



DES MESURES ÉLARGIES DE LA RÉUSSITE : LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE À L'ÉCOLE

BRUCE FERGUSON

SICKKIDS ET L'UNIVERSITÉ DE TORONTO

KEITH POWER

UNIVERSITÉ MEMORIAL DE TERRE-NEUVE



MESURER
CE QUI
COMPTE

UN PROJET DE PEOPLE FOR EDUCATION

© Mesurer ce qui compte, People for Education, 2014

People for Education est un organisme de bienfaisance enregistré qui travaille pour soutenir l'éducation financée à même les deniers publics dans les écoles de langue anglaise et de langue française des conseils scolaires publics et catholiques. Numéro d'enregistrement : 85719 0532 RR0001

641, rue Bloor Ouest, Toronto, ON M6G 1L1
Téléphone : 416-534-0100 ou 1-888-534-3944
Courriel : info@peopleforeducation.ca

MESURER CE QUI COMPTE

People for Education – travaillant de concert avec des spécialistes de partout au Canada – mène un projet pluriannuel qui vise à étendre la définition canadienne de la réussite scolaire en élargissant les indicateurs utilisés pour mesurer les progrès réalisés par les écoles dans un certain nombre de domaines vitaux.

AVIS DE DROIT D'AUTEUR ET DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Les rapports et documents du projet Mesurer ce qui compte ont été élaborés en partenariat avec les principaux auteurs et auteures des documents pour chacun des domaines. Les demandes d'autorisation de photocopier ou de reproduire le matériel protégé publié dans ce document doivent être soumises à Dr. Bruce Ferguson au bruce.ferguson@sickkids.ca ou à People for Education au info@peopleforeducation.ca.

CITATIONS

Le présent rapport devrait être cité comme suit :

Ferguson, B. et Power, K. (2014). *Des mesures élargies de la réussite : la santé physique et mentale à l'école*. Dans *Measuring What Matters*, People for Education. Toronto : 8 novembre 2014.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| L'IMPORTANCE DE PROMOUVOIR LA SANTÉ PHYSIQUE | 1 |
| L'IMPORTANCE DE PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE | 2 |
| Objectifs des programmes scolaires de promotion en santé physique et mentale | 3 |
| HISTORIQUE DES PROGRAMMES SCOLAIRES D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ | 3 |
| L'Initiative des écoles pour la promotion de la santé | 5 |
| Approche globale de la santé en milieu scolaire | 5 |
| Composantes supplémentaires des initiatives globales de promotion de la santé dans les écoles | 6 |
| Efficacité de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé et de l'Approche globale de la santé en milieu scolaire sur la santé physique | 6 |
| Santé et bien-être | 7 |
| Rendement scolaire | 7 |
| Promotion de la santé physique : résumé | 8 |
| Historique des programmes scolaires de promotion et d'intervention en santé mentale | 9 |
| Connaissances en santé mentale | 10 |
| Programmes d'augmentation de la résilience | 11 |
| Programme de réduction ou de prévention de l'intimidation et des agressions | 11 |
| Prévention de la toxicomanie | 13 |
| Programmes de promotion de la santé mentale : résumé | 13 |
| Préoccupations liées à la promotion et à la prévention de la santé physique et de la santé mentale | 14 |
| MESURES | 14 |
| Mesures d'anciennes études | 14 |
| Que faut-il mesurer dans les années à venir? | 16 |
| Santé physique et santé mentale | 17 |
| Comportements à risque | 18 |
| SOMMAIRE | 19 |
| RÉFÉRENCES | 20 |

INTRODUCTION

Les préoccupations répandues des professionnels et du public quant au faible taux d'activité physique et aux taux élevés d'obésité, de dépression et d'anxiété chez les jeunes ont mis les projecteurs sur le rôle des écoles par rapport à la santé physique et mentale des jeunes. La contribution des écoles au développement de la santé physique et mentale ressort de plus en plus clairement. L'éducation physique et à la santé est bien ancrée dans le système scolaire, mais les programmes traitant explicitement de santé mentale sont plus récents. Bien qu'on les considère maintenant comme des éléments éducatifs importants, les programmes d'éducation physique et à la santé mentale et leurs résultats ne font pas l'objet d'une évaluation systématique.

En ce moment, les approches pédagogiques à la promotion de la santé physique et de la santé mentale dans les écoles sont soumises à deux influences distinctes. Depuis longtemps, l'éducation physique (à la santé) est considérée comme un complément naturel à la formation scolaire. Cette perspective s'inscrit dans une approche holistique de l'éducation qui est centrée sur l'enfant « dans son ensemble ». La seconde influence vient d'une approche fondée sur les parcours de vie par rapport à l'épidémiologie des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale. Reposant sur l'hypothèse qu'il est possible de prévenir les maladies chroniques en enseignant des modes de vie sains aux élèves en bas âge, la préoccupation centrale de cette approche est le coût des maladies chroniques pour la société. Cette approche tient aussi compte des problèmes de santé qui réduisent la qualité de vie ainsi que du coût et du fardeau personnel de ces problèmes pour les individus et les familles. Les approches actuelles par rapport aux programmes d'éducation à la santé physique et mentale dans nos écoles témoignent de notre préoccupation pour optimiser les chances de réussir dans la vie (p. ex. leur qualité de vie) des élèves, mais aussi de bien vivre dans un contexte où il faut produire une main-d'œuvre concurrentielle et réduire le coût des soins de santé des années à venir. Notre analyse de l'histoire et de l'efficacité des programmes d'éducation à la santé et de promotion de la santé démontre que la promotion de la santé physique et la promotion de la santé mentale sont inextricablement liées.

L'IMPORTANCE DE PROMOUVOIR LA SANTÉ PHYSIQUE

Les programmes d'éducation à la santé et d'éducation physique à l'école reposent sur l'idée qu'il y a des avantages physiques, scolaires et psychologiques à court terme de renseigner les élèves sur la santé et l'activité physique. Ils sont aussi fondés sur l'hypothèse que si l'enfant adopte un mode de vie sain et qu'il est capable de faire des choix santé, il maintiendra ces habitudes dans sa vie adulte, ce qui réduira ses risques de contracter une maladie chronique. Selon le ministère de l'Éducation de l'Ontario, le programme-cadre d'éducation physique et santé repose sur la vision que « tous les élèves peuvent : acquérir des connaissances et habiletés qui leur bénéficieront tout au long de leur vie; acquérir une littératie en matière d'éducation physique et de santé; développer la compréhension, la capacité et le dévouement nécessaires pour mener une vie active et saine et pour en faire la promotion » (Curriculum de l'Ontario de la 1^{re} à la 8^e année, Éducation physique et santé 2010, p. 6). Bien que les avantages à court terme aient été démontrés, l'hypothèse des avantages à l'âge adulte des bonnes habitudes acquises en bas âge n'a pas été prouvée par des études rigoureuses. Toutefois,

l'épidémiologie fondée sur l'approche du parcours de vie fournit de nombreux exemples où les habitudes physiques et sociales pendant la gestation, l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte ont une incidence sur les risques à long terme de maladie chronique (Ben-Sholmo et Kuh, 2002; Hertzman, 1995). Ces preuves viennent appuyer la vision et les objectifs à long terme des programmes d'éducation physique et à la santé dans les écoles et soulignent la nécessité de procéder à l'évaluation longitudinale des programmes, qui n'a pas été faite jusqu'à présent.

Du milieu à la fin des années 1980, l'American Academy of Physical Education (Malina, 1987), l'American Academy of Pediatrics Committees on Sport Medicine and School Health (1987) et l'American College of Sports Medicine (1988) ont réclamé des programmes d'éducation physique scolaires assortis d'objectifs en matière d'activités axées sur la santé pour contrer le problème de santé publique croissant lié au manque d'activité physique. Avant cette période, on reconnaissait peu le rôle des écoles pour rehausser le niveau d'activité physique des élèves et les résultats cliniques subséquents. Mais dès qu'on a pris conscience dans les années 1990 de l'épidémie mondiale d'obésité, de plus en plus de groupes de santé publique ont demandé de faire participer les écoles à la promotion de l'activité physique chez les enfants pour prévenir le diabète, les maladies cardiovasculaires et d'autres maladies non transmissibles associées à l'inactivité et à l'obésité (Sallis, McKenzie, Beets, Beighle, Erwin et Lee, 2012). Selon Lipnowski et Leblanc (2012), les cas d'obésité ont presque triplé dans les 25 dernières années; jusqu'à 26 % des enfants (de 2 à 17 ans) ont un surplus de poids ou sont obèses. Les conséquences sur la santé de l'obésité infantile sont notamment l'insulino-résistance, le diabète de type 2, la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, l'apnée obstructive du sommeil, la stéatohépatite non alcoolique, une faible estime de soi et une faible qualité de vie liée à la santé. À l'échelle sociétale, une réduction du taux de maladie chronique est un enjeu économique de taille dans le contexte de la flambée du coût des soins de santé. On estime que 42 % des coûts directs des soins de santé au Canada et 65 % des coûts indirects sont liés aux maladies chroniques. Ce sont donc les inquiétudes à la fois par rapport à la santé de nos enfants et à la hausse fulgurante du coût des soins de santé qui ont ravivé l'intérêt envers les programmes d'éducation physique et à la santé en milieu scolaire comme façon de réduire le coût à long terme des maladies chroniques.

L'IMPORTANCE DE PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE

Les objectifs à court et à long terme des programmes scolaires de promotion de la santé mentale et d'intervention en santé mentale sont compatibles avec les objectifs de promotion de la santé. En santé mentale, les chemins qui mènent à la morbidité sont très clairs. Un diagnostic psychiatrique à l'enfance augmente les risques d'un trouble à l'adolescence, qui augmente à son tour les risques de troubles mentaux à l'âge adulte (Investir dans la santé mentale, 2010). La prévention et le traitement précoce et efficace ont donc des effets bénéfiques à long terme pour les individus et la société. Il est connu que la majorité des cas de trouble mentaux émergent durant l'enfance et l'adolescence. On estime qu'environ 15 % des jeunes ont une forme de trouble mental (Waddell et coll., 2002), taux qui grimpe jusqu'à 25 % à l'âge adulte (Kessler et coll., 2005). Ces troubles vont de ceux qui sont très fréquents, mais qui se traitent bien (comme l'anxiété et la dépression) aux troubles moins courants, mais extrêmement débilissants et persistants (comme l'autisme et la schizophrénie). Les troubles mentaux peuvent avoir des effets à la fois immédiats et profonds. Chaque année, des milliers de jeunes se

« (...) il est permis de croire qu'une promotion efficace de la santé mentale en milieu scolaire pourrait réduire la détresse à court et à long terme chez les individus et réduire les coûts pour la société. »

suicident parce qu'ils en sont atteints; les troubles mentaux sont donc la deuxième principale cause de décès après les collisions automobiles chez les jeunes canadiens de 10 à 24 ans (Anderson et Smith, 2003; Statistique Canada, 2009). Malgré la prévalence élevée de troubles mentaux, notamment les troubles liés à la toxicomanie (bien que dans une moindre mesure), et leurs conséquences sur la vie des enfants et des familles, la plupart des jeunes ne cherchent pas d'aide et n'ont pas accès assez rapidement à des services ou à des ressources scientifiquement fondées en santé mentale (Offord et coll., 1987). La Commission de la santé mentale du Canada (Investir dans la santé mentale, 2010) estime que les troubles de santé mentale font augmenter le coût direct de 50 milliards de dollars. Ainsi, compte tenu des parcours clairement établis des troubles mentaux de l'enfance à l'âge adulte, il est permis de croire qu'une promotion efficace de la santé mentale en milieu scolaire pourrait réduire la détresse à court et à long terme chez les individus et réduire les coûts pour la société.

