

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Conditions entourant le déploiement
d'un projet pilote de prévention des
jeux de hasard et d'argent auprès des
jeunes d'âge secondaire**

Point de vue d'acteurs impliqués dans la démarche

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

notre monde

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Conditions entourant le déploiement
d'un projet pilote de prévention des
jeux de hasard et d'argent auprès des
jeunes d'âge secondaire**

Point de vue d'acteurs impliqués dans la démarche

Isabelle Denoncourt

2011

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Une réalisation du secteur Tout-petits - Jeunes
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

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

Collaborateurs

Jean-François Biron, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Sabrina Moffat, Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun
Carole Poulin, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Remerciements

Stéphanie Couture, Coup de pouce jeunesse
Johanne Lacoste, Coup de pouce jeunesse
Mireille Lajoie, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Anne Élizabeth Lapointe, La Maison Jean Lapointe
Anik Tremblay, Centre de santé et de services sociaux Ahuntsic-Montréal-Nord
Nicole Perreault, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Sophie Taillon, Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
Frédéric Tessier, Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
Maggie Thériault, Commission scolaire de Montréal
Martine Tremblay, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Anne Véronneau, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-071-1 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-072-8 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 8,00 \$

Mot du directeur

Les jeunes figurent parmi les groupes les plus touchés par l'augmentation de la participation aux jeux d'argent (JA) qui leur sont de plus en plus facilement accessibles. Des données récentes sur cette problématique chez les jeunes nous invitent à porter une attention particulière au jeu sur Internet, ainsi qu'à l'accroissement de la fréquence de jeu chez les jeunes filles. De plus, une augmentation de la proportion d'élèves de 1^{re} secondaire qui jouent sur une base habituelle est également observée.

C'est afin d'agir en amont des problèmes de jeu chez les jeunes Montréalais qu'un projet pilote de prévention des jeux de hasard et d'argent (JHA) selon l'approche Écoles et milieux en santé (ÉMES) a été mis sur pied en 2008. Le présent rapport vise à décrire les processus entourant le déploiement de ce projet et permet de cerner les éléments qui influencent sa mise en œuvre sur les trois territoires ciblés. Les activités menées dans le cadre du projet et son actualisation selon l'approche ÉMES sont également décrites. Enfin, des recommandations se basant sur les facteurs de réussite et les obstacles rencontrés lors de du déploiement du projet y sont formulées.

Les conclusions de ce rapport seront utiles dans la poursuite de nos efforts de prévention dans le domaine des problèmes de jeu et des dépendances. Nous souhaitons également que ce document alimente la réflexion sur les actions de prévention que nous menons en lien avec l'approche ÉMES et en regard des différentes réalités locales dans lesquelles ces actions sont mises en place.

Le directeur de santé publique,



Richard Lessard, M.D.

Résumé

Le présent rapport découle d'une démarche visant à documenter les différents aspects d'un projet pilote régional de prévention des jeux de hasard et d'argent (JHA). Cette initiative a pour but d'inscrire des actions de prévention auprès des jeunes de trois territoires de centres de santé et de services sociaux (CSSS) montréalais selon l'approche Écoles et milieux en santé (ÉMES).

Les aspects suivants du déploiement du projet pilote ont été documentés, principalement auprès des agents de projet : leur cadre de travail, les activités de prévention réalisées, l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES, les conditions de réussite et les obstacles à la mise en place du projet.

L'analyse du déploiement du projet pilote révèle la présence de différences entre les trois territoires de référence quant à plusieurs éléments contextuels. Par exemple, le niveau de compréhension de l'approche ÉMES, de même que son application varient selon le territoire donné. Ces éléments semblent teinter la mise en œuvre du projet sur les différents territoires observés, certains agissant comme conditions de réussite, alors que d'autres représentent des défis à surmonter. Les résultats indiquent également la nécessité de sensibiliser les milieux à la problématique, souvent méconnue, des JHA chez les jeunes, de même que la pertinence d'intégrer la prévention des JHA à celle des autres dépendances. Il apparaît aussi pertinent de revoir, au palier régional, l'élaboration et la présentation des projets thématiques aux milieux concernés, en tenant compte de l'approche ÉMES et des réalités locales.

Table des matières

Mot du directeur	i
Résumé	ii
Table des matières	iii
1. Contexte	1
1.1 Les jeunes et les jeux de hasard et d'argent	1
1.2 L'approche Écoles et Milieux en Santé	1
1.3 Le projet pilote d'intervention de prévention en jeux de hasard et d'argent dans une approche Écoles et milieux en santé auprès des jeunes du secondaire	2
2. Objectifs et méthodologie	3
2.1 Approche participative	3
2.2 Objectifs	4
2.3 Collecte et analyse des données	5
3. Analyse du déploiement	6
3.1 Évolution du projet : analyse des comptes rendus	6
3.2 Mandats des agents de projet et contexte autour du déploiement des projets pilotes	7
3.3 Les activités déployées	8
3.4 Le déploiement du projet selon l'approche ÉMES	10
3.5 Les conditions de réussite	12
3.6 Les obstacles	14
4. Retombées et suites	17
5. Recommandations	18
Conclusion	21
Références	23

1. Contexte

1.1 Les jeunes et les jeux de hasard et d'argent

Au cours des dernières décennies, l'Amérique du Nord a connu une augmentation de l'offre de jeu et le Québec ne fait pas exception (Derevensky, Gupta, et Magoon, 2004a; Hardoon et Derevensky, 2002). Les jeunes figurent parmi les groupes sociaux les plus touchés par l'augmentation de l'offre et de la participation aux jeux de hasard et d'argent (JHA) (Jacobs, 2004) et présentent un risque accru de développer des problèmes de jeu (Derevensky et Gupta, 2007; Griffiths et Parke, 2002; Jacobs, 2000, 2004). L'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ISQ, 2009) indique qu'en 2008, 37 % des élèves ont participé à au moins une forme de jeux de hasard et d'argent au cours de la dernière année. La proportion de jeunes qui participent aux JHA augmente avec le niveau d'études, allant de 24 % en 1^{re} secondaire à 47 % en 5^e secondaire. Bien que la plupart n'éprouvent pas de problème de jeu, on trouve 4,1 % de joueurs à risque parmi l'ensemble des élèves et 2 % de joueurs pathologiques probables. Outre ce constat, l'enquête révèle trois éléments préoccupants quant à l'évolution du jeu chez les jeunes entre 2006 et 2008. L'augmentation de la participation aux jeux d'argent sur Internet, l'augmentation de la fréquence de jeu chez les jeunes filles et l'augmentation de la proportion d'élèves de 1^{re} secondaire qui jouent sur une base habituelle.

L'attention relativement récente accordée au phénomène des JHA chez les jeunes se traduit notamment par une préoccupation des autorités de santé publique (Korn et Shaffer, 1999; Messerlian, Derevensky, et Gupta, 2005). Les coûts sociaux du jeu problématique sont importants et plusieurs conséquences associées au jeu problématique touchent les jeunes qui en souffrent. Bien qu'il soit difficile d'estimer les réels coûts sociaux du jeu problématique chez les jeunes, la pertinence de prévenir cette forme de dépendances est de plus en plus reconnue (Gupta et Derevensky, 2008).

1.2 L'approche Écoles et Milieux en Santé

En 2003, les ministères de l'Éducation et celui de la santé et des services sociaux ont signé une entente de complémentarité. Un des volets de cette entente concerne le déploiement d'une approche globale et concertée en promotion et en prévention, à partir de l'école, afin de favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes. Il s'agit de l'approche École en Santé (AÉS), dont le déploiement dans les écoles du Québec s'effectue de façon graduelle. Cette approche vise le développement de compétences spécifiques et transversales chez les jeunes en faisant appel à leur participation. Bien que le point de départ de la planification et du déploiement d'actions soit l'école, celles-ci devraient impliquer et viser le jeune, sa famille et la communauté. Enfin, l'AÉS sous-entend la révision des pratiques en promotion et prévention sur la base des expériences issues des milieux et des pratiques efficaces et prometteuses (Comité national d'orientation École en santé et collaborateurs, 2005).

Dans la région montréalaise, l'approche privilégiée se nomme Écoles et milieux en santé (ÉMES). Cette dernière se distingue de l'AÉS par la présence d'un double point de départ à la planification et au déploiement d'actions, soit l'école et la communauté. L'approche ÉMES se définit en 2010 comme une démarche de planification et des

outils, en vue de déployer les meilleures pratiques de promotion et de prévention pour favoriser la réussite, le bien-être et la santé des jeunes. La définition de l'approche ÉMES donnée lors des formations régionales au moment de documenter les projets pilotes (automne 2008) est la suivante : Une démarche de planification concertée et des outils en vue de déployer des « pratiques gagnantes » de promotion et de prévention :

- 1) Dans les **écoles**, en lien avec la communauté.
- 2) Dans la **communauté**, en lien avec les écoles.

