

**La santé mentale à l'école :
« Apprivoiser la complexité! »
Évaluation d'une
formation-accompagnement**

Garine Papazian-Zohrabian
Université de Montréal

Cécile Rousseau
Université McGill

Danielle Roy
Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys

Maria J. Arauz
Équipe de recherche et intervention transculturelle

Audrey Laurin-Lamothe
Université du Québec à Montréal

Résumé

Cet article présente l'évaluation en méthode mixte d'une formation-accompagnement en santé mentale à l'école, proposée aux enseignants, aux équipes-écoles et à leurs partenaires des Centres de santé et des services sociaux (CSSS). Les résultats démontrent que la formation a augmenté le sentiment de compétence des participants quant à leurs interventions, leur confort par rapport aux décisions partagées avec leurs partenaires et leur motivation face aux collaborations interdisciplinaires. Ces résultats suggèrent que cette formation peut améliorer l'arrimage entre les milieux de l'éducation et de la santé face aux problèmes de santé mentale des jeunes à l'école.

Mots-clés : accompagnement des élèves en difficulté, développements de réseaux, formation continue des enseignants, partenariat, santé mentale des jeunes

Abstract

This paper presents the mixed-method research evaluation of an in-school mental health training program for teachers, their support teams, and their local health partners. Results show that the training program increased the participants' sense of competence concerning their interventions, their level of comfort regarding decisions shared with their local partners, and their motivation towards an interdisciplinary collaboration. Results suggest that this training program may improve collaboration between the education and health sectors regarding youth mental health problems at school.

Keywords: network development, partnership, support for students with difficulties, training programs for teachers, youth mental health

Introduction

L'école offre un cadre propice pour la promotion de la santé mentale et du bien-être psychologique des élèves, ainsi que pour la prévention, la détection rapide et la prise en charge des psychopathologies infantiles. De fait, elle constitue une première ligne en santé mentale et favorise, si nécessaire, l'accès aux services plus spécialisés (Adelman &

Taylor, 1999). Les défis majeurs rencontrés par le milieu scolaire pour assurer ce rôle sont le manque de ressources humaines, les difficultés liées à l'évaluation psychologique des jeunes et la formation des professionnels (Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 1999).

Aux États-Unis, la prévalence de problèmes de santé mentale associés à une dysfonction est de 9,5 à 14,2 % pour les enfants de moins de 5 ans, et de 21 % pour les enfants de 6 à 17 ans (Brauner & Stephens, 2006; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005). De plus, jusqu'à 16,1 % des enfants et des adolescents présentent des problèmes d'adaptation importants, sans toutefois se qualifier pour un diagnostic DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Foy, 2010). Au Canada et au Québec, les prévalences sont comparables, autour de 20 %, soit un enfant sur cinq (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a; Waddell, McEwan, Shepherd, Offord, & Hua, 2005), et le suicide demeure la première cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 19 ans. Malgré cela, au Canada, seulement de 10 à 25 % des jeunes reçoivent des traitements pour ces problèmes (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord, & Hua, 2005). Face à cette situation que l'on retrouve dans d'autres pays, comme l'Australie, Hickie, Fogarty, Davenport, Luscombe et Burns (2007) soulignent la nécessité de mobiliser les différents milieux de vie des jeunes, en particulier les écoles, autour de l'organisation des services en santé mentale jeunesse. Ceci pose un défi particulièrement important dans le cas de populations vulnérables à cause de leur statut socioéconomique ou de leur ethnicité (Kataoka, Stein, Nadeem, & Wong, 2007) qui restreignent leur accès aux services existants.

Au Québec, un projet régional interdisciplinaire et intersectoriel intitulé *La santé mentale à l'école : « Apprivoiser la complexité! »* a été créé par le milieu scolaire en collaboration avec le milieu de la santé, afin de relever ce défi. Depuis trois ans, ce projet propose chaque année à des enseignants et professionnels de certaines écoles francophones de Montréal, ainsi qu'à leurs partenaires des milieux de la santé et des services sociaux, un programme de formation continue. Ce projet vise à augmenter le sentiment de compétence des milieux scolaires face aux problèmes de santé mentale et à soutenir la création de partenariats solides pour accompagner les jeunes et les familles qui en ont besoin. La présente recherche évalue dans quelle mesure cette formation a atteint ces objectifs.

De nombreuses études et guides de pratique identifient la qualité du partenariat et la multidisciplinarité comme des facteurs essentiels à la réussite des soins de première ligne en santé mentale. Une revue systématique de la littérature sur les déterminants d'un