OBJECTIFS DES PROGRAMMES SCOLAIRES DE PROMOTION EN SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

Les compétences en santé que les élèves sont censés acquérir varient durant leur parcours scolaire. Ils commencent par aimer l'activité physique et comprendre l'importance des saines habitudes alimentaires et de sommeil. On s'attend à ce qu'à la fin du secondaire, les élèves aient acquis les compétences pertinentes sur le bien-être physique personnel et les compétences physiques, de même que les connaissances, les attitudes et l'engagement nécessaires pour mener une vie active en santé. Pour ce qui est de la santé mentale, l'objectif consiste à faire en sorte que les élèves puissent s'occuper d'eux-mêmes et de leurs relations avec les autres. Cette démarche commence par des activités de maîtrise de soi et de jeu coopératif interactif appropriées à l'âge des élèves, dès la maternelle. Vers la fin du secondaire, les jeunes devraient être conscients de leur propre état psychologique et pouvoir le surveiller; savoir gérer les stress quotidiens; être capable de gérer leurs relations personnelles et à l'école ou au travail; participer activement à la vie scolaire/communautaire. On s'attend aussi à ce qu'ils sachent reconnaître les signes d'un problème de santé mentale chez eux-mêmes et chez les personnes qui les entourent, et qu'ils sachent à quel moment et qui consulter.

Il est donc important de promouvoir tant la santé physique que la santé mentale dans l'intérêt des individus, de la société et de l'économie. Parce qu'elles jouent un rôle si central dans la vie des enfants et des adolescents, les écoles sont généralement considérées comme de bons endroits pour intervenir en santé physique et mentale et en faire la promotion. Voyons maintenant si nous avons bien fait les choses jusqu'à présent.

HISTORIQUE DES PROGRAMMES SCOLAIRES D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET À LA SANTÉ

C'est chez les Grecs qu'est née la physiocratie, courant de pensée qui reconnaît les rapports entre les causes naturelles et sociales, et le développement sain. Les Grecs comprenaient que la santé et la maladie n'étaient pas dissociables du comportement humain ou de l'environnement physique et social de l'individu (Tountas, 2009). L'éducation physique a atteint son sommet dans l'Athènes ancienne, où l'objectif était l'excellence individuelle. Comme les Athéniens cherchaient l'harmonie du corps et de l'esprit, l'éducation physique et l'entraînement étaient très estimés et occupaient une place de choix dans la plupart

des programmes d'éducation. Le but de l'éducation physique n'était pas que de favoriser le développement physique, mais de développer l'individu tout entier (Mechikoff et Estes, 1993).

À la fin du XIX^e siècle, l'éducation physique reposait sur des approches européennes de ce que l'on appelait « gymnastique ». Les programmes faisaient souvent appel à du matériel et ciblaient les forces et les compétences. Au début du XX^e siècle, parallèlement à l'organisation du système scolaire en Amérique du Nord, le sport et les jeux organisés ont commencé à occuper une grande place dans les programmes d'éducation physique (Siedentrop, 2001). Dans les années 1930, l'éducation physique a connu une baisse de popularité. Toutefois, après le déclenchement de la Seconde Guerre mondiale, le conditionnement physique s'est retrouvé au cœur d'un renouveau de l'éducation physique, qui insistait sur le développement de la force, de l'endurance, de la coordination et des compétences nécessaires au service militaire. L'évaluation de ces compétences (force, vitesse, agilité, capacité de grimper, etc.) est devenue un élément important des programmes d'éducation physique et le demeure encore aujourd'hui en partie.

Dans les années 1980, deux orientations de recherche ont grandement influencé l'évolution des programmes de promotion de la santé physique. Premièrement, des épidémiologistes ont révélé la rapidité du taux de croissance de l'obésité dans la population nord-américaine et la hausse concomitante de la prévalence de maladies chroniques non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et le cancer. Deuxièmement, il devenait évident que l'exercice régulier (en particulier de type aérobique) pouvait faciliter le maintien d'un poids santé, réduire le taux de graisse corporelle, améliorer la circulation sanguine, aider à abaisser le taux de glycémie, augmenter la sensibilité à l'insuline et réduire le stress et les cas de dépression (Blair, Kohl et Powell, 1987). Ces deux groupes d'études ont entraîné la transformation des programmes d'éducation physique, qui sont alors passés du modèle de « conditionnement physique » à celui d'« éducation physique liée à la santé » (McKenzie et Sallis, 1996). Les bienfaits santé de l'activité physique sont toujours au nombre des arguments pour l'éducation physique à ce jour. Aujourd'hui, on insiste davantage sur le développement des connaissances et des attitudes par rapport à l'activité physique ainsi que sur la pratique d'activités physiques chez les enfants, dans l'espoir que ces habitudes amèneront ces enfants devenus adultes à adopter de saines habitudes de vie qui amélioreront leur bien-être et réduiront leurs risques de développer une maladie chronique (Baranowski et coll., 1997). Ce modèle a profondément influencé les programmes scolaires orientés vers une approche globale de la santé qui sont courants de nos jours.

L'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 (Organisation mondiale de la Santé, 1986) a donné le coup d'envoi à l'élaboration des deux initiatives de promotion de la santé en milieu scolaire les plus populaires aujourd'hui, soit l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé et l'Approche globale de la santé en milieu scolaire (St. Leger, Kolbe, Lee, McCall et Young, 2007; Veugelers et Schwartz, 2010). Bien que ces deux initiatives varient en nom, elles concernent toutes deux le milieu scolaire élargi et ont les mêmes objectifs de base, soit améliorer la santé et la réussite des élèves.

« Toutes les composantes du milieu scolaire, y compris les individus qui en font partie et les relations entre ces personnes, le milieu physique et social et l'éthos, les rapports et partenariats avec le milieu, et les politiques, sont des secteurs d'intervention importants pour une école qui veut promouvoir la santé. »

L'INITIATIVE DES ÉCOLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

L'idée initiale de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé vient de Grande-Bretagne et d'Europe en général. Les trois principales considérations étaient les suivantes :

1. Le temps consacré à la santé dans les programmes officiels de matières comme la biologie, l'économie familiale, l'éducation physique, l'éducation sociale et l'éducation à la santé;
2. Les programmes « cachés » des écoles, par exemple les rapports employés/élèves, les rapports école-communauté, le milieu scolaire et la qualité des services (comme les repas servis à l'école);
3. Les services de santé et de soins qui jouent un rôle de promotion de la santé dans les écoles par le dépistage, la prévention et l'orientation des enfants (Young, 2005, p. 113).

Depuis 1986, l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé comporte un volet d'éducation des élèves en les faisant participer au processus de planification et de décision. Pour l'Organisation mondiale de la Santé (2014), une école faisant partie de l'Initiative « tente constamment de s'améliorer en tant que milieu sain où il fait bon vivre, apprendre et travailler ». Toutes les composantes du milieu scolaire, y compris les individus qui en font partie et les relations entre ces personnes, le milieu physique et social et l'éthos, les rapports et partenariats avec le milieu, et les politiques, sont des secteurs d'intervention importants pour une école qui veut promouvoir la santé.

APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

L'Approche globale de la santé en milieu scolaire (AGSS) a vu le jour en Amérique du Nord à peu près en même temps que l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé. Comme cette dernière, l'AGSS tire ses origines de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) et s'attaque à la santé dans les écoles d'une façon planifiée, intégrée et holistique pour favoriser l'amélioration du rendement scolaire et du bien-être (Consortium conjoint pour les écoles en santé, 2014). Depuis sa création, l'AGSS gagne en popularité et a été adoptée dans plus de 40 pays (Veugelers et Schwartz, 2010).

Selon le Consortium conjoint pour les écoles en santé (CCES, 2014), l'AGSS comporte quatre piliers : 1) enseignement et apprentissage; 2) environnement social et physique; 3) politiques de santé dans les écoles; 4) partenariats et services. Le pilier *enseignement et apprentissage* porte surtout sur l'éducation curriculaire et non curriculaire des élèves de même que la préparation et le perfectionnement des enseignants en matière de santé. L'objectif consiste à transmettre des connaissances aux élèves et à leur faire vivre des expériences adaptées à leur âge qui les aideront à développer les compétences nécessaires pour améliorer leur santé et leurs résultats scolaires. Le pilier *environnement social et physique* consiste à promouvoir la santé physique et mentale en favorisant l'établissement de relations de qualité et le bien-être émotionnel des élèves et du personnel. Il tient compte en particulier de l'influence – négative ou positive – du milieu physique sur la santé, notamment sur la sécurité, l'accès aux installations et aux ressources et la qualité de l'air et de l'eau. Le pilier *politiques de santé dans les écoles* s'intéresse aux pratiques de gestion, aux processus décisionnels, aux règlements, aux procédures et aux politiques à tous les niveaux qui influencent la santé et l'évolution d'un milieu scolaire respectueux, accueillant et bienveillant. Enfin, le pilier *partenariats et services* porte sur l'établissement de rapports de travail

harmonieux dans les écoles, entre les écoles et entre les écoles et les organismes du milieu.