Bien que cette définition soit très proche de celle utilisée actuellement, sa compréhension était probablement différente de celle de maintenant de même que le degré d'opérationnalisation.

L'année scolaire 2008-2009 correspond à la quatrième année du déploiement sur le territoire montréalais. Dans chacun des 12 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et chacune des cinq commissions scolaires (CS), des agents pivots occupent un rôle central dans l'implantation de l'approche sur leur propre territoire, notamment à travers la mobilisation et la concertation des différents acteurs concernés par le bien-être et la réussite éducative des jeunes. De plus, des répondants-cadres au sein des CSSS s'assurent de mettre en place des conditions organisationnelles favorables au déploiement (Désy et Zanfongnon, 2009). Le rôle de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal est de soutenir le déploiement de l'approche ÉMES sur son territoire à travers ses différentes fonctions (ex. : accompagnement et formation des partenaires, expertise de contenu, recherche).

1.3 Le projet pilote d'intervention de prévention en jeux de hasard et d'argent dans une approche Écoles et milieux en santé auprès des jeunes du secondaire

Dans le cadre de sa mission, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal veille à ce que des services d'aide soient offerts aux personnes éprouvant des problèmes liés aux JHA. Elle investit également dans la prévention du jeu problématique au sein de la population (Plan stratégique montréalais 2003-2006, 2003). C'est ce contexte qui a permis la mise en place d'une initiative régionale de prévention des JHA qui prend la forme d'un projet pilote de prévention des JHA auprès des jeunes du secondaire selon l'approche ÉMES (Lajoie et Biron, 2007).

Le Projet pilote d'intervention de prévention en jeux de hasard et d'argent dans une approche Écoles et milieux en santé auprès des jeunes du secondaire vise à inscrire des actions de prévention des JHA auprès des jeunes selon une approche globale et concertée. Plus précisément, les objectifs du projet sont les suivants :

- 1) Favoriser l'implication et l'engagement des niveaux décisionnels et d'intervention par le biais de politiques scolaires.
- 2) Miser sur l'information et la sensibilisation des adultes (directions, enseignants, intervenants, parents, communautés).
- 3) Agir sur les connaissances et les attitudes des jeunes concernant les JHA en les outillant face à une offre de jeu omniprésente.

Une partie de ces objectifs se réalisent par le biais des interventions offertes par la Maison Jean-Lapointe (MJL)¹.

Au départ, six territoires de CSSS² ont été ciblés pour participer au projet pilote. Toutefois, en raison de fonds limités et du caractère « pilote » de la démarche, l'offre de participation s'est limitée à trois territoires, qui ont tous participé à la démarche de documentation dont ce rapport est issu.

Le rôle de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal dans ce projet est de coordonner l'initiative sur le plan régional et de fournir l'expertise ainsi que le soutien nécessaire aux territoires. C'est à ces fins qu'un comité de coordination régional a été mis sur pied au printemps 2008. Ainsi, le mandat d'origine de ce comité est large et comprend les aspects relatifs à la gestion, la concertation, le soutien, le conseil, la formation et l'évaluation. Ce comité favorise également la collaboration entre les territoires. Au départ, le comité était composé de partenaires provenant de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal, des CSSS impliqués dans le déploiement,³ d'un organisme communautaire, de la MJL et d'une commission scolaire. La participation d'intervenants du milieu scolaire était également souhaitée.

Une démarche de documentation était prévue étant donné le caractère novateur du projet. Il porte sur une thématique dont les interventions préventives sont encore peu étudiées et il s'inscrit dans une approche dont le déploiement sur le territoire est actuellement en cours. Le présent rapport vise à décrire les processus entourant le déploiement des projets pilotes sur les territoires de CSSS. Dans un premier temps, les objectifs de la démarche de documentation et la méthodologie utilisée sont présentés. Ensuite, les résultats permettront de bien situer l'évolution du projet dans son ensemble et de comprendre les contextes de travail des agents de projets. Les résultats rendront également compte des activités menées dans le cadre des projets pilotes. Ensuite, une section portera plus particulièrement sur l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES. Enfin, les conditions qui facilitent et celles qui freinent la mise en place des différentes actions seront mises en relief, de même que les recommandations qui en découlent.

2. Objectifs et méthodologie

2.1 Approche participative

La démarche de documentation préconise une approche participative. Les différents partenaires du projet ont été impliqués dans la conception et la réalisation de la démarche ainsi qu'à l'étape de validation des résultats. Cette façon de faire s'apparente à une approche évaluative centrée sur les utilisateurs (Desrosiers, Kishchuk, Ouellet, Desjardins, Bourgault, et Perreault, 1998). Cette approche stipule que les objets d'évaluation sont fixés en fonction des besoins des différents acteurs impliqués et que tout au long de la démarche, l'évaluateur est guidé par les événements et non uniquement par les objectifs du programme ou du projet. Ainsi, la

¹ L'atelier de prévention des JHA auprès des jeunes de la MJL se donne dans les écoles secondaires et est d'une durée d'environ une heure et quart.

² Les critères de sélection des territoires sont les suivants : 1) offre de jeux importante (présence d'ALV); 2) Indice de forte accessibilité et de vulnérabilité élevée; 3) Possibilité de participation des écoles secondaires francophones.

³ Deux agents de projets sont employés par les CSSS et le troisième provient d'un organisme communautaire du territoire qui possède une expertise en prévention des JHA.

démarche d'évaluation est flexible. En somme, cette approche permet de partir des possibilités et des préoccupations des milieux impliqués (Israel, Schulz, Parker, et Becker, 1998) de même que de saisir les aspects contextuels qui influencent la mise sur pied des interventions. Toutefois, ce type de méthode ne permet pas de connaître les mécanismes causaux ou encore de généraliser les résultats à d'autres contextes. Cette approche, où l'objectivité n'est pas prioritaire, facilite néanmoins l'appropriation des résultats et l'adoption des recommandations par les partenaires.

2.2 Objectifs

Les questions documentées dans le présent rapport et les objectifs poursuivis ont été élaborés à la suite d'une série de consultations individuelles auprès des différents partenaires impliqués dans le projet⁴. Ces rencontres ont d'abord permis de tracer un portrait général de la situation quant au déploiement du projet et de mieux comprendre l'implication des partenaires engagés dans la démarche. La consultation a également permis de fixer des objectifs pertinents selon le déroulement du projet et les besoins des différents partenaires. Les consultations visaient à répondre aux cinq questions suivantes :

- 1) Quel est l'historique de votre implication dans le projet?
- 2) Quelles sont les démarches réalisées et en cours sur votre territoire en lien avec le déploiement du projet pilote JHA (pour les agents de projets)?
- 3) Quelles sont les difficultés rencontrées jusqu'à maintenant?
- 4) Quels sont les facteurs qui facilitent la démarche?
- 5) Quels sont les thèmes et questions à documenter selon vous?

Cette consultation a permis d'observer de nombreuses différences entre les territoires. La présence de particularités propres à chacun des milieux influence le développement du projet et souligne la pertinence de documenter le projet en adoptant un cadre flexible. Les propos des partenaires ont également validé l'importance de s'intéresser aux éléments de contexte en termes de conditions de réussite et de barrières au déploiement du projet et de documenter les aspects entourant l'articulation du projet selon l'approche ÉMES.

La démarche vise ainsi à documenter les aspects suivants :

- Le déploiement du projet sur chacun des territoires en tenant compte des différents contextes.
- Certains aspects relatifs aux activités de prévention réalisées.
- L'actualisation du projet selon l'approche ÉMES.
- Les conditions de réussite.
- Les obstacles à la mise en place du projet.

⁴ Le coordonnateur du comité régional et les partenaires de la CS, la MJL, les CSSS et l'organisme communautaire.

2.3 Collecte et analyse des données

La collecte de données a été effectuée de février à octobre 2009. Afin de documenter les aspects retenus du déploiement du projet pilote, trois instruments de collecte de données ont été utilisés.

Questionnaires

Deux questionnaires ont été élaborés aux fins de l'étude afin de documenter les aspects retenus.

Le premier a été complété par les agents de projets et comportait trois grandes sections. La première portait sur le rôle et les mandats des agents de projet (5 questions). La deuxième visait à documenter les différentes formes de collaboration avec le milieu dans la mise en place du projet (écoles, tables de concertation, organismes communautaires, etc.) et l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES (6 questions). Enfin, une dernière partie abordait les conditions de réussite, les obstacles rencontrés et les suggestions et commentaires généraux (3 questions).

Le deuxième questionnaire comportait également trois sections et a été rempli uniquement par le coordonnateur du comité régional. La première section portait sur l'historique du projet, les mandats du comité de coordination et les rôles et fonctions du coordonnateur (6 questions). La deuxième partie abordait l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES (1 question) et la dernière concernait les conditions de réussite, les obstacles à la mise en œuvre et les suggestions et commentaires généraux (3 questions).