partenariat réussi distingue plusieurs groupes de facteurs dont les processus interpersonnels et interprofessionnels, et les conditions organisationnelles (San Martin Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Parmi les facteurs facilitants aux niveaux *interpersonnel et interprofessionnel*, on retrouve l'établissement d'une relation de confiance et de respect mutuel (Craven & Bland, 2006; Gerardi & Fontaine, 2007; Van Eyk & Baum, 2002). Les professionnels doivent apprendre à mieux se connaître et à développer une compréhension commune de leurs expertises et de la complémentarité de leurs rôles, être réceptifs à la collaboration et croire en ses bénéfices (Byng & Jones, 2004; Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002). Les différents acteurs doivent fréquemment avoir l'opportunité de partager leurs idées, de confronter leurs hypothèses et de comprendre les points de vue des autres (Gask, 2005), sachant que la communication en face à face favorise l'établissement de la relation de confiance (Craven & Bland, 2006). Le *contexte organisationnel* joue un rôle crucial : les structures hiérarchiques verticales favorisent moins la collaboration que les structures plus horizontales; une philosophie organisationnelle qui valorise la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance est propice aux pratiques en collaboration (Glisson, Hemmelgarn, Green, & Williams, 2013). Le leadership, la capacité d'un système à faciliter la concertation et les ressources (ex. : soutien administratif, temps) sont des enjeux importants pour la pérennité des projets de collaboration (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a, 2001b; Rousseau, Ammara, Baillargeon, Lenoir, & Roy, 2007; San Martin Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005; Singh, Rousseau, Lacroix, & Bagilishya, 2002; Van Eyk & Baum, 2002). La confiance dans le partenariat se développe au travers de l'expérimentation de la concertation, d'une appropriation des nouveaux rôles et du développement d'un sentiment de compétence dans ceux-ci (Nadeau & Séguin, 2008). Mais la mise en place de partenariats n'est pas facile. Elle est souvent une source de tensions multiples, entre autres, à cause des luttes de pouvoir interprofessionnelles ou interinstitutionnelles (D'amours, Sicotte, & Lévy, 1999; Lecompte, 2003; Osher, 2002; Osher & Osher, 2002; Rivard & Morrissey, 2003; Valette, 1999) qui ont une incidence sur la relation entre les professionnels et leur clientèle (Gagnier, Proulx, Belley, & Lachapelle, 2000; Jourdan-Ionescu, 2001; Puura et al., 2002). Pour amener les enseignants et les professionnels travaillant dans les milieux scolaires et de santé à créer des partenariats solides pour accompagner les élèves sur le plan de la santé mentale, il était donc important de penser à une activité formatrice et génératrice de développement partenarial.

Le projet : Une formation en santé mentale à l'école

Sous la coordination du service régional de soutien et d'expertise en Santé mentale/ psychopathologie de la région de Montréal, un comité régional du milieu scolaire s'est associé à des partenaires en santé afin de codévelopper un programme de formation continue en santé mentale à l'école. La formation est conçue et animée par une équipe interdisciplinaire et interinstitutionnelle constituée de formateurs de chaque territoire impliqué. Cette équipe crée des contenus qui s'appuient sur des balises de base conçues et structurées de façon commune pour répondre aux objectifs de la formation. L'équipe de formateurs tient cependant compte également des caractéristiques locales et des besoins particuliers des cohortes formées.

La formation au volet 1 vise deux objectifs principaux. Le premier objectif est d'accompagner le développement des compétences professionnelles du personnel enseignant afin de l'aider, dans sa mission éducative, à faire face aux problèmes parfois complexes d'adaptation et de santé mentale des jeunes à l'école. Les contenus visent trois niveaux de savoirs : des savoirs plus théoriques (santé mentale/pathologie, développement/attachement, motivation/engagement, réalité transculturelle), des savoirs-faire (approche, démarche d'analyse et d'intervention — universelles et ciblées —, outils) et un savoir-être (modélisation dans l'animation et activités expérientielles). Ces savoirs tiennent compte de la pédagogie comme outil privilégié et spécifique au milieu scolaire pouvant renforcer les forces des jeunes et leur sentiment d'appartenance et d'inclusion scolaire et sociale.

Le deuxième objectif de la formation est de créer autour de l'enseignant un « filet de sécurité » bien arrimé afin de favoriser un sentiment de soutien face à une tâche parfois lourde, et d'apporter un soutien à tous les acteurs impliqués. Le filet de sécurité est constitué de l'équipe-école et de partenaires locaux impliqués auprès du jeune ou de sa famille. La participation active des intervenants dans la formation favorise l'appropriation d'un langage, d'une réflexion et d'actions communes à partir d'un partage d'éléments théoriques et pratiques et de mises en situation. Elle peut ainsi permettre de développer une véritable communauté apprenante entre partenaires.

Ce soutien se conçoit comme appui direct à la réalisation de la mission éducative de l'enseignant et du milieu scolaire (instruire, socialiser, qualifier). Par ces moyens, l'hypothèse de recherche posée est qu'un réseau de collaboration se tissera durant la formation entre les intervenants scolaires et de santé (approche écosystémique).

La formation en santé mentale à l'école (volet 1), évaluée ici, a eu lieu durant les années scolaires 2011-2012 et 2012-2013. Chaque année, elle a été offerte à trois cohortes (une par commission scolaire) formée chacune par deux équipes-écoles et leurs partenaires locaux des CSSS, pour un total de 15 à 20 intervenants par cohorte, à raison de cinq ou six demi-journées par cohorte.

Objectifs

Cette recherche évaluative avait deux objectifs principaux : 1) évaluer les retombées de la formation continue sur le partenariat entre les écoles et leur réseau de soutien (commissions scolaires et services de santé) et 2) évaluer l'effet de la formation sur la transformation des perceptions des participants au sujet de leur sentiment de compétence, de leur rôle et de leur impression d'avoir du soutien face à des élèves ayant des problèmes de santé mentale.

Le but de cette évaluation était de comprendre l'utilité de ce volet de la formation au sujet de la transformation des perceptions sur les compétences et au sujet du rôle des professionnels vis-à-vis des problèmes de santé mentale dans le milieu de l'éducation. Elle visait aussi à documenter les processus permettant une mise en place de partenariats réussis et facilitant les adaptations aux caractéristiques des communautés locales. Les résultats permettront aux décideurs des milieux scolaires et de santé d'émettre des recommandations au sujet de la finalisation du programme de formation, avant sa dissémination éventuelle vers d'autres milieux de la région.