COMPOSANTES SUPPLÉMENTAIRES DES INITIATIVES GLOBALES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES ÉCOLES

Dans les initiatives de promotion de la santé reposant sur le modèle du CCES adoptées par les écoles du Canada, bon nombre des éléments de ces initiatives traitent autant de santé mentale que de santé physique. On y retrouve bien souvent, par exemple, des objectifs relatifs à la culture positive à école et un milieu d'apprentissage positif, ou encore à la qualité des relations au sein de l'école. Les compétences psychosociales, comme la gestion du stress, en font aussi partie, tout comme des objectifs de prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et de réduction d'autres types de comportements dangereux. De même, l'éducation à la santé sexuelle et à une vie sexuelle saine commence à l'école élémentaire et se poursuit au secondaire (avec une permission parentale, un élève peut être exempté de ces programmes). Dans *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (2008), l'Agence de santé publique du Canada recommande d'adopter la définition de « santé sexuelle » de l'Organisation mondiale de la Santé (2006), soit « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité », et sa définition de « sexualité », soit « un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction ». La définition de « santé sexuelle » ajoute que « [P]our atteindre la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun » (Organisation mondiale de la Santé, 2006). Comme on peut le lire dans le rapport sur l'apprentissage social et émotionnel, la conscience de soi est une compétence essentielle à l'évolution de l'identité, ce qui est un facteur important pour la santé mentale. L'identité sexuelle est un élément essentiel de la personnalité et elle est tout aussi essentielle à une bonne santé mentale que la santé sexuelle est essentielle à la santé physique. Pour tenir compte du rôle des écoles à cet égard, l'Ontario a modifié en 2012 sa *Loi sur l'éducation* et a adopté la *Loi pour des écoles tolérantes*. Selon le préambule de cette loi, « tous les élèves devraient se sentir en sécurité à l'école et [...] ils ont droit à un climat scolaire positif qui soit inclusif et où ils se sentent acceptés, sans égard à la race, à l'ascendance, au lieu d'origine, à la couleur, à l'origine ethnique, à la citoyenneté, à la croyance, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à l'expression de l'identité sexuelle, à l'âge, à l'état matrimonial, à l'état familial ou au handicap ». Cette loi stipule donc, entre autres choses, que les élèves ont le droit de se sentir en sécurité et acceptés quelle que soit leur identité sexuelle.

EFFICACITÉ DE L'INITIATIVE DES ÉCOLES POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE L'APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

Il reste maintenant à voir si la mise en place des modèles de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé et de l'Approche globale de la santé en milieu scolaire (AGSS) a été une réussite. Stewart-Brown (2006) souligne que de nombreuses études ont inclus tous les éléments de l'un ou l'autre des modèles dans leur méthodologie ou évaluation. Une analyse des programmes permet de voir dans quelle mesure ces modèles ont été respectés. Thomson et Robertson (2012) ont procédé à une telle analyse dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada puisque tous (sauf le Québec) ont adopté le modèle du CCES. Thomson et Robertson (2012) concluent que, dans la majorité des provinces et territoires du Canada, la politique relative aux programmes ne respecte pas totalement l'AGSS.

Le plus souvent, il manque des politiques visant directement l'autonomisation des enfants et les connaissances en santé. Aucune province ni aucun territoire ne se sont positionnés sur l'autonomisation, et cinq provinces seulement ont intégré des éléments essentiels des connaissances en santé à leur programme.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Les preuves de l'efficacité de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé et de l'AGSS pour améliorer la santé se font encore rares, car peu d'études ont analysé les initiatives qui incorporent tous les éléments ou même plusieurs des éléments des modèles proposés (Bassett-Gunter, 2012). On constate toutefois des effets positifs dans les écoles qui adoptent certains éléments d'une initiative scolaire de promotion de la santé. Le projet APPLE (Alberta Project Promoting Active Living and Healthy Eating Schools), par exemple, a adopté une approche globale et a fait état de plusieurs résultats positifs. Deux ans après l'adoption du projet, les élèves des écoles APPLE étaient plus actifs physiquement, ils étaient moins à risque d'obésité et consommaient plus de fruits et légumes et moins de calories que les élèves d'autres écoles de la province (Fung, Kuhle, Lu, Purcell, Schwartz, Storey et Veugelers, 2012). De façon générale, les programmes de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé et de l'AGSS les plus efficaces pour modifier le comportement des élèves par rapport à la santé sont intensifs, durables et comportent une stratégie à plusieurs volets, notamment l'éducation à la santé, des changements à apporter au milieu scolaire et la création de partenariats avec la communauté élargie (Stewart-Brown, 2006).

Il a été démontré que les programmes de promotion de la santé sont efficaces pour accroître la durée de l'activité physique et l'intensité des activités, et réduire le nombre d'heures consacrées à regarder la télévision (Stewart-Brown, 2006; Dobbins et coll., 2013). Par contre, les résultats de certains tests médicaux - pouls, pression artérielle, indice de masse corporelle - ne sont pas toujours positifs (Dobbins et coll., 2013; Klakk et coll., 2014). Il a aussi été prouvé que les programmes d'éducation sexuelle réduisent la fréquence de comportements sexuels à risque chez les jeunes (Sexual Information and Education Council of Canada, 2009; Silva, 2002)

RENDEMENT SCOLAIRE

Même dans les cas où la plupart des éléments de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé ou du modèle AGSS sont mis en place, les études font rarement état du rendement scolaire des élèves (Rowling et Jeffries, 2006). Toutefois, plusieurs exemples montrent clairement un lien entre l'adoption d'un programme d'école en santé ou de certains éléments de l'AGSS ou de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé et une amélioration du rendement scolaire (Basch, 2011; Murray, Low, Hollis, Cross et Davis, 2007). Une étude récente (Rasberry et coll., 2011) sur les liens entre l'activité physique à l'école et le rendement scolaire est venue étoffer des résultats antérieurs. Les auteurs ont passé en revue 251 liens représentant le rendement scolaire, le comportement scolaire ainsi que les aptitudes et les attitudes cognitives; ils ont constaté qu'un peu plus de la moitié (50,5 %) de ces liens étaient positifs et que moins de 2 % étaient négatifs. Ces résultats montrent qu'une hausse de l'activité physique à l'école est soit liée positivement au rendement scolaire, soit non liée au rendement. Il nous incite aussi fortement à croire que le fait de consacrer plus de temps à l'activité physique dans les écoles ne nuit pas au rendement scolaire.

PROMOTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE : RÉSUMÉ

Dans l'ensemble, même si les programmes de promotion de la santé à l'école existent déjà depuis un certain temps et qu'ils présentent des modèles multidimensionnels bien étoffés et bien répandus, les preuves de l'amélioration du rendement scolaire et des résultats en matière de santé ne sont pas aussi claires qu'on l'aurait souhaité. On sait que les programmes scolaires peuvent contribuer à changer les connaissances des élèves sur la santé, leurs habitudes alimentaires et leur niveau d'activité, et qu'ils sont liés à une amélioration du rendement scolaire. Toutefois, nous n'avons pas de preuves longitudinales pour démontrer que ces changements mènent à un mode de vie actif à l'âge adulte, qui entraîne à son tour une amélioration du bien-être général et une diminution de la prévalence des maladies chroniques. Nous possédons néanmoins assez de preuves irréfutables pour maintenir les programmes généraux de promotion de la santé dans les écoles. Dans une méta-analyse réalisée en 2006, Stewart-Brown indique que les programmes les plus efficaces sont généralement les plus longs, les plus intenses et ceux qui mettent à contribution l'ensemble du milieu scolaire (élèves, enseignants, personnel, parents/communauté). Ces programmes comportent généralement plusieurs volets comportant eux-mêmes plusieurs éléments curriculaires et ils impliquent des changements du milieu ou de la culture scolaires et la formation des porteurs de drapeau dans les écoles. Le choix et la mise en place de ces programmes doivent reposer sur des données probantes. Il faut aussi évaluer ces programmes pour vérifier s'ils sont bien implantés et s'ils produisent les résultats escomptés.

HISTORIQUE DES PROGRAMMES SCOLAIRES DE PROMOTION ET D'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

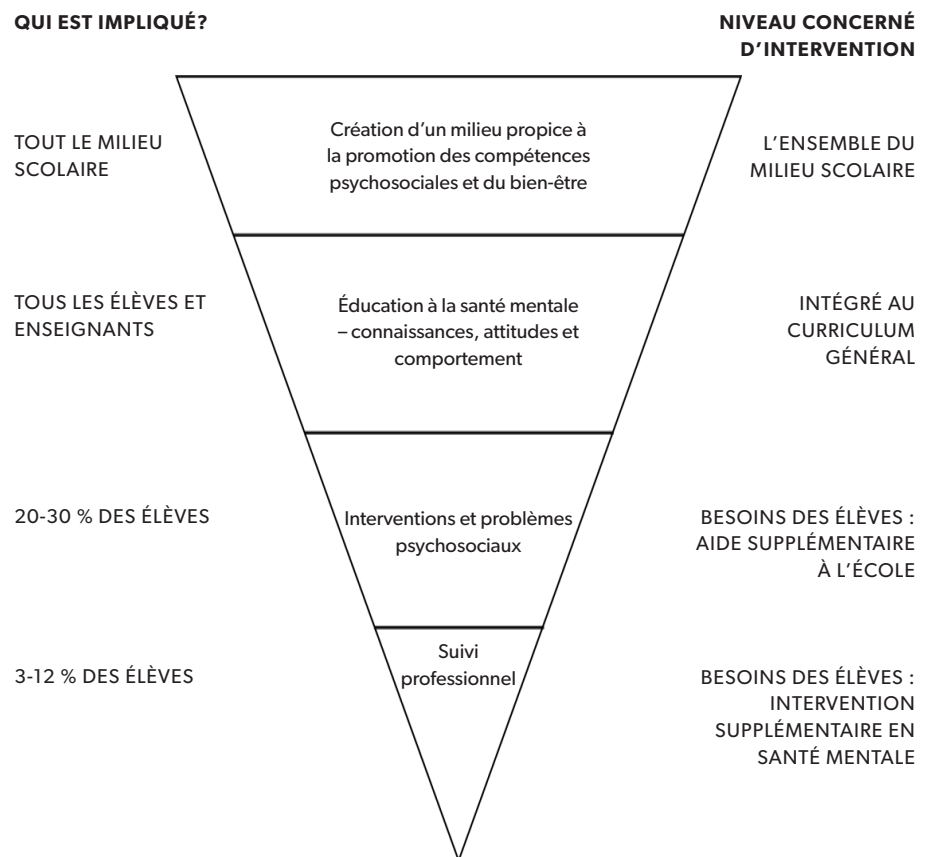
Même au temps de la Grèce antique, les cours d'éducation physique comportaient des éléments de développement psychologique. Une fois implantés dans les écoles, les programmes de santé comprenaient la plupart du temps une section sur les troubles mentaux et l'alcoolisme/toxicomanie. Il a toutefois fallu attendre l'arrivée de programmes comme l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé ou l'Approche globale de la santé en milieu scolaire (AGSS) pour avoir des programmes généraux de santé mentale. Comme dans le cas de l'AGSS, les programmes scolaires de santé mentale n'ont pas tardé à adopter un modèle englobant toute l'école et la communauté.