Ces questionnaires étaient majoritairement composés de questions ouvertes et ont été remplis autour des mois de février et mars 2009, alors que le comité existait depuis environ un an.

Journaux de bord

Dès les débuts du projet, les agents de projet ont tous tenu un journal de bord relatant leurs démarches de façon continue. Ces journaux ont été consultés afin de compléter les informations recueillies à l'aide du questionnaire. Aucun modèle n'a été imposé et les informations étaient consignées de façon différente par les trois agents de projet.

Sources documentaires

Différents documents ont été consultés (plan de travail, description du projet) et les comptes rendus des rencontres mensuelles du comité de coordination (avril 2008 à octobre 2009) ont été analysés afin de tracer l'évolution du projet dans son ensemble.

Analyse des données

Des analyses de contenu non statistiques ont permis de traiter les données recueillies et de dégager les thèmes abordés par les répondants. Ce type d'analyse vise à favoriser une compréhension globale d'un phénomène et se révèle particulièrement appropriée dans un contexte où les objectifs d'un projet sont larges et peuvent différer d'un cas à l'autre (ex. : les territoires et les écoles). Une fois les données analysées, en accord avec la démarche participative privilégiée, une étape de validation et d'interprétation des résultats auprès des agents de projets était prévue. À cet égard, à l'hiver 2010, un groupe de discussion avec les agents de projet a eu lieu. Enfin, les moyens nécessaires ont été pris afin de préserver la confidentialité des données recueillies.

3. Analyse du déploiement

Cette section présente les résultats et se divise en six parties. La première aborde l'évolution du projet dans son ensemble et se base sur l'analyse des comptes rendus des rencontres du comité de coordination. Ensuite, certains éléments de contexte entourant le travail des agents de projets sont présentés afin de mieux situer les conditions du déploiement des projets pilotes. La troisième partie porte sur les actions menées dans le cadre du projet. Ensuite, l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES est examinée selon différents aspects de son déploiement. Les deux dernières parties présentent les conditions facilitantes et les obstacles à la mise en œuvre.

Rappelons que l'approche participative utilisée ne cherche pas à généraliser les résultats obtenus à d'autres contextes, mais plutôt à cerner les forces et les faiblesses en mettant l'accent sur la description et l'interprétation. En plus d'avoir participé à l'élaboration de la démarche de documentation et à la validation et l'interprétation des résultats, les agents de projets ont lu et commenté le présent rapport.

3.1 Évolution du projet : analyse des comptes rendus

L'angle adopté afin de tracer l'évolution générale du projet de prévention des JHA est l'étude des comptes rendus produits à chacune des rencontres mensuelles du comité de coordination régional. Ces comptes rendus, en plus de présenter un portrait de l'état du déploiement des projets pilotes sur chacun des territoires, témoignent des autres réalités qui entourent le projet. Les documents considérés vont d'avril 2008 à octobre 2009 et couvrent quinze rencontres étalées sur une période de 19 mois. Les comptes rendus sont toujours révisés par le coordonnateur du projet et ensuite par l'ensemble des membres du comité.

L'analyse des comptes rendus permet d'observer un certain découpage temporel où trois périodes peuvent être distinguées. La première s'étend approximativement d'avril à septembre 2008. Les comptes rendus font état d'une phase de démarrage où certains thèmes reviennent de façon récurrente. Les éléments les plus souvent abordés concernent la formation des membres du comité (ex. : colloque, journée de sensibilisation, présentation d'outils). Plusieurs discussions portent sur les demandes de formation et les formations auxquelles les membres du comité ont participé. Le deuxième thème le plus fréquent s'articule autour des aspects rattachés aux premières démarches de déploiement entreprises dans les territoires. Cet aspect devient un point statutaire à l'ordre du jour des rencontres, et revient ainsi de façon régulière. À ce stade, le mandat principal des agents de projet est de « *faire la promotion du projet auprès des écoles de leur territoire* ». Les questions relatives aux perspectives financières du projet sont également abordées à quelques reprises, de même que le besoin d'une représentation des milieux scolaires au comité. Vers la fin de cette période, quelques préoccupations des membres du comité quant à l'intégration des JHA aux autres dépendances en lien avec l'approche ÉMES émergent.

La seconde phase est principalement axée sur le déploiement du projet dans les territoires et s'étend approximativement du mois de septembre 2008 à mars 2009. Plusieurs actions liées à la mise en œuvre dans les milieux sont rapportées. L'actualisation du projet donne lieu à certaines adaptations qui permettent de mieux composer avec les différentes réalités des territoires. La thématique des dépendances revient fréquemment dans les comptes rendus de cette période et touche plusieurs facettes du projet : l'intégration des agents de projet dans les milieux scolaires et

communautaires via l'angle des dépendances, la participation de membres du comité à la réalisation d'activités et de formation liées aux dépendances et diverses discussions découlant des points à l'ordre du jour des rencontres du comité. Vers la fin de cette période, deux intervenants scolaires en toxicomanie se joignent au comité. On note aussi des discussions sur des aspects plus généraux du jeu (ex. : contexte et enjeux sociopolitiques). Au terme de cette phase, « *l'objectif premier du projet est d'être en interaction avec les milieux et ensuite de répondre à leurs besoins, leurs enjeux et de s'adapter* ».

La troisième partie de ce découpage temporel concerne la fin de l'année scolaire, les vacances estivales et la reprise des activités en milieu scolaire à l'automne (avril 2009 à octobre 2009). Il s'agit d'une période où les thèmes abordés d'une rencontre à l'autre sont très variés et témoignent du nombre croissant de sujets qui convergent maintenant vers le comité de coordination. En adaptant le projet aux réalités et aux besoins des milieux et en créant des liens avec des partenaires préoccupés par la santé et le bien-être des jeunes, les intérêts du comité se sont naturellement diversifiés. La volonté d'intégration des JHA avec les dépendances se concrétise et l'offre de formation ÉMES pour les membres du comité se poursuit. La poursuite du financement et l'ouverture des membres du comité permettent d'étendre les travaux du comité (ex. : boîte à outils JHA et dépendances, état de situation sur Internet et les jeunes, évaluation d'un guide d'activités de prévention des JHA). Les travaux du comité semblent être de plus en plus menés avec un souci de cohérence avec l'approche ÉMES. Bien que certains aspects de l'approche se reflètent moins dans les comptes rendus (ex. : facteurs clés du développement), d'autres sont omniprésents tels que l'importance du travail de concertation, le respect des structures ÉMES mises en place dans le réseau de la santé et de l'éducation, le respect des actions et des priorités de chaque milieu, etc. Finalement, les agents de projet sont maintenant mieux connus des milieux scolaires et communautaires et rencontrent de moins en moins de freins au déploiement d'actions liées au projet.

3.2 Mandats des agents de projet et contexte autour du déploiement des projets pilotes

Tout d'abord, il importe de préciser qu'avant même d'être le mandat d'un agent de projet, le déploiement du projet pilote est confié au CSSS participant. Le travail d'un agent de projet s'inscrit à l'intérieur de la mission du CSSS.

Dans le cadre du projet pilote, les mandats des agents de projet sont larges et se résument au départ à déployer des actions de prévention des JHA sur leur territoire de CSSS respectif en interpellant les écoles secondaires. En cours de projet, les mandats et fonctions se clarifient et les trois agents de projets rapportent des objectifs similaires :

- 1- Créer des liens avec les différents partenaires scolaires et communautaires pertinents et favoriser un arrimage entre les différentes ressources en vue de faciliter la mise en place d'actions dans les milieux.
- 2- Sensibiliser et mobiliser les acteurs du milieu autour de la prévention des JHA en s'assurant d'une vision partagée de cette problématique.
- 3- Bonifier les actions de prévention des JHA déjà existantes dans les milieux et mettre en place des actions de promotion/prévention en lien avec les dépendances et plus spécifiquement avec les JHA. Ces actions doivent être cohérentes avec ce qui existe déjà.

Un quatrième objectif, mené de façon transversale, s'ajoute aux précédents. Il s'agit de réaliser l'ensemble des mandats reliés au projet pilote selon l'approche ÉMES.

Bien que les agents de projet rapportent des mandats similaires, ils oeuvrent dans des contextes différents. Afin de préserver la confidentialité des réponses des répondants, les informations recueillies ne sont pas présentées séparément selon les territoires. Seules les quelques particularités pouvant aider à mieux comprendre les résultats subséquents sont rapportées ici. En premier lieu, tous les agents de projets ont bénéficié du soutien de personnes-ressources dans leurs CSSS (ex. : agent pivot ÉMES, chef de programme, Organisateurs communautaires) et plus rarement de ressources liées au réseau de l'éducation (ex. : agent pivot ÉMES de la CS). En moyenne, deux écoles secondaires étaient ciblées sur chacun des territoires pour le déploiement du projet. Un seul territoire avait des contacts déjà établis avec des personnes clés directement dans les écoles concernées par le projet. On note par ailleurs la quasi-absence de mécanismes de collaboration entre les écoles et le milieu dans certains cas. On observe aussi qu'à l'intérieur même des territoires de CSSS, des dynamiques de quartiers forts différentes viennent complexifier le travail des agents de projet. Enfin, concernant le déploiement de l'approche ÉMES en milieu scolaire, il est très variable d'un territoire à l'autre. Certaines écoles connaissent peu l'approche et ne travaillent pas selon celle-ci alors que d'autres ont déjà adopté une façon de travailler en accord avec l'approche.

