Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

L'ÉCOLE EN SANTÉ

Recension des écrits



GARDER notre monde EN SANTÉ

Québec

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

L'ÉCOLE EN SANTÉ

Recension des écrits

Michel Désy

2009



Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Une réalisation du secteur Écoles et milieux en santé
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Collaborateurs (en ordre alphabétique)

Robert Bastien
Angèle Bilodeau
Sylvie Chevalier
Isabelle Denoncourt
Sylvie Gagnon
France Gauthier
Martin Généreux
Nancy Haley
Mireille Lajoie
Monique Lalonde
François Lamy
Nicole Perreault
Jacques Richard
Ginette Veilleux

Révision

Lucie Roy-Mustillo
Sara Trottier

Mise en page

Lucie Roy-Mustillo

Dans le présent document, la forme non marquée (c'est-à-dire le masculin singulier) quand elle est employée pour désigner des personnes, renvoie aussi bien à des femmes qu'à des hommes.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-846-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-847-7 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Prix : 5,00 $

Mot du directeur

L'école représente l'un des principaux milieux de vie des jeunes. Conséquemment, celle-ci constitue un terreau fertile pour des activités de santé publique, et dans la mesure où l'intervention auprès des jeunes à l'école est l'une des priorités de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, elle mérite que l'on s'attarde à la validité des approches utilisées dans ce contexte.

Bien sûr, ce type d'activité existe depuis déjà longtemps. Traditionnellement, la plupart des efforts en promotion de la santé à l'école utilisaient une approche curriculaire, où des enseignants étaient appelés à dispenser de l'information sur la santé, de manière à éduquer les jeunes quant aux saines habitudes de vie à adopter, entre autres. On sait aujourd'hui – et c'est ce que veut entre autres montrer la présente recension – que ce type d'approche ne produit généralement pas les résultats escomptés.

C'est en fait une des raisons pour laquelle, au printemps 2005, la DSP a décidé de réunir dans un même secteur ses activités de prévention et de promotion de la santé à l'école, chapeautées par l'approche « Écoles en santé » (AÉS) qui, elle, est prometteuse. C'est cette promesse que cherche à illustrer la présente recension. Nous espérons que le lecteur pourra, en la lisant, comprendre pour quelle raison l'AÉS est maintenant au centre des efforts de santé publique dans le milieu scolaire.

Le directeur de santé publique,



Richard Lessard, M.D.

Tables des matières

MOT DU DIRECTEUR ..... **I**

TABLES DES MATIÈRES ..... **III**

INTRODUCTION **1**

MÉTHODE **3**

LIMITES **3**

HISTORIQUE DE L'APPROCHE **4**

L'AÉS : VERS UNE DÉFINITION **9**

Le constat d'échec **9**
Les facteurs communs et le modèle écologique **10**
La parenté de l'AÉS avec d'autres approches **14**
L'AÉS et la réussite des jeunes **15**

LES PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LES JEUNES DU POINT DE VUE DE L'AÉS **18**

Tabagisme **18**
Consommation de drogue et d'alcool **22**
Santé mentale **25**
Nutrition et exercice **32**
Sexualité **38**
Santé buccodentaire **41**

LES DOMAINES D'ACTION 44

Les liens et partenariats à l'interne et à l'externe 45
L'environnement physique et social 50
Les programmes d'éducation à la santé 51
Les services de santé 53

LA MISE EN ŒUVRE.....55

L'ÉVALUATION 60

DISCUSSION.....63

La place de l'approche par problèmes dans l'AÉS 63
Les caractéristiques de la population et l'AÉS 65
La participation de la population dans l'AÉS 67

CONCLUSION.....70

RÉFÉRENCES 72

Introduction

Il est reconnu que l'école est un lieu privilégié de prévention et de promotion de la santé. En effet, non seulement l'école est-elle un des milieux de vie principaux des jeunes qui la fréquentent – ceux-ci constituent, si l'on veut, un auditoire captif (Parcel, Kelder & Basen-Engquist, 2000) –, mais elle exerce une influence considérable sur leur état de santé physique et mentale, et aussi sur leurs états de santé à venir. Traditionnellement, les efforts déployés afin d'améliorer la santé des jeunes se concentraient avant tout sur l'éducation à la santé, inscrite au curriculum et centrée sur la diffusion d'information dans le but de modifier les comportements jugés à risque de compromettre leur état de santé. Toutefois, ce type d'intervention n'a pas connu les succès escomptés; conséquemment, depuis quelques années, les activités de santé en contexte scolaire ont évolué. Des stratégies plus exhaustives, visant non seulement les étudiants et leur comportement, mais aussi le contexte dans lequel ils évoluent ont été déployées afin de mieux rencontrer les objectifs de ces interventions. Ces stratégies visent entre autres l'environnement physique et social de l'école, ainsi que les liens qu'elle entretient avec les parents et la communauté; ces cibles sont conçues comme complémentaires, appuyant les interventions qui visent à améliorer la santé des jeunes (Frohlich & Poland, 2006). Ces interventions utilisent ce que l'on appelle le modèle écologique de la santé. Ce modèle nous invite à comprendre les différents comportements à risque en ne se limitant plus aux simples facteurs psychologiques des individus, mais en reconnaissant l'importance des facteurs interpersonnels, sociaux et politiques qui marquent l'environnement dans lequel les individus évoluent. De la même manière, le modèle écologique nous invite à intervenir à ces différents niveaux de façon complémentaire, en enjoignant les différents acteurs pertinents à travailler en concertation dans le but d'augmenter la cohérence et l'efficacité des actions entreprises. En santé des jeunes en milieu scolaire, l'approche qui incarne habituellement le modèle écologique est maintenant connue sous le nom d' « École en santé ».

Le présent document est un compte-rendu des écrits sur le modèle écologique en santé des jeunes à l'école et, par le fait même, il sert à circonscrire et à définir l'approche « École en santé » (AÉS). Il existe plusieurs façons d'organiser la matière recueillie pour un tel exercice. Dans le cas qui nous intéresse, l'organisation de la matière s'est effectuée de manière inductive, en observant sous quel angle celle-ci, généralement, se présentait dans la littérature et en isolant des thématiques dominantes. Il existe des écrits qui abordent le sujet de manière

générale, souvent en présentant l'AÉS tout en soulignant ce qui la distingue des autres approches. D'autres textes l'abordent à travers l'évaluation des effets qu'elle - ou des approches similaires - ont eues sur des problèmes de santé reconnus chez les jeunes, ou encore en discutant des difficultés liées à sa mise en œuvre ou à son évaluation. Les sections thématiques du document reproduisent d'une certaine manière ces découpages. Elles sont dominées par la présentation des résultats probants des actions entreprises en prévention et en promotion de la santé chez les jeunes, et elles accordent une attention particulière à ce qui fonctionne ou non, en dégageant les caractéristiques propres à l'AÉS et aux approches écologiques auxquelles elle s'apparente. Le document s'applique aussi à dégager les facteurs communs auxquels l'approche nous enjoint de nous attarder afin d'intervenir plus efficacement, ainsi qu'aux particularités de sa mise en œuvre. Enfin, une discussion de trois problèmes qui se dégagent de cette recension sera entreprise à la fin du document. Le premier problème porte sur le support évidentiel à l'AÉS en général et sur son lien avec le modèle écologique. Le deuxième de ces problèmes a trait à l'adaptabilité de l'AÉS aux populations à laquelle elle s'adresse. Le troisième porte sur son aspect proprement participatif. Cette recension, je l'espère, saura donner une idée des bons et des mauvais coups en prévention et en promotion de la santé scolaire, dans la perspective fournie par le développement de cette approche dont la naissance est encore relativement récente.

Méthode

Le but principal de la présente recension d'écrits est d'offrir un survol des fondements de l'AÉS, de ses diverses incarnations, de ces effets réels et des difficultés liées à sa mise en œuvre et à son évaluation. À cette fin, le repérage des textes utilisés s'est déroulé de la manière suivante : 1) Une première base documentaire a été constituée à l'aide de *Reference Manager*; le logiciel ayant été utilisé afin de fouiller les bases de données *PubMed* et *ISI Web of Knowledge* en croisant les termes « *health* » et « *school* »; 2) Des recherches subséquentes ont été effectuées au sein de cette base; ainsi les termes « *comprehensive* », « *health-promotion* », « *health-promoting* », « *evaluation* », et « *review* » ont été utilisés (seuls ou combinés) afin de dégager une série d'articles-clés sur la question; 3) Plusieurs textes ont été dénichés à travers la consultation des références des articles déjà identifiés; 4) Certains des articles consultés furent trouvés sur des sites dont au moins une partie était dédiée spécifiquement à l'AÉS (particulièrement le site de l'OMS); 5) D'autres articles furent identifiés grâce à d'autres recensions d'écrits sur la question; 6) Une attention particulière fut accordée aux auteurs qui, dans la littérature, sont identifiés comme étant des figures d'autorité sur la question; 7) Une certaine priorité fut accordée aux textes et aux recensions qui cherchaient à asseoir leurs conclusions sur des bases méthodologiquement et scientifiquement justifiées. Dans cette perspective, deux recensions occupent une place centrale dans le présent travail: *What is the Evidence on School Health Promotion in Improving Health or Preventing Disease and, Specifically, what is the Effectiveness of the Health Promoting School Approach?* (Stewart-Brown, 2006) et *Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: Two Systematic Reviews* (Lister-Sharp *et al*, 1999).

Limites

La présente recension n'est pas systématique. Elle n'est pas une méta-analyse des évaluations de l'AÉS. Son fil conducteur est formé de travaux écrits soit sur l'AÉS, soit sur l'approche écologique en milieu scolaire. Les propos tenus dans la recension reflètent ces choix méthodologiques.

…The only way in which adults consciously control the kind of education which the immature get is by controlling the environment in which they act, and hence think and feel. We never educate directly, but indirectly by means of the environment. Whether we permit chance environments to do the work, or whether we design environments for the purpose makes a great difference.

-John Dewey, *Democracy and Education,* 1916.

Historique de l'approche

Les principes qui sous-tendent l'AÉS ne sont pas nouveaux (Richard & Gauvin, 2006). Le philosophe américain John Dewey souligne l'importance, dès le tournant du siècle dernier, non seulement de l'influence de l'environnement scolaire des élèves sur leur réussite (Dewey, 1916), mais aussi de leur vie à l'extérieur de l'école, de la communauté dans laquelle ils évoluent (Dewey, 1899). Plus tard, dans les années 60, des chercheurs reprennent et explorent de manière plus systématique l'idée que l'environnement scolaire et communautaire a une influence sur la réussite des élèves, entre autres quant à la taille des écoles et des classes (Barker & Gump, 1964), ou encore sur leur santé mentale en général (voir la psychologie écologique de Kelly, 1968 et Barker, 1968). De plus, au début des années 70, on reconnaît l'importance de la culture de l'école dans les changements curriculaires qui lui sont destinés et dans les complexités que l'interaction entre ceux-ci et celle-là entraîne (entre autres, Sarason, 1971). Ces différentes perspectives soulignent toutes l'importance de l'environnement constitué par les écoles et les communautés au sein desquelles les jeunes se développent. Dans un article de la même époque, Emory Cowen appelle « systémique » (*systems-centered*) ces approches qui considèrent les environnements sociaux comme des facteurs incontournables pouvant influencer la santé mentale des personnes (Cowen, 1973). Ce dernier reconnaît d'ailleurs d'emblée l'importance capitale de l'école comme système social ayant une influence marquante sur les jeunes qui la fréquentent.

Si l'on se penche plus particulièrement sur la santé à l'école comprise dans son sens large, l'idée de la lier explicitement à l'influence de son environnement est soulevée dans des travaux de l'OMS et l'UNESCO dans les années 50 et 60 (St-Leger, 1999; Denman *et al.*, 2002). Quelques années plus tard, en 1986, la conception de la promotion de la santé introduite dans la Charte d'Ottawa reprend cette idée (OMS, 1986) et propose une définition élargie de la

santé des personnes – élargie à leur environnement social – et elle contribue donc à renforcer l'idée que les instances qui oeuvrent en santé scolaire doivent aussi s'intéresser à cet aspect de l'environnement des jeunes, et conséquemment, à forger des liens durables et fructueux avec les acteurs qui le composent. L'adoption de la Charte d'Ottawa concrétise donc les idées naissantes de l'AÉS en lui fournissant à la fois des assises qui lui sont concordantes et une légitimité découlant du consensus entre les signataires. En effet, l'élargissement de la définition de la santé des individus est congruente avec les principes de base de l'AÉS. Plus particulièrement, la conception de la promotion de la santé prônée par les signataires de la Charte souligne l'importance du milieu de vie des individus, des liens serrés entre la communauté et les groupes qui la constituent et l'acquisition d'habiletés jugées centrales à une vie épanouie. Le développement et l'implantation de l'AÉS se situent donc dans la foulée des intentions des signataires de la Charte. Elle y consacre l'idée que l'école constitue l'un de ces milieux de vie (*health settings*) au sein duquel la promotion de la santé devrait s'opérer (Parcel, Kelder & Basen-Engquist, 2000).

L'idée d'une intervention exhaustive (ou globale et intégrée) de promotion de la santé des jeunes fait des preuves avant même la naissance officielle des différentes versions de l'AÉS. Par exemple, le projet *PATHE* (*Positive Action Through Holistic Education)* visant à réduire la délinquance dans les écoles réussit à montrer l'efficacité d'une approche qui ciblait non seulement le comportement des étudiants, mais aussi (et surtout) l'environnement dans lequel ils évoluent (Gottfredson, 1986). *PATHE* est en partie motivé par le désir d'améliorer l'environnement de l'école. Gottfredson souligne que les caractéristiques principales du programme visent essentiellement la création d'un climat de respect et de coopération, de l'amélioration de la qualité de la communication entre les étudiants, le corps professoral et les cadres, une augmentation de la participation des étudiants dans les efforts pour effectuer des changements positifs dans l'école, la mise en œuvre de règles claires et justes et l'amélioration des compétences en gestion de classe des enseignants (Gottfredson, 1986). Les diverses cibles du projet *PATHE*, comme l'environnement social de l'école, figurent au nombre des composantes de l'AÉS.

L'AÉS remonte officiellement à la fin des années 80, même si on en retrouve certains de ses principes sous une forme ou une autre, dans des documents antérieurs, comme on vient de le voir. Voici un bref historique de l'approche, telle qu'elle s'est développée dans divers endroits dans le monde.

Aux États-Unis, la naissance de l'AÉS, au début des années 80, s'inscrit dans une démarche qui cherche d'abord à étendre l'éducation à la santé au-delà des frontières de l'école (*Comprehensive School Health Education*) (Nader, 1990; Young, 2005). Cette initiative se transforme *en Comprehensive School Health Program*, où le *Center for Disease Control* (CDC) reconnaît que la prévention-promotion de la santé à l'école et dans son milieu dépasse le cadre traditionnel de l'éducation à la santé. On reconnaît la paternité d'AÉS aux États-Unis à Allensworth et Kolbe (Allensworth & Kolbe, 1987), qui décrivent dans un numéro spécial du *Journal of School Health* consacré à celle-ci, ses composantes essentielles : 1) un programme d'éducation à la santé; 2) des services de santé à l'école; 3) un climat physique et psychologique adéquat; 4) un programme d'éducation physique adéquat; 5) la présence d'intervenants en santé (physique et psychologique); 6) des efforts intégrés de promotion de la santé à l'école et dans la communauté; 7) une politique alimentaire adéquate; 8) des programmes de promotion de la santé destinés aux enseignants, aux employés et aux cadres. L'idée du programme exhaustif de santé à l'école est essentiellement que ses éléments sont au moins complémentaires, sinon synergiques (Allensworth & Kolbe, 1987). Les efforts actuels en AÉS s'inscrivent pour la plupart dans la foulée de ces travaux.

En Europe, l'AÉS prend son envol essentiellement au même moment qu'aux États-Unis. C'est en 1986 qu'une conférence en Écosse est organisée sur l'AÉS; en effet, c'est là qu'est utilisé pour la première fois l'expression "École promotrice de santé" (Young, 2005). En 1990, la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et le bureau régional de l'OMS mettent sur pied le *European Network of Health Promoting Schools*, (ENHPS, maintenant appelé *Schools for Health in Europe* (SHE)) (Stewart-Burgher *et al.*, 1999). En 1991, la branche européenne de l'OMS concrétise les balises de l'AÉS et lance un projet pilote dans quatre pays d'Europe centrale (Stewart-Burgher *et al.*, 1999). La naissance officielle du ENHPS en 1992 constitue le moment-clé de la popularisation de l'approche en Europe (Rasmussen & Rivett, 2000). En 1997, les participants à la conférence de Thessaloniki identifient des principes et valeurs qui, selon eux, doivent sous-tendre l'AÉS : 1) la démocratie; 2) l'équité; 3) la promotion de l'autonomie; 4) la capacité à soutenir la mise en œuvre du programme; 5) la collaboration entre les divers acteurs impliqués; 6) la qualité de l'environnement scolaire; 7) un curriculum adapté; 8) la formation des enseignants; 9) le développement d'indicateurs afin de mesurer l'impact du programme; et 10) la participation des parents et de la communauté (Rasmussen, 2005). Les caractéristiques identifiées de manière assez générale par les participants à la conférence

réunissent donc à la fois certaines des valeurs qui se trouvent à la base d'AÉS, des conditions d'une implantation réussie et certains des champs d'action de l'approche.

Forte de l'enthousiasme généré par les diverses initiatives en cours pendant la fin des années 80 et le début des années 90, l'OMS veut à populariser l'approche en mettant sur pied l'Initiative globale pour la santé à l'école (*Global School Health Initiative*) dont le but premier est d'encourager les divers pays qui n'ont pas adopté l'AÉS à le faire. L'OMS propose de poursuivre cet objectif à travers le déploiement de quatre stratégies fondamentales : le soutien à la recherche sur l'AÉS, l'*advocacy*, le renforcement des capacités de divers pays à adopter l'AÉS et sa promotion à travers divers réseaux et alliances (OMS, 1999).

En 1996, en Australie, le *National Health and Medical Research Council* cherche à rendre compte des efforts naissants de la mise en œuvre d'AÉS dans diverses écoles australiennes depuis le début de la décennie; le rapport ainsi produit (St-Leger *et al.*, 1996) les synthétise et cherche à en dégager les assises et les conditions de succès. L'objectif général du rapport est d'étendre l'adoption de l'AÉS aux autres états et régions du pays et de jeter les bases d'une collaboration aux niveaux national et local. Le projet a pour nom : *National Health Schools Initiative* (AHPSA, 2000).

Au Canada, enfin, l'adoption d'une approche de type AÉS se fait graduellement. En 1988, l'Association canadienne pour la santé à l'école (ACSE) identifie l'AÉS comme une stratégie prometteuse afin de faire face aux problèmes du SIDA, de la toxicomanie et de la violence chez les jeunes (MacDougall & Laforêt-Fliesser, 2009). En 1993, l'Association canadienne pour l'éducation à la santé étend les champs d'action de celle-ci au-delà de l'éducation à proprement parler aux services de soutien à l'environnement social et physique dans lequel les jeunes vivent (Rowan, Vanier & de Léry, 2003). Quelques années plus tard, l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (ACSEPLD), Santé Canada et l'Association canadienne pour l'école en santé (ACES), l'Association canadienne des administrateurs scolaires (ACAS) et l'Association des commissions-conseils scolaires (ACCS), pour ne nommer qu'eux, se sont regroupés afin de lancer l'Association canadienne pour la santé à l'école, association qui ne réunit toutefois pour l'instant que le Manitoba, l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario. La situation au Canada est donc similaire à celle qui prévaut en Australie au sens où les efforts sont différents et inégaux selon les territoires (Ronson & Macdougall, 2003). Aujourd'hui, l'Association canadienne pour la santé

à l'école cherche entre autres à promouvoir l'AÉS (sous le nom de « Santé de qualité à l'école ») à travers le pays. Cette association regroupe surtout diverses associations d'intervenants en éducation physique.

Au Québec, pour conclure, les débuts de l'AÉS remontent aux années 90, à la réforme Rochon (Deschênes, 2000). À la fin des années 90, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux jette les premières bases de l'AÉS au Québec en identifiant différents éléments essentiels à son déploiement (Rowan, Vanier & de Léry, 2003). C'est en 2003 que l'AÉS est explicitement mise de l'avant, au sein du programme de santé publique (MSSS, 2003) et d'une entente entre le réseau scolaire et le réseau de la santé (Gouvernement du Québec, 2003). Ces deux publications soulignent l'importance croissante de l'AÉS au Québec (Martin & Arcand, 2005).

L'AÉS : vers une définition

L'idée d'une approche comme l'AÉS se fonde en partie sur le constat d'échec relatif des stratégies traditionnelles de réduction des comportements à risque à travers la diffusion de connaissances visant à aider les jeunes à effectuer des choix éclairés quant à leur santé (Stewart-Brown, 2006; Mukoma & Flisher, 2004; Lynagh *et al.*, 1997). En effet, une récente recension systématique des recherches évaluatives sur la prévention/promotion dans les écoles souligne que les activités à basse intensité, visant essentiellement les connaissances des jeunes quant aux comportements à risque étaient pour la plupart totalement inefficaces (Stewart-Brown, 2006). La grande majorité des écrits sur le sujet font ce même constat d'échec. C'est donc en partie à ce problème que tente de répondre l'AÉS.

Le constat d'échec

Étant donné que l'école constitue l'un des principaux milieux de vie des jeunes, celle-ci devient par le fait même un lieu privilégié d'intervention dans le but d'améliorer leur santé. Par contre, comme il est mentionné ci-haut, beaucoup de programmes de santé à l'école jusqu'à récemment ciblaient avant tout les connaissances des jeunes quant aux facteurs qui ont une influence directe sur leur santé. Typiquement, les enseignants présentaient en classe de l'information pertinente quant à un ou à des problèmes, information qui, on l'espérait alors, allait inciter les destinataires à poser des choix éclairés quant à leur vie. Toutefois, les résultats des approches curriculaires furent tout simplement peu concluants, reposant sur des modèles théoriques intuitivement plausibles, mais trop simplistes (Stewart-Brown, 2006; Lynagh *et al.*, 1997; St-Leger, 2004), souffrant d'un individualisme exagéré et d'une façon rudimentaire de concevoir les liens causaux qui expliquent les comportements visés (McLaren & Hawe, 2005).

L'échec des types de programme en vogue dans le passé s'explique aussi par le fait que l'ensemble des comportements à risque sont interreliés, au sens où certains d'entre eux peuvent en causer d'autres et que les facteurs de risque et les facteurs de protection sont souvent les mêmes en ce qui a trait à la santé physique et mentale des jeunes en question, particulièrement quant à la dépendance aux substances, illicites ou non, à la délinquance, à la violence, aux comportements sexuels à risque, à l'indiscipline scolaire, au décrochage

(Hawkins, Catalano, & Arthur, 2002), à la réussite (Wolford-Symons *et al.*, 1997), et au sentiment d'appartenance à l'école (Eisenberg *et al.*, 2003; Resnick *et al.*, 1997). Si les approches traditionnelles échouaient à modifier les comportements des jeunes visés par celles-ci, c'est souvent parce qu'elles ne s'attardaient qu'à un seul problème à la fois, en ne visant que leurs causes proximales, qu'elles souffraient donc d'une certaine myopie quant à ce qui se trouve en amont des dits comportements à risque, particulièrement ceux liés au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'activité sexuelle et à la nutrition (Wiefferink *et al.*, 2006).Par exemple, il est maintenant reconnu que la santé et la réussite scolaire sont intimement liées, et que, conséquemment, les conditions propices à la réussite scolaire et à la bonne santé des jeunes sont en grande partie les mêmes (Wolford-Symons *et al.*, 1997; Flay, 2002; Flay, 2003). Comme le proposent Wiefferink *et al.*, par exemple, il est possible de lier au sein d'une même approche une bonne partie des déterminants de ces comportements à risque.

Les facteurs communs et le modèle écologique

L'AÉS défend l'idée qu'il est plus judicieux d'agir globalement sur un ensemble de facteurs susceptibles d'influencer la santé des jeunes, plutôt que de se concentrer sur des problèmes spécifiques et leurs causes immédiates, problèmes habituellement considérés isolément les uns des autres. L'AÉS se fonde en partie sur l'idée qu'une action efficace pour prévenir la plupart des problèmes jugés importants pour la santé des jeunes doit porter non seulement sur, par exemple, les croyances qu'entretiennent les jeunes à propos de facteurs des comportements visés par l'intervention, mais aussi sur les facteurs sociaux et environnementaux impliqués par ces croyances (Flay, 1999, 2002, & 2003). Comme il a déjà été mentionné, les comportements à risque ont souvent comme cause les mêmes facteurs. Or, ces facteurs de risque communs sont souvent liés au contexte dans lequel les jeunes évoluent, contexte constitué par les relations entretenues avec leur famille, leurs pairs, leur école et leur communauté (Flay, 2002). Une grande partie des programmes de santé à l'école se sont attaqués aux causes proximales (cognitives et affectives) du comportement et moins à leurs causes distales (relationnelles et environnementales). Dans ce contexte, la combinaison des théories qui se penchent sur les causes proximales et celles qui se penchent sur les causes distales constitue une avenue prometteuse; le comportement des jeunes est tributaire non seulement de leur personnalité et de leurs traits biologiques, mais aussi du contexte social dans lequel ils évoluent, et à plus forte raison, du contexte politique et culturel de leur communauté en général. Cette approche globale sert de modèle théorique à l'AÉS, en reconnaissant le fait

qu'une intervention efficace sur les comportements à risque ne peut s'arrêter qu'aux facteurs proximaux qui figurent au sein de leur explication causale.

L'AÉS repose donc sur ce que l'on appelle un modèle écologique ou environnemental de la santé. Il existe plusieurs modèles écologiques reconnus dans la littérature en santé publique (Bronfenbrenner, 1979; Cohen, Scribner & Farley, 2000; McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988, pour ne nommer que ceux-là). L'idée de base de la majorité des modèles écologiques est que le comportement des individus – et plus particulièrement, le comportement qui a une incidence sur leur santé – ne peut s'expliquer uniquement par des facteurs psychologiques individuels, mais doit tenir compte de facteurs environnementaux, sociaux, physiques ou autres. En suivant les grandes lignes du modèle de Bronfenbrenner, McLeroy *et al.* identifient 5 niveaux de facteurs influençant le comportement des individus : 1) le niveau intrapersonnel (formé des croyances, connaissances, désirs des individus en question ou des habiletés qui font, par exemple, habituellement l'objet des théories sur le comportement en santé); 2) le niveau interpersonnel (formé des réseaux de relations immédiates entretenues par les individus, par exemple, la famille, les pairs et les enseignants); 3) le niveau institutionnel (formé des caractéristiques et des règles des organisations et institutions politiques ou autres qui sont jugées pertinentes, comme l'école ou les organismes communautaires qui jouent un rôle significatif dans la vie des jeunes); 4) le niveau communautaire (formé des relations mutuelles qu'entretiennent les organisations ou les institutions du niveau précédent); et 5) le niveau des politiques publiques (qui comprend les politiques locales, régionales ou nationales qui pourraient être considérées pertinentes). Les auteurs soulignent que des niveaux supplémentaires peuvent être ajoutés, par exemple, pour permettre une analyse plus fine des facteurs en jeu; à cet effet, par exemple, le modèle développé par Cohen *et al.* est largement similaire à celui-ci, mais propose une catégorie formée par la disponibilité des produits qui peuvent jouer un rôle positif ou négatif dans la santé des jeunes (pensons à la disponibilité des produits du tabac, de la malbouffe ou de condoms, pour ne nommer que ceux-ci) (Cohen, Scribner & Farley, 2000)[1]. Il est aussi important d'intégrer explicitement les éléments de l'environnement physique des jeunes au sein même du modèle écologique (Stokols, Grzywacz, McMahan & Philips, 2003). En effet, les ressources matérielles aux niveaux scolaire, communautaire ou autre occupent une place significative au sein du modèle écologique, surtout

[1] Notons que cette catégorie est bien adaptée pour traiter du tabagisme, de l'obésité ou même de la toxicomanie, mais moins de la violence ou des problèmes liés à la santé mentale en général.

lorsque l'on cherche à expliquer l'influence de l'environnement sur la santé des jeunes ou encore de l'urbanisme sur l'activité physique, pour ne nommer que ces exemples.

Le modèle écologique comporte plusieurs caractéristiques intéressantes que l'on se doit de souligner. Tout d'abord, il a clairement l'avantage d'identifier des niveaux d'intervention complémentaires pour tout problème de santé chez les jeunes que pourrait cibler un programme quelconque. Comme on le verra plus loin, les interventions inspirées du modèle écologique ont souvent plus de chances de succès lorsqu'elles interviennent sur plusieurs de ces niveaux à la fois. Conséquemment, le modèle écologique défend l'idée que différents acteurs – individuels, communautaires, organisationnels – doivent participer activement aux activités qui ont le potentiel d'améliorer la santé des personnes visées (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988). L'habilitation (ou l'*empowerment*) est l'une des stratégies qui fait naturellement partie de l'attirail du modèle écologique, puisque s'il importe d'intervenir au-delà du niveau intrapersonnel, l'implication du public (des jeunes eux-mêmes, de leurs parents, des membres de la communauté) devient capitale. La place centrale de l'habilitation a notamment été reconnue par les signataires de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). L'AÉS, en tant qu'approche écologique, est donc en grande partie tributaire de la conception de la promotion de la santé mise de l'avant par la Charte (Minkler, 1989, Miller, 2003). Il n'existe pas de consensus limpide dans la littérature sur la définition de ce qu'est la santé dont on fait la promotion, toutefois, certains éléments de ces définitions s'en détachent (Lister-Sharp, 1999). Entre autres, comme on vient de le mentionner brièvement, la promotion de la santé vise avant tout le renforcement des capacités des personnes et des communautés à être autonome, à augmenter le contrôle qu'elles possèdent sur leurs propres conditions de vie (Lister-Sharp, 1999; Nutbeam, 1986). Dans cette perspective, l'autonomie est conçue comme étant critique au bien-être social, psychologique et physique (Lister-Sharp, 1999). Cette manière de concevoir le bien-être est congruente avec la définition des conditions positives de la santé présente dans la Charte d'Ottawa qui a inspiré l'AÉS.