Le modèle dominant de programmes scolaires de santé mentale est illustré à la Figure 1, tirée de Rowling et Weist (2004). L'origine de ces programmes est associée à la nécessité d'organiser l'école de manière à créer un milieu « propice à la santé » pour tous les membres du premier niveau. À ce niveau, il est question de qualité des rapports entre les enseignants, les parents, les élèves et les associations du milieu, de mentalité d'école positive et du rôle de renforcement des politiques de l'école. La création d'un milieu d'apprentissage sûr et positif dans toutes les classes est une autre caractéristique de ce modèle (Weist, 2002). Le deuxième niveau d'action est l'adoption d'un programme-cadre favorisant la promotion de la santé mentale et la réduction des problèmes de santé mentale. Ce programme-cadre comprendra des connaissances en santé mentale et des programmes visant à déstigmatiser les troubles mentaux, à gérer les cas d'intimidation ou d'agression, à accroître la résilience et à prévenir la toxicomanie. Le troisième niveau reconnaît la nécessité d'établir des structures scolaires permettant de dépister les élèves ayant des problèmes sociaux, émotionnels, d'apprentissage ou de santé mentale, ou des troubles mentaux, et de leur offrir l'aide supplémentaire dont ils ont besoin.

Le quatrième niveau concerne le faible pourcentage d'élèves qui ont besoin d'une évaluation ou d'un suivi pour un problème de santé mentale par des professionnels de la santé externes ou des organismes communautaires. À cette étape, les parents sont souvent des partenaires clés, et il est nécessaire de pouvoir compter sur la bonne collaboration et sur des protocoles de transition pour faciliter l'accès aux soins et le retour à l'école. Ces deux derniers niveaux soulignent l'importance des écoles et en particulier des enseignants, qui jouent des rôles essentiels quant au dépistage précoce des jeunes ayant des besoins particuliers ou qui ont besoin de soins professionnels.

Bien que ce cadre ait été adopté partout dans le monde sous diverses formes (Rowling et Weist, 2004), il ne précise pas qui doit prendre les décisions quant au niveau à privilégier dans les écoles ou le conseil scolaire. Cette analyse porte principalement sur les deux premiers niveaux : la promotion universelle de la santé mentale et des programmes spécifiques ou ciblés. Toutefois, les éléments essentiels des programmes de promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents devraient favoriser l'autorégulation et les compétences socio-émotionnelles. Le développement de telles compétences adaptées à l'âge de l'enfant étant le fondement de la santé mentale, les programmes scolaires de promotion

FIGURE 1 Programme global de promotion de la santé mentale en milieu scolaire



de la santé mentale devraient miser principalement sur l'enseignement intégré de ces compétences. Comme le développement de l'autorégulation et de compétences socio-émotionnelles est traité dans un autre rapport, nous concentrerons notre examen sur des initiatives visant l'amélioration des connaissances en santé mentale et la déstigmatisation, ainsi que sur des programmes d'intervention ciblés ayant pour objectif d'accroître la résilience et de réduire ou de prévenir l'intimidation, les agressions, l'alcoolisme et la toxicomanie.

CONNAISSANCES EN SANTÉ MENTALE

Une bonne façon de stimuler l'engagement envers la promotion de la santé mentale dans l'ensemble du milieu scolaire consiste à offrir de la formation sur la santé mentale au personnel enseignant et non enseignant de l'école, aux élèves et aux parents. Ce genre de formation s'inspire de programmes de promotion de la santé qui sont parvenus à rehausser les connaissances en santé du milieu scolaire (Sanders et coll., 2009). On entend par « connaissances en santé mentale » les connaissances et les perceptions qui favorisent le dépistage, la gestion et la prévention des troubles mentaux (Jorm et coll., 1997). Ce concept comprend donc l'information sur les problèmes de santé mentale et ce que nous savons de leur prévention et de leur gestion. En fait, Jorm (2012) a affirmé récemment qu'en améliorant les connaissances en santé mentale dans tous les segments de la population nationale, on améliorerait sans doute la santé mentale de la population en général.

La nécessité de mieux former le personnel enseignant est signalée par Wilson (2007), qui souligne en outre que les enseignants et les intervenants scolaires sont les adultes vers qui les adolescents sont les plus susceptibles de dévoiler un problème de santé mentale. Short, Ferguson et Santor (2009) constatent également que la majorité des enseignants qu'ils ont interrogés se sont dit très préoccupés par les problèmes de santé mentale de leurs élèves, tout en admettant qu'ils ne sont pas bien outillés pour dépister ou aider les élèves souffrant de tels problèmes. Burns et Rapee (2006) ont aussi montré que bon nombre de jeunes de 15 à 17 ans sont incapables de reconnaître une dépression. Enfin, la majorité des élèves et 40 % des parents disent que la gêne ou la honte les empêcheraient de consulter un professionnel de la santé mentale (Investir dans la santé mentale).

Les objectifs des campagnes de sensibilisation à la santé mentale en milieu scolaire sont généraux : 1) aider le personnel enseignant à dépister, à aider et à diriger les élèves qui ont besoin de soutien; 2) améliorer les connaissances et les comportements des enseignants, des élèves et des parents qui favorisent une bonne santé mentale et le bien-être psychologique; 3) amener les élèves et les parents à demander de l'aide s'ils ont un problème de santé mentale; 4) réduire la stigmatisation des personnes atteintes de maladies mentales.

Rickwood et coll. (2004) ont constaté que des présentations interactives dans les écoles par des personnes atteintes d'un trouble mental ont eu pour effet d'augmenter de beaucoup les connaissances autodéclarées des participants et de réduire de façon modeste la stigmatisation, mais n'ont pas eu d'incidence sur l'intention de consulter. Pinfold et coll. (2005) ont montré que l'adoption d'un programme scolaire de sensibilisation à la santé mentale réduisait la stigmatisation par rapport aux problèmes de santé mentale, et Naylor et coll. (2009) ont fait état de résultats semblables dans le cas d'un programme de formation sur la santé mentale destiné aux élèves du secondaire.

Un guide paru dernièrement au Canada (*Mental Health & High School Curriculum Guide*) comporte un module d'autoformation pour les enseignants qui donne de l'information de base sur la santé mentale, sur le dépistage des élèves ayant un problème de santé mentale et sur leur jumelage avec un professionnel de la santé. Il contient en outre six modules destinés aux élèves qui traitent des enjeux de santé mentale suivants : 1) la stigmatisation; 2) comprendre les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux; 3) les troubles mentaux particuliers qui se déclenchent à l'adolescence; 4) des cas vécus de troubles mentaux; 5) demander de l'aide et du soutien; 6) l'importance d'une bonne santé mentale. Kutcher et coll. (2013) indiquent que ce programme a réussi à mieux sensibiliser les élèves et les enseignants par rapport à la santé mentale.

Bien qu'il n'existe pas beaucoup d'études empiriques en ce moment, les preuves dont nous disposons nous portent à croire qu'il est possible d'implanter des programmes scolaires qui atteindront les objectifs de sensibilisation à la santé mentale. Il est toutefois impératif d'évaluer tous ces programmes pour en valider l'efficacité.

PROGRAMMES D'AUGMENTATION DE LA RÉSILIENCE

On entend par « résilience » la capacité d'affronter l'adversité, de s'y adapter et de bien évoluer dans des conditions difficiles. La résilience étant une composante importante de la santé mentale, elle est souvent considérée comme un indicateur d'une bonne santé mentale ou de bien-être. Bon nombre de programmes scolaires ont pour objectif de renforcer les élèves ou d'augmenter leur facteur de protection comme moyen d'accroître leur résilience. Des études récentes ont fait ressortir certains excellents programmes qui ont produit des résultats positifs à l'évaluation. Par exemple, Brownlee et coll. (2013) citent le programme FRIENDS de Barrett (2003) comme programme de grande qualité produisant de bons résultats. Le programme (décrit dans Brownlee et coll., 2013) enseigne l'acquisition de compétences socio-émotionnelles à des élèves de l'élémentaire et du secondaire; il a entraîné une hausse de l'estime de soi et de l'espoir en l'avenir chez les élèves de l'élémentaire, et il a réduit les symptômes de troubles de l'humeur chez les élèves des deux ordres d'enseignement. La résilience des élèves n'a toutefois pas été évaluée, et le programme porte exclusivement sur le milieu scolaire même si le milieu familial et le milieu communautaire sont des facteurs sociaux qui ont une influence considérable sur la résilience, comme le soulignent Ungar et coll. (2014). Toutefois, d'autres études soulignent l'importance des relations au sein du milieu scolaire pour accroître la résilience et le bien-être (Ungar et coll., 2014). De façon générale, on se fie trop au rendement scolaire et à l'engagement scolaire comme critères d'évaluation, mais ces critères ne conviennent pas à bon nombre de groupes sociaux et culturels. Brownlee et coll. (2013) soulignent eux aussi ce problème d'évaluation et dressent une liste d'instruments spécifiques d'évaluation de la résilience qui pourraient servir à de futures études ou évaluations.

PROGRAMME DE RÉDUCTION OU DE PRÉVENTION DE L'INTIMIDATION ET DES AGRESSIONS

L'intimidation et les agressions sont des problèmes psychosociaux communs chez les enfants et dénotent une difficulté à établir et à maintenir des relations positives (Pepler et Ferguson, 2013). Ces problèmes sont si courants qu'on a formé, en 2006, un réseau canadien de chercheurs et de partenaires locaux pour étudier cet enjeu d'une perspective élargie et proactive. Ce réseau s'attache en particulier à promouvoir les relations saines et à prévenir la violence (www.prevnet.ca) en faisant appel aux connaissances, en introduisant des pratiques éprouvées dans le milieu et en prônant l'adoption de politiques de réduction de

l'intimidation et de la violence. On a vu au cours des dernières décennies une prolifération de programmes de lutte à l'intimidation et à la violence dans les écoles, dont bon nombre n'ont pas duré, et peu ont été évalués. Nous pensons que ce phénomène est stimulé par des études de Cunningham et coll. (2009). Ces chercheurs ont étudié les préférences des enseignants par rapport aux programmes de prévention de l'intimidation et ont constaté que ces derniers préféraient les programmes suggérés par des collègues d'autres écoles de façon anecdotique aux rapports appuyés par des données scientifiques.

