

Université de Montréal

Développement et renforcement de l'estime de soi et de la
compétence sociale chez les enfants de 6-11 ans : une étude des services offerts en CLSC

par

France Bérubé

Faculté des Sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)

Janvier 2004

© France Bérubé, 2004



WY

5

U58

2004

V.011

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

Développement et renforcement de l'estime de soi et de la
compétence sociale chez les enfants de 6-11 ans : une étude des services offerts en CLSC

présenté par

France Bérubé
[REDACTED]

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon	président rapporteur
Michel Perreault	membre
Lucie Richard	directrice de recherche

Mémoire accepté le : _____

Sommaire

L'un des buts de la présente recherche est de décrire les services en regard des activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale réalisées auprès des enfants de 6-11 ans par les Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec. Un second objectif est d'examiner les relations entre, d'une part, la production de telles activités et d'autre part, les facteurs organisationnels et environnementaux des CLSC. Le but ultime est de mettre en lumière les facteurs favorisant la tenue d'activités de prévention/promotion de la santé auprès des enfants de 6-11 ans.

La collecte des données a été effectuée en 1999 à l'aide d'un questionnaire auto-administré envoyé à tous les CLSC québécois (taux de réponse de 64 %). Les variables d'intérêt sont la production d'activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale auprès des 6-11 ans ainsi que l'intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention dans d'autres thématiques prévention/promotion.

Les analyses effectuées montrent que les activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale sont présentes dans environ les deux tiers des territoires des CLSC et sont très diversifiées. Les résultats montrent également une implication importante des organismes communautaires au niveau de la planification et de la dispensation des services.

Pour ce qui est de l'influence des facteurs organisationnels et environnementaux sur la production de services en lien avec l'estime de soi ou la compétence sociale ; les analyses effectuées n'ont montré aucun lien d'association avec l'offre de services. Cependant, une forte association négative a été mise à jour entre l'intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention dans d'autres thématiques prévention/promotion et le dynamisme des organismes territoire.

Mots-clés : estime de soi, compétence sociale, promotion de la santé, CLSC, performance organisationnelle

Abstract

One of the objectives of this research is to describe the services offered by the « Centres locaux de services communautaires » (CLSCs) in regard of the development and strengthening of self-esteem and social competencies of the children aged 6 to 11 on their territory. A second goal is to examine the relationships between the production of this kind of services on one side and the organizational and environmental factors of the CLSCs on the other side. The ultimate goal is to shed light on the environmental and organizational factors favouring the production of prevention and health promoting activities for the 6 to 11 years old.

Data were collected in 1999 using self-administered questionnaire sent to all the CLSCs of the province (answering rate of 64%). The variables of interest are the production of activities promoting the development and the strengthening of self-esteem and social competencies of the children aged 6 to 11, and the integration of self-esteem as an intervention strategy in other health promotion themes.

The results show that activities related to self-esteem and social competencies are being offered in two thirds of the CLSC's territories and are quite varied from one territory to the other. The results also show that community organisms are highly involved in planning and offering this type of services.

Concerning the influence of organisational and environmental factors on the production of services related to self-esteem and social competencies, the analysis did not exposed any significant association. However, a strong negative association has been discovered between self-esteem integration, as an intervention strategy in other health promotion themes, and the dynamism of the community organisms.

Keys words : self-esteem, social competencies, health promotion, CLSC, organizational performance

Table des matières

Sommaire	iii
Abstract	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Chapitre premier - Problématique	1
1.1 Problématique.....	2
1.2 But de la recherche.....	8
1.3 Questions de recherche.....	8
1.4 Pertinence sociale, portées professionnelle et scientifique de la présente étude.....	9
Chapitre deuxième - Recension des écrits.....	11
2.1 L'estime de soi et la compétence sociale : des domaines à investir.....	12
2.1.1 6-11 ans : période propice pour intervenir sur des facteurs de protection.....	12
2.1.2 Estime de soi.....	16
2.1.3 Compétence sociale	19
2.1.4 Interventions	21
2.2 Les Centres locaux de services communautaires	32
2.2.1 Mission des CLSC.....	32
2.2.2 Création et implantation du réseau de centres locaux de services communautaires.....	32
2.2.3 Évolution de la situation des CLSC au cours des quinze dernières années.....	35
2.2.4 Offre de services pour les 6-11 ans et leur famille.....	40
2.3 Performance organisationnelle.....	43
2.4 Cadre de référence.....	45
2.4.1 Postulat	46
2.4.2 Concepts	46
2.4.3 Diagramme conceptuel.....	46
2.4.4 Énoncés d'association.....	48
Chapitre troisième - Méthode de la recherche	49
03.1 Mise en contexte.....	50
3.2 Méthode de la recherche principale	50
3.3 Méthode de la présente recherche	52
3.3.1 Devis de recherche.....	52
3.3.2 Population.....	53
3.3.3 Procédure et stratégies de collecte de données.....	53
3.3.4 Description et mesure des variables	55
3.3.5 Stratégie d'analyse des données	57
3.3.6 Considérations éthiques.....	58

Chapitre quatrième - Présentation des résultats	60
4.1 Analyses descriptives	61
4.1.1 Description de l'offre de services en regard des activités de développement et de renforcement de l'estime de soi	61
4.1.2 Description de l'offre de services en regard des activités de développement et de renforcement de la compétence sociale	65
4.1.3 Intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention.....	69
4.1.4 Description des caractéristiques organisationnelles des CLSC	72
4.1.5 Description des caractéristiques environnementales des CLSC.....	73
4.2 Analyses d'associations bivariées	75
4.3 Analyses d'associations multivariées.....	82
Chapitre cinquième- Discussion, recommandations et conclusion	84
5.1 Discussion des questions de recherche.....	85
5.2 Limites de l'étude.....	92
5.3 Contributions de l'étude	94
5.5 Conclusion.....	95
Références	97
Appendices	109
Appendice A - Questionnaire d'enquête sur les activités de prévention et de promotion de la santé visant les enfants d'âge scolaire (6-11 ans) et leur entourage.....	110
Appendice B - Corrélations entre les variables associées à l'offre combinée de service et dont le seuil de signification est inférieur à 0,25.....	151
Appendice C - Corrélations entre les variables associées à l'intégration de l'estime de soi et dont le seuil de signification inférieur à 0,25	153

Liste des tableaux

Tableau I	Offre de service sur le territoire en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi réalisée auprès des enfants de 6-11 ans	62
Tableau II	Collaboration au niveau de la planification ou de la prestation des activités en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi	63
Tableau III	Liste des activités offertes par les CLSC répertoriées dans le questionnaire d'enquête en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi	64
Tableau IV	Clientèles visées par l'offre de service des CLSC en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi auprès des 6-11 ans	65
Tableau V	Offre de service sur le territoire en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans	66
Tableau VI	Collaboration au niveau de la planification ou de la prestation des activités en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale auprès des 6-11 ans	66
Tableau VII	Liste des activités offertes par le CLSC répertoriées dans le questionnaire d'enquête en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale	68
Tableau VIII	Clientèles visées par l'offre de service des CLSC en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans	69
Tableau IX	Intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion	70
Tableau X	Description des facteurs organisationnels des CLSC	73
Tableau XI	Description des facteurs environnementaux des CLSC	75
Tableau XII	Offre combinée de services et variables organisationnelles continues: résultats des analyses bivariées	77

Tableau XIII	Offre combinée de services et variables organisationnelles catégorielle : résultats des analyses bivariées	77
Tableau XIV	Offre combinée de services et variables environnementales continues : résultats des analyses bivariées	78
Tableau XV	Offre combinée de services et variables environnementales catégorielles : résultats des analyses bivariées	78
Tableau XVI	Intégration de l'estime de soi et variables organisationnelles continues: résultats des analyses bivariées	80
Tableau XVII	Intégration de l'estime de soi et variables organisationnelles catégorielles : résultats des analyses bivariées	80
Tableau XVIII	Intégration de l'estime de soi et variables environnementales continues : résultats des analyses bivariées	81
Tableau XIX	Intégration de l'estime de soi et variables environnementales catégorielles : résultats des analyses bivariées	81
Tableau XX	Résultats de la régression logistique de l'offre combinée de services	82
Tableau XXI	Résultats de la régression logistique de l'intégration de l'estime de soi	83

Liste des figures

- Figure 1 Modèle de la production de services visant le développement et le renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale chez les enfants de 6 à 11 ans en CLSC 47
- Figure 2 Nombre de CLSC selon l'indice d'intégration de l'estime de soi à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion 71

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à souligner la qualité du soutien offert par ma directrice de recherche, Madame Lucie Richard, professeure agrégée à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ses conseils, ses encouragements, sa grande disponibilité et sa rigueur scientifique m'ont été d'un grand secours tout au long de cette aventure. Je me dois également de remercier les co-auteurs de la recherche principale, soit mesdames Danielle D'Amour et Louise Séguin ainsi que messieurs Jean-François Labadie, Jean-Marc Brodeur, Raynald Pineault et Robert Latour. La recherche principale a été réalisée avec le soutien financier de plusieurs organismes : la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, les Régies régionales de la santé et des services sociaux des régions de Montréal et de Québec et finalement, le Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.

Ce mémoire de maîtrise et les cinq années d'études y ayant mené n'auraient pu être possibles sans le soutien indéfectible de mon époux Martin. Durant cette période, il a fait bien plus que sa part pour notre petite famille. Martin, je te remercie du plus profond de mon cœur. Ma grande fille Gabrielle, elle aussi, a contribué à sa façon. Merci ma chérie pour tes petits mots d'amour collés sur mon écran et tes collations originales qui m'ont tenue compagnie durant les longues heures passées avec mon ordinateur... J'aimerais également remercier ma supérieure ainsi que mes collègues de travail du CLSC du Vieux La Chine pour leur soutien tout au long de ces années.

Finalement, la réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à deux bourses d'étude. La première provenant du Centre Ferasi et la seconde du Fonds de recherche en santé du Québec. Je remercie ces organismes pour leur important soutien financier.

Chapitre premier -
Problématique

1.1 Problématique

La dernière décennie s'est avérée une période intense en bouleversements pour le système de santé québécois. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) n'ont pas été épargnés par cette vague de changements puisqu'en peu de temps, ils ont dû faire face à la reconfiguration du réseau, au virage ambulatoire qui a nécessité une augmentation substantielle des services curatifs, à l'adoption de l'objectif déficit zéro par le Gouvernement provincial en 1996, au programme de retraite anticipée auquel de nombreuses infirmières ont participé, à la mise en place des congés précoces en périnatalité... De surcroît, les CLSC ont dû s'adapter à tous ces bouleversements tout en assurant la prestation des services déjà en place.

Il semble que cet ajustement ait eu pour effet d'occasionner des tensions entre les diverses missions des établissements de première ligne, et ce, au détriment des services de prévention et de promotion de la santé (DSP de Montréal-Centre, 2001 ; MSSS, 2001 : RRSSS Montérégie, 1998). C'est qu'en effet, ces changements ont entraîné des choix budgétaires qui n'ont pas été sans conséquences pour le volet prévention/promotion ; mentionnons entre autres, la diminution des heures travaillées à des services de promotion de la santé et de prévention en général dans les CLSC de l'île de Montréal entre 1994 et 1998 (DSP de Montréal-Centre, 2001). De plus, certaines données indiquent une réduction, cette fois à l'échelle provinciale, des activités de prévention et de promotion de la santé effectuées auprès des enfants d'âge scolaire primaire (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 1998 ; OIIQ, 1998). D'autre part, l'Association des CLSC et CHSLD du Québec (1998) rapporte la suppression d'une cinquantaine de postes d'infirmières scolaires durant la période s'étendant entre 1991 et 1998, alors que pour la même période, le nombre d'écoles à visiter ainsi que le nombre d'enfants les fréquentant ont augmenté (OIIQ, 1998).

Dans ce contexte, il est raisonnable de craindre que les activités de prévention et de promotion de la santé offertes par les intervenants des CLSC soient menacées. Cette crainte est d'ailleurs partagée par différents acteurs du système de santé québécois (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 1998 ; DSP de Montréal-Centre, 2001 ; OIIQ, 1998 ; Painchaud, Guérin et Rocheleau, 1998 ; RRSSS de la

Mauricie et Centre-du-Québec, 2001 ; RRSSS de l'Outaouais, 1998 ; RRSSS Montérégie, 1998). Cette situation est d'autant plus préoccupante que la prévention et la promotion de la santé s'intègrent à la mission générale des CLSC qui est « d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et à la population qu'il dessert, des services de santé et de services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (Québec, 1991).

En outre, la pertinence d'une approche préventive dans le secteur enfance-famille-jeunesse est déjà largement reconnue au Québec, notamment depuis la parution d'une série de rapports gouvernementaux au début des années 1990 : *Un Québec fou de ses enfants* (Groupe de travail pour les jeunes, 1991), *Politique de périnatalité* du MSSS (1992b), et *Maintenant et pour l'avenir... la jeunesse* qui constitue le plan d'action jeunesse du MSSS (1992a). Plus récemment, le MSSS publiait sa stratégie de soutien au développement des enfants et des jeunes (1998), renouvelant ainsi sa volonté d'agir en amont des problèmes. Selon certaines analyses, la promotion de la santé et l'intervention précoce auprès des enfants et des jeunes devraient constituer des priorités d'action puisqu'elles coûtent moins cher que les interventions curatives (Groupe de travail pour les jeunes, 1991 ; MSSSS, 1998 ; OIIQ, 1998 ; Steinhauer, 1998).

Pour les intervenants des CLSC, l'école est un lieu privilégié d'intervention auprès des enfants de 6-11 ans dans la mesure où ceux-ci sont en processus d'apprentissage et de développement constant sur les plans physique, psychosocial, affectif et intellectuel. De plus, les élèves sont regroupés en un seul endroit plusieurs heures par semaine, facilitant ainsi l'implantation d'activités de prévention et de promotion de la santé auprès d'un nombre élevé d'enfants (Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier, 1993). En fait, selon certains auteurs, l'école est la voie la plus efficace et la plus systématique pour la promotion de la santé physique, psychologique et sociale des enfants d'âge scolaire (Haney et Durlak, 1998 ; Weissberg, Caplan et Harwood, 1991). Finalement, il semble que l'école soit le lieu de développement le plus important pour les enfants après le milieu familial (RRSSS de Montréal-Centre, 1998). Or, malgré le fait que les écoles soient les lieux traditionnels d'investissement des CLSC auprès des enfants de 6-11 ans (Association des CLSC et CHSLD, 1998), le

Comité Lebon rapporte qu'il y a peu d'intervenants CLSC auprès des jeunes en milieu scolaire et qu'il y a dispersion de ces intervenants étant donné le nombre élevé d'écoles à visiter (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). Cette rareté des ressources en milieu scolaire s'illustre bien par les écarts entre les ratios intervenants-élèves recommandés et ceux observés. Les ratios recommandés par le MSSS pour les écoles primaires sont d'une infirmière scolaire pour 1000 élèves et d'un travailleur social pour 1600 élèves (Association des CLSC et des CHSLD, 1998). Or en 2001, on constatait des ratios d'une infirmière pour 1914 élèves et d'un travailleur social pour 2872 élèves (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). L'auteur étant elle-même infirmière scolaire dans trois écoles primaires de Montréal, elle peut affirmer que le temps dédié à la prévention et à la promotion de la santé est grandement limité par les services de base à offrir (dépistage des problèmes de santé, surveillance de l'état vaccinal, programme provincial de vaccination...) et la présence-école réduite à quelques heures par semaine.

L'un des domaines essentiels à investir chez les enfants âgés de 6 à 11 ans est celui de l'estime de soi et de la compétence sociale. En effet, il est reconnu que l'estime de soi a des liens tant avec différents aspects de la santé et du bien-être qu'avec l'adaptation sociale (Hamel, 2001). Quant à la compétence sociale, les recherches ont démontré qu'elle contribue au développement global et harmonieux des enfants vivant aussi bien dans un milieu de vie adéquat que dans des conditions d'adversité (Bowen, Desbiens, Martin et Hamel, 2001). Or, on situe généralement à environ 10 à 15 % la proportion de jeunes à risque de vivre des problèmes d'adaptation importants ; problèmes qu'ils ne pourront résoudre sans faire appel à une aide extérieure (Cloutier, 2002 ; Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). Dans la région de Montréal, les problèmes liés à l'adaptation sociale sont encore plus fréquents qu'ailleurs dans la province. C'est qu'en effet, près d'un jeune Montréalais sur six consulte pour cette raison ; en milieu défavorisé, cette proportion augmente à un sur trois (DSP de Montréal-Centre, 2001). Or, certaines données ont montré le potentiel d'une intervention préventive afin de favoriser un concept de soi positif et des habiletés sociales adéquates, lesquels pourraient prévenir

la survenue de difficultés d'adaptation (Bowen et coll., 2001 ; Harter, 1999). Reconnaisant le potentiel de telles interventions, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a établi que le développement et l'adaptation sociale des enfants nécessitent des actions prioritaires dans l'ensemble du Québec (MSSS, 2003).

Si tous s'entendent sur la nécessité de mettre en place les conditions favorisant la prévention des problèmes de santé et la promotion de la santé des enfants (Painchaud et coll., 1998), il y a peu d'informations sur la production de services dans ce secteur et encore moins de données sur les facteurs influençant cette offre de services. De fait, malgré une recherche en profondeur, il semble y avoir peu de données précises quant aux activités de prévention et de promotion de la santé réalisées auprès des enfants de 6-11 ans. C'est qu'en effet, certains auteurs ou organismes se sont intéressés à ce sujet, mais leurs travaux dressent un portrait partiel de la situation. Prenons l'exemple du rapport rendu par le Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse (2000). Ce groupe a réalisé une étude exhaustive des services offerts aux jeunes de 0-18 ans ainsi qu'à leur famille par les CLSC. Toutefois, les services ont été examinés en terme de ressources humaines et de coûts financiers selon les différentes régions sociosanitaires et non en fonction d'activités spécifiques.

Le document *Dessine-moi un avenir* (Painchaud et coll., 1998), pour sa part, présente un répertoire des programmes existants concernant la prévention auprès d'enfants de 0-12 ans et de leur famille. Cependant, il a été réalisé à partir des données fournies par environ 75 CLSC volontaires, soit à peine plus que la moitié des CLSC du Québec. De plus, les auteurs précisent que ce répertoire n'est pas le reflet de ce qui s'accomplit effectivement sur le terrain. Ce document nous donne donc une idée de ce qui existe en matière d'activités de prévention et de promotion de la santé, mais c'est un portrait incomplet et l'on ne sait rien quant à l'application réelle des interventions auprès des enfants ou de leur famille.

De son côté, la Direction de la santé publique de la Montérégie a dressé un portrait des activités de promotion-prévention en santé publique pour l'ensemble des CLSC de son territoire (1998). L'objectif de cette démarche visait à connaître les programmes réalisés au cours des périodes 1996-1997 et 1997-1998 afin de planifier

l'implantation du Programme régional de santé publique. De l'avis des auteurs de ce portrait, certaines limites restreignent toutefois la portée des données présentées. En premier lieu, certains CLSC ont transmis des informations pour une période plus large que celle couverte par la période à l'étude. En second lieu, d'autres CLSC ont transmis des informations concernant des programmes abandonnés. Ceci fait en sorte que ce document, tout en donnant une bonne idée des interventions ou programmes disponibles, ne brosse pas un portrait réel de ce qui est accompli.

L'Association des CLSC et CHSLD du Québec, quant à elle, a réalisé une étude visant à dresser un portrait général de la situation des ressources et des services offerts aux jeunes de 0-18 ans et de leur famille (1998). Ainsi, cette recherche a permis de constater que plus de 70 % des CLSC appliquent un programme de compétence sociale ou d'estime de soi, mais elle ne nous renseigne pas sur le type d'intervention privilégié par les intervenants santé et sociaux des CLSC. Ce qu'il est ressorti des informations quant aux interventions des CLSC en milieu scolaire, c'est leur éclectisme puisque les services offerts variaient énormément d'un établissement à un autre. Les auteurs du rapport n'ont cependant pas cherché à comprendre ce qui occasionnait cette diversité dans l'offre de services.

Un groupe de chercheurs a réalisé une étude ayant pour thème les services de prévention et de promotion offerts par les CLSC dans le domaine de la périnatalité, de l'enfance et de la jeunesse (Richard et coll., 2000). Encore une fois, les résultats ont démontré une grande variabilité des services entre les différents CLSC du Québec. Ce groupe de chercheurs a poussé la démarche plus loin en analysant les facteurs à la base de cette variabilité. Toutefois, il l'a fait pour les services de prévention/promotion en général, ce qui nous laisse sans information pour ce qui est des activités touchant la thématique de l'estime de soi et de la compétence sociale chez les enfants de 6 à 11 ans.

Finalement, un groupe d'auteurs a récemment publié un livre concernant les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire (Hamel, Blanchet et Martin, 2001). Dans leur chapitre sur l'estime de soi et celui sur la compétence sociale, les auteurs et leurs collaborateurs présentent les différents programmes existants au Québec ainsi qu'aux États-Unis. Mais, encore une fois, il s'agit d'un

répertoire des programmes disponibles et non d'une description de ce qui est réellement réalisé par les CLSC du Québec.

En conclusion, on sait peu de choses concernant les activités de prévention et de promotion de la santé offertes par les CLSC auprès des enfants d'âge scolaire primaire si ce n'est que les quelques analyses disponibles ont permis de montrer la grande variabilité des services offerts à cet égard par les différents CLSC. De plus, la question des facteurs à la source d'une telle diversité demeure à ce jour encore inexplorée. On dispose donc de peu de balises pour mettre en place les conditions favorisant le renforcement, voire le maintien, de cet important secteur d'intervention. Pourtant, une disponibilité d'informations à ce sujet pourrait contribuer à alimenter la réflexion des gestionnaires et des décideurs quant aux moyens permettant de mieux actualiser le virage prévention/promotion, notamment dans le secteur de l'intervention jeunesse en CLSC. De telles réflexions sont essentielles à l'amélioration de la production de services relative au développement et au renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale et, partant, à l'atteinte d'objectifs liés au développement et à l'adaptation sociale des enfants québécois.

Lucie Richard et ses collaborateurs ont amorcé une réflexion en ce sens avec leur étude intitulée « Services de prévention et promotion de la santé dans le domaine périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants » (Richard et coll., 2000). La présente recherche s'inscrit à la suite de ces travaux sur les services de prévention/promotion en CLSC. Elle diffère de la recherche principale par le fait que les analyses porteront spécifiquement sur la production de services en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale des enfants ; ces informations n'ayant pas été traitées lors de la recherche principale.

Notre variable d'intérêt, la production de services, étant classiquement considérée comme une dimension de la performance organisationnelle, notamment en ce qui a trait aux organisations de santé, notre cadre de référence émane de la documentation publiée dans ce domaine. Plus spécifiquement, le cadre choisi pour guider la présente étude est inspiré du « Modèle de production de services en prévention/promotion de la santé en CLSC » ; modèle élaboré par Richard et son

équipe (2000) lors de la recherche principale. Mettant l'accent sur l'examen des facteurs organisationnels et environnementaux à la source de la production de services, ce cadre est particulièrement intéressant puisqu'il est dérivé des travaux d'auteurs s'étant intéressés à la performance d'organismes offrant des services en santé mentale communautaire (Ozcan, 1995 ; Ozcan, Shukla et Tyler, 1997). La seule modification apportée au cadre utilisé par Richard et coll. (2000) se retrouve dans l'opérationnalisation de la variable « production de services ». La production de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale est ici examinée en fonction de deux dimensions ; la première étant l'offre d'activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et des compétences sociales offertes aux enfants de 6 à 11 ans, et la seconde, l'intégration de la composante « estime de soi » à l'intérieur d'activités touchant d'autres thématiques de promotion de la santé.

1.2 But de la recherche

Le but de la présente étude est, dans un premier temps, de réaliser un portrait détaillé de la production de services en regard des activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans et, dans un deuxième temps, d'examiner l'influence des facteurs organisationnels et environnementaux sur cette production de services.

Le but ultime est d'identifier les facteurs environnementaux et organisationnels des CLSC favorisant la production de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale auprès des enfants.

1.3 Questions de recherche

1. Quelle est la production de services des CLSC destinés aux enfants de 6-11 ans en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale ?
2. Quelles sont les conditions organisationnelles et environnementales favorisant la production de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale par les intervenants des CSLC auprès des 6-11 ans ?

1.4 Pertinence sociale, portées professionnelle et scientifique de la présente étude

Premièrement, en tant qu'infirmières, nous nous préoccupons du bien-être physique et psychologique des enfants et des jeunes. Or, selon Hamel (2001) et comme il en sera discuté plus loin, plusieurs études ont confirmé les liens entre d'une part, l'estime de soi et la compétence sociale, et d'autre part, la santé mentale et physique ainsi que l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. En conséquence, il est tout à fait pertinent d'investir au niveau de l'estime de soi et de la compétence sociale des enfants. Pourtant, on possède très peu d'informations sur les services de prévention et de promotion offerts dans ce domaine aux enfants de 6 à 11 ans. Cette étude devrait apporter des éléments de réponse à cet égard.

Deuxièmement, selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998), les programmes préventifs ne rejoignent pas, à l'heure actuelle, une proportion suffisante d'enfants et de jeunes. En tant qu'infirmière scolaire depuis bientôt cinq ans, l'auteure du présent mémoire ne peut que constater le peu de temps qu'elle est en mesure d'effectivement consacrer à la prévention et à la promotion de la santé et du bien-être ainsi que le nombre restreint d'élèves rejoints par ces activités. Pourtant, il est reconnu qu'intervenir en amont des problèmes peut faire toute la différence pour l'avenir d'un enfant (Groupe de travail pour les jeunes, 1991). Il est donc primordial de réfléchir sur les moyens d'améliorer la production de services prévention/promotion de manière à pouvoir intervenir précocement auprès d'un plus grand nombre d'enfants. En tant qu'infirmières, nous sommes des actrices importantes dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé auprès des enfants et des jeunes, d'où la nécessité de participer activement à cette réflexion. De par son but, la présente étude est un pas dans cette direction.

Finalement, cette recherche est particulièrement justifiée puisque jusqu'à aujourd'hui, les études sur la performance des organisations de santé se sont souvent déroulées en milieu hospitalier, s'intéressant rarement aux autres organisations du réseau de la santé (Richard et coll., 2000). En permettant d'identifier les conditions favorisant la tenue d'activités de développement et de renforcement de l'estime de soi auprès des jeunes de 6-11 ans par les intervenants des CLSC, cette étude permettra de dégager des leviers d'intervention et alimentera les décideurs ainsi que les

gestionnaires dans leur prise de décision. De façon ultime, le présent effort pourra contribuer à prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale et physique ainsi que de mésadaptation sociale chez nos jeunes adultes de demain.

Chapitre deuxième -
Recension des écrits

Dans ce chapitre, une recension des écrits pertinents sera effectuée pour les trois thèmes liés à la problématique à l'étude.

Tout d'abord, le choix de la thématique estime de soi et compétence sociale sera expliqué à la lumière des écrits à ce sujet. Ensuite, les liens entre d'une part, l'estime de soi et la compétence sociale, et d'autre part, la santé et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes seront exposés. Finalement, un recensement des interventions ayant pour cible l'estime de soi ou la compétence sociale des enfants et étant reconnues comme efficaces ou encore prometteuses sera effectué.

Le deuxième thème recensé a trait à l'unité d'analyse de la présente étude, c'est-à-dire les Centres locaux des services communautaires (CLSC). Cette sous-section débutera avec l'historique de la création et de l'implantation de ces organismes. Puis, nous verrons en quoi consiste l'offre de services des CLSC destinée aux enfants de 6-11 ans ainsi qu'à leur entourage.

Le troisième et dernier thème de cette recension des écrits est la performance organisationnelle. Ce thème a été sélectionné du fait de son lien avec la production de services. C'est qu'en effet, la production de services est l'une des dimensions de la performance organisationnelle et la documentation à ce sujet nous éclaire sur les facteurs pouvant influencer l'offre de services en prévention/promotion des CLSC.

En conclusion de ce chapitre, le cadre de référence choisi pour la présente étude sera présenté.

2.1 L'estime de soi et la compétence sociale : des domaines à investir

2.1.1 6-11 ans : période propice pour intervenir sur des facteurs de protection

Les enfants âgés de 6-11 ans traversent une multitude de phases de transition. En effet, cette période comprend le début du curriculum scolaire au primaire ainsi que la préparation pour le passage au secondaire. Durant ce même laps de temps, plusieurs enfants commenceront leur puberté avec tous les bouleversements psychologiques et les changements physiques qui en découlent. Une bonne part d'enfants vivront également la séparation ou le divorce de leurs parents avec l'arrivée ou non d'une nouvelle figure parentale. D'autres vivront le deuil d'une personne chère ou encore seront touchés par la maladie. Chacune de ces transitions amène une période de plus

grande vulnérabilité pour le développement de l'enfant (Association des CSLC et CHSLD, 2001 ; Table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC de la région de Québec, 1998).

