



LES ENFANTS
SONT
IMPORTANTS

Décembre 2019

L'ÉTUDE PILOTE LES ENFANTS SONT IMPORTANTS

Surveillance et
planification coordonnées
de la santé des enfants et
des jeunes de l'Ontario au
moyen du sondage sur le
climat scolaire

Équipe du projet local de surveillance et
d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes

[4]	Remerciements
[6]	Résumé
[7]	Abréviations
[8]	Contexte
[9]	L'étude pilote Les enfants sont importants
[11]	Planification
	1.1 Recrutement
	1.2 Formation de partenariats de collaboration
	1.3 Élaboration du Module sur les habitudes de vie saines
[15]	Entrevues téléphoniques
[16]	Examen de cadres d'indicateurs et de sondages sur la santé
[18]	Sélection des indicateurs
[21]	Organismes ayant participé à l'étude pilote
	2.1 Greater Essex County District School Board et Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex
	2.2 Rainy River District School Board et Bureau de santé du Nord-Ouest
	2.3 Thunder Bay Catholic District School Board et Bureau de santé du district de Thunder Bay
	2.4 Lambton-Kent District School Board, St. Clair Catholic District School Board, Bureau de santé de Lambton et Bureau de santé de Chatham-Kent
	2.5 Conseil scolaire catholique Providence
[27]	Mise en œuvre et analyse
	3.1 Planification du sondage sur le climat scolaire
[27]	Facteurs ayant facilité la mise en œuvre
[28]	Défis, considérations et leçons apprises
	3.2 Tenue du sondage sur le climat scolaire
	3.3 Aide-mémoire pour la planification et la mise en œuvre du sondage sur le climat scolaire
	3.4 Analyse des données
	3.5 Communication et utilisation des résultats du sondage sur le climat scolaire
	3.6 Limites
[34]	Commentaires
[36]	Conclusions
[37]	Bibliographie
[39]	Annexe A. Le Module sur les habitudes de vie saines
[45]	Annexe B. Études de cas des organismes des sites pilotes
[46]	Greater Essex County District School Board
[48]	Rainy River District School Board et Bureau de santé du Nord-Ouest
[50]	Thunder Bay Catholic District School Board et Bureau de santé du district de Thunder Bay
[53]	Lambton-Kent District School Board, Bureau de santé de Lambton et Bureau de santé de Chatham-Kent

REMERCIEMENTS

L'équipe tient à remercier Santé publique Ontario (SPO) d'avoir appuyé le projet. Elle lui est des plus reconnaissantes pour les fonds que cet organisme lui a accordés dans le cadre de son programme Projets locaux. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles de l'équipe du projet et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de SPO.

ÉQUIPE DE L'ÉTUDE PILOTE RESPONSABLE DU PROJET

Nicole Dupuis, MSP, directrice de la promotion de la santé, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

CO-RESPONSABLES DU PROJET

Ramsey D'Souza, MSP, chef, épidémiologie et évaluation, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

Jessica Deming, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de santé et services des urgences de la région de Waterloo

COORDONNATEURS DE LA RECHERCHE

Stephanie Lu, Ph. D., spécialiste de l'évaluation des programmes, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

Saamir Pasha, MSP, épidémiologiste, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

Smit Patel, MSP, épidémiologiste, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

COMITÉ D'ORIENTATION

Représentants des conseils scolaires

Heather Campbell, M. A., EAO, directrice de l'éducation, Rainy River District School Board

Tracey Idle, M. A., responsable en matière de santé mentale, Rainy River District School Board

Sharon Pyke, Ed. D., surintendante de l'éducation – bien-être des élèves, Greater Essex County District School Board

Teresa Hoffman-Sartor, directrice d'école adjointe, Greater Essex County District School Board

Katie Colameco, M. Serv. Soc., TSI, responsable en matière de santé mentale, Lambton-Kent District School Board

Mark Houghton, directeur d'école, Lambton-Kent District School Board

Gary Girardi, M. Ed., surintendant de l'éducation – ressources humaines, Lambton-Kent District School Board

Christine Preece, M. Sc. S., MCHES[®], responsable en matière de santé mentale, St. Clair Catholic District School Board

Lisa Demers, surintendante, St. Clair Catholic District School Board

D^r Guy Gignac, C. Psych, responsable en matière de santé mentale, superviseur des services cliniques, Conseil scolaire catholique Providence

Frédéric Rivière, directeur d'école, Conseil scolaire catholique Providence

Mirella Fata, M. A., responsable en matière de santé mentale, Thunder Bay Catholic School Board

Représentants des bureaux de santé publique

Stephanie Cran, coordonnatrice de la promotion de la santé, Bureau de santé du Nord-Ouest

Dorian Lunny, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de santé du Nord-Ouest

Shannon Robinson, M. Sc., chef, prévention des maladies chroniques, Bureau de santé du Nord-Ouest

Sophia Wenzel, MSP, planificatrice de la promotion de la santé, Bureau de santé du district de Thunder Bay

Jennifer McFarlane, chef, santé familiale et scolaire, Bureau de santé du district de Thunder Bay

Anita Cramp, Ph. D., chef, santé scolaire, Bureau de santé de Middlesex-London

Laura Zettler, M. Sc., épidémiologiste et chef de programme, Bureau de santé de Chatham-Kent

Crystal Palleschi, M. Sc., épidémiologiste, Lambton Public Health

Kelly Farrugia, M. A., IA, chef, écoles saines, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

REMERCIEMENTS

UTILISATEURS DES CONNAISSANCES

Janine Monahan, M. Sc., chef, santé scolaire, Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington

Suzanne Biro, MSP, spécialiste des normes fondamentales, Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington

Sarah Collier, MSP, chef, surveillance et épidémiologie, Bureau de santé de Toronto

Paul Fleiszer, M. Sc., directeur adjoint, surveillance et épidémiologie, Bureau de santé de Toronto

Mohammed Kharbouch, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de santé de Peterborough

Po-Po Lam, Ph. D., épidémiologiste, Bureau de santé de la région de Peel

Heather Pimbert, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de santé de la région de York

Mackenzie Slifierz, Ph. D., épidémiologiste, Services de santé publique de Hamilton

Adam Stevens, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de santé du comté de Brant

Shailee Tanna, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de la santé de la région de Niagara

Fangli Xie, M. Sc., épidémiologiste, Bureau de santé de la région de Durham

Comité consultatif

Haley Hamilton, Ph. D., scientifique, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario (SCDSEO)

William Pickett, Ph. D., professeur et chef du Département des sciences de la santé publique, Université Queen's, Comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Enquête HBSC)

Scott Leatherdale, Ph. D., professeur agrégé, Université de Waterloo, COMPASS

Gillian Alton, Ph. D., épidémiologiste, Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance (BORN) de l'Ontario

Étudiantes stagiaires

Rachel Blok, M. Serv. Soc., étudiante stagiaire, Université de Windsor

Debasree Deb, MSP, étudiante stagiaire, Université Western

Référence suggérée

Équipe du projet local de surveillance et d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes. *L'étude pilote Les enfants sont importants*, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex, Windsor (Ontario), 2019.

Renseignements : ChildrenCount@wechu.org



Favoriser le rendement des élèves et améliorer la qualité de vie générale des enfants et des jeunes sont deux priorités que partagent de nombreux secteurs, y compris ceux de la santé et de l'éducation. En 2017, l'équipe de l'étude pilote Les enfants sont importants a entrepris d'étudier la faisabilité d'assurer la surveillance et l'évaluation coordonnées de la santé des enfants et des jeunes au moyen du sondage sur le climat scolaire afin de combler les lacunes des données locales sur la santé. Six équipes formées chacune d'un conseil scolaire et d'un bureau de santé ont mis à l'essai le Module sur les habitudes de vie saines inclus dans le sondage sur le climat scolaire du conseil pour l'année scolaire 2018-2019. Le Module sur les habitudes de vie saines comportait 17 questions sur la santé mentale, la saine alimentation et l'activité physique. Chaque équipe conseil scolaire-bureau de santé a adopté une approche différente, adaptée à ses besoins, pour implanter le Module sur les habitudes de vie saines. Cependant, les résultats de l'étude pilote démontrent que ce modèle de partage de données est réalisable, peut être mis en œuvre dans des conseils scolaires présentant une variété de caractéristiques et se révèle utile pour renforcer les partenariats. Le présent rapport fait état des défis relevés et des leçons apprises selon les participants à l'étude pilote. De plus, la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants a été élaborée afin de permettre à d'autres conseils scolaires et bureaux de santé d'adopter un modèle de partenariat semblable.

ABRÉVIATIONS

APCSS	Cadre conceptuel de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil
BSCK	Bureau de santé de Chatham-Kent
BSDTB	Bureau de santé du district de Thunder Bay
BSL	Bureau de santé de Lambton
BSML	Bureau de santé de Middlesex-London
BSNO	Bureau de santé du Nord-Ouest
CER	comité d'éthique de la recherche
CSCP	Conseil scolaire catholique Providence
GECDSB	Greater Essex County District School Board
LKDSB	Lambton-Kent District School Board
MHVS	Module sur les habitudes de vie saines
NSPO	Normes de santé publique de l'Ontario
RLISS	réseau local d'intégration des services de santé
RRDSB	Rainy River District School Board
SCCDSB	St. Clair Catholic District School Board
SCS	sondage sur le climat scolaire
SHAPES	School Health Action, Planning and Evaluation System
SMSO	Santé mentale en milieu scolaire Ontario
SPO	Santé publique Ontario
TBCDSB	Thunder Bay Catholic District School Board
WECHU	Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

CONTEXTE

« Mener une vie saine et active procure des bienfaits non seulement au niveau individuel, mais aussi sur le plan socioéconomique. Pour l'individu, ces bienfaits permettent, entre autres, d'accroître sa satisfaction personnelle, d'améliorer ses relations avec les autres, d'augmenter sa réceptivité à l'apprentissage et de diminuer ses dépenses en soins de santé. Pour la société, dans son ensemble, les conditions socioéconomiques se trouvent renforcées par un accroissement de la productivité, une réduction de l'absentéisme et une diminution de l'intimidation, de la délinquance et de la violence chez les jeunes. Les recherches démontrent que l'augmentation du niveau d'activité physique agit positivement sur le rendement scolaire, la concentration, le comportement et que l'apprentissage est mieux ciblé. D'autres avantages qui en découlent incluent une amélioration de la santé mentale et du bien-être, une meilleure capacité physique, une meilleure estime de soi et une capacité à gérer les situations stressantes. »

– *Le curriculum de l'Ontario, de la 1^{re} à la 8^e année –
Éducation physique et santé (ministère de l'Éducation, 2019)*

Favoriser le rendement des élèves et améliorer la qualité de vie générale des enfants et des jeunes sont deux priorités que partagent de nombreux secteurs, y compris ceux de la santé et de l'éducation. Dans le curriculum de l'Ontario (2019) et les rapports *Atteindre l'excellence* (ministère de l'Éducation, 2014) et *Vers un juste équilibre* (ministère de l'Éducation, 2013), le ministère de l'Éducation de l'Ontario a reconnu les liens importants entre la santé, le bien-être et le rendement scolaire. De plus, le ministère de la Santé de l'Ontario, dans les *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018), a souligné l'importance de ces liens en incluant une norme sur la santé en milieu scolaire, qui prescrit l'évaluation et la surveillance de la santé des enfants et les jeunes d'âge scolaire.

Pour élaborer des programmes et ressources fondés sur des données probantes, de haute qualité, qui répondent aux besoins des élèves, il faut disposer de données locales fiables. Dans le rapport *Les enfants sont importants : Évaluation des lacunes en matière de surveillance de la santé des enfants et des jeunes pour les bureaux de santé de l'Ontario* (Équipe du projet local de surveillance et d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes, 2017), les bureaux de santé et les conseils scolaires ont mentionné que l'on avait besoin de données locales sur la santé mentale, l'activité physique et la saine alimentation pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire.

En 2017, l'équipe du projet local Les enfants sont importants a mis sur pied un groupe de travail composé de dirigeants du secteur de l'éducation, des bureaux de santé, d'organismes gouvernementaux et d'organisations non gouvernementales ainsi que de chercheurs afin de trouver des solutions et de formuler des recommandations en vue d'améliorer l'évaluation et la surveillance de la santé des enfants et des jeunes. Le rapport *Les enfants sont importants : recommandations du groupe de travail* (2019) a recommandé de faire fond sur ce qui existait déjà en utilisant le sondage sur le climat scolaire (SCS) qu'impose le ministère de l'Éducation. Le SCS permet de recueillir les impressions des élèves, du personnel et des parents et tuteurs sur la sécurité, l'intimidation, le harcèlement et la diversité; cependant, les écoles peuvent élargir la portée de ce sondage afin de recueillir des renseignements supplémentaires sur la santé et le bien-être des élèves (ministère de l'Éducation, 2018). Le SCS permet d'obtenir des données à l'échelle de la population concernant les enfants et les jeunes de la 4^e à la 12^e année (c.-à-d. les enfants et les jeunes de 8 à 18 ans) et constitue un moyen important de comprendre les besoins locaux de cette population en matière de santé. Le ministère de l'Éducation prévoit qu'un SCS doit être effectué au moins tous les deux ans pour recueillir des données à l'échelon des écoles, ce qui permet aux directions d'école, aux responsables des conseils scolaires et aux bureaux de santé d'élaborer des mesures et programmes de soutien ciblés.

L'ÉTUDE PILOTE LES ENFANTS SONT IMPORTANTES

Un certain nombre de facteurs et d'expériences personnelles contribuent à la santé ou au bien-être global de l'élève; certains relèvent du monde de l'éducation. Les compétences favorisant une vie saine peuvent être enseignées, modelées et soutenues dans les écoles qui ont un climat positif, qui sont sensibilisées sur le plan culturel et qui disposent de ressources adéquates. Cela nécessite souvent une approche communautaire stratégique et collaborative faisant intervenir les éducatrices et éducateurs, les parents et tuteurs, les professionnels de la promotion de la santé, les professionnels de la santé mentale, les leaders culturels et les leaders communautaires.

Les domaines qui composent la santé globale sont interdépendants; en ciblant un domaine de la santé, on en cible également d'autres. Par exemple, l'enseignement et le soutien d'une saine alimentation et de l'activité physique favorisent la santé physique individuelle et collective et peuvent également favoriser la santé mentale et sociale individuelle et collective.

Les conseils scolaires, avec l'appui des bureaux de santé partenaires, peuvent collaborer pour :

- créer un climat social positif où les élèves se sentent en sécurité et pris en charge, et savent qu'ils ont leur place;
- renseigner les élèves sur les modes de vie sains et le bien-être mental selon un cadre approprié sur le plan culturel;
- aider les élèves à acquérir des habiletés leur permettant de faire face au stress ou à l'adversité;
- aider les élèves à développer des relations saines;
- contribuer à diriger les élèves vers des services de soutien en santé mentale.

L'étude pilote Les enfants sont importants a commencé en décembre 2017; elle avait pour objectif d'étudier la faisabilité d'assurer la surveillance et l'évaluation coordonnées de la santé des enfants et des jeunes au moyen du SCS afin de combler les lacunes sur le plan des données locales en matière de santé. Ont participé à ce projet provincial six équipes, chacune composée d'un conseil scolaire et d'un bureau de santé, qui ont fait l'essai d'un Module sur les habitudes de vie saines (MHVS) intégré dans le SCS du conseil scolaire. Le MHVS contenait des questions touchant la santé mentale, la saine alimentation et l'activité physique et visait à répondre aux besoins des conseils scolaires et des bureaux de santé (**annexe A**).

Les objectifs de l'étude pilote étaient les suivants :

1. Collaborer à l'élaboration d'un MHVS pour le SCS;
2. Mettre à l'essai un partenariat entre bureaux de santé et conseils scolaires aux fins de la surveillance et de l'évaluation coordonnées au moyen du SCS et en évaluer l'applicabilité et la faisabilité;
3. Élaborer une boîte à outils pour la surveillance et l'évaluation coordonnées de la santé des enfants et des jeunes de l'Ontario aux fins de la planification des services de santé au moyen du SCS.

Afin de bâtir et de renforcer les rapports entre les conseils scolaires locaux et les bureaux de santé, l'équipe de l'étude pilote Les enfants sont importants a employé une démarche fondée sur la recherche-action. Les projets de recherche-action ont pour point commun l'identification et la résolution collectives d'un problème (Baum, MacDougall et Smith, 2006). À chaque étape de l'étude pilote, les conseils scolaires et les bureaux de santé partenaires ont été encouragés à participer à la collecte de données, à leur analyse et à la réflexion à leur sujet. Par conséquent, les décisions étaient axées sur l'action et les données ont été utilisées pour renforcer le plaidoyer des partenaires en faveur d'une planification conjointe des programmes et services liés à la santé et au bien-être des élèves.

Ensemble, les sites pilotes (équipes composées chacune d'un conseil scolaire et d'un bureau de santé) ont élaboré un MHVS supplémentaire qui comprenait des questions pour les élèves de la 4^e à la 12^e année dans les domaines prioritaires identifiés dans le rapport initial Les enfants sont importants, c'est-à-dire la santé mentale, la saine alimentation et l'activité physique (Équipe du projet local de surveillance et d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes, 2017). Les six conseils scolaires participants ont utilisé le MHVS; toutefois, le processus de mise en œuvre variait selon les divers outils et processus de chaque conseil scolaire participant relativement au SCS.

Le MHVS a rehaussé le SCS de chaque conseil scolaire en permettant de déterminer ce que les écoles peuvent faire pour favoriser le bien-être des élèves en collaboration avec le bureau de santé local. De plus, le MHVS a été conçu pour correspondre aux stratégies de santé mentale des conseils scolaires et aux travaux de Santé mentale en milieu scolaire Ontario (SMSO) concernant la santé mentale et le bien-être des élèves.