3.3 Les activités déployées

Le volet formation du comité régional

Le volet formation a surtout touché les agents de projet, mais aussi d'autres membres du comité. Plusieurs types de formation ont été offerts lors de la phase de démarrage, mais les occasions de perfectionnement se sont poursuivies tout au long du projet. Les formations auxquelles les agents de projet ont participé concernaient l'approche ÉMES, les dépendances, les JHA et ont pris plusieurs formes (ateliers, colloques, conférences, présentations d'outils, etc.).

Lorsqu'ils ont rempli le questionnaire, les agents de projet devaient indiquer le degré d'utilité de chacune des formations reçues. Ils rapportent que le colloque sur les JHA est l'activité qui les a le plus aidés dans le déploiement du projet⁵ suivi de la formation ÉMES⁶. En tout, 12 activités de formation ont été offertes aux agents de projet d'avril 2008 à octobre 2009. Au terme de la première année, les agents de projet estiment qu'il faut poursuivre la formation de façon plus approfondie concernant l'approche ÉMES. D'autres besoins sont nommés et touchent surtout les connaissances sur différentes facettes des JHA telles que la problématique chez les adultes, le traitement et les meilleures pratiques en prévention.

Les activités dans les territoires

Tout au long de l'année 2008-2009⁷, les agents de projets ont participé et mis sur pied plusieurs activités en lien avec les dépendances et les JHA dans les écoles et la communauté.

⁵ Au moment de répondre au questionnaire, deux agents de projet sur trois avaient participé à cette formation. La moyenne du score d'utilité est de 4 sur un maximum possible de 4.

⁶ Au moment de répondre au questionnaire, deux agents de projet avaient participé à cette formation. La moyenne du score d'utilité est de 3,5 sur un maximum possible de 4.

⁷ Avril 2008 à juin 2009 (données provenant des questionnaires et des journaux de bord)

Les activités en CSSS

Deux agents de projet ont participé à des activités dans leur CSSS en lien avec le projet. Dans le premier cas, il s'agit d'une implication au sein du comité sur les dépendances du CSSS. La participation à ce comité a permis d'amener une préoccupation pour les JHA et de favoriser l'inscription de cette problématique au projet clinique de l'établissement, tout en assurant une place à la promotion et à la prévention de façon plus générale. L'implication au CSSS se traduit également par la participation aux réunions des organisateurs communautaires, permettant ainsi de connaître les initiatives locales et de positionner favorablement le projet pilote. Dans le second cas, il s'agit d'une participation plus ponctuelle dans le cadre de la semaine de prévention des toxicomanies. L'agent a coanimé une activité de sensibilisation aux JHA auprès du personnel du CSSS.

La concertation et les activités dans la communauté

Des activités de concertation ont eu lieu dans les trois territoires. Par exemple, deux agents de projet se sont impliqués sur des tables de concertation jeunesse et certains comités issus de ces tables. Cette participation leur a permis de créer des liens avec les organismes jeunesse des milieux qui sont parfois en lien avec les écoles et de s'informer de certains enjeux pouvant potentiellement influencer le déploiement du projet dans leur territoire respectif. Ces agents de projet se sont également joints à des comités sur la toxicomanie ou les dépendances issus des tables de concertation. Dans un cas, cette participation a permis de collaborer activement à la mise sur pied d'un événement sur la toxicomanie et de sensibiliser les participants à l'approche ÉMES tout en incluant une préoccupation pour les JHA à l'intérieur des dépendances.

D'autres contacts avec les milieux communautaires (ex. : maison de jeune) ont permis de faciliter le déploiement d'action dans une perspective où différents partenaires travaillent vers un objectif commun, de façon cohérente. Des actions directement auprès des jeunes ont également eu lieu sur un territoire. Enfin, une journée de sensibilisation sur les JHA destinée aux différents partenaires qui travaillent auprès des jeunes (communautaire, scolaire, santé) a été organisée sur un territoire. Les trois agents de projet ont participé activement à l'organisation et l'animation de cet événement.

Les activités dans les écoles

Des activités dans les écoles ont eu lieu dans tous les territoires. Deux agents de projets ont participé aux rencontres des comités sur la toxicomanie ou les dépendances dans au moins une école de leur territoire. Leur présence a permis d'assurer une vision plus large de la toxicomanie, davantage orientée vers les dépendances, incluant les JHA. La participation à ces comités a également facilité la création des contacts en milieu scolaire. Ce type d'action illustre la volonté des agents d'ancrer le projet aux priorités et aux besoins des écoles et de ne pas implanter d'activités en parallèle. Dans le troisième territoire, il n'y a pas de freins au déploiement du projet dans les milieux scolaires et le travail s'effectue déjà avec des personnes-ressources à l'intérieur même de l'école. Le tableau 1 présente le nombre de territoires (agents de projet) ayant mené différents types d'activités en milieu scolaire dans le cadre du projet.

Les contextes dans lesquels les actions doivent être déployées varient d'un milieu scolaire à l'autre et certaines écoles posent de plus grands défis que d'autres. Par exemple dans certains milieux, les problèmes que vivent les jeunes sont peu reconnus ou bien le travail en partenariat fait moins partie de la culture de l'école.

Dans de tels contextes, la création d'alliances et l'adaptation du projet aux priorités déjà identifiées par le milieu sont des stratégies gagnantes. Par ailleurs, on note que lorsque des liens préalables avec les écoles existent, les étapes nécessaires à la mise en place des activités sont rapidement identifiées et les actions sont déployées plus facilement.

Tableau 1. Nombre de territoires ayant mené différents types d'activités en milieu scolaire⁸

Activités	Nombre de territoires
Participation à un comité sur les toxicomanies ou les dépendances	2
Participation à la révision / rédaction du protocole toxico ou dépendances	2
Activités diverses dans la cadre de la semaine de prévention des toxicomanies	2
Activités, impliquant des pairs aidants, tirées d'un guide de prévention des JHA	2
Ateliers de prévention des JHA de la MJL	3
Animation en classe à la suite de pièces de théâtre ou ateliers de prévention des dépendances en classe.	2

3.4 Le déploiement du projet selon l'approche ÉMES

Les agents de projet ainsi que le coordonnateur du projet ont été interrogés sur trois aspects de l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES : 1) le fonctionnement du comité de coordination; 2) les activités réalisées et 3) les processus entourant le déploiement sur les territoires. Aucune définition de l'approche ÉMES n'était inscrite dans le questionnaire. Les réponses reflètent donc en partie la compréhension de l'approche des répondants au moment de remplir l'instrument.

Le fonctionnement du comité de coordination régional

Un des rôles prioritaires du comité de coordination est de servir de lieu permettant de transiger de façon souple entre les modalités de financement du projet (rattaché à une thématique précise) et les besoins et priorités des milieux participants. Ainsi, malgré le mode de financement, le comité permet une gestion congruente avec l'approche ÉMES qui stipule entre autres de mettre en place des actions qui répondent aux besoins des milieux.

Le comité est également un lieu d'échanges ayant pour mandat de fournir un soutien aux agents de projet. À cet égard, les agents de projet rapportent que la souplesse et l'ouverture des membres du comité, notamment le coordonnateur, facilitent leur travail en accord avec l'approche ÉMES. Par exemple, les agents de projet peuvent actualiser le projet en se greffant aux différentes actions mises en place dans leur territoire et en travaillant selon les « types » de dépendances ciblées comme prioritaires. Les agents de projet rapportent tous avoir bénéficié d'une grande marge de manœuvre dans le déploiement du projet afin de l'adapter aux réalités de leur

⁸ Données provenant des questionnaires et des journaux de bord

territoire. En se détachant de la préoccupation immédiate de travailler exclusivement sur les JHA, les agents ont pu s'intéresser aux dépendances et ainsi établir un réseau de contacts pertinent. La sensibilisation des différents partenaires aux JHA s'est effectuée de façon graduelle. De façon congruente, les activités du comité s'orientent également vers les dépendances (toxicomanies, cyberdépendance, jeu) au fil du temps.