Parallèlement à ces phases de transition, l'enfant amorce l'acquisition d'habiletés personnelles et sociales qu'il perfectionnera tout au long de l'enfance et qui lui seront nécessaires pour le reste de sa vie. Ainsi, la période s'étendant de cinq à neuf ans est une période cruciale pour ce qui est du développement de l'estime de soi (RRSSS Montérégie, 1998 ; Wong et Whaley, 1999). C'est également durant cette période que l'enfant développe des habiletés essentielles à une communication efficace et à l'établissement de rapports interpersonnels harmonieux avec son environnement (RRSSS Montérégie, 1998). Vers l'âge de 10-12 ans, il devient vulnérable à l'apparition d'un sentiment d'infériorité, à l'angoisse de la performance ainsi qu'à la compétition exagérée (Lafontaine et Moore, 2000 ; RRSSS Montérégie, 1998). Les enfants d'âge scolaire primaire ont donc bien des défis à relever et pour plusieurs d'entre eux, la voie sera semée d'embûches.

Cette période est un moment propice à la prévention et à la promotion de la santé. En effet, les enfants de cet âge font preuve de flexibilité et d'adaptabilité (Blanchet, Laurendeau et Saucier, 1993), ils sont également réceptifs aux nouveaux apprentissages (MEQ, 1993). Étant donné que les enfants de cet âge sont en processus d'apprentissage en ce qui concerne l'acquisition d'habiletés personnelles et sociales, il est possible d'intervenir sur certains déterminants clés afin de favoriser un développement le plus harmonieux possible (Painchaud et coll., 1998). La table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC de la région de Québec (1998) affirme que « la mise en œuvre de mesures préventives auprès d'enfants du primaire constitue une assise majeure à la prévention et à la promotion de la santé mentale des adolescents ». Selon un autre auteur (Elias, 1995), la prévention primaire peut faire une différence considérable au niveau de la santé mentale, physique et émotionnelle des enfants. Ceci est primordial, car beaucoup de nos jeunes Québécois souffrent dans leur corps et dans leur tête. Ainsi, 10 % des enfants de 6-11 ans souffrent de phobies, d'anxiété, d'angoisse ou de dépression majeure (RRSSS Montérégie, 1998), 12 % des élèves inscrits au secondaire avouent avoir fait un parasuicide (Cloutier, Champoux,

Jacques et Chamberland, 1994), 11 % des jeunes de 10-14 ans sont fumeurs (DSP Montréal-Centre, 2002), à Montréal, près du tiers des jeunes filles souffrent d'un déficit de poids (DSP Montréal-Centre, 2002)... Et ce n'est guère plus reluisant du côté de l'adaptation sociale. En effet, 6 % des jeunes du secondaire présentent une consommation problématique d'alcool ou de drogues (MSSS, 2003), on évalue à 33,4 % la proportion de jeunes qui n'obtiennent pas de diplôme de fin d'études secondaires avant l'âge de 20 ans (MSSS, 1998) et il est estimé que 10 à 15 % des jeunes Québécois sont à risque d'éprouver des difficultés d'adaptation sociale, difficultés pour lesquelles ils devront consulter (Cloutier, 2002 ; Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). Ce n'est pas tout, 25 % des Québécoises deviennent enceintes avant d'avoir atteint l'âge de 20 ans (MSSS, 2003). En fait, pour la première fois, les jeunes sont moins en santé et moins préparés à faire face à l'avenir que la génération les ayant précédés (Weissberg, Caplan et Harwood, 1991). Ceci est fort préoccupant puisque notre société est plus complexe et plus compétitive que jamais.

Dans le contexte actuel de rareté des ressources, nous sommes confrontés au fait qu'il y ait peu de services pour faire face aux besoins criants des enfants et des adolescents. Nous devons donc nous demander quelle est la manière la plus efficace, en terme de coûts et de résultats, de favoriser le bien-être physique et psychologique de nos jeunes. Il semble bien qu'une partie de la réponse se trouve du côté de la prévention puisque les actions à caractère préventif et de promotion de la santé coûtent moins chères que les interventions curatives (Groupe de travail pour les jeunes, 1991 ; MSSS, 1998 ; OIIQ, 1998 ; Steinhauser, 1998). En plus d'être moins dispendieuses, les interventions de prévention et de promotion de la santé ont démontré leur efficacité. En fait, selon Painchaud et coll. (1998) ainsi que Bowen et coll. (2001), plusieurs recherches scientifiques concluent qu'il est possible de modifier favorablement la trajectoire développementale des enfants grâce à une intervention précoce durant leur enfance. Cette vision est d'ailleurs partagée par l'ensemble des intervenants évoluant auprès des jeunes et par les décideurs politiques, d'où la volonté générale d'intervenir en amont des problèmes (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 2001 ; Groupe de travail pour les jeunes, 1991 ; Hamel et coll., 2001 ; MSSS, 1992a, 1992b, 1997,

1998 ; Painchaud et coll., 1998 ; RRSSS Montérégie, 1998 ; Table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC de la région de Québec, 1998). Reconnaisant l'efficacité de certaines interventions préventives, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a d'ailleurs établi que le développement optimal et l'adaptation sociale des enfants constituaient une priorité nationale de santé publique pour laquelle les différents milieux du réseau devaient travailler en concertation (MSSS, 2003).

Une des façons de soutenir le développement optimal de l'ensemble des jeunes est de neutraliser les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection (MSSS, 1992). Les facteurs de risque sont les facteurs qui, s'ils sont présents, accroissent la probabilité pour un enfant de développer des difficultés aux plans social et affectif (Conseil des directeurs de la santé publique, 1999 ; RRSSS Montérégie, 1998). Les facteurs de protection, quant à eux, servent de catalyseurs aux forces de l'enfant afin qu'il puisse contrer les éléments adverses de son environnement (RRSSS Montérégie, 1998). L'intervention préventive, lorsqu'elle entre en jeu avant l'apparition d'une situation problématique, peut transformer un facteur de risque en un facteur de protection (Painchaud et coll., 1998), d'où l'importance d'intervenir précocement auprès des enfants.

Parmi les principaux facteurs de protection de la santé mentale des enfants d'âge scolaire primaire, on retrouve l'estime de soi ainsi que la compétence sociale (Table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC de la région de Québec, 1998 ; Reasoner, 1995 ; Weissberg et coll., 1991). Ces deux facteurs ont également une influence importante sur la santé physique des jeunes ainsi que sur leur adaptation sociale (Ayotte, 1995a ; Beaugard et coll., 2000 ; Hamel et coll., 2001 ; Lafontaine et Moore, 2000 ; Torres, Fernandez et Maceira, 1995). Lavoie (1993) rapporte les résultats d'une étude longitudinale qui a permis de montrer que l'estime de soi est plus stable chez les élèves âgés de 12 à 15 ans, alors qu'elle était plus malléable chez les enfants de 9 à 12 ans. En plus, les jeunes adoptent des comportements néfastes, tels que la toxicomanie, de plus en plus tôt, parfois même dès l'âge de 11-12 ans (Painchaud et coll., 1998). Il est donc tout à fait pertinent d'intervenir en prévention auprès des enfants de 6 à 11 ans.

Dans la prochaine sous-section, nous examinerons de manière plus approfondie l'estime de soi et la compétence sociale en regard de leur influence sur l'adaptation sociale et la santé globale des enfants et des adolescents. Pour chacun de ces facteurs de protection, nous dresserons ensuite le portrait des interventions prometteuses ou réputées comme étant efficaces.

2.1.2 Estime de soi

L'estime de soi est intimement liée au concept de soi. Toutefois, il semble y avoir une certaine confusion quant à ces deux termes et les auteurs sont loin d'être unanimes quant à leur définition respective. En effet, certains auteurs font une nette distinction entre l'estime de soi et le concept de soi, alors que pour d'autres, ces deux appellations ne reflètent qu'une facette différente d'un même concept et peuvent être utilisées de manière interchangeable (Hamel, 2001). Chose certaine, il existe un chevauchement entre ces deux concepts.

Pour les auteurs qui font une distinction entre l'estime de soi et le concept de soi, ce dernier fait référence à la perception de soi quant à ses attributs personnels et aux différents rôles occupés (Campbell et Lavallée, 1993 ; King, 1997). Il s'agit donc de la description qu'une personne fait d'elle-même en regard de ses caractéristiques propres ainsi que de ses rôles et fonctions (King, 1997). Le concept de soi global est composé de plusieurs dimensions reliées à différents domaines (social, scolaire, émotionnel, physique). Il se construit à partir des perceptions que la personne accumule au fil des expériences et des interprétations qu'elle en fait (Hamel, 2001 ; Winkelstein, 1989).

Quant à l'estime de soi, elle fait référence à l'appréciation du concept de soi, c'est-à-dire le degré de satisfaction d'une personne en regard de la description de son concept de soi (Hamel, 2001 ; Haney et Durlack, 1998 ; King, 1997 ; Torres et coll., 1995) ou encore l'appréciation affective de soi-même (Ruel, 1987). Si la satisfaction en regard du concept de soi est égale ou supérieure aux aspirations d'une personne, son estime de soi sera élevée (Hamel, 2001). Ainsi, l'estime de soi peut être qualifiée de positive, de négative ou encore de neutre (Campbell et Lavallée, 1993 ; Gurney, 1987 ; King, 1997).

2.1.2.1 Liens entre l'estime de soi et l'adaptation sociale ainsi que la santé physique et mentale des enfants et des adolescents

Le concept de soi se situe au cœur de la structure psychologique des enfants, cette dernière déterminant à la fois leur santé mentale et leurs comportements (Table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse des CSLC de la région de Québec, 1998). Quant à l'estime de soi, Ayotte (1995a) affirme qu'il existe un consensus dans les écrits en regard du rôle central que cette compétence personnelle joue dans l'ajustement psychosocial d'un individu et dans sa capacité à gérer le stress. De plus, l'estime de soi a une influence considérable sur la santé mentale (DSP Montréal-Centre, 1996 ; King, 1997 ; Torres et coll., 1995) et ce, particulièrement au cours de la période critique de l'adolescence alors que les jeunes vivent une multitude de changements physiques et psychiques (King, 1997 ; Torres et coll., 1995).

Les études scientifiques ont permis de mettre à jour plusieurs associations entre l'estime de soi ou le concept de soi et la santé physique ainsi que mentale des enfants et des adolescents. Ainsi, il existe des corrélations entre une estime de soi négative et des sentiments dépressifs ou la dépression elle-même (Ayotte, 1995a ; Hamel, 2001 ; Marcotte, 2000 ; Marmot, 2003 ; McGee et Williams, 2000 ; Vila, Nollet-Clémançon, Vera et Mouren-Siméoni, 1994), l'anxiété (Ayotte, 1995a ; Bijstra, Bosma et Jackson, 1994 ; Haney et Durlak, 1998 ; Vila et coll., 1994), des idéations suicidaires et le suicide (Ayotte, 1995a ; Hamel, 2001 ; McGee et Williams, 2000 ; McGee, Williams et Nada-Raja, 2001), le tabagisme (Hamel, 2001 ; McGee et Williams, 2000) ou encore des désordres alimentaires (Ayotte, 1995a ; McGee et Williams, 2000). À l'opposé, une estime de soi positive encourage l'adoption de comportements sains (Hamel, 2001 ; King, 1997 ; Winkelstein, 1989) et permet de vivre des expériences constructives (Bijstra et coll., 1994 ; Lavoie, 1993), favorisant ainsi la santé physique et mentale des jeunes (Winkelstein, 1989). De plus, un bon concept de soi procure le sentiment d'avoir de l'emprise sur sa vie, lequel favorise à son tour la santé et le bien-être (Hamel, 2001).

Les recherches sur l'estime de soi ont également permis de faire des liens entre ce concept et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. En effet, des associations ont été établies entre une pauvre estime de soi et l'utilisation de drogues (Ayotte, 1995a ; Hamel, 2001 ; King, 1997 ; McGee et Williams, 2000 ; Painchaud et

coll., 1998), la consommation abusive d'alcool (Ayotte, 1995a ; Haney et Durlak, 1998 ; King, 1997 ; Painchaud et coll., 1998) et la grossesse à l'adolescence (Ayotte, 1995a ; Hamel, 2001 ; Haney et Durlak, 1998 ; King, 1997). L'estime de soi a également des liens d'association avec le rendement scolaire (Gurney, 1987 ; Hamel, 2001 ; Janosz et Le Blanc, 1997 ; Lavoie, 1993) ; toutefois, le lien de causalité ainsi que la direction de cette relation n'ont pas été établis (Hamel, 2001 ; Lavoie, 1993). D'un autre côté, un niveau élevé d'estime de soi permet de développer de nouveaux talents et habiletés, de développer des relations intimes, de rencontrer de nouveaux défis en plus de permettre une prise de décision éclairée ainsi qu'une communication plus efficace (Fetro, 1994 ; Torres et coll., 1995) et finalement, de se fixer des objectifs et de réussir (Beauregard, Bouffard et Duclos, 2000 ; Lavoie, 1993 ; Reasoner, 1995).

Selon Torres et ses collaborateurs (1995), l'estime de soi est considérée comme étant l'une des variables ayant le plus de potentiel d'influence, positive ou négative, sur les comportements de santé. Selon ces auteurs, ceci s'explique de trois façons. Premièrement, les personnes ayant une estime élevée d'elle-même ont des comportements bien intégrés en plus d'avoir la capacité cognitive nécessaire pour départager les informations appropriées de celles qui ne le sont pas. Deuxièmement, une estime de soi élevée réduit l'influence sociale et environnementale qui joue un rôle important sur le tabagisme et la consommation de drogues ou d'alcool chez les jeunes adultes. Finalement, la perception qu'une personne a d'elle-même influence sa façon d'agir en regard du maintien de sa santé. Ainsi, une personne qui se perçoit comme étant compétente et responsable de sa santé, adoptera davantage des comportements sains.

À la lumière de ce qui précède, on peut affirmer que l'estime de soi a des liens importants tant avec les différents aspects de la santé et du bien-être des personnes qu'avec l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Selon Ayotte (1995a) et Hamel (2001), l'estime de soi, sans être une cause directe, pourrait jouer un rôle important de médiation dans le bien-être des enfants et des adolescents. En favorisant l'estime de soi chez les enfants, on investit donc dans la prévention de difficultés d'adaptation et de problèmes de santé.

2.1.3 Compétence sociale

Il existe plusieurs définitions de la compétence sociale. Ces différentes définitions varient en fonction du contexte dans lequel cette compétence sociale s'inscrit (Bowen et coll., 2001). Cependant, les définitions issues de ces contextes variés envisagent la compétence sociale comme une juxtaposition d'habiletés indépendantes plutôt que comme une entité dont les éléments sont inter reliés (Rose-Krasnor, 1997). Gottlieb (1998), quant à lui, propose une définition plus globale. Cet auteur définit la compétence sociale comme étant :

« La capacité d'intégrer les éléments cognitifs et affectifs ainsi que les comportements afin d'accomplir des tâches sociales précises et d'obtenir des éléments de développement positifs. Elle comprend une série d'aptitudes, d'habiletés et de sentiments fondamentaux dont le sens fonctionnel est déterminé par les contextes de la culture, de l'entourage et de la situation. »

La compétence sociale peut donc être considérée comme étant l'ensemble des aptitudes de base d'une personne lui permettant d'assumer ses rôles et tâches instrumentales et socioémotives dans des contextes variés (Gottlieb, 1998). Ayotte (1995a) abonde dans le même sens en affirmant que le concept de compétence réfère à la capacité d'une personne à faire appel avec succès à ses ressources cognitives, affectives et comportementales pour la réalisation de ses tâches ou de ses objectifs tout en tenant compte des composantes de l'environnement.

Selon Gottlieb (1998), les chercheurs font consensus quant aux habiletés cognitives et affectives fondamentales sous-tendant la compétence sociale dans des contextes et situations diversifiés. Ces habiletés sont : la capacité de percevoir et d'interpréter correctement les indications sociales, de trouver des solutions efficaces pour résoudre des difficultés interpersonnelles, d'évaluer de manière réaliste ces solutions et de les traduire en comportements efficaces et, finalement, d'être capable d'exprimer son efficacité personnelle.

2.1.3.1 Liens entre la compétence sociale et l'adaptation sociale ainsi que la santé physique et mentale des enfants

Les recherches effectuées au cours du dernier quart de siècle ont montré que « la compétence sociale contribue au développement global et harmonieux des jeunes vivant aussi bien dans un milieu de vie adéquat que dans des conditions d'adversité » (Bowen et coll., 2001). L'adversité réfère à des conditions ou expériences de vie qui sont susceptibles de donner naissance à des niveaux élevés de stress chez un individu et exigeant de ce dernier une adaptation importante (Vitaro, Tremblay et Gagnon, 1992). Les sources de stress peuvent être liées à des causes temporaires, à des périodes de transition ou encore à des conditions de vie persistantes pouvant mettre en danger le développement de l'enfant ou son équilibre (Bowen et coll., 2000). Or, malgré des conditions de vie négatives et contre toute attente, certains enfants et adolescents se développent normalement ; ce phénomène est appelé résilience (Bowen et coll., 2000 ; Gottlieb, 1998). Or, la compétence sociale ainsi qu'une bonne estime de soi font partie des caractéristiques personnelles des enfants et des adolescents résilients (Rutter, 1983). En fait, selon la RRSSS Montérégie (1998), la compétence sociale est un important facteur de protection de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Des recherches, dont certaines de nature longitudinale, ont montré qu'un manque d'habiletés sociales, telles que des relations difficiles avec les pairs ou le rejet par ceux-ci, risque d'occasionner ultérieurement des problèmes de santé mentale (Bijstra et coll., 1991 ; Bowen et coll., 2001 ; Marcotte, 2000 ; Ollendick, Weist, Borden et Greene, 1992 ; Weissberg et coll., 1991), de la délinquance (Bijstra et coll., 1994 ; Ollendick et coll., 1992 ; Vitaro et Charboneau, 2000), une grossesse à l'adolescence (Gosselin, Lanctôt et Paquette, 2000), des difficultés ou le décrochage scolaire (Bijstra et coll., 1991 ; Bowen et coll., 2001 ; Janosz, Fallu et Deniger, 2000 ; Weissberg et coll., 1991), l'utilisation de drogues (Barkin, Smith et DuRant, 2002 ; Vitaro et Charboneau, 2000) ou encore la consommation exagérée d'alcool (Vitaro et Charboneau, 2000). Compte tenu de ce qui précède, on constate qu'il est essentiel d'intervenir afin de favoriser de saines habiletés sociales chez nos enfants du primaire, et ce, dans le but de favoriser un développement harmonieux et optimal.

2.1.4 Interventions

Les interventions ayant pour cible la compétence sociale ou encore l'estime de soi partagent certaines caractéristiques. Ainsi, les interventions peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les programmes d'intervention menés en classe, les programmes d'interventions centrés sur l'environnement scolaire et finalement, les programmes d'intervention multimodale (Bowen, Desbiens, Rondeau et Ouimet, 2000). La première catégorie regroupe les programmes qui s'adressent aux élèves et qui visent essentiellement la diminution des comportements inadéquats et le développement de compétences personnelles et sociales. Les programmes d'interventions de la deuxième catégorie sont centrés sur les modifications à apporter au milieu scolaire dans le but d'améliorer cet environnement et permettre ainsi l'acquisition de compétences spécifiques par les enfants. Ils ont pour postulat qu'un milieu socio-éducatif de qualité contribue au bien-être des enfants en plus de favoriser et de consolider le développement de plusieurs habiletés à la base de la compétence sociale (Janosz, Georges et Parent, 1998). Finalement, les programmes de la troisième catégorie privilégient les interventions visant à la fois les enfants, leur famille ainsi que l'école dans le but de modifier les conditions influençant le développement des enfants. En favorisant une approche systémique auprès des enfants, de leur famille et de leur milieu scolaire, les programmes multimodales seraient plus susceptibles de produire des résultats appréciables et durables (Elias, 1995). Toutefois, la mise en route et l'évaluation de tels programmes demandent des moyens considérables et selon Bowen et ses coll. (2001), c'est ce qui explique qu'il y ait peu d'évaluations rigoureuses pour ce type d'approche.

Une multitude de programmes d'intervention ont été créés aux États-Unis, au Canada et, dans une moindre mesure, au Québec. Toutefois, les programmes n'ont pas tous le même impact au niveau des résultats à court et à long terme. Ainsi, certains programmes sont reconnus comme étant efficaces, c'est-à-dire qu'ils ont été formellement évalués et qu'ils produisent des résultats positifs (St-Hilaire, 2000), alors que d'autres sont considérés comme étant des programmes prometteurs. Ces derniers n'ont pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, toutefois, ils répondent à

suffisamment de critères de réussite et de conditions de succès pour laisser présager des résultats positifs (St-Hilaire, 2000).

Selon Lafontaine et Moore (2000), les programmes visant le développement des capacités ou habiletés personnelles et sociales chez les jeunes devraient combiner, de façon générale, les facteurs de réussite suivants :

- prise en charge du programme par le milieu,
- intégration du programme dans le curriculum scolaire,
- formation préalable et soutien offert aux adultes présents dans le milieu,
- formation, supervision et consultation offertes aux professeurs,
- intervention au moment propice selon le type d'habileté ciblée et le stade de développement des enfants,
- outils pour les jeunes et les adultes significatifs évoluant autour d'eux,
- formation générale pour les enfants, jumelée à des instructions plus spécifiques à un domaine particulier,
- rétroactions personnalisées et crédibles pour les enfants afin de renforcer les acquis et les habiletés,
- occasions de pratiquer les nouvelles habiletés à l'école, mais aussi dans d'autres contextes,
- durée adéquate de l'intervention et
- exposition régulière à l'intervention.

Il semble y avoir un certain consensus parmi les différents auteurs consultés quant au fait que l'ampleur et le maintien des résultats à long terme dépendent de la durée de l'intervention ayant pour cible la compétence sociale ou l'estime de soi (Ayotte, 1995a ; Bowen et coll., 2000 ; Caplan, Weissberg, Grobber et Sivo, 1992 ; Gottlieb, 1998 ; Weissberg et coll., 1991). De plus, il semble bien que les interventions impliquant les élèves, leur famille ainsi que le milieu scolaire soient plus efficaces que les interventions s'adressant uniquement aux élèves (Ayotte, 1995a ; Bowen et Desbiens, 2002 ; Weissberg et coll., 1991).

Dans la prochaine sous-section, un portrait des programmes d'interventions ayant pour cible l'estime de soi chez les enfants du primaire et étant reconnus efficaces ou prometteurs sera présenté. Puis, une description de certains programmes visant le

développement et le renforcement de la compétence sociale chez les enfants d'âge scolaire primaire sera effectuée.

2.1.4.1 Interventions visant à améliorer l'estime de soi / le concept de soi

Une grande quantité de programmes ayant pour cible le développement et le renforcement de l'estime de soi existent ; Haney et Durlak (1998), à eux seuls, ont fait une méta-analyse de 120 projets d'intervention axés sur le concept de soi. Compte tenu de la longueur prescrite pour le présent mémoire, il serait déraisonnable de dresser ici le portrait exhaustif des programmes d'intervention existants ; nous nous limiterons donc à la description des programmes utilisés dans le contexte québécois. Cependant, il est pertinent de présenter ici les résultats de la méta-analyse effectuée par Haney et Durlak (1998). Premièrement, les programmes visant spécifiquement l'estime de soi ou le concept de soi donnent de meilleurs résultats que les programmes ayant l'estime de soi comme cible secondaire. Ainsi, il est préférable de s'attaquer directement au concept de soi ou à l'estime de soi plutôt que d'espérer que celle-ci sera indirectement améliorée par des interventions périphériques. Deuxièmement, tous les enfants profitent de tels programmes ; cependant, ce sont les enfants les plus déficitaires qui en retirent les plus grands bénéfices. Ceci rejoint les résultats obtenus par Ayotte et Laurendeau (1998) que nous verrons plus loin. Troisièmement, les approches s'appuyant sur une base théorique ou sur des recherches empiriques sont les plus efficaces. Finalement, des résultats positifs sur l'estime de soi ou le concept de soi sont plus souvent mis en lumière lors d'études de type randomisé ou avec groupe témoin. Attardons-nous maintenant aux approches en utilisation au Québec.

Malgré une recherche en profondeur des écrits, il semble qu'aucun programme d'origine québécoise ayant pour cible principale l'estime de soi n'ait fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Toutefois, le programme américain « Building self-esteem in the Elementary Schools » (Reasoner, 1995) (mieux connu sous le nom de « Reasoner ») a été traduit, adapté à la réalité québécoise, mis en oeuvre, puis évalué par le personnel de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (Ayotte, 1995b ; Ayotte et Laurendeau, 1998). Cette version du programme, nommée « Comment développer l'estime de soi », appartient à la catégorie des interventions multimodales puisqu'elle implique les enseignants, le personnel non enseignant, les

élèves ainsi que leurs parents. Elle contient plus de 100 activités, s'adressant aux élèves de la première à la sixième année du primaire, et visant à développer l'estime de soi et la motivation. Les enseignants et le personnel non enseignant reçoivent au préalable de la formation et des rencontres avec les parents sont prévues. Lors de l'évaluation québécoise du programme, un devis quasi expérimental de type prétest/post-test avec groupe témoin a été utilisé (Ayotte et Laurendeau, 1998). Les résultats de l'étude ont montré que, comparativement aux élèves du groupe témoin, les élèves du groupe expérimental ont davantage amélioré toutes les dimensions de leur concept de soi, à l'exception de la dimension liée à la lecture. Les gains les plus importants furent enregistrés pour les concepts de soi liés à l'apparence physique, aux mathématiques et aux relations avec les parents. Il est intéressant de noter que, pour ces domaines, ce sont les enfants les plus déficitaires qui ont connu les gains les plus importants. Selon Ayotte et Laurendeau (1998), ces résultats permettent d'affirmer qu'il est possible d'améliorer le concept de soi des élèves du primaire par une intervention en milieu scolaire.

Le personnel de l'école primaire Marielle-Dumont, située dans l'ouest de Montréal, s'est inspiré du programme « Building self-esteem in the Elementary school » avant son adaptation par Ayotte et Laurendeau, afin d'en faire un projet centré sur l'environnement scolaire tout en impliquant les parents (Ladouceur, 2002). Ce projet-école vise le développement harmonieux de tous les élèves sur les plans affectif, intellectuel, moral, physique ainsi que social et a pour objectif terminal la réussite scolaire. Depuis 1991, l'ensemble des intervenants scolaires utilisent des moyens concrets et ont adopté des attitudes éducatives pour rehausser l'estime de soi chez les 550 élèves faisant partie des classes régulières ou satellites (handicapés intellectuels et autistes). Les parents ont également été impliqués dans le processus grâce à des conférences, des ateliers de formation, des sondages et par l'envoi de bulletins d'information. Les effets de ce projet-école sur l'estime de soi n'ont pas été évalués. Cependant, depuis la mise en place du projet, le climat de l'école est plus harmonieux, plus serein et les rapports entre les intervenants scolaires et les élèves beaucoup plus positifs (Ladouceur, 2002). Selon la Régie Régionale de Chaudière-Appalaches, le programme « Reasoner » est un programme souple et simple à mettre

en place. De plus, son efficacité a été démontrée aux États-Unis où il est appliqué depuis une quinzaine d'années (RRSSS Chaudière-Appalaches, 2000).

Certains programmes d'origine québécoise ont pour objectif de développer l'estime de soi, mais dans le contexte plus large du développement des habiletés personnelles (autonomie, gestion du stress, verbalisation des sentiments...). C'est le cas des programmes « EntramiS », « Écoute ton cœur » et « Simplement ParEnfant ». Le programme québécois « EntramiS » s'adresse aux enfants ayant vécu la séparation ou le divorce de leurs parents. Comme il vise une clientèle spécifique, les activités sont réalisées à l'extérieur de la classe. Les parents ne sont pas directement impliqués, mais ils sont informés du déroulement des rencontres de groupe et soutenus dans leur rôle parental par des contacts téléphoniques réguliers et la remise d'information écrite. La série de dix rencontres de groupe a pour objectifs de permettre aux enfants de parents séparés ou divorcés : d'identifier et de partager leurs émotions, d'acquérir des habiletés favorisant l'adaptation et, finalement, d'améliorer leur estime de soi (Lafontaine et Moore, 2000 ; Drapeau, Mireault, Cloutier, Champoux et Samson, 1993). Selon l'évaluation des effets du programme effectuée par Drapeau et son équipe (1993), l'intervention a eu des répercussions positives sur l'estime de soi des enfants ; l'amélioration étant plus marquée chez les filles. L'évaluation du processus d'implantation a permis de confirmer qu'il est tout à fait possible de mettre en œuvre ce programme dans différents milieux d'intervention à condition de respecter certains éléments importants tels que la co-animation des rencontres, la présence d'un intervenant-école ou encore le nombre d'enfants composant le groupe.