Le MHVS contient des questions sur l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, les relations à l'école, la propension à demander de l'aide, les facultés générales d'adaptation et la satisfaction à l'égard de la vie. Les constatations tirées des réponses au MHVS se sont ajoutées à l'interprétation améliorée des données sur le climat scolaire et ont éclairé la planification conjointe des conseils scolaires et des bureaux de santé afin de favoriser le bien-être des élèves.

Le présent rapport fait état des résultats de l'étude pilote Les enfants sont importants, de même que des défis relevés et des leçons apprises, et montre ainsi comment le MHVS peut être adopté dans divers contextes partout en Ontario. De plus, la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants a été créée pour aider d'autres conseils scolaires et bureaux de santé à adopter un modèle de partenariat semblable. Cette boîte à outils comprend des suggestions pratiques et des outils de mise en œuvre, y compris des exemples d'entente de partage des données, de lettres d'avis aux parents, de gabarit de communication des données, de document infographique et de plan d'analyse des données.

Les constatations tirées des réponses au MHVS se sont ajoutées à l'interprétation améliorée des données sur le climat scolaire et ont éclairé la planification conjointe des conseils scolaires et des bureaux de santé afin de favoriser le bien-être des élèves.

PLANIFICATION

1.1 Recrutement

Pour mieux comprendre la pertinence des questions du MHVS et l'application de ce module dans une variété de contextes, l'équipe de l'étude pilote a cherché à recruter des conseils scolaires :

- catholiques et publics;
- de langue anglaise et française;
- urbains, partiellement ruraux, surtout ruraux et surtout urbains;
- de différentes régions (p. ex., Nord et Sud de l'Ontario).

Au cours de l'hiver 2018, une invitation officielle à participer à l'étude pilote a été envoyée par courriel aux 74 conseils scolaires financés par les deniers publics de l'Ontario. De plus, les conseils scolaires et bureaux de santé ayant participé aux deux projets antérieurs Les enfants sont importants ont été invités à poursuivre leur participation. Le principal critère de sélection résidait dans la capacité du conseil scolaire à réaliser le SCS durant l'année scolaire 2018-2019. Six conseils scolaires et cinq bureaux de santé ont été recrutés afin de constituer un comité d'orientation pour ce projet et de mettre sur pied la concertation nécessaire pour élaborer le MHVS et l'infrastructure requise afin d'assurer le partage des données. Les conseils scolaires participants comprenaient des conseils catholiques, publics et de langue anglaise et française du Nord et du Sud de l'Ontario et de différentes régions, desservant des secteurs surtout urbains à surtout ruraux.

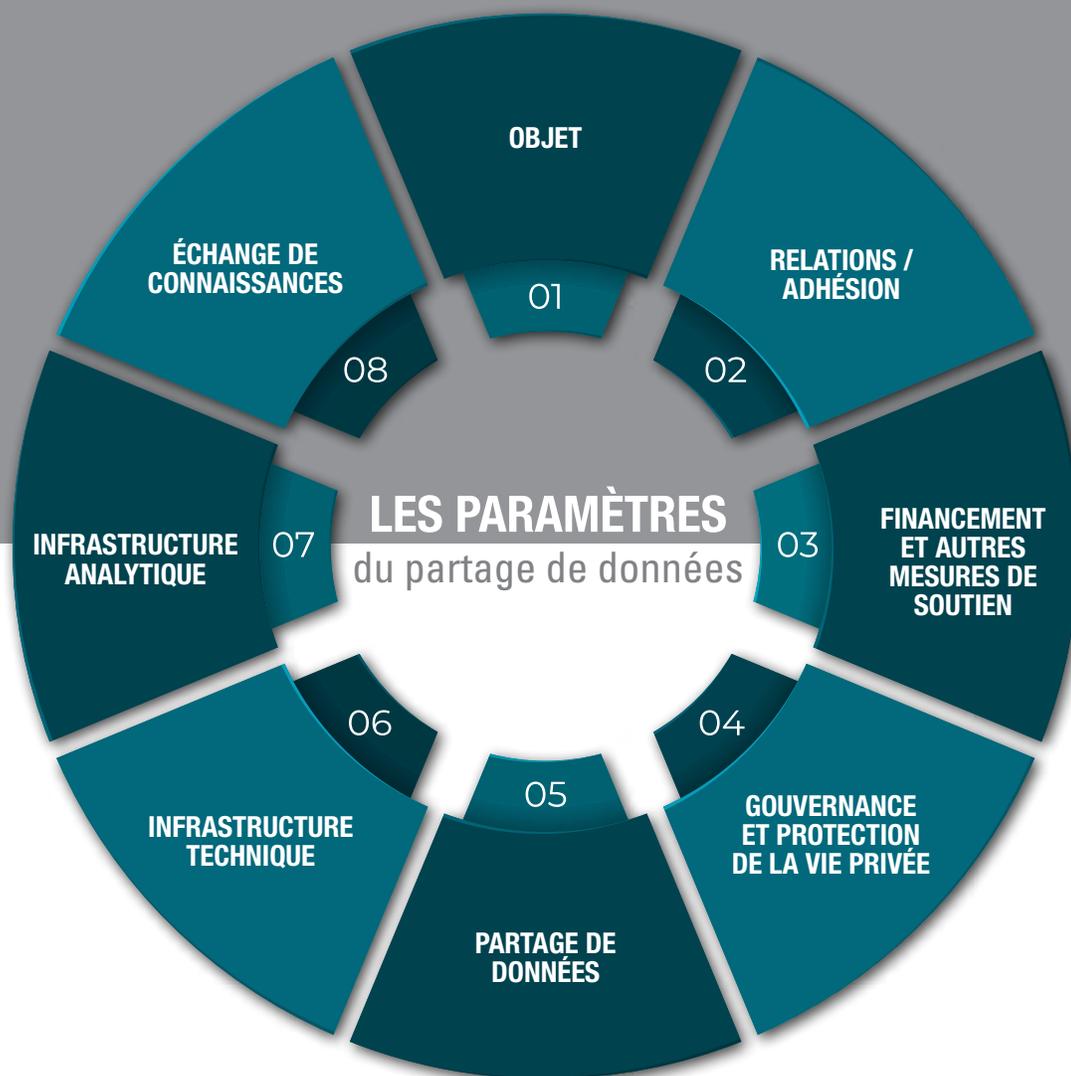
1.2 Formation de partenariats de collaboration

Les bureaux de santé et les conseils scolaires présentent divers degrés d'expertise et de capacité concernant la collecte, l'analyse, la déclaration et l'utilisation de données pour éclairer la planification des programmes, affecter des ressources et évaluer les résultats. En formant un partenariat de collaboration, les conseils scolaires et les bureaux de santé tirent profit de leur expertise ainsi que de leurs perspectives, ressources et compétences respectives. Cela permet de faire une utilisation plus stratégique des données locales et de parvenir à de meilleurs résultats dans l'ensemble.

Le processus de création de partenariats de collaboration fondés sur des données est décrit dans l'ouvrage *The Seven Parameters of Data-sharing* (UC Berkeley Center for Healthcare Organizational + Innovation Research, 2016). Comme l'indiquent les créateurs de ce cadre, « une infrastructure de partage de données s'appuie sur un objectif clair et sur l'adhésion ferme d'un large éventail de parties prenantes de la collectivité... les données peuvent être partagées, d'abord au sein d'un organisme ou secteur, puis entre les secteurs. L'ensemble du processus est itératif, et chacun des paramètres repose sur les autres » (UC Berkeley Center for Healthcare Organizational + Innovation Research, 2016, p. 3). Avec l'ajout d'un huitième paramètre, celui de l'échange de connaissances, ce processus décrit fidèlement la démarche entreprise aux fins de l'étude pilote Les enfants sont importants.



En formant un partenariat de collaboration, les conseils scolaires et les bureaux de santé tirent profit de leur expertise ainsi que de leurs perspectives, ressources et compétences respectives. Cela permet de faire une utilisation plus stratégique des données locales et de parvenir à de meilleurs résultats dans l'ensemble.



Paramètre 1 : Objet

L'étude pilote Les enfants sont importants avait pour objet d'élaborer un MHVS et de le mettre à l'essai, d'établir et de renforcer des relations, de partager des ressources aux fins de la mise en œuvre et de l'analyse et de faire fond sur les conclusions aux fins de la prise de décisions fondées sur des données probantes concernant la planification conjointe des programmes dans le but d'améliorer le bien-être et le rendement des élèves.

L'équipe de l'étude pilote considérait l'accès aux données locales comme un objectif commun des conseils scolaires et des bureaux de santé. Par conséquent, les principes directeurs de la collaboration dans le cadre de ce projet consistaient à s'assurer que les questions créées pour le MHVS étaient pertinentes pour les deux organismes partenaires et que l'information recueillie serait utilisée de façon positive pour améliorer le climat scolaire et appuyer la planification collaborative des programmes de santé et de mieux-être dans les écoles.

Paramètre 2 : Relations / adhésion

Toutes les équipes formées d'un conseil scolaire et d'un bureau de santé participant à l'étude pilote avaient déjà établi des relations avant de se lancer dans ce projet. Chaque équipe a abordé le partenariat de collaboration différemment en fonction de son contexte local, de sa gouvernance et de sa capacité. Par exemple, des mandats et des ententes de partage de données ont été établis pour certaines équipes aux fins de l'étude pilote afin de formaliser la collaboration; cependant, dans la plupart des cas, la demande soumise au comité d'éthique de la recherche pour l'étude pilote a servi à la fois de protocole d'entente et d'entente de partage de données.

Conformément au modèle de la recherche-action, tous les travaux et toutes les décisions liés au SCS incombaient aux conseils scolaires locaux, selon leurs processus et protocoles habituels, avec la participation et le soutien des bureaux de santé. L'élaboration du MHVS s'est faite dans le cadre de réunions en personne avec le comité d'orientation, ce qui a permis d'établir des relations et de renforcer la confiance entre les représentants des sites pilotes, processus qui a été complété par des téléconférences pour terminer le travail.

Paramètre 3 : Financement et autres mesures de soutien

Cette étude pilote a été rendue possible grâce à des subventions et à des contributions en nature. Santé publique Ontario a fourni une aide financière dans le cadre du volet de financement de son programme Projets locaux pour deux ans (2018-2019). Ces fonds ont permis de financer le travail des coordonnateurs de la recherche, les réunions en personne, les services de conception graphique et de traduction et les activités d'échange de connaissances. Ils ont également permis l'élaboration du MHVS et de la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants.

Des ressources en nature ont été utilisées pour planifier et mettre en œuvre le SCS/MHVS. Les ressources en personnel du conseil scolaire comprenaient les responsables en matière de santé mentale, les directrices et directeurs d'école, les enseignantes et enseignants et les administratrices et administrateurs. Les ressources des bureaux de santé publique comprenaient le temps consacré par les épidémiologistes, les planificateurs des programmes de santé en milieu scolaire et les chefs de service.

Paramètre 4 : Gouvernance et protection de la vie privée

Une demande d'éthique de la recherche pour l'étude pilote a été préparée et soumise au comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université de Windsor, qui l'a approuvée. Pour la plupart des équipes conseil scolaire-bureau de santé, la proposition de recherche et la demande approuvée d'éthique de la recherche ont servi de protocole d'entente et d'entente de partage des données. Dans le cas des sites pilotes qui avaient besoin de documents justificatifs supplémentaires, soit une entente distincte de partage des données a été conclue, soit une évaluation éthique accélérée a été effectuée à partir de la demande d'éthique de la recherche approuvée par le CER de l'Université de Windsor. Une clause fondamentale soulignée dans la demande d'éthique de la recherche, qui est habituellement abordée dans un protocole d'entente, prévoit que les données recueillies du moyen du MHVS du SCS appartiennent exclusivement au conseil scolaire, lequel détermine comment communiquer les données aux bureaux de santé. La diffusion publique des résultats incombait aux écoles et conseils scolaires, et les bureaux de santé qui avaient accès aux données pouvaient les utiliser pour éclairer

leurs propres programmes ainsi que des initiatives conjointes avec leurs homologues des conseils scolaires. Avant de publier des données, le bureau de santé devait obtenir l'autorisation du conseil scolaire local.

Une fois l'étude pilote en cours, un mandat a également été élaboré à l'intention du comité d'orientation afin de définir ses rôles et responsabilités ainsi que son processus décisionnel. La recherche-action repose en bonne partie sur l'établissement d'un consensus et sur l'engagement actif au cours de la recherche, et ces éléments ont été pris en compte dans le mandat.

Paramètre 5 : Partage de données

Au début du processus, les conseils scolaires et les bureaux de santé ont convenu que les conseils scolaires seraient propriétaires des données. Cet élément du partenariat a été un facteur important qui a facilité l'adhésion des conseils scolaires partenaires. Les bureaux de santé partenaires se verraient donner l'accès aux données au besoin à des fins d'analyse et d'établissement de rapports, mais ils ne seraient pas en mesure de publier les résultats des données sans la permission de leur conseil scolaire local qui en conserve la propriété. Les ententes de partage des données ont été conclues par les conseils scolaires, étant donné qu'ils étaient les propriétaires des données. Certains conseils scolaires sous-traitent habituellement le SCS, de sorte que d'autres facteurs devaient être pris en compte. Dans ce cas, l'entente sur le processus de partage des données comportait d'autres éléments liés à la propriété, au transfert et au processus de collecte des données. Pour surmonter les obstacles liés à la collecte de données par des tiers pour le SCS, le MHVS a été effectué séparément du SCS, mais pendant la même période. Veuillez consulter la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants pour un exemple d'entente de partage de données.

Au début du processus, les conseils scolaires et les bureaux de santé ont convenu que les conseils scolaires seraient propriétaires des données. Cet élément du partenariat a été un facteur important qui a facilité l'adhésion des conseils scolaires partenaires.

Paramètre 6 : Infrastructure technique

Les conseils scolaires et les bureaux de santé participants ont eu accès à une équipe centrale de soutien à la recherche par l'entremise du Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex (c.-à-d. l'équipe de l'étude pilote) qui a partagé son expertise technique concernant la collecte, l'analyse et le partage des données du MHVS. De plus, l'équipe de l'étude pilote a effectué l'analyse des données au nom des conseils scolaires et des bureaux de santé ou y a contribué sur demande. Ce soutien analytique centralisé a permis d'uniformiser la démarche d'analyse et de communication des données dans tous les sites pilotes. La participation de l'équipe de l'étude pilote a également permis de documenter les processus et les leçons apprises pendant toute la durée de l'étude pilote. Les constatations du présent rapport donnent un aperçu du temps et des ressources investis par les bureaux de santé et les conseils scolaires. De plus, il était important pour l'équipe de l'étude pilote de faire preuve d'uniformité dans l'analyse des données malgré des ressources et des capacités différentes, afin que l'infrastructure technique mise sur pied puisse être employée pour d'autres analyses dans l'avenir.

Les bureaux de santé participants ont convenu de contribuer à l'analyse future des données du SCS/MHVS pour leurs partenaires des conseils scolaires, permettant ainsi le maintien du partenariat et du partage des ressources à l'avenir.

Paramètre 7 : Infrastructure analytique

L'équipe de l'étude pilote a offert un soutien analytique à tous les conseils scolaires participants afin d'élaborer un cadre et un plan d'analyse des données qui soient uniformes. Ces efforts ont permis d'assurer une qualité constante des données et la comparabilité des résultats entre tous les sites pilotes. L'élaboration d'un plan d'analyse des données comprenait des consultations avec les sites pilotes afin de déterminer les besoins en matière d'analyse et de production de rapports, y compris la façon de franchir les obstacles sur le plan analytique (p. ex., valeurs faibles et suppression des données). L'épidémiologiste de l'équipe de l'étude pilote qui dirigeait l'analyse a également eu l'occasion de peaufiner le processus analytique après chaque site pilote subséquent, en fonction des besoins de chaque site pilote respectif et des leçons apprises en cours de

route. Le résultat final a été une démarche simplifiée avec des lignes directrices sur la façon d'analyser les données du MHVS et d'en rendre compte. Pour un exemple de plan d'analyse des données, veuillez consulter la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines. Les enfants sont importants.

Paramètre 8 : Échange de connaissances

L'utilisation d'un modèle de recherche-action a mené les conseils scolaires et les bureaux de santé à fixer un objectif commun, soit celui de générer conjointement, par la collaboration, des connaissances sur la santé et le bien-être des élèves au moyen du MHVS. Les représentants des sites pilotes ont présenté des approches, des avantages et des défis qui ont alimenté un dialogue productif. Cela a conduit à des résultats de recherche plus significatifs, car les interactions et relations des représentants étaient au cœur du processus de recherche.

Les bureaux de santé ont aidé les conseils scolaires à interpréter les données du MHVS et, dans certains cas, ont participé à des activités d'échange de connaissances avec le personnel et la direction des écoles. Les représentants des conseils scolaires ont fourni une orientation sur les meilleures méthodes de présentation et de partage de l'information avec les intervenants en examinant des ébauches avec les directions d'école pour obtenir leurs commentaires. Diverses méthodes ont été utilisées pour partager l'information avec les élèves et les parents et tuteurs, et les représentants des conseils scolaires ont pu échanger des idées et tirer la leçon de leurs expériences respectives.

1.3 Élaboration du Module sur les habitudes de vie saines

Pour éclairer l'élaboration du MHVS et exploiter au maximum les réunions en personne, l'équipe de l'étude pilote a mené des recherches préliminaires en s'appuyant sur les sources d'information suivantes :

- Entrevues téléphoniques avec des représentants des conseils scolaires (n = 6) et des bureaux de santé (n = 6) intéressés à devenir responsables d'un site pilote.
- Examen de cadres validés d'indicateurs sur l'activité physique, la saine alimentation et la santé mentale.
- Examen de sondages sur la santé et de SCS existants et pertinents.

