

A B R É G É

L'étude de cas multiples est appliquée pour expliquer l'implantation d'un curriculum de promotion de la santé cardiovasculaire intitulé «Coeur en santé», dans les classes de 4^e année de huit écoles d'un quartier multi-ethnique et défavorisé de Montréal. Une entrevue structurée et un journal de bord ont été utilisés pour mesurer les variables suivantes : 1) les caractéristiques personnelles des professeurs; 2) les caractéristiques organisationnelles de l'école; 3) les caractéristiques du programme; 4) la collaboration entre les secteurs de l'éducation et de la santé; et 5) la dose et la fidélité d'administration du curriculum.

Les résultats démontrent que les caractéristiques personnelles des professeurs et certaines caractéristiques du programme semblent expliquer les niveaux d'implantation du curriculum «Coeur en santé» dans les classes de 4^e année.

A B S T R A C T

A multiple case study design is used to explain the level of implementation of a "Heart Health" curriculum by grade four teachers of eight schools in a Montreal multi-ethnic and underprivileged district. An interview and logbook examine the following variables: 1) personal characteristics of the teachers; 2) organizational characteristics of the schools; 3) characteristics of the program; 4) collaboration between the health and educational sectors; and 5) curriculum level of use and fidelity of implementation.

The results show in particular that the personal characteristics of the teachers and the characteristics of the program explain the level of implementation of the Heart Health curriculum.

Évaluation de l'implantation d'un curriculum scolaire : Pistes d'interventions pour optimiser l'adoption et l'implantation de programmes d'éducation à la santé dans les écoles primaires

Lise Renaud, PhD,^{1,2} Sylvie Chevalier, MSc,¹ Renée Dufour, MSc,¹
Jennifer O'Loughlin, PhD,^{1,3} Nicole Beaudet, MSc,¹
André Bourgeois, DES,¹ Diane Ouellet, MSc¹

Dans le cadre d'un projet multifactoriel de promotion de la santé du coeur de l'Initiative fédérale-provinciale en santé du coeur, un curriculum scolaire de 20 heures/année intitulé «Coeur en santé» et servant d'outil pédagogique pour les professeurs des niveaux de 4^e, 5^e et 6^e année de l'élémentaire, a été élaboré et implanté dans huit écoles du territoire St-Louis du Parc, quartier multiethnique et défavorisé de Montréal. Ce curriculum, qui est composé d'un guide du maître ayant 20 leçons et d'un cahier d'activités pour l'élève, a pour but de développer les compétences individuelles en santé cardiovasculaire des enfants du quartier. La description du projet ainsi que le contenu

du curriculum scolaire sont décrits dans deux articles.^{1,2}

L'impact d'un tel programme est en partie déterminé par son degré d'implantation dans les milieux auxquels il est destiné.³⁻⁸ C'est pourquoi il est recommandé de mesurer la variabilité de l'implantation d'un programme et de se servir de ces données pour l'analyse et l'interprétation des résultats de l'évaluation des effets.⁹⁻¹²

Cette étude vise à documenter l'implantation du curriculum «Coeur en santé» dans les classes des professeurs de 4^e année de huit écoles participantes. Elle est réalisée à l'an deux du projet, une autre suivra à l'an trois et quatre dans les classes des trois niveaux du deuxième cycle du primaire.

MÉTHODES

Le devis d'étude de cas multiples est utilisé pour l'évaluation de l'implantation du curriculum «Coeur en santé». Quatre catégories de variables indépendantes sont mesurées. Elles proviennent du cadre théorique de Green et Lewis.¹³ Ce sont 1) les caractéristiques personnelles des professeurs; 2) les caractéristiques organisationnelles des écoles; 3) les caractéristiques du programme; et 4) la collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation.¹³⁻¹⁸ Seule la collaboration a été ajoutée à ce cadre puisqu'elle nous apparaît impliquée dans ce qui fait le succès ou l'échec de l'implantation d'un programme en milieu scolaire.

1. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
2. Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive
3. Université McGill, Département d'Épidémiologie et de Biostatistique

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale de la santé publique, le Projet québécois de démonstration en santé du coeur (PQDSC) par le PNRDS (n° 6605-3754-H), et la fondation québécoise des maladies du coeur. Les membres du comité de coordination du PQDSC sont : Richard Lessard, Louise Potvin, Gilles Paradis, Brigitte Lachance, Lise Renaud, Jennifer O'Loughlin, Jocelyne Pelletier, Jocelyne Moisan, Nguyet Nguyen et France Feliatrault.