Cependant, bien que le projet s'articule selon l'approche ÉMES et que les membres du comité puissent participer aux formations ÉMES, celle-ci n'est que rarement abordée au cours des rencontres régulières du comité. L'effort d'appropriation de l'approche dans les travaux menés par les membres du comité ne se fait pas lors des rencontres du comité de coordination. Par ailleurs, au moment de la collecte des données, il semble que certains membres du comité ont encore une connaissance limitée de l'approche ÉMES alors que le projet doit s'opérationnaliser selon celle-ci.

Les activités réalisées dans les milieux

Les formes différentes qu'ont prises les actions menées dans les territoires en fonction de leur réalité constituent un reflet de l'approche ÉMES, par opposition à l'implantation d'un programme bien circonscrit clé en main par exemple. Toutefois, bien que la plupart des actions soient congruentes avec certains éléments de l'approche (ex. : intervention par des pairs aidants reconnue comme une bonne pratique, effort d'intégration des contenus avec les autres dépendances), des lacunes sont notées au terme de la première année. Par exemple, malgré une amélioration des collaborations entre l'école et la communauté à certains endroits, la famille demeure exclue des démarches. Lors de la journée de sensibilisation aux JHA menée sur un territoire de CSSS, les parents étaient invités à participer. Cependant, à l'instar de plusieurs initiatives similaires, il est difficile d'obtenir leur participation. De plus, les actions sont de faible intensité pour la plupart (non récurrentes et sans réinvestissement systématique). Enfin, les actions de prévention destinées aux jeunes devraient couvrir l'ensemble des niveaux scolaires, ce qui n'est pas toujours le cas.

Puisque les actions sont implantées dans les milieux scolaires en grande majorité, on conçoit aisément qu'elles soient en partie tributaires du contexte de l'école, notamment celui entourant les initiatives en promotion et prévention. À cet égard, le niveau d'implantation de l'approche ÉMES de chacune des écoles est un facteur à considérer dans le déploiement des actions par les agents de projet. Lorsqu'il y a déjà des initiatives de promotion et de prévention des JHA qui ont lieu, elles ne sont pas toujours inscrites dans une planification de l'école (ex. : plan de réussite de l'école). Alors, les actions déployées dans le cadre du projet pilote peuvent venir compléter ou bonifier ce qui se fait déjà sans nécessairement faire partie d'une démarche de planification.

Les processus entourant le déploiement sur les territoires

Les agents de projets ont tous travaillé en collaboration avec l'agent pivot ÉMES de leur CSSS et parfois avec celui de la CS dans le déploiement du projet. Les agents pivots ont agi comme facilitateurs pour les contacts à établir avec les écoles et la communauté. Les agents de projets jugent aussi que le fait de réaliser le projet pilote selon la « couleur locale » de chacun des territoires est le reflet d'une démarche cohérente avec l'approche ÉMES. Ainsi, rappelons que le déploiement du projet s'est fait en fonction des besoins de chacun des territoires.

Cependant, certaines écoles ciblées ne travaillaient pas selon l'approche ÉMES au sein de leur établissement. Aussi, les étapes liées à la démarche n'ont pas été

formellement utilisées (ex. : choix des priorités, choix des actions / meilleures pratiques, intégration du projet au sein d'un comité de type ÉMES dans l'école) dans le déploiement du projet.

En somme, les informations rapportées par les répondants permettent de constater que le projet pilote de prévention des JHA n'est pas en contradiction avec l'approche ÉMES et que plusieurs aspects de son déploiement sont congruents avec celle-ci. Toutefois, le projet régional n'est pas conceptualisé ni opérationnalisé selon la démarche de planification proposée par l'approche telle qu'elle est définie. Toutefois, il est fort probable qu'au moment de rédiger et de mettre en place le projet pilote de prévention des JHA, la compréhension générale de l'approche était davantage conceptuelle que concrète, et possiblement difficile à traduire en actions pour un projet portant sur une thématique précise. En outre, aucune balise claire n'existait afin de guider l'intégration d'une intervention de prévention dans une approche globale et concertée en contexte scolaire.

3.5 Les conditions de réussite

Plusieurs conditions de réussite ont été nommées par les répondants⁹. La majorité de celles qui sont présentées dans cette section sont partagées par tous et ont été validées lors du groupe de discussion sur les résultats et leur interprétation. Les conditions facilitantes se divisent en six catégories et l'ordre de présentation ne reflète pas nécessairement l'importance accordée à chacune d'elle.

Les ressources humaines impliquées

Tous s'entendent pour souligner l'importance des individus impliqués au sein du comité de coordination régionale. Il est ici question non pas du nombre de personnes, mais plutôt de leurs compétences. Par exemple, les compétences professionnelles¹⁰ et la personnalité des agents de projets sont des facteurs ayant un impact sur le déroulement du projet. Leur proactivité, leur motivation et leur engagement, de même que leurs habiletés sociales (ex. : capacité à entrer facilement en relation) favorisent le déploiement sur le terrain. Ce facteur est d'autant plus important lorsque la problématique visée, comme les JHA, n'est pas une priorité des milieux. Les agents de projet doivent s'intégrer au milieu et établir un réseau de contacts, tâches pour lesquelles les compétences mentionnées plus haut sont hautement sollicitées.

Le dynamisme de l'ensemble des membres du comité et le caractère convivial des rencontres du comité sont également mentionnés ainsi que l'entente harmonieuse entre les agents de projet. Ces éléments facilitent la création d'un lien de confiance et le partage des expériences qui ont lieu sur les différents territoires. Enfin, l'accessibilité, la compétence et le respect du coordonnateur envers les agents de projet sont également nommés comme des éléments qui influencent positivement le développement du projet.

⁹ Les trois agents de projets, le coordonnateur et un intervenant scolaire.

¹⁰ Un agent de projet mentionne par exemple qu'une connaissance de la problématique (JHA) et du milieu est des atouts dans ce type de projet où la récurrence du financement de départ n'est pas assurée.

Le comité de coordination

La mise sur pied d'un lieu de coordination et d'échanges semble également être un facteur de réussite important. Les rencontres mensuelles du comité et la fréquence élevée des échanges entre les membres sont des éléments qui font l'unanimité comme condition essentielle au déploiement du projet.

Un des rôles du comité est de soutenir les agents de projet. Ces derniers rapportent que les rencontres sont stimulantes et leur permettent de cheminer dans leurs démarches. Par exemple, les échanges lors des rencontres contribuent à bonifier et à innover au niveau des stratégies de déploiement utilisées et à mieux faire face aux obstacles rencontrés. C'est aussi un lieu qui favorise le développement d'un esprit d'équipe et d'un sentiment d'appartenance.

La structure du comité permet de créer des liens entre différents acteurs qui œuvrent en prévention du jeu et dans le domaine des dépendances. Les membres peuvent ainsi bénéficier de l'expertise nécessaire afin d'améliorer leurs connaissances de la problématique et avoir accès à des informations pertinentes à leur travail.

En somme, il apparaît que dans le déploiement d'un tel projet sur différents territoires, les acteurs activement impliqués ont tout intérêt à bénéficier d'un lieu commun d'échanges et de partage assurant à la fois un rôle de soutien et de formation.

Les collaborations et le réseautage

Les collaborations sont abordées à plus d'un niveau dans les commentaires des répondants. En premier lieu, le réseautage entre les membres du comité favorise l'ensemble des initiatives. Par exemple, la MJL intervient déjà dans les écoles en donnant des ateliers de sensibilisation aux JHA. Dans le contexte du déploiement d'un projet régional, il est essentiel d'arrimer les actions à déployer avec celles des partenaires qui ont déjà des contacts avec les milieux concernés.

La collaboration avec certains acteurs clés qui gravitent en périphérie du projet est également mentionnée à titre d'élément important pour la réussite du projet. Par exemple, la collaboration d'une personne possédant un vaste réseau de contacts dans le milieu scolaire ou communautaire est un facteur facilitant. Cette personne est parfois l'agent pivot ÉMES du CSSS ou de la CS, mais il peut aussi s'agir d'un cadre du réseau de la santé, d'un organisateur communautaire du CSSS ou d'une personne du milieu communautaire, etc.

La création d'alliances avec des acteurs possédant une certaine influence dans leur milieu¹¹ a également constitué une stratégie gagnante pour les agents de projets de deux territoires en particulier. Ainsi, lorsque ces personnes sont sensibilisées à la problématique des JHA et jugent le projet pertinent, il est plus aisé de mettre des actions en place. Enfin, on note que les intervenants scolaires des CSSS (ex. : infirmière, travailleur social) sont des alliés précieux pour les agents de projet lorsqu'il est question de s'intégrer à une école.

La volonté et l'ouverture des écoles et des milieux

La mise en place du projet dans les écoles dépend en partie de la volonté de la direction de l'école et de la collaboration des membres du personnel. Dans un territoire, les écoles se sont montrées plus rapidement ouvertes à participer au projet de prévention des JHA. Dans ces écoles, des personnes-ressources servaient de

¹¹ Par exemple, une personne siégeant à une table de concertation de quartier et ayant un potentiel d'influence dans les discussions / décisions.

porte d'entrée au projet et l'organisme qui déploie le projet était déjà connu des écoles.