Entrevues téléphoniques

Le coordonnateur de la recherche a interviewé des représentants de chacun des organismes des sites pilotes afin de déterminer les raisons pour lesquelles ils souhaitaient participer à l'étude pilote. Les enfants sont importants.

Dans le cas des bureaux de santé, les renseignements suivants ont également été recueillis :

- Niveau d'engagement antérieur et actuel auprès du conseil scolaire partenaire, notamment aux fins du SCS.
- Expérience de travail antérieure ou actuelle fructueuse avec le conseil scolaire local.
- Défis prévus ou obstacles possibles à la participation à l'étude pilote. Les enfants sont importants.

Dans le cas des conseils scolaires, les renseignements suivants ont également été recueillis :

- Méthode actuelle du SCS (électronique ou sur papier) et moment où ce dernier a lieu.
- Personnes responsables de l'élaboration du SCS (p. ex., chercheur embauché, groupe tiers, personnel du conseil scolaire).
- Portée et nature des questions de SCS antérieurs qui portaient sur la santé physique, la saine alimentation et la santé mentale.
- Nombre de questions posées dans les SCS antérieurs, et restrictions éventuelles s'opposant à l'ajout de questions.

- Autres sondages effectués pour évaluer le comportement, la santé et le bien-être des élèves.
- Niveau d'engagement antérieur et actuel auprès du bureau de santé partenaire.
- Expérience de travail antérieure ou actuelle fructueuse avec le bureau de santé partenaire.
- Défis prévus ou obstacles possibles à la participation à l'étude pilote. Les enfants sont importants.

Les principales conclusions tirées à l'issue de ces entrevues téléphoniques sont résumées au tableau 1. Dans l'ensemble, la plupart des conseils scolaires (n = 5, 83 %) ont convenu qu'il serait avantageux de créer un seul sondage ou module fondé sur des données probantes pour les sujets liés à la santé. Ils ont également décrit leur relation avec leur bureau de santé publique local comme étant « modérément » à « pleinement engagée ». Au moment de l'entrevue, la moitié des conseils scolaires (n = 3, 50 %) avaient des questions liées à la santé physique, à la santé mentale et à une saine alimentation dans leur SCS, tandis que l'autre moitié (n = 3, 50 %) avaient des questions liées uniquement à la santé mentale. La moitié des conseils scolaires (n = 3, 50 %) prévoyaient que l'ajout d'autres questions à leur SCS actuel poserait un défi, car ils estimaient que le SCS était déjà long. Les conseils scolaires et les bureaux de santé publique étaient également d'avis que le personnel des bureaux de santé ne suffisait pas pour soutenir cette collaboration, ce qui posait des difficultés.

Tableau 1. Sommaire des réponses des organismes des sites pilotes lors des entrevues téléphoniques

Thème	Réponses spécifiques aux conseils scolaires (%)	Réponses du conseil scolaire et du bureau de santé qui concordaient (n = 12)	Réponses spécifiques aux bureaux de santé (%)
Motif de la participation	Possibilité de créer une source unique de questions de sondage sur la santé (50 %)	Nécessité d'obtenir des données de qualité concernant les enfants et les jeunes (n = 7, 58 %)	Possibilité de collaborer en vue d'atteindre un objectif commun (67 %)
Résultat escompté	Création d'un produit de données fondé sur des données probantes (83 %)	Possibilité de travailler et d'apprendre ensemble / partenariat renforcé (n = 12, 50 %)	Amélioration de la transparence des données (50 %)
Participation antérieure	Ne sait pas (17 %)	Participation modérée à intensive (n = 8, 67 %)	Participation ponctuelle ou brève (50 %)
Participation actuelle	Ne sait pas (17 %)	Participation modérée à intensive (n = 11, 92 %)	Aucune
Expériences positives	Excellent processus de communication et belle expérience (17 %); représentation des bureaux de santé à des comités du conseil scolaire (17 %); ne sait pas (17 %)	Formation et transfert de connaissances (n = 7, 58 %)	Expérience positive du partenariat au palier stratégique et des programmes (100 %); élaboration de protocoles d'entente ou d'accords (67 %); participation au niveau des politiques avec le conseil scolaire (33 %)
Difficultés prévues	Financement de processus à long terme (33 %); compatibilité avec les valeurs catholiques (50 %); ne sait pas (17 %)	Personnel insuffisant dans le bureau de santé (n = 5, 42 %)	Bureaucratie (17 %); différences sur le plan des politiques, échéanciers et priorités (33 %); incohérences dans les communications (17 %)

Examen de cadres d'indicateurs et de sondages sur la santé

Il existe de nombreux outils visant à comprendre ou à mesurer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes. Tous les cadres d'indicateurs qui ont éclairé notre travail s'articulent autour des trois sujets relevés dans le rapport *Les enfants sont importants : Évaluation des lacunes en matière de surveillance de la santé des enfants et des jeunes pour les bureaux de santé de l'Ontario* (Équipe du projet local de surveillance et d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes, 2017) : saine alimentation, activité physique et santé mentale.

Le Cadre conceptuel de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS) (Agence de la santé publique du Canada, 2019) a été employé pour élaborer le volet activité physique du MHVS. Le Cadre conceptuel APCSS considère l'activité, le comportement sédentaire et le sommeil comme étant des facteurs importants qui influent sur le risque de maladie chronique. Il a servi d'approche normalisée de mesure des facteurs de risque et des résultats liés à l'activité ou à l'inactivité physique.

Le Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive chez les jeunes (12 à 17 ans) (Agence de la santé publique du Canada, Centre de surveillance et de recherche appliquée, 2019) a été utilisé comme fondement de la discussion sur la santé mentale. Ce cadre comprend de multiples domaines (comportements internalisés positifs, comportements internalisés négatifs, comportements externalisés positifs et comportements externalisés négatifs), et traite de sujets allant de la résilience et de la satisfaction à l'égard de la vie au suicide et à la violence.

L'équipe de l'étude pilote n'a pu trouver de cadre d'indicateurs approprié pour la saine alimentation au cours de son examen. Elle a donc adopté une démarche semblable à celle retenue pour la santé mentale, qui consistait à tenir compte des comportements positifs et négatifs en matière d'alimentation ainsi que des facteurs personnels, sociétaux/sociaux et environnementaux qui influent sur ces comportements.

En vue des réunions en personne du comité d'orientation, une feuille de synthèse a été rédigée pour chacune des questions sur l'activité physique, la santé mentale et la saine alimentation. Ces feuilles de synthèse comprenaient de l'information sur les domaines pertinents (p. ex., comportements internalisés positifs), les sujets (p. ex., le sentiment d'appartenance), les indicateurs (p. ex., le pourcentage d'élèves qui se sentent en sécurité à l'école), l'harmonisation avec les sources de données existantes et les anciens SCS de chaque site pilote ainsi que les lacunes relevées.

En plus des NSPO (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2018), les sources de données suivantes ont été consultées afin d'éclairer les indicateurs envisagés aux fins du MHVS :

- Étude COMPASS (9^e à 12^e année)
- Middle Years Development Instrument (MDI) (4^e et 7^e années)
- Health Behaviour in School-Aged Children, World Health Organization Collaborative Cross-National Survey, questionnaire international standard obligatoire (11 à 15 ans)
- Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale (7^e à 12^e année)
- SCS du LKDSB, du GECDSB, du TBCDSB, du RRDSB, du SCCDSB et du CSCP.



Les membres du comité d'orientation ont reçu les feuilles de synthèse, une liste des sources de données susmentionnées et les SCS de plusieurs conseils scolaires. Au cours d'une période de trois mois, le comité d'orientation s'est servi des résultats de la recherche préliminaire pour sélectionner les questions et les indicateurs du MHVS à partir des sources existantes et élaborer des indicateurs en cas de lacunes. Les discussions avec le comité d'orientation se sont déroulées par téléconférences, réunions en personne et courriel. Le comité consultatif, composé d'universitaires et d'intervenants en santé publique ayant une expertise en recherche sur la santé des enfants et des jeunes, a également été consulté dans le cadre de l'élaboration du MHVS. Au cours des réunions du comité d'orientation, le groupe a noté qu'il fallait limiter le nombre de questions devant être incluses dans le MHVS, car le SCS ne pouvait être allongé. Le choix des questions du sondage reposait en grande partie sur la possibilité pour les conseils scolaires et les bureaux de santé de donner suite aux constatations de façon réaliste dans les écoles.

Le comité d'orientation a également relevé des lacunes, c'est-à-dire des indicateurs pour lesquels aucune source de données dont on pouvait faire le suivi n'avait été identifiée, ou encore des lacunes sur le plan des connaissances à combler au palier local et régional afin d'aider les conseils scolaires et les bureaux de santé à planifier, mettre en œuvre et évaluer leurs programmes.

Enfin, la publication opportune du document *Se préparer : Un cadre stratégique pour aider les enfants du groupe d'âge des années intermédiaires de l'Ontario à s'épanouir* (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, 2017) a permis d'aligner de façon plus stratégique les mesures locales et les indicateurs provinciaux.

Sélection des indicateurs

Trois réunions en personne ont permis au comité d'orientation de tenir des discussions et réflexions approfondies aux fins de l'élaboration du MHVS. Au cours de chaque réunion en personne, les participants ont été divisés en petits groupes de travail en fonction de leur équipe conseil scolaire-bureau de santé, puis ils se sont réunis de nouveau pour partager leurs principaux points de discussion. Les questions sélectionnées ont fait l'objet d'un processus répété d'établissement des priorités, afin de peaufiner le libellé des questions et de s'assurer que les élèves pourraient répondre à l'ensemble du module du sondage. Avant le début du processus, le nombre précis de questions à inclure dans le MHVS n'avait pas été fixé; toutefois, en raison de la longueur des SCS existants des sites pilotes, il a fallu être bref pour le MHVS. Au cours du processus d'élaboration du module, un exemple d'avis aux parents ou tuteurs a été élaboré à l'intention des conseils scolaires qui en ont fait la demande. Conformément à la démarche de la recherche-action, un sondage d'évaluation à mi-parcours a également été mené pour évaluer les points forts et les faiblesses de l'expérience de collaboration. Les résultats de cette évaluation ont permis de mettre au point le processus de collaboration.

Facteurs ayant facilité la sélection des indicateurs

Un aperçu des facteurs qui ont facilité la sélection des indicateurs se trouve à la page suivante.

Un important facteur qui a facilité ce processus a été l'adhésion de chaque membre du comité d'orientation; ils ont reconnu les avantages éventuels d'une démarche coordonnée :

« En raison de mon travail au sein du groupe de travail et du fait que je suis conscient qu'il y a un décalage, ou une insuffisance de données dont les bureaux de santé ont besoin pour leurs programmes et leur planification, j'ai constaté l'intérêt de travailler en collaboration... L'avantage de mettre à jour notre sondage est que nous pouvons examiner tous les aspects du bien-être. »

- Rainy River District School Board

« Nous tenions vraiment à participer à ce projet, car nous voulons renforcer notre partenariat avec le conseil scolaire, accroître la collecte de données et faire tout en notre pouvoir pour obtenir des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur la santé des enfants. »

- Bureau de santé de Chatham-Kent

Un autre facteur a été la recherche préliminaire, décrite plus haut, qui a été menée pour alimenter les discussions :

« La documentation était structurée de façon à indiquer clairement le nombre d'heures de travail; tout était rationalisé et regroupé. Ce travail préalable a renforcé le projet et l'a rendu plus productif. C'était très avantageux. »

- Greater Essex County District School Board

Les membres du comité d'orientation ont également apprécié les réunions en personne, qui ont facilité l'échange de points de vue et le renforcement des relations :

« À mon avis, les réunions en personne ont été positives. Elles nous ont permis de dialoguer avec les intervenants et les partenaires, et de mieux comprendre ce que nous devons obtenir du point de vue des épidémiologistes. »

- St. Clair Catholic District School Board

« Ce processus a abouti à de nombreux résultats positifs. Par exemple, étudier les différents SCS, se familiariser avec eux, se renseigner sur ce qui compte pour chaque conseil scolaire... Il est bon d'avoir un langage commun et une perspective commune en ce qui concerne le type et l'importance des données et la façon dont nous pouvons utiliser ces données à l'avenir. »

- Bureau de santé du district de Thunder Bay

Défis, considérations et leçons apprises

Les membres du comité d'orientation étaient d'avis qu'il était plus facile de participer activement aux réunions en personne qu'aux téléconférences; cependant, les réunions n'ont pas été sans difficulté. Étant donné que chaque conseil scolaire avait sa propre version du SCS et que ces groupes n'avaient jamais travaillé ensemble auparavant, certains membres ont trouvé difficile d'en arriver à un consensus sur la formulation des questions du sondage, ce qui a mené à de longues discussions techniques. De plus, l'examen des questions dans l'ordre, plutôt que parallèlement avec les indicateurs, n'a pas toujours permis de tenir un débat équitable et fructueux. Ce processus pourrait être amélioré au moyen d'une **matrice de prise de décision** afin de s'assurer que chacun a voix au chapitre :

« Il était très difficile de parvenir à un consensus du fait que nous n'avions pas établi de rapports étroits avec les autres groupes participants, c'est-à-dire les autres conseils scolaires et bureaux de santé. Je ne rejette pas la faute sur les organisateurs du projet; c'était difficile parce que chacun est passionné par des aspects différents. Il fallait garder à l'esprit que les enfants ne pourraient passer des heures et des heures à répondre au sondage. »

– Rainy River District School Board

« C'était structuré, mais pour ce qui est de décider s'il fallait arrêter notre choix sur quelque chose, c'était un peu aussi la loi du plus fort. Il n'y avait pas de processus ou de critères concrets. Tout dépendait de la façon dont se déroulait le débat. »

– Bureau de santé de Chatham-Kent

En outre, différents commentaires ont été formulés sur **la traduction et l'usage**. Par exemple, il n'a pas toujours été facile de traduire en français les questions du sondage. Certains termes et indicateurs établis en anglais n'avaient pas d'équivalent évident en français, ce qui a nécessité d'autres discussions dans les sites pilotes concernés.

De plus, les indicateurs de santé mentale ont fait l'objet d'autres commentaires et discussions de la part des membres du comité d'orientation. Étant donné l'ampleur des questions qui pourraient être posées au sujet de la santé mentale des élèves, le comité d'orientation s'est concentré sur celles qui correspondaient aux rôles et responsabilités des conseils scolaires et des bureaux de santé en matière de santé mentale. Au cours de ces discussions, on est revenu sur les principes directeurs élaborés au début du projet, reconnaissant que les éducateurs et les professionnels de la santé publique n'ont pas d'antécédents cliniques en santé

mentale, et que les questions du sondage sur la santé mentale devaient donc porter sur les aspects personnels et sociaux des élèves et l'incidence possible de ces facteurs sur leur santé mentale et leur bien-être. De plus, les questions sur la santé mentale ont été renvoyées aux comités de santé mentale des conseils scolaires pour obtenir leurs commentaires.

Le comité d'orientation était également soucieux de choisir, pour les questions du sondage, des quantités et des échelles qui seraient compréhensibles pour les enfants et les jeunes d'âge scolaire. Les questions qui pouvaient être interprétées de multiples façons ont été évitées. Après avoir mis en œuvre le MHVS, les organismes des sites pilotes ont apporté d'autres améliorations aux questions, par souci d'uniformité et pour qu'il soit plus facile de répondre au sondage. La version finale du MHVS est incluse dans le présent rapport (voir l'**annexe A**) et dans la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants.

Surtout, les membres du comité d'orientation ont convenu que le facteur primordial était la façon dont les données recueillies au moyen de chaque question et indicateur seraient utilisées. Cet aspect a beaucoup aidé à circonscrire le MHVS.

« Nos discussions visaient souvent à justifier chaque question : pourquoi veut-on la poser? Comment la poser de façon appropriée afin qu'elle ne soit pas trop délicate? Pouvons-nous la poser à tous les groupes d'âge? Car en définitive, à quoi bon poser une question sur un aspect au sujet duquel nous ne pouvons rien faire? »

- Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

Les membres du comité d'orientation ont reconnu l'importance de pouvoir donner suite à une question soulevée par les données recueillies auprès des élèves.

ORGANISMES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE PILOTE

Chacun des organismes des sites pilotes a été appelé à élaborer une étude de cas pour résumer son expérience de l'élaboration et de l'implantation du MHVS; un exposé complet des leçons apprises figure à l'annexe B.

2.1

Greater Essex County District School Board et Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex

Notre collectivité

Le Greater Essex County District School Board (GECDSB), le conseil scolaire le plus important à participer à l'étude pilote, ainsi que le Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex (WECHU), desservent l'extrémité sud-ouest de l'Ontario. Cette région compte environ 398 953 habitants, dont 23,0 % sont des enfants et des jeunes de 19 ans ou moins (Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex, 2019). Globalement, cette région présente une proportion plus élevée que la moyenne provinciale de ménages à faible revenu; 22,6 % des enfants et jeunes de 17 ans et moins font partie d'un ménage à faible revenu selon le seuil de faible revenu après impôt (Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex, 2019). Le secteur de la fabrication est le secteur le plus important qui emploie les résidents de Windsor et du comté d'Essex. Les immigrants récents composent 2,7 % de la population totale; la plupart proviennent d'Asie, et plus précisément du Moyen-Orient. Les résidents présentent un taux de décès et de morbidité ainsi qu'un taux de maladies chroniques comme l'obésité et les maladies cardiovasculaires plus élevés que la moyenne ontarienne. Le taux d'urgences en santé mentale est plus élevé que dans l'ensemble de la province, particulièrement chez les résidents de faible statut socioéconomique. Les taux d'usage de substances sont également plus élevés à Windsor et dans le comté d'Essex que dans la province en général; il s'agit donc là d'une préoccupation majeure des résidents (Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex, 2019).