Adresse de correspondance: Docteure Lise Renaud, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 4835, av. Christophe-Colomb, Montréal (Québec) H2J 3G8, courrier électronique : renaudli@ere.umontreal.ca

La variable dépendante, soit le niveau d'implantation du curriculum, est définie comme la mesure de la dose et de la fidélité à laquelle le curriculum est utilisé¹³ (voir figure 1).

Ce cadre théorique a été choisi parce qu'il englobe les variables prédictives de l'implantation d'un curriculum tel que décrit dans la littérature.

Instruments

Les professeurs de 4^e année (n=10), les directeurs (n=8) et l'intervenant chargé de l'implantation du curriculum dans les écoles ont participé à une entrevue structurée avec questions ouvertes et fermées, couplée à un journal de bord. Les variables indépendantes sont mesurées par l'entrevue structurée, et la variable dépendante est mesurée par le journal de bord.

Le questionnaire, utilisé pour l'entrevue structurée, a été construit à partir d'instruments déjà validés,¹⁴⁻¹⁷ traduit puis testé à l'aide de groupes-témoins auprès de professeurs et de directeurs d'écoles semblables.

L'usage de sources multiples (professeurs, directeurs et intervenant) et le cadre théorique sur lequel repose le choix des variables mesurées assure une validité de construit à l'étude.

Analyse

Une analyse intra- puis inter-cas a été faite. L'analyse intra-cas consiste à construire un modèle résumé de chacun des cas expliquant le niveau d'implantation du curriculum dans chacune des écoles suivant la méthode d'analyse de contenu qualitative basée sur la réduction de données.¹⁹

L'analyse inter-cas a été faite suivant la méthode d'appariement des cas en construisant un modèle récapitulatif à partir du résumé de chacun des cas, lequel est confronté au modèle théorique de départ.²⁰

Finalement, le niveau d'implantation du curriculum (de 0 à 3) a été établi en calculant le nombre de leçons données par l'enseignant en classe (dose) et en documentant les changements apportés au curriculum (fidélité).²⁰

RÉSULTATS

Quatre professeurs de 4^e année sur dix ont implanté le curriculum dans leur classe