Le programme « Écoute ton cœur » est un programme à deux volets (Hébert, Parent et Fafard, 1998 ; Lafontaine et Moore, 2000). Le volet scolaire consiste à des activités réalisées en classe par les enseignants à partir d'une série de bandes vidéo. Les objectifs visés sont : développer l'estime de soi des enfants, développer leurs habiletés personnelles et, finalement, favoriser l'adoption de comportements et d'attitudes visant à prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation dans le futur. Le volet parental, pour sa part, est réalisé par les ressources communautaires et est composé de trois ateliers vidéo qui ont pour objectif d'outiller les parents afin qu'ils puissent appuyer et renforcer les efforts de prévention effectués en milieu scolaire

auprès de leur enfant. Une évaluation du processus d'implantation et des impacts du programme a été réalisée après une année d'exposition. Les résultats de l'évaluation prétest et post-test ont permis de révéler une meilleure estime de soi pour le sous-groupe d'enfants dont les parents avaient participé au volet parental comparativement aux enfants du groupe témoin ; l'amélioration étant plus importante lorsque les parents avaient participé à plus d'un atelier. Les auteurs du rapport d'évaluation (Hébert et coll., 1998) ont donc émis comme recommandation de favoriser la participation des parents au volet parental dans le but de maximiser la portée de l'intervention réalisée auprès des enfants. L'évaluation du processus d'implantation, quant à elle, a permis de constater que le programme est facilement applicable dans le contexte scolaire avec les ressources scolaires et communautaires disponibles, et ce, malgré les contraintes de temps.

Le programme « Simplement ParEnfant », pour sa part, a pour cible les enfants ayant des difficultés d'adaptation ainsi que leurs parents (CLSC Jardin du Québec, 2002 ; Lafontaine et Moore, 2000 ; St-Pierre, Dandurand, Landry et Bureau, 2002). Ce programme a été développé en 1997 par le CLSC Jardin du Québec, puis implanté dans deux autres CLSC de la Montérégie. Il a pour objectifs : de soutenir et d'outiller les parents, de briser leur isolement, d'améliorer la relation parents-enfant(s), de prévenir des problèmes de santé mentale, de développer certaines habiletés sociales chez les enfants et, finalement, d'accroître l'estime de soi de ces derniers. L'intervention consiste en une série de dix rencontres de groupe parents, rencontres au cours desquelles les parents sont invités à participer à des ateliers dirigés portant sur des thèmes choisis par eux. Les enfants, de leur côté, sont réunis à neuf reprises dans le but de développer leurs habiletés personnelles et sociales par le biais d'activités concrètes. Six ateliers parents-enfant(s) ainsi que des contacts téléphoniques hebdomadaires sont également prévus. « Simplement ParEnfant » a fait l'objet d'une évaluation positive en ce qui concerne le processus d'implantation, la mise en œuvre et la satisfaction des usagers. Bien que ce programme n'ait pas été soumis à une évaluation quant à ses effets, il rencontre suffisamment de critères de réussite pour être reconnu comme étant prometteur (Lafontaine et Moore, 2000).

Comme on peut le constater, certains programmes en usage au Québec ont démontré leur efficacité à influencer l'estime de soi ou le concept de soi des enfants d'âge scolaire primaire. D'autres programmes sont reconnus comme étant prometteurs. Il est donc tout à fait possible d'intervenir dans le but de favoriser le développement et le renforcement de l'estime de soi auprès des enfants d'âge scolaire primaire et ainsi de contribuer à leur santé physique et mentale ainsi qu'à leur adaptation sociale. Dans la prochaine sous-section nous verrons qu'il est également possible d'intervenir efficacement afin de développer et de renforcer la compétence sociale des enfants.

2.1.4.2 Interventions visant à améliorer la compétence sociale

Plusieurs programmes ayant pour cible le développement et le renforcement des habiletés sociales des enfants du primaire ont été reconnus comme étant efficaces ou encore prometteurs. La liste qui suit ne prétend pas être le portait exhaustif de tous les programmes existants, cependant elle reflète la qualité ainsi que la diversité des approches disponibles et présente les interventions Québécoises prometteuses ou reconnues comme étant efficaces.

Plusieurs programmes d'intervention destinés à être menés en classe par le personnel de l'école ou par les intervenants du réseau ont révélé des effets positifs lors de leur évaluation. Certains de ces programmes ont été créés aux États-Unis, c'est le cas des programmes d'intervention « Second-Step », « Good Behavior Game » ainsi que « PATHS Curriculum », alors que d'autres approches ont été créées au Québec. Ces dernières seront présentées un peu plus loin. Le programme « Second-Step » comporte une trentaine d'activités visant à prévenir la violence (Grossman, Neckerman, Koepsell, Liu, Asher, Beland, Frey et Rivara, 1997). L'analyse des mesures d'observation a permis de montrer que les enfants du groupe expérimental ont connu une diminution de l'agressivité et une augmentation des conduites prosociales et neutres ; les effets positifs obtenus étaient encore présents six mois après la fin de l'intervention. Le programme « Good Behavior Game » (Kellam, Rebok, Ialongo et Mayer, 1994), pour sa part, est offert en première et deuxième années du primaire et a pour objectif de diminuer les comportements de retrait et d'agressivité. L'évaluation longitudinale de ce programme a permis de mettre en évidence une baisse des

conduites agressives et des comportements de retrait social chez les enfants (garçons et filles) du groupe expérimental dès la première année d'intervention, mais aussi le maintien de ces changements positifs chez les garçons tout au long du primaire. Le programme « PATHS Curriculum », quant à lui, a l'avantage d'avoir été testé auprès d'enfants présentant des besoins particuliers en plus d'avoir été éprouvé dans des classes régulières (Greenberg, Kusche, Cokk et Quamma, 1995). Ce programme comporte une soixantaine d'activités visant la promotion du contrôle de soi, l'identification et l'expression des émotions ainsi que le développement d'habiletés à résoudre les problèmes interpersonnels. L'analyse des mesures prétests et post-tests a permis de constater des gains considérables chez les enfants des groupes expérimentaux (classes régulières et spéciales) par rapport aux enfants des groupes témoins. De plus, les élèves des classes spéciales bénéficiaient encore des effets positifs du programme deux ans après l'intervention puisqu'ils démontraient moins de problèmes externalisés ou internalisés que les enfants des groupes témoins (Greenberg et Kusche, 1999, cités par Bowen et coll., 2001).

Selon Bowen et Desbiens (2002), beaucoup d'initiatives et de programmes québécois menés en classe sont prometteurs. Cependant, très peu d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse quant à leurs impacts. « Contes sur moi » est une approche québécoise ayant fait l'objet d'une évaluation positive quant au processus d'implantation et aux effets du programme. « Contes sur moi » est le regroupement des programmes « Compétences sociales à la maternelle » et « Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire » conçus et développés par une équipe de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et de l'Université de Montréal (Bowen et Desbiens, 2002). Cette approche vise le développement des habiletés comportementales et sociocognitives des enfants de 5 à 9 ans par l'utilisation de la littérature enfantine dans le but de développer ou de renforcer leur maîtrise du processus de résolution de problèmes interpersonnels. L'évaluation de cette intervention, réalisée sur trois années, indique des gains importants quant aux habiletés à résoudre des conflits, aux conduites prosociales et à l'estime de soi des enfants du groupe expérimental, et ce, dès la première année d'implantation. De plus, les enfants

ayant participé au programme deux années consécutives ont obtenu de meilleurs résultats.

Dans leur revue des écrits sur le sujet, Bowen et ses collaborateurs (2001) rapportent un seul programme québécois centré sur l'environnement scolaire ayant été évalué ; il s'agit du programme de médiation par les pairs « Vers le Pacifique ». Ce programme comporte deux volets complémentaires. Le premier volet consiste en une douzaine d'ateliers donnés en classe à tous les élèves de l'école. Ces ateliers portent sur les habiletés liées à la résolution de conflits. Le second volet comprend la sélection, la formation et l'encadrement d'élèves de cinquième et sixième années intéressés à faire partie d'une équipe de médiateurs. L'évaluation de ce programme implanté dans cinq écoles pendant trois ans a permis de constater des effets positifs chez les médiateurs en ce qui a trait au sentiment de compétence, aux comportements et au fonctionnement sociocognitif. Lafontaine et Moore (2000), pour leur part, rapportent comme résultats que les élèves de quatrième année du groupe expérimental surpassent les élèves du groupe témoin en ce qui a trait à la résolution de conflits interpersonnels et l'affirmation de soi. Ces auteurs rapportent également que les élèves des groupes expérimentaux se sentent davantage en sécurité à l'école.

Pour la dernière catégorie de programmes, soit celle des interventions multimodales, deux programmes américains, puis un programme québécois seront présentés. Le premier programme américain est le « Seattle Social Development Project » (Bowen et coll., 2001). Comme son nom l'indique, ce programme a été implanté et évalué dans six écoles primaires de Seattle ; deux autres écoles primaires ont fait office de groupe témoin. Ce programme comporte quatre volets : formation des enseignants sur la gestion participative en classe et pour l'application d'un programme de compétences interpersonnelles auprès des élèves, rencontres avec les parents pour chaque année du primaire et, finalement, formation des élèves. Le suivi d'une durée de cinq ans a révélé des résultats forts intéressants. En effet, les conduites parentales et la communication entre les membres de la famille se sont améliorées chez les familles ayant participé au projet, ces familles ont également formé de meilleurs liens avec l'école. De plus, les enfants ayant participé au programme consomment moins de drogues et ont moins de comportements délinquants que les enfants du

groupe témoin. Finalement, les garçons du groupe expérimental ont un plus grand engagement envers l'école que ceux du groupe témoin. Une autre approche multimodale ayant obtenu des résultats positifs est le programme « Fast Track » (Coie, 1998). Ce programme est en application dans plusieurs écoles primaires de quartiers défavorisés des États-Unis depuis un peu plus de dix ans. Il comporte trois volets : l'application du programme « PATHS Curriculum » pour tous les élèves, l'intervention sélective auprès d'enfants ciblés comme ayant un comportement agressif et turbulent et, finalement, des activités de formation auprès des parents. Ces activités visent à renforcer les habiletés parentales, la gestion des comportements, la discipline, la communication, la résolution de conflits ainsi que le soutien aux apprentissages scolaires et sociaux. Les parents participants bénéficient également de rencontres à domicile dans le but de mieux les soutenir. Les résultats publiés après trois années d'expérimentation indiquent que les enfants ciblés ont un meilleur rendement en lecture, de meilleures relations sociales, de meilleures habiletés de résolution de problèmes et moins de comportements turbulents et agressifs que les élèves du groupe témoin. Des effets positifs se font également sentir chez les parents ; ceux-ci ont des comportements plus chaleureux, soutiennent mieux leur(s) enfant(s), appliquent de meilleures mesures disciplinaires et s'impliquent davantage à l'école.

Un programme québécois est également fort prometteur. Il s'agit du « Programme d'entraînement aux habiletés sociales au préscolaire », mieux connu sous le nom de « Programme de Fluppy ». Celui-ci s'adresse aux enfants agressifs turbulents de maternelle d'écoles en milieu défavorisé ainsi qu'à leurs parents et enseignant(e) (Capuano, 1991 ; Lafontaine et Moore, 2000). Le volet enfant consiste en des ateliers animés par une marionnette nommée Fluppy. Ces ateliers visent à favoriser l'apprentissage du contrôle de soi, la communication des émotions, la résolution des problèmes interpersonnels et les comportements prosociaux. En ce qui a trait au volet parental, les objectifs visés sont d'améliorer les habiletés parentales et de favoriser le lien école-maison. Les parents dont l'enfant a été ciblé comme étant agressif sont visités à la maison sur une base régulière par un professionnel de l'école ou un intervenant du CLSC. Le volet enseignant en est un de soutien dans le but de favoriser une meilleure intégration de l'enfant en classe. Le « programme de Fluppy »

a été développé comme suite à une vaste étude visant à expérimenter et évaluer un programme d'intervention auprès de garçons de deuxième et troisième années ayant été identifiés comme étant agressifs par leur enseignant de maternelle (Capuano et Francoeur, 1994). Les résultats à court terme de ce programme expérimental ont montré une amélioration du répertoire d'habiletés sociales des enfants, une réduction des conduites agressives et une atténuation des difficultés scolaires. À moyen terme, c'est-à-dire trois ans après la fin de l'intervention, les garçons soumis au programme étaient moins engagés dans des actes agressifs et délinquants (Tremblay, Pagani-Kurtz, Vitaro, Mâsse et Pihl, 1995). À la lumière des résultats obtenus suite à ce programme, le Centre de Psycho-Éducation du Québec a modifié le matériel utilisé lors de l'étude afin de l'adapter à l'intervention auprès d'enfants de maternelle. Le Centre de Psycho-Éducation du Québec, en collaboration avec des chercheurs de l'Université de Montréal, de l'UQÀM ainsi que de l'Université de Sherbrooke, est présentement à effectuer une évaluation des impacts de ce version du programme. Cette vaste étude est en cours dans 90 écoles primaires de la région de Laval depuis l'automne 2002 (Communication personnelle avec Mme Isabelle Vinet, responsable de la formation au Centre de Psycho-Éducation du Québec, 27 janvier 2004). Grâce à la recherche en cours, nous pourrons bientôt connaître les retombées du « Programme de Fluppy » sous sa forme actuelle, mais d'ores et déjà, le Ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît le potentiel de ce programme d'intervention globale puisque, dans son tout nouveau Programme national de santé publique 2003-2012, il en recommande l'implantation dans les écoles primaires de milieu défavorisé (MSSS, 2003).

Comme il était mentionné au début de cette section, ce ne sont pas tous les programmes existants qui ont été ici présentés. Toutefois, cette courte description de certaines approches a permis de mettre en évidence les retombées positives sur la compétence sociale des enfants. De plus, selon la catégorie de programme, les parents ont également bénéficié de ces interventions. Selon Bowen et ses collaborateurs (2001), l'examen de l'efficacité de certains programmes montre qu'il est tout à fait possible de modifier favorablement la trajectoire de développement des enfants.

2.2 Les Centres locaux de services communautaires

Les Québécois peuvent s'appuyer sur un réseau de la santé et des services sociaux composé de 482 établissements (MSSS, 2001a). Parmi ceux-ci, on retrouve 147 Centres locaux de services communautaires (CLSC) dispersés sur la totalité du territoire québécois (MSSS, 2001b). Afin d'être en mesure de bien comprendre le contexte entourant la production de services en regard de l'estime de soi et de la compétence sociale en CLSC, nous allons, dans un premier temps, expliquer la mission des CLSC. Puis, nous retracerons l'historique de la création et de l'implantation de ce type d'organisation de santé. Ensuite, nous examinerons les changements subis par les CLSC au cours des quinze dernières années ainsi que les influences plus récentes. Finalement, les services offerts par les intervenants CLSC auprès des enfants de 6-11 ans seront présentés.

2.2.1 Mission des CLSC

La mission des CLSC, telle que stipulée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec, 1991), est « d'offrir en première ligne, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ». Le personnel des CLSC doit s'assurer de rejoindre les personnes qui requièrent des services, d'évaluer leurs besoins, d'offrir les services appropriés ou encore de diriger ces personnes vers les ressources les plus aptes à leur venir en aide (Québec, 1991). Ces services peuvent être offerts dans les locaux des CLSC ou dans le milieu de vie des gens ; c'est-à-dire à domicile, au travail, à l'école ou ailleurs dans la communauté (MSSS, 2001c). Attardons-nous maintenant à l'histoire des CLSC.

2.2.2 Création et implantation du réseau de centres locaux de services communautaires

L'implantation du réseau des CLSC s'est effectuée en trois phases bien distinctes et s'est échelonnée sur une période d'environ 15 ans. Nous verrons que ceci ne s'est pas réalisé sans soubresauts...

Le premier CLSC a vu le jour en 1972 comme suite à la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu (Bélanger, 1992a ; Boucher, 1998). Cette Commission, créée en

1966, avait pour mandat de faire enquête sur tous les domaines de la santé et du bien-être social. Elle avait pour objectif de répondre aux deux questions suivantes : le Québec devait-il adhérer au régime canadien d'assurance maladie ? Si oui, comment s'organiser pour contrôler la croissance des coûts (Bélanger, 1992b) ? Les recommandations effectuées par la Commission menèrent le Québec à adopter le régime universel d'assurance maladie et à réorganiser en profondeur le système de dispensation des soins de santé et des services sociaux afin de développer le secteur des soins primaires (Bélanger, 1992b ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). C'est ainsi que le Québec, de par sa première Loi sur les services de santé et les services sociaux, vota la création des CLSC en 1971 (Boucher, 1998 ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ces derniers devaient être la porte d'entrée du réseau et favoriser la collaboration entre les différents professionnels de la santé (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Dès le départ, les CLSC éprouvèrent des difficultés qui ralentirent leur développement. En effet, les médecins s'opposèrent à la réforme proposée en créant des polycliniques et les Centres hospitaliers continuèrent de développer leurs cliniques externes au lieu de diriger les clients vers les CLSC comme il avait été prévu. Ces deux éléments firent en sorte que les CLSC ne devinrent jamais la véritable porte d'entrée du réseau. (Bélanger et Langevin, 1992 ; Boucher, 1998 ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Malgré ces obstacles, 71 CLSC furent créés au cours des trois premières années suivant l'adoption de la loi (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ce fut la période dorée du développement des CLSC puisque le Ministère avait des normes de financement très souples. Ainsi, lorsqu'un CLSC reconnaissait un besoin sur son territoire, il n'avait qu'à traduire ce besoin en budget afin d'obtenir le financement nécessaire (Bélanger, 1992a). Partant de ce fait, des services fort diversifiés d'un CLSC à l'autre furent mis en place ; ceci amena le gouvernement à se questionner et à former un premier comité d'enquête sur les CLSC en 1975 (Bélanger, 1992a). Faute de consensus parmi ses membres, le comité remit deux rapports distincts (Alary et Lesemann, 1975 ; Champoux, Custeau, Choinière et Pineault, 1975). Cependant, tous les membres

s'entendirent sur la nécessité de compléter le réseau des CLSC (Bélanger, 1992b ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ils recommandèrent également un moratoire sur la création de nouveaux CLSC afin de consolider ceux déjà en place (Champoux et coll., 1975 ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ce moratoire fut officiellement annoncé par le gouvernement en 1977 après qu'il eut toutefois approuvé la création de 15 nouveaux CLSC en région (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988).

Ce moratoire amorça la deuxième phase de l'implantation des CLSC. En fait, il s'agit d'une période de consolidation qui s'étendit de 1977 à 1981. Ce fut également une période de questionnement quant à l'utilité et la nécessité des CLSC, le gouvernement étant alors à court d'argent. Ce questionnement conduira à une seconde évaluation menée par le ministre des Affaires sociales de l'époque, M. Denis Lazure (Bélanger, 1992b). Les CLSC en place durent apprendre à faire plus avec moins, ils eurent également à faire preuve de leur efficacité (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). C'est au cours de cette période que les CLSC accentuèrent le développement du maintien à domicile ; programme qui est vite devenu la marque de commerce des CLSC (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988) et qui leur permit d'accroître leur crédibilité auprès du gouvernement et de la population (Bélanger, 1992b). C'est ainsi qu'en 1981, le gouvernement, au terme de son évaluation, arriva à la conclusion qu'il fallait parachever le réseau des CLSC et s'y engagea formellement (Bélanger, 1992b).

Malheureusement, cette troisième phase du développement des CLSC débuta avec la récession de 1982 qui frappa durement les finances publiques (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ceci fit en sorte que les 69 CLSC créés entre 1982 et 1986 le furent avec un budget d'implantation minimale et résultèrent principalement de la mutation de personnels des Départements de santé communautaire (DSC) et des Centres de services sociaux (CSS) (Bélanger, 1992b ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). D'ailleurs, ces transferts de ressources humaines et de services vers les CLSC se sont effectués avec une certaine résistance de la part des CSS (Bélanger, 1992). Plusieurs

DSC auraient également été réticents à transférer les services ainsi que leurs ressources vers les CLSC (Michel Perreault, Communication personnelle, 16 mai 2003). En 1985, les CLSC durent de nouveau faire face à un questionnement quant à la pertinence de leurs activités ; on trouvait les activités des CLSC trop diversifiées et trop dispersées (Bélanger et Langevin, 1992). C'est que les CLSC, dans leur volonté de coller le plus possible à la réalité des populations locales, avaient développé une gamme variée de services (Boucher, 1998). Un troisième comité d'étude fut donc mis sur pied avec pour mandat de dégager un portrait des activités des CLSC, de préciser les zones problématiques et de proposer des correctifs au besoin (Brunet et coll., 1987). Le Comité Brunet conclut que le réseau devait être complété, mais que tous les CLSC devaient offrir à leur population un tronc commun de services en fonction des ressources présentes sur leur territoire (Bélanger, 1992b, Brunet et coll., 1987). En effet, selon ce Comité (Brunet et coll., 1987), les CLSC devaient prioritairement s'occuper des services de santé et des services sociaux courants, du maintien à domicile et de quatre programmes destinés à des populations à risque (santé mentale adulte, enfants et familles vulnérables, jeunes en difficulté et, finalement, un groupe prioritaire localement). Étant donné le contexte budgétaire de l'époque, le comité jugea que la priorité devrait être orientée vers l'intervention auprès des groupes à risque (Brunet et coll., 1987). À la suite de ce rapport, les derniers CLSC furent mis sur pied, complétant enfin le réseau. Cela aura pris environ 15 ans et nécessité trois évaluations gouvernementales (Bélanger, 1992b). Cependant, les péripéties des CLSC ne s'arrêtèrent pas là puisqu'ils eurent à affronter encore bien des bouleversements. C'est ce que nous verrons dans la prochaine sous-section.

2.2.3 Évolution de la situation des CLSC au cours des quinze dernières années

Au milieu des années 1980, le réseau de la santé et des services sociaux dans son entier commença à montrer des signes d'essoufflement. De plus, la question du rythme de croissance des dépenses reliées à la santé devint préoccupante. Ceci conduisit le gouvernement à instituer la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) (MSSS, 2001b). Les recommandations de la Commission prirent appui sur trois grandes orientations : l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être, la

régionalisation du système de services et l'adoption d'une approche population (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ces recommandations menèrent à une révision de la stratégie gouvernementale en matière de santé et de bien-être (MSSS, 2001b). Le premier geste du gouvernement provincial fut d'amender, la « Loi sur les services de santé et les services sociaux » qui datait déjà de vingt ans. Cet amendement, réalisé en 1991, avait pour objectif d'adapter et de réorganiser le réseau des services (MSSS, 2001b). Concrètement, cette loi confirma enfin les CLSC comme étant les principales institutions de services de première ligne par un réajustement des missions des autres établissements publics tels les Centres de services sociaux et les Centres hospitaliers (Bélanger et Langevin, 1992). De plus, la loi amena la création des Régies régionales de la santé et des services sociaux ainsi que l'abolition des Départements de santé communautaire ce qui entraîna, entre autres effets, le transfert de ressources humaines et de certaines fonctions vers les CLSC (Bélanger, 1992b). Le deuxième geste du gouvernement fut de publier la première *Politique de la santé et du bien-être* en 1992 (MSSS, 2001b). Cette politique proposa de replacer la santé et le bien-être au cœur de tous les secteurs de la vie collective et de replacer le citoyen au centre du système (MSSS, 2001b). De par ces deux actions, le gouvernement posa les jalons nécessaires à la dispensation de services adéquats et économiques à toute la population, mais aussi à l'intervention en amont sur les déterminants de la santé afin de promouvoir la santé et le bien-être (Fédération des CLSC du Québec, 1996).

Ces deux gestes concrets permirent également d'amorcer la transformation du réseau qui débuta au milieu des années 1990. C'est à ce moment que le gouvernement provincial entreprit la phénoménale tâche de transformer le réseau de la santé et des services sociaux afin de l'adapter aux nouveaux besoins de la population, à l'évolution des façons de faire et à la capacité de la collectivité de payer (MSSS, 2001b). Cette transformation visait notamment à construire des réseaux de services intégrés établis selon les points d'accès aux services de base, c'est-à-dire les CLSC, et la mise en place de mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés (MSSS, 2001b). C'est ainsi que les CLSC durent réorganiser l'ensemble de leurs services de manière à prendre la relève en amont et en aval du réseau hospitalier afin de permettre le virage

ambulatoire (Boucher, 1998). Ce virage, avec l'accroissement des besoins en services curatifs qu'il a entraînés, a occasionné des pressions énormes sur la mission prévention et promotion de la santé des CLSC (Bouchard, 1997 ; Conseil des directeurs de la santé publique, 1999 ; DSP de Montréal-Centre, 2001 ; MSSS, 2001a ; RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ; RRSSS de l'Outaouais, 1998). Selon la bouche même d'un ancien Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Roger Bertrand (2003), il semble bien que quand vient le moment de décider où va l'argent, les arguments en faveur des services curatifs l'emportent plus facilement que les arguments touchant les bienfaits des services préventifs. C'est effectivement ce qui se produisit dans la région de Montréal suite à la transformation du réseau puisqu'on a noté une diminution des heures travaillées à des services de prévention et de promotion entre 1994 et 1998 (DSP de Montréal-Centre, 1998). D'ailleurs, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être du Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997) a constaté que cette tendance pouvait mettre en péril les services de promotion/prévention en milieu scolaire au Québec.

Il faut préciser que la transformation du réseau fut menée dans un contexte budgétaire très difficile, ce qui ne permit pas de réaliser les investissements nécessaires dans certains secteurs névralgiques (MSSS, 2001a). Par mesure de rationalisation et à cause de la nouvelle législation, de nombreux CLSC choisirent la voie de la fusion, fusion entre eux, mais surtout avec d'autres types d'établissements (Boucher, 1998). Ainsi, de 128 établissements avec la mission unique de CLSC en 1996 (80 % des CLSC), le nombre diminua progressivement pour atteindre 67 en l'an 2000 (45,6 %) (MSSS, 2001b). De plus, certaines mesures d'économie entraînèrent des départs massifs dans le personnel du réseau ayant pour conséquence la perte d'expertise et la pénurie actuelle de professionnels qualifiés (DSP de Montréal-Centre, 2001 ; MSSS, 2001a).

Dans son plan stratégique 2001-2004, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001a) ne put que constater que les services de base des CLSC restaient peu développés dans certains territoires, que les services à domicile ne répondaient que partiellement à la demande et que des activités de prévention et de promotion étaient délaissées sous la pression des besoins en soins curatifs. Ainsi, malgré la

reconfiguration du réseau et toutes les actions entreprises, des difficultés importantes subsistaient toujours (MSSS, 2001b).

Le fait que des problèmes importants persistaient encore dans le réseau et le désir de contrôler l'augmentation prévue des coûts reliés à la santé menèrent le gouvernement à créer en juin 2000 une Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). Cette Commission eut pour mandat de tenir un débat public quant à l'organisation et au financement du système de santé et de services sociaux ainsi que de proposer des avenues de solutions pour le futur (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 2000, MSSS, 2001b). Dans son rapport, la Commission formula des recommandations sur l'organisation des services et proposa des solutions innovatrices (MSSS, 2002a). L'une des recommandations de la Commission Clair concerne la place que doit occuper la prévention au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En effet, la toute première recommandation des membres de la Commission se lit comme suit : « Que la prévention constitue l'élément central d'une politique de la santé et du bien-être » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). En ce qui a trait à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes, la Commission proposa, entre autres priorités, un programme d'éducation visant le développement de comportements sociaux adéquats ainsi qu'une stratégie de prévention du tabagisme et des autres toxicomanies. La Commission recommanda également d'investir financièrement dans la consolidation de l'offre de services de base à l'enfance et à la jeunesse (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000).

Comme suite au rapport Clair, le Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'époque a élaboré un nouveau plan de la santé et des services sociaux ; ce plan intitulé *Pour faire de bons choix* était basé en grande partie sur les recommandations de la Commission (MSSS, 2002a et 2002b). L'une des quatre grandes priorités retenues par le Ministère était de prendre le virage prévention. Le gouvernement alors au pouvoir reconnaissait que trop peu d'argent était consacré à la prévention des problèmes sociaux et de santé et s'était engagé à soutenir tous les CLSC du Québec ainsi que leurs partenaires afin qu'ils soient en mesure de mener des actions préventives auprès de la population générale et de clientèles spécifiques (MSSS,

2002b). Pour ce faire, le ministère prévoyait injecter de l'argent neuf dans le réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires communautaires ainsi qu'investir dans l'éducation de la population quant aux stratégies à adopter pour demeurer en santé (MSSS, 2002a et 2002b).