Nos organismes

Le GECDSB est un conseil scolaire financé par les deniers publics; en 2018-2019, 25 126 élèves fréquentaient ses 55 écoles élémentaires et 11 495 élèves ses 15 écoles secondaires. Il s'agit du conseil scolaire le plus important de Windsor et du comté d'Essex. Le conseil compte 4 663 employés, dont environ la moitié sont des enseignantes et enseignants. La plupart des élèves du GECDSB sont de nationalité canadienne ou américaine ou ont la double nationalité, et 1,5 % des citoyens de la région que le conseil dessert s'identifient comme étant autochtones.

Le WECHU fournit des services à plus de 398 000 résidents de Windsor et du comté d'Essex. Il compte environ 240 employés dans trois bureaux, situés à Windsor, Essex et Leamington.

Le GECDSB et le WECHU ont conclu il y a de longues années un protocole d'entente qui leur a permis d'établir des rapports ouverts et productifs. Le WECHU a toujours assuré les services d'infirmières pour compléter les ressources de santé scolaire et répondre aux besoins des écoles du GECDSB. En 2016, dans le cadre du Programme d'action communautaire Enfants en santé, les deux parties ont souligné les lacunes sur le plan des données locales sur la santé des enfants et des jeunes d'âge scolaire, ce qui les a poussés à collaborer en vue d'inclure un MHVS dans le SCS. Ce partenariat solide s'appuyant sur une communication ouverte a contribué au lancement de l'étude pilote Les enfants sont importants.

15 ÉCOLES SECONDAIRES 55 ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES 4 663 EMPLOYÉS 36 621 ÉLÈVES

Rainy River District School Board et Bureau de santé du Nord-Ouest

Notre collectivité

Le Bureau de santé du Nord-Ouest (BSNO) et le Rainy River District School Board (RRDSB) desservent un vaste territoire (171 288 km² dans le cas du BSNO) où la densité de la population est faible (0,5 personne/km²) (Bureau de santé du Nord-Ouest, 2016). La population totale de cette région s'élève à environ 80 721 habitants, dont 21 140 sont des enfants et des jeunes de 19 ans ou moins (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2016). Le taux de ménages à faible revenu et le taux de chômage sont généralement plus élevés que dans l'ensemble de la province. L'emploi, qui se concentre dans les domaines des pâtes et papiers et de l'exploitation minière, connaît des fluctuations. Les résidents présentent une espérance de vie à la naissance et à 65 ans plus faible que dans la province en général; cela est attribuable à un taux plus élevé de cancer colorectal et du poumon, de maladies cardiovasculaires et respiratoires, de blessures non intentionnelles, d'automutilation et de facteurs de risque connexes comme l'embonpoint ou l'obésité (Bureau de santé du Nord-Ouest, 2016). Il y a dans cette région 39 communautés des Premières Nations et deux territoires non constitués en municipalité (secteurs non constitués en municipalité de Kenora et Rainy River).

Nos organismes

Le RRDSB dessert une vaste région, d'Atikokan à Fort Frances, Emo et Rainy River, et il compte 12 écoles élémentaires et trois écoles secondaires. Il a environ 600 employés (occasionnels), dont 215 sont des enseignantes et enseignants, et un peu moins de 2 800 élèves de la maternelle à la 12^e année. Le conseil se compose de sept conseillers élus ou nommés par acclamation, y compris un conseiller des Premières Nations et deux élèves conseillers. Le conseil scolaire collabore directement avec huit communautés des Premières Nations dans la partie inférieure du territoire visé par le Traité n° 3 aux termes d'ententes sur les services d'éducation.

Le BSNO dessert une partie du district de Kenora et le district de Rainy River; il a des bureaux dans 13 municipalités et compte au total environ 150 employés. Son conseil de santé se compose de huit membres des conseils municipaux locaux, et trois membres sont nommés par la province.

Le BSNO et le RRDSB entretiennent un partenariat solide; ils affichent des années de collaboration à l'appui des élèves, des parents et tuteurs, des familles et des collectivités. Un protocole d'entente annuel régit ce partenariat au palier régional; la prestation des services est adaptée aux besoins particuliers de chaque collectivité ou école. Par le passé, le BSNO a fait appel au RRDSB pour effectuer les sondages SHAPES (School Health Action, Planning and Evaluation System) et COMPASS auprès des élèves afin d'éclairer la planification et la prestation des programmes dans les écoles et en milieu communautaire. L'intégration du MHVS dans le SCS s'inscrivait tout naturellement dans ce partenariat de longue date.

3 ÉCOLES
SECONDAIRES

12 ÉCOLES
ÉLÉMENTAIRES

600 EMPLOYÉS

2 800 ÉLÈVES

Notre collectivité

Le district de Thunder Bay s'étend sur une vaste région de 249 900 km² et se compose de populations urbaines et rurales. Le nombre d'habitants est stable et s'établit à environ 155 000; 18 750 d'entre eux sont des enfants et des jeunes de 19 ans et moins. Soixante-douze pour cent de la population habite la cité de Thunder Bay. Les Autochtones représentent plus de 15 % de la population. Vingt-cinq communautés des Premières Nations, dont près de la moitié sont inaccessibles par voie routière, sont réparties dans l'ensemble de la région desservie par le Bureau de santé du district de Thunder Bay (BSDTB).

Le BSDTB enregistre des résultats en matière de santé qui comptent parmi les plus mauvais par rapport au reste de l'Ontario. Sur son territoire, il affiche un fardeau plus élevé que le reste de l'Ontario de nombreuses maladies infectieuses (p. ex., chlamydia, gonorrhée, hépatite C, streptocoque invasif du groupe A, tuberculose), de même que de maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires et cardiovasculaires) et d'usage de substances (alcool, tabac, opioïdes), de sorte que l'espérance de vie y est inférieure de trois ans à la moyenne provinciale.

Du point de vue des déterminants sociaux de la santé, les données de 2016 montrent que 13,8 % des ménages du district de Thunder Bay (par rapport à 14,4 % en Ontario) étaient à faible revenu; 19,9 % des enfants de moins de 18 ans vivaient dans un ménage à faible revenu (par rapport à 18,4 %); 13,4 % n'avaient pas de diplôme ou de grade (par rapport à 17,5 %), le taux de chômage était de 8,2 % (par rapport à 7,4 %) et 18,7 % de la population (par rapport à 27,6 %) consacrait au moins 30 % de son revenu au logement (41,8 % dans le cas des locataires). En 2013-2014, on estimait que

14,4 % des ménages du BSDTB (par rapport à 12,2 %) étaient en insécurité alimentaire. Les facteurs géographiques sont également un déterminant de la santé; les collectivités rurales présentent un risque plus élevé de mauvaise santé. Les collectivités du district dépendant des industries locales, et les facteurs démographiques de même que l'état de santé peuvent varier.

Nos organismes

Le Thunder Bay Catholic District School Board (TBCDSB) comprend deux écoles secondaires (de la 9^e à la 12^e année), trois écoles élémentaires de cycle supérieur (7^e et 8^e années) et 15 écoles élémentaires (maternelle à 6^e année) que fréquentent environ 5 200 élèves. Le conseil scolaire compte environ 1 459 employés, dont 894 sont des enseignantes et enseignants. La direction de l'éducation du TBCDSB gère toutes les activités avec l'administration du conseil scolaire et les administrateurs des écoles. La direction du TBCDSB, de même que l'équipe des cadres supérieurs se composant de trois surintendants (éducation, affaires, services internes) et d'un analyste des services techniques, doivent respecter la mission et la vision de ce conseil scolaire catholique ainsi que les objectifs établis par les conseillères et conseillers scolaires.

Le Bureau de santé du district de Thunder Bay (BSDTB) compte environ 180 employés, qui travaillent soit au siège de Thunder Bay soit dans des succursales ou services situés à Geraldton, Marathon, Red Rock, Manitouwadge et Terrace Bay. Le BSDTB est géré par un conseil de santé de 16 membres (12 élus municipaux, quatre nommés par la province).

Le TBCDSB et le BSDTB entretiennent de longue date de bonnes relations de travail. Par l'entremise de son programme scolaire et de nombreux autres programmes, le BSDTB donne du soutien aux conseils scolaires du district de Thunder Bay.

2 ÉCOLES SECONDAIRES **18** ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES **1 459** EMPLOYÉS **5 200** ÉLÈVES

Lambton-Kent District School Board, St. Clair Catholic District School Board, Bureau de santé de Lambton et Bureau de santé de Chatham-Kent

Notre collectivité

Le Lambton-Kent District School Board (LKDSB) et le St. Clair Catholic District School Board (SCCDSB) desservent une vaste région du Sud-Ouest de l'Ontario entourée par les Grands Lacs, que desservent également deux bureaux de santé. La population de cette région est d'environ 228 680 habitants, dont 49 390 sont des enfants et des jeunes de 19 ans ou moins. Cette région est essentiellement rurale; elle comporte de nombreuses petites localités et deux grands centres urbains (Chatham et Sarnia). Dans l'ensemble, elle présente un taux plus élevé de ménages à faible revenu et moins élevé de scolarité chez les adultes que l'Ontario en général. Les résidents affichent un taux plus élevé de décès et de morbidité attribuables à des maladies chroniques majeures et aux facteurs de risque connexes, et de nombreuses localités sont aux prises avec un problème croissant d'usage de substances. Il y a un grand nombre de cols bleus, la fabrication et l'agriculture comptant parmi les principales industries. Quatre groupes des Premières Nations habitent dans cette région : la Première Nation Aamjiwnaang, la nation Delaware, la Première Nation de Kettle et Stony Point et la Première Nation de Walpole Island (Bkejwanong).

Nos organismes

Le LKDSB fournit des services d'éducation à plus de 21 000 élèves qui fréquentent 63 écoles (51 élémentaires et 12 secondaires) (1 446 enseignantes et enseignants, 1 051 enseignantes et enseignants suppléants, 14 667 élèves de palier élémentaire, 7 361 élèves de palier secondaire).

Le Bureau de santé de Chatham-Kent (BSCK) compte environ 80 employés et fait partie de la municipalité à palier unique de Chatham-Kent. Il dessert une population d'environ 102 042 personnes, y compris 22 850 résidents de 19 ans et moins.

Le Bureau de santé de Lambton (BSL) emploie environ 112 personnes et fait partie du comté de Lambton, qui compte 11 municipalités d'une population totale de 126 638 habitants, dont 26 540 résidents de 19 ans et moins.

Ces deux bureaux de santé entretiennent des rapports solides avec le LKDSB; des protocoles d'entente régissent leur collaboration, et des programmes de santé publique sont offerts dans les écoles.

Le SCCDSB fournit des services d'éducation à plus de 8 800 élèves (6 199 au palier élémentaire et 2 658 au palier secondaire) dans 27 écoles (25 écoles élémentaires et deux écoles secondaires), et il compte environ 1 100 employés (à temps plein, à temps partiel et occasionnels, notamment des enseignantes et enseignants, directrices et directeurs, administratrices et administrateurs du conseil scolaire et personnel de soutien, aides-enseignantes et aides-enseignants, concierges, travailleuses et travailleurs de bureaux, travailleuses sociales et travailleurs sociaux, travailleuses et travailleurs auprès des enfants et des jeunes et éducatrices et éducateurs de la petite enfance). L'étude pilote Les enfants sont importants représente pour le SCCDSB une autre occasion de collaborer avec le BSCK et le BSL.

12 ÉCOLES SECONDAIRES **51** ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES **2 497** EMPLOYÉS **22 028** ÉLÈVES

2.5 Conseil scolaire catholique Providence

Notre collectivité

Le Conseil scolaire catholique Providence (CSCP) est un conseil scolaire catholique de langue française qui dessert un territoire de 28 819 km² comprenant les collectivités de Windsor-Essex, Chatham-Kent, Sarnia-Lambton, Middlesex-London, Elgin, Woodstock-Oxford, Huron-Perth et Grey-Bruce (Conseil scolaire catholique Providence, 2019). Cette région comprend un ensemble de collectivités rurales et urbaines servies par huit bureaux de santé et deux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) : le RLISS du Sud-Ouest et le RLISS d'Érie St-Clair. Le RLISS du Sud-Ouest (comtés de Bruce, Elgin, Grey, Huron, Middlesex, Norfolk, Oxford et Perth) sert 953 261 personnes, 40 % d'entre elles dans la cité de London (RLISS du Sud-Ouest, 2014). De plus, on compte environ 8 000 francophones à London, qui est désignée aux termes de la *Loi sur les services en français* (RLISS du Sud-Ouest, 2014). Le revenu sur le territoire de ce RLISS est légèrement plus élevé que la moyenne provinciale. Le taux déclaré de dépassement des lignes directrices de consommation d'alcool à faible risque et de consommation excessive d'alcool est plus élevé dans ce RLISS qu'en Ontario en général (Santé publique Ontario, 2019). Un peu plus de 1,5 % de la population se compose d'immigrants récents. On compte cinq communautés des Premières Nations dans le RLISS du Sud-Ouest, de même qu'une importante population d'Autochtones vivant hors réserve (RLISS du Sud-Ouest, 2014). Le taux de mortalité dans ce RLISS était plus élevé que dans le reste de l'Ontario. Environ 60 % des résidents du RLISS du Sud-Ouest présentaient de l'embonpoint ou de l'obésité, ce qui est supérieur à la moyenne provinciale. Dans le RLISS d'Érie St-Clair (comtés d'Essex et de Lambton et municipalité de Chatham-Kent) vivaient 627 663 résidents; 63 % dans le comté d'Essex, 20 % dans le comté de Lambton et 17 % à Chatham-Kent. Environ 3,3 % des résidents s'identifient comme francophones; ils sont généralement plus âgés que la population en général. À l'heure actuelle, 2,5 % de la population s'identifie comme autochtone (RLISS du Sud-Ouest, 2014). Environ 43 % des Autochtones du RLISS habitent dans le comté d'Essex, 39 % dans le comté de Lambton et 18 % à Chatham-Kent. Par rapport au reste de l'Ontario, les résidents du RLISS d'Érie St-Clair présentent un taux plus élevé d'usage quotidien de tabac ainsi que d'embonpoint ou d'obésité (Santé publique Ontario, 2019).

Environ 3,3 % des résidents s'identifient comme francophones; ils sont généralement plus âgés que la population en général. À l'heure actuelle, 2,5 % de la population s'identifie comme autochtone (RLISS du Sud-Ouest, 2014). Environ 43 % des Autochtones du RLISS habitent dans le comté d'Essex, 39 % dans le comté de Lambton et 18 % à Chatham-Kent.

Nos organismes

Le CSCP compte 23 écoles élémentaires et sept écoles secondaires que fréquentent 10 117 élèves. Ce conseil scolaire met en valeur l'identité et la communauté francophones par l'éducation en langue française. Le bureau principal du conseil scolaire et le bureau de la direction de l'éducation se trouvent à Windsor-Essex. Le CSCP compte à son emploi 1 393 employés permanents (756 membres du personnel enseignant et 637 membres du personnel non enseignant).

Le Bureau de santé de Middlesex-London (BSML) compte environ 225 employés et dessert le comté de Middlesex et la cité de London. Il a constitué une équipe de santé scolaire pour les écoles élémentaires et secondaires de la région; cette équipe comprend du personnel francophone. Des infirmières-hygiénistes francophones fournissent des ressources pédagogiques sur la santé et appuient des activités qui favorisent un environnement sain dans les écoles.

Le Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex (WECHU) compte environ 250 employés, y compris une équipe d'infirmières en santé scolaire qui sont affectées aux écoles, et deux postes désignés francophones. Le WECHU a conclu un protocole d'entente avec le CSCP il y a de longues années, et fournit tous ses services et documents en français. Le WECHU et le CSCP ont collaboré à plusieurs projets par le passé, mais avant cette étude pilote, aucun n'avait porté sur la collecte ou l'utilisation de données sur les élèves.

Le Bureau de santé de Chatham-Kent (BSCK) compte environ 80 employés et fait partie de la municipalité à palier unique de Chatham-Kent. Il dessert une population d'environ 102 042 personnes, dont 22 850 résidents de 19 ans et moins. Le BSCK entretient de bons rapports avec le CSCP et soutient activement les équipes et initiatives de bien-être de certaines écoles. Cependant, le BSCK n'a pas collaboré avec l'ensemble des écoles de Chatham-Kent ni à l'échelon du conseil scolaire jusqu'à maintenant.

Le Bureau de santé de Lambton (BSL) emploie environ 112 personnes et fait partie du comté de Lambton, qui compte 11 municipalités d'une population totale de 126 638 habitants, y compris 26 540 résidents de 19 ans et moins. Le BSL et le CSCP entretiennent des rapports positifs; cependant, l'étude pilote Les enfants sont importants est la première initiative dans le cadre de laquelle ces deux organismes font équipe.

7 ÉCOLES SECONDAIRES **23** ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES **1 393** EMPLOYÉS **10 117** ÉLÈVES

MISE EN ŒUVRE ET ANALYSE

3.1 Planification du sondage sur le climat scolaire

Facteurs ayant facilité la mise en œuvre

Tous les organismes des sites pilotes ont convenu que pour intégrer avec succès le MHVS dans le SCS, il fallait avant tout que les représentants supérieurs du conseil scolaire et du bureau de santé entretiennent des rapports solides. Ces rapports ont été établis pour commencer aux termes d'une **entente de partage de données**, puis par la création de **comités** ouverts, transparents et inclusifs, parfois appelés groupes de travail (ou la convocation de comités existants). Les ententes de partage de données ont été employées pour définir les rôles et responsabilités de chaque partie, les critères de confidentialité des données et les mesures de sécurité, et prévoyaient que les conseils scolaires étaient propriétaires des données et se réservaient le droit de les publier, alors que les bureaux de santé pouvaient uniquement s'en servir à des fins de planification interne, conformément à tout protocole d'entente déjà conclu.