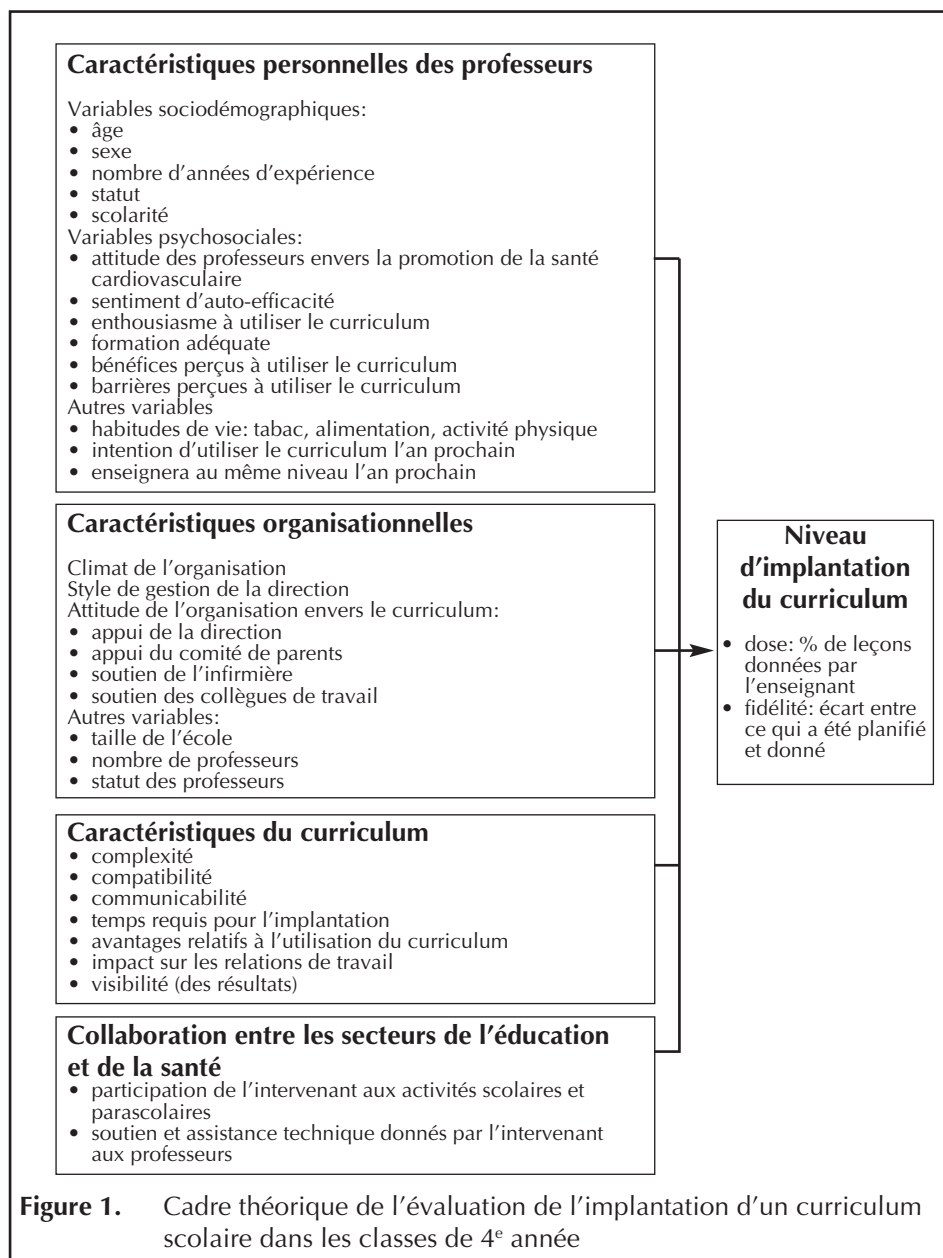


Figure 1. Cadre théorique de l'évaluation de l'implantation d'un curriculum scolaire dans les classes de 4^e année

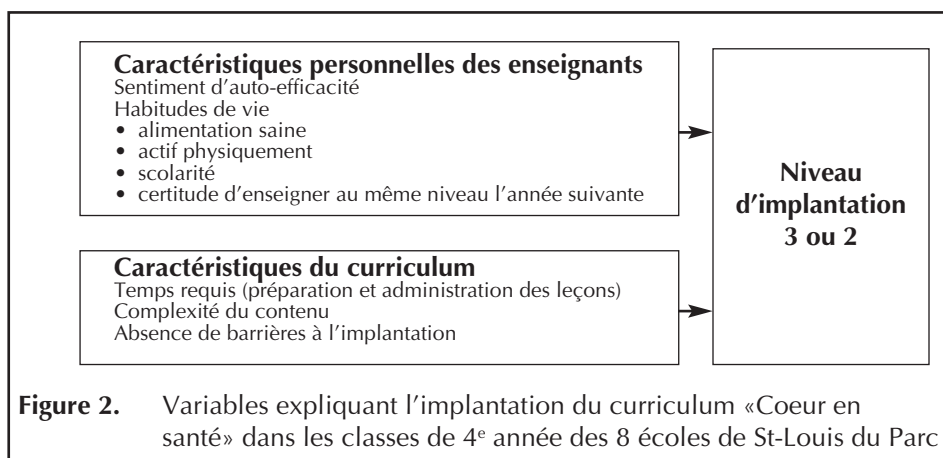


Figure 2. Variables expliquant l'implantation du curriculum «Coeur en santé» dans les classes de 4^e année des 8 écoles de St-Louis du Parc

en 1995-1996. La dose à laquelle le curriculum a été donné varie de 51 % à 89 %. La plupart des professeurs ont utilisé les leçons telles que proposées dans le guide du maître. Compte tenu de ces indicateurs, ces quatre professeurs ont obtenu un niveau d'implantation de 3 ou 2.

Les variables expliquant l'implantation du curriculum dans les classes de 4^e année sont celles liées aux caractéristiques personnelles des professeurs: les utilisateurs du curriculum (n=4) ont de bonnes habitudes alimentaires, sont plus actifs physiquement, plus scolarisés, plus confiants en leur capacité d'enseigner le curriculum et savent qu'ils enseigneront dans la même classe l'année suivante. De plus, certaines variables reliées aux caractéristiques du curriculum tels la complexité perçue des notions véhiculées dans «Coeur en santé» et le temps requis pour son implantation sont moindres chez les utilisateurs que chez les non-utilisateurs (figure 2).

Les variables reliées au contexte organisationnel ne semblent pas expliquer les niveaux d'implantation dans les classes concernées puisque la perception du climat organisationnel, du soutien et du style de gestion de la direction ne sont pas différents chez les utilisateurs que chez les non-utilisateurs. Les variables reliées à la collaboration non plus.