Un autre geste qui découlait de la Commission Clair était l'adoption d'un nouveau Programme national de santé publique pour la période 2003-2012 (Morel, 2003). L'une des priorités d'intervention retenues était le développement le plus harmonieux possible de tous les enfants du Québec (MSSS, 2003). Pour ce faire, le ministère souhaitait que les partenaires du réseau resserrent les liens avec les autres secteurs afin qu'ensemble, ils s'engagent dans une prévention plus rigoureuse des problèmes de santé et des problèmes sociaux (MSSS, 2003).

Les investissements promis et les recommandations de la Commission Clair ne se sont cependant pas réalisés puisque le Gouvernement à l'origine de cette commission et des deux documents qui en ont découlé n'a pas été reporté au pouvoir lors des élections du printemps 2003. Au moment d'écrire ces lignes, le nouveau gouvernement provincial vient de faire connaître sa stratégie pour tenter de contrôler les coûts du système de santé et d'améliorer les services à la population (Cabinet du Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2003). Selon le projet de loi déposé dernièrement à l'Assemblée nationale, les établissements de santé présents sur un territoire donné devront se regrouper afin de former un réseau local de services (Québec, 2003). Fait important, les différents établissements ainsi associés seront dirigés par un seul et même conseil d'administration (Québec, 2003). Les CLSC se retrouveront donc jumelés à des Centres hospitaliers ainsi qu'à des Centres d'hébergement et de soins de longue durée. Or, selon la Fédération des CLSC (1996), en fusionnant des établissements de missions différentes, on met en danger la mission de prévention et de promotion de la santé des CLSC ainsi que leur approche holistique. Le nouveau Gouvernement n'a pas encore fait part de ses priorités en matière de santé publique pour les prochaines années et la prévention ainsi que la promotion de la santé ne semblent pas faire partie des cibles prioritaires pour le moment. Les CLSC ne sont donc pas au bout de leurs peines... Attardons-nous maintenant aux services offerts aux enfants de 6-11 ans ainsi qu'à leur famille par les CLSC.

2.2.4 Offre de services pour les 6-11 ans et leur famille

Les services dispensés par les CLSC sont administrativement découpés en huit programmes clientèles. Il s'agit des programmes clientèles Personnes âgées en perte d'autonomie, Santé physique, Santé mentale, Déficience physique, Déficience intellectuelle, Alcoolisme /Toxicomanie, Santé publique et, finalement, Enfance-Famille-Jeunesse (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). Les services s'adressant aux enfants, aux jeunes ainsi qu'à leurs parents se retrouvent sous l'égide des programmes Santé publique et Enfance-Famille-Jeunesse et représentent 15 % des dépenses totales des CLSC (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). Cependant, les enfants d'âge scolaire et les jeunes du secondaire reçoivent principalement des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire ; services qui représentent seulement 5,3 % des dépenses des CLSC (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). C'est bien peu, si l'on compare avec les 38 % consacrés au programme clientèle Personnes âgées.

Les services dispensés par les intervenants CLSC contribuent à la santé et au bien-être des enfants, ils visent à faciliter le développement optimal de chaque enfant aux plans cognitif et psychosocial (Painchaud et coll., 1998) ainsi qu'à actualiser et renforcer le potentiel des enfants (Association des CLSC et CHSLD, 2001). Certaines activités font l'objet de programmes provinciaux ou sont prescrites par la Loi sur la protection de la santé publique ; elles ne peuvent donc pas être remises en question et doivent être réalisées (RRSSS Montérégie, 1998). C'est le cas, par exemple, du programme provincial d'immunisation et la prévention des épidémies en milieu scolaire. Pour ce qui est des autres services et ressources, on s'est aperçu, à la suite de la publication du Rapport Lebon (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000), que leurs niveaux étaient très variables d'un CLSC à l'autre. Ceci a fait dire à l'Association des CLSC et CHSLD (2001) que l'offre de services des CLSC était imprécise à la fois pour la population et les décideurs politiques ; ce qui pouvait remettre en cause la reconnaissance du bien fondé de certaines activités. Cette constatation a conduit le réseau Enfance-Famille-Jeunesse à élaborer une offre harmonisée de services de base pour tous les CLSC du Québec publiée sous le nom de

Allons à l'essentiel (Association des CLSC et CHSLD, 2001). Cette offre de services a été conçue en se basant sur les objectifs recherchés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux pour améliorer la santé et le bien-être des enfants et des familles. Elle tient également compte des recommandations de la Commission Clair (Association des CLSC et CHSLD, 2001). C'est ainsi qu'avec cette offre de services de base les CLSC se sont engagés à favoriser le développement optimal des jeunes et à prévenir les difficultés (Association des CLSC et CHSLD, 2001). L'implantation de l'offre de services harmonisés se fait graduellement au gré du financement obtenu par les CLSC.

Les mesures proposées par l'offre de services harmonisés pour les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire se divisent en deux catégories, soient les mesures à caractère universel et celles à caractère sélectif. Les interventions universelles sont celles qui s'adressent à l'ensemble des enfants ou à leur famille indépendamment des facteurs particuliers de vulnérabilité, alors que les interventions sélectives concernent les enfants présentant plusieurs problèmes de santé ou de bien-être (Association des CLSC et CHSLD, 2001). Ces deux types de services peuvent être offerts individuellement à un enfant, à sa famille ou encore collectivement à un groupe d'enfants ou de parents.

Parmi les services à caractère universel proposés aux enfants de 6-11 ans ainsi qu'à leur famille, on retrouve le soutien et le développement des communautés et des familles, la prévention et la réduction des conséquences liées aux problèmes psychosociaux, le contrôle des problèmes de santé ainsi que la prévention des maladies évitables par la vaccination (Association des CLSC et CHSLD, 2001). Les deux dernières mesures consistent à identifier les problèmes de santé présents chez les élèves, à faire le suivi auprès des enseignants concernant les problèmes particuliers, à soutenir l'école dans son rôle de dispensatrice de premiers soins, à effectuer le contrôle de l'état vaccinal des élèves et, finalement, à vacciner les élèves de 4e année contre l'Hépatite B. Ces activités sont réalisées par les infirmières scolaires et accaparent environ 80 % de leur temps. La portion restante est consacrée à des activités de soutien, de développement et de renforcement de la compétence des communautés et des familles; activités qui sont réalisées de concert avec les intervenants

psychosociaux scolaires. C'est à l'intérieur de cette mesure que des activités de renforcement et de développement de l'estime de soi et de la compétence sociale des enfants sont prévues. Les intervenants sociaux, pour leur part, sont davantage impliqués au niveau de la prévention et de la réduction des conséquences liées aux problèmes psychosociaux ainsi que dans l'intervention intensive auprès des familles et des jeunes en grande détresse. Cette dernière mesure en est une à caractère sélectif puisqu'elle s'adresse aux enfants et familles en difficulté.

Il y a présentement discordance entre les services proposés par la nouvelle offre de services harmonisés et ce que les intervenants CLSC sont en mesure de faire. En effet, les mesures proposées nécessitent un intervenant psychosocial pour 1500 élèves ; or, le ratio actuel est de 1 : 2872 (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). Dans le même ordre d'idées, le ratio infirmières : élèves recommandé est de 1 : 1000 (Association des CLSC et CHSLD, 1998), alors qu'en réalité il est de 1 : 1914 (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). À la lumière de ces chiffres, on est à même de douter de la possibilité pour les intervenants CLSC d'effectivement consacrer du temps à la prévention et à la promotion de la santé et du bien-être.

L'une des caractéristiques importantes de l'approche des intervenants en CLSC est le travail interdisciplinaire ainsi que la collaboration avec les partenaires présents dans la communauté (Association des CLSC et CHSLD, 2001). Dès les premières années d'existence des CLSC, ceux-ci étaient déjà reconnus pour leur approche globale de la personne, leur travail en multidisciplinarité ainsi que par leur approche communautaire (Bélanger, 1992b). Dans son document *Allons à l'essentiel*, l'Association des CLSC et CHSLD (2001) réaffirme la nécessité pour les CLSC d'offrir des services en complémentarité avec les ressources présentes sur leur territoire, et ce, dans le but de favoriser l'accessibilité et l'intégration des interventions auprès des enfants et de leur famille.

En conclusion, les CLSC ont une histoire riche en rebondissements et ils ont dû faire face à bien des contraintes, et ce, autant dans le passé lointain qu'encore aujourd'hui. Or, ces pressions sont fort susceptibles d'avoir un impact sur les activités de prévention et de promotion de la santé, d'où l'importance d'établir un portrait des

services relatifs au développement et au renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans. Il est également essentiel de comprendre comment les facteurs environnementaux et organisationnels des CLSC influencent cette offre de services.

2.3 Performance organisationnelle

La variable d'intérêt dans la présente étude, soit la production de services, est classiquement considérée comme étant l'une des dimensions-clés de la performance des organisations de santé (Sicotte et coll., 1998) ; il est donc pertinent de consulter les écrits à ce sujet afin d'alimenter notre réflexion sur le concept ainsi que sur les facteurs susceptibles de l'influencer.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de consensus quant à la définition du concept de performance organisationnelle. C'est qu'en effet, la vision qu'on a de la performance organisationnelle dépend en grande partie de la perspective ou du modèle utilisé pour en faire l'évaluation (Champagne, Leduc, Denis et Pineault, 1993 ; Legatt, Narine, Lemieux-Charles, Barnsley, Baker, Sicotte, Champagne et Bilodeau, 1998 ; Sicotte et coll., 1998). La définition de la performance organisationnelle varie également en fonction de la nature de l'organisation en cause ainsi que selon les objectifs qu'elle poursuit (Flood, Shortell et Scott, 1997). Ceci fait en sorte qu'une certaine confusion règne autour du construit de la performance organisationnelle (Cameron et Whetten, 1983 ; Cameron, 1986).

À l'opposé de ce qui précède, plusieurs des auteurs consultés font consensus quant à la nature multidimensionnelle de la performance organisationnelle des organismes de santé (Champagne et coll., 1993 ; Flood et coll., 1997 ; Legatt et coll., 1998 ; Sicotte et coll., 1998). L'atteinte de résultats, la satisfaction des décideurs (« stakeholders »), la qualité du fonctionnement dans l'organisation et la relation de l'organisation avec son environnement sont des exemples des différentes dimensions de la performance organisationnelle (Sicotte et coll., 1998). La production de services, représentée dans la présente étude par la production de services prévention/promotion, est également l'une des dimensions de la performance organisationnelle (Champagne et coll., 1993 ; Sicotte et coll., 1998). Pour bien tenir compte de cet aspect multidimensionnel, l'évaluation de la performance organisationnelle d'une

organisation de santé devrait prendre appui sur un ensemble de dimensions représentées par les indicateurs correspondants (Sicotte et coll., 1998). Cependant, le but de la présente étude n'est pas de réaliser une évaluation globale de la performance des CLSC, mais bien de dresser un portrait des activités effectuées en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale ainsi que d'examiner les facteurs influençant cette production de services. C'est pourquoi il est tout à fait justifié, dans le contexte de la présente étude, de se limiter à une seule dimension de la performance organisationnelle, soit la production de services prévention/promotion en regard du développement de l'estime de soi et de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans.

Selon Champagne et ses collaborateurs (1993), il existe un consensus quant au fait que les facteurs organisationnels ainsi que les facteurs environnementaux exercent une influence importante sur la performance d'une organisation de santé. Ce consensus émane des travaux de recherche liant ces deux classes de facteurs à la performance des organisations offrant des services de santé en milieu hospitalier (voir entre autres Champagne et coll., 1993 ; Flood et coll., 1998 ; Georgopoulos, 1986 ; Legatt et coll., 1998 ; Sicotte et coll., 1998). Cependant, étant donné les structures et fonctions fort différentes des organisations en santé communautaire par rapport à celles des milieux hospitaliers, les conclusions émanant des recherches sur la performance organisationnelle des hôpitaux ne peuvent s'appliquer sans distinction aux organismes de santé communautaire (Ozcan, 1995). C'est pourquoi les résultats provenant des recherches sur la performance organisationnelle ayant pour unité d'analyse les milieux hospitaliers ne seront pas présentés ici.

Le consensus quant aux liens entre, d'une part, les facteurs organisationnels et environnementaux et, d'autre part, la performance organisationnelle d'une organisation de santé est également partagé par Yasar Ozcan ainsi que par ses collaborateurs (Ozcan, 1995 ; Ozcan et coll., 1997). Ces chercheurs postulent que la variabilité dans la performance des organismes en santé communautaire s'explique par leur contexte environnemental ainsi que la structure organisationnelle qu'ils établissent pour réaliser leurs objectifs (Ozcan, 1995). Dans le but de mettre ce postulat à l'épreuve, Ozcan et ses collaborateurs ont effectué deux recherches ayant pour thème la performance

organisationnelle des « Community Mental Health Centers ». Les résultats obtenus lors de ces études ont confirmé que la performance organisationnelle de ces organismes offrant des services communautaires en santé mentale variait en fonction de certains facteurs environnementaux, par exemple, la présence de ressources offrant des services de santé sur leur territoire, la localisation de l'organisme (milieu urbain ou rural) ou encore selon les caractéristiques de la population desservie (Ozcan, 1995 ; Ozcan, Shukla et Tyler, 1997). Les résultats ont également permis de constater que la performance organisationnelle variait selon certaines caractéristiques organisationnelles telles que la composition du conseil d'administration ou encore les dépenses moyennes par clients (Ozcan, 1995 ; Ozcan, Shukla et Tyler, 1997). Il est certain que le contexte de ces organismes communautaires américains est différent du contexte des CLSC québécois. Cependant, il est évident que nos CLSC subissent des influences internes et externes modelant par le fait même leur production de services en prévention/promotion. Ceci pourrait peut-être expliquer la grande variabilité dans la production de services observée dans les études sur les CLSC québécois dont il a été question au chapitre premier.

2.4 Cadre de référence

Le cadre conceptuel utilisé pour la présente étude découle de celui élaboré par Richard et son équipe lors de la réalisation de la recherche principale (Richard et coll., 2000). Les chercheurs se sont eux-mêmes inspirés des travaux d'Ozcan et de ses collaborateurs ainsi que des écrits sur la performance organisationnelle afin de concevoir le « Modèle de production de services en prévention/promotion de la santé en CLSC ». La seule modification apportée au modèle élaboré par Richard et coll., tient dans l'opérationnalisation de la variable « production de services ». En effet, lors de la recherche principale, la production de services des CLSC québécois était représentée par les activités de prévention et promotion de la santé en général, alors que dans la présente étude, la production de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale réalisés auprès des 6-11 ans est ici examinée en fonction de deux dimensions ; la première étant l'offre d'activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et des compétences sociales offertes aux enfants de 6 à 11 ans, et la seconde, l'intégration de la composante « estime de soi » à l'intérieur d'activités

touchant d'autres thématiques de promotion de la santé. Cette version du modèle a été nommée « Modèle de la production de services visant le développement et le renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale chez les enfants de 6 à 11 ans en CLSC ».

2.4.1 Postulat

Ce modèle a pour postulat que la variabilité de la production de services parmi les CLSC québécois est reliée à leur contexte environnemental et aux structures organisationnelles qu'ils établissent pour atteindre leurs objectifs.

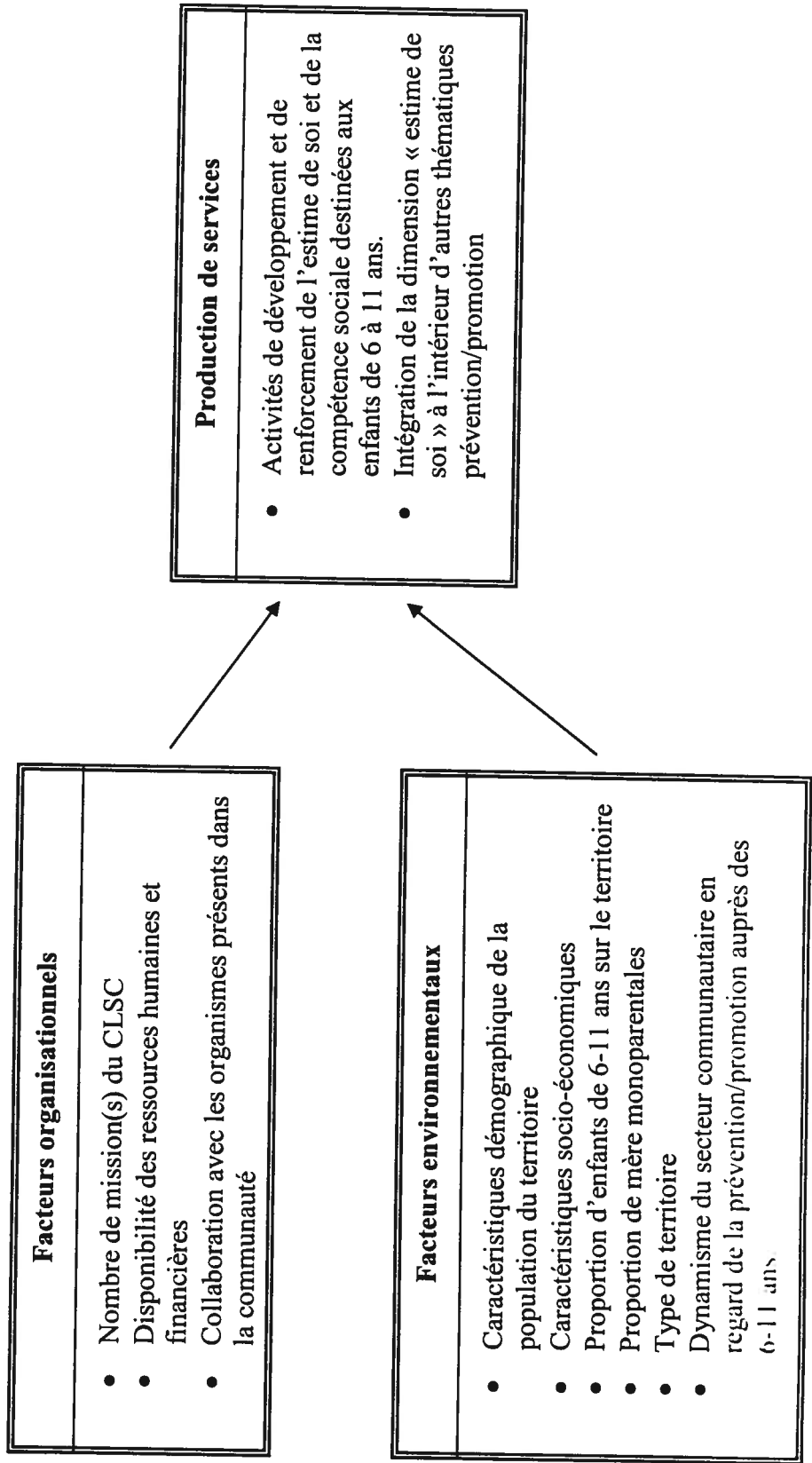
2.4.2 Concepts

Trois concepts sont à la base de ce modèle : les facteurs environnementaux, les facteurs organisationnels ainsi que la production de services. Les facteurs organisationnels font référence à l'allocation des ressources (humaines et financières), au nombre de mission(s) du CLSC ainsi qu'à la collaboration avec les organismes du territoire. Les facteurs environnementaux, pour leur part, ont trait aux caractéristiques du territoire desservi, aux caractéristiques de la population du territoire ainsi qu'aux ressources du territoire ; c'est-à-dire les organismes communautaires offrant des activités de prévention/promotion auprès d'enfants de 6-11 ans. La production de services, quant à elle, fait référence aux services offerts aux enfants de 6-11 ans en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale ainsi qu'à l'intégration de l'estime de soi à d'autres thématiques prévention/promotion.

2.4.3 Diagramme conceptuel

Voir la figure 1 présentée à la page suivante.

Figure 1
Modèle de la production de services visant le développement
et le renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale chez les enfants de 6 à 11 ans en CLSC



2.4.4 Énoncés d'association

Les écrits sur la performance organisationnelle en général nous permettent de postuler l'existence de liens entre les facteurs organisationnels et la production de services des CLSC ainsi qu'entre les facteurs environnementaux des CLSC et leur production de services. Cependant, considérant la quasi-absence d'études concernant les CLSC, nous ne sommes pas en mesure d'émettre des hypothèses précises quant à la force et à la direction de ces relations. Toutefois, de manière intuitive, nous croyons que l'ampleur de l'offre de services devrait varier de manière positive en fonction de l'importance des ressources financières et humaines affectées aux 6-11 ans, de la vigueur de la collaboration avec la communauté ou encore de la taille de la population desservie. Également, nous croyons, tout comme la Fédération des CLSC (1996), que le regroupement de CLSC avec des établissements de missions différentes peut avoir des effets néfastes sur la mission prévention/promotion des CLSC. La présente étude devrait permettre de faire ressortir l'influence de certains facteurs organisationnels et environnementaux des CLSC sur la production de services. D'ailleurs, l'une des questions de recherche vise à déterminer la nature de ces relations.

Chapitre troisième -
Méthode de la recherche

03.1 Mise en contexte

La présente étude est une analyse secondaire d'une banque de données obtenues lors de la recherche « Services de prévention et promotion de la santé dans le domaine périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants » (Richard et coll., 2000). Cette étude visait deux objectifs, le premier étant d'établir un portrait des services en prévention/promotion dans le domaine périnatalité-enfance-jeunesse en CLSC et le deuxième d'établir le degré d'association entre des facteurs organisationnels ainsi qu'environnementaux et l'offre des services de prévention/promotion. La présente étude portera plus spécifiquement sur des données non exploitées concernant les activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale réalisées auprès des enfants de 6-11 ans.

3.2 Méthode de la recherche principale

Au printemps 1999, tous les CLSC du Québec (n = 146 à ce moment) ont été invités à participer à la recherche principale. Les trois CLSC du Grand Nord n'ont cependant pas été inclus à l'analyse en raison de leur profil fort différent des autres CLSC. L'invitation à participer à l'étude s'est effectuée sous la forme d'une lettre adressée au directeur général de chacun des CLSC. Cette lettre expliquait la nature de la recherche, les objectifs poursuivis ainsi que la méthodologie. Cette missive visait, dans un premier temps, à obtenir le consentement du directeur pour la participation de son établissement à la recherche et, dans un deuxième temps, à obtenir la liste des répondants pour les cinq questionnaires inclus dans la trousse d'enquête. Trois de ces questionnaires avaient pour objectif d'établir un inventaire des activités de prévention/promotion visant respectivement les tout-petits (0-5 ans), les enfants (6-11 ans) et les jeunes (12-17 ans). Un quatrième questionnaire avait trait à l'action communautaire. Pour ces quatre premiers questionnaires, la désignation des répondants était laissée à la discrétion de la direction du CLSC. Finalement, un cinquième questionnaire visait à documenter diverses caractéristiques propres à l'établissement, à son environnement et aux programmes encadrant les services de prévention/promotion aux 0-18 ans ; ce dernier questionnaire devait être complété par le directeur du CLSC.

Lors de leur envoi subséquent aux répondants désignés, chacun des cinq questionnaires était accompagné d'une lettre expliquant le contexte de l'étude, le but poursuivi ainsi que la méthodologie. Les questionnaires étaient également accompagnés d'un formulaire de consentement libre et éclairé qui devait être complété et retourné avec le questionnaire. Les questionnaires d'enquête comportaient des exemples sur la manière de compléter les informations requises et les répondants étaient encouragés à consulter toute personne pouvant détenir des informations pertinentes quant aux informations recherchées. Finalement, les répondants étaient invités à communiquer au besoin avec l'une ou l'autre des personnes ressources de l'étude dont les coordonnées étaient fournies avec chacun des questionnaires.

Les questionnaires d'enquête ayant pour objet la production de services en fonction des différents groupes d'âge ont tous été construits selon le même modèle. Les chercheurs ont d'abord dressé une liste préliminaire de thématiques en prévention/promotion selon les différents groupes d'âge en se basant sur les documents de réflexion quant à l'intervention en prévention/promotion en CLSC (Richard et coll., 2000 ; 2003). Cette liste a ensuite été soumise à cinq informateurs-clés ; ceux-ci avaient pour mandat de proposer une sélection finale de thématiques à partir de critères reliés à la pertinence et à l'exhaustivité des thématiques sélectionnées et en tenant compte des définitions retenues par l'Organisation mondiale de la santé pour la prévention et la promotion (Richard et coll., 2003).

La présentation adoptée était la même pour ces trois questionnaires. Dans un premier temps, le répondant était invité à répondre à une séquence de questions se rapportant à la présence ou non sur son territoire d'activités touchant la thématique présentée et à l'implication du CLSC dans la planification ou la prestation de ces activités. Par la suite, le répondant était prié de donner des informations détaillées pour chacune des activités pour lesquelles le CLSC était impliqué. Les informations demandées étaient : le nom de l'activité, le(s) autre(s) organisme(s) impliqué(s) dans la planification et/ou la dispensation de l'activité ainsi que la clientèle (générale ou spécifique) visée par l'activité. Finalement, les questionnaires comportaient des questions sur une problématique spécifique à chacun des groupes d'âge ainsi que sur les ressources financières obtenues par le CLSC dans le cadre de projets reliés à la

prévention/promotion (Richard et coll., 2003). Chacun des questionnaires d'enquête a fait l'objet d'un prétest visant à vérifier le temps de passation, la clarté des questions et à s'assurer que les catégories présentées couvraient l'ensemble des thèmes de l'offre de services pour les différents groupes d'âge.

En ce qui concerne le questionnaire relatif à l'organisation communautaire, il n'est pas pertinent d'en discuter ici puisque les données recueillies au moyen de ce questionnaire ne seront pas utilisées pour la présente recherche. Pour ce qui est du questionnaire portant sur les caractéristiques organisationnelles de l'établissement ; le taux de réponse n'a été que de 44 %. Étant donné le faible taux de réponse obtenu, cette importante source de données n'a pu être retenue pour l'analyse ; les auteurs se sont plutôt appuyés sur les données du Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse (Comité Lebon). Ces données ont été recueillies dans le cadre d'un mandat, octroyé au Comité Lebon par le Ministère de la santé et des services sociaux, visant à inventorier les ressources humaines et financières de première et de deuxième lignes consacrées aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Le questionnaire utilisé par le Comité a été validé avant son envoi à tous les CLSC de la province. Les responsables des CLSC ont pu compter sur le soutien de représentants des Régies régionales pour compléter leur questionnaire respectif. Les données ont ensuite été soumises à un processus de validation auprès des CLSC et des Régies régionales, ce qui a eu pour effet de produire des données de grande qualité (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000).

Les auteurs de la recherche principale ont également eu recours à des données sociodémographiques et sanitaires assemblées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux à partir d'informations recueillies lors du recensement de 1996 (MSSS, 2000).

3.3 Méthode de la présente recherche

3.3.1 Devis de recherche

La présente recherche avait deux volets ; un premier de type descriptif et un second de type corrélationnel.

Le premier volet consistait à décrire de manière exhaustive les activités liées au développement et au renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale

effectuées auprès des enfants de 6-11 ans. L'intégration de l'estime des soi à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion est également décrite. Ce volet descriptif visait à répondre à notre première question de recherche.

Dans le deuxième volet, un devis de type corrélationnel a été utilisé. En effet, les recherches antérieures ayant pour sujet la performance organisationnelle des organismes en santé communautaire nous permettent d'affirmer que certains facteurs organisationnels ainsi qu'environnementaux ont une influence sur la production de services (Ozcan, 1995 ; Ozcan et coll., 1997 ; Richard et coll., 2000). Cependant, avec l'état actuel des connaissances, nous ne pouvons prédire la force ou la direction de ces relations. Ce deuxième volet vise donc à examiner la nature des relations entre les facteurs organisationnels ainsi que les facteurs environnementaux et la production de services.

3.3.2 Population

La population de la présente étude est constitué de l'ensemble des CLSC du Québec à l'exception des trois CLSC situés dans le Grand-Nord (n = 143 au moment de la recherche principale). L'échantillon est composé des quatre-vingt-douze (92) CLSC ayant complété le questionnaire d'enquête concernant la production de services en prévention/promotion s'adressant aux enfants de 6-11 ans ; le taux de réponse obtenu est donc de 64 %.

Les analyses effectuées lors de la recherche principale permettent d'affirmer qu'il n'existe pas de différence significative entre les établissements ayant participé et ceux n'ayant pas participé à l'étude quant à la grande majorité des variables. Deux variables sont apparues comme étant légèrement supérieures dans les territoires non répondants, il s'agit des proportions moyennes de naissances chez les mères de moins de 20 ans (6,8 versus 4,7) et de mères ayant moins de 11 ans de scolarité (17,7 versus 14,3). Cependant, ces résultats pourraient raisonnablement être attribuables au grand nombre de tests effectués (Richard et coll., 2003).