Méthodologie

Participants

La contribution à cette étude a été proposée à tous les participants des formations : enseignants, membres d'équipes-écoles et partenaires locaux des CSSS de la région montréalaise. Ils ont tous été invités à participer à un sondage en ligne (Lime Survey) avant la formation puis après celle-ci, et ont consenti à l'enregistrement et à l'observation des séances de formation par l'assistante de recherche. Il n'y a pas eu de refus de

participation, le taux de réponse au sondage était de 83,5 %. Toutefois, à cause de la mobilité du personnel, certaines personnes ont répondu uniquement au T1 (temps 1 – pré-formation) ou au T2 (temps 2 – postformation).

L'échantillon de répondants au sondage était composé de 63 participants : 28 personnes suivies entre les temps 1 et 2 pour l'année scolaire 2011-2012 et 35 personnes suivies aux deux temps durant l'année 2012-2013 (échantillon pairé n=63) (les données manquantes expliquent la variation des échantillons dans les tableaux). L'échantillon était constitué à 85,7 % d'intervenants du milieu scolaire (personnel enseignant, direction et professionnels) et à 14,3 % d'intervenants du milieu de la santé et des services sociaux (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues et psychoéducateurs des CSSS) (tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

	<i>N</i>	%
Occupation		
Enseignant/enseignante	23	36,5
Personnel de soutien : technicien/technicienne en éducation spécialisée (TES)	8	12,7
Professionnel/professionnelle du milieu scolaire (école ou commission scolaire)	14	22,2
Directeur/directrice	9	14,3
Professionnel/professionnelle de la santé et des services sociaux du CSSS à l'école ou du CSSS	9	14,3
Sexe		
Homme	11	17,5
Femme	52	82,5
Âge		
20 à 29 ans	6	9,5
30 à 39 ans	27	42,9
40 à 49 ans	17	27,0
50 à 59 ans	12	19,0
60 ans et plus	1	1,6
Né(e) au Canada		
Oui	57	90,5
Non	6	9,5

Devis méthodes mixtes

La combinaison des méthodes quantitatives et qualitatives est recommandée pour certains types de recherches évaluatives, surtout l'évaluation de nouveaux programmes (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007; Rallis, & Rossman, 2003). Les évaluations quantitatives examinent les associations de facteurs, tandis que les évaluations qualitatives fournissent des données descriptives détaillées relatives à un phénomène complexe (Pluye, Nadeau, Gagnon, Grad, Johnson-Lafleur, & Griffiths, 2009). En ayant recours à la méthode mixte pour l'évaluation de ce projet, nous visons à mesurer les changements induits par la formation, tout en documentant les processus éventuellement associés à ceux-ci. Nous avons ainsi combiné une évaluation quantitative utilisant des mesures de la qualité du partenariat et une évaluation qualitative s'intéressant aux dynamiques partenariales et à leur évolution.

Recueil des données quantitatives.

Les perceptions des participants à l'égard de leur rôle et de leurs capacités face aux problèmes de santé mentale et face au soutien disponible ont été mesurées par le biais d'un questionnaire en ligne (Lime Survey). Le questionnaire comportait aussi des questions d'ordre sociodémographique, des questions sur leurs perceptions de la formation et leurs recommandations, ainsi que deux instruments de mesure de la qualité du partenariat (Rousseau, Laurin-Lamothe, Nadeau, Deshaies, & Measham, 2012).

Le questionnaire était composé de 62 questions sur une échelle de Likert de cinq ou sept points (allant de fortement en accord à fortement en désaccord) et de quelques questions à choix multiples. Il s'adressait à tous les participants assistant aux formations. Ce questionnaire avait été préalablement testé afin de s'assurer que le temps alloué à la passation soit acceptable (maximum 20 minutes), et que la structure générale et le vocabulaire utilisé soient adéquats. Des changements mineurs ont par la suite été apportés au vocabulaire.

Les participants ont répondu au sondage environ une semaine avant la formation (temps 1) et environ trois semaines après (temps 2). Le même sondage a été utilisé par chacune des cohortes, aux deux années scolaires de l'étude. Des courriels d'invitation et de rappel (trois) contenant le lien URL pour accéder au sondage ont été envoyés. Les

réponses au questionnaire étaient strictement confidentielles. L'étude avait reçu l'approbation du comité d'éthique à la recherche du CSSS de la Montagne.

Instruments.