Après une analyse de différents types de programmes scolaires de santé mentale, Stewart-Brown (2006) a constaté que les interventions visant à réduire les agressions et la violence étaient parmi les plus efficaces. Bon nombre de ces interventions suivaient le modèle du programme de prévention d'Olweus (Olweus, 1993), qui jugeait essentielle la participation de tous les membres du milieu scolaire : personnel enseignant et non enseignant, élèves et parents. Smith et coll. (2004) ont réalisé une synthèse des études sur l'évaluation des approches scolaires globales de lutte à l'intimidation. Ils ont constaté que les effets les plus considérables se sont fait sentir dans les programmes introduits dans les écoles élémentaires ou de premier cycle du secondaire, et les programmes comprenant un processus permettant d'assurer le suivi des directives du programme. Stewart-Brown (2006) a souligné que les programmes les plus efficaces étaient ceux qui étaient élaborés et mis en place à l'aide de méthodes semblables à celles de l'Initiative des écoles pour la promotion de la santé : participation de toute l'école; changements apportés au contexte psychosocial de l'école; développement de compétences personnelles; participation des parents et de l'ensemble du milieu; mise en place sur une longue période. (p. 16)

Le programme Roots of Empathy (Gordon, 2005) est un autre exemple d'initiative de prévention et de réduction de la violence en milieu scolaire. Il s'agit d'un programme de prévention universel élaboré à partir d'études scientifiques qui vise à réduire la violence faite aux enfants et à faciliter le développement de leur compréhension socio-émotionnelle et de leurs comportements prosociaux. Le programme est donné par des formateurs qualifiés et se démarque par la visite mensuelle d'un nourrisson et de ses parents, qui servent à illustrer la leçon sur la compréhension des émotions, la coordination des points de vue, le soin des autres et le développement du nourrisson. Le programme a été introduit dans des classes allant de la maternelle à la 8^e année au Canada et dans d'autres pays. Deux études récentes et bien contrôlées ont démontré des effets positifs sur les participants. Selon une étude sur échantillon aléatoire (Santos et coll. 2011) et d'après les enseignants, le programme a entraîné une réduction du nombre d'agressions physiques et indirectes (relationnelles) et une augmentation des comportements prosociaux. L'autoévaluation par les élèves a donné les mêmes résultats. Les améliorations constatées par les enseignants quant au nombre d'agressions se sont maintenues pendant la période de suivi (après trois ans), tandis qu'une partie des gains relatifs aux comportements prosociaux a été perdue. Schonert-Reichl et coll. (2012) ont montré que le programme Roots of Empathy – si le formateur suivait le programme à la lettre – entraînait une hausse substantielle au niveau des comportements prosociaux tels qu'évalués par les pairs et une diminution du nombre d'agressions proactives et relationnelles tel qu'évalué par les enseignants, mais pas du nombre d'agressions réactives. Ces études nous portent à croire que le programme Roots of Empathy pourrait contribuer à modifier le comportement des élèves de manières qui améliorent la santé mentale et le bien-être.

L'intimidation et les agressions demeurent des problèmes fréquents au Canada. Le recours à des programmes scolaires pour s'attaquer à ces problèmes est logique puisque les jeunes passent une bonne partie de leur temps à l'école, et que les cas d'intimidation et d'agression se produisent souvent dans ce milieu. Il est essentiel que les écoles adoptent des programmes scientifiquement fondés et mettent en place des initiatives globales en respectant fidèlement le modèle et en assurant le suivi nécessaire. Entre-temps, les chercheurs devraient s'attacher en priorité à trouver des façons de réduire les cas d'intimidation et d'agression pour améliorer le bien-être général.

PRÉVENTION DE LA TOXICOMANIE

La consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Canadiens soulève des inquiétudes quant aux risques de toxicomanie à l'âge adulte. Le lien entre cette dernière et la santé mentale est clairement établi; le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2014) confirme en effet que des troubles mentaux sont souvent associés à la toxicomanie. Comme nous le soulignons dans cette étude et que le confirme le rapport de la Commission de la santé mentale du Canada, intitulé *La santé mentale en milieu scolaire au Canada : Rapport final* (2013), la plupart des programmes de prévention généraux en milieu scolaire ont eu des effets négligeables ou même négatifs. Dans une analyse récente, Newton et coll. (2011) soulignent les ratés des anciens programmes de prévention en milieu scolaire, mais également les succès récents de programmes qui choisissent les participants selon leur profil (Conrod, 2013). Les interventions comportent par exemple des thérapies psychoéducatives de renforcement de la motivation, des éléments de traitement comportemental cognitif et des récits personnels racontés par des jeunes à risque dans le cadre de groupes de discussion formés pour l'occasion. Cette approche a un volet novateur en ce sens que tous les exercices abordent les réflexions, les émotions et les comportements de façon adaptée au profil des jeunes. Ces interventions ont entraîné une réduction de la consommation d'alcool, des beuveries express et des symptômes de toxicomanie chez les jeunes à risque pendant une période de six mois.

Newton et coll. (2011) précisent aussi quels sont les programmes efficaces de prévention universels en milieu scolaire et isolent les caractéristiques de ces programmes (voir le Tableau 1).

Réduire la consommation d'alcool et de drogue est un élément important de tout programme de réduction des comportements à risque et d'amélioration de la santé mentale des élèves. Ces quelques programmes efficaces valent la peine qu'on s'y intéresse et méritent une mobilisation des connaissances pour remplacer les nombreux programmes inefficaces encore utilisés au Canada.

PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE : RÉSUMÉ

Dans l'ensemble, il ressort clairement de cela que les programmes scolaires sont efficaces pour sensibiliser les jeunes aux problèmes de santé mentale et réduire la stigmatisation qui s'y rattache. Il est aussi possible d'accroître les connaissances et la confiance des enseignants par rapport à la santé mentale des élèves. Il existe des programmes qui réduisent les cas d'intimidation/agression, améliorent la résilience et préviennent ou réduisent la consommation d'alcool ou de drogue. En général, les programmes efficaces sont structurés et offerts de façon similaire aux programmes de promotion de la santé physique. Ils sont également présentés sur plusieurs années, ils sollicitent la participation des élèves, du personnel, des familles et du milieu, et ils comprennent des éléments du curriculum, l'enseignement de compétences personnelles et des changements au niveau du

TABLEAU 1 Principes efficaces pour la prévention de la toxicomanie en milieu scolaire

Les programmes :

- sont basés sur des données fondées et sur des théories
- reconnaissent et ciblent les facteurs de risque de toxicomanie et de psychopathologie
- présentent de l'information adaptée au développement
- sont mis en place avant l'apparition d'habitudes néfastes
- font partie d'un programme global d'éducation à la santé
- adoptent une démarche de prévention générale ou axée sur l'influence sociale et :
 - montrent aux jeunes à savoir résister
 - incorpore l'enseignement normatif
- offrent du contenu pertinent pour les élèves
- misent sur le leadership des jeunes, mais conservent aux enseignants un rôle central
- abordent les valeurs, les attitudes et les comportements de l'individu et de la société
- tiennent compte des particularités culturelles du public cible
- offrent une formation initiale adéquate et assurent un suivi sous la forme de séances de renforcement
- emploient des méthodes d'enseignement interactives
- sont offerts dans un cadre général de réduction des dangers

milieu scolaire ou de la culture de l'école. Les programmes universels de promotion de la santé mentale sont aussi plus efficaces que les programmes universels ciblant la prévention d'un trouble mental particulier (Wells et coll., 2003; Stewart-Brown, 2006). Il est donc clair que les programmes scolaires de promotion de la santé mentale fonctionnent, mais qu'en pratique, nous devons trouver des façons de veiller à ce que les écoles choisissent des programmes scientifiquement fondés et qu'ils les mettent en place en respectant fidèlement le modèle et en assurant le suivi des éléments essentiels. Il ressort aussi clairement que nous devons porter plus attention à l'évaluation générale et cohérente des résultats comme des processus.

PRÉOCCUPATIONS LIÉES À LA PROMOTION ET À LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET DE LA SANTÉ MENTALE

L'efficacité des programmes de promotion et de prévention de la santé physique comme de la santé mentale doit reposer sur des éléments clés communs. Toutes les études dans les deux domaines ont souligné la nécessité de choisir des programmes dont l'efficacité est éprouvée (scientifiquement fondés) et qui ont été choisis en fonction du contexte particulier de l'école. Un deuxième élément concerne la mise en place des programmes. L'implantation intégrale dans l'ensemble du milieu scolaire, comme dans les exemples cités, produit les meilleurs résultats; cette formule est pourtant rare. Peu d'études font état du degré de fidélité aux modèles des programmes d'intervention. Ce constat est lié à un autre problème : l'étroitesse des mesures de rendement. Il est important d'inclure l'évaluation du processus qui permet d'évaluer le degré de fidélité de la mise en place. Il est aussi important d'utiliser des mesures de rendement multiples et appropriées, comme l'ont suggéré Lee et coll. (2005), Hussain et coll. (2013) et Wells et coll. (2003).

« Il est essentiel d'évaluer les résultats des programmes afin d'établir l'efficacité de ces programmes et de démontrer, pour la suite des choses, que des programmes efficaces ont été bien mis en place. »

MESURES

Il est essentiel d'évaluer les résultats des programmes afin d'établir l'efficacité de ces programmes et de démontrer, pour la suite des choses, que des programmes efficaces ont été bien mis en place. Dans le cas des nombreuses initiatives globales de promotion de la santé physique et mentale, il est important de souligner, comme l'ont montré les analyses, que peu d'études ont été réalisées sur des programmes qui englobaient toutes les composantes des programmes-modèles. De plus, les études étaient souvent fondées sur un bien petit ensemble de mesures des résultats. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, de nombreux programmes ont donné des résultats positifs, du moins en partie. Nous ferons ici une brève analyse des évaluations déjà réalisées et verrons ce que les systèmes scolaires devraient mesurer pour vérifier si leurs objectifs sont bien atteints.

MESURES D'ANCIENNES ÉTUDES

Nous assistons à un débat dans la documentation quant à l'utilité des évaluations de la condition physique à l'école (Lloyd et coll., 2010). Tremblay et coll. (2010) ont utilisé les données de *l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé* pour montrer que la condition physique des enfants de notre pays avait diminué depuis l'évaluation précédente, en 1988. Même si l'évaluation de la condition physique n'est pas pratique courante dans les écoles du Canada, il existe d'excellentes évaluations standardisées. Mentionnons par exemple les *Lignes directrices pour l'évaluation de la condition physique dans les écoles du Manitoba* (2004),

ou encore un instrument international comme *Eurofit* (1983). Ces batteries de tests fournissent de riches ressources pour des études ultérieures sur l'élaboration d'un outil d'évaluation utile, et pour les conseils scolaires qui ont fixé la condition physique comme objectif pour évaluer le succès de leurs initiatives de promotion de la santé physique.

Comme les examens l'ont montré, les retombées des modèles exhaustifs d'initiatives de santé à l'école ou des écoles pour la promotion de la santé sont variables, mais elles sont suffisamment prometteuses pour que nous recommandions d'en poursuivre l'étude (Stewart-Brown, 2004). Entre autres préoccupations soulevées par les examinateurs, mentionnons l'absence d'un ensemble suffisamment large de mesures comprenant des indicateurs pour tous les aspects de l'approche globale. Lee et coll. (2005) ont proposé un modèle d'évaluation de tels programmes. À part les évaluations du rendement scolaire et de la condition physique, la plupart des mesures de résultats (attitudes, styles de vie, comportements à risque, éthos de l'école, auto-efficacité) énumérées dans ce cadre reposent sur la déclaration des élèves et sur quelques mesures d'observation suggérées. La déclaration des élèves peut être bonifiée par une déclaration des parents sur les habitudes alimentaires et les activités. Il serait bien sûr idéal d'avoir plusieurs mesures de plus d'une source. Toutefois, pour des raisons d'efficacité, l'évaluation de ces modèles globaux continuera de porter surtout sur l'autodéclaration des élèves, cette méthode ayant déjà donné de bons résultats dans le cas d'interventions ciblées.