Sur un autre territoire, la direction d'une école était convaincue de l'importance de prévenir les JHA dans son milieu. Ainsi, l'agent de projet a pu se joindre plus facilement à un comité travaillant sur les dépendances dans l'école et sensibiliser les intervenants scolaires à la réalité des JHA et alors susciter l'adhésion à des activités de prévention. Enfin, l'ouverture du milieu, par exemple les tables de concertation jeunesse de quartier, constitue également un facteur qui facilite le déploiement du projet tel que souligné au point précédent sur les collaborations et le partenariat.

L'actualisation du projet selon l'approche ÉMES

Le travail selon l'approche ÉMES est nommé par tous les agents de projet. On note toutefois que l'actualisation du projet selon cette approche pose aussi certaines contraintes que nous examinerons dans la section sur les obstacles au déploiement.

Un aspect congruent avec l'approche ÉMES, qui s'est avéré essentiel, est de partir des besoins, réalités et priorités du milieu. Dans le contexte actuel, où les approches globales et concertées sont de plus en plus présentes et reconnues, il était inapproprié d'imposer un projet de prévention centré uniquement sur les JHA, sans tenir compte des priorités du milieu. Bien que les territoires invités à participer au projet aient été ciblés en fonction de la vulnérabilité de leur population et de l'offre de jeu présente, les agents de projets ont dû prendre les « portes d'entrée » que les écoles leur offraient en fonction des priorités déjà établies. C'est dans ce contexte que l'intégration des JHA aux autres dépendances s'est effectuée. C'est donc d'abord et avant tout, la liberté et l'autonomie accordées aux CSSS dans le travail mené par les agents de projet qui a permis l'actualisation du projet de façon souple et adaptée pour chaque milieu.

Toujours en cohérence avec les principes ÉMES, il s'est avéré préférable de travailler à partir d'une structure ou d'actions qui existent déjà dans l'école (ex. : comité, programme) notamment pour ne pas alourdir la tâche du personnel scolaire avec la mise en place d'un nouveau projet sur les JHA. Par exemple, dans certaines écoles, les agents de projet ont participé à une coanimation lors de retour en classe à la suite de pièces de théâtre sur les dépendances présentées aux étudiants. Ces animations ont parfois permis d'aborder les JHA tout en s'intégrant aux actions de l'école.

La formation continue pour les agents de projet.

La formation et le perfectionnement sont identifiés par les agents de projet comme un préalable de base pour exercer leur fonction adéquatement. L'offre de formation doit s'adapter aux besoins tout au long de l'année et couvrir plusieurs thèmes en passant par les aspects spécifiques du JHA jusqu'à des enjeux précis de l'approche ÉMES.

3.6 Les obstacles

Certains obstacles ou freins sont apparus en cours de projet et ont suscité plusieurs réflexions au sein du comité de coordination. La plupart des difficultés sont reconnues comme telles par les trois agents de projet. Elles sont classées en six catégories qui ne sont pas présentées dans un ordre d'importance.

Travailler sur la problématique des JHA

La contrainte la plus souvent mentionnée par les répondants est le peu d'intérêt initial, voire l'absence de motivation des milieux à travailler sur la problématique des JHA. Contrairement aux toxicomanies, ayant des impacts visibles sur les comportements scolaires, les conséquences de la participation à des JHA sont beaucoup moins visibles dans l'école. Ainsi, les agents de projet doivent effectuer un travail de sensibilisation à cette problématique dans les milieux avant même de proposer des actions.

De plus, comme la portion de l'agenda dévolue à la promotion et à la prévention est souvent restreinte et déjà bien remplie, les intervenants scolaires disposent de peu de temps à consacrer à un nouveau projet. Comme mentionné précédemment, les agents de projet doivent plutôt envisager de greffer un contenu JHA à des actions de prévention des dépendances. Et encore, ils rapportent que l'inclusion des JHA aux dépendances demande des efforts constants.

Le déploiement du projet selon l'approche ÉMES

Plusieurs défis mentionnés par les agents de projets sont liés au positionnement du projet par rapport à l'approche ÉMES. Bien que cet aspect soit également rapporté dans les conditions de réussite du projet, il semble exister un paradoxe quant au fait d'inscrire un tel projet selon une approche comme ÉMES.

La principale contrainte, surtout vécue en début de projet, est l'apparente contradiction entre les modalités de financement du projet et certains éléments de l'approche ÉMES. Le financement¹² est octroyé pour une problématique précise et s'articule en grande partie autour de projets pilotes à déployer dans les territoires de CSSS ciblés. La perception de certains milieux¹³ quant à cette procédure semble être plutôt négative : la santé publique soumet un projet selon une logique descendante, « en silo », avec peu d'égard pour les priorités ciblées par le milieu. L'approche ÉMES suggère que les actions prennent appui sur les besoins des milieux dans un souci de révision et de bonification des pratiques existantes, selon une logique d'intégration et de globalité des interventions. Tel qu'il se présente sur papier, le projet semble décalé face à cette façon de planifier les actions où le financement devrait plutôt soutenir des initiatives qui émergent des milieux et qui sont cohérentes avec les priorités établies par ceux-ci. Or, comme mentionnée au point précédent, la prévention des JHA en milieux scolaires suscite peu d'intérêt.

Une autre difficulté liée au fait de présenter le projet selon l'approche ÉMES concerne la résistance de certains milieux face à l'approche elle-même. Cette réalité se retrouve particulièrement sur un territoire. Le déploiement de l'approche ÉMES sur ce territoire semble parcellaire. Il est de toute évidence plus difficile d'implanter un projet selon une approche particulière lorsque celle-ci en est à ses balbutiements.

La non-récurrence du financement

Tous les répondants s'accordent pour dire que le financement non récurrent crée des situations inconfortables. Ces aspects étaient surtout présents en début de projet où l'incertitude face au financement était plus grande.

¹² Le financement du projet provient de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

¹³ Bien que tous les agents de projets rapportent divers degrés d'inconfort face à un financement par problématique dans le contexte du déploiement de l'approche ÉMES, la perception négative des milieux face à cette façon de faire semble plus prononcée dans un territoire en particulier.

L'absence de perspectives à long terme nuit à la motivation et à la mobilisation des différents partenaires. Pour un CSSS, il s'agissait même d'une raison pour refuser le projet pilote sur son territoire. Pour les milieux qui participent, il n'est pas souhaité ni recommandé de donner quelques ateliers seulement aux jeunes sur la problématique des JHA, pendant que les fonds sont disponibles, et de laisser tomber ensuite. Idéalement, des fonds devraient être disponibles pour une période suffisante qui permettrait de mettre le projet sur pied adéquatement et d'en assurer la poursuite par différents moyens. Une autre préoccupation liée au mode de financement non récurrent concerne la précarité d'emploi des agents de projet. Il s'agit d'une condition pouvant nuire à la rétention des agents de projet qui occupent une position comportant de multiples défis et exigeant de nombreuses compétences.

Les caractéristiques de certains milieux

Les écoles sont parfois peu ouvertes à recevoir des projets venant de l'externe dans leur établissement pour différentes raisons. Ce manque d'ouverture est observé, par exemple, lorsque les écoles ont peu de mécanismes de collaboration avec la communauté. Elles travaillent alors davantage en vase clos.

Dans d'autres cas, les écoles sont ouvertes, mais le personnel a peu de disponibilités et craint une surcharge de travail en ajoutant un nouveau projet à l'agenda. De plus, lorsque des activités doivent avoir lieu dans les classes, il est parfois difficile d'obtenir la collaboration d'enseignants qui sont très occupés. Évidemment, lorsque des interventions auprès des jeunes peuvent avoir lieu en classe, c'est sur une base volontaire. Ainsi, les jeunes qui en bénéficient sont ceux dont l'enseignant accepte de libérer du temps de cours pour des raisons qui lui sont propres. Ceci peut compliquer les démarches qui visent à rejoindre le plus de jeunes possibles et à différents moments de leur parcours scolaire. Une voie de solution pourrait être l'intégration des contenus de prévention au curriculum scolaire, une démarche qui ne semble pas encore très courante. Enfin, il ressort que les différentes tables de concertation se trouvent elles aussi parfois occupées par de nombreux dossiers et n'ont que peu de temps à accorder à un nouveau projet.

La perception de certains milieux face à la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal

Il semble que la façon dont le projet a été perçu initialement dans certains milieux (financement pour une thématique non prioritaire, en silo, selon une logique descendante) ait accentué des résistances déjà présentes face aux initiatives de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal. On note aussi que lorsque la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal est perçue négativement par le milieu de façon générale, le projet semble moins bien accueilli, possiblement parce qu'il provient de cette organisation. Cet obstacle est surtout apparu sur un territoire.