3.3.3 Procédure et stratégies de collecte de données

Tout comme les autres questionnaires concernant la production de services, le questionnaire relatif aux 6-11 ans comportait trois sections (consulter l'appendice A

situé en page 113). La première section avait pour objectif de dresser un inventaire de toutes les activités de prévention et de promotion offertes aux 6-11 ans et à leur entourage ainsi que de recueillir des informations quant à la collaboration entre les CLSC et les autres organismes du territoire dans la planification et la prestation de ces activités. La deuxième section visait à recueillir des informations portant spécifiquement sur les activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale. Finalement, la troisième section portait sur les ressources obtenues par les CLSC dans le cadre de projets reliés à la prévention/promotion pour les 6-11 ans.

Les données utilisées pour la présente étude ont été extraites de la banque d'information de la recherche principale et sont issues des deux premières sections du questionnaire. Les renseignements recueillis tout au long de ces sections permettent d'observer la collaboration des CLSC avec les organismes présents dans la communauté. Ces renseignements permettent également d'évaluer le dynamisme de ces organismes au niveau de la planification et de la prestation des activités en lien avec différentes thématiques de prévention et de promotion de la santé. La deuxième section, quant à elle, documente spécifiquement les activités en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale. Cette portion du questionnaire permet aussi de recueillir des données concernant l'intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention à l'intérieur de cinq thématiques prévention/promotion.

Les informations concernant les facteurs organisationnels et environnementaux sont celles contenues dans la banque de données assemblées par le Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse et fournies aux chercheurs de la recherche principale. Les données regroupées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux ont également été exploitées. Précisons qu'il a été possible d'apparier les données de ces banques pour chacun des CLSC avec celles recueillies à l'aide du questionnaire d'enquête relativement à l'offre de services.

3.3.4 Description et mesure des variables

3.3.4.1 Variable dépendante

L'auteure a choisi deux indicateurs pour la variable « production de services ». Les informations récoltées pour le premier indicateur, soit l'offre de services, se retrouvent aux pages 34 et 35 du questionnaire d'enquête. Cet indicateur reflète l'implication du CLSC dans l'offre de services reliés au développement et au renforcement de l'estime de soi et/ou de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans de son territoire. Ainsi, du moment où un CLSC était impliqué au niveau de la planification ou encore au niveau de la prestation d'une activité en lien avec le développement et le renforcement de l'estime de soi et/ou de la compétence sociale, il recevait un point.

Le deuxième indicateur de la production de services est l'indice d'intégration de la composante « estime de soi » comme stratégie d'intervention dans la réalisation d'activités reliées à d'autres thématiques de prévention/promotion. Les informations recueillies pour cet indicateur se retrouvent en page 36 du questionnaire d'enquête. Dans cette sous-section du questionnaire une liste de cinq thématiques de prévention/promotion de la santé, susceptibles d'être offertes à la clientèle des 6-11 ans, est présentée. Pour chacune des thématiques, le répondant devait indiquer dans quelle mesure le développement et le renforcement de l'estime de soi est utilisé comme stratégie d'intervention. L'échelle de réponse contient trois catégories : le développement et le renforcement de l'estime de soi fait systématiquement partie des stratégies d'intervention, est utilisé au besoin ou encore ne fait jamais partie des stratégies employées. Le répondant pouvait également indiquer que cette thématique n'était pas offerte sur son territoire. Plusieurs CLSC n'ayant que partiellement complété cette sous-section, nous avons dû tenir compte du nombre important de non répondants lors de la construction de l'indice d'intégration de l'estime de soi. Puisqu'il était impossible de calculer un score moyen d'intégration pour l'ensemble des cinq thématiques prévention/promotion sans perdre trop d'effectif, le score moyen d'intégration a été calculé à partir des données des 71 CLSC ayant complété l'information pour deux thèmes ou plus. Pour la construction de cette variable, un point a été accordé au CLSC lorsque le développement et le renforcement de l'estime

de soi était utilisé systématiquement comme stratégie d'intervention à l'intérieur d'une thématique et aucun point n'a été attribué pour les autres réponses. La somme des items ayant obtenu un point, divisée par le nombre de thématiques pour lesquelles nous avons une information valide, constitue le score du CLSC à l'indice d'intégration de l'estime de soi en lien avec les cinq thèmes de prévention et de promotion de la santé auprès des 6-11 ans.

3.3.4.2 Variables indépendantes

Les facteurs environnementaux incluent les caractéristiques de la population, les caractéristiques du territoire ainsi que le dynamisme des organismes communautaires en regard de la prévention/promotion auprès des 6-11 ans. Les caractéristiques de la population ont été mesurées à l'aide de plusieurs indicateurs démographiques et socio-économiques. Les indicateurs suivants sont issus de compilations préparées par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2000) :

- la population totale du territoire (nombre de personnes),
- la proportion de la population âgée de 6-11 ans,
- la proportion de la population issue de l'immigration,
- le revenu familial moyen (\$),
- le taux de chômage (chômeurs / population active) et
- la proportion de monoparentalité.

Les caractéristiques du territoire ont été opérationnalisées par la classification du territoire des différents CLSC (rural/semi-urbain défavorisé, rural/semi-urbain favorisé ou encore urbain). Cette classification a été établie à la suite d'analyses de correspondances opérées sur les variables environnementales issues des fichiers du Ministère de la Santé et des Services Sociaux au moment de la réalisation de l'étude principale (Richard et coll., 2003). Quant à la variable dynamisme des organismes communautaires, elle reflète l'implication des organismes communautaires dans la prestation d'activités de prévention et de promotion de la santé en général. L'indice de dynamisme a été obtenu en calculant la proportion de thématiques prévention/promotion pour lesquelles les organismes communautaires étaient

impliqués (seuls ou en collaboration) au niveau de la planification ou de la prestation, comparativement au nombre total de thématiques prévention/promotion offertes sur le territoire.

Pour ce qui est des variables associées aux facteurs organisationnels, la majorité des informations proviennent des données recueillies par le Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse (2000). Les indicateurs utilisés sont :

- le nombre de mission(s) de l'établissement (unique ou multiple),
- la disponibilité des ressources humaines et financières :
 - le nombre de postes (infirmière, travailleur social, psychologue...) pour les programmes clientèles Enfance-Jeunesse-Famille et Santé publique,
 - les dépenses totales brutes et per capita pour les programmes Enfance-Jeunesse-Famille ainsi que Santé publique.

Quant à la variable « collaboration avec d'autres organismes du territoire » dans la planification ou la prestation des activités en regard de la prévention/promotion de la santé s'adressant aux 6-11 ans, les informations nécessaires ont été recueillies tout au long du questionnaire d'enquête. Cet indice de collaboration a été obtenu en calculant la proportion des thèmes prévention/promotion, présentés tout au long du questionnaire d'enquête, pour lesquels il y avait collaboration entre le CLSC et un organisme communautaire au niveau de la planification ou de la prestation des activités prévention/promotion sur le territoire.

3.3.5 Stratégie d'analyse des données

Premièrement, l'offre de services en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale auprès des 6-11 ans a été décrite de manière exhaustive dans le but de réaliser un portrait le plus fidèle possible des activités pour lesquelles les CLSC étaient impliqués au moment de l'étude. Ensuite, l'utilisation de l'estime de soi en tant que stratégie d'intervention à l'intérieur de cinq thématiques prévention/promotion a également été décrite.

Dans un deuxième temps, des analyses bivariées ont été effectuées afin d'étudier les relations, entre d'une part, les facteurs organisationnels et environnementaux et, d'autre part, les deux indicateurs de la variable dépendante, soit

l'offre de service en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale ainsi que l'intégration de l'estime de soi à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion. Ainsi, les scores globaux reflétant l'offre de services et l'intégration ont été soumis à des « test de t » afin de vérifier la présence d'associations avec les variables indépendantes continues et à des « test de khi-carré » pour ce qui est de la vérification des associations avec les variables indépendantes catégorielles. Afin d'être en mesure de réaliser cette étape, certaines variables continues ont dû être catégorisées en deux groupes définis autour de la médiane puisque leur distribution ne suivait pas une courbe normale. C'est le cas de l'indice d'intégration, de l'indice de collaboration et, finalement, de l'indice de dynamisme des organismes communautaires.

Finalement, les variables organisationnelles et environnementales, trouvées comme étant associées (seuil de signification de 0,25 et moins) à l'offre de services et/ou à l'intégration de l'estime de soi lors de l'étape bivariée, ont été retenues pour l'étape finale des analyses multivariées. Les associations entre les variables indépendantes ont été vérifiées avant de procéder aux analyses multivariées. Lorsque des variables indépendantes étaient fortement corrélées entre elles ($p > 0,40$), la variable dont l'association était la plus puissante avec la variable dépendante a été retenue. Les variables ainsi triées ont été entrées dans un modèle de régression logistique pour chacun des deux indicateurs de la variable d'intérêt. L'ensemble des analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS.

3.3.6 Considérations éthiques

La présente étude s'inscrit à la suite de la recherche principale « Services de prévention et promotion de la santé dans le domaine périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants » (Richard et coll., 2000). Étant donné le type d'étude, les enjeux éthiques découlant de la recherche principale étaient majoritairement en lien avec le maintien de la confidentialité des renseignements recueillis. Ainsi, les chercheurs se sont engagés à ne pas divulguer les noms des organisations et des répondants participants lors de la publication des résultats et autres rapports. Ils s'engageaient également à conserver sous clé les listes maîtresses contenant la liste des organisations et des participants ainsi que les codes

d'identification et à détruire ces listes une fois l'étape des analyses terminée. Comme il l'a été mentionné plus tôt, les participants ont reçu l'information nécessaire à la prise d'une décision éclairée quant à leur participation à l'étude. De plus, ils étaient libres de prendre part ou non à l'étude ainsi que de se retirer en tout temps de la recherche, et ce, sans conséquence néfaste pour leur organisation. Mentionnons que la recherche principale a été approuvée par le Comité multifacultaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal ; elle répondait donc aux critères d'éthique usuels.

Chapitre quatrième -
Présentation des résultats

Ce chapitre a pour objectif de présenter les résultats obtenus aux différentes étapes de l'analyse. Dans un premier temps, les résultats descriptifs seront présentés. Ainsi, un portrait détaillé de la production de services en regard des activités de développement et de renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale offertes aux enfants de 6-11 ans par les CLSC du Québec sera dressé, et ce, grâce à la description de l'offre de services en lien avec ces deux thèmes et de l'intégration de l'estime de soi à d'autres thématiques prévention/promotion. Par la suite, les caractéristiques organisationnelles et environnementales des CLSC seront décrites.

Dans un deuxième temps, les facteurs associés à l'offre de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale, d'une part, ainsi qu'avec l'intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention à d'autres thématiques prévention/promotion, d'autre part, seront examinés alors que seront présentés les résultats obtenus à l'étape des analyses bivariées et multivariées.

4.1 Analyses descriptives

4.1.1 Description de l'offre de services en regard des activités de développement et de renforcement de l'estime de soi

4.1.1.1 Offre de services sur le territoire

Les données concernant l'offre de services en regard de l'estime de soi ont été recueillies en page 35 du questionnaire d'enquête. Ces informations, présentées dans le tableau I situé à la page suivante, nous permettent de constater que des activités de développement et de renforcement de l'estime de soi sont offertes dans 64,1 % (n = 59) des 92 territoires correspondant aux 92 CLSC étudiés ; laissant 35,9 % des territoires (n = 33) sans aucune offre de service dans ce domaine. Lorsque des activités sont offertes, 48,9 % des CLSC (n = 45) sont impliqués au niveau de l'offre de service, que ce soit seuls ou en partenariat avec un organisme communautaire. Les organismes communautaires, pour leur part, sont maîtres d'œuvre exclusifs des activités en regard de l'estime de soi dans 15,2 % des territoires, c'est-à-dire, que dans ces 14 territoires, les activités sont réalisées sans que le CLSC soit impliqué dans l'offre de service.

Tableau I

Offre de services sur le territoire en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi réalisée auprès des enfants de 6-11 ans (n = 92 CLSC)

	Activités offertes par le CLSC ¹	Offertes exclusivement par un organisme communautaire	Pas d'activité offerte sur le territoire
Activités de développement et de renforcement de l'estime de soi	45 (48,9 %)	14 (15,2 %)	33 (35,9%)

¹ Seul ou en collaboration avec un autre organisme

4.1.1.2 Planification et prestation de l'offre de services

Des informations ont également été recueillies quant à la planification ainsi qu'à la prestation des activités en regard de l'estime de soi. Un résumé des résultats obtenus est présenté dans le tableau II en page suivante. Lorsque des activités sont offertes sur un territoire (n = 59), 72,9 % des CLSC (n = 43) sont impliqués au niveau de la planification ; 40,7 % (n = 24) le sont seuls et 32,2 % (n = 19) le sont en collaboration avec un organisme de la communauté. Des 58 CLSC ayant complété l'information nécessaire, 44 (75,9 %) sont engagés dans la prestation des activités ; 27 d'entre eux (46,6 %) les réalisent seuls, alors que 17 CLSC (29,3 %) le font en collaboration avec un/des organismes de la communauté. Les organismes communautaires, quant à eux, planifient les activités seuls dans 27,1 % des territoires (n = 16) et les offrent en solo dans une proportion de 24,1 % (n = 14).

Tableau II

Collaboration au niveau de la planification ou de la prestation des activités en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi

	n ¹	Par le CLSC seul	Par un organisme communautaire seul	En collaboration
Planification	59	24 (40,7%)	16 (27,1%)	19 (32,2%)
Prestation	58	27 (46,6%)	14 (24,1%)	17 (29,3%)

¹ Nombre de territoires où la thématique est abordée et pour lesquels l'information est complète

4.1.1.3 Activités offertes par les CLSC

Le tableau III situé en page suivante présente la liste exhaustive des activités déclarées par les CLSC sous la rubrique « estime de soi », tel que documenté en page 35 du questionnaire d'enquête. À la lecture de cette liste, nous ne pouvons que constater la grande variété des activités offertes par les CLSC, que se soit seuls ou en collaboration avec les organismes communautaires. Certaines de ces activités sont des programmes reconnus comme étant efficaces (« Écoute ton cœur », « Reasonner »...) alors que la plupart semblent être des programmes maison. Certaines activités répertoriées dans cette liste ont pour objectif principal le développement des compétences personnelles et sociales, c'est le cas des programmes « Jeunes en santé » et « École en santé ». À l'opposé, comme nous le verrons plus loin, plusieurs activités ayant pour cible principale l'estime de soi ont été enregistrées dans la liste « habiletés sociales » ; c'est le cas des programmes suivants : « Développement de l'estime de soi », « Estime de soi », « Groupe classe estime de soi », « L'histoire de Karine », « Simplement ParEnfant » et finalement « Tripper sans drogue ». En dernier lieu, deux activités ne sont pas en lien direct avec l'estime de soi ou la compétence sociale, il s'agit d'activités ayant pour objectif principal d'apprendre aux enfants à gérer leur stress (« Harmonie » et « Gestion du stress »). Le programme « EntramiS », reconnu comme étant efficace auprès des enfants ayant vécu une séparation de leurs parents, est absent de la liste des activités répertoriées par les CLSC étudiés.

Tableau III

Liste des activités offertes par les CLSC^{1,2} répertoriées dans le questionnaire d'enquête en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi (n = 45)³

Activités offertes	Nombre de territoires où l'activité est offerte	Activités offertes	Nombre de territoires où l'activité est offerte
Affirmation de soi	1	J'apprends à faire des choix gagnants	1
Animation en classe	1	Je suis comme je suis et je m'aime ainsi	3
Art et expression	1	Jeunes en santé	2
Atelier estime de soi	1	Le cœur à l'école	1
Chasse au trésor	1	Le respect	1
ChauDouDoux	1	L'histoire de Karine	1
Communication écrite	1	Mon ami mon village	1
Conférences dans les écoles	1	Passage à la maternelle	1
Développement de l'estime de soi	2	Petits cours	1
École en santé	1	Plein le dos	1
Écoute ton cœur	1	Programme estime de soi	1
Estime de soi	13	Projet école estime de soi	1
Estime de soi et image corporelle	1	Projet nouvelle réalité familiale	1
Filles de cœur	2	Promotion de la santé	1
Gestion du stress	2	Reasonner	3
Groupe classe estime de soi	1	Rencontre	1
Groupe d'enfants	1	Rencontre d'information tabac	1
Groupe de parents	1	Self-esteem groups	1
Groupe estime de soi	1	Théâtre éducatif	1
Harmonie	1	Transition vers-secondaire	1
Information sexuelle	1	Valorisation des jeunes non fumeurs	1

¹ Seuls ou en collaboration

² Certains CLSC ont répertorié plus d'une activités

³ Nombre de territoires où les CLSC sont impliqués dans l'offre de services

4.1.1.4 Clientèle visée par les activités

Selon les résultats (présentés au tableau IV) la clientèle visée par l'offre de services des 45 CLSC impliqués est composée en grande partie des enfants de 6 à 11 ans sans facteur de risques particulier. En effet, les CLSC proposent leurs activités à une clientèle générale dans une proportion de 84,44 % (n = 38). Certains CLSC ciblent à la fois une clientèle générale et une/des clientèles spécifiques (enfants vivant en milieu de pauvreté, enfants issus d'une autre ethnie ou autres), c'est le cas de 13,33 % des CLSC (n = 6). Un seul CLSC (2,22 %) a indiqué cibler uniquement des clientèles spécifiques pour ses activités en regard de l'estime de soi.

Tableau IV

Clientèles visées par l'offre de service des CLSC¹ en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi auprès des 6-11 ans (n = 45)²

Clientèle générale uniquement	Clientèles générales et spécifiques	Clientèles spécifiques uniquement
38 (84,44%)	6 (13,33%)	1 (2,22%)

¹ Seuls ou en collaboration.

² Nombre de territoires où les CLSC sont impliqués dans l'offre de services.

4.1.2 Description de l'offre de services en regard des activités de développement et de renforcement de la compétence sociale

4.1.2.1 Offre de services sur le territoire

L'information recueillie en page 36 du questionnaire d'enquête nous permet de constater qu'il n'y a aucune offre de services en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale dans 26 territoires (28,3 %). Pour les 66 territoires où une offre de services est présente (71,7 %), les CLSC sont impliqués, seuls ou en collaboration, dans 54 territoires (58,7 %), alors que les organismes communautaires fournissent seuls les activités pour les 12 territoires restants (13,0 %). Le tableau V (page suivante) résume l'offre de service en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale.

Tableau V
Offre de service sur le territoire en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans (n = 92 CLSC)

	Activités offertes par le CLSC ¹	Offertes exclusivement par un organisme communautaire	Pas d'activité offerte sur le territoire
Activités de développement et de renforcement de la compétence sociale	54 (58,7%)	12 (13,0%)	26 (28,3%)

¹ Seul ou en collaboration avec un autre organisme

4.1.2.2 Planification et prestation de l'offre de services

Parmi les 65 territoires où il y a une offre de services en regard de la compétence sociale et pour lesquelles nous avons une information complète, la planification des activités se fait en collaboration avec les organismes communautaires dans une proportion de 41,5 % (n = 27), alors que 35,4 % des CLSC (n = 23) effectuent seuls la planification de ces activités. Pour ce qui est de la prestation des activités, elle s'effectue en collaboration 40,0 % du temps et par les CLSC seuls dans une proportion identique (n = 26). Les organismes communautaires, pour leur part, planifient seuls les activités dans une proportion de 23,1 % (n = 15) et les offrent en solo 20,0 % du temps (n = 13).

Tableau VI

Collaboration au niveau de la planification ou de la prestation des activités en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale auprès des 6-11 ans (n = 65)¹

	Par le CLSC seul	Par un organisme communautaire seul	En collaboration
Planification	23 (35,4%)	15 (23,1%)	27 (41,5%)
Prestation	26 (40,0%)	13 (20,0%)	26 (40,0%)

¹ Nombre de territoires où la thématique est abordée et pour lesquels l'information est complète

4.1.2.3 Activités offertes par les CLSC

La liste détaillée des activités répertoriées par les CLSC en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale est présentée au tableau VII (page 68). Encore une fois, nous retrouvons une grande diversité d'activités dans l'offre de services. Nous pouvons faire les mêmes constations avec cette liste qu'avec celle concernant l'estime de soi. Ainsi, on y retrouve surtout des programmes maison, mais également des programmes reconnus (« Écoute ton cœur », « Fluppy enfants, Fluppy parents », « Programme PARC », « Super Entraîné »...). Comme mentionné plus tôt, des activités ayant pour thème principal l'estime de soi se retrouvent sur cette liste et à l'opposé les programmes « École en santé » et « Jeunes en santé », qui ont pour objectif principal le développement de compétences sociales, ont été répertoriés dans la liste « estime de soi ». Ici aussi, des activités n'ayant pas pour objectif principal le développement et le renforcement de la compétence sociale ont été inscrites. Ces quatre activités visent davantage le développement des habiletés personnelles. Il s'agit des activités « Gestion du stress » et « Stress worker » ainsi que les programmes « Le cœur à l'école » et « Plein le dos ». Il est intéressant de noter que les programmes « Vers le Pacifique » et « Contes sur moi », pourtant reconnus efficaces, ne semblent pas être offerts par les CLSC répondants.

Tableau VII

Liste des activités offertes par le CLSC^{1,2} répertoriées dans le questionnaire d'enquête en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale (n = 54)³

Activités offertes	Nombre de territoires où l'activité est offerte	Activités offertes	Nombre de territoires où l'activité est offerte
Activité pour la discipline	1	L'histoire de Karine	1
Affirmation de soi	4	Ma valise à outils	1
Affirmation de soi (groupe)	1	Mes amis mon jardin	1
Atelier d'expression corporelle	1	Parents d'enfants désobéissants	1
Atelier sur les habiletés sociales	1	Passage à la maternelle	1
ChauDouDoux	1	Petits cours	1
Conférences dans les écoles	1	PIASPA	1
De l'école à la maison	1	Plein le dos	1
Développement de l'estime de soi	1	Prévention de la violence	1
Développement des habiletés sociales	1	Prévention des toxicomanies	1
École la Mosaïque	1	Prévention et adaptation en milieu scolaire	1
Écoute ton cœur	1	Prévention du tabagisme	1
En route pour le secondaire	1	Prise de décision (groupe)	1
Estime de soi	5	Programme de développement affectif et social	1
Filles de cœur	2	Programme PARC	1
Fluppy	6	Projet école estime de soi	1
Fluppy parents	1	Projet harmonie la tortue	1
Gestion de conflit	1	Projet nouvelles réalités familiales	1
Gestion du stress	2	Reasonner	2
Groupe classe estime de soi	1	Relations amoureuses	1
Groupe d'enfants	1	Relations garçons-filles	1
Groupe de parents	1	Rencontre	1
Groupe sur les sentiments	1	Rencontre d'information tabac	1
Habiletés sociales	5	Résolution de conflits	1
Information sexuelle	1	Samedi d'y aller	1
Intervention en troubles de comportements et prévention de la délinquance	1	Simplement ParEnfant	1
J'ai confiance en mes solutions et je passe à l'action	1	« Social skills »	1
J'apprends à mieux m'entendre avec les autres	1	Stress worker	1
Jeunes en santé	4	Super entrain	1
Le cœur à l'école	1	Tripper sans drogue	1
Le respect	1	Valorisation des jeunes non-fumeurs	1

¹ Seuls ou en collaboration

² Certains CLSC ont répertorié plus d'une activités

³ Nombre de territoires où les CLSC sont impliqués dans l'offre de services

4.1.2.4 Clientèle visée par les activités

La clientèle visée par l'offre de services en regard de la compétence sociale est ici aussi majoritairement une clientèle générale. En effet, les résultats obtenus (tableau VIII) montrent que 74,07 % des CLSC (n = 40) s'adressent à une clientèle sans facteur de risque, alors que 16,67 % (n = 9) visent une clientèle mixte et 9,26 % (n = 5) ciblent une/des clientèles spécifiques.

Tableau VIII

Clientèles visées par l'offre de service des CLSC¹ en regard du développement et du renforcement de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans (n = 54)²

Clientèle générale uniquement	Clientèles générales et spécifiques	Clientèles spécifiques uniquement
40 (74,07%)	9 (16,67%)	5 (9,26%)

¹ Seuls ou en collaboration.

² Nombre de territoires où les CLSC sont impliqués dans l'offre de services

4.1.3 Intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention

Parmi les cinq thématiques prévention/promotion de la santé listées dans l'échelle en page 36 du questionnaire, c'est la thématique « Éveil/éducation à la sexualité » qui est le plus souvent disponible (voir tableau IX en page 70). En effet, les réponses fournies par 74 CLSC pour cette thématique indiquent que cette dernière est présente dans 95,9 % des territoires (n = 71). Lorsque cette thématique est offerte, l'estime de soi est intégrée systématiquement comme stratégie d'intervention dans une proportion de 77,5 % (n = 55) et est utilisée au besoin dans une proportion de 18,3 % (n = 13).

La « Prévention de l'abus physique et sexuel » est une autre thématique prévention/promotion fréquemment offerte puisqu'elle est présente dans 87,7 % (n = 64) des 73 territoires correspondant aux CLSC ayant répondu pour ce thème. Ici aussi, l'estime de soi fait partie des stratégies d'intervention exploitées puisqu'elle est systématiquement utilisée par 75 % des CLSC (n = 48) et est employée au besoin par 20,3 % (n = 13) d'entre eux.

Pour ce qui est du thème « Toxicomanies », elle est offerte aux 6-11 ans par 80,0 % (n = 56) des 70 CLSC ayant complété les informations pour cette thématique. De ce nombre, 67,9 % des CLSC (n = 38) disent intégrer l'estime de soi de manière systématique à leurs stratégies d'intervention et 30,3 % (n = 17) l'intégrer au besoin seulement.

Les deux dernières thématiques contenues dans l'échelle prévention/promotion, soit la « Prévention du suicide » et la « Prévention du décrochage scolaire » sont moins disponibles que les trois premières. En effet, la prévention du suicide est offerte par 61,8 % (n = 42) des 68 CLSC ayant complété l'information pour cette thématique. Cependant, l'estime de soi occupe une part importante de l'intervention puisqu'elle y est systématiquement intégrée par 71,4 % des CLSC (n = 30) et utilisée au besoin seulement par 26,2 % (n = 11).

Finalement, 61,9 % (n = 39) des 63 CLSC ayant répondu pour cette thématique offrent des activités en lien avec l'échec scolaire et la prévention du décrochage. De ces CLSC, 64,1 % (n = 25) intègrent systématiquement l'estime de soi à leurs stratégies d'intervention alors que 30,8 % (n = 12) le font au besoin.

Tableau IX

Intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention
à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion

	n ¹	Thématique abordée par le CLSC	Intégration systématique	Intégration au besoin	Jamais intégré
Éveil/éducation à la sexualité	74	71 (95,9%)	55 (77,5%)	13 (18,3%)	3 (4,2%)
Abus physique et sexuel	73	64 (87,7%)	48 (75,0%)	13 (20,3%)	3 (4,7%)
Toxicomanie	70	56 (80,0%)	38 (67,9%)	17 (30,3%)	1 (1,8%)
Suicide	68	42 (61,8%)	30 (71,4%)	11 (26,2%)	1 (2,4%)
Échec/décrochage scolaire	63	39 (61,9%)	25 (64,1%)	12 (30,8%)	2 (5,1%)

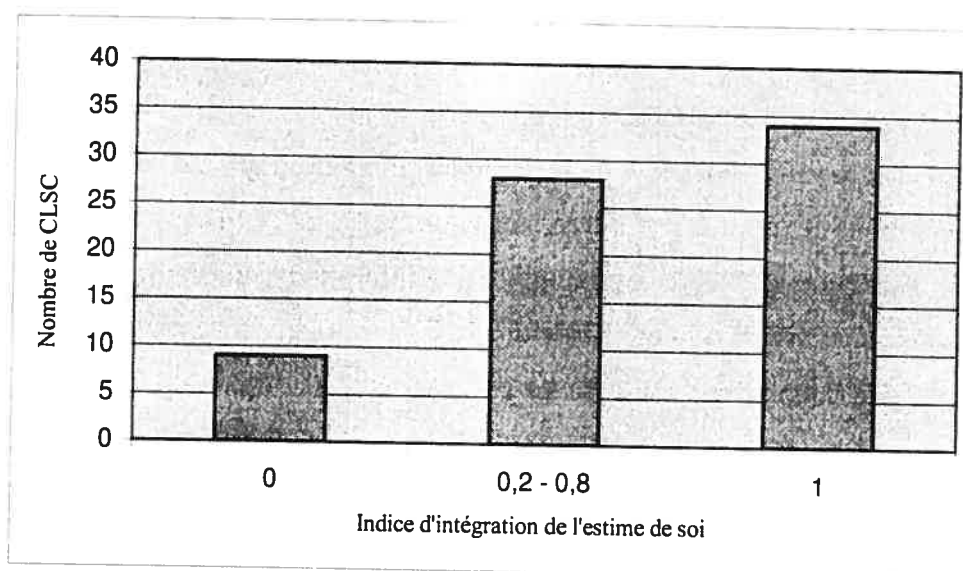
¹ Nombre de CLSC ayant répondu pour ce thème

4.1.3.1 Indice d'intégration de l'estime de soi

Tel qu'expliqué dans la description des variables dépendantes effectuée au chapitre trois, les résultats obtenus à la page 36 du questionnaire et présentés dans le tableau IX (page précédente) ont été utilisés pour construire l'indice d'intégration de l'estime de soi. Cet indice a pour objectif de refléter l'intégration de l'estime de soi dans certaines thématiques prévention/promotion. Nous avons calculé le score moyen d'intégration pour chacun des 71 CLSC ayant complété l'information requise pour au moins deux thématiques. Le score moyen obtenu a été de 0,70 point avec un écart-type de 0,04 ; le score minimal possible étant de zéro et le score maximal de un. Trente-sept pour cent de ces CLSC ($n = 26$) ont obtenu le score maximal, c'est-à-dire qu'ils intègrent systématiquement l'estime de soi à leurs stratégies d'intervention. La figure 2 présente la distribution des scores obtenus.