Mesurer la qualité du partenariat et de ses retombées en matière d'intégration des services et d'effet sur l'évolution clinique est complexe (Ahgren & Axelsson, 2005; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Rodriguez & des Rivières-Pigeon, 2007). Nous avons utilisé deux échelles à cet effet :

1. **PINCOM-Q.** Le *Perception of Interprofessional Collaboration Model questionnaire* (PINCOM-Q) a été élaboré par Ødegård (2006) pour mesurer la collaboration interprofessionnelle en santé mentale jeunesse (SMJ). Cet instrument a été édifié à partir d'une revue de littérature qui identifie les dimensions essentielles de la collaboration en SMJ. Il s'est révélé valide et fiable pour mesurer l'évolution des perceptions relativement au partenariat chez les professionnels en SMJ en Norvège (Ødegård & Strype, 2009) et au Québec (Rousseau, Laurin-Lamothe, Nadeau, Deshaies, & Measham, 2012). Dans le cadre de cette étude, la cohérence interne du PINCOM-Q était de $\alpha = 0,74$.
2. **ÉCD-M.** L'échelle de confort décisionnel (ÉCD-M) est un instrument qui permet de mesurer le niveau du confort des intervenants autour d'une situation clinique dans un contexte francophone (Légaré, Graham, O'Connor, Dolan, & Bélanger-Ducharme, 2003). Le concept de prise de décision partagée, initialement conçu pour promouvoir l'appropriation du pouvoir par les patients et les familles, est également utile pour mesurer la participation aux décisions de tous les acteurs autour de situations cliniques (Légaré et al., 2008). Dans notre étude, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,85 pour l'échelle ÉCD-M.

Ces deux échelles mesurent de façon complémentaire les perceptions au niveau du partenariat dans sa dimension interprofessionnelle et face à des situations concrètes (la formulation d'un plan d'intervention et le processus de réseautage qui l'accompagne) (Légaré et al., 2011). Dans le cadre d'une étude sur la mise en place du Plan d'action en santé mentale dans la région montréalaise (Rousseau, Laurin-Lamothe, Nadeau, Deshaies, & Measham, 2012), ces deux échelles se sont révélées être modérément corrélées ($R = 0,411$), indiquant qu'elles mesurent des construits associés mais distincts, d'où l'utilité de les utiliser de façon complémentaire.

Analyse des données quantitatives.

Nous avons fait d'abord une analyse descriptive des profils sociodémographiques des participants et des différents types de soutien perçu par les intervenants. Par la suite, nous avons procédé à des analyses de comparaisons de moyennes (Test-*t*) pour échantillons appariés (temps 1 c. temps 2) en regroupant les deux cohortes (2011-2012 et 2012-2013).

Recueil des données qualitatives.

L'utilisation d'une approche qualitative visait à documenter la transformation éventuelle des perceptions des intervenants vis-à-vis de leur pratique professionnelle et vis-à-vis des relations partenariales, de même qu'à évaluer les collaborations interprofessionnelles et interinstitutionnelles autour d'enjeux cliniques. Les données qualitatives proviennent de l'observation des séances de formation. La multiplicité des sites (3) et des séances (4-6) de formation, ainsi que le nombre important de participants (15 à 20 par site) nous ont permis de constituer un corpus important pour des situations concomitantes.

La fréquence et le contenu des échanges et des interactions de groupe au sein des formations ont été documentés de façon à comprendre comment ces derniers évoluaient et se transformaient au fil des formations. Lors des observations participantes, nous avons noté toutes les communications verbales (enregistrées et transcrites) ou non verbales portant d'une manière directe ou indirecte sur la participation des enseignants et des professionnels à la formation proposée, ainsi que sur les formes de partenariat existant entre les institutions impliquées.

Analyse des données qualitatives.

Une analyse de contenu conventionnelle a été effectuée (Hsieh & Shannon, 2005; McMillan et Schumacher, 2005; Miles & Huberman, 1994). Une grille de codage a été composée selon les thèmes qui ont émergé concernant la participation des individus et les relations partenariales (codage inductif). Créer et adhérer à un schème de codage augmente la fiabilité (ou validité) de l'étude (Hsieh & Shannon, 2005).

En ce qui concerne la participation, nous avons relevé toutes les situations de participation active négative (discours négatif sur la formation, le projet), de participation passive négative (désintérêt envers la formation et non-participation aux discussions), de participation passive positive (intérêt évident envers les sujets présentés sans participation directe) et de participation active positive (motivation, intérêt évident, participation aux discussions). En ce qui a trait au partenariat, nous avons relevé tous les cas et toutes

les expressions soulignant l'existence d'un partenariat actif négatif (conflits interinstitutionnels), d'un partenariat passif négatif (partenariat inexistant), d'un partenariat passif positif (l'existence d'une intention positive, mais sans actions réelles) et d'un partenariat actif positif (échanges et collaboration réelle autour de cas cliniques, projets communs ou partagés). Tout au long du dépouillement des résultats, nous avons également été attentifs aux transformations positives qui ont été directement ou indirectement générées par la formation ainsi qu'à la place du partenariat dans le discours des formateurs.

Résultats

Résultats de l'évaluation quantitative

Rôle des intervenants en milieu scolaire.

La formation a augmenté significativement le sentiment de compétence des intervenants scolaires et de santé quant à leur intervention auprès des élèves avec des problèmes de santé mentale ($t(60) = 4,11$; $p < 0,0001$) (tableau 2). Tant chez les intervenants du milieu scolaire que chez ceux du milieu de la santé, on observe au temps 2 une augmentation significative de l'impression d'avoir un rôle à jouer auprès des élèves de leur école présentant des problèmes de santé mentale ($t(61) = 2,23$; $p = 0,029$) et d'avoir accès à du soutien lorsqu'ils doivent intervenir auprès d'eux ($t(61) = 2,04$; $p = 0,046$) (tableau 2).