Les mécanismes de collaboration et de communication entre les partenaires

Une autre difficulté rapportée concerne l'absence d'un mécanisme de communication formel et fonctionnel permettant d'arrimer les différentes initiatives sur les JHA dans les territoires. Par exemple, arrimer des projets locaux, comme les projets pilotes, avec les projets régionaux déjà en place peut poser certaines difficultés, notamment au niveau des contacts avec les écoles.

Ce travail de collaboration est complexe, exige une certaine flexibilité et demande du temps. La coordination des activités proposées aux milieux par les différents partenaires, de façon à avoir un discours commun et une action cohérente et

concertée, constitue un défi important. À cet égard, le comité de coordination régional est une interface qui permet de faciliter cette tâche. Cet aspect est d'autant plus important maintenant que le mandat du comité s'oriente vers l'inclusion d'autres dépendances, ce qui pourrait mener à une multiplication des partenaires concernés.

4. Retombées et suites

Un peu plus d'un an après les débuts du projet pilote de prévention des JHA, quelques retombées sont rapportées. D'abord, plusieurs acteurs clés en prévention (ex. : intervenants, direction d'établissement, etc.) des trois territoires sont maintenant sensibilisés à plusieurs aspects touchant la pratique des JHA et à l'importance de mettre en place des actions pour les jeunes. Le réflexe d'inclure les JHA lorsqu'on traite des dépendances commence également à s'installer peu à peu. Somme toute, il semble que la problématique soit davantage reconnue par les différents acteurs ayant été impliqués dans les démarches. Par ailleurs, l'intérêt croissant de certains intervenants du milieu scolaire envers la prévention des JHA se traduit aussi par leur récente présence aux rencontres du comité de coordination régional.

En début de deuxième année du déploiement du projet, les agents ont développé un réseau de contacts plus vaste leur permettant d'être plus efficaces et de pousser les démarches un peu plus loin ou encore de bonifier leur façon de faire. Un outil de prévention des JHA a par ailleurs été bonifié dans le cadre du projet et est actuellement en cours d'évaluation. Cet outil, déjà utilisé avec les jeunes dans le cadre du projet, pourrait éventuellement l'être en combinaison avec l'atelier de sensibilisation sur les JHA offert par la Maison Jean-Lapointe dans les écoles.

Les membres du comité de coordination ont graduellement inclus les dépendances dans leurs préoccupations, tant sur le plan des actions de prévention menées que sur celui des thèmes discutés lors des rencontres du comité (ex. : présence au comité d'une chercheuse en dépendances, présentation d'outils en prévention des toxicomanies, etc.). Cependant, la thématique des dépendances est surtout travaillée comme une porte d'entrée à la problématique des JHA. L'intérêt pour investir la thématique des dépendances comme champs de promotion / prévention en soi semble variable jusqu'à maintenant. De plus, les actions de sensibilisation et de prévention des JHA ne sont pour l'instant pas attachées formellement à une stratégie globale et intégrée de prévention des dépendances dans les milieux.

À ce jour, le financement se poursuit et permet au comité de poursuivre les projets pilotes et d'amorcer de nouveaux travaux en fonction des besoins exprimés par les partenaires, de bonifier ce qui se fait actuellement en prévention des JHA et de mettre en place des moyens pour assurer la pérennité des actions. À cet égard, une boîte à outils sera produite afin d'outiller les milieux communautaires et scolaires dans la prévention des JHA auprès des jeunes.

Enfin, la retombée la plus directement reliée aux objectifs premiers des projets pilotes concerne les actions qui ont eu lieu auprès des jeunes. Plusieurs ont en effet assisté ou participé à des activités de sensibilisation ou de prévention des JHA et autres dépendances par le biais du projet. Des actions isolées avaient parfois déjà lieu, mais le projet a permis d'amorcer une démarche plus systématique, adaptée aux besoins, dans le contexte de l'approche ÉMES.

5. Recommandations

Quelques recommandations découlent des réponses aux questions sur les conditions de réussite et sur les obstacles de même que de la question sur les commentaires généraux. Rappelons que ces résultats concernent trois territoires montréalais, ayant tous un contexte et des dynamiques locales qui leur sont propres. Ainsi, les recommandations formulées sur la base de l'information recueillie ne peuvent être généralisées à d'autres contextes. Toutefois, malgré les différences observées dans les territoires, plusieurs éléments de réponses sont communs aux trois agents de projet et les recommandations peuvent possiblement guider certains aspects pour la mise en place de projet du même type.

Maintenir une coordination régionale souple et ouverte

La présente expérience suggère que le comité de coordination régional est essentiel à la bonne marche d'un tel projet. Ce comité joue plusieurs rôles et contribue de nombreuses façons à la réalisation du projet. Il s'agit par exemple d'un lieu d'échange où la plupart des obstacles rencontrés en cours de route sont partagés et où des solutions sont proposées. Le comité de coordination régional a aussi contribué à atténuer plusieurs préoccupations, dont celles relatives à la perception parfois négative de certains milieux à l'égard de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal. En effet, le comité constitue un espace où le mode de prises de décision implique la consultation des agents de projet qui sont directement en lien avec les acteurs du milieu. Cette façon de faire et les nombreux échanges ont permis de maintenir un lien constant avec le milieu et d'adapter le déroulement du projet au contexte.

C'est toutefois la flexibilité et l'ouverture caractérisant le comité qui semblent être les éléments clés dans la mise en œuvre du projet. Les résultats suggèrent que dans un projet où les actions à implanter dépendent en grande partie de la mobilisation des partenaires, les modalités de déploiement doivent être flexibles et en mesure de s'adapter aux différentes réalités des milieux.

Dans l'optique de l'ouverture du projet à d'autres types de dépendances ou encore si d'autres territoires de CSSS devaient participer, le maintien du comité de coordination semble être incontournable.

Revoir, au palier régional, la façon de présenter les projets thématiques aux milieux, en tenant compte de l'approche ÉMES et des réalités locales

Rétrospectivement, on peut supposer que le déploiement du projet pilote, du moins la phase initiale, aurait été facilité par un financement visant directement la prévention des dépendances, problématique qui préoccupe davantage les milieux. Toutefois, même si le financement demeure destiné à la prévention des JHA, cela n'exclut en rien la nécessité de réfléchir, au palier régional, à l'articulation et à la présentation du projet aux milieux. Cette réflexion doit tenir compte du contexte où l'on propose aux mêmes milieux que ceux ciblés par le projet, une approche globale et concertée pour travailler en promotion et en prévention. Elle est d'autant plus pertinente lorsque, comme dans le cas présent, on accole « selon l'approche ÉMES » dans le libellé même du projet. Partant du principe que la plupart des milieux ont déjà des priorités d'action fixées à partir des besoins de leur population, et que nous désirons renforcer ce lien entre les besoins de la population et le choix des priorités locales nous

gagnons à développer une cohérence dans nos actions avant de « descendre » avec un projet donné.

À la lumière des informations recueillies dans le cadre de la présente démarche, une piste intéressante constitue l'assouplissement des projets thématiques, en misant d'entrée de jeu sur la constante préoccupation pour les besoins du milieu et le respect des dynamiques locales. Il serait également intéressant de préciser, au fil des expériences, des façons d'intégrer les interventions de promotion de la santé et de prévention dans une approche globale et concertée.

Sensibiliser les milieux et intégrer les JHA aux autres dépendances pour mieux prévenir

Comme mentionnés plus haut, avant même de penser à prévenir la problématique des JHA auprès des jeunes, les acteurs des milieux (tables de concertation, intervenants, directions d'écoles, etc.) doivent être sensibilisés à cette problématique. La documentation du déploiement des projets pilotes permet de constater que même lorsqu'on tente d'implanter un projet dans des territoires ciblés en fonction de l'offre de jeu et de la vulnérabilité de la population, des résistances sont présentes en raison de l'impopularité de la problématique. Mis à part un territoire, il s'est avéré plutôt difficile d'obtenir la reconnaissance initiale des milieux quant à la pertinence du projet. Il semble que lorsqu'on veut prévenir une problématique dont les conséquences sont peu visibles chez les jeunes (contrairement par exemple aux toxicomanies) les efforts investis en début de projet doivent être accrus. Il est alors réaliste de prévoir un certain temps avant de penser au déploiement d'activités directement auprès des jeunes.

Outre la sensibilisation, une façon de travailler ce type de problématique est d'intégrer les efforts de prévention à ceux visant d'autres types de dépendances et qui partagent des facteurs de risque et de protection communs. Idéalement, la prévention des JHA en milieu scolaire auprès des jeunes devrait être pensée à partir des facteurs clés communs aux dépendances, parallèlement au déploiement d'actions liées aux particularités spécifiques à la problématique (ex. : notion de hasard). Bien que l'intégration des contenus touchant les diverses dépendances soit souhaitable, la réalité ne favorise pas toujours un tel travail. Par exemple, un agent de projet rapporte que l'inclusion des JHA avec les autres dépendances pourrait être favorisée en changeant *La Semaine de la prévention de la toxicomanie* en *Semaine de la prévention des dépendances*. Il est également proposé que la prévention des JHA soit intégrée à différentes actions dans des contextes variés afin que les jeunes soient exposés à l'information relative aux JHA de façon continue (ex. : intégration au curriculum scolaire en mathématiques) et dans plus d'un environnement (ex. : maisons de jeune). Cette façon de faire implique un partenariat actif entre les divers acteurs interpellés par la santé et le bien-être des jeunes.

