

## **CONTRIBUTIONS À LA RECHERCHE**

### **Nos partenaires de recherche**

L'approche École en santé étant une mesure novatrice à base partenariale, notre étude s'est réalisée en étroite collaboration avec les instances impliquées dans son déploiement, soit le MSSS, le MELIS et l'INSPQ. Afin d'assurer la pertinence des retombées de nos travaux de recherche, ces partenaires ont notamment été mis à contribution lors de la conceptualisation du projet, la validation des outils de collecte d'information et l'accessibilité aux différents sites de recherche. Par ailleurs, des activités de transfert de connaissances ont été réalisées en partenariat avec des représentants de ces instances, tant aux paliers central et régional que territorial. Nous sommes convaincus que leur apport important au déroulement de cette étude a favorisé l'atteinte de nos objectifs mutuels.

### **Nos collaborateurs**

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

### **Nos étudiants et stagiaires**

Victorine Sikati Foko a réalisé un stage parmi nous dans le cadre de sa maîtrise en Sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Elle a participé à l'analyse documentaire sur l'infrastructure de soutien de l'AÉS et contribué à la recension, l'organisation et le traitement de l'information recueillie. Jeanne Doucet, étudiante à l'Université du Québec en Outaouais et candidate au doctorat en Sciences de l'Éducation, a participé à l'élaboration de la grille d'entretien et à la réalisation d'un certain nombre d'entretiens. Sylvie Gagnon, doctorante en Kinésiologie à l'Université de Montréal, réalise actuellement une recherche en lien avec les travaux de l'équipe; sa recherche se concentre sur les diverses formes d'adoption de l'AÉS dans la région de Montréal. Elle a aussi participé à l'élaboration de la grille d'entretien ainsi qu'à la réalisation d'un certain nombre d'entretiens.



## DIFFUSION DE NOS RÉSULTATS

Un ensemble d'activités ont été réalisées avant le dépôt de ce rapport afin d'assurer la diffusion de nos résultats et le transfert des connaissances issues de cette recherche :

### ■ Communications scientifiques nationales et internationales

- **Deschesnes, M., Couturier, Y., Laberge, S. et F. Trudeau (Avril 2008):** « *Les facteurs qui facilitent ou freinent le déploiement et l'adoption de l'approche École en santé dans les écoles québécoises* » Première partie d'une communication présentée au colloque CTREQ. Québec, Canada.
- **Couturier, Y., Deschesnes, M., et S. Laberge (Avril 2008).** « *La dissémination d'une approche intégrée de type École en santé au Québec : l'influence du positionnement stratégique des acteurs* ». Communication présentée aux 4<sup>èmes</sup> journées de la prévention de l'INPES. Paris, France.
- **Deschesnes, M., S. Laberge et Y. Couturier (Juin 2007).** « *La dissémination de l'approche École en santé au Québec : l'influence du positionnement stratégique des acteurs organisationnels* ». Communication présentée à la 19<sup>ème</sup> Conférence mondiale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé de l'UIPES. Vancouver, Canada.

### ■ Communications aux décideurs, gestionnaires et intervenants ciblés

- **Deschesnes, M. (Juin 2008) :** Présentation des résultats de recherche à la rencontre nationale des répondants régionaux du MSSS et du MELS de l'approche École en santé
- **Deschesnes, M. (Mars 2008) :** Présentation des résultats préliminaires de recherche à la Table de concertation nationale en prévention et promotion (TCNPP)
- **Deschesnes, M. (Janvier 2008) :** Présentation des résultats préliminaires de recherche à la rencontre de l'équipe de programmation de l'approche École en santé de l'INSPQ
- **Deschesnes, M. (Novembre 2007) :** Présentation des résultats préliminaires de recherche à l'occasion d'une rencontre des gestionnaires et représentants nationaux du MSSS, du MELS et de l'INSPQ

### ■ Autres

- Des informations sur les résultats de cette recherche et les activités qui en découlent sont communiquées aux partenaires par l'entremise du « **Bulletin d'information** » issu de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*.
- Un **rapport intégral** de cette recherche sera disponible à compter de l'automne 2008 sur le site du FQRSC.