Tableau 2. Rôle des intervenants en milieu scolaire ($N = 62$)

Item	Temps	Score moyen	Écart-type	t	p
<i>J'ai l'impression d'avoir les compétences nécessaires pour intervenir lorsque les élèves présentent des problèmes de santé mentale.</i>	1	3,07	1,46	4,11	<0,0001*
	2	2,31	0,98		
<i>De façon générale, j'ai l'impression d'avoir un rôle auprès des élèves présentant des problèmes de santé mentale.</i>	1	1,82	0,95	2,23	0,029*
	2	1,52	0,86		
<i>J'ai l'impression d'avoir accès à du soutien lorsque je dois intervenir auprès des élèves ayant des problèmes de santé mentale.</i>	1	2,53	1,10	2,04	0,046*
	2	2,24	1,08		

Un score faible indique un plus grand accord avec l'énoncé

* $p < 0,05$

Soutien perçu par les intervenants. Les intervenants du milieu scolaire se sentent principalement soutenus, d'abord par leur équipe-école (direction, enseignants, professionnels, etc.) (87 %), puis par le CSSS (49 %) et enfin par les équipes soutien-conseil peu impliquées directement dans la formation ou par une autre équipe de la commission scolaire (37 %) (tableau 3).

Tableau 3. Types de soutien perçu concernant les interventions auprès des élèves avec des problèmes de santé mentale

Ce soutien provient de...	<i>Intervenants du milieu scolaire</i>			<i>Intervenants du milieu de la santé</i>		
	Temps	N	%	Temps	N	%
Équipe de l'école (direction, enseignant(e)s, professionnel(le)s, etc.)	1	51	85,0	1	1	33,3
	2	53	88,3	2	0	0
CSSS/CLSC	1	30	50,0	1	1	33,3
	2	29	48,3	2	1	33,3
Équipe répit-conseil, équipe-relais ou autre équipe de la commission scolaire	1	19	31,7	1	0	0
	2	25	41,7	2	1	33,3

Perception du travail en partenariat. La formation a augmenté significativement le confort par rapport aux décisions partagées ($t(61) = 3,12; p = 0,003$) pour l'ensemble des participants du milieu scolaire et de la santé (tableau 4). Les intervenants se sentent donc plus à l'aise avec les décisions prises en partenariat au sujet des interventions avec les élèves présentant des difficultés de santé mentale. De plus, la formation a légèrement augmenté la perception positive des collaborations interdisciplinaires, quoique cette augmentation ne soit pas statistiquement significative ($t(60) = 0,91; p = 0,367$). Néanmoins, les participants sont beaucoup plus motivés par une collaboration interdisciplinaire après avoir suivi la formation ($t(60) = 3,81; p < 0,0001$) (tableau 5).

Tableau 4. Score de l'échelle de confort décisionnel (ÉCD-M) ($N = 62$)

	Temps	Score moyen	Écart-type	t	p
Score total	1	30,44	8,83	3,12	0,003*
	2	26,82	6,51		

Un score faible indique un plus grand confort décisionnel

* $p < 0,05$

Tableau 5. Scores de l'échelle de collaboration interdisciplinaire (PINCOM-Q) – aspects individuels

Sous-échelle	Temps	Score moyen	Écart-type	<i>t</i>	<i>p</i>
Motivation (<i>N</i> = 61)	1	5,76	2,20	3,81	<0,0001*
	2	4,85	2,06		
Attentes vis-à-vis du rôle (<i>N</i> = 61)	1	12,52	3,47	1,14	0,259
	2	11,95	3,53		
Type de personnalité (<i>N</i> = 48)	1	11,06	5,05	-1,81	0,076
	2	12,14	5,17		
Pouvoir professionnel (<i>N</i> = 49)	1	8,26	4,01	-1,12	0,267
	2	8,84	4,11		
<i>Score total</i>	1	37,36	11,20	0,91	0,367
	2	36,29	12,98		

Un score faible indique une perception individuelle plus positive de la collaboration.

**p* < 0,05

Résultats de l'évaluation qualitative

L'analyse des observations de toutes les formations (4-6) des trois sites impliqués dans la recherche nous a permis d'identifier les éléments favorisant et défavorisant la participation des enseignants et des professionnels aux formations proposées dans le cadre de ce projet, ainsi que ceux favorisant et défavorisant la création de relations partenariales entre les milieux éducatifs et ceux de la santé et des services sociaux.

La transformation des perceptions.

Les résultats qualitatifs rejoignent les résultats quantitatifs en ce qui concerne l'augmentation du sentiment de compétence des intervenants scolaires auprès des élèves avec des problèmes de santé mentale. De nombreux participants, surtout des enseignants, ont souligné que la formation leur avait permis de mieux comprendre les problèmes de santé mentale des jeunes et de mieux cerner leur rôle dans la détection et l'accompagnement des enfants.

À la première rencontre, le pédopsychiatre c'était big [sic], j'étais intimidée. Je me rends compte que c'est un intervenant comme tant d'autres. Ça nous a mis comme à un autre niveau. [...] Il y a des choses que juste moi je vais pouvoir aller chercher chez l'élève. Ça m'implique plus. Je comprends plus mon rôle. (Enseignante, 2012)

Éléments favorisant et défavorisant la participation

Le mode de recrutement des participants.

L'assignation de certains participants au projet sans les consulter ni leur expliquer le projet a eu une influence clairement négative sur leur participation et le climat général de la cohorte. Malgré les efforts des formateurs et la participation positive de leurs pairs, certains participants désignés d'office sont restés démotivés, tandis que les participants ayant choisi de participer à la formation se sont révélés plus dynamiques et plus ouverts aux changements.