Il existe donc deux sources qui alimentent l'AÉS, deux nouveaux paradigmes qui ont pris une place prépondérante en santé publique depuis quelques années (Schwab & Syme, 1997) : la première, comme on l'a vu, découle de l'idée qu'une explication valide des comportements jugés à risque et la mise sur pied d'interventions correspondantes en prévention-promotion ne peuvent être proposées sans que soient considérés les facteurs distaux, ou pour reprendre la typologie de McLeroy, les facteurs qui dépassent le niveau intrapersonnel, et, la deuxième est

incarnée par le nouveau courant de la promotion de la santé inspiré par la Charte d'Ottawa qui accorde à l'habilitation et à la participation une place prépondérante et qui élargit la conception même de ce qui est à promouvoir. Si, dans la mesure où la deuxième de ces sources est proprement écologique, i.e. qu'elle répond aux critères du modèle écologique, alors, ces deux sources devraient être largement compatibles[2].

Il est important de souligner ici que le modèle écologique ne propose pas de se pencher uniquement sur les facteurs distaux, mais d'opérer sur plusieurs niveaux à la fois, et donc, aussi sur les facteurs proximaux, comme il a été mentionné un peu plus haut. Plusieurs auteurs suggèrent des modèles où différentes théories déjà utilisées dans l'explication des comportements à risque sont combinées et intégrées au modèle écologique afin d'en tirer des interventions plus efficaces. À ce titre, par exemple, Baranowski *et al.* proposent de combiner la théorie du comportement planifié (*planned behavior theory* de Ajzen et Fishben) au modèle écologique afin de mieux orienter les actions entreprises contre l'obésité chez les jeunes d'âge scolaire (Baranowski *et al.*, 2003)[3]. Ces derniers soulignent comme tant d'autres que les interventions qui se penchent uniquement sur des facteurs intrapersonnels sont très peu susceptibles d'induire chez les individus visés les changements souhaités – comme il a été mentionné ci-haut – mais ils notent aussi que les facteurs sociaux considérés isolément, jouent des rôles statistiquement moins significatifs dans l'explication des comportements liés à l'obésité que les facteurs intrapersonnels, et que pour ces raisons, il convenait de combiner ces différentes catégories de facteurs. On se doit de souligner ici que l'approche écologique en santé à l'école a une double fonction : elle sert à expliquer les comportements des jeunes qui lui sont pertinents et elle sert à guider l'intervention, puisque les différents niveaux de facteurs ayant un rôle significatif à jouer dans l'explication de ces comportements sont autant de niveaux d'intervention pour tenter de modifier ceux qui seraient jugés comme étant problématiques. Il arrive parfois, comme il est souligné par Baranowski *et al.*, que ces deux fonctions pointent dans des directions opposées, i.e. qu'une explication intrapersonnelle des comportements à risque soit possiblement plus solide qu'une explication distale, mais qu'une intervention ayant pour cible des facteurs intrapersonnels soit inefficace, comparativement à une intervention distale. Cette possibilité milite pour le modèle écologique dans la mesure où celui-ci combine tous ces niveaux de facteurs.

[2] Mais il demeure possible que, d'une certaine manière, les deux entrent en conflit (Dooris, 2005; Dooris, 2006). Cette possibilité sera discutée dans la dernière section réservée à cette fin.

[3] On retrouve aussi très souvent la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Bandura, 1977) ainsi combinée au modèle écologique dans la littérature.

Bref, l'AÉS vise donc à élargir le champ d'intervention en promotion de santé des jeunes vers l'environnement social et physique de celle-ci, en tentant entre autres d'y impliquer les parents et la communauté. Mais son caractère global se traduit aussi par un effort visant à mettre en œuvre une approche cohérente quant aux différents efforts de promotion de la santé, trop souvent disjoints et centrés sur des problèmes spécifiques, financés à la pièce selon les priorités changeantes des instances impliquées (Jackson, 1994), d'où les plaidoyers pour un changement de paradigme (DeGraw, 1994). Le caractère exhaustif de l'approche vise donc une plus grande collaboration des différents acteurs impliqués dans la promotion du bien-être des jeunes, étant donné l'influence significative de ces acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'école (DeGraw, 1994).

La parenté de l'AÉS avec d'autres approches

Une grande partie des objectifs et des méthodes de l'AÉS recoupent ceux de plusieurs autres approches globales et intégrées qui ont l'école pour objet principal (voir par exemple St-Leger *et al*, 2007). Le recoupement de l'AÉS avec d'autres approches intégrées à l'école mérite d'être examiné, toutefois, on se doit de mentionner que la prolifération d'initiatives de type « globale et intégrée » peut constituer un problème dans la mesure où elles doivent se faire compétition afin de retenir l'attention des écoles. En effet, les écoles, pressées par le manque de ressources et l'atteinte de leur mission éducative, se retrouvent souvent dans l'impossibilité d'accéder à ces tentatives d'incursion de leur univers propre (Parcel, Kelder & Basen-Engquist, 2000). Toutefois, même si au premier abord il y a potentiellement conflit lorsque plusieurs de ces approches se disputent l'attention et les ressources (limitées) des écoles (voir Guldbrandsson & Bremberg, 2005), ces auteurs, entre autres, notent qu'il y a des rapprochements potentiellement judicieux qui devraient être encouragés.

Par exemple, les « écoles durables » en Australie (*sustainable schools*) possèdent, de par leurs objectifs généraux, des caractéristiques similaires – un environnement sain, la justice sociale, le développement durable, l'habilitation et le développement d'un esprit critique, la participation des jeunes à la vie démocratique, l'inclusion des acteurs communautaires et ainsi de suite – à ceux de l'AÉS (Gough, 2005). D'autres auteurs font la même observation et déplorent le manque quasi complet de coopération entre les deux; elles concluent par un plaidoyer pour la coopération à la fois dans la recherche et le déploiement des deux approches

(Davis & Cooke, 2007). Le même rapprochement a été proposé en ce qui concerne les efforts visant à verdir l'environnement physique des écoles (Bell & Dyment, 2008).

Il faut aussi souligner les liens de l'AÉS avec ce que l'on appelle « l'école communautaire » (*full-service community school*). Celle-ci vise à améliorer la réussite des jeunes à travers l'établissement de liens explicites entre l'école, les familles, la communauté et les acteurs publics concernés (par exemple : Blank *et al.*, 2003 ou, au Québec, Violette, 2005). L'école communautaire cherche à occuper une place centrale au sein de sa communauté en offrant divers services de prévention en santé ou encore en rendant disponibles ses locaux après les heures d'écoles à divers organismes du quartier (Dryfoos, 1994). La congruence avec les objectifs de l'AÉS est donc plutôt évidente; en effet, les deux approches considèrent à la fois que l'école et les acteurs qui y sont impliqués jouent un rôle potentiellement fondamental dans la santé et la réussite des jeunes. L'extension du rôle de l'école dans le domaine de la santé a aussi récemment fait l'objet de travaux intéressants en psychologie scolaire, où le développement des compétences nécessaires à la réussite et la prévention des problèmes émotionnels ou interpersonnels qui l'entravent sont reconnus comme étant indispensables à une école qui cherche à pleinement atteindre ses objectifs éducatifs (Felner *et al.*, 2001).

L'AÉS et la réussite des jeunes

Le recoupement des conditions favorables à la bonne santé et des conditions favorables à la réussite éducative n'est pas fortuit (Konu & Rimpelä, 2002). À ce sujet, une importante littérature a été consacrée à ce que l'on appelle l'école efficace (*effective schools*), où l'on a souligné l'importance des facteurs tels que le climat de l'école et les relations entre celle-ci et les parents ou la communauté en général dans la réussite des élèves (Muijs *et al.*, 2004; Young, 2005). Puisque le climat de l'école est un facteur-clé d'une école efficace sur le plan pédagogique (où les étudiants présentent des résultats scolaires qui égalent ou dépassent les attentes) et qu'il l'est aussi d'une école en santé (St-Leger, 1999, Barnekow *et al*., 2006; West, 2006), alors il est fort probable que les deux sont interreliés[4].

[4] Cette conclusion mérite d'être soulignée, car il est possible que sur le plan strictement politique, ces deux approches intégrées, quoique largement coextensives quant à leurs objectifs et leurs méthodes, se retrouvent en compétition plutôt qu'en synergie, comme il a déjà été mentionné un peu plus haut (voir à ce sujet Guldbrandsson & Bremberg, 2005).

Plus particulièrement, il a été démontré que c'est le degré d'attachement des jeunes et des employés à l'école qui a une incidence significative sur la réussite des jeunes qui la fréquentent (Sammons, Hillman & Mortimore, 1995; Levine & Lezotte, 1990). On reconnaît aujourd'hui que les liens entre le comportement antisocial et l'échec dépassent les caractéristiques personnelles des jeunes et sont liés à des contextes spécifiques, scolaires, familiaux ou communautaires[5]. Le lien entre le climat de l'école et la réussite scolaire a fait l'objet d'une littérature assez volumineuse (voir entre autres la recension de McEvoy & Welker, 2000). La thèse de McEvoy & Welker – l'échec et les comportements antisociaux se renforcent mutuellement dans le contexte d'une école inefficace et de pratiques parentales problématiques – les mène à insister sur l'importance d'une approche écologique face au problème de l'échec pris dans son ensemble (McEvoy & Welker, 2000). L'essentiel de cette idée – que le climat de l'école[6] constitue une cible privilégiée pour qui se préoccupe de la réussite et de la santé des jeunes – se retrouve aussi chez d'autres auteurs (voir en outre Haynes, Emmons & Ben-Avie, 1997; Rutter, 1983; Solomon *et al.*, 2000; Baker *et al.*, 2001). Il faut enfin souligner qu'il existe des travaux sur l'attachement des jeunes à leur école qui traitent essentiellement du même problème que ceux décrits sous la rubrique du climat scolaire (voir par exemple Day Langhout, 2004).

À titre d'illustration, un important programme – le *Child Development Project* – dont le but était de modifier positivement l'environnement scolaire en agissant sur les pratiques d'enseignement, les politiques en vigueur à l'école et les relations entre celle-ci et les familles des jeunes, a démontré des résultats intéressants : les jeunes qui fréquentaient les écoles où l'intervention eut lieu étaient moins susceptibles de consommer des drogues, illicites ou non, étaient plus assidus et étaient moins susceptibles de transporter une arme (ici, surtout dans le contexte américain; voir Flay, 2002). De façon plus générale, lorsque le programme fut mis en œuvre correctement par les écoles participantes, les jeunes démontrèrent une amélioration appréciable de leur motivation et de leur engagement (niveau intellectuel), de leurs aptitudes personnelles et interpersonnelles (niveau social) et de leurs valeurs et comportements prosociaux (niveau éthique) (Solomon *et al.*, 2000).

Aussi à la rubrique de la santé et la réussite on trouve, par exemple, des travaux sur l'importance de l'estime de soi et de l'autonomie (Ross & Broh, 2000) ou encore de la santé

[5] À propos de l'effet de quartier sur la réussite, voir entre autres Ensminger, Lamkin & Jacobson, 1996.
[6] On le nomme aussi « l'effet école » (*school effect*) (voir Rutter, 1983).

mentale en général sur la réussite (Needham, Crosnoe & Muller, 2004). Une récente recension (Murray *et al.*, 2006) a démontré que certains programmes visant à améliorer la santé des jeunes (dans ce cas-ci, un programme ciblant l'asthme chez les jeunes) avaient une influence positive sur leurs résultats scolaires. Murray *et al.* montrent aussi que le temps supplémentaire consacré à l'exercice physique n'avait pas d'incidence négative sur la réussite lorsqu'il empiétait sur le temps normalement consacré à l'enseignement des matières traditionnelles (Murray *et al.*, 2006).

Il existe donc une congruence significative des buts et des méthodes des différents programmes visant à améliorer d'une part la réussite scolaire des jeunes et, d'autre part, leur santé. En fait, il existe dans la littérature en éducation sensiblement les mêmes plaidoyers pour une approche écologique que dans le domaine de la santé scolaire (pour ne nommer que Wentzel, 1999, ou encore Weissberg & Shriver, 1996, ainsi que la plupart des références dans le passage qui précède). Récemment, St-Leger *et al.* ont reconnu que le lien entre la réussite et la santé était le facteur le plus important dans les efforts des instances de santé publique visant à convaincre le secteur de l'éducation des bienfaits de l'AÉS (St-Leger *et al.*, 2007). En effet, comme ces derniers le soulignent, les écoles font déjà l'objet d'une importante pression quant à leurs objectifs pédagogiques; c'est donc à ce niveau que la promotion de la santé doit construire son argumentaire si elle veut faire comprendre que des jeunes en santé réussissent mieux leurs apprentissages. Mais, comme le notait récemment Thurston, avant de pouvoir démontrer que l'AÉS ait le pouvoir d'améliorer à la fois la santé et la réussite des jeunes – ce qui demeure encore à prouver - les personnes en charge du déploiement de l'AÉS devraient se donner des objectifs à court et moyen terme comme l'assiduité et les saines habitudes de vie adoptées par les jeunes (Thurston, 2006).

Les problèmes de santé chez les jeunes du point de vue de l'AÉS

Comme on l'a vu, l'AÉS est en partie tributaire de l'approche écologique en santé. Celle-ci se fonde sur l'idée que les comportements à risque des jeunes ne peuvent s'expliquer uniquement en évoquant des facteurs proximaux ou intrapersonnels, et que, en conséquence, les interventions sur ces comportements à risque doivent s'appliquer à plusieurs des niveaux du modèle à la fois. La présente section vise à passer en revue différents problèmes « classiques » de santé des jeunes à l'école et, pour chacun de ces problèmes, de présenter des résultats d'évaluation d'interventions ou de programmes ayant pour but d'en réduire l'étendue. Un des objectifs de la section est d'illustrer et de contraster différents types d'intervention (écologiques et non écologiques, principalement) afin d'en comparer l'efficacité relative. Rappelons que l'AÉS n'incarne pas tant un changement de cible – un changement quant aux problèmes de santé considérés comme prioritaires – qu'un changement théorique pour les comprendre et un changement de stratégie pour les atteindre. Les problèmes identifiés comme étant prioritaires demeurent, pour la plupart, les mêmes depuis les vingt dernières années. Les cibles sont donc familières aux personnes oeuvrant dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé à l'école. Leur ensemble n'est, bien sûr, pas exhaustif, mais il représente assez fidèlement l'ensemble des problèmes qui ont été abordés, d'une manière ou d'une autre, à travers la perspective de l'AÉS dans la littérature.

Tabagisme

Même si les facteurs qui poussent une personne à fumer sont complexes, les écoles et leur environnement peuvent influencer substantiellement – à la fois de manière positive et négative – la consommation de tabac des jeunes qui les fréquentent (OMS, 1997). Si l'intervention à un jeune âge est importante, c'est surtout parce que les individus de plus de 20 ans ont peu de risque de fumer s'ils ne l'avaient pas déjà fait avant cet âge (OMS, 1998a). Une étude de l'OMS montre qu'environ un jeune fumeur sur deux qui continuera à fumer durant sa vie succombera ultimement à une maladie liée au tabagisme (OMS 1998b).

Les approches traditionnelles de prévention du tabagisme dans les écoles ont connu un succès pour le moins mitigé (Lynagh *et al.*, 1997). En effet, les approches curriculaires et éducatives visant à contrer le tabagisme chez les jeunes basées sur la dissémination d'information ont été largement reconnues comme étant inefficaces à court, à moyen et à long terme (Flay *et al.*, 1989; Perry *et al.*, 1992; Lynagh *et al.*, 1997; Thomas, 2002; Stewart-Brown, 2006). Bien sûr, ce type d'approche n'épuise pas l'ensemble des méthodes utilisées afin d'intervenir dans les écoles quant au tabagisme. L'approche basée sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Bandura, 1977) (aussi connue sous le nom de théorie des compétences sociales) diffère des modèles curriculaires évoqués ici. Celle-ci met plus particulièrement l'accent sur les croyances entretenues par les jeunes à propos de la cigarette, modalisées par l'influence de leur environnement, en utilisant un ensemble de méthodes béhavioristes et cognitives (par exemple, l'information et le renforcement) (Thomas, 2002). Les approches inspirées de cette théorie sont, dans l'ensemble, reconnues comme n'ayant aucun effet significatif sur le taux de tabagisme chez les jeunes ciblés, même à court terme (Thomas, 2002). D'autres approches se fondent sur la théorie de la communication persuasive (McGuire, 1968) et sur la théorie d'Evans sur l'inoculation sociale (Evans, 1976), regroupées sous le nom d'approches de l'influence sociale (Thomas, 2002). Celles-ci cherchent avant tout à promouvoir chez les jeunes la capacité de reconnaître les pressions auxquelles ils sont soumis de la part de leurs pairs, des compagnies de tabac et de leurs familles; dans ce contexte, le but de l'approche est de la capacité d'identifier et de refuser les influences qui les pousseraient vers le tabagisme (Thomas, 2002). Les résultats de ces programmes sont mitigés; si certaines études ont montré qu'à court et à moyen terme, ceux-ci pouvaient avoir une influence significative sur la réduction du tabagisme chez les jeunes, d'autres ont plutôt montré que ces influences étaient statistiquement négligeables, et, de plus, que les évaluations à long terme de l'impact de ce type d'approche indiquent qu'elles ne fonctionnaient tout simplement pas (Thomas, 2002).

Ces deux types d'approches ne sont pas écologiques à proprement parler, même si elles considèrent au sein de leur modèle certains éléments qui appartiennent à l'environnement des jeunes. La question à savoir si les approches de type AÉS sont efficaces contre le tabagisme chez les jeunes n'a pas de réponse claire et évidente. Ceci est dû au fait que si les critères de ce qui constitue une approche AÉS sont relativement bien définis, il demeure que, dans les faits, peu de ces programmes ont pu à la fois être mis en œuvre à tous les niveaux du modèle écologique qui le caractérisent et proprement évalués à la lumière de leurs cibles. On rencontre donc, dans la littérature, des évaluations d'application partielle de l'AÉS en ce qui a

trait à la lutte au tabagisme dans les écoles. Bien souvent, soit des programmes préexistants ont été rapprochés d'AÉS pour des raisons de parenté conceptuelle ou de pragmatisme administratif, soit des approches AÉS ont été partiellement mises en œuvre, pour toute sorte de raisons.

Toutefois, il est clair que la lutte au tabagisme[7] a récemment adopté l'esprit sinon la lettre du modèle écologique. En effet, on reconnaît maintenant que c'est la lutte au tabagisme qui bénéficie maintenant des modèles écologiques les plus robustes (Brownson, Haire-Joshu & Luke, 2006). Au Canada, par exemple, il a été démontré que les programmes de lutte au tabagisme ont en grande partie étendu au-delà des facteurs intrapersonnels les niveaux ciblés par leur domaine d'intervention (Richard, Potvin, Denis & Kishchuk, 2002). D'ailleurs, récemment au Québec, les changements au niveau des politiques publiques et des lois concernant le tabac ont joué un rôle prépondérant au sein des programmes de lutte au tabagisme dans les écoles; un article récent montre entre autres que l'interdiction de fumer à l'extérieur de l'école, appliquée à l'ensemble des personnes qui s'y trouvent pour une raison ou une autre (jeunes, parents, employés et ainsi de suite) a une influence sur le fait que ces derniers fument ou non – surtout sur les jeunes filles préadolescentes – dans la mesure où elle est accompagnée, notamment, d'activités d'aide à la cessation (Barnett *et al.*, 2007). Par contre, il faut noter qu'une étude similaire en Nouvelle-Zélande n'a pas reproduit les mêmes conclusions quant aux effets de ces politiques sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes (Darling *et al*, 2006). Ceci indique sans doute, comme le soulignent Murnaghan *et al.*, que les seules politiques interdisant l'usage du tabac sur les terrains des écoles ne constituent pas une mesure suffisante pour faire fléchir la prévalence du tabagisme chez les jeunes, comme il fut le cas en Nouvelle-Zélande (Murnaghan *et al.*, 2008)[8].

En fait, il semble assez clair que, pour que les interventions aient des chances de diminuer le taux de tabagisme chez les jeunes, celles-ci doivent se dérouler sur plusieurs niveaux à la fois, et qu'elles ne peuvent se limiter au contrôle environnemental. Cette position est aussi supportée par d'autres travaux sur l'accès aux produits du tabac; en effet, il semble que les jeunes soient particulièrement habiles lorsqu'il s'agit de contourner divers règlements

[7] On parle ici de la lutte au tabagisme en général, et non ciblée dans les écoles.

[8] En fait, les auteurs concluent que l'adoption par les écoles de politiques visant à interdire l'usage du tabac est associée positivement au tabagisme chez les jeunes, i.e. que la prévalence est plus forte dans les écoles qui possèdent de telles politiques, lorsque celles-ci constituent le seul niveau d'intervention utilisé (voir Murnaghan *et al*, 2008).

leur interdisant la vente de cigarettes, par exemple, même lorsque les règlements sont dûment appliqués (voir ce qu'en disent Walsh & Tzelepis, 2007).

Dans sa méta-analyse, Thomas nomme « multimodales » les approches combinant diverses approches, dont celles discutées plus haut, et certains des principes distinctifs de l'AÉS, incluant les initiatives s'adressant aux parents et à la communauté en général. Toutefois, le nombre limité d'études évaluatives sur ce type d'approche en contexte scolaire ne permet pas de se prononcer définitivement sur son efficacité quant à la lutte au tabagisme dans les écoles (Thomas, 2002; Stewart-Brown, 2006). En particulier, Thomas répertorie une seule étude présentant des similarités avec l'AÉS; celle-ci, d'ailleurs, avait montré des effets positifs (i.e. Biglan *et al.*, 2000). Il existe aussi d'autres projets semblables qui ont présenté des résultats positifs – quoiqu'à moyen terme – sur le tabagisme chez les jeunes en ciblant plus particulièrement un ensemble de facteurs sociaux (Perry *et al.*, 1992).

Il faut noter que même s'il y une relative absence d'évaluations d'interventions de type AÉS, il demeure que le type d'approche dont celle-ci s'inspire – i.e. le modèle écologique – est celui qui démontre le plus de promesses, surtout lorsqu'on se penche sur les interventions qui en ont découlé non pas dans le domaine scolaire, mais aux niveaux national, étatique et communautaire. Le CDC souligne à ce chapitre que les états américains qui ont mis en œuvre des politiques exhaustives et intégrées de lutte au tabagisme ont vu leur nombre de fumeurs diminuer substantiellement (CDC, 2007). Dans ce contexte, il est recommandé par ce dernier de poursuivre l'adoption et la mise en œuvre d'approches intégrées afin de réduire l'usage du tabac. On peut donc transposer ces leçons au milieu scolaire (Lalonde, Heneman & Lagüe, 2004). En effet, les bases conceptuelles d'AÉS examinées ci-haut indiquent un certain nombre de pistes à explorer quant à une action contre le tabagisme intégrée à l'AÉS, pistes qui ont été présentées par l'OMS (OMS, 1998a). La lutte contre le tabagisme peut s'intégrer à l'idée d'un environnement physique et social favorisant la santé (par exemple, à travers une réglementation claire concernant le tabagisme à l'école, en impliquant le corps enseignant et l'administration, en aidant concrètement les jeunes à renoncer au tabagisme, comme on vient de le voir), d'une collaboration étroite avec la communauté et les familles (en déployant les actions vers celles-ci et en les impliquant) (OMS, 1998a). C'est d'ailleurs ce qu'ont récemment noté les auteurs d'une recension d'écrits sur la question (La Torre, Chiaradia & Ricciardi; 2005). En effet, des modèles proprement écologiques des trajectoires du tabagisme chez les jeunes ont été proposés afin de mieux rendre compte des facteurs qui les influencent (Wilcox, 2003).

Ce modèle tient compte des effets sur les jeunes des communautés, des écoles, des médias, de la culture, de l'économie et ainsi de suite, modalisés par différents processus, comme la socialisation collective ou les relations de pouvoir. Ce modèle pourrait très bien guider des recherches et des interventions dans l'avenir.

Consommation de drogue et d'alcool

Les interventions portant sur la consommation de drogue et d'alcool à l'école visent généralement à retarder les premières expériences avec les substances en question, ou encore à éviter que leur usage récréatif se transforme en usage abusif (Faggiano *et al.*, 2005). L'ensemble des facteurs qui jouent un rôle quant à la consommation de drogue et d'alcool est complexe et difficile à circonscrire (Faggiano *et al.*, 2005). Par contre, on reconnaît habituellement que l'influence des pairs acquiert une importance grandissante dans la consommation (et son initiation) chez les jeunes adolescents, alors que, simultanément, cette période de transition est souvent marquée par un détachement grandissant de ceux-ci par rapport à leur famille (Dishion *et al.*, 2002). La victimisation est aussi reconnue comme un facteur qui favorise l'initiation des jeunes à la consommation de drogues (Reid *et al.*, 2006). Bien sûr, comme on l'a vu pour le tabagisme, les facteurs qui influencent la consommation de drogues et d'alcool dépassent les simples facteurs interpersonnels décrits ci-haut; l'acceptation sociale, les lois, les prix et la publicité sont aussi des facteurs qui jouent un rôle significatif dans la consommation d'alcool (Bennett, Murphy & Bunton, 1992). Le cas est quelque peu différent pour la consommation de drogues illicites, puisque de par l'illégalité de leur commerce et de leur possession, le contrôle de l'offre est uniquement basé sur la répression et la criminalisation, ce qui fait que celles-ci dominent le champ des politiques publiques portant sur le problème (Nolin & Kenny, 2002). Or, comme le montrent habituellement les programmes dont l'abstinence est le seul et unique objectif (par rapport à la sexualité, par exemple[9]), les approches répressives chez les jeunes n'ont démontré aucun effet concluant sur la consommation de drogues illicites (Dupont, 2007). Fait à noter, l'illégalité rend la cueillette de données plus difficile; en effet, plusieurs des études sur la question se basent sur des données auto-déclarées, qui, dans le cas de la consommation de drogues illicites, peuvent être faussées par ce que le répondant croit qu'il devrait répondre aux questions, surtout lorsque celui-ci est d'âge scolaire[10] (Faggiano *et al.*, 2005).

[9] Voir un peu plus loin.

[10] C'est ce que l'on appelle habituellement le biais de désirabilité sociale.

Les types d'intervention répertoriés dans la littérature se catégorisent essentiellement à l'aide des mêmes distinctions que celles que l'on retrouve dans l'intervention sur le tabagisme. En effet, les programmes de lutte à la consommation de drogues et d'alcool visent traditionnellement les connaissances, les habiletés (par exemple, les habiletés de refus et les habiletés sociales en général) et les éléments affectifs reconnus comme favorisant à la consommation de drogue et d'alcool (Tobler *et al.*, 2000). Les programmes se catégorisent aussi selon qu'ils sont interactifs (par exemple, qu'ils visent à encourager les échanges entre les élèves sur le sujet traité et qu'ils impliquent souvent des acteurs au-delà de la classe) ou non (par exemple, les approches curriculaires, ou qui impliquent des échanges très limités entre les enseignants et les jeunes). Les programmes à caractère interactif recoupent entre autres l'approche de l'influence sociale présentée un peu plus haut; ils visent à renforcer les habiletés interpersonnelles des jeunes et à le faire en impliquant, dans certains cas, les parents et la communauté dans le processus (Tobler *et al.*, 2000 : cette approche est celle des habiletés de vie, appelée aussi *life skills*). Enfin, dans certains cas, les approches à caractère interactif peuvent aussi s'étendre aux médias et à l'ensemble du réseau scolaire; elles cherchent à jouer un rôle auprès des jeunes "en mettant l'accent sur le sentiment d'appartenance de l'étudiant à l'école, en encourageant l'apprentissage coopératif en petits groupes interactifs, en initiant des contacts rassurants avec les parents et en encourageant les enseignants à adopter ce type de perspective exhaustive" (Tobler *et al.*, 2000; p. 288). Tobler et ses collaborateurs nomment cette approche *system-wide*; c'est celle qui présente le plus de similarités avec les principes de l'AÉS.