Positionner clairement la prévention des dépendances à l'intérieur du comité de coordination régional

Au moment de terminer la cueillette des données (octobre 2009), on notait une certaine intégration des JHA aux autres dépendances à différents niveaux. Toutefois, les informations recueillies suggèrent que les dépendances sont surtout envisagées comme une porte d'entrée pour le projet de prévention des JHA. Par exemple, un agent de projet peut se joindre à un comité sur les toxicomanies, principalement afin d'y apporter une préoccupation pour les JHA lorsque l'occasion se présente.

Parallèlement, l'ensemble des acteurs impliqués dans le projet semble reconnaître de plus en plus les dépendances comme champs de prévention à investir en soi. Ainsi, il pourrait être pertinent, pour le comité de coordination régional d'adopter une position claire sur la place de la prévention des dépendances dans ses orientations et sa planification.

Tenir compte du niveau de compréhension et de déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé dans les milieux ciblés

On note qu'il a été plus difficile de déployer les projets pilotes lorsque les milieux présentaient les caractéristiques suivantes : l'approche ÉMES était moins connue; l'approche ÉMES ne faisait pas l'unanimité; les mécanismes de collaboration entre les écoles et la communauté étaient pratiquement absents ou peu développés. Ces observations suggèrent qu'il pourrait être préférable de miser sur une amorce d'implantation de l'approche dans le milieu avant de déployer un projet sur une problématique spécifique, selon cette approche. Toutefois, bien que la connaissance de l'approche et l'organisation du travail selon celle-ci par le milieu semblent faciliter la mise en œuvre du projet, son absence ne doit pas être un frein absolu au déploiement de projets de la sorte. La présente expérience suggère que le déploiement du projet peut contribuer à atténuer les résistances des milieux moins intéressés à l'approche ÉMES. Il peut s'agir d'un moyen de sensibiliser les milieux à l'approche et à l'intérêt du travail en partenariat.

Il apparaît également essentiel que les agents de projet ou les professionnels et intervenants qui travaillent en lien avec le projet bénéficient d'une formation générale sur l'approche ÉMES. De la formation continue sur certains aspects plus appliqués de l'approche est également requise afin d'actualiser le projet de façon cohérente avec cette dernière. Le perfectionnement continu concernant la thématique des JHA est aussi essentiel.

Conclusion

La présente démarche visait à documenter certains aspects de la mise en œuvre d'un projet pilote de prévention des JHA selon l'approche ÉMES. À cet effet, les activités déployées dans le cadre du projet, l'actualisation du projet selon l'approche ÉMES, les conditions de réussite et les obstacles au déploiement ont été documentés. Rappelons que les objectifs du projet pilote étaient les suivants :

- 1) Favoriser l'implication et l'engagement des niveaux décisionnels et d'intervention par le biais de politiques scolaires.
- 2) Miser sur l'information et la sensibilisation des adultes (directions, enseignants, intervenants, parents, communautés).
- 3) Agir sur les connaissances et les attitudes des jeunes face au jeu de hasard et d'argent en les outillant face à une offre de jeu omniprésente.

Une partie de ces objectifs devaient s'effectuer par le biais des ateliers de sensibilisation aux JHA offerts par la Maison Jean-Lapointe et le tout devait se réaliser en accord avec l'approche ÉMES déployée sur le territoire montréalais.

Le présent rapport ne permet pas de répondre sans équivoque à la question de l'atteinte de ces objectifs, surtout concernant le premier. Toutefois, malgré le peu d'informations recueillies relativement à cet objectif, il est possible d'établir un lien avec le travail des agents de projet dans les comités sur les dépendances ou les toxicomanies des écoles. En effet, c'est possiblement à travers leur collaboration à la rédaction ou à la révision des protocoles sur la toxicomanie des écoles que le premier objectif a été travaillé. Ces protocoles encadrent, par exemple, les interventions à mettre en place lorsqu'on soupçonne un élève d'avoir consommé de la drogue. De façon plus large, ils peuvent aussi inclure les politiques de l'école en matière de jeu et les interventions associées afin de faire respecter ces politiques. Les données recueillies ne permettent toutefois pas d'examiner ce niveau de détails et de statuer de l'atteinte ou non de l'objectif.

Pour sa part, le deuxième objectif semble être atteint. Il est apparu très tôt dans le déploiement du projet que les agents devaient sensibiliser et informer les différents acteurs préoccupés par la santé et le bien-être des jeunes sur la thématique des JHA. En raison de l'impopularité des JHA comme priorité d'action des milieux, cet objectif est devenu une condition préalable à la réalisation des autres objectifs.

Enfin, concernant le troisième objectif, des actions de sensibilisation et de prévention ont été menées directement auprès des jeunes. Ces actions visaient fréquemment à agir sur les connaissances et les attitudes des jeunes face au jeu. En l'absence d'une étude d'évaluation des effets, nous ne pouvons que présumer de l'impact des interventions. Notons toutefois que les ateliers de sensibilisation de la MJL avaient déjà fait l'objet d'une évaluation qui suggère des effets favorables sur les connaissances et les attitudes des jeunes en ayant bénéficié (Vitaro, Paré, Trudelle et Duchesne, 2005).

En conclusion, il importe de rappeler que même si les résultats suggèrent que la prévention des JHA ne semble pas être une priorité des milieux, elle n'en demeure pas moins pertinente. La participation des jeunes à des JHA est une problématique pour laquelle les connaissances sont relativement récentes et dont les conséquences immédiates sont moins évidentes, mais dont les coûts sociaux à long terme sont documentés. D'ailleurs, la pertinence de prévenir le jeu problématique chez les jeunes est de plus en plus reconnue. Rappelons que l'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ISQ, 2008) fait état de trois éléments

préoccupants en regard du jeu chez les jeunes : l'augmentation de la participation aux jeux d'argent sur Internet, l'augmentation de la fréquence de jeu chez les jeunes filles et l'augmentation de la proportion d'élèves de 1^{re} secondaire qui jouent sur une base habituelle.

Références

Comité National d'orientation École en Santé et collaborateurs (2005). *École en Santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*.

<http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>

Derevensky, J., Gupta, R., & Magoon, M. (2004a). Adolescents problem gambling: Legislative and policy decisions. *Gambling Law Review*, 8(2), 107-117.

Derevensky, J., & Gupta, R. (2007). Internet gambling amongst adolescents: A growing concern. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 5(2), 93-101

Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : Applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Montréal. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Désy, Michel Zanfongnon Ramana. 2009. 36 pages. *Le déploiement d'Écoles et milieux en santé à Montréal (2007-2008) vu par ses acteurs principaux - Défis et stratégies*. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Griffiths, M. D., & Parke, J. (2002). The social impact of Internet gambling. *Social Science Computer Review*, 20(3), 312-320.

Hardoon, K. K., & Derevensky, J. L. (2002). Child and adolescent gambling behavior: Current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 263-281.

Institut de la statistique du Québec (2009). Tabac, alcool, drogue et jeu chez les élèves du secondaire. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, 2008.

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. & Becker, A. B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19:173-202.

Jacobs, D. F. (2000) Juvenile gambling in North America: an analysis of long term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, 16, 119–152.

Jacobs, D. F. (2004). Youth Gambling in North America: Long term trends and future prospects. In Derevensky, Jeffrey and GUPTA, Rina (2004), *Gambling problems in youth and applied perspectives*. New York: Kluwer/Plenum Publishers, p. 1-24.

Korn, D.A., & Shaffer, H. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies* 15(4), 223-234.

Lajoie et Biron (2007). *École en santé et prévention dans les jeux de hasard et d'argent. Projet pilote d'intervention auprès des jeunes*. Document interne

Messerlian, C., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2005). Youth gambling problems: A public health perspective. *Health Promotion International*, 20(1), 69–79.

Régie régionale de la santé et des Services Sociaux (2003). *La prévention dans les jeux de hasard et d'argent*. Plan stratégique montréalais 2003-2006.

Vitaro, F., Paré, R., Tridelle, S., & Duchesne, J. (2005). *Évaluation des ateliers de sensibilisation sur les risques associés aux jeux de hasard et d'argent*. Rapport présenté à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Conditions entourant le déploiement d'un projet pilote de prévention des jeux de hasard et d'argent auprès des jeunes d'âge secondaire	8,00 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89673-071-1		

Nom _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

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

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 