Le leadership de la direction.

Le fait que la direction, partenaire incontournable dans cette formation, soit engagée dans le projet de formation a joué un rôle important et pouvait amoindrir l'effet négatif de la désignation des participants, en plus d'avoir un effet dynamisant à cause des répercussions importantes de son leadership sur les relations internes à l'école.

Je me rends compte que j'ai une belle équipe, une belle expertise. [...] C'est une belle occasion pour dire « BRAVO » à mon équipe. Ce n'est pas facile, cette année, on avait beaucoup d'élèves avec des problèmes de santé mentale. C'est exigeant, ça use la patience, mais je pense qu'on fait vraiment une équipe, on se relève chacun par son expertise. (Directrice, 2012)

Le choix des thèmes et l'animation pédagogique.

La participation a toujours été plus activement positive lors des activités pratiques ou des discussions de cas. Par exemple, une enseignante a exprimé son souhait de continuer avec des discussions de cas : « J'aurais aimé pouvoir revivre d'autres situations 'd'étude de

cas' en équipe. » Les discussions autour de cas cliniques développent des compétences d'analyse et créent une ambiance propice à l'engagement des participants. Les présentations théoriques favorisent plutôt une participation passive.

Dans un cas en particulier, malgré la démotivation de certains participants, la formation sur la thématique de la transculturalité et l'animation proposée ont mobilisé tout le groupe.

Chaque fois qu'on se voyait, par exemple à la séance du transculturel, j'avais le goût de parler du cas. C'était le lieu pour en parler, parce qu'on ne peut pas toujours à l'école. [...] Chaque fois qu'on parlait d'un thème, ça collait à notre cas. On aurait voulu en parler plus. (Enseignante, 2012)

Une autre participante expliquait que les thèmes proposés par les animateurs, surtout celui sur la transculturalité, étaient pertinents dans leur contexte d'enseignement.

Ma préoccupation c'est que ça soit concret. Ça fait quelque temps que j'enseigne; des formations, j'en ai eu. La première fois qu'on s'est rencontrés (cueillette de besoins), qu'on parlait de notre vécu, je trouvais ça long. La [sic] deuxième et troisième fois, j'ai commencé à trouver ça plus concret au niveau de l'attachement, détachement. Ça colle à ma réalité d'enseignant. Le transculturel a été mon volet préféré, plus concret. (Enseignante, 2012)

La dynamique interinstitutionnelle (CSSS-CS) et l'hétérogénéité des groupes.

Au début, l'hétérogénéité a été perçue par les organisateurs et les formateurs comme un élément défavorisant la dynamique participative. En effet, l'inégalité des savoirs entre professionnels rendait difficile l'animation et défavorisait la participation. Aussi, le manque de clarté de certains professionnels face à leur rôle influençait négativement leur participation. Cependant, au fil du temps, les dynamiques interécoles et interinstitutions se sont révélées être des atouts. Les discussions en général, et les discussions en grands groupes autour de cas cliniques en particulier s'enrichissent des perspectives différentes des divers participants et deviennent une formule « gagnante ».

Les conflits.

Dans certains cas, les conflits préexistants minaient le terrain de la formation et entraînaient une dynamique participative activement négative. Parfois, la formation elle-même,

de par la proximité qu'elle engendre entre les divers milieux, catalysait ces conflits et leur offrait un lieu de résolution. L'habileté des formateurs-animateurs jouait ici un rôle important. L'extrait suivant témoigne de la construction de solutions dans le cadre de la formation :

Nous avons pris beaucoup de place, nous nous en excusons. On avait émis beaucoup de commentaires sur les difficultés qu'on vivait à l'[école] par rapport aux enfants en difficulté... Suite de [sic] ça, la responsable de la santé mentale du CSSS [nom] est venue nous voir. On a convenu qu'on aurait un protocole qu'on expérimenterait pour faire les liens entre les garderies, les enfants en difficulté, les enfants dont les parents voient le CSSS. [...] Alors, j'inviterai mes gens-là, de si vous avez des problèmes, d'aller voir votre direction, on est dans un protocole... (Directrice, 2011)

Éléments favorisant et défavorisant le développement de partenariat.

Les partenaires.

Dans le cadre de ce projet, nos observations montrent qu'il existe différentes formes de partenariat entre les milieux de l'éducation et de la santé et des services sociaux, et que parfois il est même inexistant ou conflictuel. Souvent même, il est à construire et à développer. L'importance de la clarification des rôles et des mandats des différents partenaires quant au développement du partenariat ressort de l'analyse de données.

Le manque de clarté des attentes face au rôle des membres de l'équipe-conseil dans ce projet; tenter d'atteindre davantage l'objectif visant l'établissement d'un réseau de soutien dans le cadre de ce projet... (Directrice, 2012)

Moi, au début, je ne comprenais pas mon rôle. (Infirmière, 2012)

Ce dernier témoignage laisse entendre que la formation elle-même a pu apporter des précisions et des clarifications autour de la définition des rôles de tout un chacun. Les discussions autour de cas cliniques qui amenaient les participants à préciser aux autres leur rôle et leur mandat étaient particulièrement importantes à cet égard.

La formation.