Le succès des programmes de sensibilisation à la santé mentale a été démontré au moyen d'évaluations de type avant-après des connaissances sur la santé mentale chez les élèves et les enseignants (Rickwood et coll., 2004; Hartman et coll., 2013; Kutcher et coll., 2013). Pour évaluer la réduction de la stigmatisation, on a utilisé des mesures de la distance sociale, de l'autostigmatisation, de la disposition à demander de l'aide et de l'estime de soi (Hartman et coll., 2013). L'initiative *Changer les mentalités* (2013) de la Commission de la santé mentale du Canada a conçu deux sondages de 11 questions. Le premier évalue les stéréotypes (contrôlabilité de la maladie, potentiel de guérison, risques de violence et d'imprévisibilité) et le deuxième, les comportements liés à l'acceptation sociale (désir de distance sociale et sentiments de responsabilité sociale par rapport à un problème de santé mentale). Les questions ont été formulées en fonction d'un niveau de lecture correspondant à la 6^e année. Il s'agit là de mesures utiles tirées d'études passées qui pourraient servir à de futurs travaux de recherche.

Les études sur l'intimidation et les agressions ont utilisé des méthodes d'observation ainsi que les déclarations d'élèves, de pairs, d'enseignants et de parents (Smith et coll., 2004; Schonert-Reichl, 2012). Les examens de programmes scolaires visant à accroître la résilience (Brownlee et coll., 2013; Ungar et coll., 2014) ont montré que les recherches omettaient souvent d'évaluer les bons comportements en contexte et qu'elles n'utilisaient pas les instruments de mesure bien conçus de la résilience. Mentionnons comme exemples de telles mesures le *Youth Resiliency: Assessing Developmental Strengths* (YR:ADS) (Donnen et Hammond, 2007) et le *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-12) (Liebenberg et coll., 2013). Ces deux questionnaires sont des autodéclarations et pourraient être d'un intérêt plus large compte tenu des liens étroits entre la résilience et la santé mentale en général. Les programmes efficaces de prévention de la toxicomanie ont utilisé échantillons précis (prévention ciblée) et portent généralement sur l'autodéclaration de la consommation de substances précises (l'alcool par exemple) et les symptômes cliniques (Conrod et coll., 2013). Ces programmes d'intervention ciblés ont conçu des mesures qui conviennent à de futures études

dans le domaine, mais leur utilité pour les écoles ou les systèmes scolaires est plutôt limitée.

Il existe de nombreuses mesures de la santé mentale des enfants et des adolescents; citons par exemple l'étude *Child and Youth Mental Health Service* du Centre Anna Freud, qui a compilé un recueil intitulé « Mental health Outcome Measures for Children and Young People » (www.ana.freud.camhs.uk). Ce document passe en revue et décrit les nombreux et excellents instruments utilisés pour dépister soit des problèmes de santé mentale particuliers ou généraux, soit les changements à la suite d'interventions et de traitements. Aucun de ces instruments ne convient à l'évaluation universelle de la santé mentale ou de programmes de promotion du bien-être en milieu scolaire, qui nécessiterait une évaluation du sentiment de bien-être, de la qualité des rapports avec les pairs et les adultes, de la gestion quotidienne des facteurs de stress, des comportements dangereux et de la participation aux activités de la maison, de l'école et de la communauté. Pour évaluer le succès des programmes de promotion de la santé mentale dans les écoles et les conseils scolaires, il faudra des instruments différents de ceux qui ont été utilisés dans les études antérieures.

QUE FAUT-IL MESURER DANS LES ANNÉES À VENIR?

Une façon pratique d'aborder cette question consiste à examiner les objectifs ou les attentes que le système d'éducation a établis en matière de santé, d'éducation physique et de développement personnel. Comme nous l'avons déjà mentionné, le modèle de l'Approche globale de la santé en milieu scolaire adopté au Canada inclut déjà bon nombre des objectifs des programmes de promotion de la santé mentale. Au cours des dernières années, plusieurs systèmes ont fixé des objectifs de promotion du bien-être général. L'Alberta, par exemple, s'est dotée d'un Cadre conceptuel des programmes de bien-être (2009). En Ontario, le ministère de l'Éducation a lancé une initiative en santé mentale en 2011 (<http://www.edu.gov.on.ca/fre/parents/mentalHealth.html>) et a récemment publié sa nouvelle « vision » pour l'éducation (Atteindre l'excellence : Une vision renouvelée de l'éducation en Ontario, 2014), où le bien-être de l'élève est l'un des quatre objectifs explicites.

Le curriculum de l'Ontario de la 1^{re} à la 8^e année, Éducation physique et santé (2010) établit les objectifs suivants (p. 3) :

En éducation physique et santé, l'élève :

- *développe ses compétences en communication, ses habiletés personnelles et interpersonnelles ainsi que sa pensée critique et créative de manière à acquérir la résilience, l'estime de soi et la capacité d'adaptation nécessaires pour résoudre des problèmes, créer des relations saines et interagir positivement avec les autres;*
- *acquiert les connaissances et les habiletés nécessaires pour jouir d'une vie active et saine la vie durant, en prenant l'habitude de participer de façon régulière et sécuritaire à des activités physiques et en apprenant comment améliorer sa condition physique;*
- *développe des habiletés motrices et tactiques et applique des concepts liés aux mouvements lors de jeux, sports, danses et autres activités physiques;*
- *acquiert une compréhension des facteurs qui contribuent à son développement sain et apprend à assumer ses responsabilités en ce qui concerne sa santé tout au long de sa vie ainsi qu'à faire des*

rapprochements entre sa propre santé et la santé des autres et le monde qui l'entoure.

Le programme Santé et préparation pour la vie de l'Alberta (2002) indique aussi que (p. 4) :

- *[[les élèves feront des choix responsables et informés portant sur leur santé, leur sécurité personnelle et celles d'autrui;*
- *[[les élèves acquerront des habiletés en relations humaines axées sur la responsabilité, le respect et la bienveillance.*

Selon le programme d'éducation physique de l'Alberta (2000) (p. 2) :

- *[[l'éducation physique encourage les élèves à se montrer responsables et à prendre en main leur santé et leur condition physique, tout en développant le désir d'être actifs physiquement tout au long de leur vie.*

Comme ces extraits de programmes le montrent, il faudra, pour évaluer si les écoles ont rempli leur mandat provincial, des mesures de la condition et de l'activité physique, des rapports sociaux avec les autres jeunes et les adultes, du sentiment de bien-être, du sentiment d'efficacité par rapport à la santé physique et mentale, et de la résilience. Il faudra aussi des mesures de la perception des élèves par rapport à leur école, à leur communauté ou à leur culture. De plus, compte tenu de l'adoption de la *Loi pour des écoles tolérantes* (2012) en Ontario, les écoles doivent évaluer leur perception par rapport à la sécurité et à leur sentiment d'appartenance. Elles auront besoin pour cela de mesures qui leur permettent d'évaluer un large éventail de connaissances, d'attitudes et de comportements dans les écoles et le système scolaire. Heureusement, il existe d'excellents instruments pour ce faire.

SANTÉ PHYSIQUE ET SANTÉ MENTALE

L'instrument *Early Development Instrument* de Janus et Offord (2007) évalue le degré de préparation à l'école d'enfants de la maternelle et de 1^{re} année. Il s'agit d'un questionnaire que l'enseignant remplit et qui mesure cinq domaines : la santé physique et le bien-être; les compétences sociales; la maturité émotionnelle; le développement linguistique et cognitif; la communication et les connaissances générales. Cet instrument n'est pas conçu pour le dépistage ni le diagnostic d'enfants en particulier, mais pour évaluer si un groupe d'enfants est prêt pour l'école (Janus et Duku, 2007). On l'a d'ailleurs utilisé pour cartographier le degré de préparation à l'école des enfants un peu partout au Canada (<http://earlylearning.ubc.ca/maps/edi/bc/>). De toute évidence, il s'agit d'un excellent instrument d'évaluation d'un large éventail d'élèves en très bas âge.

En parallèle, l'instrument *Middle Years Development Instrument* de Schonert-Reichl et coll. (2013) sert à évaluer le bien-être des élèves de la 4^e à la 7^e année. Le questionnaire, rempli par l'élève, mesure lui aussi cinq domaines : la santé physique et le bien-être; les rapports avec autres; le développement socio-émotionnel; les expériences vécues à l'école; et l'emploi du temps en dehors de l'école. Le questionnaire couvre bon nombre de domaines ciblés dans les programmes comme étant des objectifs importants (activité, comportements sains, développement personnel, relations). Il sert à évaluer des populations et non des

individus. Ainsi, à l'instar de l'instrument précédent (*Early Development Instrument*), le *Middle Years Development Instrument* est idéal au niveau du système éducatif.

Une autre mesure qui a du potentiel, mais qui n'a jamais encore servi à évaluer des programmes de santé mentale en milieu scolaire est l'instrument *Tell Them From Me* (www.thelearningbar.com), qui propose deux questionnaires, un pour l'élève et un pour l'enseignant. Le questionnaire de l'élève porte sur l'intimidation, l'engagement social, scolaire et intellectuel, les comportements à risque, l'activité physique, la santé émotionnelle, les résultats scolaires, le milieu scolaire, la qualité de l'enseignement, la situation familiale et des caractéristiques sociodémographiques. Il couvre bon nombre des objectifs que les programmes de santé mentale scolaires tentent d'atteindre, ce qui ferait de *Tell Them From Me* un instrument utile ou du moins un modèle pour l'élaboration d'autres éléments de mesure dans de futures études ou évaluations.

Enfin, selon le National Scientific Council on the Developing Child (2004), les relations sont l'« ingrédient actif » de l'influence du milieu sur le bon développement de la personne. Elles font appel aux qualités qui favorisent le plus la compétence et le bien-être (p. 1). Il est donc essentiel de choisir en priorité des mesures précises et fiables de l'état des relations des enfants, en tenant compte de leur âge, avec les adultes qui sont au centre de leur vie. Le *Middle Years Development Instrument* évalue les rapports des enfants avec les adultes de l'école, de la maison et de la communauté, et l'instrument *Tell Them From Me* évalue les relations sociales à l'école et au sein de la famille. Il faudra, dans de futures évaluations, prêter une attention particulière à la mesure de ces relations cruciales!