Ces types d'approches sont, dans la littérature, considérés comme les plus efficaces (Tobler *et al.*, 2000; Faggiano *et al.*, 2005; Stewart-Brown, 2006); les approches non interactives (les approches curriculaires, par exemple) n'ont démontré aucun effet mesurable sur la consommation de drogues illicites chez les jeunes fréquentant l'école (White & Pitts, 1998; Faggiano *et al.*, 2005; Stewart-Brown, 2006)[11]. Toutefois, même si les effets à long terme des programmes interactifs n'ont pas été clairement démontrés (Faggiano *et al.*, 2005), il demeure que ce sont ceux-ci sont nettement les plus efficaces, surtout lorsqu'ils sont intensifs (Tobler *et al.*, 2000). On remarque aussi des effets positifs plus marqués pour les programmes interactifs lorsque les groupes visés étaient de grandeur réduite (i.e. dans la centaine

[11] Certaines études démontrent même que certains types d'intervention non interactive ont eu pour résultat d'augmenter la consommation de drogues illicites chez les groupes ciblés (Faggiano, 2005).

d'individus), effets qui s'atténuaient pour devenir aussi inefficaces que les programmes non interactifs lorsque les groupes devenaient plus grands (i.e. dans les milliers d'individus) (Tobler *et al.*, 2000; Stewart-Brown, 2006)[12]. Les programmes qui ciblent l'alcool présentent de moins bons résultats que ceux qui ciblent d'autres drogues; en fait, les programmes interactifs visant la consommation d'alcool sont aussi inefficaces que les programmes non interactifs (Tobler *et al.*, 2000). C'est un peu cette conclusion que tirent aussi Amundsen & Ravndal (Amundsen & Ravndal, 2008); c'est-à-dire que les interventions qu'ils examinent n'ont pas d'effet notable sur la consommation d'alcool chez les jeunes.

Comment comprendre les liens entre l'AÉS et les programmes visant à réduire la consommation de drogue et d'alcool chez les jeunes? Selon Tobler *et al.*, plus l'interactivité des programmes est forte, plus ils sont efficaces. En effet, les programmes qui ciblent à la fois les jeunes, les autres acteurs de l'école, la communauté et l'environnement (les approches *system-wide*, pour reprendre la terminologie de Tobler) sont celles qui montrent le plus de signes de succès, suivies des approches visant à renforcer les diverses habiletés interpersonnelles des jeunes (*comprehensive life skills approach*) (Tobler *et al.*, 2000). Ceci suggère que plus une approche est exhaustive, plus elle est efficace.

Une brève recension de programmes de type écologique visant à réduire la consommation d'alcool dans certaines communautés a aussi montré qu'en général, ce type d'approche avait réussi à obtenir des résultats intéressants (Treno & Lee, 2002). Plus particulièrement, un bon exemple de ce type de programme est le projet *Northland* entrepris au Minnesota durant les années 90 (Perry *et al.*, 1996; Perry *et al.*, 2000; Komro *et al*., 2001; Perry *et al.*, 2002). Le projet visait à la fois à retarder et à réduire la consommation d'alcool chez les étudiants à travers la mise en œuvre de plusieurs stratégies complémentaires. Celles-ci comprenaient entre autres une approche curriculaire visant à augmenter les connaissances et à influencer les comportements des jeunes ciblés, des activités ayant pour but d'impliquer les pairs et les parents dans les rouages du programme et des événements mobilisant la communauté. Après la première phase de mise en œuvre du programme (3 ans), on a observé des résultats positifs significatifs quant à la plupart des cibles visées (consommation d'alcool, consommation combinée de tabac et d'alcool, réduction de l'influence des pairs à consommer

[12] Aucune hypothèse explicative n'est avancée par les auteurs à ce sujet. Il faut néanmoins noter que les élèves qui fréquentent des petites écoles (de 400 à 800 élèves) ont tendance à présenter de meilleurs résultats scolaires, à être plus disciplinés, et à provenir de familles mieux impliquées dans la vie scolaire (voir à ce sujet Cleary & English, 2005).

de l'alcool, meilleure communication entre parents et jeunes à propos de la consommation d'alcool) (Perry *et al.*, 1996). L'analyse de la deuxième phase du projet a démontré que ce type d'intervention fonctionne mieux auprès de jeunes adolescents (11-14 ans), les plus âgés y répondant en général moins bien, quoique les résultats soient tout de même positifs chez ceux-ci, notamment quant à la consommation excessive d'alcool (en fait, comme le notent Perry *et al.*, l'absence d'intervention entre la 8e année et la 11e année a influencé de façon négative les gains réalisés dans la première phase) (Perry *et al.,* 2002). Les succès du programme s'expliquent avant tout par le travail effectué sur l'influence des pairs, la signification pour les jeunes de ce qu'est la consommation d'alcool et son contexte d'utilisation, et sur l'importance de la communication entre parents et jeunes sur la consommation d'alcool (Komro *et al.*, 2001).

Comme il est indiqué ci-haut, des travaux récents ont indiqué que, le climat de l'école, la victimisation et la consommation de substances, illicites ou non, semblent être causalement liés (Reid *et al.*, 2006), quoique les facteurs qui sont communs à l'ensemble de ces problèmes demeurent à élucider de manière satisfaisante (Amundsen & Ravndal, 2008). Il demeure malgré tout que le climat de l'école ait une influence sur la consommation de drogue. Une récente recension systématique de la littérature sur la question indique que des interventions visant à encourager la participation des jeunes à la vie de l'école de façon à instaurer un climat positif, à améliorer les relations qu'ils entretiennent entre eux, notamment en identifiant les comportements à problèmes et en visant à les corriger, ont réussi à diminuer la consommation de drogue chez les garçons (Fletcher, Bonell & Hargreaves, 2008). Conséquemment, des approches comme l'AÉS – qui approches qui visent à intervenir dans la "totalité" de l'école - sont de mise lorsqu'il s'agit de réduire la consommation de drogues chez les jeunes, et surtout celles qui visent la participation des jeunes à la vie scolaire (Fletcher *et al*, 2009).

Santé mentale

La santé mentale des jeunes est une préoccupation importante des instances scolaires et des organismes œuvrant en santé à l'école. En tant que milieu de vie des jeunes, l'école peut malheureusement être un lieu où sont exacerbés les stéréotypes, les préjugés, les peurs, les symptômes anxieux et les dépressions qui pourraient potentiellement entacher leur développement (OMS, 2003a). Ces problèmes sont bel et bien réels : par exemple, selon l'OMS, près de 20 % des adolescents de 15 à 19 ans qui utilisent les services de santé le font

pour des problèmes de santé mentale, surtout pour des dépressions (OMS, 1996)[13]. Ces problèmes peuvent en causer d'autres, comme de mauvais résultats scolaires, un respect limité pour les règlements, une piètre estime de soi, des relations difficiles avec les pairs, des risques de toxicomanies, une piètre santé sexuelle et des taux élevés d'absentéisme (OMS 1996, OMS 2003a, Patel *et al.*, 2007).

Il peut être néanmoins difficile de cerner avec précision ce que l'on entend par santé mentale, au sens où le domaine que le terme recoupe est notoirement vaste et flou[14]. De manière générale, la définition maintenant utilisée et acceptée dans la littérature comporte une dimension liée au fonctionnement social et une autre liée au bien-être psychologique, compris dans son sens large (Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003); elle constitue une ressource fondamentale au développement du potentiel des personnes (Harden *et al.*, 2001). Plus concrètement, cette définition peut s'incarner de différentes manières. À ce titre, l'OMS propose une mesure de l'environnement psychosocial des écoles, mesure qui cherche à soupeser la présence relative des éléments suivants : une atmosphère amicale et gratifiante, propice au soutien, un apprentissage participatif, l'interdiction formelle de toute violence, incluant le harcèlement et le taxage, la valorisation des activités créatives, un lien renforcé entre la famille et la vie à l'école et la promotion de l'égalité des chances et de la participation des élèves à la vie scolaire (OMS, 2003a).

Une grande partie des travaux que l'on retrouve dans la littérature porte sur la promotion de l'estime de soi et la prévention de la dépression et du suicide, la réduction de la violence et la promotion de rapports positifs avec les autres élèves, ainsi que l'amélioration du climat de l'école (Stewart-Brown, 2006)[15]. Il arrive régulièrement que les programmes examinés par ces travaux visent plusieurs cibles à la fois; la classification offerte ci-dessus n'est donc pas hermétiquement cloisonnée. De par sa définition – évoquant directement l'environnement social et familial des jeunes – la santé mentale à l'école est une bonne candidate pour une approche écologique (Patel *et al.*, 2007); d'ailleurs, on se doit de souligner qu'il existait depuis longtemps un courant de la psychologie qui s'intéressait à l'influence des facteurs distaux sur la santé

[13] Plus récemment, Harden *et al.* évaluaient cette proportion à 25 % (Harden *et al.*, 2001).

[14] De plus, il est reconnu que les jeunes se reconnaissent peu dans la terminologie normalement utilisée pour désigner ces types de problèmes (par exemple, la dépression) (Harden *et al.*, 2001).

[15] Par manque d'espace, ces problèmes ne pourront tous recevoir une attention soutenue dans le cadre de cette recension.

mentale des jeunes[16]. La congruence entre la santé mentale à l'école et l'approche écologique ne s'arrête pas là. Comme le soulignent Durlak & Wells, étant donné qu'il est difficile d'identifier comment et quand un problème reconnu de santé mentale se déclenche chez un enfant, il est conséquemment laborieux de planifier des interventions préventives afin de pallier des problèmes de ce type (Durlak & Wells, 1997). Selon les auteurs, cette constatation vient militer pour l'adoption de l'approche écologique, puisque les interventions de prévention/promotion qui en découlent ont l'avantage de cibler des facteurs communs à la plupart des problèmes dont il est question ici (Durlak & Wells, 1997). C'est sensiblement la même conclusion auxquels parviennent Patel *et al.*, lorsqu'ils soulignent que ces interventions doivent être intégrées au sein d'une approche globale en santé des jeunes (Patel *et al.*, 2007), ou encore Weist, lorsqu'il milite pour une science communautaire de la santé mentale, ouvertement liée aux principes participatifs sous-jacents à la Charte d'Ottawa (Weist, 2005).

Un des principaux problèmes examinés dans la littérature est la violence à l'école. Même si, évidemment, elle peut avoir des répercussions sur la santé physique des jeunes, la violence peut se ranger sous la rubrique de la santé mentale dans la mesure où elle est souvent la manifestation de problèmes psychologiques et qu'elle a d'importantes répercussions sur la santé mentale des personnes qui la subissent (Stewart-Brown, 2006). Récemment, la violence à l'école a reçu une attention particulière des chercheurs, surtout quant aux problèmes de l'intimidation et du taxage; il existe donc une quantité relativement importante de publications consacrées au problème (aux problèmes, si l'on veut, puisqu'elle peut se manifester de plusieurs manières) de la violence à l'école. On lui reconnaît habituellement de multiples causes, notamment, des problèmes de connaissances, d'attitudes et de pensées quant à la violence, parfois combinés à des habiletés de communication déficientes, à la consommation de drogue, au fait d'avoir été témoin ou victime de violence et à l'accès à des armes quelconques (OMS, 1999). Ces facteurs peuvent être combinés à d'autres issus plus particulièrement des conditions familiales, nommément le manque de soutien et d'affection, la violence à la maison, la violence utilisée comme punition et le fait que la famille soit engagée dans des comportements criminels (OMS, 1999). La multiplicité et l'hétérogénéité des facteurs de risque font donc de cet important problème un enjeu approprié pour l'AÉS.

Ceci dit, quelle est l'efficacité des programmes de prévention de la violence dans les écoles? Une étude systématique effectuée en 2002 montre que ces programmes ont un effet

[16] Ce courant a brièvement été évoqué dans la section sur l'historique de l'approche ÉES.

modeste mais réel sur les comportements agressifs des jeunes à risque visés (Mytton *et al.*, 2002), sans pouvoir en dégager des caractéristiques particulières qui les rendraient plus efficaces. D'autres études ont révélé une différence notable entre les programmes de « démonstration » (des programmes créés, mis en œuvre et évalués par des chercheurs dans le but d'en tester les différentes composantes) et les programmes de « routine » (des programmes déployés et évalués par les écoles ou des chercheurs externes) où ces derniers étaient beaucoup moins efficaces que ces premiers (Wilson, Lipsey & Derzon, 2003). Ces auteurs en concluent qu'étant donné qu'une majorité de programmes appartenaient au premier groupe, il n'existe que peu d'études ayant évalué le déploiement de tels programmes dans des contextes reflétant les réalités habituelles des écoles visées, et que les effets démontrés par les programmes étaient très modestes dans le cas des programmes de routine. Néanmoins, l'étude pilotée par Wilson *et al.* montre que les programmes de démonstration, de leur côté, semblent produire des effets encourageants quant à la réduction de la violence chez les jeunes à risque (Wilson, Lipsey & Derzon, 2003). Les auteurs ont aussi déterminé que certaines des caractéristiques des programmes jouaient un rôle significatif dans leur efficacité; les approches béhaviorales et l'aide psychologique ont engendré plus d'effets positifs, suivies des approches basées sur les compétences sociales. Les approches multimodales et les approches fondées sur la médiation par les pairs eurent peu d'effets (Wilson, Lipsey & Derzon, 2003). Une étude subséquente sur les jeunes à risque n'a pas confirmé l'efficacité des approches béhaviorales, néanmoins, elle semblait soutenir l'idée que les interventions visant les relations interpersonnelles et les compétences sociales sont les plus prometteuses (Mytton, 2006).

Qu'en est-il des interventions en prévention de la violence entreprises spécifiquement dans une perspective AÉS? Les approches multimodales examinées par Wilson et ses collaborateurs (Wilson, Lipsey & Derzon, 2003) n'ont pas montré d'effets significatifs, et ce, même si d'autres programmes du même type visant à réduire la délinquance dans les écoles avaient présenté des effets prometteurs (Gottfredson, 1986, évoqué plus haut). À ce titre, une autre recension systématique - plus récente, celle-là – de résultats d'évaluations montraient que certains programmes de type écologique avaient des effets indéniablement positifs sur la réduction de la violence et de la victimisation, alors que d'autres, similaires, n'avaient pas réussi à démontrer des effets significatifs sur essentiellement les mêmes cibles (Vreeman & Carroll, 2007). Il demeure qu'il y a là une piste intéressante pour les interventions à venir, puisqu'il semble en effet que ce type d'approche ait plus de chance de produire des effets significatifs sur la violence que les autres approches plus traditionnelles (Vreeman & Carroll, 2007).

En effet, selon l'OMS, la prévention de la violence à l'école constitue un défi central à l'AÉS; en agissant à plusieurs niveaux à la fois, en engageant, par exemple, la famille, le corps enseignant et la communauté dans les activités de prévention, l'AÉS peut contribuer à réduire ce problème (OMS, 1999; Spevak, 2006). À cet effet, un ensemble de caractéristiques-clés[17] de programmes prometteurs ont été identifiées lors d'une série d'entrevues avec des experts sur la question (Dusenbury *et al.*, 1997) : une approche exhaustive contre la violence, qui vise l'ensemble des acteurs concernés (familles, communautés, pairs, médias), un programme débutant à un jeune âge, réitéré et adapté aux années subséquentes, mettant l'accent sur le développement des compétences sociales, adapté aux caractéristiques culturelles des jeunes, s'assurant de l'implication des enseignants grâce à des sessions de formation appropriées et mettant de l'avant des stratégies positives de discipline dans les classes serait le plus approprié (Dusenbury *et al.*, 1997).

Dans une recension plus récente, les facteurs distaux ont été explicitement reconnus comme ayant une importance centrale à l'étude de la violence à l'école (Ozer, 2006). Ozer souligne que l'utilisation d'un modèle écologique pour comprendre, et ainsi mieux prévenir la violence à l'école est nécessaire devant la complexité que représente l'environnement dans lequel elle se manifeste (Ozer, 2006). En effet, ces programmes doivent prendre en compte, entre autres, la désirabilité sociale de la violence qui prévaut dans les familles[18], la communauté ou les médias. L'ensemble des conditions qui font en sorte qu'un programme visant à réduire ou à éliminer la violence à l'école – l'adhésion du corps enseignant, de la direction et des administrateurs – réussit à atteindre ses objectifs est aussi important (Ozer, 2006). Le rôle de ces facteurs est confirmée par les études recensées par l'auteur, quoique le nombre des études qui en tiennent explicitement compte soit relativement faible.

À titre d'exemple, il existe aujourd'hui plusieurs programmes de prévention de la violence à l'école qui, de par leurs caractéristiques, s'inscrivent de manière variable dans une perspective AÉS; leur implantation a connu des succès mitigés, pour diverses raisons. L'évaluation du projet *Students for Peace* aux Etats-Unis – projet qui comprenait la formation d'un comité spécial sur la question à l'école, la formation de pairs médiateurs, la formation des

[17] Le lecteur attentif y reconnaîtra la plupart des caractéristiques de l'AÉS, même si Dusenbury et ses collaborateurs ne les identifient pas comme telles (Dusenbury *et al.*, 1997).

[18] Le rôle central des parents dans la violence à l'école est confirmé par trois textes récents sur le problème, i.e. Terzian & Fraser, 2005; Bradshaw *et al.*, 2006; Bliss *et al.*, 2006.

enseignants, un curriculum spécialisé et de l'information pour les parents – a montré que l'intervention n'a pas réussi à diminuer les comportements agressifs, les bagarres ou les jours d'école manqués dus à un sentiment d'insécurité (Orpinas *et al.*, 2000). Les explications de l'échec du programme sont que plusieurs écoles participantes étaient mal préparées à le mettre en œuvre, pour plusieurs raisons, comme le manque d'adhésion de la direction et des enseignants (réduits à simplement donner le curriculum en classe) jusqu'au haut taux de roulement du personnel, en passant par le manque de temps, le manque d'intensité de l'intervention et divers problèmes méthodologiques qu'ont rencontrés les chercheurs (Orpinas *et al.*, 2000). Enfin, un autre programme (*Peacebuilders*), similaire à celui qui vient d'être présenté, montra, quant à lui, des effets positifs sur certaines des variables à l'étude, particulièrement la réduction des comportements agressifs chez les jeunes jugés à risque, tels que perçus par les enseignants (Vazsonyi, Belliston & Flannery, 2004). Les auteurs concluent que ces résultats sont encourageants pour les autres initiatives de ce type.

Bien évidemment, les programmes de prévention de la violence n'englobent pas l'ensemble des interventions en santé mentale dans les écoles qui pourraient être effectuées dans le cadre de l'AÉS. Des travaux récents ont proposé de comprendre le suicide et de proposer des interventions visant sa prévention en s'inspirant de l'approche écologique (Ayyash-Abdo, 2002). Selon l'auteur, le fait que la recherche sur le suicide ait eu peu de succès à l'expliquer de façon satisfaisante est une des raisons pour lesquelles ce tournant vers l'approche écologique est justifié. L'auteur propose un modèle où les facteurs intrapersonnels (dépression, désespoir, dépendance aux substances psychoactives), interpersonnels (histoire familiale, deuil, problèmes familiaux, influence des pairs, éducation), institutionnels (médias) et communautaires (appartenance culturelle et ethnique, culture adolescente prévalente) sont pris en considération et où des interventions adaptées sont proposées (Ayyash-Abdo, 2002).

Plusieurs textes dans la littérature portent sur la promotion de la santé mentale, où les programmes cherchent plutôt à créer, maintenir et encourager les conditions qui contribuent au bien-être psychologique des jeunes, en agissant habituellement sur l'environnement et le climat de l'école, sur les relations qu'ils entretiennent entre eux, sur leurs habiletés cognitives et affectives, et leur estime de soi (Konu, Lintonen & Rimpelä, 2002; Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003; Durlak *et al.*, 2007). En effet, une des variables-clés au cœur de cette conception de la santé mentale est l'estime de soi ou, plus précisément, l'idée que l'on se fait de soi-même (*self-concept*) (Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003; Filozof *et al.*, 1998). Elle joue un rôle

central quant à la réussite scolaire des jeunes. La recension de Wells, Barlow et Stewart-Brown montre avant tout que les programmes de promotion de la santé mentale ont tendance à avoir des effets plus significatifs que les programmes de prévention des problèmes psychologiques (Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003). Leurs travaux montrent aussi que les interventions échelonnées sur des périodes de temps assez longues (un an ou plus) sont plus susceptibles de montrer des effets positifs. Elles rapportent aussi des interventions de prévention du suicide qui eurent des effets négatifs sur les jeunes qui en furent la cible (i.e. les pensées suicidaires augmentèrent après l'intervention) (Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003). Les programmes de promotion qui englobaient l'ensemble de l'école – qui s'appliquaient à l'ensemble des élèves de l'école, au corps enseignant et une partie de la communauté – produisent aussi des effets positifs significatifs (Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003). Les programmes qui furent le moins susceptibles d'induire les effets escomptés s'appuyaient sur des approches béhaviorales individuelles ou encore, prenaient la forme d'approches curriculaires traditionnelles (Wells, Barlow & Stewart-Brown, 2003).

Dans ce contexte, donc, les projets appartenant d'emblée à l'approche AÉS semblent être prometteurs. Par exemple, le *Gatehouse Project*, un programme intégré visant à faire la promotion de la santé mentale des élèves en tentant de créer un environnement positif et sécuritaire, en encourageant la communication et en suscitant l'adhésion de ceux-ci à la vie scolaire présente des pistes intéressantes (Bond *et al.*, 2001). En effet, ce projet a ouvertement été construit en utilisant les principes d'AÉS (Patton *et al.*, 2006). Le projet a donné des résultats intéressants : après quatre ans d'interventions visant à promouvoir l'inclusion sociale auprès de groupes d'étudiants, ceux du groupe d'intervention montrèrent des taux de comportements antisociaux, de consommation de drogue et d'initiation précoce de relations sexuelles du quart plus faible que les étudiants du groupe contrôle (Patton *et al.*, 2006).

Plus récemment, des auteurs ont noté que le sentiment d'appartenance à l'école constituait un facteur-clé dans la promotion de la santé mentale à l'école (Rowe, Stewart & Patterson, 2007). Selon eux, le sentiment d'appartenance joue un rôle central de protection de la santé mentale et émotive des jeunes, sa présence est positivement corrélée à une sexualité saine et en santé, et il milite contre la violence et la consommation de substance illicite ou non. Dans cette perspective, l'AÉS, agit à travers deux mécanismes distincts : la mise en œuvre de processus inclusifs et démocratiques s'étendant à l'ensemble des membres de la communauté, scolaire ou élargie, et les politiques de l'école, son organisation, son environnement physique,

les approches pédagogiques qui reflètent les valeurs de la participation démocratique et de l'inclusion (Rowe, Stewart & Patterson, 2007).

Nutrition et exercice

La mauvaise alimentation et le manque d'exercice chez les jeunes sont à la source de problèmes de santé dont l'importance est devenue criante durant les dernières années. En effet, l'obésité est en croissance constante dans les pays industrialisés : les taux variaient déjà de 20 % à 25 % dans les pays d'Amérique à la fin des années 90 (OMS, 1998c). Au Canada, au cours de 25 dernières années, les taux combinés d'embonpoint et d'obésité ont plus que doublé chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, passant de 14 % en 1978-1979 à 29 % en 2004 (Shields, 2006). Le taux d'obésité seul a triplé, passant de 3 % à 9 % pour la même période (Shields, 2006). Les proportions d'adolescents dont l'IMC (indice de masse corporelle) est supérieur aux seuils d'embonpoint et d'obésité sont celles qui ont augmenté le plus. Cette observation est importante puisque l'adolescence est une période qui détermine dans beaucoup de cas l'obésité à l'âge adulte (Shields, 2006). L'obésité est la source d'une série d'autres problèmes de santé bien connus : diabète, maladies coronariennes et cancers, par exemple. Une mauvaise alimentation a aussi une influence directe sur la capacité des jeunes à apprendre et à atteindre leur potentiel (OMS, 1998c). On se doit de souligner l'importance d'intervenir auprès des personnes dès leur enfance : les habitudes liées à l'alimentation et à l'exercice sont formées à un jeune âge et tendent à se perpétuer à l'âge adulte (OMS, 1998c; Summerbell *et al.*, 2005)[19].

Les interventions de type écologique ayant pour but de promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique ont récemment reçu dans ce domaine une attention plus appuyée. En effet, la reconnaissance de la portée potentielle des interventions de ce type a fait l'objet de plusieurs travaux depuis les dernières années (voir en outre Brownson, Haire-Joshu & Luke, 2006 ainsi que Sallis *et al.*, 2006). En outre, les liens entre l'approche écologique et l'activité physique sont, comme le notent Sallis *et al.*, particulièrement fructueux, pour la simple raison

[19] Il ne faut pas comprendre par ce passage que les seules bonnes raisons de bien manger et de faire de l'exercice se limitent à prévenir l'obésité, ou encore l'une ou l'autre de ses conséquences. À titre d'exemple, il existe des travaux qui démontrent que l'exercice chez les jeunes contribue positivement à leur estime de soi (voir Ekeland *et al.*, 2004) ou encore peut aider à prévenir la dépression et l'anxiété (Larun *et al.*, 2006). D'autres travaux montrent aussi un lien statistiquement significatif entre l'activité physique et la réussite (Chomitz *et al*, 2009).

que l'activité physique se déroule dans des endroits bien définis, et que, conséquemment, les facteurs qui facilitent ou empêchent celle-ci devraient être, sans trop de difficultés, identifiables (Sallis *et al.*, 2006). Dans cette perspective, ces auteurs soulignent que le domaine des politiques publiques faisant l'objet d'un examen soutenu doit dépasser celui traditionnellement associé à l'activité physique pour aussi considérer, par exemple, le zonage ou l'urbanisme des quartiers considérés (Sallis *et al.*, 2006). Le même constat peut être fait en ce qui concerne la promotion de l'alimentation saine; les politiques d'accès à l'alimentation saine dans les écoles, les politiques de prix, l'information sur la valeur nutritive et le marketing des aliments sains font partie de l'ensemble des stratégies écologiques reconnues dans la littérature (Brownson, Haire-Joshu & Luke, 2006).

Dans cette perspective, les interventions à l'école sur la mauvaise nutrition et le manque d'exercice revêtent une importance particulière. En effet, si les écoles sont un lieu où l'activité physique et la nutrition sont des choses auxquelles on attache peu ou pas d'importance, les probabilités sont fortes que de telles leçons soient retenues par les jeunes dans leur vie à l'extérieur de l'école (Katz, 2009). On retrouve donc, dans la littérature, des programmes portant sur l'activité physique, la nutrition et le mode de vie à la fois, ou parfois simplement sur l'un ou l'autre de ces éléments. Les champs potentiels d'action des programmes sont donc assez nombreux : ils comprennent traditionnellement les menus servis à la cafétéria et la nourriture retrouvée dans les distributrices, le temps consacré à l'activité physique, ainsi que l'éducation à la bonne santé physique et à la saine nutrition (Summerbell *et al.*, 2005). L'offre alimentaire scolaire a d'ailleurs récemment reçu une attention soutenue dans la littérature et dans le domaine des politiques publiques (French *et al.*, 2003; French, 2005). En effet, des auteurs ont noté que, devant les nombreuses coupures budgétaires, plusieurs écoles avaient choisi d'offrir de la malbouffe dans leur cafétéria et ailleurs, puisque sa préparation était peu coûteuse et que sa disponibilité augmentait le nombre d'étudiants qui se nourrissait à l'école (Story, Kaphingst & French, 2006). Les interventions appropriées doivent donc se dérouler à plusieurs niveaux à la fois, dans le but d'offrir une variété d'aliments compétitive et de contrer les effets de la présence de la malbouffe à l'école, en allant même jusqu'à son interdiction pure et simple, à la cafétéria et dans les machines distributrices[20].

Des résultats intéressants seraient aussi renforcés par diverses interventions aux niveaux local, régional ou national, dirigées par exemple auprès des parents et des pairs, et en

tentant de modifier les facteurs qui jouent un rôle significatif, comme les normes sociales, le zonage, l'urbanisme et la criminalité, afin de renforcer les efforts déjà entrepris dans le contexte scolaire (Maziak, Ward & Stockton, 2007). En effet, comme le souligne Katz, on ne pourrait raisonnablement demander aux écoles qu'elles reversement les tendances lourdes, si l'on peut dire, concernant l'oisiveté et l'obésité dans la société en général (Katz, 2009). Comme il a été mentionné ci-haut, on trouve aujourd'hui dans la littérature un haut niveau de consensus à propos de la nécessité d'une approche réellement intégrée, c'est-à-dire qui se déroule sur autant de niveaux jugés aussi importants que nécessaires (Barnett, *et al.*, 2005). Dans cette perspective, les écoles jouent un rôle de premier plan dans la promotion de l'alimentation saine et de la promotion de l'activité physique au sein des communautés dont elles font partie (Sharma, 2006).