Figure 2

Nombre de CLSC selon l'indice d'intégration de l'estime de soi à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion ($n = 71$)



Afin d'être en mesure d'effectuer les analyses bivariées et multivariées, l'indice d'intégration a été transformé en une variable catégorielle dichotomique définie autour de la médiane (profil élevé d'intégration versus profil faible d'intégration) puisque la distribution des scores de l'indice d'intégration ne suit pas une courbe normale.

4.1.4 Description des caractéristiques organisationnelles des CLSC

4.1.4.1 Ressources humaines et financières

Examinons d'abord la disponibilité des ressources financières et humaines pour chacun des programmes (voir le tableau X en page 73). En ce qui a trait au programme Enfance-Jeunesse-Famille, les CLSC répondants ont un budget total moyen d'environ 414 190 \$ avec une dépense moyenne per capita de 43 \$. Le programme Enfance-Jeunesse-Famille des CLSC de notre échantillon emploie en moyenne 7,6 postes équivalent temps complet. Rappelons que le programme Enfance-Jeunesse-Famille a trait aux services sociaux en milieu scolaire ainsi qu'aux services d'éducation familiale et sociale (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000). En ce qui concerne le programme Santé-Publique, les dépenses totales moyennes des CLSC de notre échantillon se situent à environ 690 276 \$ et se traduisent par une dépense moyenne per capita de 72 \$. Pour ce programme il y a une moyenne de 12,8 postes équivalent temps complet. Ce deuxième programme regroupe plusieurs services, soit la santé parentale et infantile, les services dentaires et préventifs, la prévention et la protection de la santé publique, la santé en milieu scolaire, la nutrition et, finalement, les interventions communautaires (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000).

4.1.4.2 Nombre de mission(s) des CLSC

En ce qui concerne le nombre de mission(s), la répartition des CLSC de notre échantillon est fort semblable au portrait provincial. Ainsi, 48,9 % des CLSC de notre étude exploitent une mission unique, alors que c'est le cas de 48,2 % des CLSC québécois. Pour ce qui est des CLSC ayant plus d'une mission (CLSC-CHSLD, CLSC-CHSLD-CH ou autres), ils représentent 51,1 % de notre échantillon, alors que la proportion provinciale se situe à 51,8 % (Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse, 2000).

4.1.4.3 Indice de collaboration

L'indice de collaboration reflète le degré de collaboration du CLSC avec un/des organismes de la communauté au niveau de la planification ou de la prestation des activités en lien avec les thématiques de prévention/promotion listées dans notre

inventaire. Les résultats montrent que ces activités sont réalisées en collaboration dans une proportion moyenne de 38,9 %. Cependant, il y a une grande variation entre les différents territoires des CLSC puisque l'écart type pour l'indice de collaboration est de 29,9 %. C'est donc dire que dans un territoire, l'indice de collaboration est de seulement 9,0 % alors que dans un autre territoire, il est aussi élevé que 68,8 %. Pour l'étape des analyses bivariées et multivariées, l'indice de collaboration sera transformé en une variable catégorielle dichotomique définie autour de la médiane (collaboration faible versus collaboration forte) puisque la distribution de l'indice ne suit pas une courbe normale.

Tableau X
Description des facteurs organisationnels des CLSC

	n	Moyenne	Écart-type
Indice de collaboration (%)	89	38,9	29,9
Disponibilité des ressources financières (\$)			
• Dépenses totales EJF ¹ et SP ²	92	1 104 466,05	558 784,60
• Dépenses totales EJF	92	414 189,96	237 291,68
• Dépenses totales SP	92	690 276,10	344 309,47
• Dépenses totales per capita EJF et SP	92	115,86	43,82
• Dépenses totales per capita EJF	92	43,38	21,17
• Dépenses totales per capita SP	92	72,47	344 309,47
Disponibilité des ressources humaines (ETC) ³			
• Nombre de postes EJF	92	7,62	4,48
• Nombre de postes SP	87	12,8	5,8
Nombre de mission(s) du CLSC		Proportion	
• Mission unique	92	48,9	
• Missions multiples	92	51,1	

¹ Enfance-Jeunesse-Famille

² Santé publique

³ Équivalent temps complet

4.1.5 Description des caractéristiques environnementales des CLSC

Les caractéristiques environnementales des CLSC regroupent les données démographiques, socioéconomiques, le dynamisme des organismes communautaires ainsi que la classification du territoire (voir le tableau XI situé à la page 75).

4.1.5.1 Caractéristiques démographiques

Les CLSC de notre échantillon offrent leurs services à une population moyenne d'environ 51 140 personnes (écart-type de 31 280 personnes). Les enfants de 6-11 ans habitant les territoires des CLSC répondants représentent en moyenne 6,36 % de la population totale de ces mêmes territoires

4.1.5.2 Caractéristiques socioéconomiques

Les données socioéconomiques nous permettent d'obtenir un portrait des réalités sociales et économiques de la population desservie par les CLSC répondants. Les familles monoparentales sont présentes sur les territoires dans une proportion moyenne de 23,5 %. Le taux de chômage est de 13,32 % et le revenu familial moyen de 45 000 \$. La proportion de personnes immigrantes varie énormément d'un CLSC à l'autre. En effet, la proportion d'immigrants présents sur les 92 territoires étudiés s'échelonne entre 0,33 % et 60,52 % pour une proportion moyenne de 8,29 % et un écart-type de 12,9 %.

4.1.5.3 Dynamisme des organismes communautaires

En moyenne, les organismes communautaires sont impliqués (seuls ou en collaboration) dans environ le tiers des activités prévention/promotion présentes sur les territoires des CLSC. Le dynamisme des organismes communautaires est assez constant d'un territoire de CLSC à un autre puisque l'écart type n'est que de 2,7 % pour une proportion moyenne d'implication de 32,5 %. Puisque la distribution de cette variable ne suivait pas une courbe normale, le dynamisme des organismes communautaires a été transformé en une variables à deux catégories définie autour de la médiane (dynamisme faible versus dynamisme fort) pour l'étape des analyses bivariées.

4.1.5.4 Classification du territoire

En ce qui a trait à la classification du territoire, 26,1 % des 92 CLSC à l'étude sont situés en milieu urbain. Parmi les CLSC desservant un territoire rural/semi-urbain, 43,5 % sont localisés en milieu défavorisé, alors que les 30,4 % restants sont en milieu favorisé.

Tableau XI
Description des facteurs environnementaux des CLSC (n = 92)

	Moyenne	Écart-type
Dynamisme des organismes communautaires	32,5	2,7
Caractéristiques démographiques		
• Population totale sur le territoire	51 143,45	31 284,28
• Proportion des 6-11 ans	6,36	1,24
Caractéristiques socioéconomiques		
• Proportion de personnes immigrantes	8,29	12,90
• Proportion de monoparentalité	23,50	7,47
• Taux de chômage	13,32	5,56
• Revenu familial moyen (\$)	45 054,33	7758,57
Classification du territoire ¹	Proportion	
• Rural/semi-urbain défavorisé	43,5	
• Rural/semi-urbain favorisé	30,4	
• Urbain	26,1	

¹ Provient d'analyses de correspondance opérées sur les variables environnementales pour les fins de l'étude principale (Richard et coll., 2000).

4.2 Analyses d'associations bivariées

Lors de la planification des analyses statistiques il avait été prévu de construire deux modèles d'offre de services, soit un premier pour l'offre de service en regard de l'estime de soi et un deuxième, pour l'offre de services en lien avec la compétence sociale. Cependant, étant donné le nombre limité d'effectifs, nous avons fait le choix de combiner les deux thématiques et de construire un modèle unique d'offre de services liés à l'une ou l'autre de ces thématiques. À partir de maintenant, il sera donc question de l'offre combinée de services. Ont donc reçu la valeur un les CLSC offrant au moins une activité en lien avec l'estime de soi ou la compétence sociale. En corrélaire, les établissements n'ayant déclaré aucune activité pour l'une ou l'autre de ces deux thématiques ont reçu la valeur zéro. La combinaison des deux thématiques a également l'avantage d'éliminer le biais lié au fait que certaines activités estime de soi et/ou compétence sociale ont été répertoriées dans la liste qui n'était pas la plus représentative de la cible principale visée par l'activité.

4.2.1 Offre de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale

Les tableaux XII et XIII (page suivante) présentent les résultats obtenus aux test d'associations bivariées entre l'offre de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale et les facteurs organisationnels. Les tableaux XIV et XV (situés en page 78), pour leur part, contiennent les résultats concernant les facteurs environnementaux.

Aucun des facteurs environnementaux ou organisationnels n'est ressorti comme étant significativement associé à l'offre de services. Cependant, certaines tendances peuvent être observées en ce qui concerne les dépenses pour le programme Enfance-Jeunesse-Famille. En effet, les CLSC ayant un niveau de dépense totale moins élevé ($p = 0,12$) ou encore un nombre moindre de postes ($p = 0,15$) dans leur programme Enfance-Jeunesse-Famille avaient tendance à offrir moins d'activités en lien avec le développement et le renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale. Une autre tendance peut être observée en ce qui a trait au dynamisme des organismes communautaires. Ainsi, il y a une association positive qui tend à être significative ($p = 0,19$) entre la force du dynamisme communautaire et l'offre de services en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale.

Tableau XII

Offre combinée de services et variables organisationnelles continues:
résultats des analyses bivariées

	n	Offre de services	Pas d'offre de services	Valeur P
Disponibilité des ressources financières (\$)				
• Dépenses totales EJV ¹ SP ²	92	1 140 375	1 033 807	0,39
• Dépenses totales EJV	92	441 763	359 932	0,12
• Dépenses totales SP	92	698 611	673 875	0,75
• Dépenses totales per capita EJV-SP	92	116,43	114,72	0,86
• Dépenses totales per capita EJV	92	44,69	40,82	0,41
• Dépenses totales per capita SP	92	71,75	73,90	0,71
Disponibilité des ressources humaines (ÉTC)³				
• Nombre de postes EJV	92	8,10	6,68	0,15
• Nombre de postes SP	87	13,09	12,21	0,51

¹ Enfance-Jeunesse-Famille

² Santé publique

³ Équivalent temps complet

Tableau XIII

Offre combinée de services et variables organisationnelles catégorielles :
résultats des analyses bivariées

	n	Offre de services	Pas d'offre de services	Valeur P
Indice de collaboration	89	Proportion		0,82
• Faible		48,3	51,7	
• Fort		51,7	48,3	
Nombre de mission	92	Proportion		0,27
• Unique		44,3	58,1	
• Multiple		55,7	41,9	

Tableau XIV

Offre combinée de services et variables environnementales continues :
résultats des analyses bivariées (n = 92)

	Offre de services	Pas d'offre de services	Valeur P
Caractéristiques démographiques			
• Population totale du territoire	52 597	48 283	0,54
• Proportion des 6-11 ans (%)	6,39	6,29	0,72
Caractéristiques socio-économiques			
• Proportion de personnes immigrantes (%)	8,89	7,09	0,53
• Proportion de monoparentalité (%)	23,38	23,75	0,82
• Taux de chômage (%)	13,50	12,97	0,67
• Revenu familial moyen (\$)	44 891	45 376	0,78

Tableau XV

Offre combinée de services et variables environnementales catégorielles :
résultats des analyses bivariées (n = 92)

	Offre de services	Pas d'offre de services	Valeur P
Classification du territoire	Proportion		
• Rural/semi-urbain favorisé	29,5	32,3	0,57
• Rural/semi-urbain défavorisé	41,0	48,4	
• Urbain	29,5	19,4	
Dynamisme des organismes communautaire	Proportion		
• Faible	44,3	61,3	0,19
• Fort	55,7	38,7	

4.2.2 Intégration de l'estime de soi comme stratégie d'intervention

Tel que mentionné plus tôt, l'indice d'intégration a été transformé en deux catégories, soit « profil élevé d'intégration » pour les CLSC intégrant systématiquement l'estime de soi comme stratégie d'intervention dans d'autres thématiques prévention/promotion et une deuxième catégorie intitulée « profil faible d'intégration » pour les CLSC intégrant l'estime de soi au besoin seulement ou encore ne l'intégrant jamais.

À la lumière des résultats présentés dans les tableaux XVI, XVII, XVIII et XIX (situés en pages 80 et 81), cinq associations sont ressorties comme étant statistiquement significatives ; les trois premières sont liées à des facteurs organisationnels, alors que les deux autres relèvent de facteurs environnementaux. Du côté des facteurs organisationnels, les dépenses totales pour les programmes Enfance-Jeunesse-Famille et Santé publique ($p = 0,04$) ainsi que les dépenses spécifiques au programme Santé publique ($p = 0,05$) sont associées au niveau d'intégration de l'estime de soi. Ainsi, les CLSC pour lesquels ces dépenses sont plus élevées, intègrent davantage systématiquement l'estime de soi à leurs autres thématiques prévention/promotion. L'indice de collaboration est quant à lui associé de manière négative à l'intégration de l'estime de soi ($p = 0,008$) ; c'est-à-dire qu'une collaboration élevée entre les CLSC et les organismes communautaires est associée à un profil plus faible d'intégration de l'estime de soi.

Du côté des facteurs environnementaux, la population totale du territoire est positivement associée à l'intégration de l'estime de soi ($p = 0,04$). En effet, les CLSC desservant une population plus nombreuse intègrent plus systématiquement l'estime de soi. Le dynamisme des organismes communautaires est également associé, mais de manière négative, au profil d'intégration ($p = 0,004$). En effet, des organismes communautaires plus dynamiques sont associés à un profil plus faible d'intégration de l'estime de soi.

Nous pouvons également détecter quelques tendances pour cette variable dépendante. En effet, tout comme pour l'offre combinée de services, l'indice d'intégration montre une tendance d'association positive associée aux dépenses ($p = 0,06$) et au nombre de postes ($p = 0,14$) en Enfance-Jeunesse-Famille. De plus,

les dépenses per capita en Santé publique révèlent, elles aussi, une certaine tendance d'association en ce qui a trait à l'intégration de l'estime de soi ($p = 0,14$).

Tableau XVI

Intégration de l'estime de soi et variables organisationnelles continues :
résultats des analyses bivariées

	n	Profil élevé d'intégration	Profil faible d'intégration	Valeur P
Disponibilité des ressources financières (\$)				
• Dépenses totales EJV ¹ et SP ²	92	1 256 038	984 235	0,04
• Dépenses totales EJV	92	474 756	363 081	0,06
• Dépenses totales SP	92	781 282	621 154	0,05
• Dépenses totales per capita EJV-SP	92	107,57	121,44	0,20
• Dépenses totales per capita EJV	92	40,34	44,41	0,44
• Dépenses totales per capita SP	92	67,24	77,02	0,14
Disponibilité des ressources humaines (ÉTC)³				
• Nombre de postes EJV	92	8,72	7,03	0,14
• Nombre de postes SP	87	14,22	12,71	0,33

¹ Enfance-Jeunesse-Famille

² Santé publique

³ Équivalent temps complet

Tableau XVII

Intégration de l'estime de soi et variables organisationnelles catégorielles :
résultats des analyses bivariées

	n	Profil élevé d'intégration	Profil faible d'intégration	Valeur P
Indice de collaboration	89	Proportion		
• Faible		64,7	30,6	0,008
• Fort		35,3	69,4	
Nombre de mission	92	Proportion		
• Unique		41,2	56,8	0,24
• Multiple		58,8	43,2	

Tableau XVIII

Intégration de l'estime de soi et variables environnementales continues :
résultats des analyses bivariées (n = 92)

	Profil élevé d'intégration	Profil faible d'intégration	Valeur P
Caractéristiques démographiques			
• Population totale du territoire	59 634	44 358	0,04
• Proportion des 6-11 ans (%)	6,66	6,31	0,23
Caractéristiques socio-économiques			
• Proportion de personnes immigrantes (%)	7,68	8,15	0,88
• Proportion de monoparentalité (%)	22,67	23,95	0,49
• Taux de chômage (%)	13,89	12,75	0,43
• Revenu familial moyen (\$)	45 881	44 873	0,61

Tableau XIX

Intégration de l'estime de soi et variables environnementales catégorielles :
résultats des analyses bivariées (n = 92)

	Profil élevé d'intégration	Profil faible d'intégration	Valeur P
Classification du territoire	Proportion		
• Rural/semi-urbain favorisé	41,2	32,4	0,72
• Rural/semi-urbain défavorisé	35,3	37,8	
• Urbain	23,5	29,7	
Dynamisme des organismes communautaire	Proportion		
• Faible	64,7	29,7	0,004
• Fort	35,3	70,3	

4.3 Analyses d'associations multivariées

4.3.1 Offre de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale

Dans le but de sélectionner les variables indépendantes pour la construction d'un modèle de régression logistique, les corrélations entre les variables associées à l'offre de services ($p < 0,25$) ont été étudiées afin d'éliminer les variables fortement corrélées entre elles (consulter l'appendice B en page XX). Suite à cet examen, deux variables ont été choisies ; il s'agit des dépenses totales en Enfance-Jeunesse-Famille et du dynamisme des organismes communautaires.

Le tableau XX montre les résultats de la régression logistique. À la lumière des résultats obtenus, aucune des deux variables n'est statistiquement associée à l'offre de services en lien avec les deux thématiques.

Tableau XX

Résultats de la régression logistique de l'offre combinée de services

Variabes	Coefficient B	Erreur-type	Valeur P	Rapport de cote	Intervalle de confiance (95 %)
Dynamisme des organismes communautaires	0,647	0,456	0,156	1,909	0,78 – 4,66
Dépenses totales EJF ¹	0,000	0,000	0,149	1,000	1,00 – 1,00

¹ Dépenses totales divisées par 100 000

4.3.2 Intégration de l'estime de soi

Le même processus de sélection des variables a été réalisé en vue de la construction d'un modèle de régression logistique de l'intégration de l'estime de soi (consulter l'appendice C en page XX). Suite aux examens effectués, deux variables ont été conservées pour la construction du modèle, il s'agit de la population desservie sur le territoire des CLSC ainsi que l'indice de dynamisme communautaire.

Le tableau XXI (page suivante) présente les résultats des analyses de régression. Seul le dynamisme des organismes communautaires est statistiquement

associé à l'intégration de l'estime de soi. Précisons que cette association est négative puisque le coefficient B obtenu est négatif. Compte tenu de la dichotomie de la variable « dynamisme des organismes communautaires » et de celle de l'intégration de l'estime de soi, cette relation indique que les CLSC des territoires où le dynamisme des organismes est fort ont environ cinq fois moins de chances d'avoir un niveau élevé d'intégration de l'estime de soi que les établissements situés dans un environnement où le dynamisme est faible.

Tableau XXI

Résultats de la régression logistique de l'intégration de l'estime de soi

Variables	Coefficient B	Écart-type	Valeur P	Rapports de cote	Intervalles de confiance (95%)
Population ¹	0,018	0,009	0,036	1,019	1,001-1,036
Dynamisme des organismes communautaires	- 1,571	0,535	0,003	0,208	0,073-0,593

¹ Population divisée par 1 000

Chapitre cinquième-
Discussion, recommandations et conclusion

Ce chapitre a pour objectif, dans un premier temps, d'interpréter les résultats obtenus en regard des deux questions de recherche à la source de la présente étude. Dans un deuxième temps, une réflexion sur les limites de l'étude sera effectuée, puis la contribution scientifique de cette recherche sera présentée. Des recommandations et des pistes d'action pour de futures recherches ayant un thème similaire seront également proposées.

5.1 Discussion des questions de recherche

5.1.1 Question de recherche numéro un

La première question de recherche se lisait comme suit : « Quelle est la production de services des CLSC destinés aux enfants de 6-11 ans en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale ? ». Cette question avait pour objectif de réaliser un portrait des activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale offertes par les CLSC ; soit à titre de maître d'œuvre exclusif ou bien en collaboration avec un/des organismes communautaires. Elle avait également pour but d'observer dans quelle mesure l'estime de soi est utilisée comme stratégie d'intervention à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion.

Tout d'abord, les résultats nous ont permis de constater que des activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale sont offertes dans respectivement 64,1 % et 71,7 % des territoires de notre échantillon. Ceci implique qu'il y a absence d'activité en regard de l'estime de soi dans 35,9 % des territoires, alors que la compétence sociale est une thématique qui n'est pas abordée pour 28,3 % des territoires. L'absence d'activité en lien avec l'un ou l'autre de nos deux thèmes dans environ le tiers des territoires surprend et laisse songeur quand l'on sait que le développement optimal et l'adaptation sociale de tous les enfants du Québec sont des priorités nationales de santé publique (MSSS, 2003) et que l'on connaît le rôle central joué par l'estime de soi et la compétence sociale dans le développement harmonieux des enfants et des adolescents. C'est d'autant plus dommage que certaines études ont montré qu'il est tout à fait possible de modifier favorablement la trajectoire développementale des enfants grâce à des interventions appropriées en lien avec la compétence sociale ou l'estime de soi (Bowen et coll., 2001 ; Harter, 1999).

À la lumière des activités répertoriées dans le questionnaire d'enquête, nous pouvons constater une grande variété parmi les activités en lien avec l'estime de soi ou la compétence sociale réalisées par les CLSC (seuls ou en collaboration). La plupart des CLSC offrent des « programmes maison », c'est-à-dire des programmes d'intervention mis sur pied localement et, pour la grande majorité d'entre eux, n'ayant pas été soumis à une évaluation rigoureuse quant à l'atteinte des résultats. Ceci n'est pas surprenant puisque selon Bowen et ses coll. (2001), l'évaluation de tels programmes exige des moyens considérables ; moyens qui ne sont pas toujours disponibles. L'absence d'évaluation pour un programme donné ne signifie toutefois pas qu'il soit nécessairement inefficace ou inutile ; dans certains cas, ces programmes peuvent être fort intéressants au niveau de l'innovation ou de leur potentiel de prévention (Painchaud et coll., 1998). Par ailleurs, peu de CLSC sont impliqués dans la dispensation de programmes reconnus comme étant efficaces ou encore prometteurs. Pourtant, nous l'avons constaté lors de la recension des écrits, plusieurs programmes ont déjà fait leurs preuves, autant au Québec qu'ailleurs en Amérique du Nord. Ce phénomène s'explique peut-être par le coût relié à l'utilisation de ces programmes. C'est qu'en effet, l'achat de ceux-ci auprès des organismes créateurs et la formation des intervenants peuvent se révéler onéreux. Cependant, il s'agit de ressources humaines et financières bien investies puisque les résultats escomptés ont davantage de chances de se concrétiser. Une autre explication possible à la non utilisation des programmes efficaces ou prometteurs est peut-être le peu de publicité qu'on en fait. À titre d'exemple, l'auteure du présent mémoire travaille en santé scolaire depuis 1998, pourtant, elle a découvert plusieurs programmes fort intéressants dont elle n'avait jamais entendu parler avant d'entreprendre cette étude. Peut-être le Ministère de la Santé et des Services sociaux ou encore les Directions de santé publique pourraient-ils jouer un rôle plus actif dans la diffusion de ces résultats ou dans la distribution des programmes eux-même ? D'ailleurs, le Ministère de la santé et des services sociaux a déjà fait un pas dans cette direction puisque, dans son Programme national de santé publique (2003-2012), il recommande l'implantation du Programme de Fluppy dans toutes les écoles situées en milieu défavorisé (MSSS, 2003).

L'examen des activités répertoriées par les CLSC dans l'une ou l'autre des listes thématiques nous laisse penser que les frontières entre l'estime de soi, les habiletés personnelles ainsi que la compétence sociale sont floues pour certains intervenants. En effet, nous avons pu constater que certains programmes ou activités n'étaient pas nécessairement listés en fonction de leur cible principale (estime de soi versus compétence sociale). De plus, certains CLSC ont indiqué dans ces listes des activités visant principalement le développement ou le renforcement d'habiletés personnelles plutôt que sociales. Trois éléments pourraient contribuer à expliquer ce phénomène. Premièrement, il est plausible que les intervenants croient que le fait d'intervenir sur certaines compétences puisse avoir un effet positif sur une autre habileté. Toutefois, il faut être attentif aux résultats recherchés puisque nous avons vu lors de la recension des écrits que les programmes visant spécifiquement l'estime de soi donnent de meilleurs résultats que ceux ayant l'estime de soi comme cible secondaire. Une deuxième explication possible tient dans la modification des programmes pour les adapter à la couleur et aux besoins locaux. Ainsi, un intervenant peut se baser sur un programme de compétence sociale existant et le modifier afin d'y ajouter une composante estime de soi. Ici aussi, il faut être attentif aux résultats attendus. Finalement, il est possible que les répondants au questionnaire d'enquête n'aient pas été entièrement au fait des objectifs visés par les différents programmes offerts par d'autres intervenants, les répertoriant ainsi dans la liste qui n'était pas la plus représentative des programmes en question.

Les données, quant à la planification et à la prestation des activités en regard de l'estime de soi et de la compétence sociale, permettent d'observer la collaboration entre les CLSC et les organismes présents sur leur territoire. Lorsqu'il y a des activités en lien avec l'estime de soi, il y a collaboration au niveau de la planification des activités dans 32,2 % des territoires et de la prestation des services dans 29,3 % des territoires. Pour ce qui est des activités en lien avec la compétence sociale, la planification se fait en collaboration dans 41,5 % des territoires et la prestation est réalisée en collaboration dans une proportion de 40,0 %. On peut se demander si ce niveau de collaboration est suffisant. C'est que l'atteinte de résultats en matière de santé publique est largement tributaire de la coopération entre les différents partenaires

de la communauté (Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie, 1998). D'ailleurs, la Loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux stipule que les CLSC doivent veiller à offrir des services en continuité et en complémentarité avec ceux offerts par les ressources de la région (Québec, 1991).

Les données recueillies quant à la planification et à la prestation des activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale nous permettent également de constater la grande implication des organismes communautaires auprès des enfants de 6-11 ans. En effet, les organismes communautaires sont impliqués (seuls ou en collaboration avec les CLSC) au niveau de la planification des activités en lien avec l'estime de soi ou la compétence sociale dans respectivement 59,3 et 64,6 % des territoires. Ils sont également engagés (seuls ou en collaboration avec les CLSC) au niveau de la prestation des activités en regard de l'estime de soi dans 53,4 et dans celle des activités en lien avec la compétence sociale dans 60,0 % des territoires. Ces chiffres n'ont rien d'étonnant quand l'on sait qu'il y a environ 5000 organismes communautaires au Québec, dont plus de 3400 recevant une/des subventions des différents paliers gouvernementaux (MSSS, 2001b). En outre, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001c) considère les organismes communautaires comme étant des partenaires à part entière et comme jouant un rôle de premier plan auprès de la population.

Les informations concernant le type de clientèles visées par les activités nous indiquent que la grande majorité de celles-ci s'adressent à une clientèle générale. En effet, 84,4 % des activités en lien avec l'estime de soi sont offertes à une clientèle générale, c'est à dire sans facteur de risques particulier ; il en est de même pour 74,07 % des activités en regard de la compétence sociale. Ces chiffres reflètent la position de plusieurs décideurs au sein du réseau de la santé et des services sociaux qui est d'avoir une offre universelle de services accompagnée d'une intervention plus intensive auprès des clientèles vulnérables (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2001 ; Conseil des directeurs de la santé publique, 1999 ; MSSS, 2002a, 2002b, 2003 ; Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, 2000).