COMPORTEMENTS À RISQUE

Le *Middle Years Development Instrument* contient des mesures de l'intimidation et des agressions, tout comme *Tell Them From Me*, qui mesure aussi d'autres comportements à risque. L'évaluation sans doute la plus pertinente de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue au niveau du système scolaire est le *Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario* (SCDSEO) du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Le SCDSEO, qui a vu le jour en tant que sondage sur la consommation de drogue en 1977, est maintenant une enquête plus large sur la santé et le bien-être des adolescents. Les domaines touchés sont la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues, de même que les conséquences néfastes de cette consommation, des indicateurs de la santé mentale, des indicateurs de la santé physique, le recours aux soins de santé, l'image corporelle, les comportements et problèmes liés au jeu et aux jeux vidéo, la violence et l'intimidation, les comportements criminels, les rapports avec l'école et la vie familiale. Jusqu'à maintenant, deux rapports ont été tirés des données de 2013, soit le *Drug Use in Ontario Students 1977-2013* et *Mental Health and Well-Being of Ontario Students 1991-2013*. Compte tenu de l'évolution du SCDSEO, il pourrait s'agir d'un autre excellent instrument qui pourrait servir à de futures évaluations des programmes généraux de santé physique et mentale en milieu scolaire. Ces instruments sont des exemples de mesures qui pourraient servir à suivre les comportements à risque des élèves dans les écoles et les conseils scolaires.

SOMMAIRE

L'état de santé physique et mentale actuel de nos enfants a mis les programmes scolaires de promotion de la santé à l'avant-plan. Compte tenu de la préoccupation généralisée, les chercheurs ont mis au point des modèles généraux d'intervention, que nous avons décrits plus tôt. Dans tous les cas, les preuves ne sont ni aussi claires ni aussi détaillées que nous l'aurions souhaité. Selon les analystes, la mise en application déficiente de certains modèles et l'utilisation de mesures inadéquates pourraient expliquer les résultats toujours ambigus et incomplets d'anciennes initiatives. Ce sont là des lacunes méthodologiques qu'il est possible de corriger dans de futures études, avec la collaboration de décideurs, d'enseignants et de chercheurs en santé physique et mentale. En ce qui a trait aux programmes de promotion, les analyses suggèrent fortement l'implantation de tels programmes dans les écoles. La similitude des modèles de promotion de la santé physique et de la santé mentale dans les écoles indique qu'il devrait être possible d'intégrer ces programmes de façon plus approfondie en adoptant une approche à long terme et élargie à toute l'école, assortie d'un investissement dans l'évaluation continue. Il existe d'excellents instruments qui couvrent un vaste ensemble et qui sont bien adaptés aux écoles élémentaires et secondaires pour évaluer de tels efforts. Quiconque planifiera de tels programmes devrait tenir compte d'une observation faite par Stewart-Brown, après son évaluation des programmes scolaires de promotion de la santé physique et mentale. « La santé mentale, observe-t-elle, devrait faire partie de toute initiative de promotion de la santé en milieu scolaire; de plus, un programme efficace de promotion de la santé mentale contribuera vraisemblablement à réduire la consommation de tabac, d'alcool et de drogues et à améliorer d'autres aspects de la santé liés au style de vie pouvant être causés par la détresse émotionnelle. » (p. 17)

Les facteurs essentiels au succès d'initiative de promotion de la santé sont le choix, au niveau des districts scolaires, de programmes scientifiquement fondés et leur application fidèle. À cet égard, le suivi de l'application des programmes et l'évaluation des résultats seront primordiaux. Ainsi, nous devons aussi modifier la façon dont les enseignants choisissent, appliquent et évaluent les programmes. Même si ces changements ne seront pas faciles à implanter, ils sont pourtant essentiels si nous voulons améliorer la qualité de vie de nos enfants et adolescents. De plus, la convergence des besoins et des capacités, dans les pays développés, nous offre la possibilité d'améliorer la qualité de vie de nos enfants et adolescents, qui comptent pour 25 % de notre population et 100 % de notre avenir.

RÉFÉRENCES

- Alberta Education (2000). Programme d'éducation physique de la maternelle à la 12^e année. Source consultée en septembre 2014 à l'adresse <http://www.education.alberta.ca/media/604087/prget.pdf>
- Alberta Education (2002). Programme Santé et préparation pour la vie de la maternelle à la 9^e année. Source consultée en septembre 2014 à l'adresse <http://www.education.alberta.ca/media/645082/sante.pdf>
- Alberta Education (2002). Programme Carrière et vie (2^e cycle du secondaire). Source consultée en septembre 2014 à l'adresse <http://www.education.alberta.ca/media/600795/carriere.pdf>
- Alberta Education. (2009). Cadre conceptuel des programmes de bien-être; de la maternelle à la 12^e année. Source consultée en août 2014 à l'adresse http://www.education.alberta.ca/media/945780/cadrem_12.pdf
- American Academy of Pediatrics Committees on Sport Medicine and School Health. (1987). « Physical fitness and the schools ». *Pediatrics*, 80, 449-450.
- American College of Sports Medicine. (1988). « Physical fitness in children and youth ». *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 20, 422-423.
- Anderson, R.N. et Smith, B.L. (2003). « Deaths: Leading causes for 2001 ». *National Vital Statistics Report*, 52, 1-86.
- Baranowski, T., Bar-Or, O., Blair, S., Corbin, C., Dowda, M., Freedson, R., ... et Ward, D. (1997). « Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(RR-6), 1-36.
- Basch, C. E. (2011). « Healthier students are better learners: A missing link in school reforms to close the achievement gap ». *Journal of School Health*, 8(10), 650-662.
- Bassett-Gunter, R., Yessis, J., Manske, S. et Stockton, L. (2012). *Healthy School Communities Concept Paper*. Ottawa, Ontario: Éducation physique et santé Canada. Source consultée à l'adresse <http://www.phecanada.ca/sites/default/files/healthy-school-communities-concept-paper-2012-08.pdf>
- Ben-Shlomo, Y. et Kuh, D. (2002). « A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges, and international perspectives ». *International Journal of Epidemiology*, 31, 285-2293.
- Blair, S., Kohl, H. et Powell, K. (1987). « Physical activity, physical fitness, exercise, and the public's health ». *The Academy Papers*, 20, 53-69.
- Brownlee, K., Rawana, J., Franks, J., Harper, J., Bajwa, J., O'Brien, E. et Clarkson, A. (2013). « A Systematic Review of Strengths and Resilience Outcome Literature Relevant to Children and Adolescents. *Child and Adolescent Social Work*, 30, 435-459.
- Burns, J. R. et Rapee, R. M. (2006). « Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking ». *Journal of Adolescence*, 29(2), 225-239.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2014). *Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence*. Source consultée en juillet 2014 à l'adresse <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Child-Adolescent-Substance-Use-Disorders-Report-2014-fr.pdf>. *JAMA Psychiatry*. Publié en ligne le 23 janvier 2013. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.651
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (2013) *Drug Use in Ontario Students 1977-2013*. Source consultée en août 2014 à l'adresse http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/ontario-student-drug-use-and-health-survey/Documents/2013%20OSDUHS%20Docs/2013OSDUHS_Detailed_DrugUseReport.pdf
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2013). *Mental Health and Well-being of Ontario Students 1991-2013*. Source consultée en août 2014 à l'adresse http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/ontario-student-drug-use-and-health-survey/Documents/2013%20OSDUHS%20Docs/2013OSDUHS_Detailed_MentalHealthReport.pdf
- Conrod, P., O'Leary-Barrett M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C. et Girard, A. (2013). « Effectiveness of a Selective, Personality-Targeted Prevention Program for Adolescent Alcohol Use and Misuse ». *JAMA Psychiatry*. Publié en ligne le 23 janvier 2013. www.JAMAPSYCH.com

- Cunningham, C. E. et Vaillancourt, T., Rimas, H., Deal, K., Cunningham, L., Short, K. et Chen, Y. (2009). « Modeling the Bullying Prevention Program Preferences of Educators ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, DOI 10.1007/s10802-009-9324-2Sc. En ligne en mai 2009.
- Dobbins, M., Husson, H., DeCorby, K. et LaRocca, R. L. (2013). « School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18 ». *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2.
- Donnon, T. et Hammond, W. (2007a). « A psychometric assessment of the self-reported youth resiliency: Assessing Developmental Strengths questionnaire ». *Psychological Reports*, 100, 963-978.
- Eurofit. (1983). Testing Physical Fitness Experimental Battery. Source consultée en août 2014 à l'adresse http://www.bitworkengineering.co.uk/Products_files/eurofit%20provisional%20handbook%20leger%20beep%20test%201983.pdf
- Fung, C., Kuhle, S., Lu, C., Purcell, M., Schwartz, M., Storey, K. et Veugelers, P. J. (2012). « From “best practice” to “next practice”: The effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity ». *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 27.
- Gordon, M. (2005). *Roots of Empathy: Changing the world child by child*. Toronto, ON: Thomas Allen.
- Hartman, L., Michel, N., Winter, A., Young, R., Flett, G. et Goldberg, J. (2013). « Self-stigma of mental illness in high school youth ». *Canadian Journal of School Psychology*, 28, 28-42.
- Hertzman, C. (1995). « The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 85-95.
- Hussain, A., Christou, G., Reid, M. et Fremman, J. (2013). *Development of core indicators and measures (CIM) framework for school health and student achievement in Canada*. Summerside, Î.-P.-É: Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé.
- Janus, M. et Offord, D. (2007). « Psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI) : A teacher-completed measure of children's readiness to learn at school entry ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(1), 1-22.
- Janus, M. et Duku, E. (2007). « The School Entry Gap: Socioeconomic, Family, and Health Factors Associated With Children's School Readiness to Learn ». *Early Education and Development* 18(3), 375-403.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. et Pollitt, P. (1997). « “Mental health literacy”: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment ». *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A. F. (2012). « Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health ». *American psychologist*, 67(3), 231-243.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Klakk, H., Andersen, L. B., Heidemann, M., Møller, N. C. et Wedderkopp, N. (2014). « Six physical education lessons a week can reduce cardiovascular risk in school children aged 6-13 years: A longitudinal study ». *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(2), 128-136.
- Kutcher, K., Wei, Y., McLuckie, A. et H. Bullock. (2013). *Educator mental health literacy: A programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide*, *Advances in School Mental Health Promotion*. Source consultée en août 2014 à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>
- Lee, A., Cheng, F. K. et St Leger, L. (2005). « Evaluating health promoting schools in Hong Kong: Development of a framework ». *Health Promotion International*, 20, 177-186.
- Liebenberg, L., Ungar, M. et LeBlanc, J. (2013). « The CYRM-12: A brief measure of resilience ». *La revue canadienne de santé publique*, 104, 131-135.
- Lipnowski, S. et LeBlanc, C. (2012). « Canadian Paediatric Society: Healthy Active Living and Sports Medicine Committee ». *Paediatric Child Health*, 17(4), 209-10.
- Malina, R. N. (1987). « President's message ». *The AAPE News*, 8, 1-2.