Qu'en est-il des résultats des interventions dans ces domaines, maintenant? Comme il a été mentionné, les programmes visant à modifier l'offre de nourriture dans les écoles ont récemment reçu une grande attention. Il a été démontré que les changements aux menus offerts aux jeunes ont eu des effets positifs sur la qualité de la nourriture consommée à l'école en général et que les élèves qui fréquentaient ces écoles avaient plus tendance à choisir de se sustenter à l'école que les élèves qui fréquentaient les écoles du groupe de contrôle (Lister-Sharp *et al.*, 1999). Par contre, un programme récent visant à augmenter la vente de nourriture saine à travers des modifications aux menus de cafétérias d'un groupe d'écoles et de la promotion au sein de celles-ci des dits changements (*TACOS*) a démontré des résultats mitigés; même si le nouveau menu avait mené à une augmentation de la vente de nourriture saine, les jeunes qui fréquentaient ces écoles n'avaient rapporté aucun changement dans leurs habitudes alimentaires subséquentes (French *et al.*, 2004). D'autres programmes ont montré qu'une intervention soutenue visant à encourager les enfants à consommer, entre autres, plus de fruits (achetés à l'école ou emmenés dans leur boîte à lunch) dans un cadre explicite d'AÉS réussit à changer les habitudes des jeunes visés pendant au moins les deux années suivantes (Laurence, Petersen & Burns, 2007). Un programme (*TEENS*), visant à modifier les habitudes alimentaires des jeunes à l'aide d'interventions au niveau de la classe, de l'école et des familles d'une durée de deux ans présenta lui aussi des résultats intéressants, mais avant tout auprès des jeunes qui furent identifiés comme des leaders étudiants du programme au sein de l'école (Birnbaum *et al.*, 2002). Une autre évaluation du programme *TEENS* rapporta que les parents des élèves qui fréquentaient les écoles où *TEENS* fut déployé déclarèrent acheter plus de fruits

[20] Voir par exemple le cas décrit dans Davee *et al.*, 2005.

et légumes suite à l'intervention, mais que ceci n'eut aucune influence mesurable sur le contenu des lunchs de leurs enfants (Lytle *et al.*, 2006). Enfin, une évaluation du programme *KOPS* (*Kiel Obesity Prevention Study*), visant à la fois les jeunes à l'école et leurs familles, a démontré des résultats encourageants, dans la mesure où le taux d'obésité chez les enfants du groupe d'intervention était moins élevé que chez les enfants du groupe contrôle après 4 ans (Müller, Danielzik & Pust, 2005).

Une constatation qui s'impose dans un examen de la littérature sur l'activité physique et la nutrition est qu'il est difficile d'y repérer des conclusions clairement congruentes, notamment à cause de problèmes méthodologiques dans la mise en œuvre et l'évaluation des programmes (Stone *et al.,* 1998; Shepperd *et al.,* 2002; Thomas *et al.,* 2004). Il demeure que certaines conclusions communes s'en dégagent. Tout d'abord, les effets positifs sur les jeunes varient substantiellement selon le sexe; les jeunes filles semblent beaucoup plus sensibles aux interventions visant les habitudes et les attitudes face à la saine nutrition que les jeunes garçons (Shepperd *et al.,* 2002)[21]. Le fait que les jeunes filles soient plus susceptibles de répondre positivement aux interventions sur ces questions a aussi été observé par dans le cadre d'autres évaluations de programmes portant sur l'obésité (Gortmaker *et al.,* 1999). Il faut toutefois noter que même chez les jeunes filles, les résultats de ce type de programme peuvent être mitigés; l'évaluation d'un programme qui s'adressait spécifiquement à elles (Neumark-Sztainer *et al.,* 2003) tend à confirmer ces observations – que les programmes ont un impact notable sur les habitudes et les attitudes des jeunes filles – mais montre aussi que les attitudes et comportements liés directement à l'activité physique qui étaient mesurés constituaient la seule dimension où l'on avait pu observer des changements positifs[22]; le programme n'avait finalement aucune incidence sur les taux d'obésité mesurés.

Les gains effectués en prévention de l'obésité et en promotion de l'activité physique et de la saine nutrition sont plutôt modestes (Sharma, 2006). Summerbell et ses collaborateurs n'ont pu dégager de manière récurrente des interventions qui aient engendré de réels changements au niveau de l'IMC (ou d'autres mesures du poids) des jeunes qui en furent la cible, et ce, malgré des modifications significatives des croyances et des comportements liés au

[21] Shepperd et ses collaborateurs avancent un certain nombre d'hypothèses explicatives sur le sujet, notamment que les jeunes filles sont plus sensibles au problème de l'obésité et de l'apparence physique en général et que les interventions semblent mal adaptées aux préoccupations des garçons sur la question (Shepperd *et al.*, 2002).

problème (Summerbell *et al.,* 2005)[23]. Comme il est indiqué ci-haut, les difficultés méthodologiques liées à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces programmes jouent sans doute un rôle dans ce constat, mais ont aussi été évoqués les problèmes découlant du fait que les interventions se déroulent trop souvent sur un intervalle de temps trop court (Shepperd *et al.,* 2002; Summerbell *et al.,* 2005). De plus, les différents facteurs socio-environnementaux qui poussent les gens à être sédentaires et à mal se nourrir pourraient vraisemblablement venir contrecarrer de façon systématique les efforts des programmes mis en œuvre pour contrer l'obésité (Summerbell *et al.,* 2005). Hormis ces considérations, il semble que les efforts déployés jusqu'ici aient été insuffisants ou mal conçus, étant donnés leurs piètres résultats.

Il semble tout de même que certaines approches intégrées soient prometteuses (Shepperd *et al.,* 2002; Summerbell *et al.,* 2005). Shepperd *et al.* mentionnent que des programmes impliquant l'ensemble de l'école, la communauté et les parents présentent des effets positifs significatifs[24]. Summerbell *et al.* soulignent que beaucoup d'approches qui se penchent sur des facteurs environnementaux ou structurels (sur l'offre de nourriture à l'école, par exemple) réussissent parfois à atteindre leurs cibles environnementales ou structurelles, comme on vient de le voir, mais pas à modifier les comportements, et que les approches qui ne se penchent que sur les attitudes et les comportements ne produisent que des résultats à ces niveaux. Ainsi, une approche intégrée serait sans doute de mise dans la prévention de l'obésité (King *et al.,* 2002; Summerbell *et al.,* 2005), puisqu'il s'il faut en croire la littérature, les facteurs distaux en cause semblent, en fin de compte, avoir une influence plus grande sur la qualité de l'alimentation des personnes visées que les facteurs proximaux, comme les croyances et les préférences quant à celle-ci (Lytle & Fulkerson, 2002). Ceci dit, malgré le manque relatif de support empirique, les approches écologiques de la nutrition sont tout de même reconnues

---

[22] Les autres dimensions mesurées étaient les habitudes alimentaires, la perception de soi et l'IMC (Neumark-Sztainer *et al.*, 2003).

[23] Les conclusions de Summerbell *et al.* sont essentiellement basées sur l'évaluation d'un programme (*Pathways*) destiné aux enfants de plusieurs communautés amérindiennes des États-Unis (i.e. Caballero *et al.*, 2003). Le projet *Pathways* avait réussi à influencer les connaissances, les attitudes et les comportements face à l'activité physique et la nutrition, sans toutefois réussir à modifier de manière mesurable les taux d'obésité chez les jeunes ayant participé au programme (Caballero *et al.*, 2003).

[24] Il faut néanmoins mentionner que Shepperd *et al.* citent en exemple le *Wessex Healthy Schools Award* comme programme modèle. Or, celui-ci a certes démontré des effets positifs, mais peu sur l'activité physique et la nutrition en soi (Moon *et al.*, 1999). À la décharge de Shepperd, leur recension ne porte pas que sur ce sujet bien précis. L'erreur s'est toutefois apparemment transmise dans la recension de Stewart-Brown (Stewart-Brown, 2006).

comme étant celles qui devraient être utilisées par les intervenants dans le domaine (ADA, 2006).

Qu'en est-il des interventions qui portent plus spécifiquement sur l'activité physique? De récentes évaluations d'interventions montrent, comme pour celles qui ciblent la saine alimentation dans les écoles, des résultats mitigés. Par exemple, un programme néerlandais assez récent (*JUMP-in*), visant à encourager l'activité physique chez des enfants du primaire en tablant sur des changements environnementaux, la participation parentale et la coopération entre les différents acteurs pertinents, a montré des résultats positifs : en effet, les auteurs ont démontré que les enfants qui fréquentaient les écoles où se déroulait l'intervention avaient vu leur taux d'activité physique diminuer de façon moindre que les enfants qui fréquentaient les écoles contrôle (Jurg *et al.,* 2006)[25]. De plus, deux récentes recensions systématiques des efforts de promotion de l'activité physique chez les jeunes à l'école montraient que des interventions multimodales impliquant les familles et les communautés, ainsi que des modifications à l'environnement physique et politique pouvaient encourager les jeunes à être plus actifs (Van Sluijs, McMinn & Griffin, 2007; Salmon *et al.*, 2007)[26]. Cette conclusion a récemment été renforcée par d'autres travaux (Haug, Torsheim & Samdal, 2008; Naylor & McKay, 2009). Enfin, d'autres modèles d'intervention en activité physique (*TAAG*, par exemple), intégrant plusieurs des niveaux du modèle écologique ont récemment été proposés et attendent d'être proprement évalués (Elder *et al.,* 2007).

En guise de conclusion, il doit être mentionné qu'il existe quelques travaux récents qui ont porté spécifiquement sur le transport actif chez les jeunes qui fréquentent l'école (Eyler *et al.*, 2008; Bungum, *et al.*, 2009). En effet, la promotion du transport actif (la marche ou la bicyclette) est un très bon moyen d'encourager les jeunes à être physiquement actifs lorsqu'ils se déplacent de leur domicile à l'école et vice-versa. Ce type d'intervention est un bon exemple en ce qui trait au modèle écologique dont il a abondamment été question ici en ce qu'il requiert des actions simultanées à plusieurs niveaux, comme les politiques de l'écoles quant au début et à la fin des classes et la quantité de voitures qui s'y trouvent à ces heures, les lieux où l'on bâtit les écoles, les limites de vitesse limitrophes et ainsi de suite (Eyler *et al.*, 2008). Le transport actif pourrait donc être une cible de choix pour promouvoir l'activité physique dans la mesure où

[25] Il faut garder à l'esprit que le taux d'activité physique diminue normalement lorsque les jeunes entrent dans les dernières années de leur primaire.

[26] Quoique que celle de Salmon *et al*. montrait qu'un suivi personnalisé des adolescents en contexte de soins de première ligne semblait plus prometteur (Salmon *et al.*, 2007).

les acteurs scolaires, municipaux, ainsi que les jeunes et les parents puissent réellement se concerter afin d'en faire une action prioritaire (Eyler *et al.*, 2008). Les personnes qui oeuvrent en santé publique dans le système scolaire devraient être vigilants quant aux endroits qui sont maintenant choisis pour construire de nouvelles écoles; trop souvent, celles-ci sont construites dans le même esprit que les magasins grandes surfaces (éloignées, isolées, entourées de voies rapides, etc.), ce qui décourage le transport actif (Bungum *et al.*, 2009).

Sexualité

L'éducation à la sexualité occupe une place prépondérante dans la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire depuis longtemps. Les raisons qui motivent ce fait sont bien connues : la précocité des relations sexuelles, les grossesses indésirées et les ITSS sont les principales cibles des programmes de prévention et de promotion instaurés à l'école (Kirby, 2002). En effet, la prévalence de certains de ces problèmes demeure assez élevée. À titre d'exemple, au Canada, les cas rapportés de chlamydia ont augmenté de 70 % entre 1997 et 2004; ceux-ci affectent de façon disproportionnée les jeunes de 15 à 24 ans (2/3 des cas au Canada au total) (ASPC, 2004). Les cas rapportés de gonorrhée ont doublé de 1997 à 2004, et les jeunes filles de 15 à 24 ans représentent 70 % des cas (ASPC 2004). Le taux de grossesse chez les adolescentes est, quant à lui, en décroissance constante depuis quelques années (Dryburgh, 2006). Il demeure qu'en 1997, quelque 42 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans étaient enceintes. Les conséquences d'une grossesse à l'adolescence peuvent être significatives: ces jeunes filles sont, entre autres, plus à risque de dépressions, elles ont moins de chance de poursuivre ou de compléter leurs études, et ceci, en retour, augmente le risque qu'elles soient économiquement défavorisées à long terme (Dryburgh, 2006).

L'adolescence est, bien entendu, une période de transformations physiques et psychologiques majeures et il est important d'informer les jeunes sur la nature de ces changements. Bien évidemment, l'intervention sur la question de la sexualité dans les écoles ne se limite pas à la simple diffusion d'information. Les services de santé en place dans certaines écoles (par exemple, des cliniques, ou simplement la présence d'infirmières) peuvent, en plus de fournir de l'information aux étudiants, dispenser des contraceptifs à ceux et celles qui en auraient besoin ou offrir d'autres services consultatifs. Les programmes de prévention des ITSS ont aussi pris d'autres formes, notamment à travers des campagnes de distribution de condoms. Ceci, bien sûr, n'épuise pas la liste des types de programmes qui incarnent

l'intervention dans ce champ d'action. Beaucoup de ces programmes visent plusieurs cibles à la fois (Thomas *et al.,* 2005).

La grande majorité des programmes scolaires de prévention et de promotion touchant à la sexualité qui ont fait l'objet d'une évaluation sérieuse sont inefficaces (DiCenso, Guyatt & Griffith, 2002; Wright-DeAguero *et al.,* 2002; Thomas *et al.,* 2005). La méta-analyse de DiCenso *et al.* montre que la majorité de ces programmes ne réussissent pas à retarder les relations sexuelles, ni à augmenter l'utilisation de moyens contraceptifs chez les jeunes ciblés (DiCenso, Guyatt & Griffith, 2002). Selon ces derniers, certains des programmes – ceux prêchant l'abstinence, avant tout[27] – ont non seulement échoué à diminuer les taux de grossesse chez les jeunes filles, mais ont parfois aussi causé des effets négatifs; ils ont augmenté la fréquence des relations sexuelles chez des jeunes garçons qui y participèrent (DiCenso, Guyatt & Griffith 2002; Farley & Cohen, 2005)[28]. Il faut souligner toutefois que ces résultats ne sont pas entièrement partagés par d'autres méta-analyses : celle de Mullen montre que certains programmes réussissent à augmenter l'utilisation du condom chez les jeunes visés; il s'agit toutefois du seul effet significatif positif mesuré par l'analyse (Mullen *et al.,* 2002). Le fait que les succès de ces programmes se limitent généralement à l'utilisation plus fréquente du condom est confirmé par la recension de Robin (Robin *et al.,* 2004).

Il semble donc, en dernière analyse, que les effets de la plupart de ces programmes soient nuls. Cette conclusion est aussi soutenue par Shoveller *et al.* qui soutiennent que cette absence est expressément due à l'absence d'intégration de niveaux autres qu'intrapersonnel dans les interventions mises en œuvre (Shoveller, *et al.,* 2006). En effet, de la même manière que pour les autres problèmes de santé des jeunes examinés jusqu'ici, il semble généralement possible de modifier les connaissances et les attitudes face aux problèmes ciblés, mais il est, par contre, beaucoup plus difficile de modifier les habitudes et les comportements des

[27] On sait que les programmes prêchant l'abstinence (seulement l'abstinence, devrait-on dire) ont connu une grande popularité aux États-Unis dans les dernières années, particulièrement à cause du contexte politique. On retrouve peu ce type de programme au Canada ou en Europe occidentale. L'inefficacité de ce type de programme est confirmée par Kirby (Kirby, 2002). Certaines références aux programmes d'éducation à la sexualité dans la littérature sont donc chargées de considérations politiques propres aux débats américains sur la question; on cherche par exemple assez fréquemment à montrer que l'éducation à la sexualité et la distribution de condoms ne mènent pas à une plus grande promiscuité chez les adolescents (voir encore une fois Kirby, 2002). Cette position est aussi celle de Schaalma *et al.* qui réfutent les mirages de l'abstinence et qui font un plaidoyer en faveur d'une approche écologique intégrée au problème (Schaalma *et al.*, 2004).

personnes qui sont visées par ces programmes; ceci est aussi vrai de tout ce qui tombe sous la rubrique de la sexualité (Thomas *et al.,* 2005).

Il demeure qu'il est possible de dégager certaines des caractéristiques des programmes qui sont plus efficaces. Robin *et al.* concluent en effet que les programmes qui visent non pas les causes directes des comportements sexuels à risque, mais plutôt les causes générales de plusieurs problèmes, favorisant chez les jeunes des habiletés (ex. : communication, prise de décision, conscience de la pression des pairs) qui puissent les aider en contexte approprié, sont plus efficaces (Robin *et al.,* 2004). Robin *et al.* notent aussi que les interventions qui sont d'une intensité et d'une durée significatives dans le temps sont plus susceptibles de produire les effets escomptés et que la formation des gens impliqués dans le programme (par exemple, les professeurs) est centrale à leur succès (Robin *et al.,* 2004). C'est donc dire que les programmes qui ne ciblent pas uniquement les connaissances et les attitudes propres à la sexualité en général semblent être ceux qui démontrent le plus de succès. À cet effet, Kirby souligne que des programmes qui visent à lutter contre le décrochage scolaire et qui cherchent à créer ou à améliorer l'attachement à l'école ont tendance à jouer un rôle positif sur l'ensemble des cibles habituelles des programmes sur la sexualité, dans la mesure où ils complémentent les programmes traditionnels (Kirby, 2002). Cette constatation est en partie partagée par Robin *et al.* qui soulignent la transformation récente des programmes centrés sur les connaissances et les attitudes vers des approches multimodales, visant un large ensemble d'habiletés, en notant toutefois que les succès (et les échecs) de ces types de programme n'ont toujours pas été proprement confirmés (Robin *et al.,* 2004).

Les conclusions que l'on doit tirer quant aux programmes de prévention et de promotion entourant la sexualité semblent être congruentes, pour l'instant, avec les préceptes d'AÉS. En effet, certains programmes visant un nombre de cibles plus larges ont été reconnus comme ayant des effets positifs. C'est le cas, par exemple, du *School/Community Program for Sexual Risk Reduction Among Teens*, mené aux États-Unis durant les années 80 (Koo *et al.,* 1994). Les succès du programme avaient alors suscité un intérêt particulier, si bien que Koo et ses collaborateurs jugèrent bon de réanalyser l'ensemble des données du projet. Celui-ci était ambitieux : on visait à atteindre les buts non seulement par l'éducation à la sexualité pour les jeunes, mais aussi par des ateliers impliquant des leaders de la communauté et les parents, la

[28] En fait, on doit noter que plusieurs programmes semblent à la fois produire des effets négatifs et positifs, tout dépendant de ce qui est mesuré (Robin *et al.*, 2004).

formation de jeunes en tant que conseillers sur la question, des services de consultation et de distribution de contraceptifs et une campagne médiatique ciblée (Koo *et al.,* 1994). Les résultats furent concluant : les taux de grossesse chez les adolescentes diminuèrent substantiellement dans la communauté visée, alors qu'ils étaient en progression constante dans les communautés retenues à fin de comparaison (Koo *et al.,* 1994). De plus, ces taux augmentèrent sensiblement lorsque le programme prit fin (Koo *et al.,* 1994). L'AÉS peut donc constituer, à travers ses champs d'action reconnus – politiques scolaires, emphase sur les habiletés, environnement scolaire propice, services scolaires appropriés (entre autres, la possibilité de consulter des personnes-ressources), coopération avec la communauté et les familles, et mobilisation des employés de l'école – une approche efficace dans le but de mener à bien les objectifs des activités de prévention et de promotion dans le domaine de la sexualité (OMS, 2003b).

On retrouve le même son de cloche chez d'autres auteurs. Certains, reconnaissant l'importance des facteurs distaux sur la sexualité des jeunes, notent, comme il a été souligné plus haut, que la mise en œuvre d'interventions de type écologique à de multiples niveaux semble être une avenue plus prometteuse dans ce domaine (DiClemente, Salazar & Crosby, 2007; Salyers, Bull & Shlay 2005; Schaalma *et al.,* 2004; Shoveller *et al.,* 2006). Comme le confirment DiClemente et ses collaborateurs à l'aide d'une recension des interventions dans le domaine, l'élargissement du champ de recherche et d'intervention dans le domaine est devenu nécessaire devant l'échec des approches individuelles, et ce, malgré un certain manque de données probantes sur les approches écologiques. Selon les auteurs, seule la synergie créée par une intervention sur plusieurs niveaux à la fois peut offrir des résultats significatifs et durables (DiClemente, Salazar & Crosby, 2007).

Santé buccodentaire

Si l'on se réfère à un des principaux indicateurs de santé dentaire (l'indice CAOD – dents cariées, absentes et obturées -), le Québec se compare toujours défavorablement à certains pays comme le Royaume-Uni ou les États-Unis, malgré les progrès réalisés depuis le début des années 80, ici comme ailleurs (MSSS, 2006). De plus, ces problèmes sont exacerbés par le statut socio-économique des milieux d'origine des enfants en question; en effet, comme il est noté dans ce document, les problèmes de santé dentaire sont significativement plus élevés chez les familles peu scolarisées et à faible revenu (MSSS, 2006).

Il faut souligner que les problèmes de santé dentaire sont souvent la cause d'autres problèmes chez les jeunes qui en souffrent. Les jeunes aux prises avec une pauvre santé dentaire sont 12 fois plus susceptibles de subir des contraintes d'horaires dans leur quotidien et parfois d'avoir à s'absenter plus souvent de l'école (OMS, 2003e, Kwan *et al*, 2005). Ce type de problème peut aussi, en retour, affecter la capacité des enfants à bien se nourrir et, donc, leur potentiel de croissance (OMS, 2003e). Les problèmes de santé dentaire peuvent aussi être la conséquence de traumatismes résultant d'accidents ou de coups portés à la bouche. De cette manière, la prévention de la violence dans les écoles a aussi un impact non-négligeable sur la prévention des traumatismes dentaires. Ceci est aussi vrai des cours d'écoles et des aires de jeux qui sont conçues en ayant la sécurité des enfants à l'esprit (OMS, 2003e). Enfin, une bonne santé dentaire contribue positivement à l'estime de soi, dans la mesure ou une dentition saine aide à la socialisation des jeunes (Kwan *et al*, 2005).

Comme l'ont déploré tout récemment des auteurs cherchant à tisser des liens entre l'AÉS et la santé dentaire, celle-ci a longtemps été considérée comme étant « une entité séparée des autres considérations de santé » (Stokes, Pine & Harris, 2009); par le fait même, l'intérêt pour la santé dentaire de la part des acteurs principaux de l'AÉS est récent, et vice-versa. À ce titre, en 1998, Kay & Locker regrettaient le manque important d'études sur l'efficacité de la promotion la santé dentaire (Kay & Locker, 1998). Et pourtant, en lien avec ce qui a été exposé ci-haut, les problèmes de santé dentaire partagent avec d'autres problèmes de santé des jeunes des facteurs de risque communs, notamment l'alimentation. De plus, notent certains, plusieurs méthodes en promotion de la santé dentaire méritent certainement un examen plus soutenu, et certaines d'entre elles interfèrent avec d'autres programmes de promotion de la santé, de manière à en compromettre les effets bénéfiques (Sheiham & Watt, 2000).

Il est bien connu que certains traitements préventifs en santé dentaire sont efficaces, comme le brossage régulier des dents avec un dentifrice fluoré ou encore l'application de sellants sur des dents susceptibles d'être affectées par la carie dentaire (OMS, 2003e). En effet, de nombreuses études montrent par exemple que le fait de se brosser correctement et régulièrement les dents à l'aide d'un dentifrice fluoré contribue de manière significative à réduire la carie dentaire; chez les jeunes et chez les enfants, c'est ce qu'ont démontré des évaluations de brossage supervisé à l'école (Curnow *et al.*, 2002; Al-Jundi, Hammad & Alwaeli, 2006; Pine *et al.*, 2007). Le bien-fondé de ces interventions repose sur le fait que, une fois appris, le

brossage des dents serait intégré aux habitudes des jeunes. Par contre, comme le notaient déjà Kay & Locker, le lien causal entre les connaissances liées à une bonne hygiène dentaire et cette dernière est lui-même douteux (Kay & Locker, 1998). En fait, plus généralement, les connaissances des jeunes sur ce qu'est une bonne hygiène dentaire sont relativement faciles à améliorer, mais, comme nous l'avons vu ci-haut, le cas de la santé dentaire ne diffère pas des autres problèmes de santé considérés jusqu'ici: les approches en santé scolaire qui se fondent uniquement sur les facteurs proximaux - sur les connaissances liées à de saines habitudes de vie – ne démontrent à peu près aucun effet probant durable (Sheiham & Watt, 2000). Comme le mentionnent ces derniers, plutôt que de simplement se concentrer sur la prévention de la carie dentaire, les acteurs en santé dentaire devrait, par exemple, participer à l'élaboration de menus santé, qui non seulement irait dans ce sens, mais participerait aussi à la bonne santé des jeunes en général. En fait, selon les auteurs, la promotion de la santé dentaire ne peut se faire isolément des autres activités de santé publique à l'école, en grande partie parce que les problèmes usuels de santé des jeunes à l'école partagent des facteurs communs sur lesquels ils convient de travailler de concert avec les acteurs dédiés à des problèmes autres que la santé dentaire, dans l'esprit de l'approche écologique (Sheiham & Watt, 2000; Watt, 2005).

D'ailleurs, un examen de la littérature révèle qu'il n'existe à peu près aucune évaluation des effets de l'AÉS - ou plus généralement, d'approches de type écologique - sur la santé dentaire des jeunes (Stokes, Pine & Harris, 2009). Il demeure que certains travaux récents ont été effectués afin de voir si, dans les écoles où l'AÉS avait été mise en œuvre, la santé dentaire des jeunes en avait retiré des bénéfices (Moysés *et al.*, 2003, entre autres). Les auteurs soulignent que, dans les écoles de type AÉS, on pouvait distinguer que les élèves qui les fréquentaient semblaient avoir un taux de dents cariées moins élevé que les élèves qui ne les fréquentaient pas, quoique les différences observées ne soient pas statistiquement significatives (Moysés *et al.*, 2003). En fait, comme le soulignent Watt *et al.*, l'évaluation de la promotion de la santé dentaire dans une perspective écologique demeure à ce jour insatisfaisante, étant donnée l'inévitable complexité des mesures requises (Watt *et al.*, 2006). Par contre, il demeure que, à la lumière de l'évaluation des efforts traditionnels de promotion de la santé dentaire et des résultats incomplets mais encourageants des efforts entrepris sous l'égide de l'AÉS, il s'agit là d'une voie prometteuse (OMS 2003e, Kwan *et al.*, 2005).

Les domaines d'action

Le fait de présenter l'AÉS en partant des problèmes de santé des jeunes peut laisser l'impression que celle-ci est le résultat d'efforts similaires mais disparates, centrés sur des problèmes de santé des jeunes bien précis, jugés comme prioritaires. Or, ce n'est pas le cas. L'idée principale d'une approche globale comme l'AÉS est que sa mise sur pied comporte un ensemble de points communs qui demeurent indépendants, jusqu'à un certain point, de ses cibles de santé potentielles; autrement dit, qu'il existe des cibles au-delà de certains des facteurs communs des problèmes de santé dont on vient de discuter dans le texte (par exemple les facteurs communs à la nutrition et la santé dentaire, la violence et la réussite ou encore le tabagisme et d'autres dépendances, et ainsi de suite[29]). La section précédente montrait déjà que, pour chacun des problèmes considérés, une intervention efficace se devait d'agir au-delà du niveau intrapersonnel, pour impliquer, entre autres, l'ensemble de l'école, les parents des jeunes qui la fréquentent et des acteurs de la communauté. Une intervention globale et intégrée, qui se déploie sur de multiples niveaux, crée une synergie où les différentes composantes pourront se soutenir mutuellement (DeGraw, 1994) en leur assurant une plus grande visibilité, en identifiant des personnes-clés impliquées et en mettant de l'avant des objectifs à long terme (Allensworth, 1994). De plus, s'il est vrai que les approches traditionnelles individuelles qui cherchent à modifier tel ou tel comportement des jeunes visés sont moins efficaces entre autres en vertu du fait que des éléments qui leurs sont externes puissent en contrecarrer les effets – si, par exemple, un programme d'éducation à la saine nutrition est contrecarré par des menus douteux à la cafétéria –, alors l'AÉS peut sans doute remplir sa promesse en cherchant à augmenter la cohérence des multiples programmes liés à la santé présents à l'école (DeGraw, 1994). La cohérence des différentes actions en santé dans le milieu scolaire peut aussi être accrue dans la mesure où l'AÉS peut contribuer à réduire le nombre trop souvent élevé de nouveaux programmes dans le domaine; comme le fait remarquer St-Leger, et comme il a déjà été mentionné un peu plus haut, le nombre même de programmes proposés aux écoles constitue un obstacle à leur mise en œuvre (St-Leger, 2000). L'approche prônée par l'AÉS est donc, si l'on veut, œcuménique : elle est disposée à rassembler sous un même toit un ensemble de programmes, de cibles et de domaines d'action,

[29] Pour un document en partie consacré à l'identification de facteurs communs en promotion de la santé des jeunes, voir Ayotte *et al*. (Ayotte *et al.*, 2008).

à appliquer sur plusieurs fronts (comportements, environnements, relations interpersonnelles, politiques), différentes actions complémentaires (Allensworth, 1994). La présente section a donc pour but de prendre un certain recul face au fil conducteur qui a dominé la recension jusqu'ici, pour se tourner vers des domaines d'action caractéristiques de l'AÉS. Les domaines retenus sont inspirés de la liste des éléments essentiels de l'AÉS selon Allensworth et Kolbe. Ils constituent des domaines d'intervention communs aux problèmes de santé que nous venons d'examiner pour lesquels il a été possible d'identifier une certaine littérature qui les liait à l'AÉS et qui n'ont pas été abordés en profondeur jusqu'ici. Ceux-ci sont : les liens et partenariats à l'interne et à l'externe, l'environnement scolaire, l'éducation à la santé et les services de santé.