Tel que mentionné en début de cette sous-section, la première question de recherche visait également à observer dans quelle mesure l'estime de soi était utilisée en tant que stratégie d'intervention à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion. À la lumière des informations transmises par les CLSC, nous constatons que ceux-ci intègrent systématiquement l'estime de soi à leurs stratégies d'intervention dans une proportion variant de 64,1 % à 75,0 % selon la thématique prévention/promotion. Ces proportions peuvent sembler élevées, cependant, il faut se rappeler que chacune de ces thématiques prévention/promotion a été sélectionnée pour ses liens reconnus avec l'estime de soi. Ainsi, nous ne pouvons que nous étonner du fait que l'estime de soi ne fasse pas partie systématiquement de l'intervention pour 22,5 % à 35,9 % des CLSC ayant complété les informations requises à cette étape du questionnaire d'enquête.

5.1.2 Question de recherche numéro deux

La seconde question de recherche se lisait comme suit : « Quelles sont les conditions organisationnelles et environnementales favorisant la production de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale par les intervenants des CSLC auprès des 6-11 ans ? ». Cette question avait pour objectif de déterminer les facteurs organisationnels et/ou environnementaux associés à la production de services en lien avec le développement et le renforcement de l'estime de soi ou de la compétence sociale auprès des enfants de 6-11 ans. Pour tenter de découvrir ces facteurs, nous avons effectué des analyses d'association entre, d'une part, les facteurs organisationnels et environnementaux et, d'autre part, les indicateurs choisis pour la production de services, soit l'offre de services et l'intégration de l'estime de soi à d'autres thématiques prévention/promotion.

Pour ce qui est de l'offre de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale, nous n'avons pu que constater l'absence de relation statistiquement significative entre celle-ci et les facteurs organisationnels ainsi qu'environnementaux. Une première explication à l'absence de relation se trouve peut-être du côté de la qualité des données recueillies. Cette hypothèse sera expliquée en détail dans la section « limites de l'étude » (section 5.2), mais précisons d'ores et déjà que l'auteure du présent mémoire croit qu'en raison de la complexité de l'offre de

services des activités pourtant présentes sur les territoires n'ont pas été répertoriées ; contribuant ainsi à minimiser l'ampleur de la production de services. Une deuxième explication tient dans le choix des facteurs environnementaux et organisationnels considérés à l'analyse. En effet, étant donné le faible taux de réponse obtenu à notre questionnaire documentant les caractéristiques organisationnelles et environnementales des CLSC (44 %), nous avons dû limiter nos analyses en recourant aux seuls indicateurs environnementaux et organisationnels disponibles dans la banque de données ainsi que dans les fichiers fournis par le Comité Lebon et le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Quoique nous ne mettons pas en doute la qualité de ces données, force est de reconnaître la complexité de l'offre de services en prévention/promotion de la santé et que, d'autres facteurs non considérés ici aient pu jouer un rôle. Ainsi, si nous avions pu utiliser les données issues du questionnaire précité, nous aurions été en mesure d'analyser l'influence de quelques éléments potentiellement explicatifs tels que : le transfert de personnel des centres hospitaliers vers les CLSC, l'adoption d'une approche spécifique en faveur de la prévention/promotion, le travail en équipe multidisciplinaire ou encore interdisciplinaire et, finalement, les pressions du milieu en faveur d'interventions de prévention ou de promotion de la santé.

Ils aurait également été intéressant de recueillir des informations concernant les professionnels impliqués dans la production de ces services puisque ceux-ci peuvent contribuer à influencer l'offre de services en promotion de la santé. À titre d'exemple, dans une recherche réalisée au début des années 1990 auprès de 631 infirmières travaillant en CLSC, Hagan (1991) a observé que certains facteurs pouvaient faciliter l'exercice du rôle d'éducateur à la santé. Ces facteurs étaient : le nombre d'années d'expérience en CLSC, le niveau de formation, le programme clientèle au sein duquel l'infirmière exerce et la coopération des collègues de travail ainsi que du milieu d'intervention. Quant aux facteurs limitatifs, ils étaient au nombre de trois, soit la croyance de ne pouvoir influencer les orientations du CLSC en faveur de la promotion de la santé, l'impression que ces activités ne sont pas valorisées par les gestionnaires et, finalement, le doute quant à l'efficacité réelle des interventions (Hagan, 1991). Malgré qu'elle portait sur l'éducation à la santé et visait uniquement les infirmières,

cette étude peut nous aider à cerner certains facteurs liés à la promotion de la santé puisque l'éducation à la santé est une stratégie largement employée en promotion de la santé (Dallaire, Hagan et O'Neill, 2000). Encore une fois, des enjeux de faisabilité étaient ici en cause. Cependant, ceci pourrait s'avérer une avenue intéressante à explorer lors de futures recherches dans un domaine semblable.

Pour ce qui est du deuxième indicateur de la production de services, soit l'intégration de l'estime de soi dans d'autres thématiques prévention/promotion, nous avons découvert une forte association négative avec le dynamisme des organismes communautaires. Il semble donc que plus les organismes présents dans un territoire sont impliqués (seuls ou en collaboration) dans l'offre de services prévention/promotion, moins le CLSC correspondant à ce territoire intègre systématiquement l'estime de soi dans ses interventions en lien avec d'autres thématiques. C'est un résultat qui laisse perplexe. En effet, il est tout à fait normal que les CLSC ne dédoublent pas les services en offrant des activités en lien avec l'estime de soi lorsque les organismes communautaires les offrent déjà. Cependant, l'utilisation de l'estime de soi comme stratégie d'intervention à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion demeure essentielle lorsque l'on connaît et reconnaît l'importance de ce facteur de protection et ne constitue aucunement un dédoublement de services. Il serait intéressant d'investiguer davantage ce résultat pour le moins intrigant au cours d'une recherche ultérieure afin de comprendre davantage ce phénomène et de tenter de le prévenir, s'il y a lieu. Il serait d'autant plus important d'examiner de nouveau cette association dans la mesure où, ici aussi, la qualité des données recueillies a certainement eu un impact sur les résultats statistiques obtenus. En effet, il faut se rappeler que plusieurs CLSC n'ont que partiellement complété les informations demandées ; ce qui nous a laissé avec un portrait partiel de l'intégration de l'estime de soi à d'autres thématiques et nous a conduit à faire des compromis au moment de la construction de l'indice d'intégration. De plus, les mêmes considérations en regard du choix des indicateurs des facteurs environnementaux et organisationnels élaborées plus tôt pour l'offre de services s'appliquent également pour l'intégration.

5.2 Limites de l'étude

Tout d'abord, il est important de rappeler ici que la présente étude en est une d'analyse secondaire. Celle-ci a donc été construite à partir des concepts établis lors de la recherche principale. L'actuelle recherche a également tiré partie des données recueillies à l'aide du questionnaire d'enquête élaboré en vue de l'étude principale. Nous verrons plus loin que cet état de fait a fort possiblement eu des répercussions sur la qualité des données recueillies, de même que certaines implications au niveau des résultats.

Un premier facteur ayant possiblement eu un impact négatif sur la qualité des données recueillies est le fait que la recherche principale ait eu lieu simultanément à la vaste enquête du Comité Lebon sur les services offerts aux enfant, aux adolescents et à leur famille par les CLSC. Bien que les informations recherchées étaient fort différentes pour les deux études, les répondants ont probablement eu un sentiment de déjà vu. Ceci expliquerait peut-être le taux de réponse de 64 % obtenu de la part des CLSC. Bien que ce taux de réponse soit fort convenable et que nous ayons établi qu'il n'y avait pas de différence significative entre les CSLC répondants et les non répondants, nous avons dû faire des compromis à l'étape des analyses statistiques afin de tenir compte du petit effectif de notre échantillon. Il est envisageable que ce petit effectif ait contribué à masquer des tendances statistiques qui auraient peut-être fait surface avec un échantillon plus grand. De plus, tel que mentionné précédemment, le fait d'avoir dû laisser de côté le questionnaire d'enquête concernant les facteurs organisationnels et environnementaux des CSLC et d'avoir plutôt utilisé les données du Comité Lebon a grandement restreint le choix des indicateurs environnementaux et organisationnels.

Le format adopté pour le questionnaire d'enquête employé lors de la recherche principale pourrait être en cause en ce qui a trait à la qualité des données utilisées pour l'actuelle étude. En effet, le questionnaire d'enquête visait à recueillir des informations concernant l'ensemble des activités de prévention et de promotion de la santé réalisées auprès des 6-11 ans. Le répondant devait d'abord compléter les informations demandées pour une série de 20 thèmes différents, puis répondre aux questions relatives aux activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale.

Il est plausible que les répondants aient ressenti une certaine fatigue vers la fin du questionnaire, ce qui pourrait expliquer certaines réponses ambiguës ou incomplètes lors de l'inscription des activités en lien avec l'estime de soi ou la compétence sociale. Le fait que les informations recherchées pour la présente recherche soient situées presque à la fin du questionnaire d'enquête a également eu un impact important sur la qualité des données relatives à l'intégration de l'estime de soi ; ce qui a nécessité de nouveaux compromis au moment de la construction de l'indice d'intégration.

Un autre facteur ayant pu influencer la qualité des données recueillies est la grande dispersion des informations relatives aux activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale. Il faut comprendre qu'un grand nombre d'intervenants et d'organismes différents sont impliqués dans la production de services en regard de ces thèmes. Seulement du côté des CLSC, on peut penser aux infirmières scolaires, aux travailleurs sociaux, aux psychoéducateurs, aux psychologues ou encore aux travailleurs de rue. Afin de minimiser l'influence de cette dispersion, les chercheurs recommandaient aux répondants de se faire aider par d'autres personnes ressources pour compléter le questionnaire. Il est cependant probable que le répondant n'ait pas été au fait de toutes les activités dans lesquelles des intervenants de son CLSC étaient impliqués ainsi que de l'ensemble des activités réalisées en exclusivité par les organismes du milieu. Finalement, il n'est pas certain que les activités réalisées par les écoles ou en collaboration avec celles-ci aient été répertoriées puisque nous n'avons pas tendance à penser aux écoles en terme d'organismes de la communauté. En conclusion, il est fort possible que toutes les activités présentes sur les territoires et offertes par les CLSC (seuls ou en collaboration) n'aient pas été répertoriées par les répondants au questionnaire d'enquête, influençant ainsi négativement le portrait réel de l'offre de services.

En dernier lieu, cette recherche ne peut raisonnablement prétendre avoir fait un portrait exhaustif de la production de services en regard du développement et du renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale. En effet, les données recueillies ne pouvaient renseigner sur le détail de l'offre de services et donc documenter, par exemple, le nombre d'enfants rejoints par ces services ou encore le type d'intervention (ponctuelle versus à long terme, individuelle versus groupe). Il

serait toutefois fort intéressant de poursuivre les recherches dans ce domaine dans le but de mettre au point des stratégies de collecte de données permettant l'investigation de ce type d'information.

5.3 Contributions de l'étude

L'une des principales contributions de la présente étude consiste en la réalisation d'une première description des activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale offertes par les CLSC (seuls ou en collaboration) au moment de l'étude. Jusqu'à présent, il existait des répertoires des programmes disponibles, mais aucun portrait de l'offre réelle de services. La présente recherche nous fournit donc de précieux renseignements quant à la présence d'activités en lien avec ces deux thèmes sur le territoire québécois, le type de clientèles rejointes par ces services, l'implication des organismes communautaires ainsi que la collaboration des CLSC avec ces derniers. Les listes des activités répertoriées par les CLSC, pour leur part, permettent de constater la grande diversité des activités offertes au Québec et la quasi absence des programmes reconnus comme étant efficaces ou prometteurs. Le fait d'avoir maintenant un portrait de la situation provinciale permettra aux CLSC intéressés d'avoir en main des éléments de comparaison en terme d'offre de services et peut-être d'y trouver une source de motivation afin de bonifier leur offre d'activités en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale.

Une seconde contribution de la présente étude est une recension en profondeur des écrits en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale. Le fait d'avoir des informations au sujet de ces deux importants facteurs de protection de la santé mentale et physique des enfants assemblées dans un même document permettra peut-être d'aider les intervenants à faire une meilleure distinction entre ces deux concepts. Ces informations pourraient également leur permettre de comprendre les liens étroits entre, d'une part, l'estime de soi et la compétence sociale et, d'autre part, la santé et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Cette meilleure compréhension pourra ultimement encourager les intervenants à intégrer ces concepts de manière plus systématique à leurs stratégies d'intervention en lien avec d'autres thématiques de prévention et de promotion de la santé. De plus, la description des programmes reconnus comme étant efficaces ou encore prometteurs contribuera certainement à les

faire connaître davantage auprès des gestionnaires ainsi qu'auprès des personnes intervenant avec les enfants.

Une troisième contribution de la présente recherche est la mise à jour d'une forte relation négative entre le dynamisme des organismes présents dans la communauté et l'intégration de l'estime de soi à l'intérieur d'autres thématiques prévention/promotion. C'est un résultat qui n'était en rien prévu et qui mériterait une investigation plus en profondeur étant donné la direction de la relation. Quant aux liens possibles entre, d'une part, les facteurs organisationnels et les facteurs environnementaux et, d'autre part, l'offre de services en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale, la présente étude n'a malheureusement pas apporté les réponses attendues. Cependant, elle a permis de mettre en lumière toute l'importance de prendre en considération l'utilisation potentielle des données à des fins d'étude secondaire lors de la construction initiale des outils de recherche, et ce, afin d'assurer une qualité optimale des données obtenues

5.5 Conclusion

En mettant en route cette recherche, l'auteure avait pour objectif de réaliser un premier portrait des services en lien avec le développement et le renforcement de l'estime de soi et de la compétence sociale offerts aux enfants de 6-11 ans par les CLSC québécois. Bien qu'à l'occasion partiel, ce portrait nous donne tout de même une bonne idée des programmes offerts au moment de la réalisation de l'étude principale. L'auteure avait également pour objectif personnel d'élargir ses connaissances quant aux programmes d'intervention en lien avec l'estime de soi et la compétence sociale. Cet objectif a été pleinement atteint grâce à la recension exhaustive des programmes réputés efficaces ou prometteurs. Elle espère maintenant que cette recension aidera également tout ceux et celles qui ont le bien-être des enfants à cœur et qui souhaitent rendre leurs interventions encore plus efficaces.

L'auteure avait également pour objectif de mettre en lumière les facteurs environnementaux et organisationnels pouvant favoriser la production de services en prévention et promotion de la santé auprès des enfants de 6-11 ans. Elle souhaitait ainsi découvrir comment rejoindre plus d'enfants afin de favoriser leur développement physique, mental et social. Les données recueillies n'ont pas permis de mettre à jour

des associations significatives en ce qui concerne l'offre de services. Cependant, la mise à jour d'une association négative entre le dynamisme des organismes de la communauté et l'intégration de l'estime de soi est fort intrigante et mérite plus d'attention. De plus, les résultats obtenus ont permis de constater la grande complexité des éléments en lien avec la production de services auprès des 6-11 ans dans le contexte où plusieurs intervenants et organismes différents sont impliqués. Avec cette recherche, l'auteure espère avoir suscité suffisamment la curiosité de ses collègues et peut-être même des gestionnaires du réseau afin qu'ils prennent à leur tour le flambeau dans le but d'investiguer plus en profondeur la production des services prévention/promotion de la santé en CLSC.

Finalement, la réalisation de la présente recherche s'est avérée être une formidable occasion d'apprentissage pour l'auteure de ces lignes.

Références

- Adelman, H.S. & Taylor, L. (2000). Promoting mental health in schools in the midst of school reform. *Journal of school health*, 70, (5), 171-194.
- Alary, J. et Lesemann, F. (1975). *Études des dimensions sociales et communautaires des CLSC*. Montréal : Ministère des affaires sociales.
- Association des CSLC et des CHSLD du Québec (1998). *Situation des ressources et des services des CLSC auprès des enfants de 0-18 ans et de leurs familles*. Montréal : Association des CSLC et des CHSLD du Québec.
- Association des CSLC et des CHSLD du Québec (2001). *Allons à l'essentiel. L'offre minimale de services de base Famille/Enfance/Jeunesse en CLSC*. Montréal : Association des CSLC et des CHSLD du Québec.
- Ayotte, V. (1995a). *Évaluation d'un programme visant à développer chez les jeunes une estime positive d'eux-mêmes*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Ayotte, V. (1995b). *Évaluation d'un programme visant à développer chez les jeunes une estime positive d'eux-mêmes*. Rapport de recherche. Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Ayotte, V. et Laurendeau, M-C. (1998). Efficacité d'une intervention éducative à améliorer le concept de soi d'élèves de 2^{ième} à 6^{ième} année. *Revue canadienne de santé publique*, 89, (3), 176-180.
- Barkin, S.L., Smith, K.S. et DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of adolescent health*, 30, (6), 448-454.
- Beauregard, L-A., Bouffard, R. et Duclos, G. (2000). *Programme estime de soi et compétence sociale chez les 8 à 12 ans*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Ste-Justine.
- Bélanger, J.-P. (1992a). *Le développement des soins primaires au Québec : le cas des CLSC*. Colloque international sur les soins de santé primaires. Montréal : Association pour la santé publique du Québec.
- Bélanger, J.-P. (1992b). De la commission Castonguay à la commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec. *Service Social*, 41, (2), 49-70.
- Bélanger, J.-P. et Langevin, L. (1992). *Les services de première ligne en CLSC. Une étude de cas*. [Collection : Support à l'intervention, document 1]. Ste-Foy : Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval.

- Bertrand, R. (2003). Allocution de clôture de M. Roger Bertrand. [Conférence nationale sur la prévention du 18 novembre 2002]. *Développement Social*, 3, (5), 20-21.
- Bijstra, J.O., Bosma, H.A. et Jackson, S. (1994). The relationship between social skills and psycho-social functioning in early adolescence. *Personality and individual differences*, 16, (5), 767-776.
- Blanchet, L., Laurendeau, M.-C. et Saucier, P. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*. Le Comité de la santé mentale du Québec. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Bouchard, S. (1997). La prévention là pour rester ! [Éditorial] *CLSC express*, octobre, (3).
- Boucher, G. (1998). 25 ans des CLSC. Un quart de siècle d'histoire au cœur de la communauté. *CLSC express*, janvier, 5-8.
- Bowen, F., Desbiens, N (2002). La prévention des conduites violentes en milieu scolaire. Évaluer pour développer de meilleures pratiques. *Bulletin du CRIRES*, mai-juin.
- Bowen, F., Desbiens, N., Martin, C. & Hamel, M.; (2001). La compétence sociale. Dans *6-12-17, nous irons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. M. Hamel, L. Blanchet & C. Martin (pp. 133-168). Québec : Les Publications du Québec.
- Bowen, F, Desbiens, N, Rondeau, N et Ouimet, I. (2000). La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire. Dans *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. [tome 2]. F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Brunet, J. et coll., (1987). *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*. [Rapport Brunet] Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Cabinet du Ministre de la santé et des services sociaux (2003). *Présentation de deux projets de loi – Vers un réseau de la santé et des services sociaux intégré et centré sur son unique raison d'être : les citoyens du Québec*. Communiqué récupéré le 2003/11/11 du site Internet du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/
- Cameron, K.S. (1986). Effectiveness as a paradox : consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness. *Management science*, 32, 5, 539-553.

- Cameron, K.S. et Whetten, D.A. (1983). Organizational effectiveness : One model or several? Dans *Organizational effectiveness. A comparison of multiple models*. K.S. Cameron et D.A. Whetten (sous la dir. de). New-York : Academic Press.
- Campbell, J.D. et Lavallée, L.F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. Dans *Self-esteem : The puzzle of low self-regard*. R.F. Baumeister (sous la dir. de). New-York : Plenum Press.
- Caplan, M., Weissberg, R.P., Grobber J.S. et Sivo, P.J. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents : Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, (1), 56-63.
- Capuano, F. (1991). *Programme d'entraînement aux habiletés sociales au préscolaire. Programme de Fluppy*. Montréal : Centre de Psycho-Éducation du Québec.
- Capuano, F. et Francoeur, M. (1994). *Programme de promotion des comportements sociaux en première année. Programme de Fluppy*. Montréal : Centre de Psycho-Éducation du Québec.
- Champagne, F., Leduc, N., Denis, J-L. et Pineault, R. (1993). Organizational and environmental determinants of the performance of Public health units. *Social science medecine*, 37, (1), 85-95.
- Champoux, L., Custeau, D., Choinière, N. et Pineault, R. (1975). *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des Centres locaux de services communautaires au Québec*. Montréal : Ministère des affaires sociales.
- Chevalier, S. et Laurin, I. (1999). *La toxicomanie à Montréal-Centre : Faits et méfaits*. Montréal : Direction de la santé publique et Direction de la programmation et de la coordination.
- Cloutier, R. (2002, 13 mai). Les nouveaux ados. *La Presse*, p. A9.
- Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C. et Chamberland, S. (1994). *Enquête ados, familles et milieux de vie, la parole aux ados!* Bureau québécois de l'année internationale de la famille et l'Association des Centre Jeunesses du Québec.
- CLSC Jardin du Québec (2002). *Mise en candidature-Prix reconnaissance « partenariat » 2002. Simplement ParEnfant*. Document interne transmis à la RRSSS de la Montérégie pour « Les prix reconnaissance 2002 ».
- Coie, J.D. (1998). La prévention des comportements antisociaux dangereux et persistants : Le projet Fast Track. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 27, (2), 151-167.

- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. [Commission Rochon]. Québec : les Publications du Québec.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000). *Les solutions émergentes*. [Commission Clair]. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conseil des directeurs de la santé publique (1999). *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*. [Avis]. Conférence des Régions régionales de la santé et des services sociaux.
- Dallaire, C., Hagan, L. et O'Neill, M. (2000). Linking health promotion and community health nursing : Conceptual and practical issues. Dans *Community nursing : promoting Canadian's health*. M.J. Stewart (sous la dir. de). Montréal : W.B. Saunders.
- Direction de la promotion de la santé et du bien-être (1997). *Les enjeux du virage promotion/prévention au Québec*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1996). *Le développement optimal des jeunes de la région de Montréal-Centre*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2000). *Rapport annuel 2000 sur la santé de la population. Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2001). *Impact de la reconfiguration du réseau de services sur la mission promotion – prévention des CLSC*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2002). *Données commentées sur le décrochage, la grossesse à l'adolescence, la consommation de drogue, la délinquance et sur plus de 60 thèmes différents*. Récupéré le 11 mai 2002 sur le site <http://www.sante-pub-mtl.qc.ca/jeunesse/jeunes.html>
- Direction de la santé publique Montérégie (1998). *Portrait des activités de promotion-prévention en santé publique dans les CLSC de la Montérégie 1997. Par déterminants de santé*. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Longueuil : Régie régionale de la santé et des services sociaux.

- Drapeau, S., Mireault, G, Cloutier, R, Champoux, L et Samson, C. (1993). *Évaluation d'un programme d'intervention préventive s'adressant aux enfants de parents séparés : Le programme Entramis*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.). Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Duclos, G. (2000). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Montréal : Service de publication de l'hôpital Ste-Justine.
- Elias, M.J. (1995). Primary prevention as health and social competence promotion. *The journal of primary prevention*, 16, (1), 5-24.
- Fédération des CLSC du Québec (1995). *Le réseau CLSC... Partie prenante dans la transformation du système de santé et des services sociaux et dans le virage ambulatoire*. Volet 1. Collection La transformation du réseau.
- Fédération des CLSC du Québec (1996). *Pour assurer l'avenir des services de premières ligne au Québec*. Montréal : Fédération des CLSC du Québec.
- Fetro, J.V. (1994). Personal and social skill development is basic. Dans *The comprehensive school health challenge. Promoting health through education*. [volume two]. P. Cortese. et K. Middleton (sous la dir. de). Santa-Cruz : ETR Associates.
- Flood, A.B., Shortell, S.M. et Scott, W.R. (1997). Organisational performance: Managing for efficiency and effectiveness. Dans *Essentials of health care management*. S.M. Shortell, A.D. Kaluzny et al. (sous la dir. de). New-York : Albany.
- Gosselin, C, Lanctôt, N et Paquette, D. (2000). La grossesse à l'adolescence : Conséquences de la parentalité, prévalence, caractéristiques associées à la maternité et programmes de prévention en milieu scolaire. Dans *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. [tome 1]. F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Gottlieb, B.H. (1998). Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada. Dans *La santé au Canada : Un héritage à faire fructifier. Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*. Forum national sur la santé. Ste-Foy : Les Éditions Multi-Mondes.
- Gréenberg, M.T., Kusche, C.A., Cook, E.T. et Quamma, J.P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children : The effects of the PATHS Curriculum. *Development and psychopathology*, 7, 117-136.

- Groupe de travail pour les jeunes (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec : Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.
- Groupe d'experts en organisation clinique en matière de jeunesse (Comité Lebon) (2000). *État de la situation et recommandations en regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC*. Québec : Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Grossman, D.C., Neckerman, H.J., Koepsell, T.D., Liu, P., Asher, K.N., Beland, K., Frey, K et Rivara, F.P. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school randomized controlled trial. *JAMA*, 277, (20), 1605-1611.
- Gurney, P. (1987). Self-esteem enhancement in children : A review of research findings. *Educational research*, 29, (2), 130-136.
- Hagan, L. (1991).). *Analyse de l'exercice de la fonction éducative des infirmières et des infirmiers des Centre locaux de services communautaires du Québec*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Hamel, M. (2001). Le concept de soi ou l'estime de soi. Dans *6-12-17, nous irons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. M. Hamel, L. Blanchet & C. Martin (sous la dir. de). Québec : Les Publications du Québec.
- Hamel, M., Blanchet, L. et Martin, C. (2001). *6-12-17, nous irons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Québec : Les Publications du Québec.
- Haney, P et Durlak, J.A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents : A meta-analytic review. *Journal of clinical child psychology*, 27, (4), 423-433.
- Harter, S. (1999). *The construction of self : A developmental perspectives*. New-York : The Guilford Press.
- Harter, S (1998). The development of self-representations. Dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de) *Handbook of child psychology : Social, emotional and personality development*. Vol. 3, 5^{ième} édition. New-York : John Wiley.
- Hébert, M., Parent, N et Fafard, A. (1998). *Étude évaluative du programme « Écoute ton cœur »*. Département d'Orientation, d'Administration et d'Évaluation en éducation de l'Université Laval et Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation Chaudière-Appalaches. Sainte-Marie : RRSSS Chaudière-Appalaches.

- Janosz, M., Georges, P. et Parent, S. (1998). L'environnement socio-éducatif à l'école secondaire : Un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu. *Revue Canadienne de psycho-éducation*, 27, (2), 285-306.
- Janosz, M. et Le Blanc, M. (1997). Les décrocheurs potentiels au secondaire : prévalence, facteurs de risque et dépistage. *PRISME*, 7, (2), 290-307.
- Janosz, M., Fallu, J-S. et Deniger, M-A. (2000). La prévention du décrochage scolaire. Facteurs de risque et efficacité des programmes d'intervention. Dans *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. [tome 2]. F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Kellam, S.G., Rebok, G.W., Ialongo, N. et Mayer, L.S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school : Results of a developmental edidemiologically-based preventive trial. *Journal of child psychology*, 25, (2), 259-281.
- King, K.A. (1997). Self-concept and self-esteem : A clarification of terms. *Journal of School Health*, 67, (2), 68-70.
- Ladouceur, R. (2002, novembre). L'estime de soi ...un vocabulaire simple et commun pour toute l'école. Conférence présentée à l'activité de formation *Promotion de la santé et réussite scolaire au primaire* organisée par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre ; Montréal, 5 novembre 2002. Voir également le site Internet de l'école Murielle-Dumont au www.csmb.qc.ca/estimedesoij.
- Lafontaine, G et Moore, D. (2000). *À toute jeunesse : Agir en couleurs. Répertoire d'interventions de santé publique auprès des jeunes de 5 à 17 ans*. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie.
- Lavoie, G. (1993). La relation entre le concept de soi, l'estime de soi et l'adaptation scolaire : Implications psychopédagogiques. *Apprentissage et Socialisation*, 16, (1 et 2), 131-142.
- Legatt, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F. et Bilodeau, H. (1998). A review of organizational performance assessment in health care. *Health services management research*, 11, 3-23.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Marmot, M. (2003). Self esteem and health. *BMJ*, 327, (13 septembre), 574-575.

- McGee, R. et Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, (5), 569-582.
- McGee, R., Williams, S. et Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of abnormal child psychology*, 29, (4), 281-291.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992a). *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse*. Québec : MSSS, Direction des communications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992b). *Politique de périnatalité*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998). *Agissons en complices. Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2000). *Choix de données de recensement par CLSC*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001a). *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la santé et des services sociaux*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001b). *Le Système de santé et de services sociaux du Québec. Une image chiffrée*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001c). *En bref. Le Système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2002a). *Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix. Document technique*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2002b). *Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé des Services sociaux.