Les données suggèrent que la formation peut favoriser le développement du partenariat, à condition qu'il s'agisse d'un des objectifs de la formation définis a priori, et que les thèmes et les activités prévues visent la réalisation de cet objectif. Lorsque les formateurs font la promotion du projet partenarial dans leur discours, cela transforme le discours et les actions des participants. Par exemple, à la fin d'une des formations, un participant a dit :

[On se donne comme objectif d'équipe de] se servir des outils que vous nous avez donnés, mais surtout clarifier les notions d'intervenant pivot. On pense aux t. s. [travailleurs sociaux], psy [psychologues], etc. Clarifier leurs rôles permet de bien référer les enfants en santé mentale. C'est quelqu'un qui a plus d'information sur l'élève en question. (Directrice, 2012)

Discussion

Les résultats quantitatifs et qualitatifs convergent en ce qui concerne l'effet de la formation sur l'augmentation du sentiment de compétence des intervenants en milieu scolaire par rapport aux problèmes de santé mentale chez leurs élèves. La formation a également accru le sentiment qu'ont les intervenants d'avoir un rôle à jouer auprès des élèves présentant des problèmes de santé mentale, ainsi que le sentiment d'avoir eux-mêmes accès à du soutien lorsqu'ils doivent intervenir auprès de ces élèves. Ces résultats sont importants parce qu'ils soulignent la pertinence de cette formation en santé mentale, non seulement pour les milieux éducatifs, mais aussi pour le milieu de la santé et des services sociaux.

Les résultats suggèrent également que, de diverses façons, la formation a contribué à consolider le partenariat entre les écoles et le réseau de la santé. Ainsi, les résultats quantitatifs soulignent que suite à la formation, les intervenants, autant ceux du milieu éducatif que ceux du milieu de la santé, expriment plus de confort face à des décisions prises en partenariat et se sentent plus motivés à travailler dans des contextes interprofessionnels. Les résultats qualitatifs soulignent cependant la complexité inhérente au fait de bâtir des partenariats : ceux-ci ne vont pas de soi et travailler à leur construction ne se fait pas sans heurts. Dans certains cas, le partenariat demeure encore relativement peu

développé, en particulier avec les équipes qui n'étaient pas ou peu représentées lors de la formation. Indifférence et conflits sont au rendez-vous, même si globalement le résultat est positif dans la mesure où les collaborations semblent progresser.

En termes des modalités de formation préférées par les participants, les résultats qualitatifs soulignent l'importance des discussions pluridisciplinaires autour de cas cliniques qui permettent d'établir un lien direct entre la formation et la pratique. Ces discussions semblent offrir aux professionnels des deux milieux la possibilité de réfléchir ensemble, de prendre des décisions collectives dans le contexte sécurisant de la formation et de travailler en tandem autour de microréussites, tout en reconnaissant les sources de tensions et les divergences au niveau de leurs mandats.

Enfin, les résultats qualitatifs suggèrent que pour consolider le partenariat entre les milieux éducatifs et ceux de la santé et des services sociaux, il apparaît important d'organiser des activités regroupant les intervenants des deux milieux avec l'objectif clair de développer le partenariat. Celui-ci devient alors un domaine investi, un défi à relever autour de politiques communes. On peut penser que la banalisation du partenariat dans le langage organisationnel a amené à le percevoir comme une évidence et un point de départ. Dans un tel contexte, la non-reconnaissance des difficultés (langages différents, mandats divergents, relations de pouvoir, etc.) peut constituer un obstacle à l'établissement d'un dialogue. Les résultats de cette évaluation confirment l'utilité de la formation pour favoriser un engagement concerté des milieux scolaires et de la santé dans le domaine de la santé mentale jeunesse. Ces résultats permettront au comité-conseil (formé des divers partenaires scolaires et de santé) d'émettre des recommandations au sujet de la finalisation du programme de formation, avant sa diffusion éventuelle.

La formation des enseignants en matière de santé mentale et l'établissement d'un filet de sécurité autour de l'enfant par la création d'un réseau de collaboration professionnelle paraissent donc être des avenues prometteuses pour renforcer les services de santé mentale pour les jeunes au Canada et au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a; Waddell, McEwan, Shepherd, Offord, & Hua, 2005). Bien entendu, il existe de multiples modalités d'intervention préventive ou clinique en milieu scolaire (Fazel, Doll, & Stein, 2009; Rousseau et al., 2007), mais trop souvent les interventions plus ciblées ne tiennent pas compte de la nécessité de mobiliser tous les acteurs du milieu scolaire, en particulier les enseignants.

Conclusion

Les résultats de la présente recherche suggèrent que le programme de formation en santé mentale créé par et pour le milieu scolaire, en partenariat avec le milieu de la santé, outille les professionnels de l'éducation et améliore leur perception quant à leur rôle et quant aux liens de partenariat. Ce type de programme permet d'établir un partenariat entre les divers professionnels intervenant auprès des enfants et de leurs familles, favorisant ainsi la réponse aux besoins des jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Le domaine de la santé mentale à l'école reste un domaine encore relativement peu étudié, mais qui propose de plus en plus des alternatives intéressantes et complémentaires à l'intervention en santé mentale jeunesse offerte par les services de santé. La formation en santé mentale à l'école : « Apprivoiser la complexité! » pourrait constituer une réponse novatrice à certains des défis que pose la santé mentale au milieu scolaire. Reste à voir dans quelle mesure elle est adoptée par les réseaux locaux de services et les écoles, et comment elle peut devenir un outil accessible à tous.