Les liens et partenariats à l'interne et à l'externe

Comme on l'a abondamment vu auparavant, la participation active des différents acteurs pertinents à l'AÉS est l'une de ses caractéristiques les plus importantes. Cet ensemble comprend, de façon non exhaustive, tout d'abord les acteurs de la santé et de l'éducation, ainsi que de la communauté, mais aussi des parents et des jeunes.

Tout d'abord, il est difficile d'imaginer le déploiement de quelque chose d'aussi ambitieux que l'AÉS sans la participation du corps professoral de l'école. Il est en effet reconnu que les enseignants ont une influence significative sur l'implantation de programmes de santé scolaire (OMS, 1996), surtout, bien entendu, lorsque ceux-ci comportent une importante composante curriculaire. Souvent, le rôle des enseignants a été mesuré en termes de fidélité au curriculum à dispenser aux élèves en classe (Cargo *et al.,* 2006). Or, comme le soulignent Cargo *et al,* cette façon de mesurer l'apport des enseignants à la promotion de la santé des jeunes a tendance à ignorer leur rôle potentiellement central dans la création et le maintien d'un environnement scolaire susceptible de promouvoir la santé des jeunes. Les auteurs notent que le rôle des enseignants, en plus de dispenser le curriculum, peut s'étendre, lorsque nécessaire et pertinent, aux éléments suivants : donner l'exemple, appliquer les règles lorsque c'est pertinent et encourager les jeunes à prendre soin d'eux (Cargo *et al.,* 2006). Bien sûr, un rôle accru pour les enseignants ne peut s'opérer sans leur adhésion pleine et entière; leur implication dans la mise en œuvre de tels programmes est essentielle, mais difficile, étant donné le contexte actuel dans lequel ils œuvrent. En fait, une étude récente a montré que, dans un contexte d'implantation de l'AÉS dans des écoles néerlandaises, la perception des efforts de promotion de la santé dans les écoles entre autres par les gens qui y travaillent sont des facteurs significatifs pour leur

succès potentiel (Leurs *et al*, 2007). Donc, dans ce contexte, la formation et le soutien (temps et ressources, surtout) des enseignants sont reconnus comme étant des facteurs décisifs quant au succès de l'AÉS (St-Leger, 2000). Leur participation active au développement des politiques qui sous-tendent la promotion de la santé à l'école est aussi reconnue comme étant un facteur de première importance (Cargo *et al,* 2006).

Ce constat se retrouve dans beaucoup d'écrits traitant du déploiement de l'AÉS et il a été confirmé par une étude effectuée à Philadelphie auprès d'un groupe d'enseignants chargés de mettre en œuvre un programme d'éducation à la santé en classe (Hausman & Burt Ruzek, 1995). Les principaux problèmes des enseignants – le manque de préparation et le manque de support, surtout matériel – furent en effet soulignés comme étant criants par les répondants (Hausman & Burt Ruzek, 1995). St-Leger, de son côté, note que l'AÉS ne peut se déployer sans que les instigateurs du programme prennent acte de la complexité des tâches exigées des enseignants impliqués, et que, même s'il est normal que ceux-là en assument le leadership, il est essentiel que ceux-ci se l'approprient et puissent le façonner et l'influencer, sans quoi le déploiement de l'AÉS aura peu de succès (St-Leger, 2000)[30]. Ce point sera traité en plus de détails un peu plus loin.

De plus, comme le soulignent Cox et Billingsley, il peut sembler contradictoire de demander aux enseignants de jouer un rôle prépondérant dans la promotion de la santé des jeunes, alors que leur propre santé est parfois plutôt mauvaise (Cox & Billingsley, 1996). Les enseignants pourraient aussi bénéficier (et donc, indirectement, faire bénéficier) du déploiement de l'AÉS, dans la mesure où ils en seraient aussi la cible. À ce titre, l'OMS recommande que les divers employés des écoles soient, eux aussi, l'objet de l'AÉS; cibler l'ensemble des personnes qui œuvrent au sein de l'école peut influencer positivement l'état de santé des jeunes (OMS, 1996). À ce chapitre, un programme de santé au travail pour les employés d'écoles finlandaises (*Wellbeing at your Work*) a été mis en œuvre dans le cadre de l'AÉS; on y a constaté qu'un des principaux problèmes auxquels ceux-ci faisaient face était la pression constante due aux changements quasi permanents qui caractérisent l'environnement scolaire (Saaranen *et al.,* 2006). De tels programmes pourraient aussi contribuer à réduire le taux élevé de roulement de

[30] Un très bon exemple de programme où les communautés et leurs écoles ont été encouragées à définir elles-mêmes leurs priorités en termes de santé est le projet *WASH* en Australie. Le projet a eu des effets positifs notables sur la mise en œuvre des programmes de santé à l'école (voir McBride & Midford, 1999; Ferreira & Welsh, 1997; McBride, Midford & Cameron, 1999).

personnel dans les écoles (Eaton, Marx & Bowie, 2007). Cet aspect est à garder à l'esprit pour les divers acteurs qui tentent d'implanter l'AÉS en milieu scolaire.

L'AÉS vise aussi à tisser des liens entre l'école et la communauté afin d'assurer son succès. En effet, comme il a été mentionné un peu plus haut, l'AÉS est en partie inspirée par la conception de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa. Comme il a été brièvement mentionné, cette conception élargit la définition de la santé au-delà de la simple absence de pathologie à des éléments de santé positive (ou de bien-être, si l'on préfère), physique, psychologique et sociale; elle va au-delà des simples stratégies individuelles de modification des habitudes de vie pour incorporer des actions proprement sociales et politiques; elle considère l'habilitation comme une stratégie centrale et elle considère la participation du public comme étant essentielle à la promotion de la santé (Robertson & Minkler, 1994). Les quatre caractéristiques de cette conception de la promotion de la santé en appellent à un rôle élargi pour les communautés au sein desquelles les interventions qu'elle suscite se déploient. Particulièrement, l'habilitation, qui se trouve au centre de la promotion de la santé, enjoint les individus et les communautés à jouer un rôle déterminant dans la transformation de leur vie et de leur environnement (Robertson & Minkler, 1994); conséquemment, si l'AÉS est réellement une approche s'inspirant de la Charte d'Ottawa, elle doit tisser des liens durables et significatifs avec les membres des communautés où elle se déploie, et qui plus est, elle se devra d'être suffisamment flexible dans ses objectifs et ses méthodes pour accommoder la participation du public.

Dans cette perspective, donc, il est souhaitable que l'école qui déploie l'AÉS soit à l'écoute de sa communauté (OMS, 1996). Plus particulièrement, il est désirable que les membres de la communauté puissent participer au processus de planification et d'évaluation des projets pour lesquels leur appui a été sollicité (OMS, 1996). En retour, il est aussi important que les projets – en l'occurrence, les projets liés à l'AÉS – reçoivent l'appui des membres de la communauté; ce soutien est essentiel à la cohérence et à la synergie souhaitées entre les objectifs de l'école en matière de santé et le développement des communautés (OMS, 1996). Toutefois, des travaux démontrent que cette participation, aussi désirable soit-elle, rencontre bon nombre d'obstacles, particulièrement des administrations scolaires, qui pourraient la percevoir comme un élément potentiellement perturbant au bon fonctionnement de leurs établissements (Warren, 2005). Par contre, souligne l'auteur, les bénéfices de tels liens dépassent largement les problèmes qui pourraient en résulter.

Néanmoins, même si les valeurs qui sous-tendent l'AÉS, à plus forte raison, celles qui sous-tendent nos institutions publiques démocratiques, militent pour la participation active du public au sein de celles-ci, il demeure que l'information dont nous disposons sur sa validité empirique demeure embryonnaire, surtout quant à ses bénéfices pour les individus et leur communauté (Delli Carpini, Lomax Cook & Jacobs, 2004). Au demeurant, ces auteurs concluent à la lumière des recherches qui ont été effectuées dans le domaine que la participation engendre des bénéfices significatifs – individuels et collectifs – pour les personnes qui s'y engagent, mais seulement dans la mesure où celles-ci respectent un certain nombre de conditions qui permettent d'éviter la cooptation (Delli Carpini, Lomax Cook & Jacobs, 2004). Autrement dit, l'influence des communautés doit être réelle et significative, sous peine de produire des effets négatifs appréciables et de contribuer, en retour, à l'échec de ce à quoi elles devaient participer en premier lieu. C'est d'ailleurs ce qu'avait anticipé un texte classique d'Arnstein sur la participation citoyenne (Arnstein, 1967). Ce problème sera abordé de nouveau un peu plus loin.

Les écoles ont le potentiel d'être intimement liées aux communautés dont elles font partie. L'AÉS peut ainsi devenir le centre de plusieurs projets importants pour la communauté (OMS, 1996), un peu comme le veulent les principes de l'école communautaire. Par contre, comme il a déjà été mentionné, il pourrait être particulièrement difficile pour des écoles de tenter de contrecarrer les comportements à risque de leurs élèves alors que le contexte offert par la communauté où se situe l'école pourrait les galvaniser (Kirby, 1990). En effet, les écoles sont particulièrement sensibles aux effets de quartier; certaines caractéristiques de ceux-ci peuvent être déterminantes dans la manifestation de comportements à risque de certains jeunes (Nash, 2002). La participation des parents à l'AÉS est importante pour les mêmes raisons; à travers les comités de parents qui font déjà partie de la vie scolaire, ceux-ci peuvent participer à l'implantation et au renforcement de l'approche et de son déploiement (St-Leger *et al.,* 1996). L'implication des familles peut être cruciale à un niveau plus particulier. En effet, comme il est mentionné ci-haut, la plupart des comportements à risque des jeunes sont en partie le résultat des facteurs contextuels propres à leur famille. Pour les jeunes en difficulté, l'implication des parents dans les efforts de l'école visant à les aider a été démontrée comme étant de première importance à ceux-ci (Dishion & Kavanagh, 2000). Des interventions proactives, engageant la famille de ces jeunes, peuvent jouer un rôle significatif dans la réduction des problèmes qu'ils vivent (Dishion & Kavanagh, 2000). De plus, il existe plusieurs

études qui démontrent, de la même manière, que l'implication parentale a une influence particulièrement significative sur la réussite scolaire des jeunes (voir notamment Miedel Barnard, 2004; Viramontez Anguiano, 2004 et Fan & Chen, 2001 pour une méta-analyse).

Il peut sembler étrange d'avoir à insister sur le fait que l'AÉS devrait chercher à susciter la participation des jeunes qui en sont la cible principale. Or, comme pour la participation du public en général à des programmes de prévention/promotion à inspiration écologique, la participation des jeunes pourrait mener à des situations où les divers acteurs principaux impliqués dans la mise en œuvre de l'AÉS auraient à réviser leurs priorités, étant donné que leurs principales préoccupations de santé (chez les adolescents, avant tout) correspondent rarement aux priorités définies par les professionnels de la santé (voir à titre d'exemple Feldman *et al.,* 1986)[31]. Entre autres, des travaux récents ont montré que des jeunes fréquentant une école adhérant à l'AÉS avaient l'impression que les priorités en terme de santé étaient bien souvent déterminées par les intérêts des professionnels plutôt que par les leurs; en effet, par exemple, la majorité des jeunes consultés considéraient que l'état des salles de bain de l'école laissait énormément à désirer, et le fait que leurs efforts répétés pour que la situation soit corrigée avaient été ignorés par la direction faisait en sorte que ceux-là étaient moins réceptifs face aux priorités en promotion de la santé choisies par l'école (Warwick *et al.,* 2005).

Au-delà de ces problèmes potentiels, des expériences positives ont eu lieu, notamment au Danemark, où les étudiants ont activement participé à des activités d'éducation à la santé, mais démocratiques (Jensen, 1997), entreprises dans le cadre de l'AÉS. Or, comme le note Jensen, même si les jeunes choisissent rarement des activités qui tombent directement dans les catégories habituelles des problèmes de santé à l'école, leurs choix s'arrêtent souvent sur des projets à caractère environnemental, qui ont aussi, comme on l'a vu, des impacts notables sur la santé des personnes (Jensen, 1997). L'idée principale de ce projet est avant tout d'inciter les jeunes à acquérir les compétences et habiletés nécessaires à améliorer leur environnement. Ce projet a eu des retombées positives sur la manière de concevoir la participation étudiante à l'éducation à la santé (Denman *et al.,* 2002). Des modèles intéressants de la participation étudiante dans le cadre de l'AÉS commencent aujourd'hui à être proposés (Simovska, 2008).

[31] Typiquement, ces préoccupations ont beaucoup plus à voir avec leur apparence (poids, acné) et leur santé mentale que les problèmes classiques de santé publique à l'école, i.e. tabagisme, alcool, drogues, promiscuité, et ainsi de suite (voir encore Feldman *et al.*, 1986).

L'environnement physique et social

Comme on l'a en partie vu dans la section portant sur l'activité physique, la qualité de l'environnement physique des écoles peut jouer un rôle non négligeable dans la santé des personnes qui la fréquentent. Dans les cas les plus criants, la ventilation inadéquate, la présence de moisissures ou d'animaux nuisibles, la présence de produits chimiques volatiles, d'amiante ou de métaux lourds font partie des sources potentielles de problèmes de santé chez les jeunes. En effet, les enfants sont particulièrement sensibles aux éléments de l'environnement qui peuvent avoir une influence négative sur leur santé (OMS, 2003c). Il faut aussi souligner que l'entretien général des locaux et des cours d'école (par exemple, la propreté des salles de bain) peut, lorsque déficient, non seulement exposer les jeunes à des problèmes de santé qui pourraient être évités, mais aussi les rendre indifférents à l'état de leur environnement en général (OMS, 2003c). Ceci dit, donc, il est important pour l'AÉS de se pencher sur l'environnement physique des écoles. Encore une fois, il serait regrettable de voir des efforts visant à améliorer la santé des jeunes contrecarrés par ce type de problème. Du point de vue des jeunes, on pourrait aisément mal comprendre pourquoi il existe des programmes visant à maintenir et améliorer leur santé alors que l'école qu'ils fréquentent est visiblement nuisible pour celle-ci (OMS, 1996), un peu comme l'illustrait l'exemple de la propreté des salles de bain. L'OMS souligne que l'environnement physique de l'école peut être facilement amélioré par des mesures relativement simples : par exemple, l'école pourrait obliger les chauffeurs d'autobus à éteindre leur moteur lorsque possible, réduisant ainsi l'exposition des étudiants aux émanations de carburant diesel; l'école pourrait aussi améliorer la qualité de la ventilation des classes et empêcher l'utilisation de pesticides et d'herbicides (OMS, 2003c). Il est donc reconnu dans la littérature que l'environnement physique des écoles doit faire partie des domaines d'action de l'AÉS.

Le climat de l'école – son environnement psychosocial – est aussi un domaine d'action de l'AÉS. Il est inutile de reprendre les détails de la présentation effectuée ci-haut à propos du climat de l'école. Par contre, on peut noter que celui-ci a un effet considérable non seulement sur la santé psychologique des étudiants, mais aussi sur leur santé physique (Parcel *et al.,* 2003). Par exemple, Parcel et ses collaborateurs avancent que l'on pouvait attribuer des types de personnalité stables aux écoles (par exemple, « autoritaire », « réceptif », « indifférent » et ainsi de suite) et que ceux-ci avaient une influence significative non seulement sur les jeunes, mais aussi sur l'effet des mesures qui y étaient introduites afin d'améliorer leur santé. Le climat

de l'école est reconnu comme étant constitué, entre autres, des politiques disciplinaires, des activités culturelles et des mécanismes de soutien pour les étudiants en difficulté (St-Leger, 1999). Comme le mentionne St-Leger, l'environnement social de l'école joue, de toute évidence, un rôle important à plusieurs niveaux différents, et ce, même s'il est difficile à circonscrire. Un climat où les jeunes se sentent appuyés peut servir de facteur de protection contre divers problèmes de nature psychologique (OMS, 1996). Un climat de respect mutuel et où la participation des étudiants est valorisée peut sensiblement les aider dans leur développement psychologique et moral (OMS, 1996). Dans la mesure où l'AÉS cherche à agir sur plusieurs fronts à la fois, le climat de l'école demeure un champ d'action privilégié, étant donné son influence sur la santé mentale et la réussite des jeunes, pour ne nommer que ces deux éléments.

Les programmes d'éducation à la santé

Étant donné que les programmes curriculaires de santé à l'école ont précédé l'AÉS, dans la majorité des cas, ils sont en général relativement bien développés (OMS, 1996). La plupart du temps, ces programmes prennent la forme de cours traditionnels où les professeurs dispensent, en classe, à l'aide de matériel pédagogique, de l'information sur la santé (OMS, 1996). L'OMS souligne que ce type de programme recoupe habituellement les éléments suivants : les comportements ou conditions qui promeuvent la santé ou préviennent les risques, les habiletés qui sous-tendent ces comportements et jouent un rôle dans ces conditions, les connaissances, croyances, attitudes et valeurs liées à ces comportements et conditions, et les expériences qui pourront permettre aux jeunes de mettre en œuvre ces habiletés (OMS, 1996; OMS, 1997). La plupart du temps, ce type d'intervention porte sur un sujet en particulier et n'est pas récurrent (OMS, 1996). Malgré le fait que l'éducation à la santé ne produit généralement pas les effets escomptés, il demeure que celle-ci est une constituante importante de l'AÉS.

Il existe un ensemble d'habiletés qui est commun à la plupart des comportements et conditions visées par l'éducation à la santé (St-Leger, 1999). Ces habiletés – appelées habiletés de vie (*life skills*) – ont reçu une attention soutenue dans la littérature récente sur l'éducation à la santé (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001; OMS, 2003d). On peut catégoriser ces habiletés, selon qu'elles sont sociales, liées aux relations interpersonnelles et à la communication (ex. : négociation, empathie, capacité de refus, coopération, persuasion), cognitives, liées à la pensée critique et à la prise de décision (ex. : planification raisonnée de

l'action, prise de recul face aux pensées, valeurs et croyances véhiculées par l'entourage), ou émotives, liées à la gouverne de soi (ex. : confiance et estime de soi, capacité à gérer le stress ou ses émotions) (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001; OMS, 2003d). Bien sûr, l'éducation à la santé ne porte pas que sur l'apprentissage des habiletés – Mangrulkar et ses collaborateurs soulignent entre autres que cet apprentissage doit être accompagné d'information pertinente au sujet abordé –, mais celui-ci en constitue une partie importante. Ces habiletés doivent être enseignées en utilisant des méthodes pédagogiques appropriées, utilisant entre autres les jeux de rôle, afin d'en maximiser l'apprentissage (OMS, 2003d).

Il est reconnu dans la littérature que les comportements problématiques chez les jeunes sont souvent accompagnés de lacunes dans leurs habiletés sociales et communicatives (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). Parallèlement, plusieurs interventions, notamment en ce qui a trait à la prévention de la consommation de drogues, des comportements sexuels à risque ou à la prévention de la violence, sont en partie basées sur l'apprentissage des habiletés sociales et communicatives (Mangrulkar, Whitman & Posner 2001; OMS, 2003d). Le développement des habiletés cognitives, quant à elles, permet aux jeunes de mieux comprendre le rôle causal des décisions qu'ils prennent et des croyances et valeurs qu'ils entretiennent dans leur propre vie. Elles ont été reconnues comme jouant un rôle significatif dans la cessation du tabagisme ou encore dans l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). Enfin, le développement des habiletés émotives permet aux jeunes de faire face aux difficultés liées à leur vie, notamment quant aux frustrations, à l'anxiété et au stress qu'ils ressentent (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). Ces habiletés peuvent entre autres les aider à ne pas avoir recours à la violence lorsqu'ils sont provoqués, ou encore à avoir une meilleure capacité à faire face aux échecs qui font parfois partie de la vie scolaire (OMS, 2003d).

Néanmoins, ceci ne décrit pas les liens entre l'AÉS et l'éducation à la santé. Des auteurs notent que, comme on l'a vu ci-haut à propos de l'expérience danoise décrite dans la section sur la participation des jeunes à l'AÉS, l'éducation à la santé s'est elle-même vue transformée par l'implantation de cette dernière un peu partout dans le monde (voir Hagquist & Starrin, 1997; Turunen *et al.,* 2006). Déjà, en 1997, Hagquist & Starrin distinguaient quatre types d'éducation à la santé : le modèle traditionnel, essentiellement curriculaire et donné en classe par les enseignants, le modèle moderne, où le mode de transmission est le même, mais où les étudiants sont encouragés à prendre part activement aux exercices (modèle qui comprend

habituellement le développement des compétences, tel que présenté un peu plus haut), le modèle planifié, où le cadre de transmission dépasse la classe pour englober l'ensemble de l'école, mais où les étudiants ne prennent pas activement part aux activités et enfin, le modèle habilitant, où les étudiants participent et où les activités se déroulent à l'échelle de l'école (Hagquist & Starrin, 1997). Comme ces derniers le notent, c'est ce dernier modèle qui démontre le plus d'affinités avec l'AÉS. Turunen *et al.* confirment et appuient la récente transformation inspirée de l'AÉS de l'éducation à la santé vers un modèle habilitant (Turunen *et al.,* 2006).

Les services de santé

L'AÉS, comme on l'a vu, cherche à étendre son champ d'action à un ensemble de domaines scolaires variés et complémentaires. Toutefois, il demeure qu'elle est avant tout, dans la plupart des cas, une initiative des services de santé, particulièrement des institutions de santé publique (St-Leger & Nutbeam, 2000). Dans cette perspective, elle peut exiger, dans une certaine mesure, une refonte des services traditionnels de santé dans les écoles, quelque soit la forme que ceux-ci aient prise. Il faut souligner que les particularités des systèmes de santé et des modes d'arrimage de ceux-ci avec les écoles sont multiples; un examen de ces particularités dépasse les cadres du présent texte, étant donné cette diversité et aussi parce que la littérature à l'intersection de l'AÉS et des services de santé scolaires traditionnels est peu bavarde sur la question. Il est toutefois possible d'examiner les grandes lignes des discussions autour de ce thème.

Même si le cadre de l'AÉS dépasse de manière significative l'offre traditionnelle des services de santé dans les écoles, ceux-ci n'en perdent pas pour autant leur importance. Par exemple, dans bien des cas, l'école demeure un lieu privilégié pour offrir certains services (ex. la vaccination) (OMS, 2001). Néanmoins, le rôle traditionnel des infirmières[32] scolaires est maintenant perçu comme insuffisant pour répondre aux besoins de santé actuels des jeunes (OMS, 1996). De plus, les visées élargies de l'AÉS dépassent le cadre de leur rôle à l'école; dans cette perspective, donc, il peut être justifié d'en redéfinir les grandes lignes (OMS, 1996; Bradley, 1997, Whitehead, 2006). Bradley suggère que le rôle éducatif des infirmières, rôle qu'elles remplissent parfois déjà dans le cadre de leurs interventions, peut être élargi aux classes mêmes; à tout le moins, elles pourraient être chargées de soutenir les enseignants qui

[32] Dans ce passage sur les infirmières scolaires, le féminin est utilisé sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

sont responsables du ce curriculum. Elles pourraient aussi assurer une présence sur les comités chargés de planifier les contenus dispensés en classe et jouer un rôle prépondérant dans la promotion de la santé des employés (Bradley, 1997). Whitehead suggère, de son côté, que malgré le fait que les services de santé conventionnels ont eu peu à voir avec l'AÉS dans le passé, les infirmières scolaires devraient adopter celle-ci sans réserve et ainsi se saisir d'un rôle étendu en prévention/promotion à l'école et dans la communauté (Whitehead, 2006). Face à ces changements potentiels, par contre, l'OMS souligne que toute redéfinition du rôle des infirmières devra être nécessairement accompagnée de formations appropriées et d'un examen soutenu de son impact réel et potentiel (OMS, 1996).

Si le rôle traditionnel des infirmières scolaires est sans doute à redéfinir dans le cadre du déploiement de l'AÉS, c'est aussi le cas de la relation entre les services de santé eux-mêmes et l'école. Comme il est mentionné ci-haut, un examen approfondi des arrangements potentiels au niveau des structures ne peut être entrepris ici. Néanmoins, on se doit de noter qu'un réexamen des arrangements semble en effet de mise. Il semble que les services de santé scolaires sont, de par leur emplacement, stratégiquement situés afin de pallier un plus grand nombre de problèmes de santé des jeunes que les cabinets de médecin et les cliniques traditionnelles (CASH, 2006). Dans cette optique, il existe un potentiel qui pourrait sans doute être mieux exploité (OMS, 1997). Ceci est en quelque sorte l'idée derrière les Centres de santé à l'école (*School-Based Health Centers*) que l'on retrouve un peu partout aux Etats-Unis et qui ont gagné en popularité ces dernières années (Silberberg & Cantor, 2008). Néanmoins, il faut noter que les services de santé américains sont à ce point particuliers qu'il est difficile d'en tirer des leçons pour l'AÉS au Québec et que, de tout manière, dans la littérature, il ne semble pas que les liens entre ceux-ci et l'AÉS aient été explorés de manière exhaustive. Il demeure que des modèles intégratifs de services de santé livrés dans le cadre de l'AÉS ayant leur continuité comme souci principal ont été proposés dans d'autres pays, comme les Pays-Bas (Leurs *et al.* 2005). Ce modèle propose un ensemble de niveaux de soins, allant du plus général (la promotion de la santé dans le cadre de l'AÉS) jusqu'à plus spécifique (des mesures de retrait de jeunes ayant des problèmes de comportement graves), en passant par la prévention en classe, le suivi de groupes à problème, le support individuel lorsque le besoin se fait sentir et le recours à l'expertise (Leurs *et al.*, 2005).

La mise en œuvre

Les sections précédentes ont été surtout consacrées aux objectifs de l'AÉS et non aux processus impliqués dans sa mise en œuvre. Il est difficile de dresser une liste exhaustive des éléments qui entrent potentiellement en jeu dans le déploiement de quelque chose d'ambitieux comme l'AÉS. C'est pour cette raison, et à cause du fait que l'approche est relativement nouvelle, que si peu d'études sont en mesure d'identifier les facteurs qui jouent un rôle reconnu dans l'implantation de l'AÉS (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003).

Tout d'abord, la complexité même du contexte dans lequel se déploie l'AÉS est un facteur majeur pouvant compromettre sa réussite. Comme il a été mentionné un peu plus haut, les écoles ne peuvent être tenues de prioriser la santé des jeunes si le lien entre celle-ci et la réussite n'est pas explicite. Or, l'amélioration de la réussite scolaire, de son côté, a fait l'objet de bon nombre de réformes, beaucoup d'entre elles démontrant des succès mitigés (Fullan, 1991). En fait, comme le souligne Fullan en se penchant sur l'historique des réformes éducatives des dernières années, nous devons nous efforcer de mieux savoir comment les changements que l'on tente de mettre de l'avant se déroulent en réalité si nous voulons en améliorer les résultats. Il serait difficile de rendre adéquatement justice aux volumineux travaux de Fullan dans le cadre de cette recension, mais il est important de souligner quelques-uns de ses constats les plus significatifs. D'abord, selon lui, il est crucial de comprendre le changement à l'école comme un processus multidimensionnel et non simplement comme un événement linéaire[33], animé par une action et un contenu prédéterminés (Fullan, 1991). Fullan explique qu'il est multidimensionnel, en fait, non seulement parce qu'il peut se dérouler à plusieurs niveaux à la fois, comme en fait état le modèle écologique, mais aussi parce qu'il se déroule en surface (ex. politiques écrites et production de nouveau matériel), au niveau des pratiques (ex. nouvelles façons de gérer, d'enseigner) ou encore au niveau structurel profond, pour ainsi dire (ex. croyances profondément ancrées des personnes impliquées). Fullan prend soin de souligner que le véritable changement impliqué par l'implantation d'une approche comme l'AÉS doit se dérouler sur l'ensemble de ces niveaux pour obtenir les résultats escomptés (Fullan, 1991).

[33] À ce chapitre, Fullan note que, bien souvent, les efforts d'implantation de réformes dans le secteur de l'éducation entrent souvent dans une phase d'essoufflement (*implementation dip*) après l'enthousiasme provoqué par la phase initiale (Fullan, 1991). Il enjoint les personnes impliquées dans ce type de réforme de ne pas se décourager à ce moment crucial.

Qu'en est-il maintenant des autres facteurs qui peuvent influencer la mise en œuvre de l'AÉS? D'abord, dans certaines régions comme la nôtre, l'AÉS est une initiative des instances de santé publique; comme on l'a mentionné un peu plus haut, il faut donc que les instances scolaires soient convaincues des bienfaits de l'AÉS avant de la déployer. À ce chapitre, une étude récente montre que certains facteurs ont une influence notable sur l'adoption de l'AÉS par les écoles: l'investissement déjà effectué par l'école dans la promotion des saines habitudes de vie chez les étudiants, la capacité de l'école d'implanter l'AÉS, telle que perçue par les décideurs, le leadership des participants à l'AÉS, et les contraintes liées à l'environnement dans lequel elle aurait à se déployer (Deschênes *et al.,* 2008). On retrouve d'ailleurs maintenant dans la littérature plusieurs travaux traitant du renforcement de la capacité des écoles à implanter l'AÉS (par exemple, Vince Withman, 2005 ; Hoyle, Samek & Valois, 2008)[34].