- Ministère de l'Éducation (1993). *Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire. Guide en vue d'assurer une action concertée entre les CLSC et les organismes scolaires.* Québec : Gouvernement du Québec.
- Morel, M. (2003). Entrevue. Roger Bertrand, Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention. *Développement social*, 3, (5), 22-24.
- Ollendick, J, Weist, M.D., Borden, M. C. et Greene R.W. (1992). Sociometric status and academic, behavioral, and psychological adjustment : A five-year longitudinal study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, (1), 80-87.
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec (1998). *Bilan de la pratique infirmière en milieu scolaire.* Montréal : Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec.
- Ozcan, Y.A. (1995). Community length of stay as a determinant of CMHC performance. *Administration and Policy in Mental Health*, 22, (4), 405-421.
- Ozcan, Y.A., Shukla, R.K. & Tyler, L.H. (1997). Organizational performance in the Community Mental Health Care System : the need fulfillment perspective. *Organization Science*, 8, (2), 176-191.
- Painchaud, R., Guérin, D. et Rocheleau, L. (1998). *Dessine-moi un avenir. Les CLSC et la prévention auprès des enfants de 0-12 ans et leur famille.* Montréal : Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Québec (1991). *Loi sur la santé et les services sociaux.* Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003). *Projet de loi 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.* Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Reasoner, R.W. (1995). *Comment développer l'estime de soi. Guide de l'enseignant et matériel didactique.* Edmonton : Psychometrics Canada Ltd.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Chaudière-Appalaches (2000). *La promotion du bien-être et la prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes : Proposition de programmes efficaces ou prometteurs.* Beauceville : Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.
- Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1998). *Bilan du plan de consolidation 1999-2002.* RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

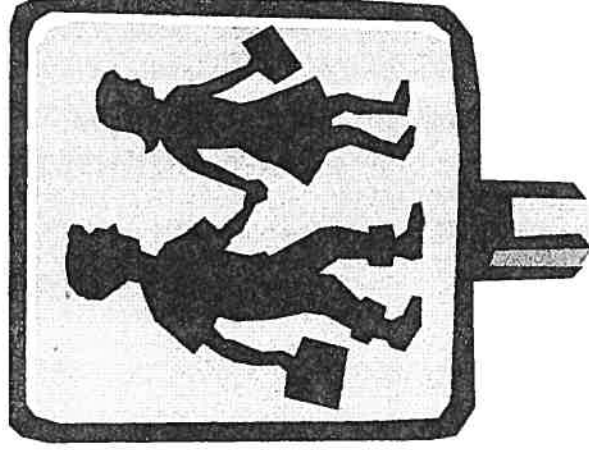
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais (1998). *Pour des services plus accessibles au sein d'un réseau mieux intégré. Planification stratégique régionale de consolidation 1999-2002*. RRSSS de l'Outaouais.
- Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre (1998). *Programme cadre-type de services de santé et de services sociaux en milieu scolaire*. Montréal : Direction de la programmation et de la coordination de la RRSSS de Montréal-Centre.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Montérégie (1998). *À toute jeunesse. Un partenariat au profit des jeunes de la Montérégie*. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.
- Richard, L., D'Amour, D., Labadie, J-F., Brodeur, J-M., Pineault, R., Séguin, L. et Latour, R. (2000). *Services de prévention et promotion de la santé dans le domaine périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants*. Montréal : Université de Montréal.
- Richard, L., D'Amour, D., Labadie, J-F., Brodeur, J-M., Pineault, R., Séguin, L. et Latour, R. (2003). La prévention et la promotion de la santé en périnatalité-enfance-jeunesse. *Canadian journal of public health*, 94, (2), 109-114.
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence : A theoretical review. *Social development*, 6, (1), 111-135.
- Ruel, P.H. (1987). Motivation et représentation de soi. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 13, (2), 239-259.
- Rutter, M (1983). Stress, coping, and development : Some issues and some questions. *Stress, Coping, and development in children*. N. Garnezy et M. Rutter (sous la dir. de). New-York : McGraw-Hill Book Company.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barsley, J., Béland, F., Leggat, S.G., Denis, J-L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M. et Baker, G.R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11, (1), 24-48.
- Spencer, S.J., Josephs, R.A. et Steele, C.M. (1993). Low self-esteem. The uphill struggles for self-integrity. Dans *Self-esteem : The puzzle of low self-regard*. F. Baumeister. New-York : Plenum Press.
- Steinhauser, P.D. (1998). Développer la résilience chez les enfants des milieux défavorisés. Dans *Forum national sur la santé. Les déterminants de la santé : les enfants et les adolescents*. Éditions Multi-Mondes, Ste-Foy.

- St-Hilaire, E. (2000). *La promotion du bien-être et la prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes : Propositions de programmes efficaces et prometteurs*. Sainte-Marie : Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation ; Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalache.
- St-Pierre, I., Dandurand, L., Landry, L. et Bureau, J. (2002). *Simplement ParEnfant*. Document inédit. CLSC Jardin du Québec.
- Table des coordonnateurs Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC de la région de Québec et la Direction de la santé publique de Québec (1998). *Favoriser ensemble la santé mentale des enfants de 5 à 12 ans*. Beauport : Direction de la santé publique de Québec.
- Torres, R., Fernandez, F. et Maceira, D. (1995). Self-esteem and value of health as correlates of adolescents health behavior. *Adolescence*, 30, (118), 403-412.
- Tremblay, R.E., Pagani-Kurtz, L., Vitaro, F., Mâsse, L.C. et Pihl, R.O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarden boys : Its impact trough mid-adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63, 560-568.
- Vila, G., Nollet-Clémaçon, C., Vera, L. et Mourren-Siméoni, M.C. (1994). Estime de soi et troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. *PRISME*, 4, (1), 66-76.
- Vitaro, F. et Charboneau R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. Dans *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. [tome 2]. F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F., Tremblay, R.E. et Gagnon, C. (1992). Adversité familiale et troubles du comportement au début de la période de fréquentation scolaire. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 11, (1), 45-62.
- Weissberg, R.P., Caplan, M. et Harwood, R.L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments : a systems-based perspective on primary prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, (6), 830-841.
- Winkelstein, M.L. (1989). Fostering positive self-concept in the school-age child. *Pediatric nursing*, 15, (3), 229-233.
- Wong, D.L., Whaley, L.F. et Hockenberry-Eaton, M. (1999). *Whaley and Wong's nursing care of infant and children*. 6^{ième} édition. Toronto : The C.V. Mosby Company.

Appendices

Appendice A -
Questionnaire d'enquête sur les activités de prévention et de promotion de la
santé visant les enfants d'âge scolaire (6-11 ans) et leur entourage

LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ VISANT LES
ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE (6 À 11 ANS) ET LEUR ENTOURAGE



Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC :
Profil et étude des déterminants



AVANT-PROPOS

Merci de prendre un peu de votre temps pour répondre à ce questionnaire portant sur les activités de prévention et de promotion de la santé visant les enfants d'âge scolaire (6-11 ans) et leur entourage. Cette enquête se déroule dans le contexte d'une étude sur les services de prévention et de promotion de la santé en périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC du Québec. Elle porte autant sur les activités reliées au domaine de la santé qu'à celles du domaine social. Outre le présent questionnaire, quatre autres questionnaires ont été acheminés à votre CLSC et concernent respectivement :

- les activités de prévention et de promotion de la santé visant les enfants d'âge préscolaire (0 à 5 ans) et leur entourage;
- les activités de prévention et de promotion de la santé visant les jeunes (12 à 18 ans) et leur entourage;
- le développement communautaire et les actions de représentation (*advocacy*);
- les caractéristiques organisationnelles du CLSC.

Le présent questionnaire comprend trois sections. La première vise à dresser un inventaire des activités de prévention et de promotion offertes aux 6-11 ans et à leur entourage (parents, enseignants, etc.). La deuxième section vise à recueillir des informations sur les activités de développement ou de renforcement des habiletés sociales et de l'estime de soi. Enfin, la dernière section porte sur les ressources obtenues par votre CLSC dans le cadre de projets reliés à la prévention/promotion pour les enfants de 6 à 11 ans. Tout au long du questionnaire, il s'agira pour vous de documenter les activités offertes ou les ressources obtenues présentement ou au cours de la dernière année, par votre CLSC.

Nous vous rappelons que cette recherche vise à fournir un inventaire général des activités de prévention/promotion offertes en CLSC, et n'a pas comme objectif de recueillir des descriptions détaillées de ces activités.

Il est possible que certaines questions réfèrent à des informations que vous n'avez peut-être pas sous la main. Si tel est le cas, n'hésitez pas à vous faire aider par la personne que vous jugerez la plus appropriée.

Nous répondrons avec plaisir à toute question concernant ce questionnaire. N'hésitez pas à visiter notre site Internet (http://www.scinf.umontreal.ca/promo_clsc) ou à nous téléphoner aux numéros indiqués plus bas. Merci.

Jean-François Labadie
Agent de recherche
Tél.: 514-343-6111 #3164

Lucie Richard, Ph.D.
Chercheuse principale
Tél.: 514-343-7486



SECTION 1 : INVENTAIRE DES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION/PROMOTION : 6 À 11 ANS

La première section du questionnaire vise à dresser l'inventaire des activités ou services de prévention/promotion offerts par votre CLSC et qui pourraient avoir un impact sur la santé et le bien-être des enfants de 6-11 ans et de leur entourage. Les questions portent sur les 20 thèmes suivants :

- ❖ Décrochage/écart scolaire
- ❖ Développement du langage
- ❖ Violence
- ❖ Gestion du stress
- ❖ Abus physiques, psychologiques ou sexuels
- ❖ Activités pour enfants témoins de violence familiale
- ❖ Suicide
- ❖ Activités pour enfants de parents séparés
- ❖ Tabagisme
- ❖ Autres toxicomanies (incluant l'alcool)
- ❖ Alimentation
- ❖ Éveil/éducation à la sexualité
- ❖ Hygiène personnelle
- ❖ Hygiène dentaire
- ❖ Activité physique
- ❖ Immunisation
- ❖ Sécurité/traumatismes non-intentionnels
- ❖ Activités de soutien au développement de la compétence parentale
- ❖ Entraide en matière de gardiennage
- ❖ Promotion de la non-discrimination (sexuelle, ethnique, orientation sexuelle, personnes atteintes d'une maladie transmissible par le sang, etc.)
- Les activités liées au développement/renforcement des habiletés sociales et de l'estime de soi ne sont pas examinées dans cette liste mais font plutôt l'objet d'un traitement particulier dans la seconde section du questionnaire.
- Il est possible qu'une activité donnée puisse être reliée à plusieurs de ces thèmes. Dans un tel cas, vous pouvez toujours inscrire cette activité dans chacun des thèmes touchés en vous assurant de l'identifier chaque fois sous la même appellation.
- Si une activité donnée visait aussi les jeunes âgés de moins de 6 ans ou de plus de 11 ans, il y aurait lieu d'enregistrer également cette activité dans le ou les questionnaires pertinents.
- Afin de vous aider à compléter cet inventaire, vous trouverez dans les premières pages les consignes à suivre (pages 4 et 5) ainsi que trois exemples (pages 6 à 9).



Les consignes

ÉTAPE 1 : À la première étape, vous devrez indiquer si au moins une activité touchant le thème identifié en haut de chaque page est disponible sur votre territoire. Vous devrez considérer ici tout autant les activités offertes par le CLSC que celles offertes par d'autres organismes.

Ne pas oublier qu'il s'agit d'identifier les activités disponibles maintenant ou au cours de la dernière année. Si aucune activité touchant ce thème n'est disponible au cours de la période visée, passez au thème suivant. Si au moins une activité existe, passez à l'étape suivante.

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

ÉTAPE 2 : L'étape 2 consiste à préciser si le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une des activités touchant le thème identifié. Par "participation à l'offre de service" on entend une participation à la planification ou à la prestation de l'activité. Cette participation peut prendre plusieurs formes : soutien financier, prêt de locaux, de matériel, de ressources professionnelles... Toutefois, la référence de clientèle à des activités pour lesquelles le CLSC n'a aucune autre forme d'implication, est exclue de la présente définition de la "participation à l'offre de service". Si le CLSC n'est pas impliqué dans l'offre de service, passez au thème suivant. Si oui, passez à l'étape suivante.

Étape 2 : Le CLSC est-il impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant



Les consignes (Suite)

ÉTAPE 3 : À la troisième étape, vous devrez répondre à quatre questions.

- > Question 1 : Identifier chacune des activités offertes sur votre territoire et pour lesquelles le CLSC est impliqué dans l'offre de service. Dans le cas où l'activité n'a pas de nom précis, répéter simplement le nom du thème (ex : Immunisation).
- > Question 2 : Indiquer si c'est le CLSC ou un autre organisme qui est(sont) impliqué(s) dans la planification de l'activité. Vous pouvez cocher plus d'une réponse si la planification est faite de façon conjointe.
- > Question 3 : Indiquer si c'est le CLSC ou un autre organisme qui est(sont) impliqué(s) dans la prestation de l'activité. Vous pouvez cocher plus d'une réponse si la prestation est faite de façon conjointe.
- > Question 4 : Indiquer la clientèle visée par l'activité. La catégorie "Générale" réfère à l'ensemble de la population. Notez bien que les catégories "Pauvreté", "Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)" et "Autre" doivent être cochées uniquement si l'activité vise spécifiquement ces clientèles. Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethnique(s) minoritaire(s)
1- Question 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Question 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Question 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Question 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

Cette section vous permet de faire des remarques concernant les activités que vous avez identifiées. Si vous souhaitez nous donner davantage de détails ou préciser certains éléments, n'hésitez pas.



Les exemples

Dans le premier exemple (page 7), on note la disponibilité d'activités d'éveil à la sexualité sur le territoire du CLSC. On observe de plus que le CLSC est impliqué dans l'offre de service (planification ou prestation) d'au moins une de ces activités. L'activité "Éveil à la sexualité" est offerte en milieu scolaire. Elle est planifiée et dispensée par le CLSC et vise la population générale (tous les enfants du territoire).

Le deuxième exemple (page 8) concerne les ateliers de développement de la compétence parentale. On note la disponibilité de ce type d'activité sur le territoire du CLSC, et que ce dernier est impliqué dans la planification ou la prestation d'au moins une de ces activités. La première activité, les ateliers "Devenir parent", vise tous les parents du territoire. La planification et la prestation de cette activité est faite de façon conjointe par le CLSC et un autre organisme. Quant à la deuxième activité, une autre édition de "Devenir parent", elle vise les parents d'enfants de maternelle présentant des troubles de conduite. Cette activité est planifiée et dispensée par le CLSC uniquement.

Dans le troisième exemple (page 9), on constate qu'une ou des activités de prévention de l'échec scolaire sont disponibles sur le territoire. Toutefois, le CLSC n'est aucunement impliqué dans l'offre de service liée à ces activités et ce, même si des références peuvent y être faites. Il est important de rappeler que le fait de référer des clients à des activités planifiées et dispensées par un autre organisme n'implique pas - pour les fins de la présente recherche - que le CLSC soit impliqué dans l'offre de service. Dans ce genre de situation, veuillez passer à l'autre thème sans compléter la troisième étape.



Une ou des activités visant l'éveil à la sexualité ^{inven} sont disponibles sur le territoire du CLSC.

Premier exemple

Éveil à la sexualité

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui →
- Non →

Le CLSC est impliqué dans l'offre de service (planification ou prestation) d'au moins une de ces activités.

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui →
- Non →

L'activité est offerte à tous les enfants du territoire. Seul le CLSC est impliqué dans la planification et la prestation de cette activité.

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1- Éveil à la sexualité (école)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques :



Deuxième exemple

Des ateliers sont disponibles sur le territoire du CLSC.

Activités de soutien au développement de la compétence parentale

Étape 1. Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Le CLSC est impliqué dans l'offre de service (planification ou prestation) d'au moins une de ces activités.

Étape 2. Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Une première édition de "Devenir parent" vise tous les parents du territoire. Elle est planifiée et dispensée de façon conjointe par le CLSC et un autre organisme.

Étape 3. Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Autre (Précisez)
1- Devenir parent (1)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2- Devenir parent (2)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enf. maternelle/ Troub. conduite
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques :

La deuxième édition de "Devenir parent" vise les parents d'enfants de maternelle présentant des troubles de conduite. Elle est planifiée et dispensée par le CLSC uniquement.



Une ou des activités de prévention de l'échec ou du décrochage scolaire sont disponibles sur le territoire du CLSC.

Troisième exemple

Décrochage/échec scolaire

Étape 1. Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Le CLSC n'est aucunement impliqué dans l'offre de service (planification ou prestation) liée à ces activités. Et ce, même s'il peut y référer des clients. Le répondant passe donc au thème suivant.

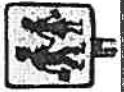
Étape 2. Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 3. Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques :





UN PETIT RAPPEL !

- Les activités liées au développement/renforcement des habiletés sociales et de l'estime de soi ne sont pas examinées dans cette liste mais font plutôt l'objet d'un traitement particulier dans la seconde section du questionnaire.
- Vous aurez peut-être besoin de consulter des collègues pour répondre à certaines questions ; n'hésitez pas à le faire.
- Il est possible qu'une activité donnée puisse être reliée à plusieurs des thèmes mentionnés. Dans un tel cas, vous pouvez toujours inscrire cette activité dans chacun des thèmes touchés en vous assurant de l'identifier chaque fois sous la même appellation.
- Si une activité donnée visait aussi les jeunes âgés de moins de 6 ans ou de plus de 11 ans, il y aurait lieu d'enregistrer également cette activité dans le ou les questionnaires pertinents.



Décrochage/échec scolaire

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Développement du langage

Étape 1 - Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 - Le CLSC est-il impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 - Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : _____



Violence

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Gestion du stress

Étape 1. Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2. Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3. Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION		PRESTATION			CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Abus physiques, psychologiques ou sexuels

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de services d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Activité pour enfants témoins de violence familiale

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION			PRESTATION			CLIENTELE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethniques(s) minoritaires(s)	Autre (Précisez)	
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Remarques : _____



Suicide

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISEE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : _____



Activité pour enfants de parents séparés

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Tabagisme

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité

	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISEE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques : _____



Autres toxicomanies (incluant l'alcool)

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Alimentation

Étape 1. Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
- Non** → Passez au thème suivant

Étape 2. Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
- Non** → Passez au thème suivant

Étape 3. Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethniques(s) minoritaires(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Hygiène personnelle

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTELE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes ethnique(s) minoritaire(s) Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : _____



Hygiène dentaire

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
- Non** → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
- Non** → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION			PRESTATION			CLIENTELE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)	
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Activité physique

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification, ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



Immunisation

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE MISEE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethnique(s) minoritaire(s)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : _____



Sécurité/traumatismes non-intentionnels

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3 Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION			PRESTATION			CLIENTELE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques : _____



Activités de soutien au développement de la compétence parentale

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement) ou au cours de la dernière année?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION			PRESTATION			CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)	
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Remarques : _____



Entraide en matière de gardiennage

Étape 1. Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2. Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3. Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

	PLANIFICATION			PRESTATION			CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)	
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques :



Promotion de la non-discrimination
(sexuelle, ethnique, orientation sexuelle, personnes atteintes d'une maladie transmissible par le sang, etc.)

Étape 1 : Est-ce qu'une ou des activités touchant ce thème sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 2 : Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui** → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 3 : Pour chacune des activités touchant ce thème, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION			PRESTATION			CLIENTÈLE VISÉE		
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupe(s) ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)	
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Remarques : _____



Activités non décrites plus haut

Si certaines de vos activités de prévention/promotion n'ont pu être décrites à l'intérieur des thèmes présentés précédemment, vous pouvez le faire sur cette page. Pour chacune des activités, identifiez les organisations impliquées dans la planification et dans la prestation de l'activité, ainsi que la clientèle visée.

	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques : _____





SECTION 2 : LES HABILITÉS SOCIALES ET L'ESTIME DE SOI

HABILITÉS SOCIALES

Dans cette page, nous nous intéressons aux activités dont **l'objectif principal a trait au développement ou au renforcement des habiletés sociales (affirmation de soi, communication, prise de décision, etc.)**.

Étape 1. Êtes-vous qu'une ou des activités touchant principalement le développement/renforcement des habiletés sociales sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 2. Êtes-vous que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
- Non → Passez au thème suivant

Étape 3. Pour chacune des activités touchant principalement le développement/renforcement des habiletés sociales, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes ethnique(s) minoritaire(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



ESTIME DE SOI

Dans cette page, nous nous intéressons aux activités dont l'objectif principal a trait au **développement ou au renforcement de l'estime de soi**.

Étape 1 Est-ce qu'une ou des activités touchant principalement le développement/renforcement de l'estime de soi sont disponibles sur le territoire de votre CLSC (présentement ou au cours de la dernière année)?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez au thème suivant

Étape 2 Est-ce que le CLSC est impliqué dans l'offre de service d'au moins une de ces activités?

- Oui → Passez à l'étape suivante
 Non → Passez à la page suivante

Étape 3 Pour chacune des activités touchant principalement le développement/renforcement de l'estime de soi, identifiez les organisations impliquées dans la planification ainsi que, dans la prestation, de même que la clientèle visée par l'activité.

NOM DE L'ACTIVITÉ	PLANIFICATION		PRESTATION		CLIENTÈLE VISÉE			
	CLSC	Autre(s) organisme(s)	CLSC	Autre(s) organisme(s)	Générale	Pauvreté	Groupes(s) ethniques(s) minoritaires(s)	Autre (Précisez)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Remarques : _____



DEUX DERNIÈRES QUESTIONS SUR L'ESTIME DE SOI...

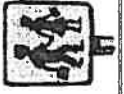
Concernant les activités de prévention/promotion de la santé pour les 6 à 11 ans, dans quelle mesure le développement/renforcement de l'estime de soi fait-il partie des stratégies d'intervention lors des différentes activités reliées aux thèmes suivants?

L'estime de soi est abordé ...	De façon systématique	Au besoin	Jamais	Activité non offerte
Échec/décrochage scolaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abus physiques et sexuels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suicide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxicomanies (incluant l'alcool)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éveil/éducation à la sexualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans le cadre des activités de prévention/promotion de votre CLSC, y a-t-il eu une réflexion sur l'objectif de développer ou de renforcer l'estime de soi des enfants de 6 à 11 ans ?

- Non
 Oui →

Précisez les démarches entreprises : _____





SECTION 3 : LES RESSOURCES OBTENUES POUR LA PRÉVENTION/PROMOTION CHEZ LES ENFANTS DE 6 -11 ANS

Cette troisième section porte sur les ressources obtenues par votre CLSC dans le cadre de projets reliés à la prévention/promotion chez les enfants de 6 à 11 ans.

Question 1- Au cours de la dernière année, votre CLSC a-t-il reçu une aide spéciale* (ressources matérielles, humaines ou financières) de la région régionale (incluant la Direction de la santé publique) dans le but d'implanter, de poursuivre ou d'évaluer des projets en matière de prévention/promotion pour les enfants de 6 à 11 ans?

- Non
- Oui (Complétez le tableau suivant)

*Par aide spéciale, nous entendons les ressources ne s'inscrivant pas à l'intérieur du budget de fonctionnement régulier reçu de la région régionale.

Nom du projet	Quelle direction de la région régionale?	Clientèle visée	Type d'aide reçue			Valeur (\$) approximative
			Ressources financières	Ressources humaines	Ressources matérielles	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



Les ressources obtenues pour la prévention/promotion chez les enfants de 6 à 11 ans

Question 2- Au cours de la dernière année, votre CLSC a-t-il reçu une aide (ressources matérielles, humaines ou financières) de d'autres sources (MSSS, PACE, compagnies pharmaceutiques, etc.) dans le but d'implanter, de poursuivre ou d'évaluer des projets en matière de prévention/promotion pour les enfants de 6 à 11 ans?

- Non
 Oui (Complétez le tableau suivant)

Nom du projet	Source	Clientèle visée	Type d'aide reçue			Valeur (\$) approximative
			Ressources financières	Ressources humaines	Ressources matérielles	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Question 3- Au cours de la dernière année, votre CLSC a-t-il reçu (seul ou en collaboration avec d'autres organismes) des subventions afin de réaliser ou de participer à des projets de recherche en matière de prévention/promotion pour les enfants de 6 à 11 ans?

- Non
 Oui (Complétez le tableau suivant)

Nom du projet	Source	Clientèle visée	Type d'aide reçue			Valeur (\$) approximative
			Ressources financières	Ressources humaines	Ressources matérielles	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



VOS COMMENTAIRES

Dans cette dernière section, vous pouvez, si vous le souhaitez, nous faire part de vos commentaires concernant le questionnaire ou le projet dans son ensemble.

Encore une fois, nous vous remercions de l'attention que vous avez portée à ce questionnaire. Votre collaboration est grandement appréciée.



**Appendice B -
Corrélations entre les variables associées à l'offre combinée de service et dont le
seuil de signification est inférieur à 0,25**

Corrélations entre les variables indépendantes continues associées à l'offre combinée de services et dont le seuil de signification au test bivarié est inférieur à 0,25

		Dépenses totales EJF et SP	Nombre de postes EJF
Dépenses totales EJF ¹ et SP ²	Corrélation de Pearson	1,00	0,903
	Sig. (2 tailed)	,	0,00
	N	92	92
Nombre de poste EJF	Corrélation de Pearson	0,903	1,00
	Sig. (2 tailed)	0,00	,
	N	92	92

¹ Enfance-Jeunesse-Famille

² Santé publique

Corrélations entre les variables indépendantes continues et catégorielles associées à l'offre combinée de services et dont le seuil de signification au test bivarié est inférieur à 0,25

	Dynamisme des organismes communautaires		t	Valeur P
	• Faible	• Fort		
	Moyenne			
Dépenses totales	1 067 203	1 141 729	-0,638	0,53

**Appendice C -
Corrélations entre les variables associées à l'intégration de l'estime de soi et dont
le seuil de signification inférieur à 0,25**

Corrélations entre les variables indépendantes continues associées
à l'intégration de l'estime des soi et dont le seuil de signification
au test bivarié est inférieur à 0,25

		Dépenses totales EJF et SP	Dépenses totales EJF	Dépenses totales SP	Dépenses totales per capita EJF et SP	Dépenses totales per capita SP	Nombre de postes EJF	Pop. totale	Propor. de 6-11 ans
Dépenses totales EJF ¹ et SP ²	Pearson ³	1,00	0,94	0,97	-0,11	-0,19	0,90	0,81	0,16
	Sig. ⁴	,	0,00	0,00	0,29	0,06	0,00	0,00	0,13
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Dépenses totales EJF	Pearson	0,94	1,00	0,84	0,01	-0,16	0,94	0,71	-0,20
	Sig.	0,00	,	0,00	0,94	0,13	0,00	0,00	0,06
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Dépenses totales SP	Pearson	0,97	0,84	1,00	-0,19	-0,21	0,82	0,82	-0,12
	Sig.	0,00	0,00	,	0,08	0,05	0,00	0,00	0,27
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Dépenses totales per capita EJF et SP	Pearson	-0,11	0,01	-0,19	1,00	0,94	0,02	-0,53	-0,48
	Sig.	0,29	0,94	0,08	,	0,00	0,86	0,00	0,00
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Dépenses totales per capita SP	Pearson	-0,19	-0,16	-0,21	0,94	1,00	0,12	0,57	0,41
	Sig.	0,06	0,13	0,05	0,00	,	0,26	0,00	0,00
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Nombre de postes EJF	Pearson	0,90	0,94	0,82	0,02	0,12	1,00	0,71	-0,22
	Sig.	0,00	0,00	0,00	0,86	0,26	,	0,03	0,03
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Population totale	Pearson	0,81	0,71	0,82	-0,53	0,57	0,71	1,00	0,07
	Sig.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	,	0,50
	N	92	92	92	92	92	92	92	92
Proportion de 6-11 ans	Pearson	0,16	-0,20	-0,12	-0,48	0,41	-0,22	0,07	1,00
	Sig.	0,13	0,06	0,27	0,00	0,00	0,03	0,50	,
	N	92	92	92	92	92	92	92	92

¹ Enfance-Jeunesse-Famille

² Santé publique

³ Corrélation de Pearson

⁴ Sig. 2 tailed

Corrélation entre les variables indépendantes catégorielles associées à l'intégration de l'estime de soi et dont le seuil de signification au test bivarié est inférieur à 0,25

		Dynamisme des organismes communautaires		Valeur P
		• Faible	• Fort	
Indice de collaboration	Proportion			0,00
	• Faible	90,9	8,9	
• Fort	9,1	91,1		

Corrélations entre les variables indépendantes continues et catégorielles associées à l'intégration de l'estime de soi et dont le seuil de signification au test bivarié est inférieur à 0,25

		Dynamisme des organismes communautaires		t	Valeur P
		• Faible	• Fort		
		Moyenne			
Dépenses totales	1 067 203	1 141 729	-0,638	0,53	
Population totale	51 922	50 364	0,238	0,81	
Proportion des 6-11 ans	6,49	6,22	1,020	0,31	