Références

- Adelman, H. S., & Taylor, L. (1999). Mental health in schools and system restructuring. *Clinical Psychology Review, 19*(2), 137-163.
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care, 5*, 1-9.
- Brauner, C. B., & Stephens, C. B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Reports, 121*(3), 303.
- Byng, R., & Jones, R. (2004). Mental health link: The development and formative evaluation of a complex intervention to improve shared care for patients with long-term mental illness. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 10*(1), 27-36.
- Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes (Best practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base). *Revue canadienne de psychiatrie, 51* (suppl 1), 1S-72S.

- D'amours, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-100.
- Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 297.
- Foy, J. M. (2010). Introduction - American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. *American Academy of Pediatrics*, 125(3), S69-S74.
- Gagnier, J.-P., Proulx, R., Belley, C., & Lachapelle, R. (2000). La contribution d'une démarche de réflexion collective à la consolidation des pratiques communautaires : l'expérience du Centre de réadaptation Normand-Laramée. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2), 148-163.
- Gask, L. (2005). Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social Science and Medicine*, 61, 1785-1794.
- Gerardi, D., & Fontaine, D. K. (2007). True collaboration: envisioning new ways of working together. *AACN Advanced Critical Care*, 18(1), 10-14.
- Glisson, C., Hemmelgarn, A., Green, P., & Williams, N. J. (2013). Randomized trial of the availability, responsiveness and continuity (ARC) organizational intervention for improving youth outcomes in community mental health programs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52 (5), 493-500.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (1999). *Preventing mental disorders in school-age children: A review of the effectiveness of prevention programs*. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, College of Health and Human Development, Pennsylvania State University.
- Hickie, I. B., Fogarty, A. S., Davenport, T. A., Luscombe, G. M., & Burns, J. (2007). Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl), S47-S52.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research, 1*(2), 112-133.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie, 22*(1), 163-186.
- Kataoka, S., Stein, B. D., Nadeem, E., & Wong, M. (2007). Who gets care? Mental health service use following a school-based suicide prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(10), 1341-1348.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care, 2*.
- Lecompte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec, 28*(1), 9-36.
- Légaré, F., Graham, I. D., O'Connor, A. M., Dolan, J. G., & Bélanger-Ducharme, F. (2003). Prise de décision partagée : traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin. *Pédagogie médicale, 4*(4), 216-222.
- Légaré, F., Stacey, D., Graham, I., Elwyn, G., Pluye, P., Gagnon, M. P., ... Pouliot, S. (2008). Advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol. *BMC health services research, 8*(1), 2.
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F.-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., ... Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care, 25*, 18-25.
- McMillan, J.H., & Schumacher, S. (2005). *Research in education: evidence-based inquiry* (6th ed.). New York, NY: Longman.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001a). Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au forum sur la santé mentale de septembre 2000 (p. 51). Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001b). Une vision à partager : vers l'adoption d'un plan d'action jeunesse. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Nadeau, L., & Séguin, Y. (2008). *Implantation des soins partagés en santé mentale jeunesse en milieu pluriethnique : apprivoiser le travail d'équipe et la médiation interculturelle*. Communication présentée à la 9^e Conférence nationale sur les soins partagés, Victoria.
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6.
- Ødegård, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 286-296.
- Osher, D. M. (2002). Creating comprehensive and collaborative systems. *Journal of Child and Family Studies*, 11(1), 91-99.
- Osher, T. W., & Osher, D. M. (2002). The paradigm shift to true collaboration with families. *Journal of Child and Family Studies*, 11(1), 47-60.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M. P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 123-142). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Puura, K., Hilton, D., Papadopoulou, K., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojkovic, V., Rudic, N., ... Day, C. (2002). The European early promotion project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 606-624.
- Rallis, S.F., & Rossman, G.B. (2003). Mixed Methods in Evaluation Contexts: A Pragmatic Framework. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (dir.), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research* (p. 491-512). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rivard, J. C., & Morrissey, J. P. (2003). Factors associated with interagency coordination in a child mental health service system demonstration. *Administration and Policy in Mental Health, 30*(5), 397-415.
- Rodriguez, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care, 7*(19), 1-15.
- Rousseau, C., Ammara, G., Baillargeon, L., Lenoir, A., & Roy, D. (2007). *Repenser les services en santé mentale des jeunes. La créativité nécessaire*. Montréal, QC: Les Publications du Québec.
- Rousseau, C., Benoit, M., Gauthier, M.F., Lacroix, L., Alain, N., Rojas, M.V., ... Bourassa, D. (2007). Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(3), 451-465.
- Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Nadeau, L., Deshaies, S., & Measham, T. (2012). Measuring the quality of interprofessional collaboration in child mental health collaborative care. *International Journal of Integrated Care, 12*, 1-8.
- San Martin Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, 1*, 132-147.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science and Medicine, 55*, 991-1003.
- Singh, A., Rousseau, C., Lacroix, L., Bagilishya, D. (2002). *Working with myths: creative in expression workshops for immigrant & refugee children in a school setting*. Communication présentée à l'International Congress of Child & Adolescent Psychiatry & Allied Professions., Delhi, India.
- Valette, A. (1999). La collaboration : ce que nous dit l'étude des processus. *Sciences Sociales et Santé, 17*(3), 95-100.
- Van Eyk, H., & Baum, F. (2002). Learning about interagency collaboration: Trialling collaborative projects between hospitals and community health services. *Health & social care in the community, 10*(4), 262-269.

Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R., & Hua, J. M. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie* 50(4), 226-233.