« La conclusion d'une entente de partage de données a été une première étape utile et importante; cette entente définit les rôles et responsabilités du conseil scolaire et du bureau de santé et les modalités de l'utilisation et de l'analyse des données. »

- Rainy River District School Board

« Il était avantageux de conclure une entente de partage de données entre les bureaux de santé et les écoles pour obtenir la permission d'utiliser les données à des fins de planification. Ainsi, les conseils scolaires n'avaient plus de réserves concernant l'accès des bureaux de santé aux données, car l'utilisation de ces données était clairement balisée. Dans notre cas, le TBCDSB a fait appel au BSDTB, qui a pris en charge l'établissement de l'entente de partage de données. »

- Thunder Bay Catholic District School Board

Une fois l'entente de partage de données conclue, des **champions du projet** ont été identifiés (responsable en matière de santé mentale ou personne-ressource sur l'apprentissage et l'enseignement technohabilités d'un conseil scolaire; épidémiologiste ou responsable de la santé scolaire d'un bureau de santé) et chargés d'un **objectif clair** : examiner l'intention sous-jacente de chaque question du SCS (y compris celles du MHVS), les données que ces questions permettraient de recueillir et à quoi elles serviraient dans les conseils scolaires et les bureaux de santé. En d'autres mots, il s'agissait de savoir ce que nous demandions et pourquoi.

« Si aucun geste tangible n'était associé à une question, nous renoncions à la poser... Au cours du processus de sélection des questions, nous nous sommes remis en question collectivement. L'objet des questions n'était pas de poser un diagnostic, mais plutôt de planifier des interventions et de créer des outils et des stratégies. »

- Greater Essex County District School Board

« La refonte du SCS était un projet considérable compte tenu des ressources limitées dont nous disposons. Cependant, grâce à un groupe de travail axé sur la collaboration (dont faisaient partie des représentants des directions d'école, de l'éducation de l'enfance en difficulté, des surintendants, de la santé mentale, des Autochtones, des parents, des élèves conseillers et de la santé publique) qui adhérait pleinement au processus, tout était plus efficace et nous avons pu tenir des discussions approfondies. »

- Lambton-Kent District School Board

Il fallait aussi obtenir la participation de personnes qui s'étaient déjà familiarisées avec le SCS par le passé, surtout si un organisme tiers était intervenu. Les organismes des sites pilotes ont jugé important de connaître les **points forts et les limites des SCS antérieurs**, afin d'avoir le contexte nécessaire pour déterminer comment utiliser les réponses au MHVS en parallèle avec les réponses au SCS. Les réponses à une question particulière du MHVS peuvent soulever des préoccupations à approfondir par la collecte de renseignements plus détaillés par d'autres moyens (p. ex., entrevues auprès d'informateurs clés, groupes de discussion).

Défis, considérations et leçons apprises

Les organismes des sites pilotes ont convenu qu'il fallait **beaucoup de temps** pour réunir un groupe de personnes diversifiées; cependant, le temps réservé à la planification collective du SCS a renforcé les relations entre conseils scolaires et bureaux de santé et donné lieu à un SCS complet, mais suffisamment ciblé pour permettre de mieux comprendre les besoins des enfants et des jeunes.

Parmi les autres facteurs clés envisagés au moment de l'élaboration du MHVS pour le SCS, mentionnons la **longueur et la formulation du sondage**, qui influent sur le temps dont les élèves ont besoin pour y répondre. Un organisme de site pilote a ajouté au sondage des définitions de termes et des exemples de situations afin d'améliorer la compréhension. Un autre a modifié les exemples du SCS et du MHVS pour les rendre plus faciles à comprendre (p. ex., en remplaçant « aubergine » par un autre légume, car peu d'épicereries de la région vendent des aubergines). Maintenant que les organismes des sites pilotes ont implanté leur SCS/MHVS, certains continuent d'apporter des modifications pour adapter le sondage aux élèves du palier élémentaire (p. ex., en envisageant de diviser le sondage en deux séances au lieu d'une seule).

L'un des organismes de site pilote a ajouté une étape pour finaliser le SCS/MHVS avant de l'effectuer : un **essai des questions** auprès de plusieurs élèves. Cette démarche, bien que facultative, pourrait se révéler utile lorsque des changements importants sont apportés au SCS. Une fois le SCS et le MHVS implantés, **il y aurait lieu d'y apporter le moins de changements possible à l'avenir afin que les résultats demeurent comparables au fil des ans.**

« Le projet de MHVS a été mis à l'essai auprès de plusieurs élèves... Après avoir reçu leurs commentaires, nous avons modifié quelques questions pour diverses raisons (formulation, termes employés, niveau de compréhension de la part des élèves). Certaines questions ont été reformulées, et il a été recommandé d'enseigner certains termes avant d'effectuer le sondage final; en outre, certaines échelles de cotation ont été rajustées afin d'être présentées de façon uniforme dans le sondage. »

- Greater Essex County District School Board

3.2 Tenue du sondage sur le climat scolaire

Les bureaux de santé n'ont pas contribué à la tenue du SCS/MHVS auprès des élèves. Chaque conseil scolaire participant a choisi la méthode de mise en œuvre qui lui apparaissait la plus appropriée, notamment en ce qui concerne la communication de l'objet du sondage aux directions d'école, au personnel enseignant, aux parents et tuteurs et aux élèves, le moment où le sondage était effectué, la période d'accessibilité du sondage, les attentes concernant la réponse au sondage, etc. Les conseils scolaires participants qui ont décrit la mise en œuvre comme ayant été « harmonieuse » ont mentionné comme facteur clé de succès la communication soutenue entre les champions du projet et les directions d'école dans les mois qui avaient précédé la tenue du sondage.

« Avant même qu'il ne soit terminé, nous l'avons soumis à notre comité du conseil scolaire. Ce n'était donc pas une surprise; le comité avait participé tout au long du processus. Je l'avais présenté à une forte proportion des membres du comité pour obtenir leur point de vue. Nous avons rendu le sondage plus diversifié en obtenant l'apport d'un plus grand nombre de personnes. »

– Greater Essex County District School Board

Comme chaque conseil scolaire participant était chargé d'effectuer son SCS/MHVS, la façon dont on a fait connaître le sondage a beaucoup varié. Certains conseils scolaires ont envoyé des notes de service aux directions d'école, et d'autres ont envoyé des lettres aux administrateurs des écoles et des scripts au personnel enseignant, ou une combinaison de ces méthodes. Un conseil scolaire participant a créé des annonces vidéo pour expliquer l'objet du sondage et diriger les élèves, le personnel enseignant ainsi que les parents et tuteurs vers des sites Web scolaires et des médias sociaux où ils pouvaient accéder au sondage. Ce qui comptait, c'était de diffuser un message uniforme aux élèves, au personnel enseignant et aux parents et tuteurs sur le SCS/MHVS.

De plus, le moment où les données étaient recueillies a varié selon le conseil scolaire. Certains conseils scolaires participants ont mené leur sondage dans le cadre d'un événement particulier ou d'une stratégie de sensibilisation :

« Le conseil scolaire mène le SCS auprès des élèves pendant la Semaine de la sensibilisation à l'intimidation, qui a lieu pendant la troisième semaine de novembre. Ainsi, il est possible de mieux faire comprendre l'intimidation; les leçons, assemblées et autres activités de promotion permettent de sensibiliser les élèves à ce qu'est l'intimidation – et à ce qu'elle n'est pas. »

– Rainy River District School Board

« Nous avons fait coïncider notre sondage avec les entrevues parents-enseignants, ce qui a encouragé les parents à répondre au sondage sur place si cela leur convenait mieux. »

– Lambton-Kent District School Board

Pendant que le sondage était accessible, certains conseils scolaires participants ont également surveillé la participation et rappelé à quelques reprises aux administrateurs de répondre au sondage (p. ex., trois jours avant la date limite). Les conseils scolaires qui ont envoyé des rappels présentaient un taux de réponse plus élevé que les autres. Les organismes des sites pilotes qui effectuaient une surveillance régulière ont constaté qu'il était suffisant de rendre le sondage accessible pendant un mois. Certains conseils scolaires participants ont examiné le processus de sondage et ils ont déjà prévu des changements visant à rehausser le taux de réponse :

« Les directions d'école ont recommandé de mener auprès des élèves de 12^e année un sondage abrégé comprenant des questions de départ de l'école, pendant le mois de mai. Par ailleurs, il est difficile de s'assurer que tous les élèves du secondaire répondent au sondage. Les élèves ont des horaires différents, des stages d'éducation coopérative et des périodes libres. Bon nombre de nos élèves suivent un programme d'éducation parallèle. C'est donc un défi que nous continuerons de tenter de relever, afin de parvenir au taux de participation le plus élevé possible. »

– Rainy River District School Board

Aide-mémoire pour la planification et la mise en œuvre du sondage sur le climat scolaire

Veillez consulter la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants pour d'autres suggestions et outils visant à soutenir la planification et la mise en œuvre du SCS/MHVS.

Planification

- Constituez un comité (ou groupe de travail) de champions du projet, comprenant un représentant du bureau de santé, pour appuyer la mise en œuvre du sondage
- Rédigez une entente de partage de données
- Consultez l'épidémiologiste de votre bureau de santé local pour des suggestions sur les plateformes de sondage en ligne à utiliser
- Collaborez avec la personne chargée de l'analyse des données afin de dresser un plan d'analyse prévoyant des procédures d'extraction des données et de protection de la vie privée ainsi que des échéanciers pour la production des résultats
- Faites un essai pilote de votre sondage auprès de votre comité ou d'élèves
- Dressez un plan de communication prévoyant la diffusion de messages en ligne (site Web, médias sociaux), des directives pour les intervenants (directions d'école, personnel enseignant, parents), un script pour les titulaires de classe, etc.
- Envisagez de tenir le sondage pendant la Semaine de la prévention de l'intimidation ou de le faire coïncider avec les entrevues parents-enseignants, tout en tenant compte également des autres engagements que pourraient avoir les familles

Mise en œuvre

- Demandez aux directions d'école de dresser un horaire pour permettre aux titulaires de classe de répondre au sondage au laboratoire d'informatique
- Faites la promotion du sondage auprès des comités pertinents du conseil scolaire (p. ex., comité consultatif de l'éducation de l'enfance en difficulté, groupes de parents)
- Mettez à la disposition des élèves qui ont besoin d'aide pour remplir le sondage des copies papier de ce dernier et d'autres mesures d'adaptation
- Une fois le sondage prêt à remplir, surveillez les réponses et envoyez des rappels automatiques par courriel à des destinataires appropriés

Évaluation

- Faites un suivi auprès des écoles affichant un faible taux de réponse au sondage afin de déterminer les difficultés et obstacles rencontrés
- Prévoyez une période pendant laquelle votre comité (ou groupe de travail) se penchera sur le processus de sondage et documentera tout changement à apporter à l'avenir

3.4 Analyse des données

L'une des choses les plus importantes que nous avons apprises en ce qui concerne l'analyse des données recueillies au moyen du SCS/MHVS a été l'utilité pour les conseils scolaires de communiquer avec le personnel du bureau de santé spécialisé en méthodes d'enquête (p. ex., un épidémiologiste) bien avant la mise en œuvre du SCS/MHVS. Ces consultations précoces se révéleront particulièrement utiles aux petits conseils scolaires qui ont de faibles capacités en matière de recherche. Elles permettront au personnel du bureau de santé de formuler des recommandations sur la collecte de renseignements démographiques, sur les types de questions qui sont les mieux adaptées à chaque indicateur, sur la formulation des questions et sur les plateformes en ligne à utiliser. Tous ces facteurs ont une incidence sur les réponses au sondage et sur la qualité des résultats.

Pour faciliter le dialogue avec le personnel du bureau de santé, il pourrait être judicieux de dresser avec lui un plan d'analyse de données, bien avant de donner le SCS/MHVS aux élèves. Veuillez consulter la Boîte à outils du Module sur les habitudes de vie saines Les enfants sont importants pour un exemple de tel plan. L'élaboration d'un plan d'analyse de données contribuera à clarifier les attentes concernant les types d'analyses qui seront effectuées, qui en sera responsable, quand elles devront être effectuées et comment les données seront communiquées et utilisées.

L'une des choses les plus importantes que nous avons apprises en ce qui concerne l'analyse des données recueillies au moyen du SCS/MHVS a été l'utilité pour les conseils scolaires de communiquer avec le personnel du bureau de santé spécialisé en méthodes d'enquête (p. ex., un épidémiologiste) bien avant la mise en œuvre du SCS/MHVS.

Un plan d'analyse des données peut comprendre les éléments suivants :

- Objet du sondage
- Description de l'usage qui sera fait des résultats du sondage et des utilisateurs
- Version finale du sondage, y compris toute question d'ordre démographique
- Rôles et responsabilités des intervenants
- Attentes du conseil scolaire concernant les rapports
- Préférences du conseil scolaire concernant la stratification des données et la question de la suppression des données si les échantillons sont petits
- Limites possibles des données
- Échéancier, y compris les dates pour ce qui suit : accessibilité du sondage (et surveillance du sondage), envoi de rappels aux écoles, fin du sondage, extraction des données, analyse (par l'école ou le conseil scolaire), examen des résultats préliminaires, etc.

Pour l'étude pilote, les épidémiologistes du WECHU étaient chargés d'analyser et de communiquer les données provenant de quatre conseils scolaires participants (sur un total de six). Leur première tâche consistait à interpréter les données brutes à partir des résultats recueillis et de créer un dictionnaire de données pour faciliter le nettoyage et le recodage des données. Cette démarche variait légèrement d'un conseil scolaire à l'autre selon que la totalité du SCS ou seulement le MHVS était analysé.

Au départ, l'analyse a été effectuée en catégorisant les questions (variables) et en analysant les données à la discrétion de l'épidémiologiste. Il en est résulté un rapport préliminaire composé de résultats et de tableaux, qui a été fourni à la première école qui avait terminé son SCS. Cependant, certaines préoccupations ont été soulevées; ainsi, il a fallu expliquer ou revoir la suppression de données afin de répondre aux exigences du conseil scolaire. Il a fallu notamment dresser un rapport pour chaque école, mais s'assurer que les résultats n'étaient pas identifiables. Comme solution, certaines années d'études ont été combinées et, si cela était insuffisant, les écoles ayant un petit nombre d'élèves ont été combinées pour fournir une mesure plus robuste et plus précise des résultats du SCS. À la suite de cette expérience, une approche collaborative a été adoptée, ce qui a entraîné la création d'un plan d'analyse des données pour les autres conseils scolaires afin de faciliter le processus d'analyse. Dans certains SCS, il y avait environ 60 indicateurs, qui étaient tous requis par les conseils scolaires pour une analyse plus approfondie par sous-groupes (c.-à-d. sexe, année d'études et statut d'autochtone).

Dans le cas du premier conseil scolaire, le processus a nécessité au total six semaines, trois épidémiologistes ayant travaillé à plein temps à la production de 30 rapports. Au départ, l'analyse a été effectuée dans STATA, et les données ont été exportées ensuite dans des tableaux de données dans Microsoft Excel. Des figures ont été créées manuellement (et formatées) puis copiées dans Microsoft Word en vue de leur interprétation ultérieure. Cette méthode ayant nécessité beaucoup de temps, on a cherché à accélérer le processus afin d'en rehausser la faisabilité.

Après avoir confirmé que les rapports pour chaque école et conseil scolaire seraient relativement uniformes, une méthode automatisée a été élaborée au moyen de R Studio. Ce logiciel a permis de réaliser l'analyse et la production de rapports en une seule étape; seule l'interprétation restait alors à effectuer. Une fois achevée la programmation dans R Studio, cette méthode a été appliquée simultanément à toutes les écoles du conseil scolaire. De plus, on a décidé de déclarer uniquement les différences démographiques significatives sur le plan statistique dans les indicateurs. Les bureaux de santé et les conseils scolaires ont bien accueilli cette décision.

Lorsque les échantillons étaient de taille suffisante (c.-à-d. assez grande pour effectuer des tests statistiques), un rapport a été fourni à chaque école. Si, au contraire, les échantillons étaient trop petits, des données de plusieurs années d'études de la même école étaient regroupées aux fins de l'analyse et de la production de rapports. Les données analysées étaient présentées dans des rapports contenant des graphiques pour le palier élémentaire, les classes supérieures du palier élémentaire et le palier secondaire.

Pour appliquer cette démarche aux données des autres conseils scolaires, un seul épidémiologiste du WECHU a pu créer une soixantaine de rapports en quatre semaines. Une bonne partie de cette période était consacrée à la programmation dans R Studio; dans le cas des conseils scolaires subséquents, ce processus était plus rapide, car il suffisait d'apporter quelques changements à la programmation initiale.

Plusieurs conseils scolaires ont soumis les résultats du MHVS à leur propre analyse. Au Greater Essex County District School Board, les administrateurs ont joué un rôle important dans la communication des résultats du sondage, c'est-à-dire du MHVS et du SCS dans son ensemble. Le personnel du conseil scolaire a fourni les résultats pour tout le conseil et un document infographique contenant des renseignements clés aux conseillères et conseillers scolaires, aux administrateurs supérieurs, aux administrateurs des écoles ainsi qu'aux parents et tuteurs (par l'entremise d'un comité consultatif sur l'éducation de l'enfance en difficulté et d'un comité de participation des parents).

Communication et utilisation des résultats du sondage sur le climat scolaire

Au moment de la rédaction du présent rapport, les conseils scolaires qui avaient effectué le SCS/MHVS en étaient à différents stades de communication et d'utilisation des résultats. Ils devaient notamment déterminer ce que chacun de leurs groupes d'intervenants souhaitait savoir, comment transmettre l'information de façon accessible et informative et comment exploiter au maximum le temps consacré aux présentations et discussions en personne visant à éclairer les suites à donner. Les conseils scolaires participants ont utilisé différentes stratégies pour communiquer les résultats, notamment la **visualisation interactive de données** (p. ex., un tableau de bord créé dans Power BI), des **documents infographiques**, des **rapports sommaires** et des **présentations**.