## **DÉROULEMENT DES TRAVAUX DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE**

Un certain nombre de facteurs ont favorisé la réalisation de nos travaux tandis que d'autres ont pu y nuire. L'interdisciplinarité au sein de l'équipe de recherche a permis d'étudier notre objet d'étude selon diverses perspectives, ce qui a contribué, selon nous, à la richesse des analyses. Par ailleurs, quelques changements ont affecté le déroulement de la recherche. Tout d'abord, comme le projet s'inscrivait dans le cadre de la programmation d'une nouvelle équipe de recherche, des réajustements ont été nécessaires afin d'en assurer la réalisation adéquate. De plus, la chercheuse principale responsable du projet de recherche s'est vue dans l'obligation de déménager et, par conséquent, de déplacer le site principal de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais vers l'INSPQ à Québec. Ce déménagement a entraîné un certain retard dans l'exécution des travaux, notamment en raison de l'embauche de nouvelles personnes et de l'installation de la coordination de l'équipe dans de nouveaux bureaux. De plus, les infrastructures de soutien disponibles à l'INSPQ ont parfois ralenti la réalisation de certaines activités de recherche. Cette situation est due en partie au fait que l'INSPQ ne reçoit aucun frais indirects à la recherche.

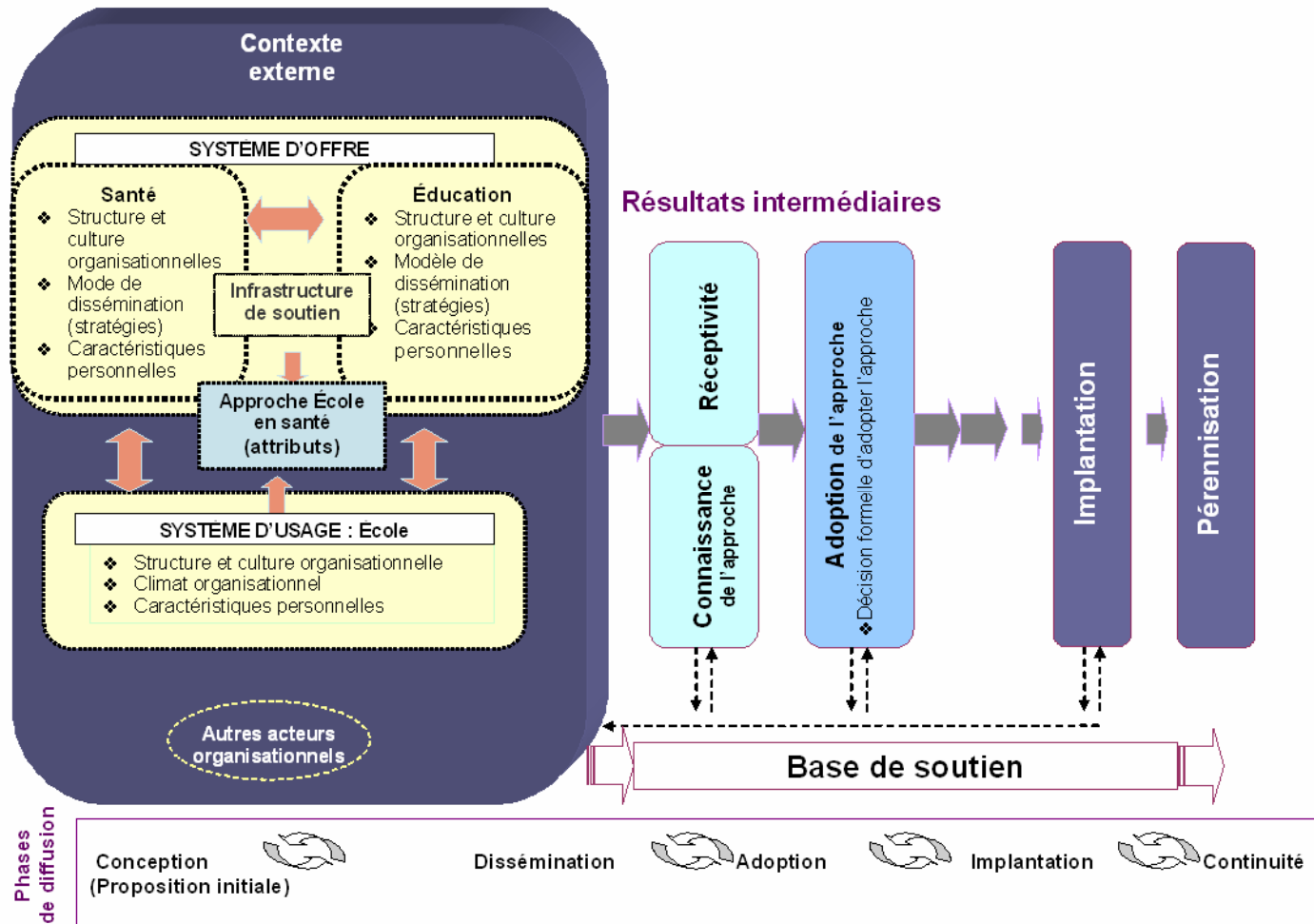
## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> International Obesity Task Force (2005). *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*. London: International Association for the Study of Obesity.
- <sup>2</sup> Shields, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Dans Statistique Canada (Éds.), *Rapports sur la santé* (pp. 27-43). Ottawa : Ministère de l'Industrie.
- <sup>3</sup> Raine, K. (2005). Determinants of Healthy Eating in Canada: An Overview and Synthesis. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl. 3), S8-S14.
- <sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé (2003). *The physical school environment : An essential component of a Health-Promoting School*. 1-57.
- <sup>5</sup> Veugelers, P.J. & Fitzgerald, A.L. (2005). Effectiveness of school programs in preventing childhood obesity: A multilevel comparison. *American Journal of Public Health*, 95(3), 432-435.
- <sup>6</sup> Centers for Disease and Control and Prevention (2003). *Chronic Disease Prevention : Promising Practices: Opportunities for Prevention*. Atlanta.
- <sup>7</sup> Howell, W., Devereaux, R.D., Davis, M. & Collins, J. (2000) Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating Preventive Medicine. *Preventive Medicine*, 31(2), S121-S137.
- <sup>8</sup> Barry, M.M., Domitrovich, C., & Lara, M.A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*, 12(Suppl. 2), 30-36.
- <sup>9</sup> Kiefer, L., Frank, J., Di Ruggiero, E., Dobbins, M., Manual, D., Gully, P.R., Mowat, D. (2005). Fostering Evidence-based Decision-making in Canada : Examining the need for a Canadian Population and Public Health Evidence Centre and Research Network. *Canadian Journal of Public Health*, 96(3), 11-51.
- <sup>10</sup> Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- <sup>11</sup> Oldenburg, B. and Parcel, G.S. (2002). Diffusion of innovations. Dans K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis (Éds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp.312-334). San Francisco: Jossey-Bass.
- <sup>12</sup> Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13, 421-427.
- <sup>13</sup> Tjepkema, M. (2006). Obésité chez les adultes. *Rapports sur la santé*, 17(3), 9-26. (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).
- <sup>14</sup> Taylor, J.P., Evers, S., & McKenna, M. (2005). Determinants of healthy eating in children and youth. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl. 3), S20-26, S22-29.
- <sup>15</sup> Raine, K. (2004). *Obesity and Overweight in Canada: A Population Health Perspective*. Ottawa : Canadian Institute for Health Information.