DISCUSSION

L'interprétation des résultats doit être faite avec prudence compte tenu de la taille de l'échantillon (n=18). Néanmoins, les résultats de cette étude pilote suggèrent que pour optimiser l'implantation du curriculum scolaire dans les classes de 4^e année, on doit agir sur le sentiment de compétence des professeurs à enseigner le curriculum, sur la surestimation du temps

requis pour l'administration et la préparation des leçons, sur la perception de la complexité des notions véhiculées dans le curriculum et sur les barrières à l'utiliser.

La confrontation du modèle récapitulatif des cas avec le modèle théorique assure une certaine validité interne à l'étude et permet de construire un modèle prédictif d'implantation, modèle qui sera raffiné au cours des deux prochaines années.

Cette analyse qualitative suggère des pistes qui amélioreront l'implantation du curriculum dans les écoles. Ces données ont déjà servi à la planification d'une journée de formation ciblant les composantes-clés agissant sur l'utilisation du curriculum par les professeurs.

La poursuite de l'évaluation de l'implantation à l'an 3 et 4 nous permettra d'expliquer plus en détail le processus d'implantation du curriculum, et nous donnera des indications pour l'adapter à la pratique pédagogique des professeurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Renaud L. Réflexions critiques au sujet d'un modèle conceptuel transposé dans le design d'un programme communautaire et multifactoriel en promotion de la santé auprès d'enfants. Dans: Bastien R, Langevin L, LaRocque G, Renaud L. *Promouvoir la santé*. Montréal: Collection Partage, éd. REFIPS, 1994;213-28.
2. Renaud L, Dufour R, O'Loughlin J. Intervenir localement selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa: défi de la promotion. *Ruptures* 1997;4(1):23-34.
3. Perry CL, Luepker RV, Murray DM, et al. Parent involvement with children's heart health promotion: A one-year follow-up of the Minnesota home team. *Health Educ Q* 1989;16:171-80.
4. Basch CE. Research on disseminating and implementing health education programs in schools. *School Health Research* 1984;15(4):57-66.
5. McCormick LK, Steckler AB, McLeroy KR. Diffusion of innovations in schools: A study of adoption and implementation of school-based tobacco prevention curricula. *Am J Health Prom* 1995;9(3):210-19.
6. Scheirer MA. Life-cycle of an innovation: Adoption vs discontinuation. *J Health Soc Behav* 1990;31(2):203-15.
7. Parcel GS. Diffusion research: The Smart Choices Project. *Health Educ Res* 1995;10(3):279-81.
8. Smith DW, McCormick AB, Steckler AB, McLeroy KR. Teachers' use of health curricula: Implementation of growing healthy, Project SMART, and the teenage health teaching modules. *J School Health* 1993;63(8):349-54.
9. Scanlon JW, Horts P, Nay JN, et al. Evaluability assessment: Avoiding type III and type IV errors. In: Gilbert GR, Conklin PJ (Eds.), *Evaluation Management: A Sourcebook of Readings*. Charlottesville: Civil Service Commission, 1977.
10. Cook TD, Campbell DT. *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally, 1979.
11. Scheirer MA, Shediak MC, Cassady CE. Measuring the implementation of health promotion programs: The case of the breast and cervical cancer program in Maryland. *Health Educ Res* 1995;10(1):11-25.
12. Kolbe LJ, Iverson DC. Implementing comprehensive health education: Educational innovations and social change. *Health Educ Q* 1981;8:57-80.
13. Green LW, Lewis FM. *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company, 1986;28-29.
14. McGraw SA, Stone EJ, Osganian SK, et al. Design of process evaluation within the child and adolescent trial for cardiovascular health (CATCH). *Health Educ Q* 1994;(Suppl 2):S5-S26.
15. Edmundson EW, Luton SC, McGraw SA, et al. CATCH: Classroom process evaluation in a multicenter trial. *Health Educ Q* 1994;(Suppl 2):S27-S50.
16. Rohrbach LA, Graham JW, Hansen WB. Diffusion of a school-based substance abuse prevention program: Predictors of program implementation. *Prev Med* 1993;22:237-60.
17. Steckler A, Goodman RM, McLeroy KR, et al. Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *Am J Health Prom* 1992;6(3):214-24.
18. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. New York, London: The Free Press, 1983.
19. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis, a Sourcebook of New Methods*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publication, 1984.
20. Yin RK. *Application of Case-Study Research, Applied Social Research Methods Series*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publication, 1994.

Reçu : 28 juin 1996

Accepté : 16 janvier 1997