Par exemple, les responsables du Lambton-Kent District School Board ont rédigé des rapports sommaires d'une page pour communiquer les résultats aux parents et tuteurs de chaque école. Ils ont créé un gabarit pouvant être utilisé pour toutes leurs écoles, afin d'obtenir une présentation uniforme. Ce gabarit contenait des sections qui soulignaient les résultats marquants et les mesures que l'école prendra pour améliorer le climat scolaire. De plus, ces responsables ont reçu l'appui du Bureau de santé de Lambton, qui a créé et utilise un tableau de bord doté d'une fonctionnalité de mappage de données dans Power BI, qui affiche les résultats de façon interactive selon l'année d'études, la catégorie (p. ex., intimidation, santé mentale et résilience, etc.) et la question posée, entre autres.

Pour résumer les résultats des rapports scolaires individualisés, les responsables du Greater Essex County District School Board ont créé un document infographique communiquant les aspects prioritaires. À partir des données recueillies dans les 85 écoles du conseil, ils ont relevé 10 tendances qui ont été utilisées depuis pour éclairer un nouveau plan stratégique, des plans opérationnels et des plans d'amélioration des écoles.

Les documents infographiques étaient généralement considérés comme le format idéal pour présenter les résultats au personnel enseignant et aux élèves, alors que des rapports plus détaillés, mis en forme graphiquement aux fins de discussions en personne, étaient utilisés auprès des administrateurs et du personnel des écoles.

Limites

Les conseils scolaires et les bureaux de santé qui ont participé à cette étude pilote s'entendaient pour appuyer l'usage continu du MHVS afin d'améliorer les résultats en matière de santé dans les écoles et de renforcer les partenariats, mais leur participation a nécessité beaucoup de temps. De plus, l'élaboration du MHVS et la supervision de sa mise en œuvre dans plusieurs conseils scolaires n'auraient pas été possibles sans l'équipe de l'étude pilote ainsi que les ressources et le financement fournis par Santé publique Ontario dans le cadre de son programme Projets locaux. Pour reproduire ce modèle dans d'autres conseils scolaires, afin de pouvoir comparer les données à l'échelon régional, il faudrait disposer de personnel et de ressources dans les conseils scolaires et les bureaux de santé. En outre, à l'avenir, le conseil scolaire et le bureau de santé partenaire devraient s'entendre sur la quantité de soutien en nature et de temps de personnel à consacrer au projet. La possibilité de consacrer suffisamment de temps et de ressources à la mise en œuvre du MHVS demeure donc le principal obstacle à son implantation dans les conseils scolaires autres que ceux qui ont participé à l'étude pilote.

Les conseils scolaires participants ont utilisé différentes stratégies pour communiquer les résultats, notamment la visualisation interactive de données (p. ex., un tableau de bord créé dans Power BI), des documents infographiques, des rapports sommaires et des présentations.

COMMENTAIRES

Bien que leur participation ait nécessité beaucoup de temps, les organismes des sites pilotes se sont entendus pour affirmer que l'étude pilote avait contribué à **renforcer les rapports** entre le conseil scolaire et le bureau de santé :

« Je pense que [nos rapports] étaient déjà assez étroits, mais ce projet a renforcé la collaboration entre le responsable en matière de santé mentale et l'ensemble de l'organisation. »

- Bureau de santé du Nord-Ouest

« Notre nouveau SCS est économique et efficace. Désormais, nous disposons de la souplesse nécessaire pour poser les questions que nous souhaitons poser... Je crois que c'est là son principal avantage. Le bureau de santé peut aussi obtenir de l'information utile. »

- Rainy River District School Board

« [Le projet] a jeté les bases d'une collaboration permanente... »

Maintenant que nous nous sommes adaptés à ce processus, c'est vraiment important. Ils doivent déjà mener ce sondage; ils veulent seulement le faire mieux et plus efficacement... Et si cela nous permet de remplacer d'autres occasions de collecte de données dans les écoles, c'est positif pour nous. »

- Bureau de santé de Lambton

un processus réalisable et adaptable

Enfin, différents conseils scolaires ont mis en œuvre le MHVS et obtenu ainsi **des données pertinentes**, ce qui montre qu'il s'agit d'un **processus réalisable et adaptable** aux besoins locaux :

« Il a été utile de recruter des sites pilotes de l'ensemble la province, y compris du Nord, pour comprendre ce qui serait utile et ce qui ne le serait pas. Il était bon de nous inclure, car si l'on veut généraliser ce processus, le résultat pourrait être moins fructueux sans l'apport du Nord. »

- Bureau de santé du Nord-Ouest

« Certains conseils scolaires disposent d'une grande équipe de recherche. D'autres, comme nous, n'en ont pas. Maintenant que nous avons des données de quatre régions de la province, cela se révélera avantageux. »

- Greater Essex County District School Board

Les conseils scolaires participants qui ont effectué le MHVS ont accepté de communiquer leurs résultats afin d'encourager d'autres conseils scolaires à adopter le même processus. Les bureaux de santé sont également très enthousiastes à l'idée de recevoir des données qui soutiendront et renforceront la planification conjointe des programmes dans les écoles :

« J'espère vraiment que dans l'avenir, ce processus sera mis en œuvre ailleurs dans la province. Il comble très bien et de façon normalisée des lacunes sur le plan des statistiques en matière de santé. J'espère qu'il deviendra une norme provinciale. »

- Bureau de santé du Nord-Ouest

« Les plans du GECDSB nous sont très utiles en santé publique. Ils nous permettent d'adopter une démarche plus ciblée à l'égard des écoles aux besoins les plus criants. Nos équipes Écoles saines peuvent désormais fournir un soutien plus intensif à ces écoles grâce à une planification conjointe avec le conseil scolaire. »

- Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex



CONCLUSIONS

En 2017, l'équipe de l'étude pilote a entrepris l'élaboration d'un système plus efficace pour recueillir des données locales concernant la santé et le bien-être des enfants et des jeunes. Depuis, l'étude pilote a donné suite avec succès aux recommandations du projet de recherche initial, avec la collaboration de professionnels de la santé publique de tout l'Ontario.

Les recommandations qu'aborde précisément l'étude pilote Les enfants sont importants sont celles de de soutenir la collaboration multisectorielle (recommandation n° 3) et de renforcer et coordonner les systèmes de surveillance existants (recommandation n° 4) (Équipe du projet local de surveillance et d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes, 2017). Cette étude pilote a démontré qu'il est possible de mettre en œuvre un système local de surveillance de la santé et du bien-être des élèves dans le système d'éducation financé par les deniers publics de l'Ontario, grâce à la collaboration des éducatrices et éducateurs et des professionnels de la santé publique. Les participants à l'étude pilote ont montré que ces deux groupes d'intervenants peuvent se concerter pour établir un cadre d'échange et d'utilisation de données, au moyen de mesures normalisées qui permettent des comparaisons entre régions et au sein de chaque région.

« Le MHVS pose des questions qui touchent certains des facteurs sous-jacents qui influent sur la réussite des élèves. Maintenant que nous avons une boîte à outils, le processus de mise en œuvre sera facilité. Je crois que ce processus nous aidera également à relever les tendances au sein des conseils scolaires et les variations régionales. Je sais que d'autres sondages ont lieu actuellement à l'échelle des conseils scolaires, mais d'après cette expérience, non seulement les représentants de notre conseil scolaire qui ont participé au projet, mais aussi d'autres membres du personnel ont constaté que le MHVS s'insère bien dans le SCS. Ce dernier est bien adapté aux questions du MHVS, et il sera utile de mettre en commun les données recueillies. »

- Bureau de santé du district de Thunder Bay

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada, Centre de surveillance et de recherche appliquée. 2019 (18 juillet). *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive – statistiques rapides, jeunes (12 à 17 ans)*. Sur Internet : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/>.

Agence de la santé publique du Canada. 2019 (14 mars). *Cadre conceptuel de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS) pour la surveillance*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/controle-et-surveillance/activite-physique-comportement-sedentaire-sommeil.html>.

Baum, F., C. MacDougall et D. Smith. 2006. « Participatory action research », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, n° 10, p. 854-857.

Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex. 2019. *Community Needs Assessment 2019 Update*, Windsor.

Bureau de santé du Nord-Ouest. 2016 (avril). *Demographic Profile and Health Status*. Sur Internet : https://www.nwhu.on.ca/ourservices/healthstatistics/Documents/NWHU_Demographic_Fact_Sheet_April2016.pdf.

Conseil scolaire catholique Providence. 2019. *Conseil scolaire catholique Providence*. Sur Internet : <http://www.cscprovidence.ca/inscription/fr>.

Équipe du projet local de surveillance et d'évaluation de la santé des enfants et des jeunes. 2017. *Les enfants sont importants : Évaluation des lacunes en matière de surveillance de la santé des enfants et des jeunes pour les bureaux de santé de l'Ontario*, Windsor, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex.

Groupe de travail Les enfants sont importants. 2019. *Les enfants sont importants : recommandations du groupe de travail*, Windsor, Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex.

Ministère de l'Éducation. 2013. *Vers un juste équilibre : Pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des élèves – Guide du personnel scolaire*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Ministère de l'Éducation. 2014. *Atteindre l'excellence : Une vision renouvelée de l'éducation en Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Ministère de l'Éducation. 2018 (1^{er} février). *Études sur le climat scolaire et programmes de prévention de l'intimidation*. Sur Internet : <http://www.edu.gov.on.ca/fre/teachers/climate.html>.

Ministère de l'Éducation. 2019. *Le curriculum de l'Ontario, de la 1^{re} à la 8^e année – Éducation physique et santé*.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2016 (15 janvier). *SavoirSANTÉ Ontario, Projections démographiques, 2016*.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2018. *Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation*. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

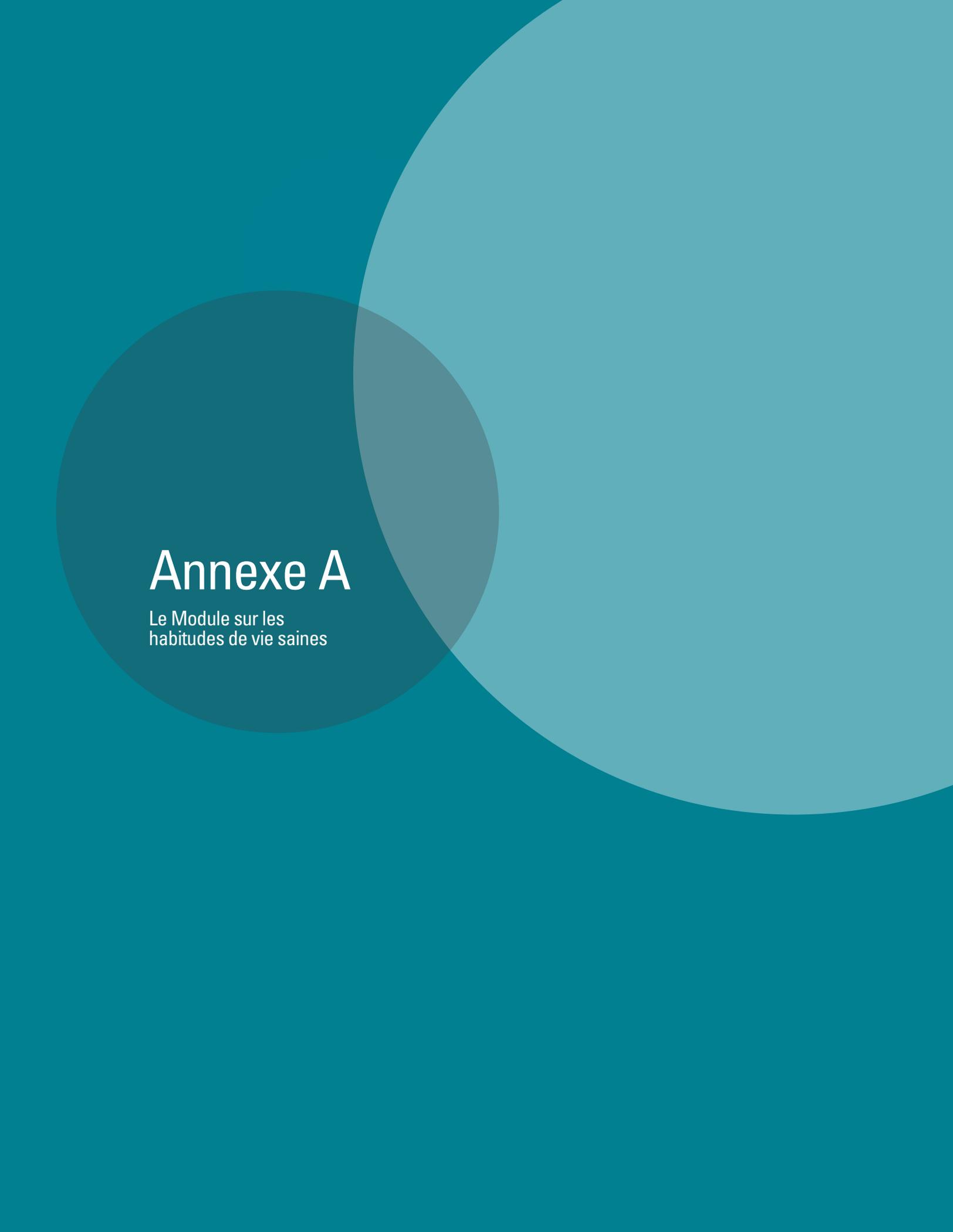
Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires. 2017. *Se préparer : Un cadre stratégique pour aider les enfants du groupe d'âge des années intermédiaires de l'Ontario à s'épanouir*; Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS). 2014. *Plan de services de santé intégrés 2016-2019*, London, RLISS du Sud-Ouest.

Santé publique Ontario. 2019. *Snapshot de la consommation autodéclarée d'alcool*. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/en/data-and-analysis/substance-use/alcohol-use>.

Santé publique Ontario. 2019. *Snapshot des habitudes alimentaires et du poids santé*. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/health-behaviours/nutrition-and-healthy-weights>.

UC Berkeley Center for Healthcare Organizational + Innovation Research. 2016. *Accountable Communities for Health: Data-Sharing Toolkit*, Berkeley, California Health and Human Services Agency, University of California.



Annexe A

Le Module sur les
habitudes de vie saines

Module sur les habitudes de vie saines (MHVS)

Questions démographiques ajoutées par le conseil scolaire :

- Choisis ton école (liste déroulante)
- En quelle année es-tu? (liste déroulante)
- À quel genre t'identifies-tu le plus? (liste déroulante)
- Quelle est la langue que tu parles le plus souvent à la maison? (liste déroulante)
- Depuis combien de temps vis-tu au Canada? (liste déroulante)
- Es-tu membre d'un peuple autochtone, métis ou inuit? (liste déroulante)

Objet

Les questions suivantes aideront votre école à mieux comprendre comment les élèves se sentent et leur état de santé. Nous vous demandons de répondre honnêtement. Le questionnaire ne prend que quelques minutes à compléter. Vos réponses demeurent confidentielles et ne servent pas à vous évaluer. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Dans une JOURNÉE normale, combien de fois manges-tu des fruits et des légumes (sans compter les jus)?

	5 fois ou plus par jour	4 fois par jour	3 fois par jour	2 fois par jour	1 fois par jour	0 fois par jour
a. Fruits (bananes, oranges, mangues, etc.)	<input type="checkbox"/>					
b. Légumes (carottes, brocoli, etc.)	<input type="checkbox"/>					

2. Dans une JOURNÉE normale (du lundi au vendredi), combien de fois fais-tu ceci?

	0 fois par jour	1 fois par jour	2 fois par jour	3 fois par jour	4 fois par jour	5 fois ou plus par jour
a. Manger des sucreries (bonbons, chocolat, rouleau aux fruits, etc.)	<input type="checkbox"/>					
b. Boire des boissons sucrées (boissons gazeuses, boissons énergétiques, jus de fruits, etc.)	<input type="checkbox"/>					
c. Manger de la restauration rapide (hamburgers, pizza, frites, hot-dogs, tacos, etc.)	<input type="checkbox"/>					
d. Manger des grignotines (croustilles, maïs soufflé, crottes de fromage, barres granolas, etc.)	<input type="checkbox"/>					

3. Dans une SEMAINE D'ÉCOLE normale (du lundi au vendredi), combien de jours manges-tu quelque chose le matin avant 9 h (plus que juste du lait ou du jus de fruits)?

- Tous les jours
- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- Jamais

4. Une activité physique est n'importe quelle activité qui fait augmenter ton rythme cardiaque et qui t'essouffle. Voici des exemples d'activités physiques : la course, la marche rapide, la danse, le vélo, la natation, le soccer, jouer tag ou le basketball.

Dans une SEMAINE normale, combien de jours passes-tu à faire au moins 60 minutes (une heure) d'activité physique ?

- Tous les jours
- 6 jours
- 5 jours
- 4 jours
- 3 jours
- 2 jours
- 1 jour
- Jamais

5. Combien de temps passes-tu généralement, EN DEHORS DES HEURES DE CLASSE, à jouer à des jeux vidéo ou à des jeux d'ordinateur, à regarder des séries TV ou des vidéos (YouTube, Netflix), à clavarder (Facebook, Twitter, Snapchat, Instagram, etc.), à envoyer des textos et à surfer sur le Net ?

a. Dans une JOURNÉE D'ÉCOLE NORMALE		b. Dans une JOURNÉE DE WEEK-END NORMALE (samedi ou dimanche) ?	
<input type="checkbox"/>	Moins d'une heure	<input type="checkbox"/>	Moins d'une heure
<input type="checkbox"/>	Entre 1 heure et moins de 2 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 1 heure et moins de 2 heures
<input type="checkbox"/>	Entre 2 heures et moins de 3 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 2 heures et moins de 3 heures
<input type="checkbox"/>	Entre 3 heures et moins de 4 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 3 heures et moins de 4 heures
<input type="checkbox"/>	Entre 4 heures et moins de 5 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 4 heures et moins de 5 heures
<input type="checkbox"/>	Entre 5 heures et moins de 6 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 5 heures et moins de 6 heures
<input type="checkbox"/>	Entre 6 heures et moins de 7 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 6 heures et moins de 7 heures
<input type="checkbox"/>	Entre 7 heures et moins de 8 heures	<input type="checkbox"/>	Entre 7 heures et moins de 8 heures
<input type="checkbox"/>	8 heures ou plus	<input type="checkbox"/>	8 heures ou plus

6. Dans une JOURNÉE D'ÉCOLE NORMALE, combien d'heures dors-tu par nuit ?

- 9 heures ou plus
- Entre 8 heures et moins de 9 heures
- Entre 7 heures et moins de 8 heures
- Entre 6 heures et moins de 7 heures
- Entre 5 heures et moins de 6 heures
- Entre 4 heures et moins de 5 heures
- Moins de 4 heures

7. Une bonne nuit de sommeil survient lorsque tu n'as pas de problèmes à t'endormir une fois au lit, tu n'as pas de difficultés à rester endormi et tu te sens reposé(e) durant le reste de la journée.

Dans une semaine normale, combien de fois passes-tu une bonne nuit de sommeil ?

- Tous les jours
- 6 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 2 jours par semaine
- 1 jour par semaine
- Jamais

8. Nous voulons en savoir davantage sur l'intimidation à ton école. L'intimidation est lorsqu'une personne essaie d'en blesser une autre avec force et habituellement de manière répétitive. Ce peut être physiquement, verbalement ou socialement et peut aussi se produire sur le Net avec des courriels ou des messages textes. L'intimidateur sent habituellement qu'il ou elle a plus de pouvoir sur l'autre personne. Parfois, un groupe d'élèves va intimider les autres.

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES, combien de fois as-tu été :

	Jamais	Une ou deux fois dans les 4 dernières semaines	Chaque semaine	Plusieurs fois chaque semaine	Je ne sais pas
a. Intimidé physiquement (p. ex. poussé, frappé, ou effrayé par quelqu'un)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Intimidé verbalement (p. ex. insulté, agacé, menacé ou reçu des commentaires sur ton apparence)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Intimidé socialement (p. ex., être exclu par les autres, être victime de rumeurs, être ridiculisé devant les autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cyberintimidé (p. ex. utilisation de courriels, messages textes ou médias sociaux comme Facebook, Twitter et Instagram pour t'agacer ou te menacer plus d'une fois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Pense à la dernière fois que tu as vu ou entendu parler d'un élève victime d'intimidation. Qu'est-ce que tu as fait? Coche toutes les cases qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas/je n'ai pas vu d'intimidation.	<input type="checkbox"/> J'ai défendu la personne qui était victime d'intimidation.
<input type="checkbox"/> J'ai informé mes parents ou tuteur(s) à ce sujet.	<input type="checkbox"/> J'ai aidé la personne victime d'intimidation à se défendre.
<input type="checkbox"/> J'en ai parlé à un adulte à l'école (p. ex., enseignant, directeur adjoint ou directeur).	<input type="checkbox"/> J'ai essayé de parler à l'intimidateur à ce sujet.
<input type="checkbox"/> J'en ai parlé à un ami.	<input type="checkbox"/> J'ai fait un effort plus tard pour inclure la personne qui a été victime d'intimidation.
<input type="checkbox"/> J'ai essayé de réconforter la personne qui était victime d'intimidation.	<input type="checkbox"/> Je l'ai ignoré.
<input type="checkbox"/> J'ai encouragé la personne victime d'intimidation à l'ignorer.	<input type="checkbox"/> J'ai fait autre chose.

10. As-tu des amis proches à l'école sur lesquels tu peux compter ?

- Oui — plus d'un ami
- Oui — un ami proche
- Non

11. As-tu au moins un adulte bienveillant en qui tu peux avoir confiance ou que tu peux consulter si tu as besoin d'aide ?

	Oui	Non
a. À l'école?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. À l'extérieur de l'école?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. L'école est un endroit où je sens que j'ai ma place.

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais

13. En général, je suis heureux/heureuse dans la vie.

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Jamais

14. Si je voulais parler à quelqu'un d'un problème de santé mentale ou d'un problème émotionnel que j'avais (par exemple, me sentir vraiment triste, inquiet/inquiète, etc.), je sais de qui je peux obtenir de l'aide.

a. À l'école		b. À l'extérieur de mon école.	
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non

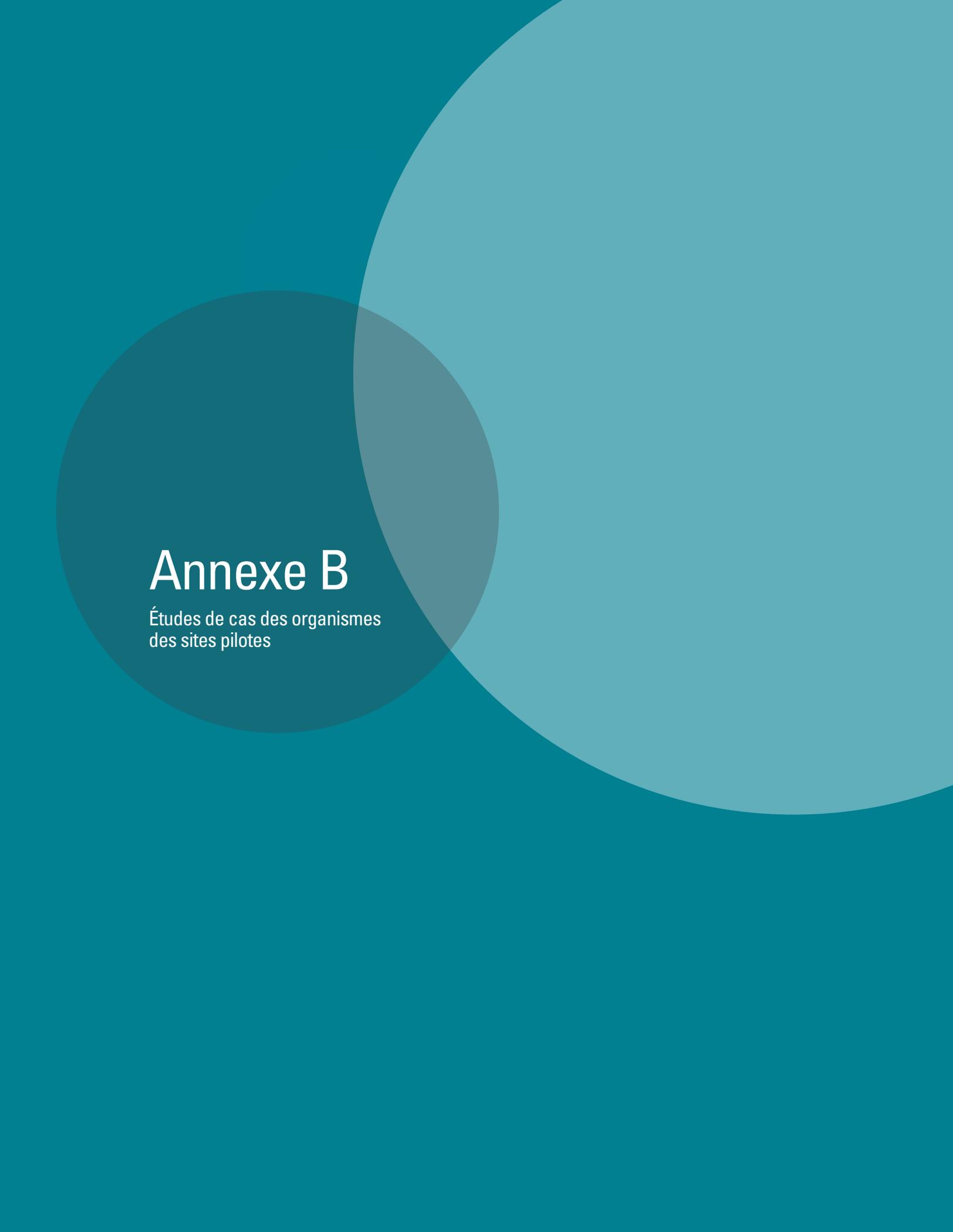
15. Si je ressentais un problème mental ou émotionnel (p. ex. me sentir vraiment triste, inquiet/inquiète, etc.), je demanderais de l'aide.

a. À l'école		b. À l'extérieur de mon école.	
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non

16. En pensant aux 12 DERNIERS MOIS (1 an), réponds aux questions suivantes.

	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Toujours
a. J'ai ressenti de la pression de la part d'un autre élève, d'un ami ou d'un adulte pour faire quelque chose qui ne me semblait pas correct.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Je me suis inquiété(e) pour plusieurs choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. J'ai été capable de résoudre mes problèmes de manière positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lorsque des choses difficiles sont arrivées, j'ai été habituellement capable de rebondir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Je me suis calmé(e) lorsque j'étais stressé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Je me suis parlé de manière positive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci pour votre réponse!



Annexe B

Études de cas des organismes
des sites pilotes

GREATER ESSEX COUNTY DISTRICT SCHOOL BOARD

La collaboration a été la clé du succès de l'élaboration du MHVS. Les conseils scolaires et bureaux de santé qui souhaitent adopter ce modèle doivent veiller à constituer un comité ouvert, transparent et inclusif qui élaborera un module, ou encore modifiera les questions existantes ou les adaptera aux besoins de leur collectivité. En tant que membres du comité, nous devons comprendre pourquoi nous posons chacune des questions du MHVS et comment il serait possible d'agir pour donner suite aux réponses à ces questions. Si aucune mesure tangible ne pouvait être associée à la question, celle-ci était abandonnée. Nous devons réfléchir à l'objectif final de chaque question posée. Aucune décision n'était prise de façon isolée. Les membres du comité ont pu soulever les problèmes qui se présentaient et n'ont pas hésité à contribuer à de nombreuses discussions. Au cours du processus de sélection des questions, nous nous sommes remis en question collectivement. L'objet des questions n'était pas de poser un diagnostic, mais plutôt de planifier des interventions et de créer des outils et des stratégies; les questions ne provenaient donc pas d'évaluations cliniques.

Nous avons évité d'élaborer un sondage trop long, et nous devons nous assurer que les échelles de cotation et les échéances présentées aux élèves étaient uniformes. Nous avons évalué les questions pour déterminer si elles étaient compréhensibles. Certains termes ont été définis (p. ex., intimidation) et des exemples de situations ont été fournis et placés dans un ordre logique afin d'aider les élèves à mieux comprendre les questions suivantes.

Le projet de MHVS a été mis à l'essai auprès de plusieurs élèves du GECDSD. Nous avons examiné leurs commentaires et apporté des changements. Nous avons modifié quelques questions pour diverses raisons (formulation, termes employés, niveau de

compréhension de la part des élèves). Certaines questions ont été reformulées, et il a été recommandé d'enseigner certains termes avant d'effectuer le sondage final; en outre, certaines échelles de cotation ont été rajustées pour qu'elles soient présentées de façon uniforme dans le sondage.

Le Module sur les habitudes de vie saines a ensuite été remis au comité sur le climat scolaire du GECDSD pour qu'il l'examine. D'autres modifications ont été apportées. Par exemple, nous avons modifié les exemples de fruits et légumes fournis dans l'une des questions afin de mieux refléter les aliments que consomment les élèves. Les questions ont également été communiquées à différents comités du GECDSD, qui en ont discuté.

Les élèves, le personnel ainsi que les parents et tuteurs ont eu accès au SCS, y compris les questions du Module sur les habitudes de vie saines, pendant le mois de février 2019 et jusqu'à la première semaine de mars. Des sondages distincts comprenant toutes les questions du MHVS ont été donnés aux élèves de la 4^e à la 6^e année, de la 7^e et de la 8^e année ainsi que de la 9^e à la 12^e année. De plus, les questions du MHVS ont été modifiées pour le sondage qui s'adressait aux parents et tuteurs et celui qui était destiné au personnel.

Aucune décision n'était prise de façon isolée. Les membres du comité ont pu soulever les problèmes qui se présentaient et n'ont pas hésité à contribuer à de nombreuses discussions.

Ce que nous avons appris

Nos constatations d'ensemble à la suite du SCS de 2019 s'appuyaient sur les réponses au MHVS. Certaines données nous ont étonnés. Nous savions que nos élèves ne dormaient pas le nombre d'heures recommandé; nous disposons maintenant de données qui confirment cette tendance. Cependant, nous nous demandons si des élèves ont indiqué leurs heures de sommeil avec exactitude. Nous avons remarqué que probablement, ils ont exagéré leur consommation de fruits et de légumes.

D'après les résultats, les élèves utilisaient leurs appareils électroniques plusieurs par jour, pendant les jours de semaine et les week-ends. Ces données aideront les familles à reconnaître tout le temps que leurs enfants passent devant un écran à la maison, et l'incidence que cela pourrait avoir sur leur sommeil et leurs autres activités.

La section sur la santé mentale du MHVS nous a permis d'apprendre que nos élèves sont inquiets et que souvent, ils ont l'impression de ne pas être outillés pour composer avec leur stress et leurs problèmes. Ces données ont été vraiment un défi pour nous, car elles confirment certaines de nos perceptions sur les élèves et la santé des jeunes. Nous avons été étonnés de constater combien d'élèves ont dit qu'ils étaient inquiets et n'arrivaient pas à se calmer quand ils ressentaient du stress. Lors de sondages futurs, nous devons demander à nos élèves de clarifier pourquoi et quand ils ont de telles inquiétudes. Sont-ils inquiets d'un prochain examen, ou parce qu'il n'y a rien à manger chez eux?

Prochaines étapes

Toutes les données du SCS de 2019 ont été recueillies et colligées. Les résultats ont été distribués en juin 2019. Notre comité du SCS a communiqué les résultats à la direction, aux surintendants, aux conseillères et conseillers scolaires, au sénat d'élèves, aux administrateurs et à différents comités du GECDSD. Les données ont également été communiquées aux syndicats. Les comités du GECDSD se fonderont sur ces données au cours de l'année scolaire 2019-2020 pour dresser des plans d'action afin de donner du soutien aux élèves.

Les écoles disposent de leurs propres données fondées sur les réponses que leurs élèves, leur personnel et les parents et tuteurs ont données au sondage. Chaque école a affiché sur son site Web un résumé d'une page énonçant les points forts, les défis à relever et les prochaines étapes à franchir.

Les données sur le climat scolaire seront communiquées au sénat des élèves à l'automne 2019. Il s'agira ensuite de déterminer comment communiquer ces renseignements directement aux élèves et leur donner du soutien. Nous sommes impatients de collaborer avec nos jeunes leaders pour trouver des solutions et célébrer leurs réussites.

Au moment de planifier le SCS de 2021, nous reviendrons sur les questions du MHVS. Nous devons aborder les nouvelles tendances (comme le vapotage et l'usage de cannabis), et nous croyons que les données auraient étayé le dialogue actuellement en cours avec nos élèves.

Selon les conclusions tirées des réponses aux questions, la façon dont les renseignements sont communiqués aux élèves soulève également des difficultés. Il semble paradoxal d'aborder le temps que les élèves passent devant un écran tout en leur demandant de consulter notre site Web publicboard.ca pour accéder aux résultats. Quelles sont les circonstances où il est essentiel de demander aux élèves de passer du temps devant un écran pour leur communiquer des renseignements, et celles où il est possible de les transmettre par d'autres moyens? Certaines activités accomplies devant un écran sont-elles plus valables que d'autres (si elles sont éducatives plutôt que sociales)? Pendant la formulation de notre prochain SCS, nous examinerons la pertinence et l'actualité de chacune des questions du MHVS, lesquelles ne sauraient être statiques.

La dernière étape est de nature réciproque. Maintenant que nous disposons de données recueillies au moyen du MHVS, nous déterminons comment le WECHU et le GECDSD peuvent réagir aux aspects soulevés dans les réponses des élèves. Notre partenariat nous aidera à aborder ces aspects du bien-être des élèves dans les écoles. Il nous permet d'établir en commun des priorités, et déterminer les ressources nécessaires et les prochaines étapes à franchir. Nos infirmières-hygiénistes jouent un rôle précieux dans nos écoles. Avec leur aide, nous pourrions élaborer des plans en faisant fond sur nos données.

Dans l'ensemble, la collaboration avec de multiples bureaux de santé et conseils scolaires pour élaborer notre Module sur les habitudes de vie saines a été très informative et productive. Nous invitons d'autres collectivités à suivre notre exemple.

RAINY RIVER DISTRICT SCHOOL BOARD ET BUREAU DE SANTÉ DU NORD-OUEST

Ce que nous avons appris

La conclusion d'une entente de partage de données a été une première étape importante et utile; cette entente décrit les rôles et responsabilités du conseil scolaire et du bureau de santé et balise l'utilisation et l'analyse des données.

Le moment où le sondage est effectué a également été soulevé comme étant un facteur important. Le conseil scolaire mène le SCS auprès des élèves pendant la Semaine de la sensibilisation à l'intimidation, qui a lieu pendant la troisième semaine de novembre. Ainsi, il est possible de mieux faire comprendre l'intimidation; les leçons, assemblées et autres activités de promotion permettent de sensibiliser les élèves à ce qu'est l'intimidation – et à ce qu'elle n'est pas.