- <sup>16</sup> Baker, J.L., Olsen, L.W. et Sorensen, T. (2007). Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 357(23), 2329-2337.
- <sup>17</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Investir pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Québec.
- <sup>18</sup> Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *Pour un virage santé à l'école. Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif*. Québec.
- <sup>19</sup> Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes : Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Québec.
- <sup>20</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec.
- <sup>21</sup> Comité national d'orientation École en santé et collaborateurs (2005). *École en Santé - Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec.
- <sup>22</sup> Anderson, N., de Dreu, K.W. & Nijstad, B.A. (2004). The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical Review of the State-of-the-Science. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 147-173.
- <sup>23</sup> Faber, B.D. (2002). *Community action and organizational change: Image, narrative, identity*. Carbondale : Southern Illinois University Press.
- <sup>24</sup> West, M. A., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., & et al. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadership Quarterly*, 14(4,5), 393-410.
- <sup>25</sup> Greenberg, M. R. (2006). The diffusion of public health innovations. *American journal of Public Health*, 96(2), 209-210.
- <sup>26</sup> Herie, M. & Garthe, G.W. (2002). Knowledge diffusion in social work: A new approach to bridging the gap. *Social Work*, 47(1), 85-95.
- <sup>27</sup> Callon, M. & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations ? *Prospective et santé*, 36, 13-25.
- <sup>28</sup> Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., Di Guiseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., Kwan, I. & Cooper, R. (2003). Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database of Methodology Reviews*, 4, 1-18.
- <sup>29</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Rapport périodique des indicateurs de suivi de gestion. Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé*. GESTRED, 1<sup>er</sup> juin 2007. Québec (Document non publié).