Le nombre d'acteurs est certainement un autre facteur qui influence la mise en œuvre de l'AÉS. En effet, il existe dans les pays comme le nôtre un ensemble assez important d'acteurs qui, chacun de leur côté, peuvent manifester un intérêt pour la santé scolaire pour diverses raisons. La démultiplication des acteurs peut rapidement résulter en une série de problèmes tels que la duplication, la fragmentation et les conflits des différents intérêts en jeu, et la présence persistante de programmes « à la pièce » vient renforcer ces problèmes (Lavin, 1993). En outre, ces conflits peuvent mettre en danger la mise en œuvre de programmes de santé à l'école lorsque différentes parties importantes refusent tout simplement de collaborer à propos de ceux-ci (OMS, 1996b). De plus, comme il a été mentionné ci-haut, tout ce qui a trait à la santé est souvent considéré comme marginal par les écoles comparativement à leur mission éducative traditionnelle (CMHS, 2001). C'est en partie pour cette raison que les administrations scolaires traitent parfois ce qui touche à la santé de manière *ad hoc* et refusent de considérer des réformes majeures dans ce domaine (CMHS, 2001). Comme il a été souligné ci-haut, donc, la cohérence entre les acteurs est certainement un des buts les plus importants de la mise en œuvre de l'AÉS. En effet, la concertation des acteurs impliqués dans celle-ci est essentielle à son bon fonctionnement (Lynagh *et al.,* 1999) [35]; ce point important a été abordé dans la section sur les liens et partenariats à l'interne et à l'externe.

---

[34] Il faut noter que les principales caractéristiques du *capacity building* (comme le leadership, les ressources, les connaissances et le support politique) sont à peu près les mêmes que l'on retrouve sous la rubrique de la mise en œuvre dans la littérature. Elles seront pour la plupart abordées comme telles dans la présente section.

[35] En fait, comme le souligne Thurston, on peut aussi voir l'école même comme étant un ensemble complexe d'acteurs différents (Thurston, 2006); de la même manière, donc, l'école peut aussi rencontrer les problèmes mentionnés ci-haut.

Comme on l'a vu, les ressources financières qui accompagnent les programmes traditionnels sont malheureusement elles aussi souvent fournies « en silo», centrées sur des thèmes particuliers, soumises aux effets de mode et lancées sans trop savoir si les initiatives en question sont scientifiquement fondées (Lavin, 1993). C'est donc dire que la convergence de ces ressources – la coordination des enveloppes monétaires afin d'en assurer la cohérence – est nécessaire afin que l'on cesse de percevoir l'AÉS comme quelque chose qui draine les moyens des écoles, déjà trop rares (OMS, 1996b). En effet, le manque de ressources et sa cause habituelle – le manque de soutien politique et financier – peut constituer un sérieux obstacle à l'implantation de l'AÉS. Dans cette perspective, une structure conjointe en santé et en éducation devrait être accessible afin de la soutenir correctement (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003).

L'identification de leaders est reconnue comme étant une stratégie pouvant contribuer significativement au succès de l'AÉS et son importance mérite d'être soulignée (OMS, 1996b; Lynagh *et al.,* 1999). En effet, l'identification claire d'individus intéressés et motivés par la mise en œuvre du projet est un facteur qui peut influencer la mise sur pieds de ces projets, surtout dans la mesure où ils sont reconnus comme étant des leaders de l'AÉS par leurs pairs et par leurs supérieurs (Lynagh *et al.,* 1999). D'autres travaux ont aussi identifié les agents de changement comme étant cruciaux à l'implantation de l'AÉS; ceux-ci peuvent agir au niveau des écoles ou au niveau local afin d'assumer le leadership du déploiement. De plus, des équipes de changement, formées autour de ces leaders, peuvent se charger de résoudre les problèmes, d'effectuer les liens et les adaptations structurelles nécessaires au déploiement. Des mentors, qui peuvent être des agents de changement, mais pas nécessairement, peuvent aussi former et soutenir d'autres personnes impliquées dans la mise en œuvre (CMHS, 2001). Enfin, la reconnaissance des supérieurs est primordiale au fait que ces individus – lorsqu'ils sont en fait des employés dont les tâches premières sont différentes - ne perçoivent pas ces responsabilités accrues comme un fardeau supplémentaire, surtout lorsque cette reconnaissance prend la forme de temps de travail alloué officiellement à la mise en œuvre de l'AÉS (Lynagh *et al.,* 1999).

La connaissance des enjeux relatifs à la santé à l'école est aussi un des facteurs qui joue un rôle dans les succès de l'implantation de ce type de programme (Lavin 1993). À ce titre, Lavin fait remarquer que nous semblons successivement oublier et découvrir que la santé et la

réussite scolaire sont intimement liées, et que, étant donné ces effets de flux et de reflux, les arguments visant à souligner la parenté de la santé et la réussite scolaire sont constamment à refaire (Lavin, 1993). Il convient donc de mieux faire connaître ces liens et l'importance des programmes qui visent à faire la promotion de la santé à l'école aux acteurs concernés (OMS, 1996b). En effet, il est reconnu que la diffusion de données détaillées concernant les éléments pertinents au déploiement (ressources, organisations, soucis particuliers des acteurs, variations géographiques, contexte politique, et ainsi de suite) est essentielle à la promotion de la santé inspirée de l'approche écologique (Chappell *et al.,* 2005). Plus généralement, une stratégie de formation et de transfert de connaissance en bonne et due forme est un facteur important pour le déploiement de l'AÉS (Vince Whitman, 2005). En effet, comme l'ont souligné Deschênes *et al.*, les activités de formation et d'accompagnement de l'AÉS jouent un rôle essentiel auprès des acteurs principaux du déploiement, dans la mesure où elles sont flexibles et adaptables (Deschênes *et al.,* 2008).

On a déjà souligné l'importance de l'implication des parents et de la communauté dans la mise en œuvre de l'AÉS. L'école doit être un lieu réceptif aux préoccupations de son milieu, puisque les problèmes et les préoccupations de la communauté risquent très bien d'être les mêmes que celles de l'école, et que, celle-ci et celle-là peuvent collaborer à les régler (Lavin, 1993). Les questions liées à la santé n'y font pas exception. Les frictions potentielles entre l'école et la communauté, qui vont du simple manque de communication aux poussées contradictoires et conflictuelles dues au manque de cohérence entre les visées de l'école et les effets de quartier évoqués plus haut, peuvent jouer un rôle considérable dans le succès ou l'échec de la mise en œuvre de l'AÉS. C'est pourquoi les actions entreprises dans le cadre du déploiement de l'AÉS doivent l'être de façon intersectorielle, afin de s'assurer de la participation des parents et de la communauté (Deschênes, Martin & Jomphe Hill, 2003).

L'idée de l'accréditation revient régulièrement dans la littérature sur l'AÉS. Par exemple, le *Wessex Healthy Schools Award* a servi de modèle à une série d'initiatives locales basées sur l'idée de l'accréditation des écoles « en santé » en Angleterre (Rogers *et al.* 1998). Il semble en effet que cette stratégie puisse répondre positivement aux nombreux problèmes de manque de cohérence et de direction évoqués un peu plus haut. À tout le moins, la stratégie a gagné en popularité (Rogers *et al.,* 1998). Il demeure que cette stratégie ne fait pas l'unanimité; certains, par exemple, la décrient comme étant la manifestation d'une volonté de contrôle par les instances gouvernementales sur des systèmes locaux émergents essentiellement complexes,

qualification s'appliquant selon ces auteurs aux écoles qui veulent mettre en œuvre l'AÉS (Colquhoun, 2005).

Enfin, le monitorage fait partie des facteurs essentiels au succès de l'AÉS (OMS, 1996b), à travers, par exemple, la mise sur pied de bases de données pertinentes et détaillées quant aux variables en jeu dans celle-ci, particulièrement en ce qui a trait aux jeunes qui fréquentent l'école (Lynagh *et al.,* 1999). Si les personnes chargées de l'évaluation des programmes de promotion de santé peuvent avoir à leur disposition des indicateurs qui leur permettent de mieux comprendre les changements instaurés par leur mise en œuvre, surtout à la lumière de données sociodémographiques pertinentes, alors l'évaluation des programmes serait grandement facilitée (OMS, 1996b). Les bons indicateurs sont ceux qui sont spécifiques, mesurables, réalistes, réalisables, valides, et opportuns (Barnekow *et al.,* 2006). Il existe plusieurs manières de catégoriser les indicateurs qui pourraient être pertinents au déploiement de l'AÉS (Barnekow *et al.,* 2006). Par exemple, ils peuvent concerner les processus (voir entre autres si le déploiement est réellement participatif ou non) et les résultats (entre autres, les mesures des problèmes de santé jugés prioritaires par les instances concernées). Ils peuvent mesurer des objectifs à court (la familiarité avec l'AÉS, par exemple), moyen (l'appropriation par les enseignants, par exemple) ou long terme (les comportements et compétences des jeunes). Il est clair que tous ces types d'indicateurs jouent un rôle central dans l'évaluation de l'implantation de l'AÉS; or, ceci nous emmène à discuter d'évaluation à proprement parler. Celle-ci fera l'objet de la prochaine section.

L’évaluation

Comme il a été mentionné un peu plus haut, la relative nouveauté de l’approche, ainsi que les difficultés associées à son déploiement, de toute évidence complexe, peuvent expliquer le fait que l’on trouve si peu d’évaluations de l’AÉS comme telle[36]. En effet, les difficultés liées aux évaluations de ce type, utilisant des essais contrôlés hasardisés ou même simplement des groupes contrôle dignes de ce nom sont nombreuses. Il est souvent difficile de synthétiser ou de comparer les processus, d’une part, et les résultats, d’autre part, entre différentes écoles ou encore à l’intérieur des écoles mêmes (Mukoma & Flisher, 2004). Mais il demeure que ce n’est pas une raison suffisante pour refuser de mettre sur pied une évaluation en bonne et due forme; en identifiant des résultats mesurables clairs, en montrant comment ces résultats peuvent être atteints et en sélectionnant judicieusement un ensemble d’indicateurs pertinents, les chercheurs peuvent néanmoins proposer des évaluations intéressantes de l’AÉS (Mukoma & Flisher, 2004). D’autres auteurs proposent aussi des évaluations « pragmatiques », mesurant l’efficacité dans des cas de routine, accompagnées d’évaluations de processus ayant pour but d’examiner le contexte, l’implantation et l’adoption (Audrey *et* al., 2006). De cette manière, donc, il n’est pas nécessaire de mettre sur pieds des évaluations qui n’utilisent que des essais contrôlés hasardisés, comme on en trouve dans la littérature sur diverses pratiques cliniques (Nutbeam, 1999). On doit noter, par contre, que l’on retrouve dans la littérature récente plusieurs travaux qui cherchent à répondre aux diverses objections faites à l’endroit des essais contrôlés hasardisés dans l’évaluation de programmes en promotion de la santé ou dans le domaine de l’éducation (Rosen *et al*, 2006; Cook, 2007); ces auteurs soutiennent que, la plupart du temps, ces objections sont fondées sur une mauvaise compréhension de ce que sont les essais contrôlés hasardisés.

Il faut noter qu’il existe aussi de nombreuses méthodes qualitatives (par exemple, des entrevues d'experts, des études de perception ou d'expérience, des études de cas) qui permettent de cerner des informations qui ne seraient pas capturées par des essais hasardisés, où les objets sont étroitement définis et facilement circonscrits (Denman *et al.,* 2002). En fait, étant donné que l'AÉS n'est pas uniquement centrée sur son impact sur la santé des jeunes,

[36] Lynagh et ses collaborateurs faisaient aussi ce constat en 1997 (Lynagh *et al.*, 1997). Deux ans plus tard, ceux-ci publièrent un article où ils rendirent compte des difficultés rencontrées lors de l’implantation d’un programme d’ÉES en Australie; les coûts impliqués dans le projet le rendirent à toute fin pratique impossible à mettre en œuvre à long terme (Lynagh *et al.*, 1999).

mais aussi sur les organisations elles-mêmes, sur l'habilitation des jeunes, sur les liens qu'elle réussit à tisser avec la communauté et même sur les liens qu'entretiennent tous ces éléments entre eux, elle ne peut, de façon réaliste, se tourner uniquement vers les essais hasardisés pour en valider ses divers éléments (Denman, 1999; Denman *et al.,* 2002, Rowling & Jeffreys, 2006). Il demeure, bien entendu, qu'il est souhaitable que le type d'évaluation retenu soit le plus rigoureux possible. Autrement dit, comme le soulignent Denman *et al.,* il est souhaitable que toutes les formes d'évaluation soient considérées et que celle qui est le plus en mesure d'atteindre les objectifs visés et les contraintes soit retenue. Si des méthodes qualitatives sont choisies, elles devraient être rigoureusement fidèles aux meilleures pratiques en vigueur. Des efforts devraient être déployés afin de déterminer s'il existe des biais quelconques et de rendre les résultats publics dans le but d'en faciliter la vérification. Enfin, les limites des méthodes ainsi choisies devraient être explicites et l'impact de la complexité même de l'AÉS, reconnu (Denman *et al.,* 2002).

Il ne faudrait pas croire par ce passage que l'évaluation ne sert qu'à mesurer l'impact des actions entreprises. L'évaluation possède plusieurs fonctions qui ne se limitent pas à estimer dans quelle mesure les actions entreprises ont les effets escomptés et dans quelles conditions. En effet, comme le notent Barnekow *et al.,* on peut aussi évaluer la situation sur le terrain, avant même de procéder à l'implantation, se donnant ainsi des repères pour guider l'action à venir; on peut aussi se servir d'une évaluation afin de clarifier et de recentrer les objectifs des actions posées, ou encore afin d'informer, de motiver les personnes impliquées et de rendre des comptes aux instances pertinentes (Barnekow *et al.,* 2006).

Étant donné que l'AÉS est en partie un processus complexe, intersectoriel, impliquant un grand nombre d'acteurs, dont certains sont la cible des actions visant à améliorer leur santé, la littérature sur l'évaluation participative inspirée par la Charte d'Ottawa peut certainement permettre d'y jeter un éclairage intéressant (Stears & Parsons, 2002). S'il est vrai que l'AÉS a en partie pour but d'habiliter les jeunes qui en sont la cible et qu'elle veut définir localement sa forme et ses priorités en concertation avec les acteurs pertinents, alors elle devrait normalement être participative dans son processus d'évaluation aussi.

La littérature sur l'évaluation participative est relativement abondante (voir entre autres les deux recueils de Bracht (Bracht, 1990; Bracht, 1998) ou encore Israel *et al.,* 2005 et Minkler & Wallerstein, 2003); on peut toutefois en tirer des conclusions intéressantes pour l'AÉS. Tout

d'abord, l'implication des parties concernées, soit dans l'évaluation des processus (ici, surtout, les acteurs du déploiement) ou des résultats (ici, les jeunes et leurs parents), permet de mieux prendre en compte leurs intérêts (Springett, 2003). En retour, comme le souligne Springett, la prise en compte des intérêts des parties concernées permet une plus grande pertinence des éléments évalués et assure une plus grande adoption et implantation des actions retenues. Les principes et méthodes de l'évaluation participative transforment le rôle traditionnel de l'évaluateur en celui d'un coordonnateur, ayant comme rôle d'assurer le support, le contrôle de qualité et la responsabilité conjointe du processus (Springett, 2003). Il est donc clair que, pour certains des aspects de l'AÉS, l'évaluation participative est tout à fait pertinente.

Il semble donc clair que l'utilisation de plusieurs méthodes complémentaires d'évaluation soit de mise pour l'AÉS. En guise d'exemple, un projet en cours à Hong Kong montre bien comment plusieurs évaluations de nature différente – portant non seulement sur les états physiologiques et psychologiques des élèves, mais aussi sur le climat scolaire et les diverses politiques mises en œuvre à l'école – peuvent être utilisées afin de mesurer le processus et l'impact de l'implantation de l'AÉS (Lee, Cheng & St-Leger, 2005). Plus particulièrement, dans le cas du monitorage évaluatif, l'idée de développer et d'utiliser des indicateurs de nature différente pour évaluer les différents aspects de l'AÉS et d'attirer l'attention sur les indicateurs que pourraient avoir en commun le réseau de la santé et le réseau de l'éducation se retrouve aussi ailleurs dans la littérature (OMS, 1996c; St-Leger, 2000b). Un article plus récent des mêmes auteurs montre que les résultats préliminaires de l'évaluation de l'AÉS à Hong Kong sont encourageants et que le cadre évaluatif retenu, assez complexe, semble porter fruit (Lee, St-Leger & Cheng, 2007). En fait, l'ensemble des mesures et des indicateurs retenus vont du quantitatif (mesures objectives de l'état de santé des jeunes, par exemple) au qualitatif (analyse observationnelle de l'environnement scolaire) et couvrent un terrain assez important (du profil de santé de l'école jusqu'aux résultats de l'implantation de l'AÉS tels que perçus par les étudiants et les enseignants (Lee, St-Leger & Cheng, 2007). L'évaluation est toujours en cours.

Discussion

Les sections précédentes ont été consacrées à un examen de ce qui fonctionne et ce qui fonctionne moins bien non seulement parmi certains programmes de prévention et de promotion en santé scolaire ressemblant à divers degrés à l'AÉS, mais aussi parmi diverses initiatives qui relèvent proprement de l'AÉS. On a vu, entre autres, qu'il existait des programmes qui semblaient mieux fonctionner que d'autres en vertu du fait qu'ils élargissaient leurs méthodes et leurs champs d'action au-delà des cibles individuelles traditionnelles, les apparentant ainsi aux caractéristiques de l'AÉS. Si cela est vrai, donc, ce fait ajoute à la crédibilité de l'AÉS. Néanmoins, un examen de la littérature semble indiquer qu'il n'existe pas d'initiatives d'AÉS qui aient été déployées dans toutes ses facettes et qui aient été adéquatement évaluées (Stewart-Brown, 2006), même si certaines initiatives sont en cours. Ce que l'on trouve souvent, par contre, ce sont des programmes qui ont en partie entrepris des démarches dans certains des domaines d'action quant à certaines des cibles identifiées ci-haut.

La place de l'approche par problèmes dans l'AÉS

Ceci pose le problème de savoir quand un programme qui ne met en œuvre qu'une partie des principes et des cibles de l'AÉS peut légitimement se réclamer de celle-ci. En effet, il est certainement tentant pour des personnes impliquées de près ou de loin dans des programmes de santé scolaire de se réclamer de l'AÉS surtout si l'adhésion à celle-ci est accompagnée de ressources non négligeables. Même s'il peut être, en retour, avantageux pour les instances chargées de chapeauter le déploiement de l'AÉS – en outre, lorsque vient le temps de rendre du nombre d'écoles ayant souscrit à celle-ci – le fait que les initiatives n'aient que peu d'affinités avec les multiples facettes de l'AÉS peut, à long terme, en venir à affaiblir les raisons pour lesquelles elle a été adoptée. En effet, si certaines initiatives locales ont peu à voir avec l'AÉS, mais se réclament d'elle, elles pourraient être comptabilisées comme des échecs – advenant qu'elles le soient – lorsque les instances chargées du déploiement de l'AÉS en seront à l'évaluer. De plus, le problème prendrait une tournure ironique si l'échec de ces initiatives s'explique précisément par le fait que l'approche était déficiente parce qu'elle n'utilisait pas tous les éléments propres à l'AÉS. Dans cette perspective, il est capital pour les instances en charge de la mise en œuvre de s'assurer que les initiatives locales correspondent bel et bien à ce que l'on entend par l'AÉS. (voir entre autres à ce sujet Lister-Sharp *et al.,* 1999).

Par contre, il pourrait être injuste d'écarter certaines de ces initiatives de par le fait qu'elles ne correspondent que peu (ou très peu) aux caractéristiques fondamentales de l'AÉS, pour la simple raison qu'il peut parfois être difficile de clairement identifier ce qu'est l'AÉS à proprement parler, surtout lorsque les acteurs locaux sont appelés à définir eux-mêmes les problèmes de santé prioritaires sur lesquels leurs énergies seront concentrées. En effet, il existe une tension entre la définition de l'AÉS comme approche intersectorielle, globale et intégrée, visant à éviter les interventions « à la pièce » dans la santé des jeunes, d'une part, et les multiples interventions sur les problèmes spécifiques de santé à l'école utilisant l'approche écologique, d'autre part. S'il est clair que l'aspect intersectoriel de l'AÉS est l'une de ses caractéristiques nécessaires, est-elle pour autant suffisante? Autrement dit, quelle est la place des approches écologiques par problème dans l'AÉS, si la visée ultime de celle-ci est l'amélioration de la santé des jeunes?

On trouve dans la littérature plusieurs plaidoyers insistant sur le fait que l'on doit rejeter clairement l'ancien paradigme de l'approche par problème en santé scolaire, pour que l'école devienne pleinement une école promotrice de la santé, plutôt qu'une simple école où l'on fait de la promotion de la santé, pour reprendre cette expression. Par exemple, Dooris (2006) insiste sur le fait que l'on doit quitter le domaine de la promotion de la santé par problème pour se concentrer sur les facteurs liés aux milieux de vie qui leur sont communs. Dooris a raison, dans la mesure où son but est d'insister sur le fait que nous devrions entreprendre ce fameux tournant écologique, mais, un problème demeure. La base évidentielle qui soutient l'AÉS réside en grande partie dans l'évaluation des initiatives de prévention/promotion entreprises dans le giron du modèle écologique. En effet, comme le soulignent Lytle & Fulkerson ou encore Ball, Timpero & Crawford, le défi majeur de l'approche écologique des problèmes de santé est de réussir à démontrer qu'il existe bel et bien des liens explicatifs entre certaines caractéristiques de l'environnement et des caractéristiques des individus, en l'occurrence concernant leur état de santé (Lytle & Fulkerson, 2002; Ball, Timpero & Crawford, 2006). Or, de tels liens ont été démontrés, et ce sont en grande partie sur ces liens que repose, pour l'instant, la plausibilité de l'AÉS.

Néanmoins, les succès (modestes) du modèle écologique ne nous enjoignent pas à nous concentrer uniquement sur ce qui est commun à toutes les interventions en santé scolaire, au contraire. Par exemple, Elder *et al.* concluent que pour que les interventions inspirées du

modèle écologique aient du succès, elles doivent aussi être spécifiques au problème visé (Elder *et al.,* 2007). En effet, une intervention écologique contre l'obésité est différente d'une intervention écologique contre la violence à l'école. C'est donc dire que si l'on considère que l'un des objectifs centraux de l'AÉS est d'améliorer la santé des jeunes et que l'on constate que le soutien empirique naissant de l'AÉS réside avant tout dans l'approche écologique par problème, alors on ne pourra dire que l'AÉS devrait se limiter à intervenir sur des facteurs communs à la santé des jeunes à l'école. De toute manière, si les écoles sont emmenées à établir des priorités quant aux cibles qui seront choisies lors du déploiement de l'AÉS, alors on ne pourra ignorer l'approche par problèmes, et ce, même si celle-ci nous enjoint de travailler sur des points communs qui se trouvent en amont de ceux-ci.

Il demeure relativement facile d'insister sur les différences entre l'approche écologique par problème et l'AÉS, par contre, leurs différences s'estompent lorsqu'on en examinent les détails. C'est pour cette raison, en fait, que les différentes évaluations d'actions inspirées par l'approche écologique par problème a été présentée, dans le cadre de cette recension, comme base évidentielle pour l'AÉS. Néanmoins, il convient donc de garder le problème à l'esprit lorsque nous réfléchissons au bien-fondé de l'AÉS.

Les caractéristiques de la population et l'AÉS

Un lecteur attentif de cette recension aura peut-être remarqué que, malgré le fait que l'importance de la participation des parents, de la communauté et des jeunes ait été soulignée à de multiples reprises, très peu (ou à vrai dire aucune) place n'a été accordée au fait que les caractéristiques hétérogènes de la population qui, on l'espère, pourra participer pleinement et entièrement à l'AÉS, pourraient en influencer grandement les méthodes, les objectifs, et même le succès. On n'a qu'à penser ici au statut socio-économique ou à l'appartenance ethnique des jeunes, ou de leurs parents. Il peut en effet être frappant de constater à quel point la littérature sur l'AÉS met l'accent sur les personnes qui sont soit l'objet des interventions, soit des participants souhaités à sa mise en œuvre, sans toutefois considérer que certaines de leurs caractéristiques fondamentales viendront sans doute jouer un rôle important dans l'AÉS, et ce, à plusieurs niveaux. De plus, les efforts de prévention/promotion en santé ont toujours tendance à être plus efficaces auprès des catégories de population qui sont le plus disposées à y répondre favorablement, c'est-à-dire les mieux nantis (Frolich & Poland, 2006).

Dans ces circonstances, il y a lieu de se demander, comme le font Frolich et Poland, comment une approche écologique comme l'AÉS pourra réussir à rejoindre et à aider les populations qui, souvent, sont celles qui bénéficieraient le plus des interventions si elle se donne des méthodes uniformes et non adaptées. En effet, par exemple est-ce l'AÉS pourra réussir à tisser des liens avec des communautés dont les membres sont essentiellement allophones si elle n'y est pas préparée? Est-ce que les problèmes de santé jugés prioritaires par les écoles se manifestent de la même manière chez des populations démunies? Est-ce que l'appartenance ethnique joue un rôle dans la réussite scolaire des jeunes? L'AÉS se contentera-t-elle de tisser des liens avec les populations qui, de toute évidence, partagent les mêmes caractéristiques que les professionnels chargés de la déployer? Les réponses à ces questions – négative pour la première (Yen & Syme, 1999), positive pour la deuxième (Viramontez Anguiano, 2004), et négative pour la troisième, (Fantuzzo, McWayne & Bulotsky, 2003) on l'espère, du moins – nous forcent à insister sur l'importance de ce problème.

Il est probable que ce problème ait reçu peu d'attention pour les mêmes raisons qui expliquent la relative absence d'évaluations de fond de l'AÉS, c'est-à-dire, la relative nouveauté de l'approche. Pourtant, beaucoup de textes importants en épidémiologie ont souligné l'importance de prendre en considération l'influence du statut socio-économique et de l'appartenance culturelle sur la santé des personnes (voir surtout Yen & Syme, 1999). Néanmoins, il demeure que ces préoccupations ont reçu quelque attention dans certains travaux récents. Kremers *et al.,* entre autres, ont souligné que les effets des interventions de type écologique sont effectivement modalisés par ce qu'ils appellent des facteurs modérateurs, entre autres l'âge, le statut socio-économique, l'appartenance, le sexe. La prise en compte de ces facteurs pemettra, en retour, de mieux adapter les interventions pour en faire bénéficier les groupes plus vulnérables (Kremers *et al.,* 2007). Il faut aussi souligner que l'approche écologique en santé scolaire a donné lieu à des interventions contre les préjugés et la discrimination en milieu scolaire (McKown, 2005). Il demeure tout de même que ces questions devront nécessairement recevoir plus d'attention dans les travaux à venir sur l'AÉS. C'est d'ailleurs ce que concluait récemment un groupe de travail de l'OMS sur la place de la promotion de la santé à l'école, en insistant sur le fait que l'AÉS doit se déployer dans le souci d'équité et de justice sociale, en reconnaissant aux écoles une place non-négligeable dans la réduction des disparités entre les jeunes issus de milieux différents (Tang *et al*., 2008).

La participation de la population dans l'AÉS

Comme on l'a abondamment vu, l'AÉS, étant tributaire de la conception de la promotion de la santé présentée dans la Charte d'Ottawa, considère l'habilitation et la participation de la population comme des éléments cruciaux de son éventail stratégique. Comme mentionné, la littérature sur la participation du public à des projets de prévention/promotion de la santé est relativement abondante. Certains des problèmes qui lui sont associés sont donc bien connus. Attardons-nous à certains d'entre eux qui concernent avant tout l'éthique, ou si l'on préfère, les problèmes de justification morale des processus et des objectifs de l'aspect proprement participatif de l'AÉS.

Le premier des problèmes examinés a à voir avec le degré de participation réelle du public dans un projet comme l'AÉS. Comme on l'a déjà mentionné, le problème en question n'a rien de bien nouveau; en effet, dès 1967, un article paraissait qui en entrevoyait déjà les détails (Arnstein, 1967). Il est de bon ton d'appliquer le verni de la participation de la communauté sur les actions entreprises en santé publique. Les raisons qui motivent les décideurs et les chercheurs d'affubler leurs projets de l'imprimatur du public de multiples façons (forums, débats, et ainsi de suite) sont habituellement très bonnes; étant donné que les membres de la population sont à la fois les premiers à bénéficier de ces initiatives et aussi les premiers à en subir les conséquences néfastes, ceux-ci devraient avoir une influence sur la nature, les procédures et les finalités des projets ainsi mis de l'avant (voir par exemple, Renn *et al.,* 1993; Green & Mercer, 2001). Dans cette perspective, les "refus" issus de la communauté essuyés par les professionnels devraient recevoir par ces derniers une attention particulière (Fantuzzo, McWayne & Bulotsky, 2003).