- Ministère de l'Éducation du Manitoba. (2004). *Lignes directrices pour l'évaluation de la condition physique dans les écoles du Manitoba*. Source consultée en août 2014 à l'adresse http://www.edu.gov.mb.ca/k12/cur/physhlth/guidelines/fit_assess.pdf
- McKenzie, T. et Sallis, J. (1996). « Physical activity, fitness, and health related physical education. In S. Silverman & C. Ennis » (dir.), *Student learning in physical education: Applying research to enhance learning* (pp.223-246). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Mechikoff, R. et Estes, S. (1993). *A history and philosophy of sport and physical education*. Madison, Wisconsin: Brown and Benchmark.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada* - Source consultée à l'adresse <http://mentalhealthcommission.ca/Francais/node/5128>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *La santé mentale en milieu scolaire au Canada : Rapport final*. Source consultée en juillet 2014 à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/14401>
- Mirolla, M. (2004). *The Cost of Chronic Disease in Canada*. Ottawa: Chronic Disease Prevention Alliance of Canada. Source consultée en août 2014 www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf
- Murray, N. G., Low, B. J., Hollis, C., Cross, A. W. et Davis, S. M. (2007). « Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature ». *Journal of School Health*, 77(9), 589-600.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships: Working Paper No. 1*. Source consultée en août 2014 à l'adresse www.developingchild.harvard.edu
- Naylor, P. B., Cowie, H. A., Walters, S. J., Talamelli, L. et Dawkins, J. (2009). « Impact of a mental health teaching programme on adolescents ». *The British Journal of Psychiatry, The Journal of Mental Science*, 194(4), 365-370.
- Newton, N.C., O'Leary-Barrett, M. et Conrod, P. (2013). « Adolescent substance misuse: Neurobiology and evidence-based interventions ». *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 164,685-708.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Munroe Blum, H., Byrne, C., Thomas, H. et Woodward, C.A. (1987). « Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization ». *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford, R-U: Blackwell.
- Le curriculum de l'Ontario de la 1^{re} à la 8^e année, Éducation physique et santé. (2010). Source consultée en août 2014 à l'adresse <http://www.edu.gov.on.ca/fre/curriculum/elementary/santecurr18.pdf>
- Ministère de l'Éducation de l'Ontario. (2014). *Atteindre l'excellence : Une vision renouvelée de l'éducation en Ontario*. Source consultée en août 2014 à l'adresse <http://www.edu.gov.on.ca/fre/about/renewedVisionFr.pdf>
- Consortium conjoint pancanadien pour les écoles en santé. (2014). Source consultée à l'adresse <http://www.jcsh-cces.ca/index.php/about>
- Pepler, D. et Ferguson, H.B. (dir). (2013). « A focus on relationships » dans Pepler, D. et Ferguson, H.B. *Understanding and addressing girls' aggressive behaviour problems: A focus on relationships*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University Press.
- Agence de santé publique du Canada. (2008) *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Source consultée à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/index-fra.php> en octobre 2014
- Rasberry, C. N., Lee, S. M., Robin, L., Laris, B. A., Russell, L. A., Coyle, K. K. et Nihiser, A. J. (2011). « The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: A systematic review of the literature ». *Preventive Medicine*, 52, S10-S20.
- Rickwood D., Cavanagh S., Curtis, L. et Sakrouge R. (2004). « Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School-Based Programme ». *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(4), 23-32.
- Rowling, L. et Weist, M. D. (2004). « Promoting the Growth, Improvement and Sustainability of School Mental Health Programs Worldwide ». *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(2), 3-11.

- Rowling, L. et Jeffreys, V. (2006). « Capturing complexity: integrating health and education research to inform health-promoting schools policy and practice ». *Health Education Research*, 21(5), 705-718.
- Sanders, L.M., Shaw, J.S., Guez, Z., Baur, C. et Rudd, R. (2009). « Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy ». *Pediatrics*, 124(Suppl 3), S306-S320.
- Santor, D., Short, K. et Ferguson, B. (2009). *Taking mental health to school: A policy-oriented paper on school-based mental health for Ontario*. Document de politique pour le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Source consultée à l'adresse http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/position_sbmh.pdf
- Sexual Information and Education Council of Canada. (2009). « Sexual Health Education in schools: Questions and answers » (3^e édition). *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, 47-60.
- Short, K., Ferguson, B. et Santor, D. (2009). *Scanning the practice landscape in school-based mental health*. Document de politique pour le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Source consultée en juillet 2014 à l'adresse http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/position_sbmh_practice_scan.pdf
- Smith, J. D., Schneider, B. H., Smith, P.K. et Ananiadou, K. (2004). « The effectiveness of whole-école intimidation programs: A synthesis of evaluation research ». *School Psychology Review* 33, 547-560.
- Siedentop, D. (2001). *Introduction to physical education, fitness, and sport* (4^e édition). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Silva, M. (2002). « The effectiveness of school-based sexual education programs in promoting abstinence: A meta-analysis ». *Health Education Research*, 17 (4), 471-481.
- Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Kolody, B., Lewis, M., Marshall, S. et Rosengard P. (1999). « Effects of health-related physical education on academic achievement: Project SPARK ». *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70(2), 127-34.
- Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Beets, M. W., Beighle, A., Erwin, H. et Lee, S. (2012). « Physical education's role in public health: Steps forward and backward over 20 years and HOPE for the future ». *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83(2), 125-135.
- Santos, R., Chartier, M., Whalen, J., Chateau, D. et Boyd, L. (2011). « Effectiveness of violence prevention for children and youth ». *Healthcare Quarterly*, 14. Numéro spécial.
- Schonert-Reichl, K. A., Smith, V., Zaidman-Zai, A. et Hertzman, C. (2012). « Promoting Children's Prosocial Behaviours in School: Impact of the "Roots of Empathy" Program on the Social and Emotional Competence of School-Aged Children ». *School Mental Health*, 4 1-21.
- Schonert-Reichl, K. A. Guhn, M., Gaderman, A. M., Hymel, S., Sweiss, L. et Hertzman, C. (2013). « Development and Validation of the Middle Years Development Instrument (MDI): Assessing Children's Well-Being and Assets across Multiple Contexts ». *Social Indicators Research*, 114, 345-369.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: OMS.
- St. Leger, L. S., Kolbe, L., Lee, A., McCall, D. S. et Young, I. M. (2007). « School health promotion » dans *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 107-124). New York: Springer.
- The Learning Bar Inc. (2009). *Tell Them From Me*. Source consultée en août 2014 à l'adresse <http://www.thelearningbar.com/surveys/effective-schools-student-survey/>
- Thomson, D. C. et Robertson, L. (2012). « Health curriculum policy analysis as a catalyst for educational change in Canada ». *Journal of Education and Learning*, 1(1), 129-144.
- Tountas, Y. (2009). « The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: The role of ancient Greek philosophy and medicine ». *Health Promotion International*, 24(2), 185-192. doi: 10.1093/heapro/dap006
- Tremblay, M., Shields, M., Laviolette, M., Craig, C., Janssen, I. et Gorber, S. (2010). *Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009*. Rapports sur la santé de Statistique Canada. Source consultée en août 2014 à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010001/article/11065-fra.pdf>

- Ungar, M., Russell, P. et Connelly, G. (2014). « School-Based Interventions to Enhance the Resilience of Students ». *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 4(1).
- Veugelers, P. J. et Schwartz, M. E. (2010). « Approche globale de la santé en milieu scolaire au Canada ». *La revue canadienne de santé publique*, 101, S5-8.
- Waddell, C., Offord, D.R., Shepherd, C., Hua, J., McEwan, K. (2002). « Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: The state of the science and the art of the possible ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 47, 825-832.
- Weist, M. D. (2002). « Challenges and opportunities in moving toward a public health approach in school mental health ». *Journal of School Psychology*, 35(3), 1-7.
- Wells, J., Barlow et J., Stewart Brown, S. (2003). « A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools ». *Health Education*, 103 (4), 197-220.
- Wilson, C. J. (2007). « When and how do young people seek professional help for mental health problem? » *The Medical Journal of Australia*, 187, Supplément S35-S39.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, Canada.
- Organisation mondiale de la Santé. (2006) Définitions liées à la santé sexuelle (en anglais) (ces définitions ne représentent pas une position officielle de l'OMS). Source consultée à l'adresse www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html en octobre 2014.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *What is a health promoting school?* Source consultée à l'adresse http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/ en août 2014.

RESPONSABLES DES DOMAINES/SECRETARIAT

Pour s'assurer que chaque étape de l'initiative soit basée sur des preuves solides, People for Education a recruté un secrétariat de spécialistes dans les divers domaines pour superviser et mener les activités de recherche de *Mesurer ce qui compte* :

Nina Bascia, professeure et directrice, Programme sur les politiques de collaboration en éducation, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, Université de Toronto

Lisa Bayrami, directrice de la recherche, Racines de l'empathie

Michelle Boucher, experte-conseil en éducation en langue française en milieu minoritaire

Ruth Childs, professeure agrégée, Leadership, études supérieures et éducation des adultes, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, Université de Toronto

David Cameron, directeur de la recherche, People for Education

Kadriye Ercikan, professeur, Mesure, évaluation et méthodologie de la recherche, Université de la Colombie-Britannique

Bruce Ferguson, professeur de psychiatrie et psychologie, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; Community Health Systems Research Group, Hôpital des enfants malades de Toronto

Annie Kidder, directrice générale, People for Education

Marie-France LeFort, directrice et experte-conseil principale, Proforem

Alan Leschied, professeur, Faculté d'éducation, Université Western Ontario

Susan Rodger, professeure agrégée, Faculté d'éducation, Université Western Ontario

Alan Sears, professeur d'études sociales et d'éducation à la citoyenneté, Université du Nouveau-Brunswick

Stuart Shanker, professeur-chercheur, Philosophie et Psychologie, Université York; directeur, Milton and Ethel Harris

Charles Ungerleider, professeur émérite, Département d'études pédagogiques, Université de la Colombie-Britannique; directeur de la recherche, Directions Evidence and Policy Research Group

Rena Upitis, professeure en pédagogie, Université Queen's

COMITÉ CONSULTATIF DE MESURER CE QUI COMPTE

Ce projet est guidé par un comité consultatif qui représente des organisations de haut niveau de partout au Canada, aux États-Unis et en Europe, et des institutions dans des domaines d'intérêt du projet. Pour de plus amples renseignements sur le comité consultatif, visitez le : www.peopleforeducation.ca/mwm.

CETTE INITIATIVE EST SOUTENUE PAR :



**R. HOWARD WEBSTER
FOUNDATION**



PEOPLE FOR EDUCATION est un organisme de bienfaisance enregistré qui travaille pour soutenir l'éducation publique dans les écoles anglaises, françaises et catholiques de l'Ontario.

Pour de plus amples renseignements, veuillez nous contacter :

téléphone : 416-534-0100

courriel : info@peopleforeducation.ca

site Web : <http://www.peopleforeducation.ca>