## ANNEXE 1

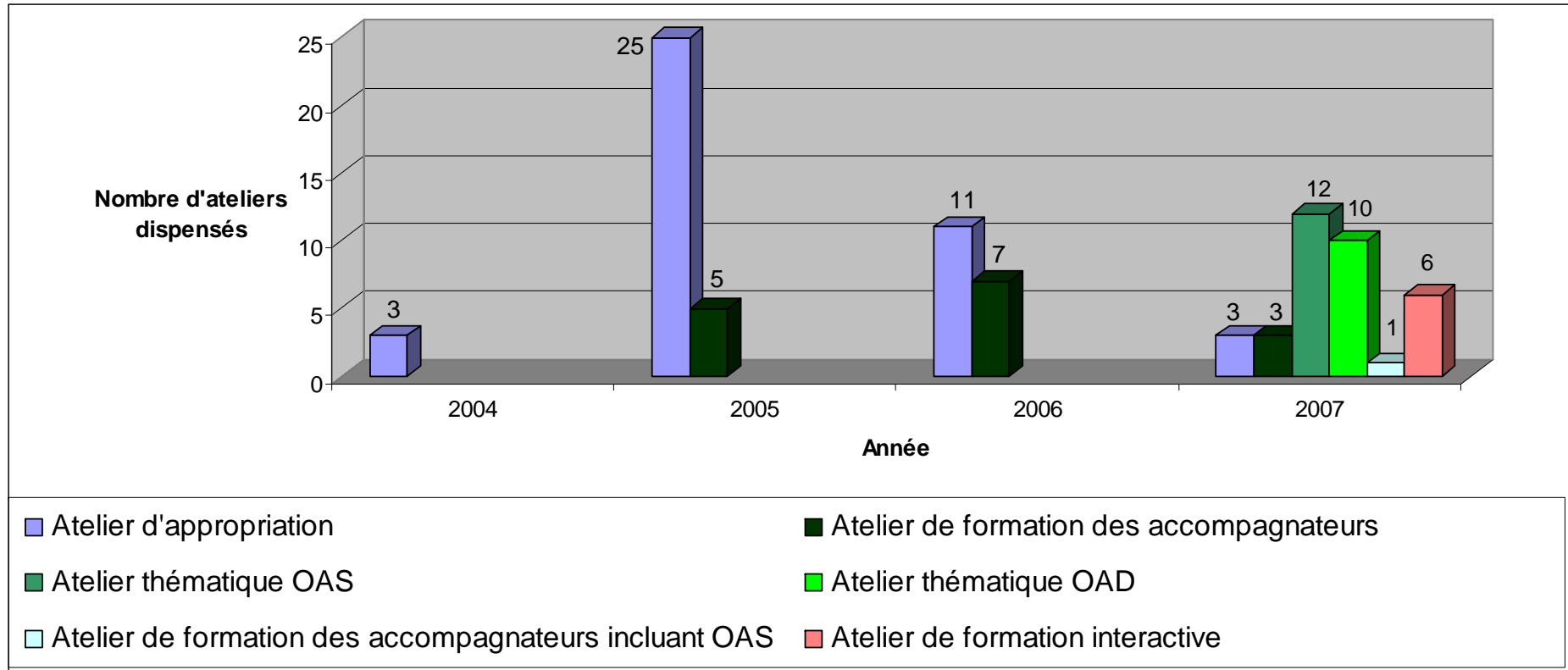
### Cadre conceptuel sur les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé



Deschesnes, Couturier, Laberge et Trudeau, 2007

## ANNEXE 2

### Ateliers offerts dans le cadre de l'offre nationale de formation de l'INSPQ de 2004 à 2007



### ANNEXE 3

#### Répartition des participants selon le degré de réceptivité face à l'approche École en santé et selon la catégorie de participants

Catégorie de participants	Degré de réceptivité			Total	Effectif
	Moyennement réceptif	Plutôt réceptif	Très réceptif		
Directeur d'école	12,0	35,9	52,2	100,0	92
Responsable de la promotion de la santé dans l'école	8,6	29,3	62,1	100,0	58
Parent président du conseil d'établissement	4,2	33,3	62,5	100,0	24
Répondants régionaux de l'approche École en santé (DSP et DRE)	-	17,4	82,6	100,0	23
Accompagnateur de l'approche École en santé (CS)	4,3	17,0	78,7	100,0	47
Accompagnateur de l'approche École en santé (CSSS)	1,4	19,7	78,9	100,0	71
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CS)	6,0	22,0	72,0	100,0	50
Gestionnaire de la prévention/promotion de la santé (CSSS)	3,3	13,3	83,3	100,0	60
Représentant de programme concomitant au niveau des saines habitudes de vie	15,8	36,8	47,4	100,0	19
<b>Total</b>	6,3	24,8	68,9	100,0	444*

\* Le total de l'effectif réfère au nombre de participants connaissant l'AÉS.