Or, ceci ne nous dit pas quel degré de participation l'AÉS devrait proposer pour la population visée. Dans son fameux article évoqué ci-haut, Arnstein distinguait déjà les types de participation éthiquement justifiable de ceux qui ne le sont pas. Par exemple, l'information et la consultation du public ne peuvent, selon elle, être considérées comme étant des formes éthiquement justifiables de participation publique, puisque ces dernières n'ont pour but que de susciter l'adhésion des participants dans le premier cas, ou encore de les écouter, sans qu'ils n'aient de garantie que leurs points de vue soient pris en compte, dans le second (Arnstein,

1967)[37]. Comme le soulignent Delli Carpini, Lomax Cook et Jacobs, les processus qui se disent participatifs mais qui ne le sont pas, sont non seulement éthiquement illégitimes, mais ont des conséquences néfastes à long terme qu'il convient de ne pas ignorer. Par exemple, si les opinions des participants sont sciemment ignorées, ou encore, sont laissés de côté une fois les procédures participatives terminées, ou si les procédures participatives n'étaient qu'une manière d'essayer de disséminer des positions prédéfinies, ces derniers seront en proie à un désenchantement et à une frustration bien réelle qui pourraient miner non seulement les initiatives ainsi mises en œuvre, mais aussi celles qui pourraient l'être dans l'avenir (Delli Carpini, Lomax Cook & Jacobs, 2004). Or, si l'AÉS se présente réellement comme une approche participative, elle doit s'assurer que les participants puissent avoir une influence réelle sur les décisions qui y sont prises (Robertson & Minkler, 1994).

Si l'AÉS est une approche participative, alors des problèmes d'une autre nature peuvent se poser, problèmes qui n'ont plus à voir avec la justification de la nature, des processus ou des objectifs de celles-ci tels que définis par les professionnels qui la mettent de l'avant, mais plutôt avec la nature de la participation elle-même. Le cas qui nous intéresse ici découle en partie de la réflexion entamée dans la sous-section précédente. En effet, comme il a été mentionné ci-haut, il est clair que tous les groupes de la population ne répondent pas de la même façon aux initiatives du type de l'AÉS. Aussi, certains groupes – souvent les plus démunis – sont absents des processus participatifs des approches comme l'AÉS (voir entre autres McLeroy *et al.,* 1988). Comme ces derniers le mentionnent, il est clair que des mécanismes devraient être mis en place afin de s'assurer que des groupes qui auraient tendance à ne pas participer à des initiatives comme l'AÉS puissent le faire (Bilodeau *et al.,* 2004), tout en gardant à l'esprit qu'il est tout à fait possible que des gens ne veuillent pas y participer pour toute sorte de raisons légitimes. Corrélativement, il est clair que des groupes communautaires bien organisés pourraient prétendre parler au nom de l'ensemble de la population d'un territoire donné, ou même d'un de ses sous-groupes plus ou moins homogènes. Or, il est reconnu que de tels groupes représentent rarement plus que les intérêts autour desquels ils ont été formés, et que, conséquemment, leur voix devrait être relativisée dans le cadre du processus participatif en question (Israel *et al.,* 2003).

[37] Il n'y a bien sûr aucun problème en soi à informer le public, si la chose est présentée comme telle.

Un problème qui s'apparente à ce dernier est celui du choix des priorités de l'AÉS. S'il est vrai que la population a réellement une influence sur ce dernier, alors, la question qui se pose est la suivante : quelle est la légitimité des choix ainsi posés? Bien évidemment, si un processus participatif en bonne et due forme réussit à établir des priorités quant aux problèmes à traiter pour une école et son quartier, alors ces priorités bénéficieront de la légitimité habituellement accordée aux résultats de processus libres et démocratiques. Par contre, ceci ne veut pas nécessairement dire que les priorités ainsi établies sont nécessairement justifiables. Les priorités pourraient très bien être éthiquement illégitimes (ex. : discriminatoires ou coercitives) ou encore être le produit de craintes non fondées quant à des risques minimes (ex. : maladies infectieuses rares). Dans ces cas-ci, il est important pour les professionnels d'être à l'affût de ce type de problème, et d'intervenir dans le processus afin d'éclairer les participants sur les raisons pour lesquelles certaines priorités ou certaines méthodes favorisées par des membres de la communauté pourraient être éthiquement illégitimes ou erronées.

Il faut aussi souligner que les priorités établies par la population pourraient aller à l'encontre de celles privilégiées par les professionnels qui sont en charge de la mise en œuvre de l'AÉS, sans être éthiquement illégitimes ou erronées (voir par exemple Trayers *et al.,* 2006). En effet, il demeure que les probabilités sont élevées que les professionnels aient à réviser les priorités qu'ils s'étaient données au préalable afin d'assurer le succès des initiatives participatives qu'ils cherchent à mettre en place (Minkler & Hancok, 2003). Si pour l'AÉS, donc, son acceptation par les populations visées est cruciale, alors le processus participatif qu'elle mettra en place devra être juste et sa contribution, respectée (Renn *et al.,* 1993). En fait, comme le soulignent Renn et ses collaborateurs, ce n'est pas simplement pour des raisons de nature éthique qu'il est important qu'une initiative comme l'AÉS soit réellement participative, mais aussi parce que la contribution de la population a une valeur significative.

Conclusion

En guise de conclusion, il serait fastidieux d'effectuer un retour systématique sur l'ensemble de la matière présentée dans la présente recension. Il demeure qu'à la lumière de son contenu, il est possible d'en dégager certaines perspectives qui méritent d'être soulignées. Le document a surtout porté sur la justification empirique de l'AÉS. Au niveau épistémologique, la base évidentielle qui soutient l'AÉS est, somme toute, assez solide, malgré les différents bémols qui furent relevés ici. Il reste qu'un portrait plus clair de ses assises reste à être effectué; comme on l'a vu notamment dans le cas de l'évaluation de multiples facettes de l'AÉS en cours à Hong Kong, ce portrait est en voie de se préciser. Au niveau éthique, on a aussi vu qu'une réflexion entourant la population que l'AÉS entend desservir semble nécessaire, ne serait-ce que pour mieux asseoir sa justification à ce niveau. Les processus qui entourent la mise en œuvre de l'approche sont évidemment des facteurs-clés de son succès. La reconnaissance des bonnes pratiques dans le déploiement est donc un défi important que l'AÉS doit rencontrer. Mais, en fin de compte, c'est à la lumière de ses finalités que l'AÉS pourra être jugée comme étant à la fois efficace et éthiquement justifiée. L'AÉS se doit de ne pas perdre de vue que son but ultime est l'amélioration de la santé des jeunes; conséquemment, leur habilitation et leur participation à l'AÉS sont d'une grande importance à son succès.

Références

Al-Jundi, S. H., Hammad, M., Alwaeli, H. (2006). "The Efficacy of a School-Based Caries Prevention Program : a 4-Year Study". In *International Journal of Dental Hygiene*, 4.

Amundsen, E. J., Ravndal, E. (2008). "Does Successful School-Based Prevention of Bullying Influence Substance Use Among 13- to 16-year-olds?". In *Drugs. : Education, Prevention and Policy*, 1, 13.

Agence de santé publique du Canada (ASPC) (2004). *Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report: Pre-Release.* ASPC, Ottawa.

Allensworth, D. D., Kolbe, L.J. (1987). "The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept". In *Journal of School Health*, 57, 10.

Allensworth, D. D. (1994). "The Research Base for Innovative Practices in School Health Education at the Secondary Level". In *Journal of School Health*, 64, 5.

American Dietetic Association (2006). "Position of the American Dietetic Association: Individual-, Family-, School-, and Community-Based Interventions for Paediatric Overweight". In *Journal of the American Dietetic Association*, 106.

Arnstein, S. (1967). "The Ladder of Citizen Participation". In *AIP Journal*, 35.

Audrey, S., Holliday, J., Parry-Langdon, N., Campbell, R. (2006). "Meeting the Challenges of Implementing Process Evaluation Within Randomized Controlled Trials: the Example of ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial)". In *Health Education Research*, 21, 3.

Australian Health Promoting Schools Association (2000). *A National Framework for Health Promoting Schools. National Health Promoting Schools Initiative*. AHPSA, Sydney.

Ayotte, V., Gagné, C., Malai, D., Poulin, C. (2008). *Une communauté mobilisée pour ses jeunes*. Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, Montréal.

Ayyash-Abdo, H. (2002). "Adolescent Suicide: An Ecological Perspective". In *Psychology in the Schools*, 39, 4.

Baker, J. A., Derrer, R. D., Davis, S. M., Dinklage-Travis, H. E., Linder, D. S., *et al.*. (2001) "The Flip Side of the Coin: Understanding the School's Contribution to Dropout and Completion". In *School Psychology Quarterly*, 16, 4.

Ball, K., Timpero, A. F., Crawford, D. A. (2006). "Understanding Environmental Influences on Nutrition and Physical Activity Behaviors: Where Should We Look and What Should Count". In *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 33.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press, New York.

Barnekow, V., Buijs, G., Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, p. *et al.*. (2006). *Health-Promoting Schools: A Resource for Developing Indicators*. International Planning Committee , ENHPS.

Barnett, E., Anderson, T., Blosnich, J., Halverson, J., Novak, J. (2005). "Promoting Cardiovascular Health: From Individual Goals to Social Environmental Change". In *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 5S1.

Barnett, T. A., Gauvin, L., Lambert, M., O'Loughlin, J., Paradis, G., McGrath, J. J. (2007). "The Influence of School Smoking Policies on Student Tobacco Use". In *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 9.

Barker, R. G. (1968). *Ecological Psychology*. Stanford U.P., Stanford.

Barker, R. G. & Gump, P. (1964). *Big School, Small School*. Stanford U.P., Stanford.

Bell, A. C., Dyment, J. E. (2008). “Grounds for Health: the Intersection of Green School Grounds and Health-Promoting Schools”. In *Environmental Education Research,* 14, 1.

Bennett, P., Murphy, S., Bunton, R. (1992). “Preventing Alcohol Problems Using Healthy Public Policy”. In *Health Promotion International*, 7, 4.

Birdthistle, I. (1999). *Improving Health Through Schools. National and International Strategies*. OMS, Genève.

Biglan, A., Ary, D.V., Smolkowski, K., Duncan, T.E., & Black, C., (2000). “A Randomized Control Trial of a Community Intervention to Prevent Adolescent Tobacco Use”. In *Tobacco Control*, 9, 24-12.

Bilodeau, A., Allard, D., Francoeur, D., Chabot, P. (2004). "L'exigence démocratique de la planification participative: le cas de la santé publique au Québec". In *Nouvelles Pratiques Sociales*, 17, 1.

Birnbaum, A. S., Lytle, L. A., Story, M., Perry, C. L., Murray, D. M. (2002). “Are Differences in Exposure to a Multicomponent School-Based Intervention Associated with Varying Dietary Outcomes in Adolescents? In *Health Education & Behavior*, 29, 4.

Blank, M. J., Melaville, A., Shah, B. P. (2003). *Making the Difference. Research and Practice in Community Schools*. Coalition for Community Schools. Washington.

Bliss, M. J., Emshoff, J., Buck, C. A., Cook, S. L. (2006). “Parents’ Perception of Causes of and Solutions for School Violence: Implications for Policy”. In *Journal of Primary Prevention*, 27, 3.

Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H., Patton, G. C. (2001). “Building Capacity for System-Level Change in Schools: Lessons from the Gatehouse Project”. In *Health Education & Behavior*, 28, 3.

Bracht, N. (dir) (1990). *Health Promotion at the Community Level*. Sage, Londres.

Bracht, N. (dir) (1998). *Health Promotion at the Community Level: New Advances*. Sage, Londres.

Bradley, B. J. (1997). “The School Nurse as Health Educator”. In *Journal of School Health*, 67, 1.

Bradshaw, C. P., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., Bates, J. M. (2006). “Beliefs and Practices of the Parents of Oppositional Adolescents: An Ecological Perspective”. In *Journal of Primary Prevention*, 27, 3.

Brindis, C. (1993). “Health Policy Reform and Comprehensive School Health Education: the Need for an Effective Partnership”. In *Journal of School Health*, 63, 1.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development.* Harvard U.P., Cambridge.

Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Luke, D. A. (2006). “Shaping the Context of Health: A Review of Environmental and Policy Approaches in the Prevention of Chronic Diseases”. In *Annual Review of Public Health*, 27.

Buchanan, D. R. (2000). *An Ethic for Health Promotion. Rethinking the Sources of Human Well-Being*. Oxford U.P., Oxford.

Bungum, T. J., Lounsbery, M., Moonie, S., Gast, J. (2009). “Prevalence and Correlates of Walking and Biking to School Among Adolescents”. In *Journal of Community Health*, 34.

Caballero, B., Clay, T., Davis, S. M., Ethelbah, B., Holy Rock, B., Lohman, T., Norman, J., Story, M., Stone, E. J., Stephenson, L., Stevens, J. (2003). “Pathways: a School-Based, Randomized Controlled Trial for the Prevention of Obesity in American Indian Schoolchildren”. In *American Journal of Clinical Nutrition*, 78.

Canadian Association of School Health (2006). *Comprehensive School Health*. Canadian Consensus Statement. http://www.safehealthyschools.org

Cargo, M., Salsberg, J., Delormier, T., Desrosiers, S., Macaulay, A. C. (2006). "Understanding the Social Context of School Health Promotion Program Implementation". In *Health Education*, 106, 2.

Center for Mental Health in Schools (2001). *Organization Facilitators: A Change Agent for Systemic School and Community Change*. UCLA.

Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – 2007.* Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Chambers Butler, S. (1993). "Chief State School Officers Rank Barriers to Implementing Comprehensive School Health Education". In *Journal of School Health*, 63, 3.

Chappell, N., Funk, L., Carson, A., MacKenzie, P., Stanwick, R. (2005). "Multilevel Community Health Promotion: How Can We Make It Work?" In *Community Development Journal*, 41, 3.

Chomitz, V. R., Slining, M. M., McGowan, R. J., Mitchell, S. E., Dawson, G. F., Hacker, K. A. (2009). "Is There a Relationship Between Physical Fitness and Academic Achievement? Positive Results from Public School Children in the Northeastern United States". In *Journal of School Health*, 79, 1.

Cleary M., English, G. (2005). "The Small School Movement: Implications for Health Education". In *Journal of School Health*, 75, 7.

Clift, S. & Jensen B. B. (2005). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Danish University of Education Press, Copenhague.

Cohen, D. A., Scribner, R. A. & Farley, T. A. (2000). "A Structural Model of Health Behavior: A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level". In *Preventive Medecine,* 30.

Colquhoun, D. (2005). "Complexity and the Health Promoting School". In Clift, S. & Jensen, B. B. (dirs) (2005).

Cook, T. D. (2007). "Randomized Experiments in Education: Assessing the Objections to Doing Them". In *Economics of Innovation and New Technology*, 16, 5.

Cowen, E. L. (1973). "Social and Community Psychology". In *Annual Reviews in Psychology*. 24.

Cox, C. C., Billingsley, J. (1996). "Rationale for Schoolsite Health Promotion". In *Education*, 116, 4.

Curnow, M. M. T., Pine, C . M., Burnside, G., Nicholson, J. A., Chesters, R. K., Huntingdon, E. (2002). "A Randomised Controlled Trial of the Efficacy of Supervised Toothbrushing in High-Caries-Risk Children". In *Caries Research*, 36.

Darling, H., Reeder, A. I., Williams, S., McGee, R. (2006). "Is There a Relation Between School Smoking Policies and Youth Cigarette Smoking Knowledge and Behaviors?" In *Health Education Research*, 21, 1.

Davee, A.-M., Whatley Blum, J. E., Devore, R. L., Beaudoin, C. M., Kaley, L. A. *et al.* (2005). "The Vending and à la Carte Policy Intervention in Maine Public High Schools". In *Public Health Research, Practice and Policy*, 2, SI.

Davis, J. M., Cooke, S. M. (2007). "Educating for a Healthy, Sustainable World: an Argument for Integrating Health Promoting Schools and Sustainable Schools". In *Health Promotion International*, 22, 4.

Day Langhout, R. (2004). "Facilitators and Inhibitors of Positive School Feelings: An Exploratory Study". In *American Journal of Community Psychology*, 34, 1/2.

DeGraw, C. (1994). “A Community Based School Health System: Parameters for Developing a Comprehensive Student Health Promotion Program”. In *Journal of School Health*, 64, 5.

Delli Carpini, M. X., Lomax Cook, F., Jacobs, L. R. (2004). "Public Deliberation, Discursive Participation, and Citizen Engagement". In *Annual Review of Political Science*, 7.

Denman, S. (1999). "Health Promoting Schools in Englands – A Way Forward in Development". In *Journal of Public Health Medicine*, 21, 2.

Denman, S., Moon, A., Parsons, C., Stears, D. (2002). *The Health Promoting School: Policy, Research and Practice*. Routledge Falmer, Londres.

Deschênes, M. (2000). *La structuration d’une action à base communautaire comme stratégie d’actualisation d’une approche globale en promotion de la santé. Les régulations en jeu.* Thèse de doctorat. Département de médecine sociale et préventive. Université de Montréal.

Deschênes, M., Martin, C., Jomphe Hill, A. (2003). "Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to Achieve Broader Implementation?" In *Health Promotion International*, 18, 4.

Deschênes, M., Couturier, Y., Laberge, S., Trudeau, F., Kébé, M., Campeau, L., Bernier, J., Bertrand, M. (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche école en santé*. INSPQ, Québec.

Dewey, J. (1899). *The School and Society*. In Boydston, J. A. (dir.) (1976) *The Middle Works of John Dewey 1899-1924, Volume 1.* Southern Illinois U.P., Carbondale Ill.

Dewey, J. (1916). *Democracy and Education*. In Boydston, J. A. (dir.) (1985) *The Middle Works of John Dewey 1899-1924, Volume 9.* Southern Illinois U.P., Carbondale Ill.

DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Crosby, R. A. (2007). "A Review of STD/HIV Preventive Interventions for Adolescents : Sustaining Effects Using an Ecological Approach". In *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 8.

DiCenso, A., Guyatt, G., Griffith, W. L. (2002). “Interventions to Reduce Unintended Pregnancies Among Adolescents: Systematic Review of Randomised Controlled Trials”. In *British Medical Journal*, 324, 15/06.

Dishion, T. J., Kavanagh, K. (2000). “A Multilevel Approach to Family-Centered Prevention in Schools: Process and Outcomes”. In *Addictive Behaviors*, 25, 6.

Dishion, T. J., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S., Kaufman, N. K. (2002). “Preventing Early Adolescent Substance Use: A Family-Centered Strategy for the Public Middle School”. In *Prevention Science*, 3, 3.

Dooris, M. (2005). “Healthy Settings: Challenges to Generating Evidence of Effectiveness”. In *Health Promotion International*. 21, 1.

Dooris, M. (2006). “Milieux de vie et promotion de la santé: orientations futures”. In *Revue internationale de promotion de la santé et d’éducation pour la santé*, 13, 1.

Dryburgh, H., (2006). “Teenage Pregnancy”. In *Health Reports*, 12, 1. Statistics Canada.

Dryfoos, J. (1994). *Full-Service Schools: A Revolution in Health and Services for Children, Youth and Families*. Charles Thomas, Springfield Il..

Dupont, M. A. (2007). *Prévenir en milieu scolaire les dépendances aux substances psychoactives*. Direction de santé publique de Montréal.

Durlak, J. A., Taylor, R. D., Kawashima, K., Pachan, M. K., DuPre, E. P., Celio, C. I., Berger, S. R., Dymnicki, A. B., Weissberg, R. P. (2007). "Effects of Positive Youth Development Programs on School, Family and Community Systems". In *American Journal of Community Psychology*, 39.

Durlak, J. A., Wells, A. M. (1997). “Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review”. In *American Journal of Community Psychology*, 25, 2.

Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A., Brannigan, R., Bosworth, K. (1997). “Nine Critical Elements of Promising Violence Prevention Programs”. In *Journal of School Health*, 67, 10.

Eaton, D. K., Marx, E., Bowie, S. E. (2007). "Faculty and Staff Health Promotion: Results form the School Health Policies and Programs Study 2006". In *Journal of School Health*, 77, 8.

ENHPS (1997). *The Health Promoting School – an Investment in Education, Health and Democracy*. Thessaloniki.

Einsenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D. Perry, C.L. (2003). “Peer Harassment, School Connectedness, and Academic Achievement”. In *Journal of School Health*, 73,8.

Ensminger, M. E., Lamkin, R. P., Jacobson, N. (1996). “School Leaving: A Longitudinal Perspective Including Neighbourhood Effects”. In *Child Development*, 67.

Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K. B., Abbott, J., Nordheim, L. (2004). *Exercise to Improve Self-Esteem in Children and young People*. Norwegian Centre for Health Services, Oslo.

Elder, J. P., Lytle, L., Sallis, J. F., Rohm Young, D., Steckler, A. (2007). “A Description of the Social-Ecological Framework Used in the Trial of Activity for Adolescent Girls”. In *Health Education Research*, 22, 2.

Evans, R. I. (1976). “Smoking in Children: Developing a Social Psychological Strategy of Deterrence”. In *Preventive Medicine,* 5.

Eyler, A. A., Brownson, R. C., Doescher, M. P., Evenson, K. R., Fesperman, C. E., Litt, J. S., Pluto, D., Steinman, L. E., Terpstra, C. E., Troped, P. J., Schmid, T. L. (2008). “Policies Related to Active Transport to and from School: a Multisite Case Study”. In *Health Education Research*, 23, 6.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2005). "School-Based Prevention for Illicit Drugs’ Use". *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2e édition.

Fan, X., Chen, M. (2001). "Parental Involvement and Students' Academic Achievement: A Meta-Analysis". In *Educational Psychology Review*, 13, 1.

Fantuzzo, J., McWayne, C., Bulotsky, R. (2003). “Forging Strategic Partnerships to Advance Mental Health Science and Practice for Vulnerable Children”. In *School Psychology Review*, 32, 1.

Farley, T., Cohen, D. A. (2005). *Prescription for a Healthy Nation.* Beacon Press, Boston.

Feldman, W., Hodgson, C., Corber, S., Quinn, A. (1986). "Health Concerns and Health-Related Behaviours of Adolescents". In *Canadian Medical Association Journal*, 134.

Felner, R. D., Favazza, A., Shim, M., Brand, S., Gu, K., Noonan, N. (2001). “Whole School Improvement Restructuring as Prevention and Promotion: Lessons from STEP and the Project on High Performance Learning Communities”. In *Journal of School Psychology*, 39, 2.

Ferreira, J.-A., Welsh, G. (1997). “Implementing the IVAC Model: Lessons from an Australian Case”. In *Health Education Research*, 12, 4.

Filozof, E. M., Albertin, H. K., Jones, C. R., Steme, S. S., Myers, L., McDemott, R. J. (1998). “Relationship of Adolescent Self-Esteem to Selected Academic Variables”. In *Journal of School Health*, 68, 2.

Flay, B. R. (1989). “Six-Year Follow-up of the First Waterloo School Smoking Prevention Trial”. In *American Journal of Public Health*. 79, 10.

Flay, B. R. (1999). “Understanding Environmental, Situational and Intrapersonal Risk and Protective Factors for Youth Tobacco Use: the Theory of Triadic Influence”. In *Nicotine & Tobacco Research*. 1, S.

Flay, B. R. (2002). “Positive Youth Development Requires Comprehensive Health Promotion Programs”. In *American Journal of Health Behavior*. 26, 6.

Flay, B. R., Alfred, C. G. (2003). “Long-term Effects of the *Positive Action*® Program”. In *American Journal of Health Behavior*. 27, S1.

Fletcher, A., Bonell, C., Hargreaves, J. (2008). “School Effects on Young People’s Drug Use: a Systematic Review of Interventions and Observational Studies”. In *Journal of Adolescent Health*, 42.

Fletcher, A., Bonell, C. ,Sorhaindo, A., Strange, V. (2009). “How Might Schools Influence Young People Drug Use? Development of Theory from Qualitative Case-Study Research”. In *Journal of Adolescent Health*, 43.

French, S. A. (2005). “Public Health Strategies for Dietary Change: Schools and Workplaces”. In *Journal of Nutrition*, 135.

French, S. A., Story, M., Fulkerson, J. A., Faricy Gerlach, A. (2003). “Food Environment in Secondary Schools: À La Carte, Vending Machines, and Food Policies and Practices”. In *American Journal of Public Health*, 93, 7.

French, S. A., Story, M., Fulkerson, J. A., Hannan, P. (2004). “An Environmental Intervention to Promote Lower-Fat Food Choices in Secondary Schools: Outcomes of the TACOS Study”. In *American Journal of Public Health*, 94, 9.

Frohlich, K. L. et Poland, B. (2006). “Les points d’intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l’intérêt d’une approche du contexte social en termes de ‘modes de vie collectifs’”. In O’Neill, M., Dupéré, S., Perderson, A. & Rootman, I. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. PUL, Québec.

Fullan, M. G. (1991). *The New Meaning of Educational Change*. 2ième édition,Teachers College Press, New York.

Gortmaker, S. L., Peterson, K. Wiecha, J., Sobol, A. M., Dixit, S., Fox, M. K., Laird, N. (1999). Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention Among Youth. Planet Health”. In *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153.

Gottfredson, D. (1986). “An Empirical Test of School-Based Environmental and Individual Interventions to Reduce the Risk of Delinquent Behavior.” In *Criminology*, 24, 4.

Gough, A. (2005). « Sustainable Schools : Renovating Educational Processes ». In *Applied Environmental Education & Communication*. 4.

Gouvernement du Québec (2003). *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services ente le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l’éducation*. Gouvernement du Québec, Québec.

Green, L. W., Mercer, S. L. (2001). "Can Public Health Researchers and Agencies Reconcile the Push from Funding Bodies and the Pull from Communities?" In *American Journal of Public Health*, 91, 12.

Guldbransson, K., Bremberg, S. (2005). « Two Approaches to School Health Promotion – A Focus on Health-Related Behaviours and General Competencies. An Ecological Study of 25 Swedish Municipalities ». In *Health Promotion International*, 21, 1.

Hagquist, C., Starrin, B. (1997). "Health Education in Schools – From Information to Empowerment Models". In *Health Promotion International*, 12, 3.

Harden, A., Rees, R., Shepherd, J., Brunton, G., Oliver, S., Oakley, A. (2001). *Young People and Mental Health: a Systematic Review of Research on Barriers and Facilitators*. EPPI Centre, Londres.

Haug, E., Torsheim T., Samdal, O. (2008). “Physical Environmental Characteristics and Individual Interests as Correlates of Physical Activity in Norwegian Secondary Schools: The Health Behavior in School-Aged Children Study”. In *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 47.

Hausman, A. J., Burt Ruzek, S. (1995). “Implementation of Comprehensive School Health Education in Elementary Schools: Focus of Teacher Concerns”. In *Journal of School Health*, 65, 3.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. (1990). "Broadening the Vision of Education : Schools as Health Promoting Environments”. In *Journal of School Health*, 60, 4.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). “Promoting Science-Based Prevention in Communities”. In *Addictive Behaviors*, 27.

Haynes, N. M., Emmons, C., Ben-Avie, M. (1997). “School Climate as a Factor in Student Adjustment and Achievement”. In *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 8, 3.

Hoyle, T. B., Samek, B. B., Valois, R. F. (2008). "Building Capacity for the Continuous Improvement of Health-Promoting Schools". In *Journal of School Health*, 78, 1.

Inchley, J., Muldoon, J., Currie, C. (2006). "Becoming a Health Promoting School: Evaluating the Process of Effective Implementation in Scotland". In *Health Promotion International*, 22, 1.

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., Becker, A. B., Allen III, A. J., Guzman, J. R. (2003) "Critical Issues in Developing and Following Community Based Participatory Research Principles". In Minkler & Wallerstein (2003).

Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., Parker, E. A. (dirs.) (2005). *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. Jossey Bass, San Franscico.

Jackson, S. A. (1994). “Comprehensive School Health Education Programs : Innovative Practices and Issues in Standard Setting”. In *Journal of School Health*. 64, 5.

Jensen, B. B., (1997). "A Case of Two Paradigms Within Health Education". In *Health Education Research*, 12, 4.

Jurg, M. E., Kremers, S. ,Candel, M., Van Der Wal, M. F., De Meij, J. (2006). “A Controlled Trial of a School-Based Environmental Intervention to Improve Physical Activity in Dutch Children: JUMP-in, Kids in Motion”. In *Health Promotion International*, 21, 4.

Kay, E., Locker, D. (1998). “A Systematic Review of the Effectiveness of Health Promotion Aimed at Improving Oral Health”. In *Community Oral Health*, 15.

Katz, D. L. (2009). “School-Based Interventions for Health Promotion and Weight Control: Not Just Waiting on the World to Change”. In *Annual Review of Public Health*, 30.

Kelly, J. G. (1968). “Towards an Ecological Conception of Preventive Intervention”. In Carter, J. W. (dir.) (1969). *Research Contributions from Psychology to Community Mental Health*. Behavioral Publishing, New York.

King A. C., Stokols, D., Talen, E., Brassington, G. S., Killingsworth, R. (2002). “Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity. Forging a Transdisciplinary Paradigm”. In *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 2S.

Kirby, D. (1990). “Comprehensive School Health and the Larger Community: Issues and a Possible Scenario”. In *Journal of School Health*, 60, 4.

Kirby, D. (2002). “The Impact of Schools and School Programs Upon Adolescent Sexual Behavior”. In *Journal of Sex Research*, 39, 1.

Komro, K. A., Perry, C. L., Williams, C. L., Stigler, M. H., Farbakhsh, K. *et al.* (2001). “How Did Project Northland Reduce Alcohol Use Among Young Adolescents? Analysis of Mediating Variables”. In *Health Education Research*, 16, 1.

Konu, A., Lintonen, T. P., Rimpelä, M. K. (2002). "Factors Associated with Schoolchildren’s General Subjective Well-Being”. In *Health Education Research*, 17, 2.