L'examen de la mise en œuvre du sondage a permis de soulever plusieurs facteurs importants. Premièrement, il est plus difficile de retenir l'attention des élèves des classes supérieures du palier secondaire et d'obtenir leurs réponses, car ils répondent à des sondages depuis environ neuf ans. Les directions d'école ont recommandé de mener auprès des élèves de 12^e année un sondage abrégé comprenant des questions de départ de l'école, pendant le mois de mai. Par ailleurs, il est difficile de s'assurer que tous les élèves du secondaire répondent au sondage. Les élèves ont des horaires différents, des stages d'éducation coopérative et des périodes libres. Bon nombre de nos élèves suivent un programme d'éducation parallèle. C'est donc un défi que nous continuerons de tenter de relever, afin de parvenir au taux de participation le plus élevé possible.

Nous avons également appris que pour effectuer le sondage de façon uniforme, il faut prévoir des préparatifs avec les administrateurs des écoles et les titulaires de classe et leur fournir un script. Certains élèves de la 4^e à la 6^e année ont eu de la difficulté à lire et à comprendre les questions. Il a donc été jugé nécessaire de prévoir un script, rappelant de reformuler les questions.

Les élèves les plus jeunes avaient de la difficulté à répondre au sondage, particulièrement à cause de sa longueur et de la nature de certaines questions. Nous comptons donc examiner ces questions et revoir certains des exemples. Par exemple, dans le Module sur les habitudes de vie saines, il y a une question sur l'accès aux légumes, l'aubergine comptant parmi les exemples fournis entre parenthèses. Or, ce légume est introuvable dans bon nombre des épiceries de notre district, ce qui a laissé perplexes certains jeunes élèves. Pour ce qui est de la longueur du sondage, nous envisageons la possibilité de le tenir par sections, plutôt que tout à la fois, auprès de ces mêmes élèves.

La présentation des résultats aux directions et au personnel des écoles est un autre aspect à envisager; un document infographique, ou d'une forme qui permet de visualiser les données en un coup d'œil, serait très utile vu l'abondance de renseignements à assimiler.

Certaines données recueillies au moyen du MHVS vous ont-elles paru particulièrement utiles? Lesquelles?

Une autre étape consiste à trouver des formats et occasions pour faire part des résultats à tous les intervenants, y compris les parents et tuteurs ainsi que les élèves (de façon réfléchie et positive). Nous avons collaboré pour partager les premiers résultats avec les administrateurs des écoles; forts de cette expérience, il nous semble qu'il serait plus productif de prévoir plus de temps pour examiner les résultats avant cette séance. Dans une école, le personnel a examiné les questions pour essayer de déterminer les réponses possibles des élèves, puis a comparé celles-ci aux résultats réels. Cette démarche a permis de tenir un débat fructueux et de motiver le personnel à utiliser ces résultats aux fins de la planification des d'activités d'amélioration de l'école et de prévention de l'intimidation.

Le BSNO a relevé les données concernant les comportements à risque (p. ex., le vapotage), le sommeil, le temps passé devant un écran, l'activité physique et la saine alimentation comme étant importants à des fins de planification. Dans le cas du Rainy River District School Board, ces données étaient celles sur la sécurité, les comportements à risque, la présence d'un adulte bienveillant, le sédentarisme, la prévalence de l'intimidation, l'accès à du soutien en santé mentale ainsi que les aspirations et plans de carrière. De plus, le temps que les élèves passent devant un écran ainsi que la qualité et la durée de leur sommeil contribueront à éclairer nos efforts visant à réduire l'absentéisme chronique.

Étapes subséquentes

L'une des premières étapes subséquentes a été de partager les données avec certains publics cibles. Les résultats ont permis de mettre en contexte une variété de sujets à aborder dans les bulletins scolaires et les présentations aux parents et tuteurs et en milieu communautaire. Par exemple, le responsable en matière de santé mentale du conseil scolaire a été invité à présenter un exposé sur la santé mentale des élèves et en a profité pour faire part de données sur l'hygiène du sommeil à des élèves de 12^e année. À l'avenir, ces données seront employées pour entamer un dialogue avec les élèves sur leur santé mentale et les sensibiliser à la façon d'accéder à du soutien à cet égard. Certaines données ont aussi contribué à éclairer le plan de santé mentale et de lutte contre les dépendances de 2019-2020 du conseil scolaire, de même que les plans d'amélioration des écoles et de prévention de l'intimidation. De plus, les résultats éclaireront les plans du bureau de santé au palier régional et local. Le conseil scolaire reconnaît que dans le cadre de la mise à jour des activités et processus de transition, il faut renforcer le sentiment d'appartenance des élèves à leur école et faire en sorte que chacun ait un adulte bienveillant dans sa vie, surtout pour la transition de la 8^e à la 9^e année.

Nous avons également constaté que nos sondages auprès du personnel et des parents devaient être élaborés en tenant compte des renseignements recueillis auprès des élèves. Il faudra aussi communiquer les résultats à nos différents auditoires; non seulement ils auront une incidence sur nos communications avec les parents et tuteurs et la collectivité, mais leur communication permettra de donner voix aux élèves et de mieux comprendre leurs réponses, ce qui sera avantageux pour eux et pour nous.

Certaines données nous ont étonnés : le faible pourcentage d'élèves qui ont un sentiment d'appartenance à leur école et peuvent identifier au moins un adulte bienveillant dans leur école secondaire, et la disparité entre les garçons et les filles pour ce qui est de se sentir heureux et d'avoir de l'estime de soi.

THUNDER BAY CATHOLIC DISTRICT SCHOOL BOARD ET BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE THUNDER BAY

Notre expérience collective du partage de données

Le TBCDSB et le BSDTB entretiennent de longue date de bonnes relations de travail. Par l'entremise de son programme scolaire et de nombreux autres programmes, le BSDTB donne du soutien aux conseils scolaires du district de Thunder Bay. L'intérêt du responsable en matière de santé mentale du TBCDSB et coordonnateur du SCS à l'égard de ce projet, ainsi que l'appui de l'équipe des cadres supérieurs du conseil scolaire, ont facilité la réalisation de l'étude pilote.

Pour intégrer de façon fructueuse un MHVS dans un SCS, il est essentiel d'établir des rapports solides avec des cadres du conseil scolaire pour faciliter la prise de décisions, et avec la personne chargée de coordonner le processus de SCS (comme la personne-ressource sur l'apprentissage et l'enseignement technohabilités). Il est important également de s'entendre sur les raisons pour lesquelles les données à recueillir au moyen du MHVS sont précieuses pour les conseils scolaires et non seulement pour les bureaux de santé.

Si le conseil scolaire fait appel à un organisme tiers pour le SCS, il est utile d'établir des rapports avec cet organisme afin de mieux comprendre les avantages et les limites du SCS. L'utilisation des données du MHVS en parallèle avec celles du SCS permet de mieux comprendre la situation en s'appuyant sur un certain nombre de questions ou de résultats. Par contre, il n'est pas nécessairement judicieux d'élaborer

des programmes en se fondant sur les réponses à une seule question, car il est possible que celles-ci ne tracent pas un portrait complet des besoins des élèves.

Il était avantageux de conclure une entente de partage de données entre les bureaux de santé et les écoles pour obtenir la permission d'utiliser les données à des fins de planification. Ainsi, les conseils scolaires n'avaient plus de réserves concernant l'accès des bureaux de santé aux données, car l'utilisation de ces données était clairement balisée. Dans notre cas, le TBCDSB a fait appel au BSDTB, qui a pris en charge l'établissement de l'entente de partage de données.

Le projet a nécessité beaucoup de temps aux stades de la planification et de l'analyse/rédaction de rapports. Le bureau de santé a rédigé de la correspondance destinée aux responsables du SCS, des lettres aux parents et des scripts pour le personnel enseignant aux fins de la mise en œuvre du MHVS, ce que les représentants du conseil scolaire ont jugé utile. Le conseil scolaire et le bureau de santé ont dû s'entendre sur une terminologie commune afin que le rapport sur les résultats leur soit utile à tous les deux.

La participation au projet a renforcé la relation positive entre le conseil scolaire et le bureau de santé, particulièrement pour ce qui est de la collecte et du partage de données.

Certaines données recueillies au moyen du MHVS vous ont-elles paru particulièrement utiles? Lesquelles?

Il est souvent difficile d'accéder à des données locales en raison des coûts et d'une capacité insuffisante; c'est pourquoi toutes les données recueillies au moins du MHVS se sont révélées utiles pour la planification et la surveillance des programmes scolaires et des besoins. Il était également avantageux, pour le bureau de santé, d'avoir accès aux données du SCS afin de les utiliser en parallèle avec celles du MHVS pour tracer un portrait global.

Il était intéressant d'examiner les données et les tendances au fil du temps (p. ex., en vieillissant, les élèves dorment moins, prennent plus de repas-minute et boivent plus de boissons sucrées). L'examen de groupes de questions a permis d'obtenir d'autres indications (p. ex., si une forte proportion d'élèves disent ressentir de l'anxiété toujours ou la plupart du temps, la situation est différente selon qu'ils sont en mesure ou non de se rétablir quand un événement négatif survient et de se calmer quand ils ressentent du stress).

Les données sur l'intimidation nous aideront à cibler des années d'études précises (p. ex., si les élèves des classes supérieures du palier élémentaire font état d'un taux plus élevé d'intimidation par rapport à l'ensemble des élèves de l'élémentaire et du secondaire, le processus de planification pourrait prévoir des interventions ciblées pour ces classes).

La santé mentale étant un sujet de préoccupation pour les enfants d'âge scolaire, il est important de disposer de données sur les élèves qui sont disposés à demander du soutien ou qui ont quelqu'un à qui parler à l'école (plutôt que dans la collectivité en général). Ces données éclaireront les renseignements et les stratégies que les écoles pourront fournir; ainsi, elles pourront prévoir des occasions de sensibilisation et des mesures de soutien inclusives axées sur les traumatismes subis.

Quels sont les résultats du MHVS qui ont confirmé vos perceptions sur la santé des enfants et des jeunes? Quels sont ceux qui vous ont surpris?

Les données sur la saine alimentation vont dans le sens des programmes existants dans les écoles et des initiatives orientées vers les écoles prioritaires qui présentent des besoins particuliers. Les tendances que l'on remarque selon l'année d'études sont intéressantes, mais elles sont logiques. Le fait que les élèves savent qu'ils peuvent obtenir de l'aide à l'école plutôt que dans la collectivité, et leur volonté d'y faire appel, sont des aspects intéressants qui méritent des discussions plus approfondies.

Prochaines étapes

Maintenant qu'il dispose des données du MHVS et du SCS, le programme de santé scolaire du BSDTB intégrera les constatations locales dans sa planification opérationnelle. Cela va dans le sens de notre mandat de santé publique, qui consiste à fournir des programmes fondés sur des données probantes adaptés aux besoins locaux. Si ce projet se poursuit, il serait utile de faire le suivi de cohortes et de tendances au fil des ans, car cela pourrait nous permettre d'améliorer l'efficacité de nos interventions.

Le responsable des écoles du BSDTB compte rencontrer des administrateurs du conseil scolaire à l'automne pour présenter les constatations et en discuter. Le BSDTB offrira aussi son appui pour la présentation de ces constatations lors d'une réunion des directions d'école et pour les discussions à leur sujet.

Croyez-vous que la mise en œuvre du MHVS pourrait poser des difficultés? Si c'est le cas, quelles sont-elles et comment pourrait-on les atténuer?

La principale difficulté que rencontrent les petits bureaux de santé et conseils scolaires sur le plan de la mise en œuvre réside dans le fait que le personnel disponible pour analyser les données est limité, de même que le temps dont il dispose et sa capacité d'accomplir ce travail. Il faudrait tenir compte de la capacité actuelle, surtout s'il faudrait assurer un accès égal à tous les conseils scolaires de notre région. Pour franchir cet obstacle, il serait utile de prévoir des fonds supplémentaires pour les bureaux de santé, un emplacement centralisé ou un programme qui se consacrerait précisément à l'analyse des données.

Selon vous, à quoi serviraient les données du MHVS?

Au moment de la rédaction du présent rapport, les rapports exposant les conclusions tirées du MHVS sont en cours d'élaboration. Nous voulons intégrer les constatations locales dans la planification opérationnelle afin de déterminer les aspects qui nécessitent de nouveaux programmes et soutenir les programmes actuels. Comme nous l'avons déjà mentionné, il serait utile de faire le suivi de cohortes et des tendances au fil des ans afin d'assurer la surveillance des programmes et d'établir des priorités. Le responsable des services aux écoles du BSDTB rencontrera l'administration du conseil scolaire et peut-être les directions d'école pour discuter de la façon dont l'administration et les écoles pourraient utiliser ces renseignements pour compléter les résultats du SCS.

LAMBTON-KENT DISTRICT SCHOOL BOARD, BUREAU DE SANTÉ DE LAMBTON ET BUREAU DE SANTÉ DE CHATHAM-KENT

Ce que nous avons appris

- Dans le cadre du projet de recherche, nous disposions d'une capacité et d'un soutien supérieurs pour accomplir ce travail; cependant, à l'avenir, il faudra dresser un plan afin d'obtenir les ressources nécessaires à l'élaboration des sondages, à l'analyse des données et à la mobilisation des connaissances
- La refonte du SCS était un projet considérable compte tenu des ressources limitées dont nous disposons. Cependant, grâce à un groupe de travail axé sur la collaboration (dont faisaient partie des représentants des directions d'école, de l'éducation de l'enfance en difficulté, des surintendants, de la santé mentale, des Autochtones, des parents, des élèves conseillers et de la santé publique) qui adhérait pleinement au processus, tout était plus efficace et nous avons pu tenir des discussions approfondies
- La connaissance de SCS antérieurs a été très utile au groupe de travail pour comprendre les renseignements qui s'étaient révélés utiles aux écoles et au conseil scolaire par le passé, et les techniques de mise en œuvre du sondage qui avaient été fructueuses
- Notre démarche générale en ce qui concerne l'élaboration du sondage était de nous assurer que chaque question visait à obtenir des renseignements dont nous avons vraiment besoin, et de faire en sorte que les questions remplacent des séries de questions posées lors des sondages précédents. Lors de réunions, nous avons examiné les questions de façon plus critique, pour déterminer pourquoi nous les posions et quels renseignements nous voulions obtenir
- Nous avons pris grand soin d'élaborer des questions de haute qualité auxquelles les élèves, les parents et tuteurs et le personnel enseignant pourraient répondre dans un délai approprié. Dans l'ensemble, nous avons privilégié des questions quantitatives (à échelle) dans la mesure du possible au lieu de questions ouvertes pour assurer la cohérence de l'information, réduire le temps de réponse et faciliter l'analyse
- Il était utile de considérer le sondage comme un moyen parmi d'autres de recueillir des données au sein de l'école – un mécanisme pour dégager les grandes questions et tendances, sachant que chaque école pourra les approfondir afin de mieux comprendre leur contexte
- Grâce à un recours accru aux données et à une meilleure transparence, la reddition de comptes du conseil scolaire et des écoles sera rehaussée; c'est ainsi que nous avons obtenu l'adhésion du groupe de travail
- Les écoles DOIVENT pouvoir utiliser les données, et les renseignements recueillis DOIVENT refléter l'environnement de chaque école
- Il suffisait de moins de cinq minutes pour répondre au sondage destiné aux parents
- Les élèves de la 7^e à la 12^e année devaient répondre à 46 questions, mais personne n'a trouvé qu'il fallait trop de temps pour répondre au sondage

- Trois écoles n'ont pas fait le SCS du tout; il faudra faire un suivi pour déterminer ce qui s'est passé
- Certains ont affirmé que le sondage aurait pu demeurer accessible pendant plus de deux semaines, et que l'on aurait pu intégrer dans le calendrier de mise en œuvre de la surveillance, un suivi et des rappels
- Le sondage de cette année, y compris le Module sur les habitudes de vie saines, a nécessité des efforts soutenus; on a beaucoup insisté sur la mobilisation des parents et tuteurs, car au cours des années précédentes, le taux de participation avait été faible; cependant, en fin de compte, la mise en œuvre dans les écoles reposait sur la direction et sur le fait qu'elle avait réservé ou non du temps pour que les élèves répondent au SCS
- Il a été difficile de n'exercer aucun contrôle sur la participation du personnel
- Le sondage a été annoncé aux équipes multidisciplinaires avec une vidéo (de 45 secondes décrivant le sondage) et des renseignements affichés sur les sites Web des écoles et dans les médias sociaux
- Des codes QR et beaucoup de renseignements ont été fournis aux écoles au préalable
- Des copies papier du sondage ont été mises à la disposition des répondants, et des membres du personnel de l'école ont saisi les réponses dans l'outil de sondage en ligne
- Certains termes clés ont été soulignés ou définis pour faciliter la réponse au sondage

Prochaines étapes

Pour les bureaux de santé, les données du SCS éclaireront la planification avec les écoles, et les équipes de santé scolaire ou les programmes connexes détermineront l'incidence des données sur leur démarche globale. Les équipes de santé scolaire discuteront avec les directions d'école de l'utilisation des données du SCS aux fins de l'évaluation des besoins dans les écoles. Leur rôle sera de renforcer la capacité des écoles de mettre en œuvre des stratégies de bien-être. Le bureau de santé demandera l'autorisation du conseil scolaire s'il souhaite publier quoi que ce soit qui concerne le SCS.

Le conseil scolaire sera chargé de communiquer les données, notamment de fournir des indicateurs, d'assurer le perfectionnement professionnel et de diffuser des messages, entre autres. Ce faisant, il cherchera à accroître la capacité au palier des écoles et du conseil. Les directions d'école seront invitées à demander le soutien du bureau de santé pour les aspects qu'elles auront identifiés. Il faudra mobiliser le personnel de l'école afin qu'il utilise les données. Les directions d'école n'adhèrent pas toutes au projet au même degré; le conseil scolaire dépend d'elles et de l'usage qu'elles décideront de faire des données, le cas échéant.