Konu, A., Rimpelä, M. K. (2002). “Well-Being in Schools : a Conceptual Model”. In *Health Promotion International.* 17, 1.

Koo, H. P., Dunteman, G. H., George, C., Green, Y., Vincent, M., (1994). “Reducing Adolescent Pregnancy Through a School – and Community – Based Intervention: Denmark, South-Carolina, Revisited”. In *Family Planning Perspectives*, 26.

Kremers, S. P. J., de Bruijn, G.-J., Droomers, M., van Lenthe, F., Brug, J. (2007). “Moderators of Environmental Intervention Effects on Diet and Activity in Youth” In *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 2.

Kwan, S. Y. L., Petersen, P. E., Pine, C. M., Borutta, A. (2005). "Health-Promoting Schools: an Opportunity for Oral Health Promotion". In *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 9.

Lalonde, M., Heneman, B. & Lagüe, J. (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes*. INSPQ, Québec.

Larun, L., Nordheim, L. V., Ekeland, E., Hagen, K. B., Heian, F. (2006). “Exercice in Prevention and Treatment of Anxiety and Depression Among Children and Young People. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, 3.

La Torre, G., Chiaradia, G., Ricciardi, G. (2005). “School-Based Smoking Prevention in Children and Adolescents: Review of the Scientific Literature”. In *Journal of Public Health*, 13.

Laurence, S., Petersen, R. & Burns, C. (2007). “Fresh Kids: the Efficacy of a Health Promoting Schools Approach to Increasing Consumption of Fruit and Water in Australia”. In *Health Promotion International*, 22, 3.

Lavin, A. T. (1993). “Comprehensive School Health Education: Barriers and Opportunities”. In *Journal of School Health*, 63, 1.

Lee, A., Cheng, F. F. K., St-Leger, L. H. (2005). “Evaluating Health-Promoting Schools in Hong Kong: Development of a Framework”. In *Health Promotion International*, 20, 2.

Lee, A., St-Leger, L., Cheng, F. F. K. (2007). "The Status of Health-Promoting Schools in Hong Kong and Implications for Further Development". In *Health Promotion International*, 22, 4.

Leurs, M. T. W., Mur-Veeman, I. M., Schaalma, H. P., Feron, F. J. M., DeVries, N. K. (2005) "Integrated Shared Care Offers Opportunities to Strengthen Whole School Health". In Leurs, M. T. W. (dir) (2008).

Leurs, M. T. W., Bessems, K., Schaalma, H. P., de Vries, H. (2007). "Focus Points for School Health Promotion Improvements in Dutch Primary Schools". In *Health Education Research*, 22, 1.

Leurs, M. T. W. (dir) (2008). *A Collaborative Approach to Tailored Whole-School Health Promotion*. GDD ZuidLimburg, Maastricht.

Levine, D.U., Lezotte, L.W. (1990). *Unusually Effective Schools: a Review and Analysis of Research and Practice*. National Center for Effective Schools Research and Development, Madison WI.

Lindzey G., Aronson, E. (dirs.) (1968). *The Handbook of Social Psychology, Vol. 3*. Addison-Wesley, Reading.

Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., Sowden, A. (1999). “Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: Two Systematic Reviews”. In *Health Technology Assessment*. 3, 22.

Lynagh, M., Schofield, M.J., Sanson-Fisher, R.W. (1997). “School Health Promotion Over the Past Decade: a Review of the Smoking, Alcohol, and Solar Protection Literature”. In *Health Promotion International*, 12, 1.

Lynagh, M., Knight, J., Schofield, M. J., Paras, L. (1999). "Lessons Learned from the Hunter Region Health Region Health Promoting Schools Project in New South Wales, Australia". In *Journal of School Health*, 69, 6.

Lytle, L. A., Fulkerson, J. A. (2002). “Assessing the Dietary Environment: Examples from School-Based Nutrition interventions”. In *Public Health Nutrition*, 5, 6A.

Lytle, L. A., Kubik, M. Y., Perry, C., Story, M., Birnbaum, A. S., Murray, D. M. (2006). In “Influencing Healthful Food Choices in Schools and Home Environments: Results for the TEENS Study”. In *Preventive Medicine*, 43.

MacDougall, C. & Laforêt-Fliesser, Y. (2009). "Canada: the Evolution of Healthy Schools in Ontario, Canada: Top-Down and Bottom-Up". In Vince Whitman, C. & Aldinger, C.E. (dirs.), (2009).

Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., Posner, M. (2001). *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development*. Pan American Health Organization, Washington.

Martin, C., Arcand, L. (2005). *École en santé. Guide à l’intention du milieu scolaire et de ses partenaires*. MELS, Québec.

Maziak, W., Ward, K. D., Stockton, M. B. (2007). “Childhood Obesity: Are We Missing the Big Picture”. In *Obesity Reviews*, 9.

McBride, N., Midford, R. (1999). “Encouraging Schools to Promote Health: Impact of the Western Australian School Health Project (1992-1995)”. In *Journal of School Health*, 69, 6.

McBride, N., Midford, R., Cameron, I. (1999). “An Empirical Model for School Health Promotion: the Western Australian School Health Project Model”. In *Health Promotion International*, 14, 1.

McEvoy, A., Welker, R. (2000). “Antisocial Behavior, Academic Failure and School Climate: A Critical Review”. In *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 3.

McGuire, W. J. (1968). “The Nature of Attitudes and Attitude Change”, in Lindzey G., Aronson, E. (dirs.) (1968).

McKown, C. (2005). “Applying Ecological Theory to Advance the Science and Practice of School-Based Prejudice Reduction Interventions”. In *Educational Psychologist*, 40, 3.

McLaren, L. & Hawe, P. (2005). “Ecological Perspectives in Health Research”. In *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). “An Ecological Perspective on Health Promotion Programs”. In *Health Education & Behavior*, 15.

McQueen, D. V. & Jones, C. M. (2007). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. Springer Science, New York.

Miedel Barnard, W. (2004). "Parent Involvement in Elementary School and Educational Attainment". In *Children and Youth Services Review*, 26.

Miller, G. (2003). *Ecological Approach to School Health Promotion: Review of Literature*. School Health Research Network, Surrey C.B.

Minkler, M. (1989). “Health Education, Health Promotion, and the Open Society: An Historical Perspective”. In *Health Education & Behavior*. 16.

Minkler, M., Hancock, T. (2003). "Community-Driven Asset Identification and Issue Selection". In Minkler & Wallerstein, N. (2003).

Minkler, M., Wallerstein, N. (dirs.). (2003). *Community-Based Participatory Research for Health*. Jossey-Bass, San Francisco.

Moon, A. M., Mullee, M. A., Rogers, L., Thompson, R., L., Speller, V., Roderick, P. (1999). “Helping Schools to Become Health-Promoting Environments – an Evaluation of the Wessex Healthy Schools Award”. In *Health Promotion International*, 14, 2.

Moysés, S. T., Moysés, S. J., Watt, R. G., Sheiham, A. (2003). "Associations between Health Promoting Schools and Indicators of Oral Health in Brazil". In *Health Promotion International*, 18, 3.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. MSSS, Québec.

MSSS (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*. MSSS, Québec.

Muijs, D., Harris, A., Chapman, C., Stoll, L. Russ, J. (2004). “Improving Schools in Socioeconomically Disadvantaged Areas – A Review of Research Evidence”. In *School Effectiveness and School Improvement*, 15, 2.

Mukoma, W., Flisher, A. (2004). “Evaluations of Health Promoting Schools: a Review of Nine Studies”. In *Health Promotion International*. 19, 3.

Mullen, P. D., Ramirez, G., Strouse, D., Hedges, L. V., Sogolow, E. (2002). “Meta-Analysis of the Effects of Behavioral HIV Prevention Interventions on the Sexual Risk Behavior of Sexually Experienced Adolescents in Controlled Studies in the United-States”. In *JAIDS*, 30, S1.

Müller, M. J., Danielzik, S., Pust, S. (2005). “School- and Family-Based Interventions to Prevent Overweight in Children”. In *Proceedings of the Nutrition Society*, 64.

Murnaghan, D. A., Leatherdale, S. T., Sihvonen, M., Kekki, P. (2008). “A Multilevel Analysis Examining the Association Between School-Based Smoking Policies, Prevention Programs and Youth Smoking Behavior: Evaluating a Provincial Tobacco Control Strategy”. In *Health Education Research*, 23, 6.

Murray, N. G., Low, B. J., Hollis, C., Cross, A. W., Davis, S. M. (2007). "Coordinated School Health Programs and Academic Achievement: A Systematic Review of the Literature". In *Journal of School Health*., 77, 9.

Mytton, J., Di Guiseppi, C., Gough, D. A. Taylor, R. S., Logan, S. (2002). “School-Based Violence Prevention Programs. Systematic Review of Secondary Prevention Trials“. In *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156.

Mytton, J., DiGuiseppi, C., Gough, D., Taylor, R., Logan, S. (2006). “School-Based Secondary Prevention Programmes for Preventing Violence (Review)”. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3e édition.

Nader, N. (1990). “The Concept of “Comprehensiveness” in the Design and Implementation of School Health Programs”, In *Journal of School Health*. 60, 4.

Nash, J. K. (2002). “Neighbourhood Effect on Sense of School Coherence and Educational Behavior in Students at Risk of School Failure”. In *Children & Schools*, 24, 2.

Naylor, P.-J., McKay, H. A. (2009). “Prevention in the First Place: Schools a Setting for Action on Physical Inactivity”. In *British Journal of Sports Medicine*, 43.

Needham, B. L., Crosnoe, R., Muller, C. (2004). “Academic Failure in Secondary Schools: The Inter-Related Role of Health Problems and Educational Context”. In *Social Problems*, 51, 4.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Rex, J. (2003). “New Moves: a School-Based Obesity Prevention Program for Adolescent Girls”. In *Preventive Medicine*, 37.

Nolin, P. C., Kenny, C. (2002). *Le cannabis: positions pour un régime de politique publique pour le Canada.* Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.

Nutbeam, D. (1986). “Health Promotion Glossary”. In *Health Promotion*. 1, 1.

Nutbeam, D. (1999). "The Challenge to Provide ‘Evidence’ in Health Promotion". In *Health Promotion International*, 14, 2.

Organisation Mondiale de la Santé (1986). *Charte d’Ottawa*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1996). *The Status of School Health*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1996b). *Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1996c). *Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1997). *Promoting Health through Schools*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1998a). *WHO Information Series on School Health #5. Tobacco Use Prevention: An Important Entry Point for the Development of Health-Promoting Schools.* OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1998b). *Growing Up Without Tobacco*. Communiqué de presse WHO/42, OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1998c). *WHO Information Series on School Health #4. Healthy Nutrition: an Essential Element of a Health-Promoting School.* OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (1999). *WHO Information Series on School Health #3. Violence Prevention: an Important Element of a Health-Promoting School*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2001). *WHO Information Series on School Health. Local Action. Creating Health-Promoting Schools.* OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2003). *WHO Information Series on School Health #10. Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being*. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2003b). *WHO Information Series on School Health #8. Family Life, Reproductive Health, and Population Education: Key Elements of a Health-Promoting Schools.* OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2003c). *WHO Information Series on School Health #2. The Physical School Environment. An Essential Component of a Health Promoting School.* OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2003d). *WHO Information Series on School Health #9. Skills for Health. Skills-Based Health Education Including Life Skills: an Important Component of a Child-Friendly\Health-Promoting School.* OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2003e). *WHO Information Series on School Health #11. Oral Health Promotion: an Essential Element of a Health-Promoting School.* OMS, Genève.

Orpinas, P., Kelder, S., Frankowski, R., Murray, N., Zhang, Q., McAlister, A. (2000). “Outcome Evaluation of a Multi-Component Violence-Prevention Program for Middle-Schools: the Students for Peace Project”. In *Health Education Research*, 15, 1.

Ozer, E. J. (2006). “Contextual Effects in School-Based Violence Prevention Programs: A Conceptual Framework and Empirical Review”. In *Journal of Primary Prevention*, 27, 3.

Parcel, G. S., Kelder, S. H. & Basen-Engquist, K. (2000). “The School as a Setting for Health Promotion”. In Poland, B. D., Green, L. W. & Rootman, I. (2000). *Settings for Health Promotion*. Sage, Londres.

Parcel, G. S., Perry, C. L., Kelder, S. H., Elder, J. P., Mitchell, P. D., Lytle, L. A., Johnson, C. C., Stone, E. J. (2003). “School Climate and the Institutionalization of the CATCH Program”. In *Health Education & Behavior*, 30, 4.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., McGorry, P. M. (2007). “Mental Health of Young People: a Global Public Health Challenge”. In *The Lancet*.

Patton G. C., Bond L., Carlin J. B., Thomas L., Butler H., Glover S., Catalano R., Bowes G. (2006). “Promoting Social Inclusion in Schools: A Group-Randomized Trial of Effects on Student Health Risk Behavior and Well-Being”. In *American Journal of Public Health*, 96, 6.

Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M., Klepp, K.-I. (1992). “Communitywide Smoking Prevention: Long-Term Outcome of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study”. In *American Journal of Public Health*. 82, 9.

Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A. *et al.* (1996). “Project Northland: Outcomes of a Communitywide Alcohol Use Prevention Program during Early Adolescence”. In *American Journal of Public Health*, 86, 7.

Perry, C. L., Williams, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Forster, J. L. *et al.* (2000). “Project Northland High School Interventions: Community Action to Reduce Alcohol Use”. In *Health Education & Behavior*, 27, 1.

Perry, C. L., Williams, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Stigler, M. H. *et al.* (2002). “Project Northland: Long-Term Outcomes of Community Action to Reduce Adolescent Alcohol Use”. In *Health Education Research*, 17, 1.

Pine, C. M., Curnow, M. M. T., Burnside, G., Nicholson, J. A., Roberts, A. J. (2007). “Caries Prevalence Four Years after the End of a Randomised Controlled Trial”. In *Caries Research*, 41.

Rasmussen, V.B., Rivett, D. (2000). “The European Network of Health Promoting Schools – an Alliance of Health, Education and Democracy”. In *Health Education*, 100, 2.

Rasmussen, V. B. (2005). “The European Network of Health Promoting Schools – from Iceland to Kyrgyzstan”. In *Promotion and Education*, 12, 3/4.

Reid, R. J., Peterson, N. A., Hughey, J., Garcia-Reid, P. (2006). “School Climate and Adolescent Drug Use: Mediating Effects of Violence Victimization in the Urban High School Context”. In *Journal of Primary Prevention*, 27, 3.

Renn, O., Webler, T., Rakel, H., Diennel, P., Johnson, B. (1993). "Public Participation in Decision Making: A Three-Step Procedure". In *Policy Sciences*, 26.

Resnick, M.D. et al. (1997). “Protecting Adolescents from Harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health”. In *JAMA*, 278, 10.

Resnicow, K., Allesnworth, D. (1996). “Conducting a Comprehensive School Health Program”. In *Journal of School Health*, 66, 2.

Richard, L. & Gauvin, L. (2006). “L’élaboration et la réalisation d’interventions écologiques en promotion de la santé”. In O’Neill, M., Dupéré, S., Perderson, A. & Rootman, I. (2006). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. PUL, Québec.

Robertson, A., Minkler, M., (1994). “New Health Promotion Movement: A Critical Examination” In *Health Education & Behavior*, 21, 3.

Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezoff, J., Miller, K., Pappas-Deluca, K. (2004). “Behavioral Interventions to Reduce Incidence of HIV, STD, and Pregnancy among Adolescents: a Decade in Review”. In *Journal of Adolescent Health*, 34.

Rogers, E., Moon, A. M., Mullee, M. A., Speller, V. M., Roderick, P. J. (1998). “Developing the Health-Promoting School’ - a National Survey of Healthy Schools Awards”. In *Public Health*, 112.

Ronson, B., Macdougall, C. (2003). *Background Paper on Health Promoting Schools*. Ontario Healthy Schools Coalition, Toronto.

Rosen, L., Manor, O., Engelhard, D., Zucker, D. (2006). “In Defense of the Randomized Controlled Trial for Health Promotion Research“. In *American Journal of Public Health*, 96, 7.

Ross, C. E., Broh, B. A., (2000). “The Roles of Self-Esteem and the Sense of Personal Control in the Academic Achievement Process”. In *Sociology of Education*, 73, 4.

Rowan, C., Vanier, C. & de Léry, R. (2003). *École en santé en Montérégie: Recension des écrits et étude exploratoire.* DSP Montérégie.

Rowe, F., Stewart, D., Patterson, C. (2007). “Promoting School Connectedness Through Whole School Approaches”. In *Health Education*, 107, 6.

Rowling, L., Jeffreys, V. (2006). "Capturing Complexity: Integrating Health and Education Research to Inform Health-Promoting Schools Policy and Practice". In *Health Education Research*, 21, 5.

Rutter, M. (1983). “School Effects on Pupil Progress: Research Findings and Policy Implications”. In *Child Development*, 54, 1.

Saaranen, T., Tossavainen, K., Turunen, H., Naumanen, P. (2006). “Development of Occupational Wellbeing in the Finnish European Network of Health Promoting Schools”. In *Health Education*, 106, 2.

Sallis, J. F., Cervero, R., Ascher, W. W., Henderson, K., Kraft, M. K., Kerr, J. (2006). “An Ecological Approach to Creating Active Living Communities”. In *Annual Review of Public Health*, 27.

Salmon, J., Booth, M. L., Phongsavan, P., Murphy, N., Timperio, A. (2007). “Promoting Physical Activity Participation among Children and Adolescents”. In *Epidemiological Reviews*, 29.

Salyers Bull, S. & Shlay, J. C. (2005). “Promoting ‘Dual Protection’ From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach”. In *Health Promotion Practice*, 1, 6.

Sammons, P., Hillman, J., Mortimore, P. (1995). *Key Characteristics of Effective Schools: a Review of School Effectiveness Research*. OFSTED, Londres.

Sarason, S. B. (1971). *The Culture of the School and the Problem of Change*. Allyn & Bacon, Boston.

Schaalma, H. P., Abraham, C., Rogers Gilmore, M., Kok, G. (2004). “Sex Education as Health Promotion: What Does it Take”? In *Archives of Sexual Behavior*, 33, 3.

Sharma, M. (2006). “School-Based Interventions for Childhood and Adolescent Obesity”. In *Obesity Reviews*, 7.

Sheiham, A., Watt, R. G. (2000). “The Common Risk Factor Approach: a Rational Basis for Promoting Oral Health”. In *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28.

Shepperd, L., Garcia, J., Oliver, S., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., Oakley, A. (2002). *Barriers to, and Facilitators of the Health of Young People: a Systematic Review of Evidence on Young People's Views and on Interventions in Mental Health, Physical Activity and Healthy Eating*. Volume 2: Complete Report. EPPI-Centre, Londres.

Shields, M. (2006). "Overweight and Obesity Among Children and Youth". In *Health Reports*, 17, 3.

Shoveller, J. A., Johnson, J. L., Savoy, D. M., Wia Pietersma, W, A. (2006). "Preventing Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: an Assessment of Ecological Approaches and Study Methods". In *Sex Education*, 6, 2.

Silberberg, M., Cantor, J. C. (2008). "Making the Case for School-Based Health : Where Do We Stand". In *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33, 1.

Simovska, V. (2008). "Learning *in* and *as* Participation : A Case Study from Health-Promoting Schools". In Reid, A. *et al*. (2008) *Participation and Learning*. Springer, New York.

Solomon, D., Battistich, V., Watson, M., Schaps, E., Lewis, C. (2000). "A Six-District Study of Educational Change: Direct and Mediated Effects of the Child Development Project". In *Social Psychology of Education*, 4.

Spevak, A. (2006). *Bullying and Violence Prevention in Schools: a Focus on Personal and Social Development*. The Society for Safe and Caring Schools and Communities, Edmonton.

Springett, J. (2003). "Issues in Participatory Evaluation". In Minkler, M., Wallerstein, N. (dirs) (2003).

St-Leger, L. H. (1999). "The Opportunities and Effectiveness of the Health Promoting Primary School – a Review of the Claims and Evidence". In *Health Education Research*. 14, 1.

St-Leger, L. H. (2000). "Reducing the Barriers to the Expansion of Health-Promoting Schools by Focusing on Teachers". In *Health Education*, 100, 2.

St-Leger, L. H. (2000b). "Developing Indicators to Enhance School Health". In *Health Education Research*, 15, 6.

St-Leger, L. H. (2004). "What's the Place of Schools in Promoting Health? Are We too Optimistic?" In *Health Promotion International*. 19, 4.

St-Leger, L. H., Colquhoun, D., Powell-Davies, G., Robinson, Y., Rowling, L. (1996). *Effective School Health Promotion. Towards Health Promoting Schools*. NHMRC, Canberra.

St-Leger, L. H., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S., Young, I. M. (2007). "School Health Promotion: Achievements, Challenges and Priorities". In McQueen, D. V. & Jones, C. M. (dirs.) (2007).

St-Leger, L. H., Nutbeam, D. (2000). "A Model for Mapping Linkages Between Health and Education Agencies to Improve School Health". *Journal of School Health*, 70, 2.

Stears, D. (2000). "Profiling the Health-Promoting School: Valuing Assets and Evaluating the Management of Change". In *Health Education*, 100, 2.

Stears, D., Parsons, C. (2002). "Evaluation-Valuation of a Health-Promoting School: Steps to Success". In *Second Workshop on Practice of Evaluation of the Health Promoting School – Models, Experiences and Perspectives*. IPC, ENHPS.

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the Evidence on School Health Promotion in Improving Health or Preventing Disease and, Specifically, what is the Effectiveness of the Health Promoting School Approach?* OMS Europe, Health Evidence Network.

Stewart-Burgher, M.S., Rasmussen, V.B., Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools; the Alliance of Education and Health*. ENHPS Copenhague.

Stokes, E., Pine, C. M., Harris, R., V. (2009). “The Promotion of Oral Health Within the Healthy School Context in England: a Qualitative Research Study”. In *BMC Oral Health*, 9, 3.

Stokols, D., Grzywacz, J. G., McMahan, S. & Phillips, K. (2003). “Increasing the Health Promotive Capacity of Human Environments”. In *American Journal of Health Promotion*, 18, 1.

Stone, E. J., McKenzie, T. L., Welk, G. J., Booth, M. L. (1998). “Effects of Physical Activity Interventions in Youth. Review and Synthesis”. In *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 4.

Story, M., Kaphingst, K. M., French, S. (2006). “The Role of Schools in Obesity Prevention”. In *The Future of Children*, 16, 1.

Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K. J. (2005). “Interventions for Preventing Obesity in Children”. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3e édition.

Tang, K.-C., Nutbeam, D., Aldinger, C., St-Leger, L., Bundy, D. *et al.* (2008). ”Schools for Health, Education and Development: a Call for Action”. In *Health Promotion International*, 24, 1.

Terzian, M. A., Fraser, M. W. (2005). “Preventing Aggressive Behavior and Drug Use in Elementary School: Six Family-Oriented Programs”. In *Aggression and Violent Behavior*, 10.

Thomas, H., Ciliska, D., Micucci, S., Wilson-Abra, J., Dobbins, M. (2004). *Effectiveness of Physical Activity Enhancement and Obesity Prevention Programs in Children and Youth*. Programme de recherche, d’éducation et de développement en santé publique, Hamilton.

Thomas, H., Micucci, S., Ciliska, D., Mirza, M. (2005). *Effectiveness of School-Based Interventions in Reducing Adolescent Risk Behaviours: a Systematic Review of Reviews*. Programme de recherche, d’éducation et de développement en santé publique, Hamilton.

Thomas, R. (2002). “School-based Programmes for Preventing Smoking”. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2e édition.

Thurston, M. (2006). *The National Healthy Schools Programme: a Vehicle for School Improvement? Case Studies from Cheshire*. Centre for Public Health Research, Chester.

Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000). “School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis”. In *Journal of Primary Prevention*, 20, 4.

Trayers, T., Deem, R., Fox, K. R., Riddoch, C. J., Ness, A. R., Lawlor, D. A. (2006). "Improving Health Through Neighbourhood Environmental Change: Are We Speaking the Same Language? A Qualitative Study of Views of Different Stakeholders". In *Journal of Public Health*, 28, 1.

Treno, A. J., Lee, J. P. (2002). “Approaching Alcohol Problems through Local Environmental Interventions”. In *Alcohol Research and Health*, 26, 1.

Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Vertio, H. (2006). "Did Something Change in Health Promoting Practices? A Three-Year Study of Finnish European Network of Health Promoting Schools". In *Teachers and Teaching*, 12, 6.

Van Sluijs, E. M. F., McMinn, A. M., Griffin, S. J. (2007). "Effectiveness of Interventions to Promote Physical Activity in Children and Adolescents : Systematic Review of Controlled Trials". In *BMJ*, 335.

Vazsonyi, A. T., Belliston, L. M., Flannery, D. J. (2004). “Evaluation of a School-Based Universal Violence Prevention Program: Low-, Medium-, and High-Risk Children”. In *Youth Violence and Juvenile Justice*, 2.

Vince Whitman, C. (2005). “Implementing Research-Based Health Promotion Programmes in Schools: Strategies for Capacity Building” In Clift, S. & Jensen, B. B. (dirs) (2005).

Vince Whitman, C. & Aldinger, C.E. (dirs.), (2009). *Case Studies in Global School Health Promotion: From Research to Practice.* Springer Science, New York.

Violette, M. (2005). *L'École communautaire. Un carrefour pour la réussite des jeunes et le développement de la communauté*. MELS, Québec.

Viramontez Anguiano, R. P. (2004). "Families and Schools: The Effect of Parental Involvement on High School Completion". In *Journal of Family Issues*, 25, 1.

Vreeman, R.C., Carroll, A. E. (2007). "A Systematic Review of School-Based Interventions to Prevent Bullying". In *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 161.

Walsh, R. A., Tzelepis, F. (2007). "Adolescents and Tobacco Use: Systematic Review of Qualitative Research Methodologies and Partial Synthesis Findings". In *Substance Use and Misuse"*, 42.

Warren, M. R. (2005). "Communities and Schools: A New View of Urban Education Reform". In *Harvard Educational Review*, 75, 2.

Warwick, I., Aggleton, P., Chase, E., Schagen, S., Blenkinsop, S., Schagen, I., Scott, E., Eggers, M. (2005). "Evaluating Healthy Schools : Perceptions of Impact among School-Based Respondents". In *Health Education Research*, 20, 6.

Watt, R. G. (2005). "Strategies and Approaches in Oral Health Disease Prevention and Health Promotion". In *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 9.

Watt, R. G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S. S., Kay, E., Mrogan, A., Munday, P., Nowjack-Raymer, R., Treasure, E. T. (2006). "Evaluating Oral Health Promotion: Need for Quality Outcome Measures" In *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34.

Weissberg, R. P., Shriver, T. P. (1996). "School-Based Prevention Programs: A Comprehensive Strategy". In *Spotlight on Student Success*, 113.

Weist, M. D. (2005). "Fulfilling the Promise of School-Based Mental Health: Moving Toward a *Public Health Promotion* Approach". In *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 6.

West, P. (2006). "School Effects Research Provide New and Stronger Evidence in Support of the Health-Promoting School Idea". In *Health Education*, 106, 6.

Wells, J., Barlow, J., Stewart-Brown, S. (2003). "A Systematic Review of Universal Approaches to Mental Health in Schools". In *Health Education*, 103, 4.

Wentzel, K. R. (1999). "Social Influences on School Adjustment: Commentary". In *Educational Psychologist*. 34, 1.

White, D., Pitts, M. (1998). "Educating Young People about Drugs: a Systematic Review". In *Addiction*, 93, 10.

Whitehead, D., (2006). " The health-promoting school: what role for nursing?" In *Journal of Clinical Nursing*, 15, 3.

Wiefferink, C. H., Peters, L., Hoekstra, F., Ten Dam, G., Buijs, G. J., Paulussen, T. G. W. M. (2006). "Clustering of Health-Related Behaviors and their Determinants: Possible Consequences for School Health Interventions". In *Prevention Science*, 7, 2.

Wilson, S. J., Lipsey, M. W., Derzon, J. H. (2003). "The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: a Meta-Analysis". In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1.

Wilcox, P. (2003). "An Ecological Approach to Understanding Youth Smoking Trajectories: Problems and Prospects". In *Addiction*, 28, Suppl. 1.

Wolford-Symons, C., Cinelli, B. (1997). “Bridging Student Health Risks and Academic Achievement through Comprehensive School Health Programs”. In *Journal of School Health*, 67, 6.

Wright-DeAguero, L. K., Smith, S. J., Valverde, K., Johnson P. H., Curtis, K., Cohen, B., Reynolds, M. Thomas, C., Scrimshaw, S. (2002). “A Systematic Review of Sexuality Education Interventions for Adolescents”. *International Conference on AIDS*, CDC, Atlanta.

Yen, I. H., Syme, S. L. (1999). “The Social Environment and Health: A Discussion of the Epidemiologic Literature”. In *Annual Review of Public Health*, 20.

Young, I. (2005). "La promotion de la santé à l'école – une perspective historique". In *Promotion & Education*, 12, 3-4.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	L'ÉCOLE EN SANTÉ **Recension des écrits**	**5,00$**	

NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)

978-2-89494-846-0

Nom _____

_____

Adresse _____
No Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**.

Veuillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER notre monde ENSANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec