

Université de Montréal

**Étude d'évaluabilité et évaluation des processus et des effets
d'un programme de prévention de l'usage de substances psychoactives
lors de la transition primaire-secondaire**

par

Biessé Diakaridja Soura

École de Psychoéducation

Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychoéducation,
option sciences de l'intervention/diffusion

Décembre 2015

© Biessé Diakaridja Soura, 2015

Résumé

Étude d'évaluabilité et évaluation des processus et des effets d'un programme de prévention de l'usage de substances psychoactives lors de la transition primaire-secondaire

La mise en œuvre d'activités de prévention de la consommation de substances psychoactives (SPA) (tabac, alcool et cannabis) en milieu scolaire est une stratégie couramment utilisée pour rejoindre un grand nombre de jeunes. Ces activités s'inspirent, soit de programmes existant, soit d'innovations dictées par le contexte d'implantation ou l'existence de données de recherche. Dans un cas comme dans l'autre, l'évaluation de ces programmes représente la meilleure voie pour mesurer leur efficacité et/ou connaître comment ceux-ci sont implantés. C'est cet impératif qui a motivé une commission scolaire du Québec à recommander l'évaluation de *l'Intervention en Réseau* (IR), un programme développé en vue de retarder l'âge d'initiation et de réduire la consommation problématique de SPA chez les élèves. Ce programme adopte une approche novatrice avec pour principal animateur un intervenant pivot (IP) qui assure le suivi des élèves de la 5^e année du primaire jusqu'en 3^e secondaire. Inspiré des modèles en prévention de la santé et de *l'Approche École en santé* (AES), le rôle de l'IP ici se démarque de ceux-ci. Certes, il est l'interface entre les différents acteurs impliqués et les élèves mais dans le cadre du programme IR, l'IP est intégré dans les écoles primaires et secondaires qu'il dessert. C'est cet intervenant qui assure la mobilisation des autres acteurs pour la mise en œuvre des activités.

Cette thèse vise à rendre compte de ce processus d'évaluation ainsi que des résultats obtenus. L'approche d'évaluation en est une de type participatif et collaboratif avec des données quantitatives et qualitatives recueillies par le biais de questionnaires, d'entrevues, de groupes de discussion, d'un journal de bord et de notes de réunions. Les données ont été analysées dans le cadre de trois articles dont le premier concerne l'étude d'évaluabilité (ÉÉ) du programme. Les participants de cette ÉÉ sont des acteurs-clés du programme (N=13) rencontrés en entrevues. Une analyse documentaire (rapports et journal de bord) a également été effectuée. Cette ÉÉ a permis de clarifier les intentions des initiateurs du programme et les objectifs poursuivis par ces derniers. Elle a également permis de rendre la théorie du programme plus explicite et de développer le modèle logique, deux éléments qui ont facilité les opérations d'évaluation qui ont suivi. Le deuxième article porte sur l'évaluation des processus en utilisant la théorie de l'acteur-

réseau (TAR) à travers ses quatre moments du processus de traduction des innovations (la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés), l'analyse des controverses et du rôle des acteurs humains et non-humains. Après l'analyse des données obtenues par entrevues auprès de 19 informateurs-clés, les résultats montrent que les phases d'implantation du programme passent effectivement par les quatre moments de la TAR, que la gestion des controverses par la négociation et le soutien était nécessaire pour la mobilisation de certains acteurs humains. Cette évaluation des processus a également permis de mettre en évidence le rôle des acteurs non-humains dans le processus d'implantation du programme.

Le dernier article concerne une évaluation combinée des effets (volet quantitatif) et des processus (volet qualitatif) du programme. Pour le volet quantitatif, un devis quasi-expérimental a été adopté et les données ont été colligées de façon longitudinale par questionnaires auprès de 901 élèves de 5^e et 6^e année du primaire et leurs enseignants de 2010 à 2014. L'analyse des données ont montré que le programme n'a pas eu d'effets sur l'accessibilité et les risques perçus, l'usage problématique d'alcool et la polyconsommation (alcool et cannabis) chez les participants. Par contre, les résultats suggèrent que le programme pourrait favoriser la réduction du niveau de consommation et retarder l'âge d'initiation à l'alcool et au cannabis. Ils suggèrent également un effet potentiellement positif du programme sur l'intoxication à l'alcool chez les élèves. Quant au volet qualitatif, il a été réalisé à l'aide d'entrevues avec les intervenants (N=17), de groupes de discussion avec des élèves du secondaire (N=10) et d'une analyse documentaire. Les résultats montrent que le programme bénéficie d'un préjugé favorable de la part des différents acteurs ayant participé à l'évaluation et est bien acceptée par ces derniers. Cependant, le roulement fréquent de personnel et le grand nombre d'écoles à suivre peuvent constituer des obstacles à la bonne marche du programme. En revanche, le leadership et le soutien des directions d'écoles, la collaboration des enseignants, les qualités de l'IP et la flexibilité de la mise en œuvre sont identifiés comme des éléments ayant contribué au succès du programme. Les résultats et leur implication pour les programmes et l'évaluation sont discutés. Enfin, un plan de transfert des connaissances issues de la recherche évaluative est proposé.

Mots-clés : Évaluation de programme; Étude d'évaluabilité; Évaluation des processus; Évaluation des effets; Théorie de l'acteur-réseau; Sociologie de la traduction; Méthodes mixtes; Substances psychoactives; Prévention; Écoles primaires et secondaires; Transfert des connaissances.

Abstract

Evaluability assessment and process/outcome evaluation of a program to prevent substance use during transition from primary to secondary school

Implementation of school-based substance use prevention activities is a widespread strategy to reach out to a significant number of young people. These activities are based either on existing programs or innovations dictated by the context of implantation or the existence of research data. In one case or another, evaluation of these programs is the best way to measure their effectiveness and/or to know how they operate. It is this need that motivated a school board in Quebec to recommend the evaluation of the *Intervention Network* (IR), a program developed to delay the age of substance use onset and to reduce problematic use of substances among students. This program takes an innovative approach with a patient navigator (PN) as the main implementation actor who keeps track of students from grade 5th to 9th. Inspired by such models in the fields of health prevention and the *Healthy Schools Approach* (HSA), the role of the PN here differs from those fields. S/he serves as an interface between the various stakeholders and students but in the IR program, the PN is integrated in primary and secondary schools involved in the program. The PN is also the one who ensures mobilization of other actors for the implementation of the program activities.

This thesis aims to provide an account of the evaluation process and the results obtained. The evaluation approach is participatory and collaborative and combines both quantitative and qualitative data collected through questionnaires, interviews, focus groups, a logbook and meeting notes. Data were analyzed in the framework of three articles, the first being an evaluability assessment (EA) of the program. Participants of this EA are key-informants involved in the program implementation (n=13). A document review (report, logbook) was also conducted. The EA was helpful to clarify the intentions and objectives of the initiators of the program. It helped provide explicit information on the program theory and develop the logic model, two elements that facilitated subsequent evaluation operations. The second article is a process evaluation that uses *Actor-Network Theory* (ANT) as analytical framework, through the four moments of innovation translation (problematization, interessment, enrollment and mobilization of allies), controversies analysis, and the role of human and non-human actors. After analysis of the 19 interviews and available documents, results showed that the program

implementation phases adequately follow the four moments of the ANT, that management of controversies by negotiation and support was needed for the mobilization of some human actors. This process evaluation also highlighted the role of non-human actors in the implementation process.

The last article is a combined evaluation of the effects (quantitative component) and the process (qualitative component) of the program. For the quantitative component, a quasi-experimental design was used and data were collected longitudinally by questionnaires from 901 students of 5th and 6th grades and their teachers from 2010 to 2014. Data analysis indicated that the program had no effect on the accessibility and perceived risk, problematic use of alcohol and use of both alcohol and cannabis among participants. On the other hand, results suggest that the program could help reduce the level of consumption and delay the age of onset of alcohol and cannabis. These results also suggest a potentially positive effect of the program on alcohol intoxication among students. As for the qualitative component, stakeholder interviews (N = 17) and focus groups with high school students (N = 10) were conducted. Program documents were also analyzed. Results of this second process evaluation showed that the program is highly viewed and positively appreciated by the different actors involved in the program. However, frequent staff turnover and the number of schools to follow can be obstacles to the smooth running of the program. Nevertheless, the leadership role and support from the principals, teacher's collaboration, the quality of the PN and flexibility in the implementation process are identified as factors contributing to the success of the program. All the results and their implication for program implementation and evaluation are discussed. Finally, to ensure greater access to the results, this thesis concludes with a plan for transferring knowledge drawn from the evaluation research.

Keywords : Program evaluation; Evaluability assessment; Process evaluation; Impact evaluation; Actor-network theory; Sociology of translation; Mixed methods; Psychoactive substance use prevention; Prevention; Primary and secondary schools; Knowledge transfer.

Résumé de vulgarisation

Intervenir en réseau comme stratégie de prévention de l'usage de substances psychoactives à l'école

« Mieux vaut éduquer un enfant que corriger un adulte ». Cet adage signifie qu'il est préférable et plus facile de promouvoir de saines habitudes de vie et éviter l'adoption de comportements punitifs à l'enfance plutôt que de corriger ces comportements alors qu'ils sont déjà bien installés à l'âge adulte. Un exemple en est la cigarette que l'on commence à fumer jeune et qu'on a du mal à abandonner plus tard même lorsque cela nuit à notre santé. Cet exemple peut s'appliquer à la consommation d'autres substances comme l'alcool et le cannabis. À travers cet adage, c'est toute la question de l'importance de la prévention qui est posée.

Pourquoi prévenir ?

Au Québec, on estime que les élèves s'initient à la consommation de substances psychoactives (SPA) à un âge précoce. En effet, les élèves québécois s'adonneraient à la consommation de tabac et d'alcool plus tôt que les jeunes des autres provinces et territoires du Canada. Or, en dehors des conséquences à long terme sur la santé, l'alcool et le cannabis, par exemple, pourraient, à moyen terme, affecter le rendement des élèves et précipiter le décrochage scolaire chez certains jeunes. Les conséquences ne sont pas seulement individuelles ; faire usage d'alcool et de cannabis de façon excessive peut aussi nuire aux autres à cause des risques d'accidents avec les facultés affaiblies que cela pourrait occasionner. La prévention reste alors un des moyens efficaces pour éviter ces situations.

Intervenir en réseau pour mieux prévenir

Dans une Commission Scolaire (CS) du Québec, on a installé un intervenant pivot (IP) qui travaille en équipe avec le personnel enseignant et non enseignant des écoles afin de mettre en place des activités de prévention de l'usage de SPA. L'IP collabore également avec les organismes communautaires et la police. Tout en ayant son lieu de travail habituel dans l'école secondaire, il visite régulièrement les écoles primaires du quartier pour se familiariser avec les élèves et animer des activités de prévention à divers moments de la journée (en classe, pendant les pauses, etc.). Son rôle est également de faire en sorte que ce réseau de personnes de différents milieux collaborent ensemble pour offrir une gamme d'activités de prévention qui soient cohérentes depuis la 5^e année du primaire jusqu'en 3^e secondaire. Grâce à cette présence

continue auprès des élèves, l'IP est parfois la première personne adulte que ceux-ci reconnaissent quand ils commencent leur scolarité au secondaire, ce qui peut être rassurant pour certains élèves et contribuer à faciliter leur transition.

Le réseau comme stratégie efficace

Pendant l'évaluation, on a supposé que les élèves qui participeront à ce projet s'initieront moins à la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis quand ils seront en 2^e et 3^e secondaire comparés à ceux qui n'en bénéficieront pas. Les résultats ont, en partie, confirmé nos hypothèses. En effet, même s'il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'accessibilité et les risques perçus de consommation des drogues, les participants du projet étaient moins nombreux à consommer l'alcool et le cannabis que ceux du groupe de comparaison. En outre, lorsqu'on a analysé le taux d'initiation à la consommation de ces substances, on a constaté qu'il était plus élevé dans le groupe de comparaison que chez ceux ayant participé au programme. Ce qui signifie que les élèves du groupe de comparaison ont commencé à consommer ces deux substances beaucoup plus tôt que ceux du groupe d'intervention. Autrement dit, le projet est parvenu à retarder l'âge d'initiation des participants par rapport au groupe de comparaison. Cependant, les résultats étaient défavorables au groupe d'intervention en ce qui concerne la consommation de tabac. Malgré cela, ces résultats demeurent très encourageants pour ce projet pilote qui a été implanté entre 2010 et 2014 dans une école secondaire et cinq écoles primaires.

Qu'est-ce que cela implique ?

On sait depuis plusieurs années que les coûts engagés pour s'occuper des problèmes liés à la consommation des drogues est énorme pour la société. Par ailleurs, des chercheurs ont pu montrer que la prévention est moins coûteuse que les mesures prises pour réprimer les contrevenants aux lois sur les drogues. Elle serait également plus efficace que la prise en charge des conséquences liées à la consommation de SPA dans la société. De plus, en évitant que les jeunes s'adonnent à la consommation des drogues avant l'âge de 19 ans, il y a plus de chance qu'ils éviteront la consommation de ces substances à l'âge adulte. Par conséquent, il faut encourager des interventions qui parviennent à retarder l'âge d'initiation à la consommation de tabac, d'alcool et des autres drogues. Et dans ce sens, le travail en réseau semble être une belle avenue à explorer.

Table des matières

RÉSUMÉ	II
ABSTRACT	IV
RESUME DE VULGARISATION	VI
TABLE DES MATIÈRES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	XIV
LISTE DES FIGURES	XV
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	XVI
REMERCIEMENTS	XIX
CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
Problématique	2
L'intervention en réseau : Un programme aux multiples facettes	5
Objectifs de la recherche évaluative	7
Organisation de la thèse	10
Conclusion	11
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS	12
Transitions scolaires, période pubertaire et conduites à risque chez les jeunes.....	13
Les transitions en général.....	13
Transition primaire-secondaire, période pubertaire et conduites à risque	13
Problématique de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes au Québec	15
Épidémiologie de l'usage des substances psychoactives.....	15
<i>Consommation de tabac</i>	15
<i>Consommation d'alcool</i>	16
<i>Consommation de drogues illicites</i>	17
Conséquences associées à l'usage de substances psychoactives	18

<i>Conséquences sur le plan individuel : problèmes de santé et comportements à risque</i>	18
<i>Conséquences sur le plan sociétal : les coûts sociaux de l'abus de substances psychoactives</i>	20
Facteurs liés à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes	20
Facteurs distaux	20
Facteurs proximaux.....	21
Stratégies de lutte contre l'usage de substances psychoactives.....	23
Stratégies de prohibition et de répression	23
<i>Prohibition et répression aux États-Unis et au Canada</i>	23
<i>Critiques de la politique de prohibition et de répression</i>	25
Stratégies éducatives et de prévention	26
<i>Stratégies de prévention centrée sur la maladie</i>	26
<i>Stratégies de prévention centrée sur la population cible</i>	27
Conditions d'efficacité des programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives en milieu scolaire.....	28
Historique, expériences et évaluation du rôle d'IP en santé et en éducation.....	30
Historique et expériences du rôle d'IP	30
Évaluation du rôle d'IP dans les organisations	32
Conclusion	34
CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL	35
Étude d'évaluabilité	36
Évaluation de l'implantation par la théorie de l'acteur-réseau	39
Méthodes mixtes d'évaluation	40
Conclusion	42
CHAPITRE IV : CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	43
Approche d'évaluation.....	44
Données qualitatives	44
Types de données qualitatives colligées	45
Stratégies d'analyse des données qualitatives.....	46

Données quantitatives	47
Devis d'évaluation	47
Participants et instruments de mesure	48
Stratégies d'analyse des données quantitatives.....	50
Combinaison et intégration des données colligées	51
Considérations éthiques liées à la recherche et à la diffusion des résultats	51
Brève présentation des articles de la thèse.....	53
Conclusion	53
CHAPITRE V : RÉSULTATS	55
Article 1. Étude d'évaluabilité d'une intervention visant à prévenir l'usage de substances psychoactives lors de la transition primaire-secondaire	56
Résumé.....	57
Abstract.....	57
Introduction.....	58
Le programme Intervention en réseau	60
Approche d'évaluation.....	61
Méthode	62
<i>Participants et instruments</i>	62
<i>Procédures et analyse</i>	63
Résultats	64
<i>Intentions des initiateurs et modèle logique de l'intervention</i>	64
<i>Plausibilité des objectifs de l'intervention</i>	69
<i>Disponibilité et accessibilité des données</i>	72
<i>Utilité de l'évaluation</i>	74
Discussion et conclusion.....	75
Article 2. Évaluation des processus de mise en œuvre d'une intervention pour prévenir l'usage de substances psychoactives par la théorie de l'acteur-réseau.....	79
Résumé.....	80
Abstract:	80
Introduction.....	81

Théorie de l'acteur-réseau.....	81
L'intervention en réseau	84
Cadre méthodologique	85
<i>Perspective théorique</i>	85
<i>Participants</i>	86
<i>Instruments et déroulement de la collecte des données</i>	87
<i>Procédures</i>	88
<i>Stratégies d'analyse</i>	88
Résultats.....	89
<i>Problématisation et innovation</i>	89
<i>Intéressement, enrôlement des acteurs et gestion des controverses</i>	91
<i>Mobilisation des alliés, satisfaction des acteurs et adaptation</i>	95
Discussion et conclusion.....	96
Article 3. Évaluation d'une approche de prévention de l'usage des substances psychoactives en milieu scolaire au Québec: Une étude par la méthode mixte.....	100
Résumé.....	101
Introduction.....	102
Méthode	104
<i>Volet quantitatif</i>	105
Devis	105
Participants et procédures	106
Instruments.....	106
<i>Volet qualitatif</i>	111
Participants.....	111
Instruments.....	112
<i>Stratégies d'analyse des données quantitatives et qualitatives</i>	113
Résultats.....	115
<i>Résultats quantitatifs</i>	115
Attrition.....	115
Analyse des effets	117
<i>Résultats qualitatifs</i>	120

Acceptabilité de l'intervention dans les écoles.....	121
Facteurs entravant ou facilitant la mise en œuvre.....	123
Discussion.....	125
Forces et limites	128
Recommandations.....	129
Conclusion	130
CHAPITRE VI : STRATÉGIES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES	138
Justification.....	139
Transfert des connaissances : Définition	139
Étapes du processus de TC	141
Différents types d'utilisation des connaissances.....	142
Stratégies de TC issues de la présente recherche évaluative	143
Besoins motivant le TC.....	143
Objectifs de TC	144
Connaissances à produire et à transférer.....	144
Publics cibles	145
Acteurs à impliquer dans le processus de TC	145
Stratégies de TC	145
Évaluation du processus de TC.....	146
Conclusion.....	147
CHAPITRE VII : DISCUSSION GÉNÉRALE	148
Rappel du processus.....	149
Synthèse et discussion des principaux résultats.....	150
Réflexion sur la pratique d'IP	153
Compréhension du programme IR à la lumière du modèle psychoéducatif.....	157
Forces et limites de la recherche évaluative.....	159
Implications pour l'intervention et l'évaluation	161
Pistes pour des recherches futures	164
CONCLUSION GENERALE	166

BIBLIOGRAPHIE.....	168
---------------------------	------------

ANNEXES	I
----------------------	----------

Annexe 1: Guide d’entrevue sur les processus de mise en œuvre du programme.....	ii
Annexe 2: Guide d’entrevue sur les processus de mise en œuvre du programme.....	v
Annexe 3: Questionnaire des élèves du primaire.....	viii
Annexe 4: Questionnaire des élèves du secondaire	xxxiv
Annexe 5: Questionnaire des enseignants.....	lxv
Annexe 6: Protocole de groupes de discussion avec les élèves	lxviii
Annexe 7 : Plan de transfert de connaissances	lxxi
Annexe 8 : Certificat d’éthique de la recherche.....	lxxii

Liste des tableaux

Chapitre III

Tableau 1: Étapes d'une étude d'évaluabilité selon quelques auteurs..... 38

Chapitre IV

Tableau 2: Outils utilisés pour l'évaluation des effets du programme 49

Chapitre V: Article 1

Tableau 3: Sujets associés aux quatre critères de l'étude d'évaluabilité (guide d'entrevue) .. 63

Tableau 4: Domaines et indicateurs identifiés pour l'évaluation des effets du programme 73

Tableau 5: Domaines et indicateurs pour l'évaluation des processus 74

Chapitre V: Article 3

Tableau 6: Caractéristiques des participants aux groupes de discussion 112

Tableau 7: Attrition entre les différents temps de mesure 115

Tableau 8: Caractéristiques sociodémographiques des participants 116

Tableau 9: Moyennes, écart-types et corrélations, entre les variables au temps 1 (N = 901) 131

Tableau 10: Régression logistique Consommation de tabac An 3 et An 4 132

Tableau 11: Régression logistique Consommation d'alcool An 3 et An 4 132

Tableau 12: Régression logistique Consommation de cannabis An 3 et An 4..... 133

Tableau 13: Analyse de survie Consommation d'alcool 133

Tableau 14: Analyse de survie Consommation de cannabis 134

Tableau 15: Régression logistique Beuverie (binge) An 3 et An 4 134

Tableau 16: Régression logistique Polyconsommation (alcool + cannabis) An 3 et An 4 135

Tableau 17: Régression logistique Intoxication à l'alcool An 3 et An 4 135

Liste des figures

Chapitre I

Figure 1. Séquences de déroulement de la recherche évaluative 9

Chapitre V: Article 1

Figure 2. Modèle logique du programme Intervention en réseau 67

Chapitre V: Article 2

Figure 3. Cadre conceptuel du processus de traduction de la théorie de l'acteur-réseau..... 84

Figure 4. Parties prenantes à l'intervention et nombre de participants à l'évaluation 87

Figure 5. Illustration du point de passage obligé (PPO) 91

Chapitre V: Article 3

Figure 6. Schéma explicatif de l'intégration des données 105

Figure 7. Prévalence des différents comportements de consommation de SPA 136

Chapitre VII

Figure 8. Modèle de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducatrice 158

Liste des sigles et des abréviations

AES	Approche École en Santé
ANQ	Assemblée Nationale du Québec
ANT	Actor-Network Theory
ARUC	Alliance de Recherche Université-Communauté
ASPC	Agence de la Santé Publique du Canada
CAFEC	Comités d'Action Famille École Communauté
CMPD	Commission Mondiale pour la Politique des Drogues
CQLD	Centre Québécois de Lutte aux Dépendances
CS	Commission Scolaire
DSP-M	Direction de la Santé Publique de Montréal
EA	Evaluability Assessment
ÉBT	Évaluation Basée sur la Théorie
ÉÉ	Étude d'Évaluabilité
ELDEQ	Enquête Longitudinale du Développement des Enfants du Québec
ÉPÉ	École de Psychoéducation
EQSJ	Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
ETADJES	Enquête Québécoises sur le Tabac, l'Alcool, la Drogue et le Jeu chez les Élèves du Secondaire
FESP	Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
GHQ	General Health Questionnaire
GRES	Groupe de Recherche sur les Environnements Scolaires
HNA	Harrison Narcotic Act
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
IR	Intervention en Réseau
IRSC	Institut de Recherche en Santé du Canada
ISQ	Institut de la Statistique du Québec

MTA	Marijuana Tax Act
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
MASPAQ	Manuel sur des mesures de l'Adaptation Sociale et Personnelle pour les Adolescents Québécois
NI	Network Intervention
OMS/WHO	Organisation Mondiale de la Santé/World Health Organization
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
PCC	Partenariat Canadien contre le Cancer
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUCID	Programme des Nations Unies sur le Contrôle International des Drogues
PQLCC	Programme Québécois de Lutte Contre le Cancer
QÉCS	Questionnaire d'Évaluation du Comportement Social
SAAQ	Société de l'Assurance Automobile du Québec
SAE	Service d'Aide aux Étudiants
SCLC	Stratégie Canadienne de Lutte contre le Cancer
SIAA	Stratégie d'Intervention Agir Autrement
SPA	Substances Psychoactives
TAR	Théorie de l'Acteur-Réseau
TC	Transfert de connaissances
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

*À mes défunts parents.
Pour m'avoir inculqué le
désir d'apprendre, le goût de
la persévérance et la
recherche du meilleur.*

*À mon épouse
Catherine et mes filles Amy
Samyrah, Aliman Fadela et
Kiana Massita.
Pour l'indéfectible amour et
le réconfort que vous ne
cessez de m'apporter.*

*À mes frères et sœurs.
Pour la fraternité qui nous
unit et l'esprit d'entraide qui
nous habite.*

Remerciements

La présente thèse ne déroge pas à cette réalité qui veut que les œuvres humaines se concrétisent le plus souvent par la conjonction de pensées et/ou d'actions de plusieurs individus. En reconnaissance à tous ceux et à toutes celles qui ont contribué de près ou de loin à sa réalisation, j'adresse mes sincères remerciements.

Ceci dit, je voudrais me tourner vers mes deux directeurs de thèse. D'abord, à Jean-Sébastien, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de m'accueillir à bras ouverts (au propre comme au figuré) dans ton équipe. Ton encadrement et les qualités humaines dont tu as su me faire profiter comptent pour beaucoup dans l'aboutissement de ce travail. Je te suis très reconnaissant pour tout le soutien que tu m'as apporté. Ensuite, à Robert qui a accepté de codiriger cette thèse dès le moment où tu as été contacté à cette fin. Toi aussi tu as toujours été disponible pour m'orienter vers la bonne direction. Je voudrais vous exprimer modestement à tous les deux toute ma gratitude pour la qualité de l'encadrement reçu et pour tous les conseils dont j'ai pu bénéficier de votre part. Merci!

Pour leur soutien financier et moral à mon endroit, j'adresse mes vifs remerciements au Programme de bourses 4P du Réseau de Recherche en Santé des Populations du Québec, en particulier à Gilles Paradis, Anne-Marie Hamelin, Nathalie Théorêt et Joseph Lévy. Je remercie également la Commission Scolaire des Navigateurs, la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales (FESP), le Groupe de Recherche sur les Environnements Scolaires (GRES), l'Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), le Bureau des Étudiants Internationaux (BEI) et le Service d'Aide aux Étudiants (SAE), en particulier à Charlotte Marchesseault.

Mes remerciements vont également à Michel Janosz (directeur de l'ÉPÉ) et Christian Dagenais, tous deux membres de mon comité de suivi pour leurs conseils, au corps professoral et au personnel administratif de l'ÉPÉ, plus particulièrement à Sophie Parent (ex-directrice), Serge Larivée, Daniel Paquette, Martine Lacroix, Suzanne Lamarche, et Marie Emo Fonrose.

Merci également à Frédéric Nault-Brière, Kim Archambault et Ariane Descheneaux. Sur la même lancée, je remercie Line Turcotte, technicienne en documentation à la bibliothèque Paramédicale et les anciens boursiers du Programme 4P, en particulier, El Kébir Ghandour, Gisèle Contreras et Annie Larouche.

Je voudrais remercier Esther Lemieux de la commission scolaire initiatrice du programme et de l'évaluation ainsi que Rémi Houde, Guylaine Maurice, les enseignants et les élèves des écoles visitées qui n'ont ménagé aucun effort pour que toutes les opérations d'évaluation se déroulent dans de bonnes conditions.

Je ne saurais terminer sans adresser mes chaleureux remerciements à mon épouse et à mes trois charmantes filles. Je suis conscient de n'avoir pas toujours été présent pour vous et auprès de vous. Le mérite vous revient d'avoir su vous adapter à la dure réalité d'avoir un époux ou un père englué dans ce long et solitaire processus qui est celui d'entreprendre des études doctorales. Je voudrais vous assurer que nous pourrons maintenant profiter de bons temps ensemble plus souvent, du moins, je l'espère!

Chapitre I : Introduction générale

« Ce n'est pourtant pas le besoin de faire quelque chose d'unique qui rend le touriste si anxieux de quitter les sentiers battus [...] il pense que ce qu'on ne voit qu'avec les peines et difficultés est, pour cette raison même, ce qui mérite d'être vu ». Aldous Huxley

Problématique

La consommation de substances psychoactives licites (cigarette et alcool) et illicites (cannabis et autres drogues) chez les jeunes est un sujet de préoccupation dans de nombreuses sociétés. Au Québec, cette préoccupation mobilise de nombreux acteurs qui conjuguent leurs efforts afin d'identifier les causes et proposer des solutions pour y faire face. Selon les données de l'Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes (EQSJ) du secondaire 2010-2011, la proportion de consommateurs de SPA est liée au niveau scolaire des jeunes; plus le niveau scolaire est élevé, plus les élèves sont nombreux à consommer (Pica et al., 2012). Par exemple, en 1^{ère} secondaire, environ 3000 élèves (3,5%) ont fait usage de cigarette alors qu'ils sont environ 11 800 (16%) à l'avoir fait en 5^e secondaire dans cette étude. Cette tendance est confirmée par les résultats d'une autre enquête d'envergure nationale réalisée par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ). En effet, l'Enquête Québécoise sur le Tabac, l'Alcool, les Drogues et les jeux chez les élèves du secondaire 2013 (ETADJES 2013) indique qu'il y avait 10 fois plus de consommateurs de tabac en 5^e secondaire qu'en 1^{ère} secondaire et presque autant pour l'usage des drogues illicites (Traoré et al., 2014).

Le caractère précoce de la consommation de SPA chez les jeunes québécois est également abordé dans des études. Avec un échantillon de 481 élèves de 5^e et 6^e année du primaire âgés entre 10 à 12 ans, Laventure et Boisvert (2009) ont rapporté un âge moyen d'initiation de 9,7 ans pour le tabac, 9,6 ans pour l'alcool et 10,8 ans pour le cannabis. En outre, l'initiation à l'alcool a été rapportée par près de la moitié des jeunes contre seulement environ 2% et 1% pour le tabac et le cannabis. Par ailleurs, selon l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ), l'âge moyen d'initiation parmi les élèves du secondaire était de 12,7 ans pour la cigarette, 12,6 ans pour l'alcool et 13,4 ans pour la drogue (Cazale, Fournier et Dubé, 2009). Pire, on assiste à une progression très rapide de l'initiation vers la consommation régulière de certaines de ces substances chez les jeunes (Dubé et al., 2009). En effet, si l'âge moyen d'initiation à la consommation d'alcool est de 12,6 ans dans l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et les jeux chez les élèves du secondaire de 2008, sa consommation régulière (au moins une fois par semaine pendant au moins un mois) apparaît chez la plupart des jeunes à 14,1 ans, soit moins de 2 ans plus tard. En ce qui concerne la consommation des autres drogues, les jeunes s'y adonnent en moyenne à 13,4 ans et deviennent des consommateurs réguliers vers 13,9 ans.

Si la majorité des jeunes qui consomment les SPA ne rencontreront pas de problème particulier, il n'en demeure pas moins que certains feront face à des conséquences liées à l'utilisation de ces substances. L'une des conséquences concerne les risques de dépendance à la nicotine, à l'alcool et au cannabis. Par exemple, dans une étude réalisée par DiFranza et ses collègues (2000) sur une cohorte de jeunes âgés de 12 à 13 ans, 22% présentaient des symptômes de dépendance à la nicotine, seulement quatre semaines après les premières consommations. Les études développementales portant sur la trajectoire des jeunes consommateurs de tabac indiquent de forte probabilité de la persistance de l'usage à l'âge adulte (Orlando, Tucker, Ellickson et Klein, 2004). La déviance, la fréquentation de pairs fumeurs et l'usage des autres drogues licites (alcool) ou non (cannabis) ont été identifiés comme des facteurs de risque associés à cette persistance (Costello, Dierker, Jones et Rose, 2008). Par ailleurs, l'usage de tabac à long terme provoquerait de nombreux problèmes de santé dont les plus graves pouvant entraîner la mort (World Health Organization, 2013). Quant à la consommation précoce d'alcool et de cannabis, elle aurait des conséquences néfastes sur la motivation et les performances scolaires des élèves en raison du fait que ces deux substances peuvent altérer certaines fonctions cognitives (Meier, Hill, Small et Luthar, 2015). Certaines des altérations provoquées par la consommation régulière de cannabis seraient irréversibles même en présence d'un sevrage prolongé (Meier, Caspi, et al., 2012a). Consommer de l'alcool et du cannabis aurait également des effets négatifs sur les comportements (délinquance, vol, violence, etc.) et la santé mentale (anxiété, dépression, etc.) des jeunes (Meier et al., 2015).

Malgré cette situation, encore très peu de programmes d'intervention concernent directement les jeunes au début de l'adolescence au Québec ; la plupart de ceux-ci étant réservés à des jeunes plus âgés fréquentant le secondaire. Pourtant, selon plusieurs travaux théoriques et empiriques, l'initiation à la consommation de tabac, d'alcool et des autres drogues commencerait, la plupart du temps, vers la fin du cycle primaire (Donovan, 2004; Lasnier et Cantinotti, 2011; Maggs et Schulenberg, 2005; Nanhou, Ducharme et Eid, 2013). De plus, même si les programmes de prévention qui existent actuellement permettent d'éveiller adéquatement les consciences, force est de reconnaître que ces derniers présentent des limites quand il s'agit de la modification des comportements à risque, notamment chez les jeunes (Chriqui, 2010).

Selon les théories développementales, il existe à différents moments de la vie des individus des facteurs personnels et socio-familiaux qui peuvent concourir à fragiliser les

capacités de l'individu à faire face à certains défis, y compris à résister à l'usage ou à l'abus de SPA. Par ailleurs, le passage à des stades de développement ou les transitions (de la préadolescence à l'adolescence par exemple), le mariage, la retraite, l'entrée dans une nouvelle école ou un nouveau cycle constituent des moments bouleversants et stressants pouvant provoquer des réactions inadaptées de la part de certaines personnes (Department of Education and Early Childhood Development, 2012; Felner, Ginter et Primavera, 1982; Howe et Richards, 2011; Lerner, 2002; Mizelle et Irvin, 2000). Ainsi, la transition du primaire vers le secondaire représenterait un moment critique pouvant entraver le développement harmonieux des jeunes. Cette phase de développement se caractérisant par une grande influence des pairs, l'incertitude face à la vie et la prise de risques représente également une période où les risques de consommation de substances psychotropes sont les plus élevés (Anderson, Jacobs, Schramm et Splittgerber, 2000; Fallu, Brière, Vitaro, Cantin et Borge, 2011; Lasnier et Cantinotti, 2011; Maggs et Schulenberg, 2005; Peretti-Watel, 2002).

Les facteurs qui pousseraient les jeunes à faire usage de SPA sont relativement bien documentés dans les écrits scientifiques (Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Petraitis, Flay et Miller, 1995). Leur identification est importante dans la perspective de mettre en place des stratégies de prévention adaptées et fondées sur des données probantes. Parmi ces facteurs, on peut citer les pressions émanant de l'environnement familial et du milieu scolaire et celles exercée par les pairs. Ces pressions sociales pousseraient les jeunes, surtout les plus vulnérables ou les moins résilients, à adopter des conduites considérées à risque par la société comme par exemple l'usage d'alcool et de drogues (Mayeux, Sandstrom et Cillessen, 2008). Ces comportements sont susceptibles, à leur tour, de provoquer de mauvais résultats scolaires, de l'absentéisme et l'exclusion de ces jeunes de l'école.

Pour faire face à cette situation, l'école est de plus en plus sollicitée comme lieu d'implantation d'approches de promotion de la santé et de prévention de l'usage de SPA et de ses méfaits (Botvin et Griffin, 2007; McBride, Farrington, Midford, Meuleners et Phillips, 2004; Pommier, Guevel et Jourdan, 2010). C'est dans cette optique qu'un programme pilote de prévention de l'usage de SPA chez les élèves, dénommé *l'intervention en réseau* (IR), a été développé par une Commission Scolaire (CS) au Québec.

L'intervention en réseau : Un programme aux multiples facettes

C'est au milieu des années 2000 que vient l'idée de mettre en place un programme de prévention de la consommation de SPA chez les élèves de cette CS. Pour ce faire, une grande consultation est amorcée auprès de l'ensemble des établissements (écoles primaires et secondaires, centres d'éducation aux adultes et centres de formation professionnelle) en vue de l'élaboration d'un cadre de référence et d'un plan d'actions. La consultation conclut à l'importance d'investir davantage de ressources à la prévention de la consommation de SPA dès le troisième cycle du primaire. Selon les initiateurs, ce désir se justifiait par le fait que le temps consacré à l'intervention sur la consommation de SPA dans les écoles demeurait insuffisant et les activités développées étaient souvent mises de l'avant sans égard aux recommandations découlant des programmes jugés efficaces et aux conditions d'efficacité des meilleures pratiques. De plus, ces interventions étaient disparates et variables en fonction des écoles et des années, avec une prédominance de mesures répressives qui avaient montré leurs limites (Houde, 2007). À partir de ce constat, les initiateurs ont conçu le programme en s'appuyant sur les trois éléments suivants : la création de liens significatifs entre les élèves et un intervenant, la prise en compte de la période de transition du primaire au secondaire, et le déploiement d'activités inspirées de l'Approche *École en santé*. Ces trois exigences visaient à répondre (Désy, 2009). Une première version du programme a vu le jour et a été modifiée plus tard afin d'aboutir à la forme actuelle du programme IR.

Ce programme aux multiples facettes fonctionne sur le modèle de l'intervenant pivot (IP) ou du gestionnaire de cas permettant ainsi à un professionnel d'assurer la coordination de toutes les actions nécessaires en vue de trouver une solution à une situation problématique, en collaboration avec d'autres acteurs (Farber, Deschamps et Cameron, 2002; Initiative Canadienne sur le Cancer du Sein, 2002; Paradis, Racine et Gagné, 2006). Dans le cas de ce programme, l'IP a été recruté à la suite d'un appel à candidatures. C'est un professionnel ayant un diplôme en éducation spécialisée, une formation en prévention des toxicomanies chez les jeunes et de longues années d'expérience professionnelle dans le domaine du suivi des jeunes en situation difficile. Il s'agissait donc d'une personne extérieure qui a par la suite été intégrée dans les écoles concernées du fait de ses nouvelles fonctions.

Par ailleurs, l'une des particularités du programme IR, c'est qu'il cible un réseau d'établissements constitué de plusieurs écoles primaires et d'une école secondaire. Les écoles

primaires du réseau sont les écoles sources de leur école secondaire, c'est-à-dire qu'à la fin du cycle primaire, celle-ci reçoit en majorité les élèves de celles-là (Houde, 2007). Dans le cadre de l'exécution de ses activités, l'IP consacre les deux tiers de son temps à l'école secondaire et le tiers restant aux écoles primaires du réseau sous forme de visites hebdomadaires et d'organisation d'ateliers. Ainsi, l'IP a la possibilité de suivre les mêmes élèves sur une longue période de temps, soit de la cinquième année du primaire à la 3^e secondaire. Ce modèle de fonctionnement lui permet surtout de mieux suivre les élèves dans leur processus de transition du primaire au secondaire. Il offre également l'opportunité à l'IP de déployer des activités de prévention dans les deux ordres d'enseignement (primaire et secondaire), ce qui lui permet d'avoir une connaissance des élèves, notamment, ceux à risque avant l'accès de ces derniers au secondaire. Le repérage rapide de ces élèves permet de mettre en place des mesures pour le suivi adéquat de ces cas. Ces mesures peuvent concerner l'adoption d'un plan d'intervention au profit du jeune à l'école ou la référence de celui-ci vers les services qualifiés.

Le programme IR s'adresse donc aux élèves en fin de cycle du primaire (5^e et 6^e année) à qui il propose une offre de services en promotion de la santé et en prévention qui soit continue et cohérente avec leur niveau de développement. Cette offre de services permet également d'accroître le temps consacré à la prévention des dépendances aussi bien au primaire qu'au secondaire. Les objectifs poursuivis sont de retarder l'âge d'initiation à la consommation de SPA, de prévenir la consommation excessive de SPA et de réduire le nombre d'élèves qui font un usage problématique de SPA. Pour atteindre les objectifs fixés, une variété d'activités est proposée aux élèves. Ces activités proviennent de deux programmes de prévention déjà utilisés dans les écoles québécoises. Le premier dénommé *Système D* a été conçu pour les élèves de 6^e année du primaire par les directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais (Forgues, Godin, Paquin, Paradis et Poulin, 2007). Il porte sur le développement de compétences en rapport avec les facteurs de risque et de protection à l'origine de la consommation de SPA lors du passage du primaire au secondaire et l'acquisition de saines habitudes de vie (Forgues et al., 2007). Les activités visées ici concernent les influences, la consommation et les médias, l'affirmation de soi, la résolution de problèmes et la gestion du stress. Le second intitulé *APTE*, est un programme de prévention des toxicomanies qui s'adresse aux jeunes de la 1^{ère} à la 5^e secondaire avec un profil A pour les non consommateurs et consommateurs occasionnels (1^{ère} et 2^e secondaire) et un profil B pour les

consommateurs réguliers (3^e, 4^e et 5^e secondaire). Le programme *APTE* a été développé par le Centre Québécois de Lutte aux Dépendances (CQLD) et a pour objectifs d'outiller les jeunes à évaluer les conséquences personnelles de la consommation de SPA, à changer les normes tendant à la banalisation de l'usage des SPA et les perceptions erronées sur les drogues et à accroître les habiletés de résistance face aux pressions des pairs (Vaugeois, Germain et Cunha Rêgo, 2008). Le programme comporte cinq activités interactives qui touchent les cinq sphères suivantes : la famille, les amis, le milieu de vie, la communauté et les médias.

En plus des activités provenant de ces deux programmes, une autre facette de l'IR concerne la participation de l'IP aux activités éducatives et récréatives se déroulant en dehors des heures de cours et qui lui permettent de côtoyer les élèves de façon informelle. Ces moments de rencontres créent ainsi une familiarité entre l'IP et les élèves, ce qui favorise la connaissance de leurs problèmes et difficultés d'adaptation en vue d'actions de remédiation précoces.

Enfin, la mise en œuvre de l'IR nécessite une collaboration étroite entre l'IP et les autres professionnels du milieu scolaire (directeurs d'écoles, enseignants, personnels non enseignants, infirmière), les organismes communautaires qui aident à l'animation d'ateliers et les parents. En outre, pour maintenir un cadre d'échanges avec tous les acteurs et partenaires, l'IP est amené à participer aux concertations locales dans le cadre du Comité d'Action Famille École Communauté (CAFEC). Il est la personne centrale du dispositif de prévention de l'IR assurant l'interface entre tous les acteurs concernés par le programme.

Objectifs de la recherche évaluative

Comme tel, le programme IR représente une innovation dans le dispositif de prévention de l'usage de SPA dans les écoles appelées à l'expérimenter. Bien que s'appuyant sur le modèle de l'AES, il s'en distingue par le rôle de l'IP qui, ici est logé dans les écoles participant au programme. De plus, l'IP assure le suivi d'une cohorte d'élèves depuis la 5^e année du primaire jusqu'en 3^e secondaire à la différence de l'AES où l'IP est considéré comme un expert qui aide les écoles dans la planification d'activités de promotion de la santé et de prévention (Turcotte, Bastien, Clavier et Couturier, 2011). Dans le cadre de ce programme, l'IP se distingue également de celui des services de santé où cette « nouvelle fonction » a pris naissance grâce aux travaux de Freeman et ses collègues (Freeman, 2012; Freeman et Wasfie, 1989). En effet, l'IP est d'abord apparu dans les services d'oncologie afin d'éliminer les barrières d'accès aux soins des

minorités noires aux États-Unis (Freeman, 2012) avant d'être adopté dans d'autres services sociaux et de santé et le milieu de l'éducation.

La présente recherche évaluative est la toute première de cette initiative et les résultats obtenus aideront la CS à prendre la décision d'étendre le programme aux autres écoles ou à apporter des aménagements. Dans le souci de conduire une évaluation rigoureuse, l'équipe d'évaluation a adopté une stratégie qui prend en compte les trois défis majeurs identifiés par Potvin, Bilodeau et Gendron (2008) lorsque l'on évalue un programme : (1) la définition claire de l'objet à évaluer, (2) le choix de méthodes rigoureuses et appropriées et (3) la production de connaissances pertinentes pour l'action.

Compte tenu du fait qu'il s'agissait d'une évaluation préliminaire et que l'IR était peu structurée dans sa forme initiale et qu'elle était conçue pour s'adapter aux réalités des écoles, il a été décidé d'effectuer, dans un premier temps, une étude d'évaluabilité (ÉÉ). Cette ÉÉ a été réalisée en prélude à l'évaluation proprement dite. Elle devrait permettre d'avoir une bonne connaissance de la théorie de l'intervention, en plus de favoriser l'élaboration du modèle logique, deux éléments importants pour la bonne conduite du processus d'évaluation. La demande d'évaluation initiale formulée par la CS concernait la conduite d'une évaluation des effets. Cependant, en conduisant l'ÉÉ, il est apparu qu'une évaluation des processus était nécessaire afin de documenter des aspects de la mise en œuvre du programme. Ces aspects étaient liés au fait que la bonne mise en œuvre de l'IR requérait la mobilisation de plusieurs acteurs par l'IP. Il s'agissait également d'identifier les facteurs favorables ou défavorables au déploiement du programme dans les écoles.

Ainsi, tenant compte de la littérature sur l'introduction des innovations dans les organisations, une évaluation des processus a été menée afin de comprendre comment les acteurs se mobilisent pour atteindre les objectifs du programme. Cette évaluation des processus a été réalisée par le biais de la théorie de l'acteur-réseau (TAR), un cadre d'analyse de la dynamique des rapports entre les différents acteurs, tant humains que non-humains, impliqués dans le déploiement des innovations. Cette analyse constitue une première expérience de documentation du rôle d'un IP dans la mise en œuvre d'un programme de prévention de l'usage de SPA en milieu scolaire et permet de comprendre le programme évalué à la lumière du modèle psychoéducatif de prévention des inadaptations. Par ailleurs, l'identification des facteurs favorisant ou entravant la mise en œuvre du programme et son degré d'acceptabilité auprès des

acteurs a été faite dans le cadre de la poursuite de l'évaluation des processus. Enfin, une évaluation des effets du programme sur le comportement des élèves a été réalisée pour voir si celle-ci permettait d'atteindre les objectifs fixés.

En résumé, les objectifs de la recherche évaluative se présentent comme suit : 1) conduire une étude préliminaire permettant de décrire le programme, de clarifier la théorie de l'intervention et de développer son modèle logique (étude d'évaluabilité); 2) documenter comment les différents acteurs se mobilisent pour la mise en œuvre du programme (évaluation des processus); 3) évaluer si la mise en œuvre du programme provoque un changement de comportements chez les élèves concernant la consommation de SPA (évaluation des effets) et 4) documenter l'acceptabilité du programme et identifier les facteurs facilitant et entravant la mise en œuvre du programme (évaluation des processus).

Les objectifs 1 et 2 ont fait l'objet de deux études distinctes dont les résultats sont présentés dans le cadre de deux articles empiriques. Quant aux résultats des objectifs 3 et 4, ils sont présentés dans un seul article empirique combinant à la fois des données quantitatives (pour l'évaluation des effets) et des données qualitatives (pour l'évaluation des processus). La figure 1 présente les différentes séquences de déroulement de la recherche évaluative et les objectifs fixés à chacune d'elles.

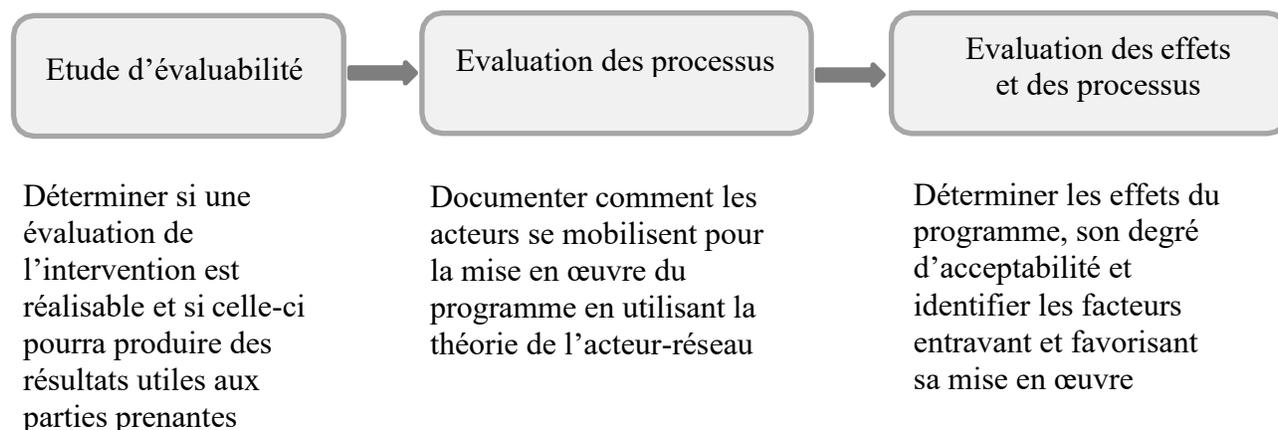


Figure 1. Séquences de déroulement de la recherche évaluative

Sans être un objectif particulier du processus d'évaluation, des éléments théoriques sur la stratégie de transfert des connaissances sont présentés dans cette thèse après qu'il soit apparu, au cours des échanges avec les parties prenantes, qu'une assistance serait nécessaire pour

s'approprier les résultats obtenus. La proposition d'une telle stratégie à la fin du processus d'évaluation du programme IR répond au souci de maximiser les chances d'utilisation des résultats. Elle représente également une opportunité d'appliquer les connaissances acquises pendant notre formation doctorale. Par ailleurs, le choix de la rédaction de cette thèse par articles permet d'aborder chacun des objectifs de la recherche évaluative avec plus de profondeur et de détails. Il vise également « à faciliter et à accélérer la diffusion des résultats de la recherche » (Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales, 2015, p. 12). La publication des articles dans les revues francophones et anglophones favorisera la diffusion des connaissances auprès d'une audience variée des domaines de l'évaluation et de l'éducation. Finalement, cette thèse voudrait contribuer à l'avancement des connaissances sur le rôle de l'utilisation d'un IP dans la prévention de l'usage de SPA en milieu scolaire et favoriser le développement de programmes efficaces tenant compte des contextes et des facteurs pouvant influencer leur mise en œuvre.

Organisation de la thèse

Comme mentionné précédemment, la présente thèse a été rédigée par articles et se divise en 7 chapitres, y compris ce premier chapitre introductif. Le chapitre 2 présente une recension des écrits sur plusieurs aspects liés à la problématique de l'usage des SPA chez les jeunes depuis la présentation de quelques données épidémiologiques jusqu'à l'énonciation des caractéristiques qui font que certaines interventions visant à prévenir l'usage des drogues sont jugées plus efficaces que d'autres. Le chapitre 3 concerne le cadre conceptuel de la recherche évaluative. Il fait une présentation des diverses stratégies et approches utilisées dans le cadre de la recherche évaluative. Ces stratégies et approches concernent l'ÉÉ, l'évaluation des processus par la TAR et l'évaluation quantitative et qualitative du programme. Le chapitre 4 est relatif au cadre méthodologique adopté pour répondre aux questions d'évaluation. Il présente les types de données collectées et leur source ainsi que la manière dont ces données ont été intégrées et les considérations éthiques ayant guidé la conduite de cette recherche évaluative. Ce chapitre se termine par une brève présentation des 3 articles de la thèse qui sont développés dans une section au chapitre 5 consacré aux résultats de la recherche évaluative. Chacun des articles a été préparé pour être soumis à une revue scientifique et comprend une introduction, la méthode adoptée, les résultats obtenus et la discussion. Compte tenu de ce choix, certaines parties de la méthode de la thèse sont reprises dans les articles dans le but d'assurer leur cohérence. Le chapitre 6 présente

une ébauche de la stratégie de transfert des connaissances produites. Cette ébauche vise à assurer une meilleure compréhension du programme par les parties prenantes, notamment ceux qui auront la charge de le déployer dans d'autres écoles. Le chapitre 7 est consacré à la discussion des résultats. Il comprend le rappel du processus d'évaluation, la synthèse et la discussion des principaux résultats, une compréhension du programme évalué à la lumière du modèle psychoéducatif et une réflexion sur la pratique d'IP qui est au cours de la stratégie de prévention adoptée dans ce programme. Ce chapitre aborde également les forces et limites de la recherche évaluative, les implications des résultats pour l'intervention et l'évaluation et une proposition de pistes pour les recherches futures. Enfin, la dernière partie porte sur la conclusion générale de l'ensemble de la thèse.

Conclusion

En résumé, compte tenu des conséquences néfastes de l'usage de SPA chez les jeunes, plusieurs initiatives de prévention sont déployées en milieu scolaire pour contrer le phénomène. Certaines de ces initiatives sont basées sur des programmes déjà existant; d'autres innovent en créant de nouveaux programmes ou en adaptant ceux existant pour en faire un programme unique; toutes ont pour ambition de rejoindre le maximum de jeunes et de provoquer des changements durables. Pour sa part, l'IR utilise une approche d'intervention qui s'inspire du rôle d'IP comme dans les services de santé. Ce programme utilise également les principes de l'AES. L'évaluation entreprise s'est déroulée parallèlement à la mise en œuvre de l'IR afin de permettre la prise de décision quant à la suite à lui réserver. Cette thèse est un compte rendu du processus d'évaluation. Celui-ci mobilise diverses stratégies et approches d'évaluation pour répondre aux objectifs fixés par les initiateurs du programme et l'équipe d'évaluation. Il s'agit de mesurer les effets du programme sur les participants et de documenter sa mise en œuvre dans les écoles. La présente thèse se subdivise en plusieurs chapitres dont celui sur la recension des écrits qui fait l'objet de développement dans les prochaines lignes.

Chapitre II : Recension des écrits

« Dans vingt ans, vous serez plus déçus par les choses que vous n'avez pas faites que par celles que vous avez faites. Alors sortez des sentiers battus. Mettez les voiles. Explorez. Rêvez. Découvrez ». Mark Twain

Transitions scolaires, période pubertaire et conduites à risque chez les jeunes

Les transitions en général

Les transitions sont considérées comme des efforts déployés par un individu pour se réajuster à une situation à la suite d'une rupture vécue par ce dernier (Zittoun, 2012). De façon générale, les transitions représentent des moments critiques dans la vie des individus. À l'enfance ou à l'âge adulte, lorsque ces périodes ne sont pas bien vécues, elles laissent des « traces » négatives que seule une intervention efficace, parfois longue et coûteuse sur le plan financier, énergétique et psychique, peut permettre d'effacer ou du moins d'en atténuer l'ampleur. Selon Zittoun (2012), les transitions sont des périodes critiques en raison de trois types de processus qu'elle mobilise, à savoir : 1) des processus d'apprentissage et de construction de connaissances; 2) des dynamiques de changement identitaire et 3) des processus de construction de sens de la rupture.

En ce qui concerne le domaine scolaire en particulier, les transitions qui y ont lieu peuvent représenter des périodes de fragilité auxquelles il faut accorder une grande attention (Curchod-Ruedi et Chessex-Viguet, 2012; Doudin, Curchod et Lafontaine, 2012; Felner et al., 1982). Ainsi, les transitions scolaires sont devenues récemment un sujet qui suscite de l'intérêt chez les professionnels. On distingue particulièrement les transitions entre le milieu familial et l'entrée au préscolaire ou au primaire (Cowan et Cowan, 2009; Curchod-Ruedi et Chessex-Viguet, 2012; Lemelin et Boivin, 2007), celles du préscolaire au primaire, du primaire au secondaire et du secondaire à l'enseignement postsecondaire (Benson, 2012; Bourdon, Cournoyer et Charbonneau, 2012; Chouinard et al., 2005; Corriveau, 2010; Letrello et Miles, 2003) et le passage de l'enseignement postsecondaire à la vie active (Masdonati et Massoudi, 2012; Ouvrier-Bonnaz et Reille-Baudrin, 2012). Ici, nous nous intéresserons uniquement aux questions de transition primaire-secondaire en raison de sa pertinence pour la population ciblée dans cette recherche évaluative.

Transition primaire-secondaire, période pubertaire et conduites à risque

À cet âge de son développement, le jeune vit en réalité une double transition : celle du passage du primaire vers le secondaire dénommée transition institutionnelle et celle de la transition de l'enfance à l'adolescence que l'on appelle transition développementale. Si la plupart des jeunes traversent cette période de façon aisée, il n'en demeure pas moins qu'un

certain nombre parmi eux devra faire face à des défis pouvant provoquer des problèmes d'adaptation.

Ces défis peuvent être de deux sortes, soit les défis normatifs caractérisés par l'entrée dans la puberté et le passage du primaire au secondaire et les défis non normatifs liés aux caractéristiques individuelles telle que l'intelligence. Ces défis réduiraient les capacités des jeunes à faire face aux changements physiques et contextuels qui surviennent à cette période de la vie (Crockett, Petersen, Graber, Schulenberg et Ebata, 1989; Eccles, Lord et Midgley, 1991; Marcotte, 2013). Sur le plan physique, on note chez le garçon et la fille des changements au niveau de certains organes du corps et sur le plan hormonal qui les transforment considérablement (Marcotte, 2013; Tanner, 1989). Ces changements hormonaux et physiques qui participent de la transition développementale normative (la puberté) sont considérés comme des facteurs de risque de la dépression chez les jeunes dans plusieurs études (Angold et Costello, 2006; Bélanger, 2010; Ge, Brody, Conger et Simons, 2006; Marcotte, 2013; Reynolds et Juvonen, 2012).

Notons, toutefois, que ces changements physiques ne sont pas les seuls en jeu lors de la puberté ou au cours du processus développemental (Stephan, 2011; Young, Cadidarella, Richardson et Young, 2012). Sur le plan psychologique, apparaît ce que Piaget (1962a, 1962b, 1997) nomme la pensée égocentrique chez le jeune adolescent. Cette pensée proviendrait de la difficulté de ce dernier à différencier sa propre pensée de celle d'autrui (Elkind, 1967; Martin et Sokol, 2011). Il s'ensuit un certain repli et une centration sur soi qui amène le jeune à se considérer comme étant le centre de l'attention face à son audience imaginaire (Marcotte, 2013). Celui-ci se construit également sa fable personnelle dans laquelle se dégage un sentiment d'omnipotence, d'omniprésence et d'invulnérabilité face à la menace (Elkind, 1967; Hill, Duggan et Lapsley, 2012; Jowkar et Noorafshan, 2011). Ce sentiment serait à la base d'une certaine tolérance à l'adoption de comportements à risque observés chez de nombreux jeunes, comme la violence et l'usage de SPA (Marcotte, 2013; Morrell, Lapsley et Halpern-Felsher, 2016).

De fait, ces problèmes pubertaires se trouveraient renforcés lorsqu'il y a synchronie entre la transition développementale et la transition institutionnelle qui, elle se caractérise par un changement contextuel. Ce changement contextuel se matérialise, dans cette phase de transition primaire-secondaire, sur le triple plan organisationnel, scolaire et relationnel (Marcotte, 2013).

D'abord au niveau organisationnel, la structure de l'école secondaire, plus bureaucratique qu'à l'école primaire, amènerait les enseignants et le personnel à consacrer plus de temps aux tâches administratives au détriment des tâches scolaires et au soutien personnalisé aux élèves (Marcotte, 2013; Simmons et Blyth, 1987). Ensuite, au niveau scolaire, les standards d'évaluation plus compétitifs au secondaire amènent à orienter l'enseignement vers des buts de performance alors qu'au primaire le but visé est la maîtrise de la tâche. Enfin, concernant les relations interpersonnelles, la grande taille de l'école secondaire, les changements de salles de classe, de groupes de pairs et d'enseignants sont considérés comme des éléments déstabilisateurs qui fragilisent les rapports entre les élèves et entre ces derniers et les enseignants.

Ce sont donc ces changements sur le plan physique et personnel mais également au niveau de l'environnement scolaire qui rendent difficile le passage du primaire au secondaire chez certains jeunes (Bélanger, 2010; Eccles et al., 1991). Ils peuvent contribuer à déstabiliser les jeunes et les amener à adopter des comportements répréhensibles par la société. Ces difficultés peuvent se traduire par des problèmes d'adaptation souvent à l'origine de l'adoption de comportements à risque comme la consommation de SPA chez les élèves qui constitue une problématique au Québec.

Problématique de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes au Québec

Épidémiologie de l'usage des substances psychoactives

Consommation de tabac

Les données cumulées de l'Enquête québécoise sur le Tabac, l'Alcool, la Drogue et le Jeu chez les Élèves du secondaire (ETADJES) de 2004 à 2013 montrent que la consommation de tabac a baissé chez les élèves du secondaire passant de près de 19% à plus de 6% (Traoré et al., 2014). Selon les mêmes auteurs, au cours de leur vie, ce sont environ 26% des élèves du secondaire qui ont essayé de fumer une cigarette; là également on note une baisse importante comparé aux données de 2008. Les constats qui se dégagent de ces données est que pour toutes les années d'enquête de 2004 à 2013, la proportion de fumeurs est plus forte chez les élèves de 5^e secondaire comparés à ceux de 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e secondaire; c'est donc chez les élèves les plus âgés que l'on retrouve le plus grand nombre de consommateurs de tabac. Selon les données de l'Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes (EQSJ) 2010-2011, environ 34% des jeunes ont rapporté avoir déjà essayé de fumer la cigarette et 23% ont indiqué avoir fumé une cigarette au

complet (Pica et al., 2012). Environ 3,5% des élèves du secondaire âgés de 12 ans et plus ont fumé une cigarette au complet avant d'atteindre l'âge de 12 ans. Dans une autre étude sur le tabagisme chez les jeunes de la 6^e année du primaire à la 5^e secondaire, la proportion des élèves ayant essayé une cigarette ou consommé une cigarette entièrement était plus élevée au Québec (31% et 17%) qu'en Ontario (16% et 9%) et en Colombie-Britannique (16% et 8%) (Lasnier et Gamache, 2015). C'est également au Québec que l'on trouve la plus forte de proportion d'élèves (12%) ayant fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie (Lasnier et Cantinotti, 2011). Dans cette même étude, environ 23% des élèves ont affirmé avoir pris leur première bouffée de cigarette entre 9 et 11 ans. Par ailleurs, selon Lasnier et Gamache (2015), c'est durant la 1^{ère} et la 2^e année du secondaire que l'initiation à la consommation de tabac connaît une forte croissance au Québec, démontrant le caractère critique du premier cycle du secondaire dans l'adoption du comportement tabagique. Les jeunes québécois ont accès aux produits du tabac par les commerces (23% des élèves), les amis ou à l'école (14% des élèves) et par leurs parents (8% des élèves).

Consommation d'alcool

De façon générale, l'alcool représente la SPA la plus populaire auprès des adolescents dans les pays industrialisés (Agrawal, Lynskey, Bucholz, Madden et Heath, 2007; Johnston, O'Malley, Miech, Bachman et Schulenberg, 2014; Paglia-Boak et Adlaf, 2007). On retrouve la même tendance chez les jeunes québécois (Gagnon et Rochefort, 2010). Selon les résultats des de l'ETADJES de 2004, 2008 et 2013, la prévalence de la consommation d'alcool chez les élèves au cours des 12 derniers mois était respectivement de 63%, 60% et 57%. Comme pour la consommation de tabac, c'est chez les élèves plus âgés, c'est-à-dire ceux de 3^e, 4^e et 5^e secondaire que l'on retrouve le plus grand nombre de consommateurs (Cazale, 2014). L'âge d'initiation à l'alcool se situe également vers 11 ans (Cazale, 2014; Laventure et Boisvert, 2008; Nanhou et al., 2013). Environ 44% des élèves sont des consommateurs occasionnels ou réguliers d'alcool avec plus de garçons que de filles (Traoré et al., 2014). En outre, la consommation excessive d'alcool (boire 4 verres d'alcool ou plus pour les filles et 5 verres d'alcool ou plus pour les garçons lors d'une même occasion) s'observe chez près de 34% des élèves du secondaire (Cazale, 2014). De plus, environ 20% des élèves du secondaire affirment avoir consommé de l'alcool après l'avoir mélangé à une boisson énergisante au moins une fois au

cours des 12 derniers mois (Cazale, 2014). Selon Cazale (2014), on observe cette pratique davantage chez les filles que chez les garçons, mais elle est plus courante chez les élèves de 5^e secondaire comparés à ceux des niveaux scolaires inférieurs. Elle n'est pas sans risque pour les consommateurs car la polyconsommation d'alcool et de boissons énergisantes favoriserait l'adoption de comportements à risque comme la conduite avec les facultés affaiblies (Picard-Masson, 2014).

Consommation de drogues illicites

Les données de l'ETADJES de 2004, 2006, 2008 et 2013 indiquent respectivement 39%, 30%, 28% et 24% de consommateurs de drogues illicites (tous types confondus) chez les élèves du secondaire au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Il y a donc une baisse de la consommation de drogues illicites chez les élèves. Les garçons ne diffèrent pas significativement des filles en ce qui concerne la consommation de drogues pour toutes les années d'enquête, sauf en 2013. Le cannabis demeure la principale drogue illicite consommée par les élèves québécois, 89% de ceux initiés aux drogues ayant affirmé en avoir consommé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête (Nanhou et al., 2013). Par ailleurs, plus de 3% des élèves ont rapporté avoir été initiés à la consommation de drogues illicites en 1^{ère} secondaire (Nanhou et al., 2013). Dans une enquête réalisée auprès d'élèves du 3^e cycle du primaire âgés entre 10 et 12 ans, l'âge moyen d'initiation au cannabis était de 10,7 ans (Laventure et Boisvert, 2008). Au secondaire, les études suggèrent qu'environ 10% des élèves sont des consommateurs réguliers de drogues mais le cannabis demeure la drogue la plus consommée dans cette population (Gagnon, 2009; Nanhou et al., 2013; Pica, 2014). De plus, la polyconsommation (consommation concomitante d'alcool et/ou de tabac avec la drogue dans une période de 12 mois) est un phénomène également présent chez les jeunes consommateurs de drogues québécois (Nanhou et Audet, 2012; Traoré, 2014). Par ailleurs, selon une étude de l'UNICEF, la consommation du cannabis au cours des 12 derniers mois serait plus élevée chez les jeunes canadiens âgés de 11, 13, et 15 ans comparés à ceux des autres pays développés comme la Suisse, l'Espagne, la France et les États-Unis (Centre de recherche de l'UNICEF, 2013).

En résumé, la consommation de tabac, d'alcool et des autres drogues est un phénomène bien présent chez les jeunes québécois et constitue un sujet de préoccupation dans la société. Les préoccupations concernent la précocité de l'âge d'initiation et la rapidité de l'entrée dans la

consommation régulière de ces produits. De plus, la consommation de plusieurs drogues à la fois concerne une partie importante de ces jeunes alors que les conséquences de telles pratiques tant pour l'individu que la société sont bien connues.

Conséquences associées à l'usage de substances psychoactives

Conséquences sur le plan individuel : problèmes de santé et comportements à risque

L'usage de SPA peut avoir des conséquences sur la santé et le comportement des individus. Selon plusieurs études, le tabac contiendrait de nombreux composés chimiques qui auraient des répercussions néfastes sur la santé. D'après Eriksen, Mackay et Ross (2012), on trouve dans la fumée de tabac plus de 7 000 substances chimiques et composés divers dont une centaine sont nocifs et une soixantaine cancérogènes. Les troubles respiratoires sont les problèmes de santé les plus couramment évoqués lorsque l'on parle des dangers du tabagisme. Pourtant, la fumée de tabac nuit à la santé à plusieurs niveaux de l'organisme humain, y compris au niveau des yeux (cécité, cataractes, brûlure, larmoiement et clignotement excessif), des oreilles (perte auditive et otite), du cœur (thrombose coronaire, lésion et occlusion des vaisseaux coronaires), des dents (déchaussement et perte de dents, maladie parodontale, caries, plaque dentaire), des organes reproducteurs masculins et féminins (problèmes de fertilité) et du foie (cancer) pour ne citer que ceux-là.

Par ailleurs, une des conséquences de la consommation précoce de tabac concerne la dépendance à la nicotine. Plus l'on commence à consommer tôt, plus vite on peut développer une dépendance. Dans une étude réalisée par DiFranza et al. (2000), plus de la moitié des 95 jeunes fumeurs de l'échantillon avaient rapporté des symptômes de dépendance se traduisant par une forte envie de fumer, la nervosité, l'irritabilité, des difficultés de concentration et un sentiment d'addiction quelques jours seulement après leur initiation. Cette étude suggère que les jeunes qui s'initient tôt à l'usage de tabac sont à risque de développer de la dépendance à la nicotine dès les premières bouffées de cigarette. La dépendance à la nicotine représente la principale cause des difficultés et des échecs d'arrêt de l'usage du tabac constatés chez de nombreux fumeurs (Kozlowski et al., 1989). De plus, selon l'OMS (2013), le tabagisme constitue une des menaces les plus sérieuses qui pèsent sur la santé publique et est une des principales causes de décès évitables dans le monde.

En ce qui concerne l'alcool et les autres drogues, l'abus de ces deux substances à l'adolescence a également été associé à une dépendance à l'âge adulte (Bonomo, Bowes, Coffey, Carlin et Patton, 2004; Brook, Lee, Brown, Finch et Brook, 2012; Hurd, Michaelides, Miller et Jutras-Aswad, 2014). Certaines études révèlent un lien très étroit entre l'abus d'alcool et de cannabis et le développement de troubles psychiatriques comme la dépression et l'anxiété (Brière, 2011; Brière, Fallu, Janosz et Pagani, 2012; Colins et al., 2010; Grant, 1995; Keller, Salazar et Courtney, 2010; Pihl, 2014). Selon Meier et ses collègues (2012b), consommer du cannabis de façon chronique à l'adolescence pourrait provoquer une réduction du quotient intellectuel qui serait irréversible même après un sevrage prolongé à l'âge adulte. De plus, au-delà de l'individu, la consommation excessive d'alcool et de drogues illicites aurait des effets sur la violence envers les autres et/ou envers le matériel (Falardeau, 2014; van Lier, Vitaro, Barker, Koot et Tremblay, 2009) sur les performances scolaires et le décrochage scolaire (Bond et al., 2007; Bryant et Zimmerman, 2002; Moon et Ando, 2009) et sur les comportements suicidaires (Artenie et al., 2015; Borges, Walters et Kessler, 2000).

Notons également que la consommation excessive d'alcool et des autres drogues a été associée à des activités à risque comme les comportements sexuels non protégés et la conduite d'automobiles avec les facultés affaiblies (Beirness, Cumming, Hughes, Zobeck et Griffiths, 2012; Douville et Dubé, 2015; Hatcher, Colvin, Ndlovu et Dworkin, 2014; Palk, Freeman, Kee, Steinhardt et Davey, 2011; Tapert, Aarons, Sedlar et Brown, 2001). Dans une étude réalisée au Centre Canadien de Lutte contre les Toxicomanies (CCLT), les jeunes conducteurs âgés de 19 à 34 ans étaient les plus susceptibles d'être contrôlés positifs pour l'alcool et les autres drogues comparés aux conducteurs plus âgés au Canada (Beasley, Beirness et Porath-Waller, 2011). En outre, selon la Société d'Assurance Automobile du Québec (SAAQ), l'alcool et les drogues au volant représentent une des principales causes d'accidents au Québec alors qu'environ 37% des conducteurs décédés entre 2008 et 2012 présentaient une alcoolémie supérieure à la limite de 80 mg/100 ml (SAAQ, 2014). Ces situations ont conduit à l'adoption de la règle « Zéro alcool » à l'égard des conducteurs de 21 ans ou moins au Québec (Assemblée Nationale du Québec, 2010). Les conséquences de l'usage de SPA ne concernent pas que l'individu, les gouvernements devant également supporter les coûts financiers des soins de santé associés à ces méfaits.

Conséquences sur le plan sociétal : les coûts sociaux de l'abus de substances psychoactives

Les coûts sociaux de l'abus de SPA désigne « une consommation de SPA qui impose à la société des coûts plus importants que ceux que doit déboursier le consommateur pour se procurer la substance. » (Rehm et al., 2006b, p. 1). Les travaux sur les coûts sociaux de l'abus de SPA sont rares et très peu actualisées, les plus récentes datent d'environ 10 ans. Au Canada, Single et ses collaborateurs (Single, Robson, Xie et Rehm, 1996, 1998) estimaient les coûts de l'usage abusif de tabac, d'alcool et des autres drogues illicites à environ 18,5 milliards de dollars représentant 2,7% du Produit Intérieur Brut (PIB) de l'époque. De ces coûts, plus de 9,5 milliards de dollars étaient dus au tabac, environ 7,5 milliards à l'alcool et 1,4 milliards de dollars aux autres drogues illicites. En 2002 ce sont un peu moins de 40 milliards de dollars qui ont été consacrés aux dépenses liées à l'abus de SPA, ce qui correspondait à plus de 1 200 dollars par habitants. Ce montant était consacré aux services de santé (9 milliards, soit 21%), au système judiciaire (5,4 milliards, soit 13,6%) et à la perte de productivité au travail et à domicile (24 milliards, soit 61%) (Rehm et al., 2007). Le tabac demeure la substance qui occasionne le plus de coûts avec 17 milliards de dollars, suivi de l'alcool (environ 15 milliards de dollars) et les autres drogues illicites (plus de 8 milliards de dollars) (Rehm et al., 2006b).

Tous les auteurs ayant consacré leurs travaux à ce domaine de recherche concluent que l'abus de SPA exerce des pressions considérables sur les finances du gouvernement canadien. Par conséquent, ces derniers préconisent d'orienter les efforts vers des actions préventives qui seraient plus efficaces pour lutter contre l'usage de SPA (Easton, Burd, Sarnocinska-Hart, Rehm et Popova, 2014; Popova, Lange, Burd et Rehm, 2012; Single et al., 1998). Le succès de ces activités de prévention réside, cependant, dans une bonne connaissance des facteurs qui incitent à la consommation de SPA.

Facteurs liés à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Facteurs distaux

Les facteurs distaux concernent tous les facteurs liés au macro-système sur lequel l'individu a très peu d'influence. Il s'agit des lois et politiques en vigueur dans la société. Ces politiques publiques ont pour effet d'agir sur l'offre et la demande à travers la taxation et la réglementation des SPA. Elles visent à réglementer et à réguler les activités ayant trait à la distribution et à la consommation de SPA. Elles peuvent concerner par exemple le fait

d'interdire la vente de la cigarette aux jeunes avant qu'ils aient atteint l'âge de la majorité, la fixation des prix de SPA ou l'incrimination de la possession, la vente ou la consommation de certaines drogues.

Les facteurs distaux peuvent concerner également les normes culturelles et l'environnement socioéconomique existant. Selon Simkin (2002), des lois et normes favorables à l'usage des drogues, la disponibilité des drogues, la désorganisation et la pauvreté du quartier, accroissent les risques de consommation de SPA par les jeunes de façon importante. En agissant sur ces facteurs, il semble possible de réduire ces risques. Cependant, les travaux de Parker et Harman (1978), Levy et Sheflin (1985) et Piontek et ses collaborateurs (2013) amènent à relativiser l'importance de ces politiques sur la consommation des SPA chez les jeunes. Ces auteurs observent que les facteurs distaux seuls ont des effets très minimes sur la prévalence de l'usage de SPA chez les adolescents. Ils préconisent, par conséquent, de mettre l'accent sur d'autres avenues (programmes d'éducation, pénalités pour conduite avec facultés affaiblies, etc.) qui ont pour particularité d'agir sur les facteurs directement liés à l'individu, c'est-à-dire les facteurs proximaux.

Facteurs proximaux

À la différence des facteurs distaux, les facteurs proximaux sont plus proches de l'individu et de son environnement immédiat. En plus des facteurs psychologiques et biologiques, ils portent, selon Hawkins, Catalona et Miller (1992) sur toute la sphère relationnelle constituée par les liens entre le jeune et sa famille, ses pairs et l'école. Le rôle de ces facteurs sur la consommation de SPA est bien documenté dans la littérature (Bogensneider, Wu, Raffaelli et Tsay, 1998; Johnson, Shontz et Locke, 1984; Kerr et Stattin, 2000; Lamborn, Mounts, Steinberg et Dornbusch, 1991; Steinberg, 1987). Par exemple, les études portant sur la famille mettent en évidence le rôle modérateur de la supervision parentale chez les jeunes à risque de consommation d'alcool (Fallu et al., 2010; Hemovich, Lac et Crano, 2011; Vitaro, Tremblay et Zoccolillo, 1999; Westling, Andrews, Hampson et Peterson, 2008). Aussi, lorsque les parents sont des consommateurs d'alcool et de cigarettes par exemple, les risques que leurs enfants consomment également ces substances seraient plus élevés que dans le cas d'enfants dont les familles sont abstinentes (Cranford, Zucker, Jester, Puttler et Fitzgerald, 2010; Forrester et Harwin, 2011). Par ailleurs, selon Hemovich et ses collègues (Hemovich et

Crano, 2009; Hemovich et al., 2011), les enfants issus de familles monoparentales seraient plus à risque de consommer les drogues que les enfants de familles biparentales.

Les relations avec les pairs influenceraient également l'attitude et le comportement des jeunes à l'égard des SPA (Ali et Dwyer, 2009; Epstein, Bang et Botvin, 2007). Pour certains auteurs, ces types de relations influenceraient plus les jeunes à la consommation de SPA que les relations que ces derniers entretiennent avec leurs parents (Bahr, Maughan, Marcos et Li, 1998; Friedman et Glassman, 2000; Goldstein, Davis-Kean et Eccles, 2005; Hoffmann et Su, 1998; Mahabee-Gittens, Xiao, Gordon et Khoury, 2013). Ainsi, les jeunes fréquentant des pairs qui adoptent des comportements à risque seraient plus susceptibles de poser des gestes de la même nature (Bahr, Hoffmann et Yang, 2005; Patterson, Dishion et Yoerger, 2000; Perdue, Manzeske et Estell, 2009; Thorlindsson et Bernburg, 2006; Wang, Simons-Morton, Farhart et Luk, 2009).

Outre les relations avec les parents et les pairs, l'école constitue une autre instance qui aurait de l'influence sur le comportement des jeunes. Pour Bowen, Desbiens, Rondeau et Ouimet (2000), on trouve au sein du milieu scolaire à la fois des facteurs de risque et de protection « qui mèneront soit à l'adoption d'une trajectoire déviante ou problématique, soit à une socialisation réussie ou à l'absence de problèmes psychosociaux ». L'école peut donc représenter un milieu protecteur pour certains jeunes et un milieu à risque pour d'autres. Selon le modèle écologique, l'environnement scolaire en tant que milieu social, a des effets directs et indirects sur le développement des enfants (Bronfenbrenner, 1977; Mayberry, Espelage et Koenig, 2009). Par exemple, le climat de l'école aurait une influence sur l'engagement scolaire (Anderman, 2002; Ho, 2005; Lindahl, 2009; Murdock, Anderman et Hodge, 2000) et le développement de problèmes d'adaptation (Kuperminc, Leadbeater et Blatt, 2001; Loukas et Murphy, 2007).

En outre, selon les théories développementales, à certaines phases de la vie, des facteurs personnels et socio-familiaux peuvent concourir à fragiliser les capacités de certains individus à faire face aux défis. En effet, les périodes de transition (de la préadolescence à l'adolescence par exemple), le mariage, la retraite, l'entrée dans une nouvelle école ou un nouveau cycle constituent des événements stressants qui pourraient provoquer des réactions « inadaptées » chez certaines personnes (Anderson et al., 2000; Department of Education and Early Childhood Development, 2012; Felner et al., 1982; Howe et Richards, 2011; Lerner, 2002; Mizelle et Irvin, 2000). Ainsi, la transition du primaire vers le secondaire représente un moment critique pouvant

influencer le développement des jeunes en raison du fait que cette période se caractérise par une plus grande vulnérabilité face aux influences des pairs et la prise fréquente de risques (Peretti-Watel, 2002, 2005; Sahed, 2014).

Enfin, la disponibilité des SPA dans l'environnement immédiat des jeunes représenterait un facteur de risque important qui amènerait un grand nombre de ces jeunes à s'initier à l'usage de ces substances (Gillespie et al., 2013; Gillespie, Neale et Kendler, 2009). La facilité d'accès aux SPA favoriserait l'initiation précoce de certains jeunes pouvant se traduire plus tard par l'usage répété ou inapproprié de ces substances (Gruenewald, 2011; Piontek et al., 2013; von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler et Wittchen, 2002).

En clair, plusieurs facteurs d'ordre familial, scolaire et relationnel concourent à influencer le comportement de l'individu. Ces facteurs seraient à l'origine des problèmes d'adaptation vécus par certains jeunes. Ces problèmes peuvent se traduire par l'adoption de comportements à risque comme la violence et l'usage et l'abus de SPA (Rutter, 2005). Pour faire face à cette situation, les spécialistes de la prévention encouragent le développement de programmes qui ciblent plusieurs facteurs de risque et de protection à la fois plutôt qu'un seul (Coie et al., 1993; Hawkins, M. et Arthur, 2004; Sullivan et Hirschfield, 2011). C'est en tenant compte de ces facteurs que des stratégies sont mises en place pour lutter contre l'usage de SPA chez les jeunes.

Stratégies de lutte contre l'usage de substances psychoactives

Stratégies de prohibition et de répression

Prohibition et répression aux États-Unis et au Canada

La prohibition et la répression en matière de drogues illicites sont des phénomènes relativement récents; la guerre à la drogue n'a donc pas toujours existé. Cette répression a des répercussions sur la manière dont les questions liées aux SPA sont gérées dans plusieurs pays, y compris au Canada. Historiquement, c'est aux États-Unis que l'on retrouve les premières traces de cette forme de lutte contre les drogues lorsque la première mesure législative nationale introduisant l'interdiction de l'importation de l'opium par les Chinois fut adoptée en 1887 (Beauchesne, 2003). Cette interdiction était vue par certains comme une forme de discrimination à l'égard des chinois, considérés comme les principaux initiateurs des fumeries d'opium et

accusés de représenter une main d'œuvre à bon marché préjudiciable au recrutement des travailleurs blancs (Glorie, 1984).

Tout comme en Occident au XIX^e siècle, les préparations opiacées et autres SPA consommées aux États-Unis avaient deux objectifs principaux pour les utilisateurs qui se recrutaient dans la classe aisée : « alléger les souffrances du corps et remédier aux maux sociaux » (Bachmann et Coppel, 1989, p. 33). À cette époque, les principes actifs de ces substances qui seront plus tard qualifiées de drogues illicites, ne sont pas encore isolés scientifiquement. Quittant les milieux aisés, ces drogues vont progressivement se retrouver dans la classe populaire. Dès lors, on découvre des problèmes de dépendance et de consommation problématique chez les ouvriers et les contremaîtres. Cette situation amènera les États-Unis à adopter le *Harrison Narcotic Act* (HNA) en 1914, qui institue la prohibition de l'usage des substances opiacées et de la cocaïne à des fins non médicales. Quelques années plus tard, soit en 1937, le *Marijuana Tax Act* (MTA) est voté pour interdire l'usage de la marijuana à des fins non médicales. En 1970, ces deux lois vont fusionner et donner naissance à la loi sur les substances contrôlées (Buxton, Haden et Mathias, 2008).

Cependant, c'est au Canada que la première loi interdisant l'usage de l'opium à des fins non médicales fut votée en 1908, soit sept ans avant le HNA. On explique cette situation par le fait qu'il y avait un consensus entre les représentants aussi bien à la Chambre des communes qu'au Sénat canadien contrairement aux États-Unis où les oppositions étaient très fortes (Beauchesne, 2003). Mais, c'est seulement quand la loi prohibant l'usage non médical des substances opiacées est adoptée aux États-Unis que d'autres pays s'y engagent aboutissant ainsi à une internationalisation de la prohibition (Levine, 2002). Cette politique internationale de prohibition atteint son summum avec la création au sein de l'Organisation des Nations Unies (ONU) de structures supra nationales destinées à contrôler le trafic des drogues comme par exemple le Programme des Nations Unies sur le Contrôle International des Drogues (PNUCID) et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC).

Pour mettre en œuvre la politique de prohibition, plusieurs pays déploient toute une batterie d'actions à la fois sur le plan stratégique, opérationnel et tactique et de fortes sommes d'argent pour réprimer les contrevenants. Mais, nulle part ailleurs dans le monde la guerre à la drogue n'a été aussi vigoureuse et érigée en priorité nationale qu'aux États-Unis (Mendel et Munger, 1997).

Critiques de la politique de prohibition et de répression

Dans tous les cas, il est frappant de constater que la politique de prohibition de l'opium étendue plus tard à d'autres drogues a été adoptée aux États-Unis comme au Canada et dans plusieurs autres pays grâce à la dramatisation de la situation plutôt que par des considérations d'ordre scientifique, médical ou pharmacologique (Bachmann et Coppel, 1989; Brochu et Orsi, 2008). Si l'on considère les premières lois sur la prohibition des drogues (1908 au Canada et 1914 aux États-Unis), voici plus d'un siècle que cette politique est en vigueur. Mais le succès ne semble pas au rendez-vous. Selon certains auteurs, la politique de prohibition des drogues seule est une mesure inefficace pour faire baisser l'usage des drogues illicites à des fins non médicales au sein des populations (Chui et Burris, 2011; Nolin, 2002). Déjà en 2002 le rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites au Canada présidé par Pierre-Claude Nolin mettait en cause l'efficacité de la politique de prohibition et son coût élevé pour les finances publiques (Comité Spécial du Sénat sur les Drogues illicites, 2002). Les conséquences de la prohibition des drogues illicites présentent les mêmes caractéristiques que lorsque la loi interdisant l'usage de l'alcool est entrée en vigueur en 1920 aux États-Unis; la disponibilité des produits n'a jamais baissé alors que s'est développé un marché parallèle (marché noir) qui alimente financièrement des réseaux criminels et provoque la recrudescence de la violence, d'abord entre gangs et ensuite dans la population toute entière (Brochu, 2006a, 2006b; Buxton et al., 2008; Levine et Reinerman, 2004). Ce marché parallèle contribue également à la distribution de produits de mauvaises qualités qui ont un impact sur la santé des consommateurs (Hall et Lynskey, 2009; Mars et al., 2015). Ainsi, les SPA provenant du marché noir seraient plus dangereuses que celles que l'on trouve dans les circuits officiels de distribution de ces produits. Compte tenu des effets pervers de la politique de prohibition sur la santé et la violence, un groupe de personnalités du monde de la politique et des organisations internationales réunis au sein de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues (CMPD) a appelé les États à mettre fin à la criminalisation de l'usage et de la possession des drogues (Fordham et Tinasti, 2014).

Bref, la politique de prohibition et de répression tend, de plus en plus, à être remise en cause en raison de ses effets néfastes sur l'économie, la société et la santé. En lieu et place de cette politique, il est de plus en plus question de l'adoption d'une approche de santé publique

face aux drogues (Buxton et al., 2008; Fry et Cvetkovski, 2008). Les tenants de cette approche préconisent une toute autre stratégie qui s'appuie sur l'éducation et la prévention et sur les connaissances acquises dans ce domaine.

Stratégies éducatives et de prévention

Stratégies de prévention centrée sur la maladie

Selon Porta (2008), les stratégies de prévention centrées sur la maladie regroupent cinq niveaux de prévention, soit la prévention primordiale, la prévention primaire, la prévention secondaire, la prévention tertiaire et la prévention quaternaire. Les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire datent des années 1950; ils ont été proposés pour la première fois par la commission sur les maladies chroniques des États-Unis (Commission on Chronic Illness, 1957; Gagnon, April et Tessier, 2012). Les deux autres niveaux (prévention primordiale et prévention quaternaire) sont apparus plus récemment et sont peu utilisés dans la littérature portant sur la prévention de l'usage des drogues.

Le concept de *prévention primordiale* découle des travaux de Strasser (1978) sur les maladies cardiovasculaires et a pour rôle d'éviter l'émergence et l'établissement de conditions socioéconomiques et culturelles contribuant à l'apparition ou à l'élévation du risque de la maladie en agissant en amont des facteurs de risque (Bonita, Beaglehole et Kjellström, 2006). Comme exemples de prévention primordiale dans le domaine des drogues, citons l'adoption de politiques sur la consommation de cigarettes dans les lieux publics.

La *prévention primaire* désigne l'ensemble des actions entreprises au sein d'une population dans le but de limiter l'incidence d'une maladie ou d'un phénomène social grâce au contrôle de facteurs de risque spécifiques (Bonita et al., 2006). Ce niveau de prévention se déploie se met en place avant l'apparition de la maladie et s'attaque aux facteurs d'exposition au risque et aux comportements individuels par la promotion de saines habitudes de vie.

La *prévention secondaire* concerne la réduction des conséquences négatives de la maladie grâce au dépistage précoce et à la prise en charge aussitôt qu'un diagnostic positif est établi. Elle vise à éliminer la progression de la maladie ou du phénomène. On peut citer comme exemple de ce type de prévention l'utilisation du DEP-ADO pour le dépistage et la prise en charge des adolescents ayant des problèmes de consommation d'alcool. Notons que la mise en place de la prévention secondaire nécessite la disponibilité d'outils de dépistage qui respectent

les critères de spécificité et de sensibilité (Akobeng, 2007; Castellanos-Ryan, O'Leary-Barrett, Sully et Conrod, 2013). Dans le premier cas (spécificité), il s'agit de la capacité de l'outil à classer effectivement les individus non malades dans la catégorie des sujets négatifs. Dans le second cas (sensibilité), il s'agit plutôt de la capacité de l'outil à diagnostiquer les malades comme dans le groupe des sujets positifs.

La *prévention tertiaire* vise tout d'abord à procurer une bonne qualité de vie ou tout au moins une qualité de vie acceptable à des personnes déjà confrontées à la maladie ou au phénomène social (Association des Facultés de Médecine du Canada, 2011). Elle permet de réduire les complications consécutives à la présence de la maladie ou la progression de celle-ci vers une forme plus grave. Il peut s'agir de la réduction des méfaits causés, par exemple, par une la consommation excessive d'alcool ou de drogues (Brisson, 2010; Fallu et Brisson, 2013; Hamel, 2002).

La *prévention quaternaire* est un concept développé en 1986 par le médecin belge Marc Jamouille et part du principe de « *primum non nocere* » (tout d'abord, ne pas nuire), central au domaine médical (Jamouille, 1986, 2011; Kuehle, Sghedoni, Visentin, Gervas et Jamouille, 2011). Ce concept s'applique plus particulièrement au domaine médical et concerne tous les types de patients, que ces derniers soient atteints de maladies infectieuses ou de problèmes de santé découlant d'une consommation excessive de SPA. Il s'agit de l'ensemble des soins palliatifs offerts à des patients se trouvant en phase terminale de leur maladie et qui ont dépassé le stade des soins curatifs. La prévention quaternaire vise également à protéger les individus contre les interventions médicales invasives.

Stratégies de prévention centrée sur la population cible

La classification des niveaux de prévention centrée sur la maladie est la plus courante. Cependant, Gordon (1983) lui reproche d'être trop basée sur le modèle biomédical qui a longtemps prévalu dans le domaine de la santé et propose une autre approche qui s'intéresse particulièrement à la population ciblée par l'intervention. Ainsi, distingue-t-il trois niveaux de prévention.

D'abord, la prévention *universelle* s'adresse à toute la population en général, sans distinction de l'état de santé de ces membres. Il peut s'agir de la population en général ou Les bénéfices qu'elle apporte doivent surpasser les coûts engendrés pour la prise en charge de la

maladie ou du phénomène social. De plus en plus, ce type de prévention rentre dans le cadre général des activités de promotion de la santé. On y recourt souvent pour les programmes visant à prévenir la propagation d'infections transmissibles et l'usage de SPA au niveau national ou communautaire

Ensuite, la prévention *sélective* qui s'applique à des groupes spécifiques qui font usage de SPA ou non mais qui sont identifiés comme des individus à risque de développer des problèmes s'ils consomment. Pour ces groupes, les risques d'exposition au phénomène social sont considérés comme supérieurs à la moyenne en raison de la présence de facteurs de risques formellement identifiés. Par ailleurs, les coûts associés à ce niveau de prévention sont tels que l'intervention ne peut être déployée pour toute la population comme dans le cas de la prévention universelle. Le programme IR s'adressant aux élèves de 5^e et 6^e année en raison de potentielles risques associés au fait de consommer des SPA peut être assimilé à de la prévention sélective.

Enfin, la prévention *indiquée* cible les personnes considérées comme présentant déjà un ou plusieurs signes liés au phénomène social en cause. Le centre d'intérêt porte ici sur des individus qui manifestent les premiers signes du phénomène sans pour autant satisfaire à des critères diagnostics de dépendance (Gagnon et al., 2012). La prise en charge offerte à des individus présentant les premiers signes de problèmes associés à leur consommation de SPA est une forme de prévention indiquée

Ces connaissances sur les niveaux et stratégies de prévention ont inspiré la mise en place de nombreux programmes de prévention visant à réduire la consommation de SPA chez les jeunes. Certains de ces programmes sont considérés plus efficaces que d'autres. Dans les parties qui suivent, nous présentons les caractéristiques qui amènent à qualifier certaines interventions de meilleures pratiques en matière de prévention de l'usage de SPA.

Conditions d'efficacité des programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives en milieu scolaire

Gagnon, April et Tessier (2012, p. 5) définissent les meilleures pratiques ou *best practices* comme des pratiques qui font « référence aux interventions développées à partir de critères reconnus pour augmenter leur potentiel d'efficacité ». En santé publique et en psychologie, on parle de pratiques basées sur les données probantes ou *evidence-based practices* ou encore *evidence-based interventions* (Kratochwill et Shernoff, 2004).

Ainsi, une recension des écrits disponibles sur la prévention de l'usage des substances psychoactives à l'école montre que les programmes ou interventions efficaces présentent certaines caractéristiques qui les distinguent des autres. Selon certains auteurs, les programmes et interventions jugés efficaces sont ceux qui s'emploient à éliminer ou à réduire les facteurs de risque et/ou à augmenter les facteurs de protection chez l'individu et dans son environnement (Donovan, 2004; Hawkins, Catalano et Arthur, 2002; Hawkins et al., 1992). Ces interventions devraient aussi viser plusieurs facteurs de risque et de protection à la fois plutôt qu'un seul de ces facteurs (Coie et al., 1993).

Par ailleurs, le lieu de l'implantation du programme semble avoir un effet sur les résultats escomptés. Généralement ces programmes ont pour cadre les milieux communautaire, familial et scolaire. Mais les programmes se déroulant au sein des écoles restent les plus nombreux à avoir fait l'objet d'évaluation et les plus documentés. Les raisons de cette situation résident dans le fait qu'il est sans doute plus facile de rejoindre une grande partie des jeunes à l'école plutôt qu'ailleurs et que l'évaluation y est rendue facile par la coopération des membres du milieu scolaire. Selon Beauchesne (2005), les programmes en milieu scolaire se trouvent limités et circonscrits dans un cadre bien déterminé avec un mandat précis qui fait que ce cadre (le milieu scolaire) devient un milieu idéal pour la mise en œuvre des programmes de prévention.

Les programmes jugés efficaces ont aussi un contenu et des stratégies qui les distinguent des autres. Au-delà de communiquer des informations aux jeunes sur les drogues, ces programmes mettent particulièrement l'accent sur l'influence des pairs, des médias et des croyances. Elles ciblent également les habiletés sociales qui jouent un rôle important dans l'initiation à la consommation de SPA (Donaldson, 1986; Paglia et Room, 1999). En outre, la stratégie d'intervention adoptée dans ces interventions jugées efficaces privilégie l'interactivité entre les acteurs plutôt que la passivité des participants (Tobler et al., 2000; Tobler et Stratton, 1997).

Le choix de l'animateur des activités influencerait également l'efficacité des interventions. Les études réalisées montrent l'implication d'un grand nombre d'acteurs dans l'animation de ces interventions. Il peut s'agir de cliniciens (psychologues, travailleurs sociaux, etc.), d'enseignants, de pairs éducateurs et d'autres professionnels. Les effets générés par chacun de ces intervenants restent encore peu documentés. Mais de façon générale, les interventions menées par les cliniciens seraient jugées plus efficaces que celles menées par les autres

intervenants. Les pairs éducateurs, les enseignants et les autres professionnels viendraient à la suite des cliniciens (Tobler et Stratton, 1997). Mais selon Paglia et Room (1999), chacun de ces intervenants possède ses forces et faiblesses et c'est en combinant leurs forces respectives que les interventions deviennent efficaces. C'est aussi lorsque ces intervenants jouissent d'une bonne crédibilité auprès des participants et qu'ils ont de bonnes compétences dans l'animation des groupes que les résultats sont meilleurs (Paglia et Room, 1999). De plus, les programmes qui adoptent une approche multimodale ciblant à la fois les sphères relatives à l'individu, à la famille, à l'école et à la communauté sont généralement considérés plus efficaces que ceux portant sur une seule sphère (DeGarmo, Eddy, Reid et Fetrow, 2009). Enfin, les interventions en matière de prévention de l'usage de SPA chez les jeunes jugées efficaces sont celles qui sont rigoureusement suivies, s'adaptent à l'environnement et aux caractéristiques des participants, se déroulent sur une longue période de temps et qui ont des objectifs réalistes et clairement définis (Porath-Waller, Beasley et Beirness, 2010; Tobler et al., 2000).

Historique, expériences et évaluation du rôle d'IP en santé et en éducation

Historique et expériences du rôle d'IP

Le concept d'IP remonte aux années 1990 à la suite des travaux de Harold Freeman (Darnell, 2007). Ce médecin officiant à l'hôpital de Harlem aux États-Unis était préoccupé par la grande disparité entre la population noire et le reste de la population en ce qui a trait à l'accès aux traitements du cancer (Freeman, 2004). Devant ce qui était considéré comme une injustice sociale, il a été proposé de créer un poste d'IP avec pour rôle d'identifier les groupes ayant un taux de mortalité dû au cancer particulièrement élevé et de fournir aux patients de ces groupes l'assistance et le soutien nécessaires pour naviguer aisément dans le système de santé (Thorne et Truant, 2010). Le succès de l'initiative de Freeman et les ravages du cancer dans la population américaine en général et chez les minorités ethniques en particulier vont inciter le gouvernement à mettre en place un programme politique national de prise en charge du cancer avec une approche basée sur l'utilisation des IP assorti de financements conséquents (Dohan et Schrag, 2005). Selon Dohan et Schrag (2005) et Wells et ses collègues (2008), malgré la prolifération d'initiatives d'implantation d'IP dans les hôpitaux américains, il manquait une définition claire de cette nouvelle fonction. Cependant le programme politique national lui conférait plusieurs

rôles (Darnell, 2007). Il s'agissait, entre autres, d'assurer la coordination des soins de santé, de faciliter l'implication des organismes communautaires dans l'assistance aux individus à risque ou ayant un cancer, de faciliter la référence des patients dans les services appropriés et d'aider ces derniers à surmonter les difficultés inhérentes à l'accès au diagnostic et aux soins de santé.

Au Canada, la mise en place de la Stratégie Canadienne de Lutte contre le Cancer (SCLC), devenue plus tard le Partenariat Canadien contre le Cancer (PCC), aboutit, dans la même foulée qu'aux États-Unis, à l'adoption du rôle de l'IP comme meilleure stratégie permettant de satisfaire aux besoins des patients atteints de cancer et de leur famille (Thorne et Truant, 2010). L'implantation d'IP dans les services en santé va connaître un essor rapide dans plusieurs provinces, y compris au Québec, où le Programme Québécois de Lutte Contre le Cancer (PQLCC) adopte cette mesure à la suite des recommandations d'un comité consultatif mis en place par le ministère de la santé (Programme Québécois de Lutte Contre le Cancer, 1998). Ainsi, initialement développé pour lutter contre les disparités ethniques dans le traitement du cancer, le rôle de l'IP s'enracine progressivement dans les structures de santé, notamment, en oncologie comme une stratégie de choix pour améliorer l'accès au traitement pour tous les malades et faciliter l'expérience de la maladie pour le patient et les membres de sa famille (De Serres et Beauchesne, 2000; Fillion et al., 2012).

Aujourd'hui, l'essor de l'IP semble être favorisé par un vaste mouvement de changements sur les plans social, culturel, scientifique et professionnel, qui demande beaucoup plus d'efficacité dans les programmes et organisations publics (Emery, 2005). Après le milieu médical, l'attrait pour l'IP trouve également un écho favorable dans le milieu scolaire au Québec avec le déploiement de l'AES en 2005. Cette approche initiée par le gouvernement du Québec mise sur un partenariat entre deux ministères, ceux de l'éducation et de la santé en vue de favoriser des actions de promotion de la santé et de prévention dans les écoles (Désy, 2009). Des professionnels sont alors désignés pour servir d'interface entre les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) et les Commissions Scolaires (CS). Il seront nommés IP ou agents pivots (Turcotte et al., 2011). Dans le cadre de cette approche, le rôle de l'IP est dévolu principalement aux professionnels de la santé issus des CSSS (surtout les infirmières) aidés dans leur tâche par des personnes-ressources des CS (Viens et Noël, 2014). Par conséquent, ce sont des agents externes (*outsiders*), c'est-à-dire des intervenants en dehors des lieux d'implantation de l'approche, agissant plus en tant qu'experts qui apportent leur savoir à l'équipe-école. Avec

l'AES, on cherche « à éviter la duplication et le chevauchement d'offres de services et à contrecarrer les effets délétères de la gestion en silos » (Turcotte et al., 2011, p. 57) comme on en voit souvent dans la gestion publique où les services tendent à être peu intégrés (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe et Denis, 2008; Rayner et Howlett, 2009). Dans ce contexte, l'IP est appelé à œuvrer à la mobilisation d'un certain nombre d'acteurs pour la mise en place d'activités de promotion de la santé et de prévention au profit des élèves. Il lui est également demandé de créer un espace collaboratif de dialogue entre les diverses instances dont les objectifs sont, à première vue, peu conciliables alors qu'il ne dispose d'aucun pouvoir coercitif, hiérarchique ou de gestion (Turcotte et al., 2011). De plus, dans le cadre de l'AES, même si la planification des activités peut se décider à partir des CSSS ou des CS, en réalité, les interventions de l'IP sont individualisées selon les écoles (Turcotte et al., 2011). Ce dernier n'assure pas le suivi des élèves entre les deux ordres d'enseignement comme c'est le cas avec l'IR.

Évaluation du rôle d'IP dans les organisations

La plupart des évaluations pour mesurer les effets et comprendre le rôle et le fonctionnement de l'IP ont été menées en santé et très peu dans le milieu scolaire. Les premières évaluations ont été réalisées vers la fin des années 1990 par Freeman et ses collègues et portaient sur le programme mis en place à l'hôpital de Harlem. Les résultats indiquent une baisse du nombre de cas de cancer en phase 3, une amélioration dans la détection des cas et dans le traitement des patients (Freeman, 2012; Freeman et Wasfie, 1989; Oluwole et al., 2003). Des études entreprises par d'autres auteurs montrent les effets bénéfiques de l'introduction de l'IP, notamment, dans les premières phases d'un cancer, au niveau de la détection, de l'initiation, de l'adhérence, du suivi du traitement, de l'amélioration de la qualité de vie et du nombre de jours d'hospitalisation (Lee et al., 2011; Robinson-White, Conroy, Slavish et Rosenzweig, 2010; Wells et al., 2008). Ces résultats sont également confirmés par des travaux effectués au Canada (Fillion et al., 2012; Fillion et al., 2015; Pedersen et Hack, 2011) et ailleurs (Bernardes et al., 2014; Dejardin et al., 2011). Cependant, certains auteurs rapportent des résultats mitigés. En effet, des essais randomisés comparant un groupe de patients suivi par un IP et un autre recevant les traitements habituels sans IP ont conclu à un effet très modeste de l'IP. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes après six mois de suivi (Green et

al., 2014; Wells et al., 2012). Toutefois, il semblerait que l'efficacité du rôle de l'IP ne soit véritablement perceptible que dans le long terme, au-delà de six mois (Paskett et al., 2012), ce qui démontre l'importance de la stabilité de cette fonction dans les organisations (Plante et Joannette, 2015). Sur la question des avantages coûts-bénéfices des programmes d'IP, il n'y a également pas d'unanimité entre les auteurs. Tandis que certains rapportent des bénéfices à l'introduction d'IP dans les services de santé, d'autres estiment par contre que la présence d'un IP pourrait désorganiser les services en raison du risque de voir certains professionnels se déresponsabiliser de leurs tâches habituelles. Pour les tenants de cette thèse, une équipe interprofessionnelle efficace, consciente de ses rôles et plaçant le patient au cœur du système de soins devrait faire l'économie d'avoir à recourir à un IP (Thorne et Truant, 2010).

En ce qui concerne le fonctionnement et la faisabilité de la mise en œuvre des programmes, les études montrent que l'IP est souvent une infirmière mais peut également être recruté parmi les membres d'une communauté (Burhansstipanov, 1998) ou un autre professionnel d'une institution (Wells et al., 2008). Les tâches exécutées par l'IP sont variées et incluent, entre autres, la coordination des actions dans le cadre d'une équipe, l'aide et le soutien aux patients et à leur famille pour surmonter les obstacles liés à l'accès au traitement, le suivi et la référence des patients, le plaidoyer auprès des autres professionnels, le partage d'informations, l'éducation à la santé et l'accompagnement en fin de vie (Braun et al., 2012; Egan, Anderson et McTaggart, 2010; Gabitova et Burke, 2014; Lee et al., 2011). En l'absence de formation standardisée pour l'IP, plusieurs caractéristiques ont été identifiées comme contribuant à l'efficacité de ce rôle. Il s'agit entre autres de la capacité à bâtir une relation de confiance, à communiquer avec diverses personnes, à écouter les autres, une bonne connaissance du problème de santé, de la disponibilité et la facilité à travailler en équipe (De Serres et Beauchesne, 2000; Wells et al., 2008; Whop et al., 2012). Ces caractéristiques faisant plus référence aux aspects subjectifs de la personnalité rendent difficile la conduite d'évaluations rigoureuses pour les programmes d'IP (Ramsey et al., 2009). En dehors des services de santé où le rôle de l'IP a été amplement évalué, à notre connaissance, très peu de chercheurs se sont intéressés à cette nouvelle fonction en milieu scolaire. La seule initiative dans ce sens a été réalisée par Turcotte et al. (2011) et concerne l'analyse exploratoire du travail d'IP sur les approches intégrées dans le cadre de l'AES. Les auteurs y présentent les principaux lieux de pratique des IP et les stratégies utilisées pour intéresser les acteurs à l'adoption de l'AES.

Conclusion

En résumé, les périodes de transition représentent des moments qui peuvent fragiliser la capacité des individus à faire face aux bouleversements qui se produisent. Chez les élèves en transition du primaire vers le secondaire, ces bouleversements peuvent se produire à la fois sur le plan physique psychologique et contextuel. Ce qui peut contribuer à mettre une pression indue sur cette population et la rendre vulnérable à plusieurs fléaux comme la violence, le vol, l'usage de SPA, etc.

Au Québec, malgré une baisse de la consommation depuis la première enquête épidémiologique, encore un grand nombre d'élèves font un usage excessif et inapproprié de SPA. L'abus de ces substances a des conséquences non seulement au niveau du consommateur mais également au niveau de la société qui doit assumer les coûts engendrés pour les soins, la perte de productivité et pour assurer le respect des politiques de répression. Par conséquent, la poursuite et l'intensification des efforts en vue de prévenir ces abus apparaissent comme une nécessité de santé publique. La mise en place d'activités de prévention en milieu scolaire comme l'intervention en réseau va donc dans le sens de réduire le nombre de jeunes qui font usage de ces substances. En implantant ce programme, les initiateurs ont pour ambition de réduire les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection identifiés dans la littérature comme jouant un rôle dans l'initiation à la consommation de SPA. La stratégie d'intervention tourne autour du rôle fondamental d'un IP recruté pour assurer la coordination des actions de prévention et créer des liens de confiance avec les élèves pour la mise en place d'activités de suivi des élèves depuis le primaire jusqu'en 3^e secondaire. L'évaluation de ce programme représente une première initiative pour comprendre le rôle d'un IP dans le déploiement d'activités de prévention de l'usage de SPA en milieu scolaire.

Chapitre III : Cadre conceptuel

« Les sentiers battus sont rassurants. Ceux qui les suivent sont persuadés que des chemins aussi fréquentés ne peuvent conduire que là où il faut se rendre ». Jean-Paul Hameury

Cette recherche évaluative s'appuie sur diverses stratégies et types d'évaluation d'intervention. Dans le cas présent, trois types d'évaluation sont mobilisées permettant de mieux cerner l'objet d'évaluation (l'intervention) et de conduire efficacement le processus d'évaluation. Il s'agit de l'étude d'évaluabilité, de l'évaluation de l'implantation (par la théorie de l'acteur-réseau) et d'une évaluation qualitative (des processus) et quantitatives (des effets).

Étude d'évaluabilité

L'étude d'évaluabilité (ÉE) ou *evaluability assessment* (EA) est un processus rigoureux par lequel l'on s'assure qu'une évaluation satisfaisante d'un programme est faisable et que celle-ci pourra produire des informations utiles pour les parties prenantes (Kaufman-Levy et Poulin, 2003; Ridde et Dagenais, 2009; Rossi, Lipsey et Freeman, 2004; Strosberg et Wholey, 1983; Wholey, 1994). Il s'agit d'une évaluation exploratoire qui permet de préparer les conditions d'une évaluation formative ou sommative formelle (Leviton, Khan, Rog, Dawkins et Cotton, 2010). L'ÉE a été développée dans les années 1970 par un groupe de chercheurs du *Urban Institute* de Washington aux États-Unis conduit par Joseph Wholey en réponse aux difficultés et défis qu'ils rencontrèrent dans l'évaluation des programmes gouvernementaux qui, selon eux, étaient insuffisamment mis en œuvre ou immatures pour être évalués de façon satisfaisante ou encore parce que les objectifs de ceux-ci étaient irréalistes (Leviton et al., 2010; Nay et Kay, 1982; Wholey, 1976). Elle est particulièrement utile pour les interventions qualifiées de complexes comme le sont la plupart des programmes sociaux (Contandriopoulos, Rey, Brousselle et Champagne, 2012; Kania et al., 2013; Ogilvie et al., 2011; Rogers, 2008; Touati et Suárez-Herrera, 2012). L'ÉE est une démarche d'évaluation spécifiquement indiquée lorsque le programme à évaluer est peu documenté ou lorsque l'évaluateur veut inclure toutes les parties prenantes au processus d'évaluation afin de maximiser les chances d'utilisation des résultats qui seront produits ou encore lorsque des facteurs importants (absence de modèle logique du programme, difficultés à collecter des données de suivi, manque de collaboration entre les acteurs, etc.) peuvent nuire à la conduite d'une bonne évaluation (Dunet, Losby et Tucker-Brown, 2013; Rutman, 1997). Elle permet une description en profondeur du programme et aide à la planification d'une évaluation en identifiant les questions d'évaluation et les indicateurs à mesurer pour rendre compte de l'efficacité d'un programme. (Horst, Nay, Scanlon et Wholey, 1974). Un autre rôle attribué à l'ÉE est de permettre de développer ou d'améliorer la théorie du

programme et son modèle logique (Wholey, 1987). De ce fait, elle peut être très utile lors de la phase de développement ou de planification d'un programme. Elle ne remplace pas une évaluation formelle mais ouvre la voie à la production de résultats d'évaluation utiles aux parties prenantes (Davies, 2013b; Leclerc, 2012).

Selon Wholey (1987, 1994, 2010), l'ÉE doit permettre de déterminer 1) si les intentions et le modèle logique du programme sont clairs et réalistes; 2) si le but et les objectifs du programme sont plausibles, c'est-à-dire si les ressources mobilisées et les activités menées permettent d'atteindre les objectifs fixés; 3) si les données qui permettront de juger de la valeur du programme seront disponibles et 4) si les initiateurs de l'intervention et les commanditaires de l'évaluation sont disposés à utiliser les résultats qui en découleront. En répondant à ces quatre conditions, l'ÉE devrait permettre, comme le souligne Smith (1989), de prendre une des cinq décisions suivantes à propos du programme : 1) faire des changements, 2) conduire une évaluation formelle, 3) arrêter le programme, 4) laisser les choses dans leur état actuel ou 5) ignorer les résultats de cette étude. Comme le montre le tableau 1, les étapes pour la conduite d'une ÉE varient en fonction des auteurs. On distingue entre 4 et 10 étapes consistant généralement à analyser le programme, déterminer les types de données à colliger, développer la théorie du programme et déterminer l'utilisation éventuelle des résultats par les parties prenantes. Selon Smith (1989, 1990), l'important n'est pas de respecter toutes les étapes, mais de pouvoir les adapter en fonction du contexte et des objectifs à atteindre.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisé une ÉE de l'intervention en suivant les quatre conditions de Wholey décrites ci-dessus. Les résultats de cette ÉE sont présentés au chapitre 5 portant sur les résultats de la recherche évaluative. En attendant d'y parvenir, on peut retenir que la contribution majeure d'une ÉE est de permettre une clarification de la théorie du programme et l'élaboration de son modèle logique. Elle peut également fournir des pistes pour l'évaluation des effets et/ou des processus de mise en œuvre d'une intervention.

Tableau 1: Étapes d'une étude d'évaluabilité selon quelques auteurs

	Strosberg et Wholey (1983)	Wholey (1987, 2010)	Rog (1985)	Smith (1989)	Thurston et Potvin (2003)	Dunn (2008)	Dunet et al. (2013)
1	Déterminer les ressources, activités, objectifs et présuppositions du programme	Impliquer les éventuels utilisateurs et les parties prenantes	Analyser le programme	Déterminer le but, recueillir l'engagement, mettre en place le groupe de travail	Sélectionner l'évaluateur en charge de conduire l'étude d'évaluabilité	Vérifier le modèle causal	Sélectionner le domaine de pratique
2	Recueillir l'agrément des parties prenantes sur la description du programme	Clarifier la formulation du programme	Analyser l'implantation du programme	Définir les frontières du programme à évaluer	Identifier les parties prenantes du programme	S'accorder sur le but de l'évaluation d'impact	Identifier les programmes
3	Déterminer les types de données à collecter	Explorer la réalité de l'implantation du programme	Analyser le système de mesure et d'information	Identifier et analyser les documents du programme	Identifier et analyser la documentation	Évaluer la faisabilité d'un modèle alternatif	Rassembler les informations et évaluer l'intérêt de l'étude de l'évaluabilité
4	Vérifier la réalité de l'implantation du programme	Analyser la plausibilité du programme*	Effectuer une analyse de la plausibilité des objectifs du programme	Développer la théorie du programme	Développer le modèle logique du programme et le plan d'évaluation	Identifier une équipe d'évaluation locale	Sélectionner le(s) programmes à évaluer
5	Déterminer si les ressources et activités mobilisées permettent d'atteindre les objectifs	S'entendre sur d'éventuels changements à apporter au programme ou à son implantation*	Préparer des modèles variés du programme	Identifier les parties prenantes et avoir des entrevues avec eux	S'accorder sur le principe de conduire une évaluation		Préparer les équipes pour les visites de terrain
6	Déterminer si le programme possède un système de gestion de l'information	S'entendre sur les options d'évaluation et les intentions d'utilisation des résultats	Déterminer l'utilisation des résultats de l'évaluation	Décrire la perception qu'ont les parties prenantes du programme	Évaluer le temps et les ressources requis pour l'évaluation		Conduire les visites de terrain
7	Déterminer la portion du programme prête à être évaluée en fonction des objectifs identifiés			Identifier les besoins, intérêts et différences de perceptions des parties prenantes			Préparer les documents de l'étude de l'évaluabilité
8	Identifier les options d'évaluation et de gestion pour les gestionnaires du programme			Déterminer la plausibilité du modèle du programme			Déterminer la possibilité d'une évaluation rigoureuse
9				Tirer les conclusions et faire des recommandations			
10				Etablir un plan d'utilisation des données de l'étude d'évaluabilité			

Adapté de Trevisan et Walser (2014) ; Soura, Dagenais, Bastien, Fallu et Janosz (2016). *Étapes ajoutées dans Wholey (2010).

Évaluation de l'implantation par la théorie de l'acteur-réseau

Selon Durlak et DuPre (2008, p. 329), l'implantation d'un programme fait référence à ce qui est concrètement mis en place dans le milieu concerné. Cela implique que le contexte a revêtu une importance dans la mise en œuvre d'un programme. La nécessité d'inclure le contexte d'implantation dans les activités d'évaluation est par également appuyée par l'existence de théories écologiques et psychosociales qui mettent en évidence le rôle de l'environnement social dans la production des comportements (Barker, 1968; Bronfenbrenner, 1977). Pour certains auteurs, l'échec constaté de plusieurs programmes peut être attribué à un échec des processus d'implantation de ceux-ci (Chen, 1990; Domitrovich et Greenberg, 2009).

Plusieurs approches d'évaluation de l'intégrité de l'implantation de programme ont été proposées. L'une des plus connues est celle de Dane et Schneider (1998) qui distingue cinq dimensions de la fidélité d'implantation, à savoir, 1) l'adhésion, 2) l'exposition, 3) la qualité de mise en œuvre, 4) la réponse des participants et 5) le dosage. Une autre approche d'évaluation de l'implantation est celle décrite par Chen (1990). Elle comprend sept dimensions regroupées comme suit : 1) les participants, 2) l'animateur, 3) le mode de mise en œuvre, 4) l'organisme qui implante l'intervention, 5) les relations inter organisationnelles, 6) le micro contexte et 7) le macro contexte.

Que ce soit l'approche de Dane et Schneider ou celle de Chen, cette manière d'évaluer les processus d'implantation des programmes tend à concevoir l'évaluation dans un cadre normatif influencé par une perspective positiviste de production des connaissances et où les programmes sont conçus comme des objets bien définis et détaillés qui s'implantent dans des environnements toujours favorables (Bégin, Joubert et Turgeon, 1999; Fleury et Denis, 2000). La théorie de l'acteur-réseau (TAR) apparaît comme un cadre d'analyse permettant de dépasser cette manière d'analyser les processus de mise en œuvre d'une intervention. Développée par Callon (1986, 2006) et Latour (2005a, 2007) la TAR s'intéresse particulièrement au « social », c'est-à-dire, aux interactions qui se développent entre les acteurs impliqués dans l'introduction d'une innovation (technologique) dans une organisation et la manière dont ceux-ci se mobilisent pour en assurer le succès.

La TAR a été développée autour des années 1980 par les deux sociologues cités plus haut à l'École des Mines de Paris, pour étudier les innovations technologiques dans les organisations. Mais les derniers travaux montrent que cette approche d'analyse peut également être utilisée pour les innovations sociales (Fenwick et Edwards, 2010; Rimpiläinen, 2013). Également dénommée sociologie de la traduction, la TAR met l'accent sur les quatre moments fondamentaux de l'implantation des innovations dans les organisations (Callon, 1986). Il s'agit de la *problématisation* (la prise de conscience par les acteurs de l'existence d'un problème donné auquel il faut apporter une solution), l'*intéressement* (l'attribution de rôle aux différents acteurs), l'*enrôlement* (l'acceptation par les acteurs des rôles qui leur sont attribués) et la *mobilisation des alliés* (l'implication effective des acteurs dans les activités d'implantation). Selon Callon (1986), le processus de traduction s'opère par des négociations entre acteurs afin de gérer les *controverses* qui naissent de l'opportunité et/ou la manière d'implanter l'innovation. Une autre particularité de la TAR concerne la prise en compte des acteurs non-humains dans l'analyse du processus d'implantation. En effet, pour les tenants de la TAR, ignorer la présence des objets, des choses dans le déploiement des innovations, c'est ne pas considérer le rôle crucial que jouent ces derniers dans la constitution et le maintien des réseaux. Avec la TAR, les acteurs humains et non-humains sont placés dans une relation symétrique d'égale valeur. En mobilisant ce cadre d'analyse dans l'évaluation des processus de mise en œuvre de cette intervention, il s'agit pour nous « de suivre » les différents acteurs afin de rendre compte de la façon dont ces derniers sont mobilisés pour atteindre les objectifs qui ont été fixés.

Méthodes mixtes d'évaluation

Le recours aux méthodes mixtes (MM) a gagné en importance ces dernières années. L'essor de ces MM aujourd'hui contraste avec l'apparence d'incompatibilité des deux paradigmes à l'origine de ces méthodes, il y a seulement quelques années (Biesta, 2010). D'un côté le paradigme positiviste estime qu'il existe une seule « vérité » qui serait indépendante de la perception humaine qu'il appartient au chercheur de trouver (Lincoln et Guba, 1985). Pour les positivistes, les phénomènes ne devraient être décrits, compris et expliqués que de façon objective. L'intérêt est porté particulièrement à la « quantification » à travers les méthodes quantitatives (QUAN) comme les essais randomisés, les études quasi-expérimentales ou les études observationnelles. De l'autre côté, on trouve le paradigme dit constructiviste souvent

considéré comme opposé au positivisme. Les constructivistes estiment que la réalité n'existe que par la conception que les individus ont de leur environnement. Ici, on valorise la subjectivité du participant et du chercheur engagés dans un processus de construction de la réalité. Pour ce paradigme, il existe de multiples « vérités » socialement construites (Lincoln et Guba, 1985) saisies par les méthodes qualitatives (QUAL) comme les études de cas, les études ethnographiques, les études phénoménologiques et la théorisation ancrée.

Il appert que chacune de ces deux méthodes de recherche utilisent des stratégies de production de connaissances différentes et visent à répondre à des questions de recherche tout autant différentes. En somme, chacune possède ses forces et ses faiblesses. C'est en prenant en compte cette réalité et en cherchant à dépasser la conception dualiste de la recherche scientifique (QUAN/QUAL) que les MM vont voir le jour autour des années 1980 (Creswell et Plano Clark, 2011; Harwell, 2011). Selon Östlund, Kidd, Wengström et Rowa-Dewar (2011, p. 370):

« Les méthodes mixtes peuvent être considérées comme une approche qui se fonde sur les points forts et les points de vue de chaque méthode, en reconnaissant l'existence et l'importance du monde physique et naturel, ainsi que l'importance de la réalité et de l'influence de l'expérience humaine ».

L'avantage des MM réside, entre autres, dans l'opportunité de compenser les faiblesses, d'éliminer les biais et d'exploiter les forces de chacune des méthodes prises isolement (Greene, 2007). Cependant, l'intégration des données colligées peut parfois représenter un défi difficile à surmonter pour le chercheur. Celle-ci peut survenir essentiellement à quatre niveaux, à savoir : 1) la phase de conception de l'étude ; 2) la phase de collecte des données ; 3) la phase d'analyse des données ou 4) la phase d'interprétation des résultats (Creswell et Plano Clark, 2011). Il existe plusieurs stratégies pour conduire une recherche avec les MM. Elles sont catégorisées de différentes manières selon les auteurs. Mais on distingue généralement les devis séquentiels, les devis intégratifs et les devis convergents ou parallèles (Castro, Kellison, Boyd et Kopak, 2010).

Les devis séquentiels concernent les études qui se déroulent en deux phases. Il peut s'agir d'une phase de collecte et d'analyse de données QUAN suivies d'une autre phase de collecte de données QUAL afin d'expliquer les résultats obtenus avec les données QUAN (devis séquentiel explicatif). Ou bien, on collecte et analyse les données QUAL dans une première phase avant de collecter et d'analyser les données QUAN en vue de généraliser les résultats de l'étude QUAL. Les devis intégratifs sont ceux dans lesquels les données QUAN et QUAL sont intégrées

durant la phase d'analyse après que chacune des données aient été transformées de façon qualitative ou quantitative afin de mieux les fusionner. Dans les devis convergents ou parallèles, il s'agit de collecter les données QUAN et QUAL de façon indépendante dans une première phase. Puis de fusionner les résultats de chacune des méthodes afin de trouver des relations entre les deux méthodes ou des points de convergences, de divergences ou de contradictions (Creswell et Plano Clark, 2011).

Conclusion

Le cadre conceptuel de cette recherche évaluative comprend différentes approches et stratégies d'évaluation permettant de mobiliser des données quantitatives et/ou qualitatives en fonction du type d'évaluation à mener et des objectifs à atteindre. Ces approches et stratégies adoptées permettent d'abord la conduite d'une ÉÉ permettant de déterminer si le programme est évaluable et d'identifier des indicateurs pour la mesure des effets et des processus. Ensuite, une évaluation des processus est menée avec comme cadre d'analyse la TAR. Cette analyse s'appuie sur les quatre moments du processus de traduction et la gestion des controverses permettant la bonne mise en œuvre du programme. Enfin, une évaluation à la fois quantitative et qualitative a été entreprise pour déterminer si le programme permet d'atteindre les objectifs fixés, de déterminer l'acceptabilité du programme et d'identifier les facteurs défavorables et favorables à la mise en œuvre.

Pour mettre en place les activités d'évaluation, un cadre méthodologique permettant la collecte de données qualitatives et quantitatives a été adopté. La partie qui suit porte sur les différents éléments de ce cadre méthodologique.

Chapitre IV : Cadre méthodologique

« La vraie moralité consiste, non à suivre les sentiers battus, mais à découvrir ce qui est pour nous-même la vraie voie et à la suivre avec intrépidité. Tout véritable progrès est impossible sans une telle poursuite acharnée de la vérité ». Gandhi

Approche d'évaluation

L'approche d'évaluation est de type participatif et collaboratif où les initiateurs de l'intervention sont impliqués dans tout le processus depuis la définition des objectifs d'évaluation jusqu'à la collecte des données. Dès le début du processus d'évaluation, des rencontres ont été organisées entre ces derniers et l'équipe d'évaluation afin de trouver un consensus sur les objectifs de l'évaluation et les moyens à y consacrer. Ils ont également été associés au choix du devis d'évaluation pour regrouper les évidences sur l'efficacité du programme et pour décrire les processus de sa mise en œuvre. Par ailleurs, toutes les phases de collecte des données, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives, se sont déroulées avec la participation des membres du milieu de pratique.

En adoptant cette approche d'évaluation, l'objectif était de favoriser une bonne collaboration entre le milieu universitaire et le milieu de pratique. Il s'agissait également de faciliter l'appropriation du processus par les initiateurs et ainsi accroître les chances d'utilisation des résultats par les commanditaires de l'évaluation. Ce chapitre vise à donner un bref aperçu de la méthode utilisée pour répondre aux objectifs d'évaluation. Il sera volontairement court étant donné que des éléments plus détaillés seront fournis lors de la présentation des différents articles dans le chapitre consacré aux résultats. Il s'agissait d'assurer la cohérence interne des articles et de favoriser leur compréhension indépendamment de l'ensemble de la thèse.

Données qualitatives

L'utilisation des données qualitatives vise à atteindre deux objectifs. Le premier est de conduire une étude préliminaire permettant de décrire le programme et d'élaborer son modèle logique. Cet objectif s'était avéré nécessaire en raison du fait que, comme mentionné précédemment, le programme IR était très peu documenté dans son approche de prévention de la consommation de SPA chez les élèves. Par conséquent, il était apparu difficile d'effectuer l'évaluation sans clarifier les intentions des initiateurs et d'avoir un modèle logique du programme. Les données collectées ont principalement servi à alimenter l'article 1. Le second objectif consistait à documenter les processus d'implantation du programme. Celui-ci devrait permettre dans un premier temps de conduire une évaluation des processus qui s'appuie sur le cadre d'analyse de la théorie de l'acteur-réseau. Cette analyse est présentée dans l'article 2. Une autre analyse des processus a été conduite dans un second temps pour prendre en compte les

dimensions de la mise en œuvre du programme qui n'ont pu être abordées dans l'article 2. Ces dimensions concernent l'acceptabilité du programme dans les écoles et l'identification des facteurs entravant et favorisant son implantation. Ces données ont été utilisées dans le cadre du volet qualitatif de l'article 3.

Types de données qualitatives colligées

Le volet qualitatif adopte une approche ethnographique (Côté et Gratton, 2014; Creswell, 2007) s'intéressant particulièrement aux relations complexes qui apparaissent dans un contexte d'implantation d'un programme en milieu scolaire. Étant donné que l'objectif était d'effectuer d'une part, une étude d'évaluabilité et d'autre part une évaluation des processus de mise en œuvre, l'unité d'analyse concerne le programme IR.

Deux groupes de données ont été colligés ici. Un premier groupe concerne les données de l'étude d'évaluabilité et un second groupe porte sur les données de l'évaluation des processus. Mais ces groupes de données ne doivent pas se voir comme s'excluant mutuellement car dans la réalité les données colligées pour l'étude d'évaluabilité venaient éclairer celles colligées pour l'évaluation des processus. Ces données sont présentées ici de façon séparée seulement pour plus de clarté dans le développement de ce chapitre.

Dans le cas de l'étude d'évaluabilité, les données ont été colligées en recourant aux entrevues semi-structurées, au journal de bord de l'intervenant-pivot, aux documents de présentation du programme et aux prises de notes pendant les réunions. Les entrevues semi-structurées ont eu lieu avec 13 informateurs-clés occupant divers postes dans les écoles participant à l'évaluation. Ces personnes ont été rencontrées dans les écoles où un espace a été aménagé. La durée des entrevues étaient comprises entre 45 minutes et une heure. Quant au journal de bord, il s'agit d'un journal tenu par l'IP qui a permis de consigner les activités organisées dans le cadre de ce programme, de répertorier les personnes rencontrées (élèves, enseignants, directeurs d'écoles, etc.), les sujets abordés et de faire un bilan succinct des actions entreprises. La tenue d'un journal de bord est une tâche contraignante mais qui peut s'avérer utile lorsque l'on entreprend un travail réflexif sur ses actions. La revue documentaire concerne les premiers documents de présentation du programme ainsi que d'autres écrits portant sur divers types d'activités ou de projets menés au sein de la commission scolaire dans le domaine de la

prévention de l'usage de SPA chez les élèves. Enfin, les notes analysées concernent celles qui ont été prises lors des rencontres avec les divers acteurs.

En ce qui concerne le deuxième groupe de données qualitatives, il concerne les données colligées dans le cadre de l'évaluation des processus de mise en œuvre du programme. Ici, en plus des entrevues semi-structurées, du journal de bord et des documents analysés, des groupes de discussion ont également été organisés avec deux groupes d'élèves du secondaire. Les entrevues semi-structurées nous ont permis de collecter des informations structurées autour de la thématique des quatre moments du processus de traduction de la théorie de l'acteur-réseau, à savoir 1) la problématisation, 2) l'intéressement, 3) l'enrôlement et 4) la mobilisation des alliés. Avec les entrevues et les groupes de discussion, des données ont également été colligées sur l'acceptabilité du programme et sur les facteurs entravant et favorisant sa mise en œuvre. Ces données ont été colligées auprès d'une trentaine de personnes dont 19 membres des écoles et des milieux communautaires et une dizaine d'élèves. Un guide d'entrevue et un protocole de groupe de discussion ont été élaborés pour la collecte de ces données. Pour la plupart, les entrevues se sont déroulées en face à face. D'autres entrevues ont eu lieu au téléphone quand il n'était pas possible d'organiser une rencontre physique avec la personne concernée ou pour approfondir des points qui avaient été abordés en face à face.

Stratégies d'analyse des données qualitatives

Les données colligées ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Hall, Jones et Iverson, 2009; Jenner et Titscher, 2000; Miles et Huberman, 1994). Plusieurs stratégies d'analyse ont été adoptées en fonction des objectifs poursuivis et de l'existence ou non d'un cadre conceptuel. Pour l'essentiel, retenons que les entrevues et groupes de discussion enregistrés ont été retranscrits. Une première étape a consisté à lire à plusieurs reprises les données textuelles obtenues des retranscriptions. Cet exercice a eu pour effet de nous familiariser avec le matériel. Cette étape a été suivie de celle de la codification qui a permis de dégager des thèmes de façon déductive en nous appuyant sur le cadre conceptuel lorsque celui-ci était disponible. La codification s'est également effectuée de façon inductive sans égard à un cadre conceptuel afin de faire ressortir de nouveaux thèmes abordés par les participants.

Après la phase de codification, des catégories thématiques ont été créés. Elle consiste à regrouper tous les propos des participants dans un thème donné à partir des thèmes abordés dans

les entrevues. Avec la catégorisation, on est à la recherche de l'incident, ce que Becker et Geer (1960, p. 269) définissent comme « l'expression verbale complète d'une attitude, ou des actes complets, individuels ou collectifs ». Ces incidents sont codés mais les codes appliqués sont restés ouverts de sorte à pouvoir les modifier ou les abandonner au fur et à mesure que le matériel est analysé par une démarche inductive (Deslauriers, 1997). Des catégories issues de la codification des données, nous avons formulé des propositions en fonction des perspectives interprétatives qui nous étaient offertes par les objectifs de l'étude d'évaluabilité et d'évaluation des processus de mise en œuvre. La catégorisation est suivie par la phase de mise en relation qui consiste à lier les différentes parties du matériel dans une même catégorie. Cela peut concerner des parties du même texte ou celles du texte d'un autre participant. Une fois cela fait, la phase d'intégration qui suit vise à ramener les catégories constituées dans une seule composante qui permet de fournir une description qui reflète le code de départ. L'ensemble du corpus a été analysé par QDA Miner, un logiciel d'analyse des données qualitatives.

Données quantitatives

L'objectif général ici est de collecter des données quantitatives permettant de mesurer les effets de l'IR sur la population cible. Plus spécifiquement, il s'agissait de savoir si la prévalence de l'usage de SPA sera plus faible dans le groupe d'intervention que dans le groupe de comparaison; de déterminer si le taux d'initiation à l'usage des SPA sera plus faible dans le groupe d'intervention que dans le groupe de comparaison et enfin de déterminer si la consommation problématique de SPA sera plus faible chez les élèves ayant participé au programme que dans le groupe de comparaison. Ces données ont permis de répondre aux questions du volet quantitatif de l'article 3.

Devis d'évaluation

Dans le but d'attribuer les changements observés à la seule mise en œuvre d'un programme, on privilégie les devis randomisés qui permettent de comparer des sujets repartis aléatoirement dans deux groupes dont l'un bénéficie du programme (groupe expérimental ou groupe d'intervention) et l'autre non (groupe contrôle). Ce type de devis dit expérimental a pour avantage de minimiser les biais qui pourraient empêcher de conclure avec certitude que les changements observés sont attribuables au programme (Haccoun et McDuff, 2009). Cependant, pour des raisons pratiques, il n'était pas possible pour l'équipe d'évaluation de procéder à une

répartition aléatoire des élèves dans les deux groupes (expérimental et contrôle). En effet, au moment d'entreprendre l'évaluation, le groupe expérimental avait déjà été identifié par la commission scolaire et l'IP chargé de la mise en œuvre du programme avait déjà été positionné dans les écoles de ce groupe.

Le groupe expérimental comprend les élèves de 5^e année et 6^e année de cinq écoles primaires suivis jusqu'en 3^e secondaire. Les élèves du secondaire proviennent d'une école située dans la même zone géographique que les écoles du primaire. Toutes les écoles sont issues de la même commission scolaire. Dans le cadre de ce programme et de cette évaluation, ce groupe d'écoles (plusieurs au primaire et une au secondaire) est appelé un réseau. Deux autres réseaux issus de deux commissions scolaires et comprenant respectivement 5 et 6 écoles ont servi de groupes de comparaison.

Participants et instruments de mesure

Les données ont été colligées par le biais de deux types de questionnaires, l'un complété par les élèves et l'autre par les enseignants. Le tableau 2 présente les deux types de questionnaire avec les sources des données, le nombre d'items et les participants. Le questionnaire aux élèves se déclinait en deux versions dont l'une pour les élèves du primaire (5^e et 6^e année) et l'autre version lorsque ces derniers étaient au secondaire. Cette distinction permettait de prendre en compte la différence entre ces deux groupes en ce qui concerne l'âge et le niveau de compréhension et de connaissances des questions liées aux SPA. La version administrée au secondaire était plus longue que celle du primaire. Les deux versions ont été administrées pendant trois années de 2010 à 2013. Une année supplémentaire de collecte a été réalisée pour recueillir les données chez les élèves en 3^e secondaire. Ce niveau scolaire correspond à un âge où la consommation de SPA devient plus importante chez les élèves au Québec (Gagnon, 2009; Traoré et al., 2014) permettant ainsi d'accroître les chances de déceler des différences entre les groupes d'intervention et de comparaison.

Tableau 2: Outils utilisés pour l'évaluation des effets du programme

	Domaines	Sources	Nombre d'items	Auteurs	Participants
Questionnaire psychosocial	Consommation de SPA (tabac, alcool, cannabis)	MASPAQ	15 (Pr)	LeBlanc (1996)	Élèves
	Polyconsommation	ESPAD	20 (Se)	Hibell et al. (2009)	
	Intoxication				
	Accessibilité perçue aux SPA				
	Risques perçus de consommation de SPA				
	Consommation excessive d'alcool				
	Engagement scolaire	MASPAQ	21	LeBlanc (1996)	Élèves
	Rendement scolaire				
	Comportements déviants				
	Isolement social à l'école				
Consommation des amis					
Déviante des amis					
Communication parent-enfant	MASPAQ	31	LeBlanc (1996)	Élèves	
Supervision parent-enfant					
Conflits parent-enfant					
Relations élèves-enseignants					
Détection de l'alcoolisme	Questionnaire Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener (CAGE)	4 (Se)	Ewing (1984, 1988)	Élèves	
Détresse psychologique	Questionnaire sur la santé générale (Global Health Questionnaire)	5	Goldberg et Hillier (1979); Montazeri et al. (2003) Ye (2009) Darke (2010)		
	Prestige occupationnel des parents	Index des professions au Canada	2	(Blishen, Carroll et Moore, 1987)	Élèves
Questionnaire sur le comportement des élèves en classe	Inattention Prosocialité Agressivité	Questionnaire d'Évaluation du Comportement Social (QECS)	20	Tremblay, Vitaro et Gagnon (1992)	Enseignant

(Pr) : Pour les élèves du primaire; (Se) : Pour les élèves du secondaire

Le questionnaire sur le comportement des élèves a été complété par les enseignants. Il a été constitué à partir de trois sous échelles (inattention, prosocialité et agressivité) du questionnaire d'évaluation du comportement social (QECS) des élèves (Tremblay, Vitaro et Gagnon, 1992). La version utilisée dans le cadre de cette recherche évaluative comprend 20 items, soit 13 items pour l'agressivité, 5 items pour la prosocialité et 2 items pour l'inattention. Ce questionnaire a été complété par les enseignants pendant deux années, soit en 2010 (avant le

programme) et en 2013 lors de la 3^e année de la mise en œuvre du programme. Les enseignants ont rempli ce questionnaire pour tous les élèves dont les parents ont donné le consentement pour la participation à l'évaluation et qui ont complété le questionnaire aux élèves.

Le questionnaire aux élèves a été administré en classe et supervisé par une personne adulte ayant reçu une formation à cet effet. Seuls les élèves dont les parents avaient donné leur consentement ont participé à l'étude. Les participants ont été informés de l'importance de l'étude, du caractère volontaire de leur participation et de la possibilité de se retirer à tout moment s'ils le souhaitaient. Un code a été attribué à tous les participants pour assurer la confidentialité des données.

Stratégies d'analyse des données quantitatives

Pour le volet quantitatif, des analyses de variances (ANOVA) et des tests de Chi 2 (χ^2) ont d'abord été effectués afin d'analyser l'incidence de l'attrition sur les données. Après cela, un tableau de présentation des corrélations entre les variables a été généré. Ensuite, les deux groupes (intervention et de comparaison) ont été comparés pour les données de base à l'an 1. Cette comparaison a été faite par le biais du test *t* de *Student* pour échantillons indépendants pour les variables catégorielles et du Chi 2 pour celles qui étaient continues. Ces premières analyses ont été réalisées avec le logiciel de traitement des données quantitatives SPSS.

Finalement, pour tester les effets du programme sur les participants, des analyses de régression logistiques ont été effectuées après avoir dichotomisé les variables dépendantes compte tenu du fait que celles-ci n'étaient pas distribuées normalement. Des analyses de survie ont également été effectuées pour estimer le taux d'initiation à la consommation d'alcool et de cannabis, les deux variables sur lesquelles des différences significatives avaient été observées entre le groupe d'intervention et le groupe de comparaison. Ces stratégies analytiques permettent de vérifier si la participation à l'intervention parvient à réduire la prévalence de la consommation de SPA, à retarder l'âge d'initiation à la consommation de SPA, à réduire le niveau d'usage de SPA, à réduire la consommation problématique d'alcool et la polyconsommation d'alcool et de cannabis. Avec ces stratégies, on est en mesure de contrôler l'effet de certaines variables potentiellement confondantes ou des variables sociodémographiques. Ces dernières analyses ont été effectuées avec le logiciel MPlus (Muthén et Muthén, 2007) qui a pour avantage d'estimer les modèles en utilisant l'option du maximum de vraisemblance (*Full Information Maximum*

Likelihood) permettant de prendre en compte les données manquantes et les variables qui y sont liées (Tucker, Ellickson, Orlando, Martino et Klein, 2005). Le logiciel MPlus tient également compte de la nature continue ou catégorielle des variables dans l'estimation des modèles.

Combinaison et intégration des données colligées

Compte tenu des objectifs de la recherche évaluative énoncés au chapitre 1, la présente recherche évaluative utilise un devis faisant intervenir à la fois des données qualitatives et quantitatives. Comme indiqué plus haut, le recours aux données qualitatives était adapté pour répondre aux questions de l'étude d'évaluabilité et de l'évaluation des processus alors que les données quantitatives étaient nécessaires pour l'évaluation des effets du programme.

Les deux types de données (quantitatives et qualitatives) ont été colligés de façon parallèle. Toutefois, dans le souci de renforcer la validité des résultats de la recherche évaluative (Patton, 1990), ces données ont été combinées (Jick, 1979) lors de la phase d'interprétation des résultats permettant d'enrichir la description des effets de l'intervention. Dans ce type de devis, des informations de nature qualitative et quantitative sont combinées afin d'atteindre des objectifs de recherche que ne saurait permettre une seule de ces méthodes (Creswell et Plano Clark, 2011; Harrison III, 2013). La manière de combiner les données sera présentée dans l'article 3.

Par ailleurs, la triangulation concerne également les instruments utilisés et les sources de données. En effet, le recours aux entrevues, aux groupes de discussion, à l'analyse documentaire, aux différents types de questionnaires colligés auprès de différents participants (élèves, enseignants, personnels non-enseignants, directions d'écoles, membres d'organismes communautaires) permet d'avoir une connaissance exhaustive et enrichie (Jick, 1979; Nakkash et al., 2003) de l'intervention à évaluer.

Considérations éthiques liées à la recherche et à la diffusion des résultats

Cette recherche évaluative a bénéficié de l'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche de la Faculté des Arts et des Sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal après la soumission d'un protocole de recherche. C'est une procédure qui permet à une instance universitaire ou institutionnelle dûment mandatée d'octroyer un certificat de conformité à l'éthique concernant la conduite d'une recherche impliquant des sujets humains (Durand, 2005;

Varescon, 2007). Ce certificat a été octroyé avant la collecte des données et conformément aux règlements, celui-ci a été réévalué pour chacune des années de collecte des données (annexe 8).

Étant donné le statut de minorité de tous les élèves participant à ce programme, le consentement éclairé de leurs parents a été obtenu avant toute participation à la présente recherche évaluative avec droit de retrait à tout moment si les parents ou les enfants eux-mêmes en exprimaient le désir. En plus du consentement des parents, l'assentiment de chaque enfant concerné a été obtenu avant la collecte des données le concernant. Les mêmes conditions de consentement ont été observées pour les personnes adultes (enseignants, animateurs, etc.) qui ont été sollicitées pour des entrevues ou des groupes de discussion. Par ailleurs, des codes ont été attribués aux participants afin de préserver la confidentialité des données recueillies. De plus, toutes les personnes impliquées dans la collecte des données jusqu'à leur traitement ont été sensibilisées à l'importance de la confidentialité des données recueillies. Celles-ci seront stockées pendant 7 ans dans des boîtes scellées qui seront ensuite entreposées dans un bureau sécurisé d'un local de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données brutes.

Par ailleurs, les publications découlant de cette recherche évaluative ne présenteront que des données agrégées de l'ensemble des participants. Les extraits de discours présentés dans le cadre de l'analyse des données qualitatives ne porteront pas les noms de leurs auteurs. La diffusion des résultats se fera sous diverses formes présentées plus en détail au chapitre 6 portant sur les stratégies de transfert des connaissances issues de la recherche évaluative. Il s'agit notamment, d'un rapport d'évaluation, d'articles scientifiques et de vulgarisation, de présentations dans des conférences, congrès, séminaires ou ateliers, de bilans de résultats pour les écoles et de communiqués de presses. Enfin, un financement sous forme de bourse d'études a été obtenu de la part de la commission scolaire initiatrice du programme à évaluer. À aucun moment l'équipe d'évaluation ne s'est placée en situation de conflit d'intérêts dans le cadre de cette activité.

Brève présentation des articles de la thèse

Cette thèse a été rédigée sous forme d'articles et en contient trois, tous préparés à partir des données colligées dans le cadre de l'évaluation de l'IR. L'article 1 qui a pour titre « *Étude d'évaluabilité d'une intervention visant à prévenir l'usage de substances psychoactives lors de la transition primaire-secondaire* » est celui qui a guidé la conception et la conduite des deux autres. En effet, cet article qui a été soumis à *La Revue Canadienne d'Évaluation de Programme* présente les apports de l'étude d'évaluabilité dans la compréhension de la théorie de l'intervention à évaluer, dans l'élaboration du modèle logique et dans la planification des opérations d'une évaluation formelle (identification des questions et type d'évaluation, données à collecter, etc.). Inspirée par l'approche de Wholey (1987, 1994), cette étude descriptive exploratoire nous a donné des pistes permettant de conduire la présente recherche évaluative. L'article 2 est intitulé « *Évaluation des processus de mise en œuvre d'une intervention pour prévenir l'usage de substances psychoactives par la théorie de l'acteur-réseau* ». Il vise à analyser la mise en œuvre de l'intervention à travers les quatre moments du processus de traduction de la TAR: la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation des alliés. Cette analyse permet également de mettre en évidence un concept cher à la TAR qui est celui des controverses. En effet, c'est la naissance des controverses et les tentatives des membres de les résoudre qui permet de voir la dynamique sociale qui entoure l'implantation d'une innovation dans l'organisation. La version en anglais de cet article sera soumise à la revue *Implementation Science*. Quant au dernier article, il utilise à la fois des données quantitatives et qualitatives pour évaluer les effets de l'intervention et les facteurs entravant et facilitant sa mise en œuvre. Cet article a pour titre « *Évaluation d'une approche de prévention de l'usage de substances psychoactives en milieu scolaire au Québec: Une étude par la méthode mixte* ». Une version en anglais de l'article est en préparation pour être soumise à une revue portant sur les méthodes mixtes.

Conclusion

En résumé, ce chapitre présente le cadre méthodologique mis en place en vue de répondre aux objectifs de cette recherche évaluative. L'approche adoptée permet d'utiliser des données qualitatives et quantitatives colligées de façon longitudinale entre 2010 et 2014 à travers divers instruments et auprès de plusieurs sources pour comprendre le processus de mise en œuvre du

programme et mesurer les effets de celui-ci sur les participants. L'utilisation d'un devis d'évaluation ayant recours aux données qualitatives et quantitatives permet de tirer avantage des atouts de l'une ou l'autre de ces deux méthodes de collecte des données, ce qui permet d'enrichir la compréhension du phénomène en jeu. Finalement, pour réaliser cette recherche évaluative, des dispositions ont été prises en vue de respecter les principes éthiques propres à la conduite d'une recherche avec les sujets humains. Les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données sont présentés dans le cadre de trois articles au chapitre suivant.

Chapitre V : Résultats

« Tout voyageur poursuit un fantôme qui, perpétuellement, lui échappe; il espère sans cesse découvrir un nouveau mode de vie qui soit en quelque sorte fondamentalement différente de ceux qui lui sont familiers. [...] Dans les endroits que tout le monde connaît, sur les sentiers battus, il ne trouve jamais ce qu'il cherche ». Aldous Huxley

Article 1. Étude d'évaluabilité d'une intervention visant à prévenir l'usage de substances psychoactives lors de la transition primaire-secondaire

Biessé D. Soura¹, Robert Bastien² & Jean-Sébastien Fallu¹

¹École de psychoéducation, Université de Montréal

²Direction de santé publique de Montréal, Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Au moment du dépôt final de cette thèse, cet article était en révision à la Revue Canadienne d'Évaluation de Programme (RCÉP).

Contribution de l'étudiant :

Proposition de l'idée et du devis d'évaluation, réalisation de la revue de littérature, collecte et analyse des données et préparation du manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Orientation sur la conduite de l'étude et commentaire du manuscrit.

Résumé

Cet article rend compte de l'étude d'évaluabilité (ÉE) d'un programme qui vise à prévenir l'usage de cigarette, d'alcool et de cannabis chez les jeunes en transition du primaire vers le secondaire. Dénommée l'*Intervention en Réseau* (IR), ce programme a été mis en œuvre auprès d'élèves de 5^e et 6^e année issus de cinq écoles primaires d'une même commission scolaire au Québec. À l'aide de données qualitatives issues d'entretiens, de notes de réunion et du cahier de bord de l'intervenante-pivot, l'étude a permis de comprendre la théorie de l'intervention et d'élaborer le modèle logique nécessaire aux activités d'évaluation à venir. Elle a également permis d'identifier le type d'évaluation à entreprendre et les données nécessaires pour évaluer les processus d'implantation et les effets de ce programme. Des recommandations sont formulées en vue d'améliorer la mise en œuvre des activités.

Mots clés : Étude d'évaluabilité, évaluation, méthodes, prévention, alcool, cigarettes, drogues, adolescents, école.

Abstract

This article reports on an evaluability assessment (EA) of a program to prevent cigarette, alcohol and cannabis use among young people in transition from primary to secondary school. Termed *Network Intervention* (NI), this program is implemented among 5th and 6th grade students from five primary schools in Quebec. Drawing from qualitative data from interviews, meeting notes and the patient navigator's logbook, the study allowed us to understand the intervention theory as well as to develop the program's logic model, a tool necessary for the coming evaluation activities. It also allowed us to identify the type of evaluation to undertake and data needed for a process and impact evaluation. Recommendations to improve the program implementation were also formulated.

Key words: Evaluability assessment, evaluation, methods, prevention, alcohol, cigarette, drugs, adolescents, school.

Introduction

L'évaluation est devenue une composante importante du processus de planification des interventions et des programmes. On lui confère généralement deux fonctions, soit porter un jugement de valeur sur un programme et aider à la prise de décisions (Contandriopoulos et al., 2012). Si certains programmes sont relativement simples en raison de leurs caractéristiques (environnement favorable et stable, faible nombre d'acteurs avec peu d'interaction entre eux, mobilisation de faibles ressources, nombre limité d'activités et caractère prévisible des résultats), d'autres par contre nécessitent un degré d'abstraction élevée. Ces derniers sont qualifiés de programmes complexes comme le sont la plupart de ceux développés dans le domaine psychosocial et en santé (Contandriopoulos et al., 2012; Kania et al., 2013; Ogilvie et al., 2011; Rogers, 2008; Touati et Suárez-Herrera, 2012). L'évaluation de ce type de programmes exige la prise en compte de nombreux paramètres, tels que les différentes composantes, l'interdépendance des facteurs, les effets du contexte sur la mise en œuvre et le degré d'incertitude quant aux résultats (Callaghan, 2008; Campbell et al., 2000). Dans d'autres situations, la difficulté de conduire l'évaluation réside dans le fait que les programmes sont peu documentés par les initiateurs ou sont formulés dans des termes qui ne permettent pas de bien comprendre le but final poursuivi. Sans constituer la règle, ce type de programmes ne représente cependant pas l'exception (Weiss, 1998). Or, comprendre un programme est une étape préalable à son évaluation. Dans ces conditions, il appartient à l'évaluateur de rendre le programme plus explicite en ce qui concerne ses principaux éléments et ceci en collaboration avec les initiateurs.

Pour comprendre les objectifs d'un programme, son fonctionnement et les résultats attendus, il importe de connaître la théorie de ce programme et son modèle logique. Par la théorie d'un programme ou encore la théorie du changement, on entend l'ensemble des hypothèses mises de l'avant et des ressources mobilisées pour provoquer le changement désiré auprès de la population cible. Autrement dit, c'est l'explication des liens de causalité entre les intrants d'une intervention et les résultats attendus (Chen, 2012; Chen et Rossi, 1989; Donaldson, 2005; Weiss, 1998). Plus simplement, la théorie d'un programme explique comment celui-ci est censé fonctionner pour atteindre ses objectifs. Selon Weiss (1998), un programme est une théorie que l'évaluation vise à tester. La théorie d'un programme permet certes, de mieux comprendre le fonctionnement d'un programme, mais elle aide aussi à la planification et à l'amélioration de la

mise en œuvre et à la qualité de l'évaluation ultérieure (Sanou, Kouyate, Bibeau et Nguyen, 2011; Sharpe, 2011).

On peut rendre la théorie d'un programme explicite en développant le modèle logique de celui-ci. Selon Taylor-Powell et Henert (2008), le modèle logique est une représentation schématique simplifiée de ce qu'un programme veut réaliser. Il permet de décrire ce programme et de montrer comment celui-ci permettra d'atteindre les objectifs fixés (Habicht, Victora et Vaughan, 1999; McLaughlin et Jordan, 2010; Poon, Leung, Louie et Vergel de Dios, 2013). Pour Bickman (1987, p. 5), le modèle logique est « *(un) modèle plausible et identique de la façon dont l'intervention est censée fonctionner* ». De façon simplifiée, le modèle logique comprend les intrants (ressources), les activités, les extrants (activités réalisées), les objectifs à court, moyen et long terme (Wholey, 1987). On peut aussi y ajouter les hypothèses ou présupposés, les effets de contexte et les impacts (W.K. Kellogg Foundation, 2004).

Le modèle logique représente un élément clé d'un programme qui peut être réalisé dans le cadre d'une étude d'évaluabilité (ÉE). En effet, il peut être utile de réaliser une ÉE lorsque le programme à évaluer est complexe et peu documenté. Cette étude peut également être utile dans les cas où des facteurs importants propres au programme ou à sa mise en œuvre (par exemple la complexité du programme et des liens logiques qui permettent d'atteindre les objectifs fixés, le manque de collaboration entre les intervenants) peuvent nuire à la conduite d'une évaluation pouvant produire des résultats utiles aux parties prenantes (Dunet et al., 2013; Rutman, 1997). L'ÉE est une phase pré-évaluative qui permet la description en profondeur d'un programme et la sélection de questions d'évaluation prioritaires en accord avec toutes les entités concernées et si nécessaire la formulation de propositions en vue d'améliorer le programme (Horst et al., 1974).

L'objectif de cet article est de présenter le processus et les résultats d'une ÉE réalisée dans le cadre de l'évaluation de l'intervention en réseau (IR). Il s'agit plus spécifiquement de déterminer si le stade actuel de la mise en œuvre du programme permettrait de disposer d'informations pertinentes et suffisantes pour une évaluation ultérieure des effets et des processus du programme.

Le programme Intervention en réseau

L'IR est la principale composante d'un projet d'intervention destiné à prévenir l'usage de SPA en milieu scolaire. Elle repose sur le travail collaboratif d'un intervenant-pivot (IP) avec le personnel des écoles et des organismes communautaires du milieu en vue de réduire les facteurs de risque liés à la consommation de SPA chez les élèves. Selon le fonctionnement de cette intervention, l'IP est la personne centrale du dispositif, assurant l'interface entre les différents acteurs de l'école, de la santé et des milieux communautaires intéressés par les questions de prévention de la consommation de SPA chez les jeunes. Actuellement dans la phase pilote de la mise en œuvre de l'intervention, l'IP cible les élèves de 5^e et 6^e année de cinq écoles primaires d'une commission scolaire située dans la province du Québec.

L'IR part de l'idée qu'un programme précoce, implanté lors de la phase de transition du primaire au secondaire, serait de nature à bien préparer les jeunes à cette phase de transition qui représente un moment critique pour certains élèves (Felner et al., 1982; Howe et Richards, 2011). Il s'agit d'une intervention psychosociale de promotion de la santé et de prévention ciblée dont les ambitions sont d'influencer les facteurs communs à un ensemble de problématiques, dont celles ciblées par les différentes politiques actuelles en matière de prévention de l'usage de SPA.

Le but est de permettre l'établissement de contacts entre l'IP et ces élèves afin de faciliter le suivi de ces derniers au secondaire. Ces contacts donnent l'occasion à cet intervenant de déployer des activités de prévention et de promotion de la santé dont les visées sont de favoriser le plein épanouissement des élèves en plus de faciliter une transition optimale vers l'école secondaire. Le suivi des élèves s'effectue jusqu'en 3^e secondaire dans une école située dans la même zone géographique que les écoles primaires. Ainsi, lorsqu'ils arrivent à l'école secondaire, les élèves sont déjà familiers avec l'IP ayant déjà eu des contacts avec celui-ci au primaire. L'IP poursuit alors la mise en œuvre d'activités de prévention basées, cette fois-ci, sur les conséquences de l'usage de SPA, la résistance aux influences, les bonnes relations enseignants-élèves, la cybercriminalité et la violence et sur la manière de bien fonctionner au secondaire. Les activités de l'IR proviennent principalement de programmes comme *Système D* et *APTE*, deux programmes d'intervention déjà évalués et largement utilisés dans les écoles québécoises. Le premier est destiné aux élèves en fin de cycle du primaire et le second aux

élèves du secondaire. La particularité de l'IR réside dans le fait que toutes ces activités sont coordonnées et mises en place par l'IP qui, par la même occasion assure la jonction entre les deux paliers d'enseignement (primaire et secondaire). De façon spécifique, ce programme vise à 1) retarder l'âge d'initiation des jeunes à la consommation d'alcool, de cigarettes et de drogues; 2) à réduire le nombre de jeunes qui font un usage problématique de SPA et 3) à prévenir la consommation concomitante d'alcool et de cannabis.

Approche d'évaluation

L'ÉE est un processus par lequel l'on s'assure qu'une évaluation satisfaisante d'un programme est faisable et que celle-ci pourra produire des informations utiles pour les parties prenantes (Kaufman-Levy et Poulin, 2003; Ridde et Dagenais, 2009; Rossi et al., 2004; Strosberg et Wholey, 1983; Wholey, 1994). C'est une évaluation exploratoire qui permet de préparer les conditions pour une évaluation sommative formelle (Leviton et al., 2010). Le but ultime d'une telle évaluation est de maximiser les chances d'utilisation des résultats de l'évaluation (Lessard et Leclerc, 2013; Thurston, Graham et Hatfield, 2003; Thurston et Potvin, 2003).

Plusieurs auteurs ont proposé une démarche pour la conduite d'une ÉE (Rutman, 1980; Smith, 1989; Thurston et Potvin, 2003; Wholey, 1987). Cependant, on retrouve presque les mêmes éléments dans les démarches proposées, la différence se situant principalement au niveau du nombre d'étapes à suivre, de l'ordre d'apparition de ces éléments et de leur dénomination (Trevisan et Yi, 2003). Selon Smith (1989, 1990), l'important n'est pas de respecter toutes les étapes de ce processus mais de pouvoir l'adapter en fonction du contexte et des objectifs poursuivis.

L'approche adoptée dans le cadre de cette évaluation s'inspire des travaux de Wholey (D'Ostie-Racine, Dagenais et Ridde, 2013; Wholey, 1987, 1994, 2010; Wholey, Hatry et Newcomer, 1994), un des auteurs dont les travaux ont contribué à conceptualiser l'ÉE et à la faire connaître (Soura et al., Sous presse; Trevisan, 2007). Selon Wholey (1987, 1994), la conduite d'une ÉE doit pouvoir déterminer 1) si les intentions et le modèle logique du programme sont clairs et réalistes; 2) si le but et les objectifs du programme sont plausibles, c'est-à-dire si les ressources mobilisées et les activités menées sont susceptibles d'atteindre les objectifs fixés; 3) si les données qui permettront de juger de la valeur du programme seront

disponibles et 4) si les initiateurs de l'intervention et les commanditaires de l'évaluation sont disposés à utiliser les résultats qui découleront de l'évaluation et les modalités de cette utilisation. Ce sont ces quatre critères qui ont guidé la présente ÉÉ.

Méthode

Participants et instruments

Dans sa phase pilote, l'IR se déroule dans cinq écoles primaires rattachées à une école secondaire. Il s'agit d'une étude exploratoire qui a nécessité le recours à des données essentiellement qualitatives (Caudle, 1994; Deslauriers et Kérisit, 1997; Patton, 1990; Trevisan, 2007; Wholey, 2010). Les données ont été colligées en recourant à l'entretien individuel semi-structuré qui a semblé la technique la plus adaptée pour aborder avec plus de profondeur le phénomène à l'étude et pour comprendre le processus d'implantation du programme selon la perspective des principaux acteurs (Boutin, 2011; Poupart, 1997; Savoie-Zajc, 1997). La collecte s'est déroulée pendant un mois au cours de l'année scolaire 2011-2012, soit une année après le début de l'implantation du programme.

Étant donné que l'objectif de cette ÉÉ était de mieux connaître le programme, les participants ont été sélectionnés sur la base de leur connaissance du programme et de leur implication dans sa mise en œuvre. Le choix final a été fait avec la collaboration de l'IP chargé de la coordination des activités du programme. Les demandes d'entrevues ont été adressées à un total de 18 informateurs-clés. Parmi eux, 13 ont accepté de participer à cette ÉÉ, soit 11 femmes et 2 hommes. Il s'agit plus précisément du conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention de la commission scolaire, de l'IP, de deux directeurs d'école (un au primaire et un au secondaire), de six enseignants du primaire, de l'infirmière et de deux professionnels officiant au secondaire. Les participants avaient en moyenne plus de cinq ans d'expériences professionnelles et plus de deux années d'ancienneté dans leur établissement scolaire au moment des entrevues.

Pour collecter les données de cette ÉÉ, un guide d'entrevue a été préparé pour l'IP et le conseiller pédagogique (annexe 1) et un autre pour les autres participants (annexe 2). Les guides d'entrevues s'appuient sur les thèmes identifiés au tableau 3 pour chacune des quatre conditions énumérées par Wholey (1994, 2010). Le journal de bord de l'IP ainsi que les documents liés à l'intervention disponibles au moment d'entreprendre cette ÉÉ ont également été analysés. Il

s'agit d'un document présentant sommairement le programme, du premier rapport d'activités produit par l'équipe chargée de la mise en œuvre et des notes prises lors des réunions avec les initiateurs. Le recours à plusieurs sources d'informations ou de données visait à contribuer à trianguler des données dans le souci de renforcer la validité des résultats (Deslauriers et Kérisit, 1997; Yin, 2011).

Tableau 3: Sujets associés aux quatre critères de l'étude d'évaluabilité (guide d'entrevue)

<p>Intentions et modèle logique de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - les intentions et objectifs de l'intervention - les activités et ressources prévues et déployées - la population cible de l'intervention - les résultats attendus <p>Plausibilité des objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - les conditions d'implantation de l'intervention - les activités réalisées jusqu'à ce jour - l'adéquation des ressources avec les résultats attendus <p>Disponibilité des données</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identification d'une approche d'évaluation des effets et des processus - les types de données disponibles ou à recueillir - les activités de monitoring entreprises - la disponibilité de la documentation sur les activités <p>Utilité de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilité de l'évaluation pour les initiateurs - les modalités d'utilisation des résultats de l'évaluation
--

Procédures et analyse

Pour les entrevues, nous avons obtenu le consentement éclairé de chacun des participants avant la collecte des données. Étant donné que les questions portaient essentiellement sur la mise en œuvre de l'intervention, l'entrevue ne comportait aucun risque potentiel pour les participants et aucune question invasive n'était soulevée lors des échanges. Par ailleurs, l'étude a bénéficié de l'approbation du Comité d'Éthique de la Faculté des Arts et des Sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal. De plus, les participants et les écoles auxquelles ils sont affiliés ne sont pas cités nommément afin de préserver leur anonymat.

Les entrevues ont duré entre 45 minutes et 1 heure et ont été enregistrées sur support audionumérique avant d'être retranscrites sous la forme de verbatim. Les données issues du journal de bord et des rapports ont été synthétisées et regroupées de façon thématique comme

les entrevues. Toutes ces données ont été analysées de façon thématique (Huberman et Miles, 2002; Miles, Huberman et Saldaña, 2013) en quatre étapes. Une première étape déductive a permis de générer les thèmes analogues à ceux contenus dans l'approche de Wholey (1987). Les thèmes abordés par les participants ainsi que les verbatim correspondant étaient regroupés en fonction de chacun des quatre conditions présentées au tableau 3. La deuxième étape inductive était ouverte à l'émergence de nouveaux thèmes (Saberri, Yuan, John, Sheon et Johnson, 2013). Par exemple, certains participants ont révélé leur satisfaction à l'égard de la mise en œuvre de l'intervention et de la bonne collaboration avec l'IP. La troisième étape a consisté à regrouper tous les thèmes identifiés dans une matrice. Ce regroupement a permis d'identifier des sous-catégories et des verbatim pertinents au cadre d'analyse. Certains des codes ont été ajustés ou redéfinis et d'autres retirés au fur et à mesure du traitement de l'ensemble du matériel à l'aide du logiciel de traitement de données qualitatives QDA Miner. Enfin la quatrième étape est celle où des extraits de discours ont été extraits pour illustrer les résultats obtenus.

Résultats

Intentions des initiateurs et modèle logique de l'intervention

Cette première condition de l'étude de l'évaluabilité vise à clarifier et à comprendre les intentions des initiateurs du programme ou de l'intervention. Elle permet également de mettre en évidence le modèle logique qui sous-tend cette intervention (Wholey, 1987, 1994). Il s'agit ici de comparer et de contraster les attentes et la perception des différentes parties prenantes à l'égard de l'intervention (Wholey, 1994).

L'analyse des entrevues et des documents indique que l'initiative du programme a été prise à la suite d'une grande consultation auprès de l'ensemble des établissements de la commission scolaire (écoles primaires, écoles secondaires, centres d'éducation aux adultes et centres de formation professionnelle) sur la problématique de l'usage de SPA chez les jeunes. Cette consultation a mené à l'élaboration d'un plan d'action sur trois ans en vue d'entreprendre diverses actions pour lutter contre ce phénomène. À la suite de cette consultation, l'approche de l'IR a été élaborée par le conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention de la commission scolaire. Cette approche d'intervention a été appuyée par une recension des écrits portant sur les facteurs de risque et de protection de l'usage des SPA chez les élèves en ciblant particulièrement la période de transition primaire-secondaire. En évoquant les motifs ayant

amené la commission scolaire à mettre en place l'IR, le conseiller pédagogique revient sur l'inefficacité des pratiques précédentes de la façon suivante.

« Auparavant, quand on faisait face à un jeune qui était en état de consommation, on ne se sentait pas nécessairement habilité à intervenir. On fait quoi une fois qu'on est en face d'un jeune en train de consommer des substances psychoactives ou en possession de matériel servant à la consommation ou en train de vendre des substances ? Une fois qu'on a suspendu l'élève, qu'est-ce qu'on fait ensuite ? Les réponses n'étaient pas toujours évidentes. Et une préoccupation qui avait été largement exprimée par l'ensemble des acteurs consultés [...] c'était une préoccupation au niveau préventif, c'est-à-dire, comment on peut prévenir davantage ces problématiques-là pour ne pas toujours travailler au moment où les problèmes surviennent ? » [Conseiller pédagogique].

Pour les initiateurs du programme, une présence continue auprès des élèves depuis le primaire jusqu'au secondaire, par un intervenant spécifiquement dédié à cette tâche, pourrait permettre une bonne intégration des élèves du primaire à l'école secondaire. Cette présence, combinée avec l'organisation d'activités préventives pourrait contribuer à réduire le stress consécutif au changement d'école et surtout de palier d'enseignement. Cette situation aurait pour objectif, selon les initiateurs du programme, d'assurer une meilleure adaptation des jeunes du primaire au nouvel environnement de l'école secondaire qu'ils vont bientôt fréquenter. Ces élèves bien adaptés seraient moins enclins à adopter des comportements à risque. Les intentions des initiateurs étaient partagées par les acteurs rencontrés apparaissent bien dans les propos ci-dessous :

« Moi, je sais du projet que le but c'est d'essayer de travailler sur des outils pour diminuer le taux de consommation, en prévention de la toxicomanie à l'école mais en même temps de faciliter la transition primaire-secondaire. » [Enseignante du primaire].

« Je pense que la force de ce projet vient beaucoup du fait que dès le début de l'année scolaire où les jeunes sont plus fragiles, parce que venant d'un nouveau milieu, qu'on puisse avoir des figures de référence (l'intervenante qu'ils ont rencontrée au primaire) pour eux, c'est très bénéfique. [...] Pour les jeunes c'est sécurisant. » [Directeur d'école].

Dans la majorité des cas, les directeurs d'écoles et leurs collaborateurs avaient été informées de l'implantation du programme dans le cadre de rencontres formelles. L'utilisation de ce canal d'information a été jugée adéquate par les acteurs interrogés. Cette situation a pu contribuer à une plus grande adhésion de leur part comme le fait remarquer cette participante.

« On a des rencontres de direction au niveau du réseau (de l'école secondaire qui accueille les élèves du primaire). C'est donc au cours d'une de ces rencontres que nous avons appris l'existence de ce projet à travers la présentation des services éducatifs

offerts aux élèves [...] Pour nous, la façon dont on a entendu parler de ce projet était très positive. On y a donc adhéré tout de suite. » [Directeur d'école].

Un des objectifs de l'ÉE est de permettre l'élaboration du modèle logique du programme. L'analyse des entrevues et des documents disponibles ont permis l'élaboration d'une première ébauche du modèle logique de l'IR. Cette version préliminaire a été présentée lors de deux rencontres avec les acteurs pour validation. Le modèle logique adopté à l'issue de ces consultations est présenté à la figure 2. Celui-ci décrit la chaîne causale présumée existant entre les principaux intrants, les activités, les groupes cibles et les effets à court, moyen et long terme du programme. Les intrants concernent toutes les ressources humaines, financières et matérielles à mobiliser pour la réussite de l'IR. En tête de ces intrants, on trouve l'IP qui travaille étroitement avec le personnel de l'école (directeurs, enseignants, infirmière, professionnels, etc.) et les partenaires communautaires. Il joue le rôle de coordonnateur et d'animateur central dans cette équipe, ce qui donne son caractère singulier à ce programme. Cette ÉE a permis d'identifier toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de l'IR en plus de l'IP. Ce sont d'abord les membres du service éducatif de la commission scolaire (la responsable de ce service, le conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention), ensuite les personnels d'écoles primaires et secondaires où le programme est mis en œuvre (le directeur de l'école, les enseignants, les travailleurs sociaux, les éducateurs spécialisés et psychoéducateurs, l'infirmière scolaire, etc.) et enfin les partenaires communautaires (la police locale, le personnel des organismes communautaires).

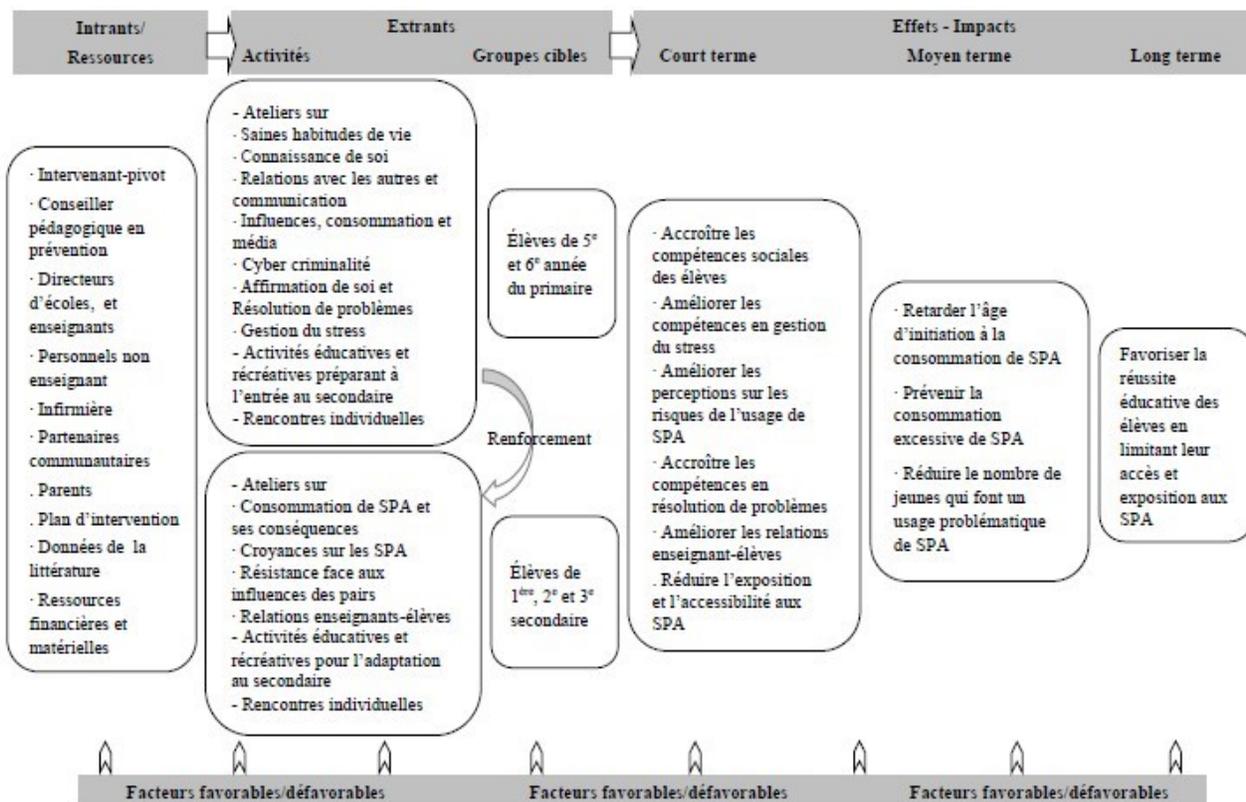


Figure 2. Modèle logique du programme Intervention en réseau

L'essentielle des activités du programme IR proviennent de programmes de prévention en milieu scolaire déjà évalués et mis en œuvre dans la plupart des écoles québécoises. Il s'agit des programmes *Système D* pour le primaire et *APTE* pour le secondaire. Ces activités concernent des ateliers en classe sur plusieurs thématiques visant à acquérir de saines habitudes de vie et à accroître les compétences sociales des élèves. À cela s'ajoutent d'autres activités éducatives et récréatives (sorties éducatives, rencontres en dehors des heures de cours) au profit des élèves et auxquelles participe l'IP dans le but de maximiser son temps de présence auprès de ces derniers. Elles visent, entre autres, à préparer les élèves à une bonne transition du primaire au secondaire. La liste des principales activités du programme est présentée au tableau 4.

Tableau 4 : Liste des activités de l'intervention en réseau

Primaire (5 ^e et 6 ^e année)	Secondaire (1, 2 et 3)
1. Saines habitudes de vie	Consommation de SPA et ses conséquences
2. Connaissance de soi et affirmation de soi	Saines habitudes de vie
3. Relations avec les autres et communication	Résistance aux influences négatives
4. Influences, consommation et média	Relations enseignants-élèves
5. Cyber criminalité	Violence et (cyber) criminalité
6. Résolution de problèmes et gestion du stress	Comprendre le secondaire
7. Préparation à l'entrée au secondaire	Rencontres individuelles
8. Activités éducatives et récréatives	Activités éducatives et récréatives

L'animation des ateliers se fait par l'IP qui peut également solliciter d'autres intervenants comme l'infirmière et le personnel des organismes communautaires en fonction de la nature des sujets abordés. Les activités ont une durée d'une à deux périodes de cours, soit entre 1h00 et 2h30mn et se tiennent une fois par mois. La planification des ateliers et des autres activités du programme est très flexible et laisse la liberté aux enseignants de décider du meilleur moment pour leur déroulement.

Au-delà de ces activités, la présence continue de l'IP auprès des élèves constitue une des particularités de l'IR. En effet, afin de bien connaître les élèves et de se familiariser avec ces derniers, l'IP effectue des visites hebdomadaires ou bihebdomadaires dans les cinq écoles primaires ciblées par le programme. Il profite de certaines activités éducatives et récréatives organisées par les écoles et sur invitation des enseignants pour passer des messages de prévention aux élèves. Cela implique un fort degré de collaboration entre l'IP et les enseignants dans la mise en œuvre du programme. Cette proximité entre l'IP et les élèves, que ce soit en classe ou en dehors des heures de cours (pendant les pauses) et lors de rencontres individuelles lui donne l'occasion d'échanges informels sur divers aspects de la vie scolaire et familiale des élèves. Ces moments permettent à l'IP de saisir les difficultés et les problèmes rencontrés par ceux-ci et qui pourraient avoir un impact sur leur plein épanouissement et leurs résultats scolaires. Les informations glanées permettent, le cas échéant, de mettre en place un plan

d'intervention avec la collaboration d'autres acteurs de l'école (directions, enseignants, psychoéducateurs, etc.). Des activités de renforcement sont proposées aux élèves de 1^{ère}, 2^e et 3^e secondaire sur les mêmes thématiques, sauf qu'ici les questions liées à la consommation de SPA sont directement abordées. Pour le moment, il n'existe aucun manuel expliquant le fonctionnement de l'IR et les modalités de mise en œuvre des activités.

C'est à l'IP qu'incombe le rôle d'assurer la coordination des activités, d'identifier les intervenants extérieurs, de négocier les dates avec les enseignants et de veiller au bon déroulement de ces activités. À court terme, le programme vise à améliorer les connaissances des jeunes sur les conséquences de l'usage de SPA, à améliorer les relations entre les élèves et entre les élèves et les enseignants, à accroître les compétences sociales, à améliorer les compétences en gestion des problèmes et du stress et à réduire l'exposition et l'accessibilité aux SPA. À moyen terme, il s'agit de retarder l'âge d'initiation à la consommation de SPA, de prévenir la consommation excessive de SPA et de réduire le nombre de jeunes qui font un usage problématique de SPA. À long terme, le but ultime du programme IR est de favoriser la réussite éducative des élèves en limitant leur accès et leur exposition aux SPA. Enfin, on retrouve dans le modèle logique des facteurs qui peuvent influencer favorablement ou défavorablement la mise en œuvre du programme. Ces facteurs peuvent être liés aux caractéristiques du programme et du milieu d'implantation et/ou aux qualités de l'IP.

Plausibilité des objectifs de l'intervention

Cette deuxième condition de l'ÉE consiste à vérifier si les objectifs du programme sont réalistes et réalisables au regard des ressources allouées et des activités menées. En d'autres termes, il s'agit de comparer et de contraster les intentions des initiateurs avec le programme tel qu'il se déroule sur le terrain, c'est-à-dire le programme dans sa réalité (Wholey, 1994).

Comme mentionné précédemment, les objectifs de ce programme sont de retarder l'âge d'initiation à la consommation de SPA, de prévenir la consommation excessive de SPA et de réduire le nombre de jeunes qui font un usage problématique de ces substances. Pour atteindre ces objectifs, les initiateurs ont procédé au recrutement d'un IP qui assure la coordination de toutes les activités de prévention de l'usage de SPA dans les écoles participantes. Il répertorie les activités pertinentes au programme, prend contact avec les animateurs, négocie avec les enseignants les plages horaires nécessaires à la mise en œuvre de ces activités et anime seul ou

conjointement avec d'autres acteurs certaines activités au primaire et au secondaire. En outre, dans le but d'accroître les moments de présence auprès des élèves, l'IP participe aux sorties éducatives organisées par les enseignants et assure une présence hebdomadaire ou bihebdomadaire dans chacune des cinq écoles primaires et l'école secondaire engagée dans le programme. L'IP joue donc un rôle central qui le place au cœur du dispositif de prévention développé par la commission scolaire. Par conséquent, il apparaît que le succès de ce programme est fortement lié aux qualités de l'IP comme le témoigne un des participants.

« Les élèves sont portés à lui (s'agissant de l'intervenant) faire confiance. Et puis je sais que l'intervenant m'a dit à un moment donné, une telle ou un tel est venu me voir en tout début d'année. Pour eux (les élèves), ça leur fait un visage connu l'année suivante parce que quand ils arrivent au secondaire, c'est très rassurant de voir [l'intervenant]. Et puis [l'intervenant] a une belle façon de les approcher aussi, très correcte, très respectueuse [...]. Je trouve ça rassurant. » [Enseignante du primaire].

Les différents acteurs interrogés partagent la même conviction qu'en mettant l'accent sur une bonne gestion de la transition primaire-secondaire, l'objectif du programme pourra être atteint.

« Moi, ce que j'apprécie beaucoup, c'est le fait que la transition entre le primaire et le secondaire est un élément important de cette intervention. J'apprécie que l'intervenant soit présent dans les écoles primaires et qu'il amène les jeunes et les enseignants du secondaire avec lui pour rencontrer les jeunes du primaire ; c'est très rassurant pour les jeunes du primaire. Si le but est de rassurer les jeunes dans leur transition primaire-secondaire-là, je pense qu'avec toutes les interventions qui ont pu être faites cette année, (l'intervenant) a vraiment rempli son mandat [...]. » [Enseignante du primaire].

Cependant, le programme étant encore à sa phase pilote et pour des raisons financières, la commission scolaire n'a pu recruter qu'un seul intervenant, ce qui occasionne des difficultés dans la couverture des écoles impliquées. C'est ce qui ressort des propos suivants.

« Le seul problème, c'est que tout repose sur une seule personne (l'IP). Si il arrivait qu'il tombe malade [...] parce que si on recommence avec quelqu'un d'autre, on repart à zéro et tout ce qu'on a fait jusqu'à maintenant doit être repris. Il (l'IP) doit être disponible tout le temps et ça je pense que ce n'est pas facile. Dans ma classe il est intervenu très peu depuis le début de l'année. » [Enseignante du primaire].

Pour pallier à cette situation, une meilleure planification des activités sur le terrain et une collaboration plus étroite entre l'IP et les enseignants dans la mise en œuvre du programme ont été recommandées dans un rapport d'étape sur l'implantation. À la suite de ce rapport, une rencontre a été organisée avec les directions d'écoles et les enseignants impliqués en vue d'une

plus large sensibilisation sur le programme et les objectifs poursuivis. Au cours de cette rencontre le processus d'évaluation de ce programme a également été présenté pour une plus grande implication de ces acteurs.

Le dispositif d'intervention mis en place préconise une bonne collaboration entre les acteurs et la disponibilité du matériel. Sur le plan humain, une étroite collaboration est nécessaire entre l'IP et les directeurs d'écoles, les enseignants et le personnel non enseignant (infirmières scolaires, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, etc.) pour la réussite du programme. Cette collaboration se constate non seulement dans la disponibilité du personnel de l'école mais aussi dans le souci d'observer une certaine cohérence dans les discours véhiculés par les adultes auprès des jeunes.

« Je reste en classe lors des animations. Parfois à la fin des séances d'animation, j'interpelle les élèves sur les thèmes abordés pour renforcer le message qui a été donné après le départ des intervenants. C'est important d'avoir une cohérence dans nos discours. Je pense que ça peut leur permettre de prendre conscience de l'importance du sujet. » [Enseignante du primaire].

En plus de travailler avec le personnel scolaire, l'IP doit collaborer avec des organismes du milieu communautaire afin que les actions entreprises soient cohérentes avec les besoins du milieu scolaire. Les extraits suivants provenant de l'IP et de l'infirmière témoignent de cette collaboration.

« Mon rôle est (aussi) de travailler avec les ressources extérieures aux écoles et de faire des liens entre chaque intervention (à l'école) qui vise à prévenir l'usage des drogues. » [Intervenant-pivot].

« Nous collaborons parfaitement ensemble. J'ai plusieurs fois animé des ateliers avec [l'intervenant] au primaire et au secondaire. Nous sommes quelque part complémentaire, lui dans son domaine concernant la prévention des toxicomanies chez les jeunes et moi dans le mien. » [Infirmière scolaire].

Sur le plan matériel, l'IP bénéficie du matériel disponible dans les écoles pour mener ses activités. Lors des activités, il dispose de salles de classe et peut faire la demande de locaux spéciaux ou de nouveaux matériels quand la nature des interventions l'exige, comme lors des entretiens et des ateliers avec les jeunes.

On note donc que le but et les objectifs à atteindre dans le cadre de ce programme ainsi que les ressources et les groupes-cibles sont clairement identifiés. Cependant, ce programme est très peu documenté en ce qui concerne la planification des activités et les stratégies à adopter

pour les mettre en œuvre. À cause de cette situation, il n'est pas évident de savoir le nombre d'activités que recevront chacune des écoles concernées et les intervenants appelés à les animer. Selon les initiateurs, cette situation s'explique par le fait que l'intervention n'apporte pas de nouvelles activités en tant que tel. Elle s'appuie sur celles existantes issues de programmes de prévention jugés efficaces et déjà implantés dans les écoles au Québec. La différence essentielle de ce programme concerne la présence de l'intervenant-pivot.

Au total, les entrevues mettent en évidence l'existence d'un consensus chez tous les acteurs quant à l'importance d'un tel programme. Quelques problèmes d'organisation ont cependant été décelés et en y apportant des réponses adéquates, les chances d'atteindre les objectifs seront améliorées.

Disponibilité et accessibilité des données

La disponibilité et l'accessibilité des données est la troisième condition de l'ÉÉ. Selon la perspective de Wholey (1994), cette condition est relative à la possibilité de disposer de données permettant de documenter les processus et de mesurer les effets du programme. Elle aide également à discuter de la faisabilité de l'approche d'évaluation retenue au regard des coûts que cela pourrait engendrer à la structure sollicitant l'évaluation. Cette condition implique de travailler avec les initiateurs pour identifier les conditions adéquates d'obtention des données nécessaires à l'évaluation ultérieure.

Les objectifs d'évaluation portent sur la capacité du programme à retarder l'âge d'initiation à la consommation de SPA, à réduire la consommation problématique et excessive de SPA chez les élèves, d'une part et d'autre part à documenter les processus de mise en œuvre du programme. Ces objectifs d'évaluation font référence à la collecte de données quantitatives sur les effets du programme et de données qualitatives sur les processus de mise en œuvre. Le volet relatif à l'évaluation des effets sera réalisé avec un devis quasi-expérimental permettant de comparer le groupe des élèves ayant participé au programme (groupe d'intervention) avec un autre groupe d'élèves qui n'y sera pas exposé (groupe de comparaison). Puisque l'équipe chargée de l'ÉÉ est la même qui conduira les activités d'évaluation proprement dites, les questions concernant le devis d'évaluation, les modalités de collecte des données ainsi que la faisabilité de l'approche d'évaluation ont été discutées avec les initiateurs du programme. Ces derniers se sont engagés à créer les conditions adéquates pour la collecte des données avec la

collaboration et l'assistance du personnel de la commission scolaire et des écoles concernées. Ils ont également contribué à l'identification des écoles qui composeront le groupe de comparaison.

Les domaines et indicateurs identifiés pour l'évaluation des effets ainsi que la méthode de collecte des données sont présentés dans le tableau 4. Les données concernant ce volet de l'évaluation seront colligées avec deux questionnaires dont l'un sera administré aux élèves et l'autre aux enseignants.

Tableau 4: Domaines et indicateurs identifiés pour l'évaluation des effets du programme

Domaines/ Thématiques	Indicateurs	Méthode de collecte des données
Élèves	<ul style="list-style-type: none"> - âge de début de consommation de cigarettes - âge de début de consommation d'alcool - âge de début de consommation de marijuana - nombre de verre d'alcool consommé au cours d'une occasion typique de consommation - nombre de fois de consommation de 4 verres et plus d'alcool - nombre de fois de consommation de marijuana durant les 12 derniers mois - nombre de fois de consommation des autres drogues (hallucinogènes, LSD, ecstasy, etc.)* - nombre de fois de consommation de plusieurs substances en même temps* - facilité à se procurer les SPA - risques liés à la consommation de SPA 	Questionnaire psychosocial aux élèves
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de meilleurs amis qui fument la cigarette - nombre de meilleurs amis qui boivent de l'alcool - nombre de meilleurs amis qui consomment le cannabis 	
École	<ul style="list-style-type: none"> - proportion d'élèves qui consomment la cigarette - proportion d'élèves qui consomment de l'alcool - proportion d'élèves qui consomment la marijuana - perception de la relation avec les enseignants - perception du niveau de violence à l'école - relations élèves-enseignants 	
Famille	<ul style="list-style-type: none"> - structure familiale (famille séparée ou non) - consommation de SPA du père et de la mère - consommation de SPA de la fratrie 	
Comportements des élèves en classe	<ul style="list-style-type: none"> - inattention en classe - agressivité en classe - prosocialité en classe 	Questionnaire aux enseignants

*Items administrés aux élèves du secondaire seulement.

Le tableau 5, quant à lui, présente les domaines et indicateurs pour l'évaluation des processus. Pour ce volet qualitatif de l'évaluation, les données seront colligées par le biais d'entrevues individuelles et de groupes de discussion.

Tableau 5: Domaines et indicateurs pour l'évaluation des processus

Domaines/ Thématiques	Indicateurs	Méthode de collecte des données
Problématisation	<ul style="list-style-type: none"> - perception du problème dans le milieu - éléments qui justifient la mise en œuvre d'une telle intervention - positionnement par rapport au problème identifié - raisons qui ont amené à la mise en œuvre de l'intervention - connaissance de l'existence de l'intervention et canal par lequel cette information a été diffusée 	
Intéressement	<ul style="list-style-type: none"> - intérêts pour la mise en œuvre de solutions au problème identifié - attentes par rapport à la mise en œuvre de l'intervention - motivation à contribuer à la mise en œuvre de l'intervention - stratégies déployées par les initiateurs pour intéresser les acteurs 	
Enrôlement	<ul style="list-style-type: none"> - stratégie de négociations pour l'implication des acteurs - perception des rôles des différents acteurs - formalisation des engagements des différents acteurs - implication des acteurs à la mise en œuvre de l'intervention 	Entrevues
Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> - stratégies adoptées pour maintenir l'implication des acteurs dans la mise en œuvre de l'intervention - fréquence de sollicitation dans le cadre de l'intervention - difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention 	Groupes de discussion
Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - à l'égard des activités de l'intervention - à l'égard de l'intervenant pivot 	
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> - pertinence de l'intervention - adhésion des acteurs 	
Facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - conditions facilitant la mise en œuvre - conditions entravant la mise en œuvre 	

Par ailleurs, la consultation des documents disponibles et les échanges avec l'IP ont fait ressortir que le suivi des activités menées (monitorage) n'était pas adéquatement documenté de sorte qu'il était difficile de savoir qu'est-ce qui avait été entrepris et avec quel groupe d'élèves. Or, ces informations sur le suivi du programme sont nécessaires afin de déterminer si celui-ci se déroule comme prévu. À la suite de ce constat, un outil de suivi des activités sous forme de tableau de bord a été développé et remis à l'IP qui se chargera de consigner les informations nécessaires de façon régulière.

Utilité de l'évaluation

La dernière condition de l'ÉE porte sur l'utilité de l'évaluation et l'utilisation éventuelle des résultats par les personnes concernées (Thurston et Ramaliu, 2005; Wholey, 1994). Depuis le début de la mise en œuvre de l'IR, la question de son évaluation a constamment été une préoccupation pour les initiateurs. Ceux-ci avaient besoin d'une évaluation non seulement pour

la reddition de compte mais surtout pour la démonstration que le programme produit les effets escomptés. Les résultats de l'évaluation devraient permettre de prendre la décision d'étendre ce programme à tous les élèves de la commission scolaire ou non.

La volonté d'utiliser les résultats de l'évaluation pour la prise de décision se matérialise de la part des initiateurs par leur disponibilité à tous les niveaux du processus d'évaluation, depuis la définition des objectifs jusqu'à la collecte des données. Par ailleurs, l'équipe d'évaluation a eu plusieurs occasions de présenter le processus d'évaluation à la commission scolaire et aux écoles. Ces rencontres d'échanges ont permis de constater l'engagement de la communauté scolaire pour ce programme et l'intérêt de celle-ci pour les résultats qui en découleraient.

Discussion et conclusion

L'objectif de cet article est de présenter le processus et les résultats de l'ÉE de l'IR en utilisant la perspective de Wholey (1994). Cette ÉE apporte des informations importantes sur la mise en œuvre de ce programme et sur les éléments sur lesquels pourront porter l'évaluation ultérieure. Il s'agit d'un exercice qui permet non pas de savoir si les programmes peuvent être évalués – ils sont d'ailleurs tous évaluables – mais plutôt de savoir si une évaluation ultérieure sera en mesure de produire des résultats utiles à l'amélioration de ces programmes ou à la prise de décision (Strosberg et Wholey, 1983; Wholey, 2010). C'est donc une approche qui encourage l'utilisation des résultats de l'évaluation (Patton, 2008).

Cette ÉE a permis de mettre en évidence les intentions des initiateurs et le modèle logique du programme. Le modèle logique destiné à présenter de façon schématique la théorie d'un programme permet également, selon Porteous (2009, p. 87), à toutes les parties prenantes, y compris les évaluateurs, d'avoir « une vision commune de la logique d'un programme avant d'élaborer des mesures de surveillance et d'évaluation. » En l'absence d'un tel outil, il peut être difficile d'orienter les opérations d'évaluation, ce qui peut avoir pour conséquences la production de résultats d'évaluation décalés de la réalité. La conséquence immédiate d'une telle situation est l'impossibilité pour les initiateurs du programme d'utiliser les résultats et les connaissances produits (Denis, Lehoux et Tré, 2009; Patton, 2008; Patton et LaBossière, 2009). L'importance du modèle logique dans un processus d'évaluation nécessite son élaboration dès la phase de conception et de planification du programme (W.K. Kellogg Foundation, 2004). Si

aucun modèle n'est disponible, son élaboration devient une étape préalable et indispensable au moment de l'évaluation du programme (Porteous, 2009). À ce sujet, la conduite d'une ÉÉ est un exercice idéal pour une telle initiative. Dans le cadre de l'IR, cette étude nous a permis de comprendre la théorie de l'intervention à travers l'élaboration du modèle logique qui n'existait pas encore au moment d'entreprendre les activités d'évaluation.

L'ÉÉ a également permis de confronter les intentions des initiateurs de l'intervention avec la réalité de son déroulement. Les programmes d'intervention sont des actions intentionnelles planifiées dans le but de provoquer des changements dans le sens souhaité (Porteous, 2009). Dans certaines situations, il arrive que pour des raisons diverses, les actions planifiées diffèrent de ce qui a été exécuté, ce qui peut représenter une menace à l'atteinte des objectifs du programme. Dans d'autres situations, il peut s'agir de la nécessité de réorienter le programme pour tenir compte des contraintes inhérentes à la nature du programme lui-même et au contexte de sa mise en œuvre. Dans tous les cas, les initiateurs du programme devront consacrer du temps à s'interroger sur son déroulement. Dans ce sens et comme dans la situation présente, l'ÉÉ représente un exercice intéressant à réaliser en prélude à l'évaluation proprement dite.

En choisissant d'expérimenter le programme en milieu scolaire, les initiateurs s'appuient sur le rôle fondamental que joue l'école dans la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de certains problèmes sociaux comme l'usage et l'abus de SPA (Allott et Paxton, 2000; Botvin et Griffin, 2007; Champion, Newton, Barrett et Teesson, 2013; Markham, Young, Sweeting, West et Aveyard, 2012; Pitt Barnes, Robin, Dawkins, Leviton et Kettel-Khan, 2009). Ce choix, combiné à l'engagement des initiateurs, le choix des activités, la parfaite collaboration entre l'IP, les enseignants et les organismes communautaires permet de croire que les objectifs fixés dans le cadre de ce programme sont réalistes et réalisables.

Par ailleurs, cette ÉÉ a guidé le choix de la stratégie d'évaluation des processus du programme ainsi que l'identification d'un cadre théorique pertinent à ce volet de l'évaluation. Ce cadre théorique repose sur les quatre moments du processus d'introduction des innovations dans les organisations et la gestion des controverses de la théorie de l'acteur-réseau (Akrich, Callon et Latour, 2002a, 2002b; Akrich, Callon et Latour, 2006; Callon, 1986; Callon, Courtial, Turner et Bauin, 1983; Latour, 2007). Il permet de saisir la dynamique qui a cours lorsque l'on introduit une nouvelle façon de faire au sein d'une organisation, comme c'est le cas ici avec

l'IR. De plus, ce cadre d'analyse prend en compte le rôle des acteurs humains et non-humains dans le déploiement des innovations, ce qui est pertinent avec l'IR dont la mise en œuvre nécessite également la mobilisation de ressources matérielles et temporelles. En plus d'apporter des informations sur la conduite de l'évaluation des processus, l'ÉE a aussi contribué à l'identification du devis d'évaluation dans le cadre du volet portant sur l'évaluation des effets du programme. Dans ce cadre, les différentes rencontres avec les initiateurs ont permis de constater leur adhésion à l'approche d'évaluation et leur engagement dans la conduite des opérations de collecte des données dans les écoles qui participent à l'évaluation.

En outre, à travers cette étude, nous avons pu nous rendre compte du rôle stratégique de l'IP dans la mise en œuvre de ce programme. Dans de nombreux programmes d'intervention, y compris ceux destinés à l'organisation des soins de santé, on fait de plus en plus recours à l'action d'un IP qui déploie des stratégies de mobilisation d'un ensemble d'acteurs pour la réalisation d'activités à faciliter le suivi des participants ou des patients (Bilodeau, 2011; Turcotte et al., 2011). L'IP devient alors la pièce essentielle du dispositif mis en place. Il fédère les énergies et les compétences et se trouve à l'interface entre la population cible et les différents partenaires (Thorne et Truant, 2010). Il doit donc gagner la confiance des deux groupes de personnes afin que la collaboration avec ces derniers se déroule dans un environnement propice à l'apprentissage et au changement pour les premiers et favorable aux échanges et à un travail collaboratif et en partenariat pour les seconds. L'introduction d'un IP dans la mise en œuvre d'un programme de prévention de la consommation de SPA en milieu scolaire représente l'innovation majeure du programme IR. Avant une telle organisation des pratiques, les écoles québécoises étaient sollicitées de toutes parts par des structures extérieures en vue de la tenue d'activités de sensibilisation des élèves sur un certain nombre de fléaux auxquels ces derniers doivent faire face. Ces demandes sont soit acceptées, soit refusées par les directions d'écoles et les enseignants en fonction de la pertinence des thématiques abordées et de la possibilité d'insérer les activités visées dans le programme déjà bien chargé des écoles. Le recours à un IP semble aussi avoir été guidé par le fait d'éviter la duplication des services et des efforts et le fonctionnement en silo constaté dans le milieu de la santé et de l'éducation (Désy, 2009; Turcotte et al., 2011). L'adoption d'un cadre d'analyse comme celui de la TAR permettra de mettre en évidence le rôle de l'IP dans un tel programme. Finalement, on peut considérer l'ÉE comme un exercice nécessaire à la compréhension des programmes, en prélude à une évaluation

formelle. Elle offre une occasion unique de saisir les subtilités de la mise en œuvre de ces programmes et aide à la production de résultats d'évaluation ancrés dans leur contexte, augmentant ainsi les chances de leur utilisation dans le processus de prise de décision.

La présente ÉÉ comporte une limite importante, celle de ne prendre en compte que les points de vue d'un nombre limité des membres du personnel des écoles concernées par ce programme. Cependant, la diversité des participants représente un point fort qui a permis de mieux comprendre les intentions des initiateurs de l'intervention et de développer le modèle logique et les objectifs de l'évaluation. Cette ÉÉ contribue ainsi à faciliter les opérations d'évaluation qui seront engagées. Par ailleurs, les difficultés dans la mise en œuvre de certaines activités signalées à l'IP et aux initiateurs devraient permettre de prendre des mesures correctrices en vue d'améliorer les performances du programme.

Article 2. Évaluation des processus de mise en œuvre d'une intervention pour prévenir l'usage de substances psychoactives par la théorie de l'acteur-réseau

Biessé D. Soura¹, Robert Bastien² & Jean-Sébastien Fallu¹

¹École de psychoéducation, Université de Montréal

²Direction de santé publique de Montréal, Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Au moment du dépôt final de cette thèse, un financement a été obtenu du Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal (CRDM) pour la préparation d'une version en anglais de cet article pour publication dans la revue *Implementation Science*.

Contribution de l'étudiant :

Proposition de l'idée et du devis d'évaluation, réalisation de la revue de littérature, collecte et analyse des données et préparation du manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Orientation sur la conduite de l'étude et commentaire du manuscrit.

Résumé

Le présent article porte sur l'évaluation des processus de mise en œuvre d'une intervention visant à prévenir l'usage de substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire en utilisant comme cadre d'analyse la théorie de l'acteur-réseau (TAR). Cette évaluation s'appuie sur des entrevues, des groupes de discussion et une analyse documentaire colligés entre 2012 et 2014 pour analyser les quatre moments du processus de traduction de la TAR, à savoir 1) la problématisation, 2) l'intéressement, 3) l'enrôlement et 4) la mobilisation des alliés. Les résultats ont permis de mettre en évidence le rôle central de l'intervenant-pivot (IP) dans le réseau sociotechnique constitué pour atteindre les objectifs de l'intervention. En s'appliquant à dissiper les controverses nées de l'introduction de cette innovation sociale dans les écoles et en utilisant des stratégies appropriées, l'IP parvient à mobiliser les différents acteurs dans la mise en œuvre de l'intervention. En outre, la contribution des acteurs non-humains est analysée afin de mettre en évidence le rôle de ces entités dans le déploiement d'une intervention.

Mots clés : Théorie de l'acteur-réseau, évaluation des processus, innovation sociale, recherche qualitative, prévention de l'usage des drogues, école.

Abstract:

This article focuses on a process evaluation of a school-based substance use prevention based on actor-network theory (ANT). We used interviews, focus group discussions and document analysis as strategies for data collection between 2012 and 2014 to analyze the four moments of the translation process, namely 1) the problematization, 2) interestment, 3) enrolment, and 4) mobilization of the allies. The results highlight the central role of the navigator (IP) in the socio-technical network made to achieve the objectives of the intervention. By dispelling the controversies arising from the introduction of this social innovation in schools and using appropriate strategies, the navigator manages to mobilize different actors in the implementation of the intervention. In addition, the contribution of non-human actors is analyzed to highlight the role of these entities in the deployment of an intervention.

Key words: Actor-network theory, process evaluation, social innovation, qualitative research, drug prevention, school.

Introduction

L'évaluation des processus d'implantation d'une intervention représente une étape importante pour comprendre les mécanismes en jeu et pour suivre les conditions de sa mise en œuvre (Hawe, Shiell, Riley et Gold, 2004). L'échec de certaines interventions étant parfois attribué à la mauvaise qualité de leur mise en œuvre, plusieurs chercheurs préconisent d'accorder une attention particulière à cette étape (Chaudoir, Dugan et Barr, 2013; Eccles et Mittman, 2006). Par ailleurs, il est nécessaire de disposer d'informations descriptives adéquates sur une intervention avant de pouvoir juger de son efficacité (Rychetnik, Frommer, Hawe et Shiell, 2002).

De fait, l'introduction d'une innovation technique ou sociale au sein d'une organisation fait intervenir un grand nombre d'acteurs. Le dynamisme avec lequel ces acteurs interagissent représente un élément fondamental pour le succès de cette intervention, mais rarement pris en compte dans les méthodes traditionnelles d'évaluation des processus (Bisset, 2008; Levesque, Guilbault, Delormier et Potvin, 2005; Riley et Hawe, 2009). Celles-ci, étant plus basées sur une approche positiviste des phénomènes, ne s'intéressent, la plupart du temps, qu'aux aspects de l'intervention liés au dosage et à la fidélité d'implantation (Bisset, Daniel et Potvin, 2009; Crea et Crampton, 2011; Dane et Schneider, 1998). Pourtant, selon Fox (2003), les interactions entre acteurs et les points de vue de ces derniers représentent une dimension essentielle à la clarification de la théorie de l'action et partant à l'amélioration de l'intervention. Le présent article vise à explorer comment la mise en œuvre d'une intervention destinée à prévenir l'usage des substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire peut être évaluée à partir de la théorie de l'acteur-réseau, une méthode d'analyse permettant de suivre l'implantation des innovations sociotechniques dans les organisations (Callon et Ferrary, 2006; Latour, 1999).

L'article présente le cadre d'analyse mobilisé, c'est-à-dire, la théorie de l'acteur-réseau (première partie), suivi par la présentation de l'intervention évaluée (deuxième partie) et du cadre méthodologique (troisième partie). Les résultats sont ensuite présentés (quatrième partie) suivis de la discussion (cinquième partie).

Théorie de l'acteur-réseau

La théorie de l'acteur-réseau (TAR) ou *actor-network theory* (ANT), également dénommée sociologie de la traduction, a été conceptualisée dans les années 1980 par Bruno

Latour, Michel Callon et Marguerite Akrich du centre de sociologie des innovations de l'école des mines de Paris. En élaborant la TAR, il s'agissait au départ de suivre le développement des innovations et la circulation des connaissances dans le domaine des sciences et techniques. Mais la TAR a progressivement été utilisée dans plusieurs autres domaines, y compris la gestion et le management (Cazal, 2007a, 2007b), les relations entre les jeunes et l'alcool (Demant, 2009), le tourisme (van der Duim, Ren et Thór Jóhannesson, 2013), la biotechnologie (Gardner et Dew, 2011), et l'éducation (Fenwick et Edwards, 2010; Rimpiläinen, 2013). Bien qu'elle aborde des questions de relations et de réseaux, il ne s'agit pas d'une théorie au sujet des réseaux sociaux (Jallinoja, 2000; Law et Hassard, 1999). Son intérêt porte plutôt sur le « social ». Pour la TAR, le social est constitué de collectifs humains et non-humains qui s'intègrent dans une association et le cadre qui permet le maintenir de ces collectifs ensemble (Heydon, Moffatt et Iannacci, 2015; Latour, 2007). Ces éléments humains et non-humains aussi appelés « acteurs » ou « actants » sont placés dans une relation symétrique et interagissent dans une sorte de réseau formant ainsi le tandem acteur-réseau.

Les concepteurs de la TAR la perçoivent « davantage comme une stratégie qu'un cadre théorique qu'il s'agit d'appliquer » (Cazal, 2007a, p. 2). Pour Latour (1999, 2007), il s'agit d'une méthode permettant d'apprendre des acteurs en leur faisant confiance lorsqu'ils rendent compte de leurs expériences dans un processus social donné, sans que le chercheur leur impose d'emblée sa vision des choses (Venturini, 2010b). L'intérêt porte particulièrement sur les quatre moments du processus de traduction des innovations, à savoir (1) la problématisation, (2) l'intéressement, (3) l'enrôlement et (4) la mobilisation des alliés (Ayyad, 2009; Callon, 1986; Heydon et al., 2015; Plesner et Horst, 2012).

La *traduction* représente le processus par lequel le changement voulu par les acteurs d'une innovation opère. Autrement dit, c'est le processus de négociation qui permet de stabiliser le réseau constitué par le collectif d'humains et de non-humains (Jayawardena, 2015; Latour, 2005c). La *problématisation* désigne la formulation d'une situation-problème par un acteur ou un groupe d'acteurs qui permet de réunir les autres acteurs ou un nombre important d'entre eux. Si la situation-problème est reconnue et endossée par les autres acteurs, l'acteur principal ou le porte-parole devient le *point de passage obligé* (PPO) pour les autres (Fox, 2000), ce qui le rendrait indispensable au fonctionnement du réseau. L'*intéressement* consiste à attribuer des rôles aux différents acteurs qui constituent le réseau. L'intéressement permet également à

l'acteur principal, devenu avec l'intervention le PPO, de connecter les autres acteurs humains et non-humains entre eux grâce au processus de traduction (Callon et al., 1983). C'est ce qui façonne le réseau et lui permet de changer ou de se stabiliser en fonction de la robustesse de la problématisation initiale (Ayyad, 2009). Lorsque les acteurs acceptent le rôle qui leur est attribué et fonctionnent dans ce sens, on dit qu'ils ont été enrôlés. L'*enrôlement* est le processus par lequel les acteurs acceptent le rôle qui leur est attribué dans le réseau. Les acteurs enrôlés ont en commun de partager les mêmes préoccupations et de défendre les mêmes intérêts. La *mobilisation des alliés* permet de consolider le réseau grâce à l'implication effective des acteurs dans les activités. Le degré d'implication de certains acteurs peut leur permettre d'acquérir à leur tour, le statut de porte-parole, ce qui a pour conséquence d'accroître leur engagement.

L'implantation d'une innovation ou sa *traduction* se fait par des négociations qui amènent chaque acteur à faire valoir ses vues et ses intérêts. L'implantation peut se heurter aux positions d'autres acteurs à la suite de *controverses* qu'il faudra résoudre pour que l'innovation s'impose ou que le réseau perdure (Callon, 2006). Dans la perspective de la TAR, *les controverses* désignent des situations où des acteurs sont en désaccord avec le changement proposé ou annoncé. Ce sont des conflits ou obstacles qui nécessitent la réaction des acteurs impliqués (Callon, 2006; Venturini, 2010a). Par exemple, les controverses peuvent concerner l'opportunité d'implanter une activité de prévention de l'usage des drogues chez les jeunes d'une école donnée ou le manque d'unanimité entre les acteurs sur les stratégies à adopter. L'implantation de l'innovation devient finalement un processus de gestion des controverses (Callon, 1986) qui peuvent survenir tout le long du processus de traduction depuis la problématisation jusqu'à l'implantation de l'innovation sociale. Si les controverses apparaissent à la fin de du processus d'implantation de l'innovation sociale, la boucle reprend (voir figure 3) à travers une nouvelle problématisation pour aboutir à de nouvelles formes d'organisation ou à une autre innovation sociale (Latour, 1992). Par contre, si les controverses ne sont pas résolues, c'est le statu quo ou la dislocation du réseau. Par ailleurs, lors du processus de traduction, des modifications peuvent être apportées à l'innovation sociale. On parle alors d'*adaptation*. Celle-ci a pour but de rendre l'innovation conforme aux caractéristiques de l'environnement afin qu'elle puisse répondre aux besoins de ce pourquoi elle a été conçue, sans en changer sa fonction initiale (Akrich, 2006).

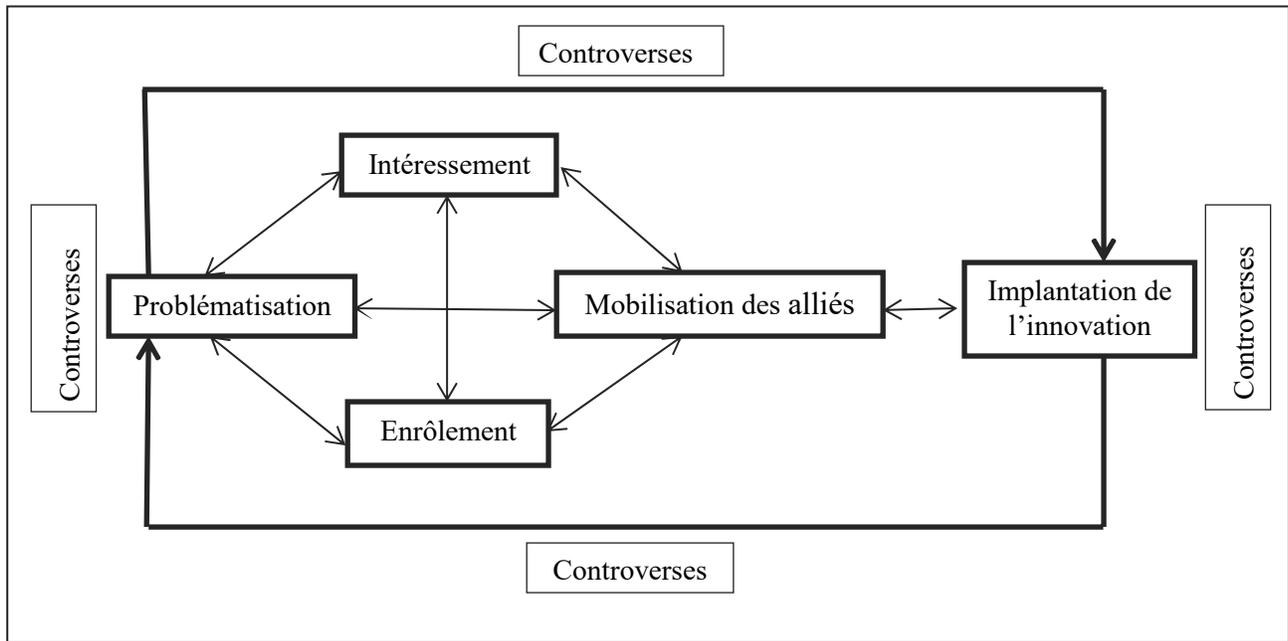


Figure 3. Cadre conceptuel du processus de traduction de la théorie de l'acteur-réseau

L'intervention en réseau

L'intervention en réseau est une intervention développée dans le but de prévenir l'usage des SPA chez les jeunes en milieu scolaire. Elle repose sur le travail collaboratif d'un IP avec le personnel des écoles où il est intégré et les organismes communautaires du milieu. Cet intervenant est d'abord basé dans une école secondaire et entreprend ensuite des visites, tout au long de l'année scolaire, dans les cinq écoles primaires rattachées à l'école secondaire. L'intervention vise à suivre les élèves en fin de cycle du primaire (5^e et 6^e année) jusqu'au secondaire en vue d'y favoriser une meilleure intégration de ces derniers. Ainsi, l'IP retrouve dans l'école secondaire les élèves déjà rencontrés au primaire. Selon les initiateurs de ce programme, les activités mises en œuvre avant et pendant les premières périodes des études secondaires, seraient de nature à bien préparer les jeunes à cette phase de transition qui représenterait un moment charnière pour l'adoption de conduites à risque, comme l'usage des SPA, pour certains d'entre eux.

L'intervention s'est déroulée de l'automne 2010 à la fin de l'année scolaire 2013-2014. Elle comprend une composante universelle et une composante ciblée. La composante universelle concerne tous les élèves de la 5^e année du primaire à la 3^e secondaire. Cette composante universelle a pour objectifs de retarder l'âge d'initiation à l'usage des substances psychoactives (l'alcool, la cigarette et la marijuana) et de réduire le nombre de jeunes qui font

un usage problématique de ces substances. Quant à la composante ciblée, elle concerne uniquement les élèves de la 1^{ère} à la 3^e secondaire. Elle consiste à mettre en place un dispositif de veille impliquant les enseignants, le personnel éducatif et toute personne adulte officiant dans l'école afin de détecter le plus tôt possible les élèves à risque de consommation ou qui font usage de SPA. La collaboration de l'intervenant pivot avec les différentes entités (enseignants, parents et organismes communautaires) permet ainsi de mobiliser un dispositif favorable à la réduction des facteurs de risque et au renforcement des facteurs de protection de l'usage des SPA en milieu scolaire.

Pour les écoles participantes, l'intervention en réseau peut s'assimiler à une innovation sociale en raison du fait que les processus en jeu sont, à plusieurs égards, inédits pour l'ensemble des acteurs (Assogba, 2010; Fleuren, Wiefferink et Paulussen, 2004; Rogers, 2002; Storsul et Krumsvik, 2013) qu'il faut mobiliser en vue de trouver une solution à un problème identifié (Callon, 1986). À travers l'environnement sociotechnique constitué d'acteurs humains et non-humains déployés, il est donc possible d'entreprendre une étude des processus de mise en œuvre de cette intervention par le cadre d'analyse de la théorie de l'acteur-réseau. En prenant appui sur ce cadre d'analyse, la présente recherche évaluative vise à répondre aux principales questions suivantes : 1) Quelle compréhension les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'intervention ont de la problématique de l'usage des SPA chez les élèves ? Cette compréhension est-elle partagée par l'ensemble des acteurs ?; 2) À quelles controverses l'intervenant pivot faisaient-ils face et quelles ont été les stratégies mobilisées par l'intervenant pivot pour intéresser les autres acteurs à la mise en œuvre de l'intervention ?; 3) Comment les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'intervention perçoivent-ils le rôle qu'ils occupent et celui de l'intervenant-pivot ?; 4) Quel est le degré d'implication des acteurs et leur satisfaction par rapport à la mise en œuvre de l'intervention ? et 5) Quels ont été les aménagements apportés au fur et à mesure que l'intervention se mettait en place ?

Cadre méthodologique

Perspective théorique

À travers cette évaluation des processus, notre objectif est de comprendre les conditions de mise en œuvre de ce programme du point de vue des acteurs impliqués. La présente évaluation se situe dans une perspective constructiviste (Guba et Lincoln, 1989; Sylvain, 2008).

En effet, cette perspective théorique semblait la plus appropriée parce qu'elle admet la pluralité des réalités construites à partir de l'expérience subjective de l'individu dans son milieu naturel et une interprétation de l'information soumise par le chercheur (Denzin et Lincoln, 2000). Il s'agissait donc de laisser les acteurs rendre compte de leur propre construction de la réalité (Berger et Luckmann, 1966; Lecomte, 1982) quant au déroulement de l'intervention dans leur milieu de pratique. En outre, la perspective théorique dans laquelle nous nous inscrivons commande la conduite d'une recherche qualitative qui préconise l'usage de données qualitatives en vue de comprendre et d'expliquer un phénomène social donné (Mucchielli, 1997). En suivant les acteurs, nous pensons qu'il nous serait possible de démêler les interactions et les connexions qui se nouent pour atteindre les objectifs fixés par l'intervention (Callon et al., 1983; Heydon et al., 2015; Latour, 2005a; Nimmo, 2011; Watson, 2010).

Participants

La figure 4 présente les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme et le nombre de participants à l'évaluation. Le choix des participants a été effectué à la suite d'une étude d'évaluabilité qui a permis d'identifier des informateurs-clés pouvant permettre de comprendre les conditions de mise en œuvre et de fonctionnement du programme. Au total, 19 personnes ont accepté de participer à cette évaluation, Ces personnes sont soit des ressources internes à l'école (directeurs d'écoles, enseignants, et autres professionnels, etc.), soit externes à celle-ci (membres d'organismes communautaires).

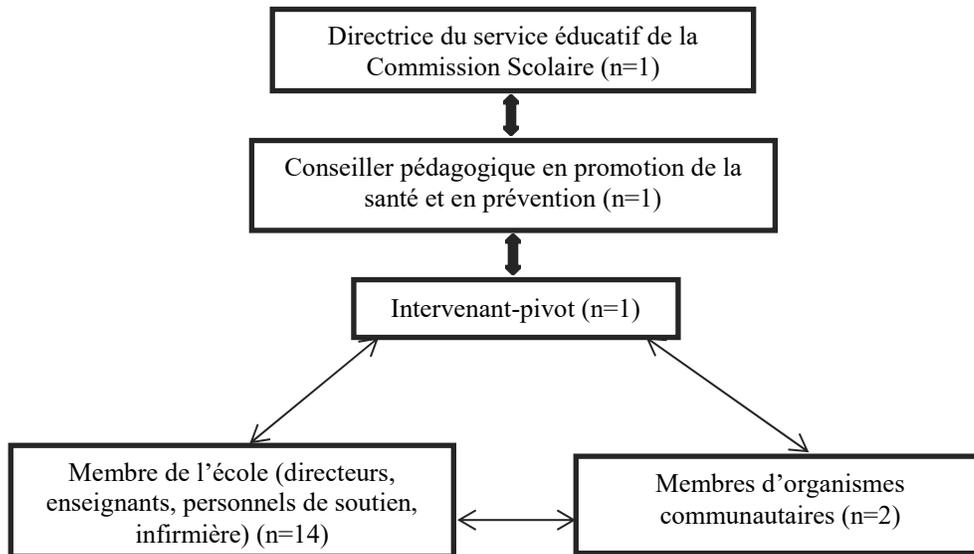


Figure 4. Parties prenantes à l'intervention et nombre de participants à l'évaluation

Comme l'illustre la figure 4, les personnes rencontrées sont la directrice du service éducatif de la commission scolaire (n=1), le conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention (n=1), l'intervenant pivot (n=1) et le personnel des écoles (n=14). Deux représentants des organismes communautaires faisant partie des ressources externes à l'école ont également participé à l'étude. Une dizaine de participants a été rencontrée en entrevue deux fois en vue de clarifier certains éléments de l'entrevue initiale. Les caractéristiques sociodémographiques indiquent que le groupe est constitué de 15 femmes et de 4 hommes avec une expérience professionnelle moyenne de 5 ans.

Instruments et déroulement de la collecte des données

Les processus de mise en œuvre de cette intervention ont été évalués en ayant recours à des entrevues semi-structurées (Miles et Huberman, 1994) et à des analyses documentaire. Les entrevues ont été conduites par l'auteur principal soit en face à face, soit au téléphone. Les analyses ont porté sur les documents pertinents au programme comme les rapports d'étapes rédigés par l'équipe chargée de la mise en œuvre et le journal de bord tenu par l'IP qui renseigne les conditions de mise en œuvre du programme.

Les entrevues semi-structurées ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entretien élaboré à partir du cadre conceptuel de la TAR présenté à la figure 1. Les thèmes abordés étaient relatifs à : 1) la problématisation (démarches préliminaires à l'implantation de l'intervention, compréhension de l'ampleur du phénomène de l'usage des SPA chez les jeunes par les acteurs) ; 2) l'intéressement (stratégies pour intéresser les acteurs à la mise en œuvre) ; 3) l'enrôlement (perception du rôle attribué aux acteurs) ; et la mobilisation des alliés (implication et satisfaction des acteurs par apport à la mise en œuvre). Quinze entrevues se sont déroulées en face à face dans les écoles des participants. En raison de difficultés de déplacement, quatre entrevues ont eu lieu par téléphone. Les entrevues ont été enregistrées sur support audionumérique accompagnés de notes extensibles.

Procédures

La collecte des données s'est déroulée sur plusieurs étapes entre 2012 et 2014. Pour les enseignants, le personnel non enseignant et les directeurs d'écoles, une première série de 12 entrevues a eu lieu à la deuxième année d'implantation du programme pour certains d'entre eux suivie d'une autre série de sept entrevues à la dernière année d'implantation. Lors de cette dernière série d'entrevues, quatre enseignants et directeurs d'écoles ont été ajoutés afin d'élargir notre compréhension de la mise en œuvre du programme.

Tous les participants ont donné leur consentement avant la collecte des données. En ce qui concerne les groupes de discussion, en plus d'avoir reçu le consentement de leurs parents, nous avons obtenu le consentement de chacun des élèves avant le début des échanges. Il est à noter que l'étude ne comportait aucun risque pour les participants étant donné que la collecte des données ne concernait que leurs propres expériences sur la mise en œuvre de l'intervention. L'approbation du comité d'éthiques de la recherche de la Faculté des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal (CERFAS) a été obtenue avant le démarrage de l'étude.

Stratégies d'analyse

Les enregistrements audionumériques des entrevues et des groupes de discussion ont été retranscrits puis complétés par les notes de terrain afin d'effectuer une analyse de contenu thématique (Green et Thorogood, 2004; Kohlbacher, 2006). L'analyse a été organisée autour des thèmes inspirés de la TAR. Les données ont initialement été codées de façon déductive en référence à ces thèmes. Des codes inductifs ont été développés par la suite afin de répertorier

d'autres thèmes qui ont pu émerger du corpus. C'est le cas par exemple du thème de la satisfaction des participants. Deux codeurs ont réalisé le codage d'un tiers des données et les désaccords ont été résolus par consensus. Une fois cela fait, le premier auteur s'est occupé de coder l'ensemble des données. Le logiciel de traitement de données qualitatives QDA Miner a ensuite été utilisé pour appliquer les codes déductifs et inductifs identifiés à tout le matériel (Lewis et Maas, 2007; Silver et Lewins, 2014). Chaque entrevue a été analysée verticalement afin de mieux capter le sens du discours des participants et horizontalement en comparant les thèmes développés par les participants.

Résultats

Les résultats sont présentés suivant les thèmes issus du cadre conceptuel de la théorie de l'acteur-réseau et sont illustrés par des exemples tirés du corpus analysé.

Problématisation et innovation

Cette section apporte des réponses à la première question d'évaluation relative à la compréhension qu'ont les acteurs de la problématisation de l'usage des SPA chez les élèves. L'analyse des données montre que plusieurs questions semblent être à la base du développement de l'intervention en réseau. Au cœur de ces questions se trouve la volonté des initiateurs d'offrir des activités de prévention de l'usage des SPA qui transcendent les deux niveaux d'enseignement primaire et secondaire. Les initiateurs avaient également la volonté de régler les questions liées à la disparité dans les offres d'activités de prévention d'une école à l'autre. Ils voulaient également remédier à l'absence d'activités de prévention adaptées aux élèves du primaire tout en consacrant du temps à faire baisser les comportements addictifs chez les élèves du secondaire. Ainsi, le point de départ de l'intervention en réseau qui repose, en grande partie, sur les principes de l'approche École en santé (Désy, 2009; Martin et Arcand, 2005a; Turcotte et al., 2011) a été le constat d'une situation qui interpellait les initiateurs. L'approche École en santé vise à « convie(r) le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention dans le respect de la mission première de l'école » (Martin et Arcand, 2005b, p. 3).

Après la formulation des problèmes, suit l'étape de l'identification des acteurs nécessaires à la mise en œuvre du programme. Parmi ces acteurs, on distingue les acteurs humains présentés à la figure 4 ci-dessus et les acteurs non-humains qui sont les outils ou des

éléments utilisés par les acteurs humains pour atteindre les objectifs qui ont été fixés. On peut citer, entre autres, les ateliers, le matériel de sensibilisation (brochures, dépliants, présentations, etc.), les visites, le temps, les outils de communication entre acteurs. Ce qui lie ces acteurs, c'est la réussite éducative et le bien-être des élèves, bien que chacun d'eux puisse avoir des intérêts particuliers.

Selon la stratégie d'intervention, l'intervenant pivot est l'acteur chargé de *traduire* le projet dans les différentes écoles participantes avec la collaboration des autres acteurs des milieux scolaires et communautaires. En allant vers ceux-ci, l'intervenant pivot doit montrer la pertinence de l'intervention dont il est porteur et les avantages pour eux de s'y impliquer. Se présente alors pour lui l'occasion de leur présenter la problématique en jeu, c'est-à-dire, l'énonciation d'une situation-problème à laquelle l'intervention conçue est censée apporter une solution. Cette opération est d'autant plus importante et nécessaire que l'intervention en réseau a été conceptualisée principalement par la commission scolaire avec une participation très marginale des écoles. Deux moyens vont être utilisés à ce niveau. D'abord, des rencontres sont organisées avec les responsables d'écoles afin de leur expliquer, chiffres à l'appui, la nécessité d'une telle intervention. Ensuite, les enseignants des niveaux scolaires concernés, le personnel de soutien et les membres des organismes communautaires sont approchés, soit individuellement, soit par petits groupes pour présenter l'approche d'intervention et ses avantages.

Pour l'ensemble des acteurs rencontrés, la situation-problème semble bien comprise et partagée comme le mentionnent ces deux participants à l'évaluation.

« Lorsque l'intervenant nous a présenté l'intervention, nous avons tout de suite trouvé que c'était une bonne initiative, car la problématique de la consommation des drogues est bien présente dans notre école et cela nous préoccupait. Le fait de voir que la commission scolaire envoyait une personne pour qu'ensemble on trouve une solution au problème m'a personnellement beaucoup fait plaisir. » (Enseignant 1 au secondaire).

« Ici au primaire, les élèves ne sont pas encore de grands consommateurs de ces choses (les substances psychoactives). Par contre, nous savons qu'ils vont être très exposés dès leur entrée au secondaire. On sait que cette école (l'école secondaire participant à l'intervention) présente de nombreux facteurs de risque concernant la consommation des drogues. C'est une excellente idée d'avoir pensé à initier une intervention comme celle-là déjà au primaire. » (Enseignant 4 au primaire).

L'adhésion des autres acteurs à la problématique de départ permet à l'intervenant pivot de se positionner d'abord comme le porte-parole du réseau. Le porte-parole, selon la théorie de l'acteur-réseau, n'est pas forcément la personne initiatrice de l'innovation, mais plutôt celle qui permet aux acteurs humains et non-humains d'être connectés entre eux (Akrich et al., 2002b; Colbjørnsen, 2014). L'intervenant pivot se présente, ensuite, comme le point de passage obligé qui permettra de combler les buts et les intérêts des uns et des autres. La figure 5 illustre le point de passage obligé avec les associations entre les entités (acteurs) ainsi que les controverses qui s'interposent entre elles et les buts qu'elles poursuivent. Ce système constitue un réseau d'acteurs et de controverses dans lequel tous décident de se mettre ensemble pour régler la problématique de la consommation des SPA chez les élèves. Dans ce réseau, le rôle de l'intervenant pivot est d'amener les autres acteurs à faire un détour par le point de passage obligé pour atteindre les objectifs fixés.

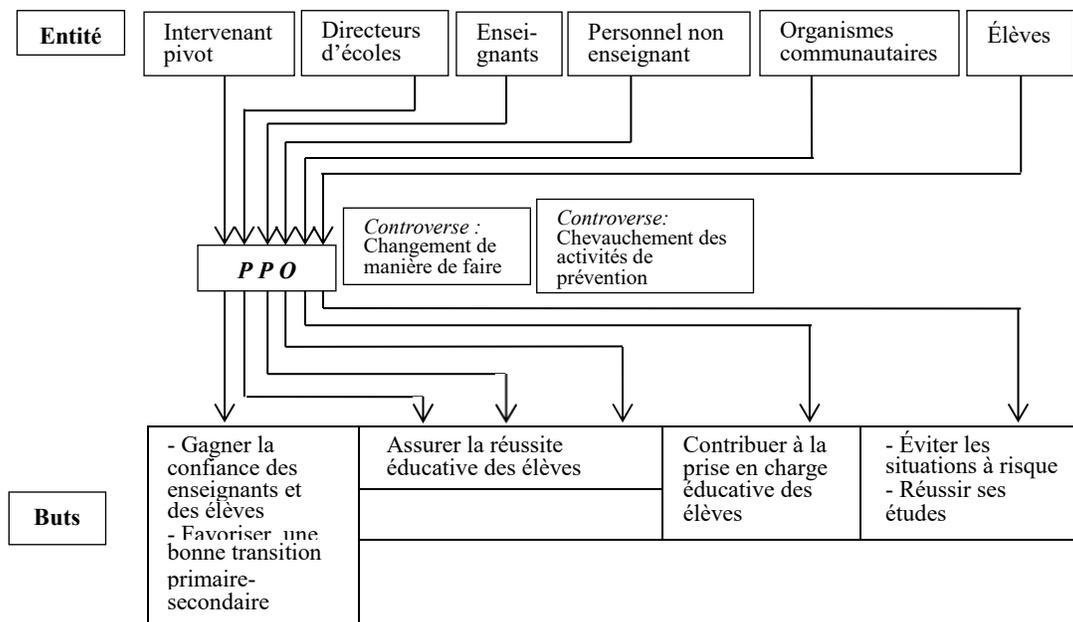


Figure 5. Illustration du point de passage obligé (PPO)

Intéressement, enrôlement des acteurs et gestion des controverses

Les questions d'évaluation 2 et 3 portant sur les stratégies d'intéressement des acteurs et la perception de leur rôle et de celui de l'IP ainsi que les controverses sont abordées dans la présente section. L'intéressement et l'enrôlement correspondent aux moments du processus de

traduction pendant lesquels l'intervenant pivot essaie de connecter les différents acteurs entre eux, qu'ils soient humains ou non-humains, et à faire en sorte que ces derniers acceptent le rôle qui leur est attribué. Par exemple, lorsque l'intervenant négocie l'inscription d'une activité dans l'emploi du temps d'un enseignant, il s'agit d'un acte de connexion de cet enseignant (acteur humain) avec l'agenda et le temps (acteurs non-humains). De même, une connexion se crée entre deux acteurs humains que sont l'intervenant et l'enseignant. Par ailleurs, lorsque les enseignants acceptent de revoir leur agenda en vue d'insérer les ateliers du programme dans leur planification, cela démontre un certain intérêt pour l'intervention de leur part.

Bien que l'intervention ait été bien accueillie par les acteurs, les controverses n'ont pas manqué pour autant. La première controverse était relative à l'inquiétude de responsables d'écoles et de certains enseignants de se voir imposer des façons de faire qui ne seraient pas en adéquation avec ce qui était déjà en vigueur dans leur établissement. La seconde controverse est venue du personnel non-enseignant qui se demandait quel rôle pouvait jouer un intervenant en toxicomanie dans le dispositif de prévention déjà en place et s'il n'y aurait pas chevauchement entre les activités menées par ce dernier avec celles des autres intervenants. Ces controverses ont abouti, au départ, à une forme de mise à l'écart de l'IP qui se traduisait par le fait que celui-ci n'était pas systématiquement associé à certaines activités même celles portant sur la prévention de l'usage des SPA. Pour faire face à ces controverses, l'intervenant pivot a dû déployer des stratégies afin de se faire accepter des autres acteurs. Une de ces stratégies a été de se faire connaître et reconnaître, entre autres, en participant à plusieurs autres activités organisées au sein des écoles.

« J'ai pris le temps de me faire connaître ; j'ai été très présente lors des diners avec les enseignants, aux portes ouvertes, aux différents galas, même sans invitation, pour montrer que je m'intéressais à ce qui se passait. Je ne jugeais pas ce qui se faisait dans ces écoles-là ; j'avais toujours beaucoup de respect et j'essayais de valoriser ce qui se faisait en ajoutant des propositions ou une idée de plus. Je les orientais vers la littérature existante (...). Maintenant, j'ai presque carte blanche sur certaines choses, ce qui n'était pas le cas au début. » (Intervenant pivot).

« Nous avons été séduits par la manière de faire de (l'intervenant pivot). Quand il est arrivé, il n'a pas cherché à nous imposer des choses. Il nous a fait voir ses qualités de collaboration, de disponibilité et de solidarité. Je pense, personnellement que ces qualités-là l'ont aidé à bien s'intégrer parmi nous. » (Enseignant 10 au primaire).

L'autre stratégie abondamment utilisée par l'intervenant pivot était la négociation, principalement avec les acteurs du milieu scolaire (directeurs d'écoles, enseignants, personnel de soutien). Ces négociations avaient généralement pour but de régler les controverses en montrant la nécessité de l'intervention et sa contribution à la réussite éducative des élèves. Plus spécifiquement, il s'agissait de négocier l'insertion des activités dans l'agenda des enseignants en tenant compte du calendrier scolaire, d'obtenir la collaboration de ces derniers et de montrer la complémentarité des activités de prévention conduites par le personnel de soutien avec celles de l'intervention en réseau. En ce qui concerne les membres des organismes communautaires, il s'agissait de négocier les horaires des ateliers et les thèmes à aborder pour les uns et les modalités de référence des élèves, pour les autres.

La gestion efficace de ces controverses a contribué à légitimer l'IP qui devient par la suite un point de passage obligé dans la mise en œuvre du programme et pour les questions relatives à la prévention de l'usage des SPA chez les élèves comme on peut le voir dans ces propos.

« Aujourd'hui, je ne sais pas comment nous pourrions faire dans notre école sans la présence de (l'intervenant pivot) en ce qui concerne les questions de préparation des élèves à la transition primaire-secondaire et la prévention de la consommation des substances psychotropes. Il a su s'intégrer et fait actuellement un travail remarquable avec les autres intervenants qui le consultent très souvent pour avoir son avis sur telle ou telle activité ou pour les accompagner dans certaines activités. » (Enseignant 2 au secondaire).

Une fois la légitimité de sa présence reconnue et que le consensus était fait sur la problématique en jeu, l'intervenant pivot pouvait positionner les rôles de chaque acteur dans le dispositif. Les enseignants, par exemple, voyaient positivement le fait que l'intervention soit pilotée par un autre intervenant, ce qui leur laissait le temps de se consacrer entièrement aux activités académiques et leur rôle se limitant à renforcer, au besoin, le message livré aux élèves.

« Au début, ils (les enseignants) étaient à l'écart dans le coin de la classe et s'occupaient à faire autre chose comme corriger les copies des élèves. Mais progressivement, ils se sont intéressés à ce que je faisais. Ils suivaient mes interventions en classe et n'hésitaient pas à donner des exemples ou à appuyer ce que je disais. » (Intervenant pivot).

« Je dois avouer que j'aime mieux que l'intervention soit conduite comme elle l'est actuellement. En tant qu'enseignant, je préfère me consacrer entièrement aux activités académiques. Il s'agit d'un sujet important, certes, mais le fait que ce soit une personne qui a une formation spécifique dans ce domaine qui anime

les activités est une bonne chose. Moi, mon rôle, c'est de m'assurer que les élèves suivent et comprennent bien le message qui est transmis. » (Enseignant 5 au primaire).

On perçoit bien l'intérêt des enseignants en suivant ces propos qui font également référence à un acteur non-humain important dans la mise en œuvre de l'intervention, c'est-à-dire, les dépliants et les brochures sur l'usage des drogues.

« Je suis les présentations des intervenants quand ils viennent dans ma classe pour animer les ateliers sur ces questions-là (l'usage des drogues chez les élèves) parce que cela m'intéresse doublement en tant qu'enseignant et parent. J'aime bien qu'ils (les intervenants) me laissent de la documentation que je peux exploiter pour poursuivre la discussion avec les élèves. » (Enseignant 4 au primaire).

À travers la documentation laissée aux enseignants après les ateliers, une connexion se crée entre l'acteur humain (l'enseignant) et l'acteur non-humain (les documents de l'intervention). On pourrait croire que si cette connexion n'avait pas existé, il aurait été difficile pour l'enseignant de prolonger les échanges avec ses élèves ; ce qui aurait eu pour conséquence de priver l'intervention d'un élément renforçateur (la répétition) nécessaire à l'atteinte des objectifs.

Une des facettes de l'intervention en réseau est de faire concilier les actions des organismes communautaires avec celles de l'école afin d'exploiter au mieux les compétences et ressources de ces structures. Par conséquent, il faut également enrôler les acteurs du milieu communautaire dans le réseau. Avec la présence de l'IP, les tâches de ces acteurs communautaires étaient facilitées. En effet, plutôt que d'avoir à faire à plusieurs interlocuteurs (directions d'écoles, enseignants, etc.), des arrangements pouvaient être faits directement entre eux et l'intervenant pivot pour plusieurs écoles à la fois ; ce qui permettait à ces acteurs communautaires de se concentrer sur d'autres activités.

« J'avais l'habitude de faire des animations dans les écoles. Mais, avec l'arrivée de (l'intervenant), mon rôle s'est trouvé beaucoup plus facilité d'autant plus que je pouvais faire mes programmations directement avec l'intervenant sans forcément passer par tous les interlocuteurs avec qui je négociais avant pour les animations dans les classes. Les rencontres du Comité d'Actions Famille École Communauté (CAFEC) nous permettent de discuter de nos actions dans les écoles. » (Intervenant 1 du milieu communautaire).

Mobilisation des alliés, satisfaction des acteurs et adaptation

Les résultats des analyses présentés dans cette section permettent de répondre aux questions d'évaluation 4 et 5 sur le degré d'implication des acteurs et leur satisfaction, d'une part et les aménagements apportés pendant la mise en œuvre de l'intervention, d'autre part.

Avec la mobilisation des alliés, la mise en œuvre de l'intervention se consolide, les acteurs ayant accepté leurs rôles respectifs s'impliquent davantage dans la réalisation des activités. Plus ces acteurs sont impliqués, plus l'intervention a des chances de produire les résultats escomptés. La mobilisation des alliés est le résultat de la transformation de la vision que chaque acteur a de la question de la consommation des SPA chez les jeunes pour qu'elle devienne commune à l'ensemble du groupe. En parvenant à déplacer l'attention des enseignants de la correction des copies vers les activités se déroulant en classe avec les élèves, l'acte de mobilisation des enseignants par l'intervenant pivot est alors réussi. Les acteurs mobilisés participent à tous les aspects du programme, prennent des initiatives et expriment une satisfaction à l'égard de son déroulement.

La satisfaction des acteurs humains peut se voir également à travers une bonne connexion entre ceux-ci et les acteurs non-humains lors du processus de traduction. Dans la perspective de la TAR, ces derniers occupent une place aussi importante que celle des acteurs humains. C'est la synergie entre ces deux entités qui permet un bon fonctionnement du réseau. Lorsque les acteurs non-humains ne permettent pas d'atteindre les objectifs fixés par l'intervention, il n'est pas exclu que des modifications ou adaptations soient apportées à celle-ci. Le processus de traduction de l'intervention en réseau n'a pas connu de changement majeur, à l'exception de l'ajustement du temps de présence (acteur non-humain) de l'intervenant pivot qui s'est avéré plus élevé au primaire que prévu. Un autre fait qui concourt à montrer l'importance des acteurs non-humains dans le réseau mérite d'être noté. Alors que les initiateurs entendaient s'appuyer sur divers outils existant sur la prévention de l'usage des SPA auprès des jeunes, ces derniers se sont aperçus, pendant l'implantation de l'inadéquation d'un des outils mobilisés. Après avoir constaté qu'aucun autre outil disponible ne répondait à leurs besoins, une équipe composée de l'intervenant pivot, de l'infirmière, du conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention et d'un agent de planification de la DSP de Chaudière-Appalaches s'est alors affairé à en élaborer un autre. Un mini-réseau est donc mis en place dans le but de produire un acteur

non-humain qui a permis de faire avancer le réseau initial vers la réalisation de ses objectifs. La mise en place de cet outil (un autre acteur non-humain), qui n'était pourtant pas prévu au début du programme, a permis de mieux adapter les activités aux besoins des initiateurs du programme.

« Au départ, on avait des outils qu'on utilisait pour mener les activités comme Système D et Méchant problème qui n'étaient pas adaptés à ce que nous voulions faire ; il y avait un besoin de mise à jour et de dynamisation des visuelles car l'un et l'autre étaient trop axés sur le tabac. Nous avons donc entrepris de développer Système C pour prendre en compte les élèves de 5^e année du primaire. »
(Participant 11 de la commission scolaire).

La nécessité pour ce groupe d'acteurs de développer cet outil de prévention témoigne de son importance et son rôle dans le fonctionnement du réseau sociotechnique constitué. Celui-ci atteint son point de stabilité à mesure que les différents acteurs acceptent leur rôle respectif et s'y conforment et que les acteurs non-humains permettent d'atteindre les objectifs des initiateurs.

Discussion et conclusion

Dans cette étude, notre objectif était d'analyser les processus de mise en œuvre d'une intervention à partir du cadre conceptuel de la TAR. Cette analyse a été effectuée suivant les quatre moments du processus de traduction.

Ceci dit, on peut retenir que la mise en œuvre d'une intervention ou d'une innovation, qu'elle soit du domaine technologique ou social, appelle au regroupement de plusieurs acteurs dans le cadre de réseaux d'échanges et de négociations qui permettent de gérer les controverses qui ne manquent pas dans ce domaine (Venturini, 2010b). Dans ces réseaux, des acteurs autant humains que non-humains interagissent et c'est la dynamisme des rapports entre ces acteurs qui explique les réussites ou échecs de l'implantation des innovations dans ces réseaux (Meier, Missonier et Missonier, 2012).

En outre, cette recherche évaluative a mis en évidence l'importance pour les acteurs d'avoir une même lecture de la problématique en jeu lorsque vient le temps d'implanter une intervention. Selon la TAR, c'est le point de départ du processus qui permet d'implanter l'innovation. Cette problématisation du phénomène est le moteur qui incite un groupe d'acteurs à initier des actions en vue de trouver une solution à une situation sociale donnée (Harrison et

Carrière, 1997). En estimant la situation actuelle intenable, des acteurs se sont mis ensemble pour faire changer le cours des évènements, c'est-à-dire, réduire le nombre de jeunes qui utilisent ou abusent de SPA à l'école, dans le cas présent.

Mais avant de présenter la problématique à laquelle veut s'attaquer une intervention, les acteurs introduits dans une organisation pour amorcer le changement doivent d'abord se faire accepter par ses membres. C'est une fois cette acceptation ou légitimité acquise que l'organisation peut se montrer attentive aux discours de ces intervenants. C'est cette même stratégie qu'ont adopté les trois chercheurs impliqués dans le processus de domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs de la Baie de Saint-Brieuc en France (Callon, 1986). Pour proposer leur approche de repeuplement de la baie par les fameuses coquilles menacées de disparition, les chercheurs se sont d'abord employés à se faire accepter par les différents acteurs concernés par cette problématique. Il leur fallait montrer la pertinence de leur programme de recherche avec les intérêts respectifs de chacune des entités engagées dans le processus.

En ce qui concerne l'école, elle représente un milieu fermé avec ses propres codes qu'il faut savoir décoder avant de pouvoir s'y intégrer (Turcotte et al., 2011). Selon les théories des organisations, la méfiance de certains acteurs quant aux changements qui pourraient remettre en question leur manière de fonctionner relève de la norme dans les organisations scolaires en particulier, et dans les structures humaines de façon générale (Downey, 1961; Hatch et Cunliffe, 2009; Manning, 2013; Plane, 2008; Reeves et al., 2007).

Pour parvenir à intéresser les acteurs du milieu scolaire, il importe de montrer les avantages du programme tout en les rapprochant des objectifs de l'école (MacDonald et Green, 2001) qui portent globalement sur la réussite éducative des élèves. Dans la présente étude, nous avons vu comment l'IP a déployé des stratégies pour aligner les intérêts des acteurs du milieu scolaire aux objectifs de l'intervention. Dans cette intervention comme dans d'autres (Bisset et al., 2009; Bisset, Potvin et Daniel, 2013; MacDonald et Green, 2001), il ressort que même dans les organisations où une innovation reçoit un accueil favorable, la mise en œuvre concrète de celle-ci génère des craintes et appréhensions qu'il faudra nécessairement prendre en compte. Par ailleurs, le processus d'intéressement décrit dans cette étude montre que les qualités intrinsèques d'une innovation ne sont pas suffisantes pour l'imposer aux autres acteurs (Harrison et Carrière,

1997). Il importe de favoriser des négociations et des ajustements afin de prendre en compte les intérêts des uns et des autres qui peuvent parfois paraître divergents (Bisset et al., 2013).

De plus, en intégrant les acteurs non-humains dans l'analyse des phénomènes sociaux et en les plaçant sur le même pied d'égalité que les acteurs humains, la TAR se démarque des autres approches d'analyse (van der Duim et al., 2013). À l'image des acteurs humains, les objets mobilisés dans le cadre d'une intervention contribuent autant à son efficacité. Cette conception des choses participe de cet élan en vigueur en sociologie de l'innovation depuis les années 1970 qui soutient que les objets présents dans les univers sociaux peuvent accéder au statut d'acteurs parce qu'ils affectent les actions et les interactions qui y ont lieu (Dumont, Johannsen et Rousseau, 2011; Vinck, 1999). Il est même possible de leur attribuer le statut de porte-parole au même titre que les acteurs humains (Li Vigni, 2013). Dans le cas qui nous concerne ici, ces acteurs non-humains apportent également leur contribution dans la réussite de l'intervention. En effet, en prenant l'initiative d'adapter les outils utilisés dans la mise en œuvre de l'intervention, les membres du réseau constitué reconnaissent le rôle de ces acteurs dans la production des résultats. Cette situation, combinée avec le besoin ressenti d'ajuster le temps de présence (un autre acteur) de l'IP au primaire et au secondaire atteste également du fait que la mise en œuvre d'interventions nécessite parfois des ajustements, modifications et adaptations successives qui rendent l'intervention plus « digeste » pour les acteurs impliqués (Bisset et al., 2013; Hays, 1996; Mitev et Howcroft, 2011). C'est l'action de l'ensemble des acteurs humains et non-humains qui façonnent l'intervention dans son milieu d'implantation. Si un des acteurs, par exemple l'IP ou les enseignants ou encore le matériel servant aux animations est isolé, l'intervention ne serait plus la même (Lundberg et Sandahl, 2000).

Une autre particularité de la TAR, c'est de prendre en compte les controverses plutôt que de les éluder ou de les ignorer. Tout comme les controverses scientifiques permettent de faire avancer les sciences en permettant l'émergence de nouveaux paradigmes plus riches que les précédents (Kuhn, 1996; Preston, 2008), les controverses dans les organisations contribuent à enrichir les réflexions et la pratique afin d'améliorer les résultats attendus et de stabiliser le réseau (Callon, 2006; Gardner et Dew, 2011). Ici, en apportant des réponses adéquates à ces controverses, l'IP parvient à aligner les intérêts particuliers des autres acteurs sur l'intérêt général (Harrisson et Carrière, 1997). Cette situation a pour avantage de briser les résistances, ce qui favorise l'implantation de l'innovation ou du changement souhaité (Bareil, 2009;

Collerette, 2009; Sheehan, Comiskey, Williamson et Mgutshini, 2015). Dans le cadre du programme analysé, la participation effective des acteurs, leur contribution et leur satisfaction à l'égard de sa mise en œuvre mettent en évidence la gestion efficace des controverses par l'IP. Dans d'autres occasions où les controverses ne sont pas gérées de façon appropriée, on assiste généralement à l'effondrement du réseau et à la dispersion de ses membres (Meier, Missonier, et al., 2012)

Par ailleurs, dans le cadre de cette étude, l'enrôlement des acteurs apparaît comme un moment charnière du processus de traduction. En effet, c'est l'acceptation des rôles qui leur sont attribués qui permet aux acteurs de se mettre en mouvement (se mobiliser) pour le réseau. Comme l'indique Callon (1986, p. 189), « l'enrôlement est un intéressement réussi ». À ce niveau, c'est la justesse des stratégies déployées par le porte-parole (l'IP) qui fera la différence. Le répertoire de stratégies n'est d'ailleurs pas si étendu. À moins d'un coup de force (ce qui n'est pas envisageable dans les circonstances), celui-ci n'a que la négociation, la séduction et la sollicitation à sa disposition (Callon, 1986). Ces stratégies peuvent prendre plusieurs formes allant d'un simple texte envoyé aux acteurs ou d'échanges verbaux avec ces derniers (Meier, Missonier, et al., 2012) à des stratégies plus sophistiquées d'intéressement des autres acteurs (Callon, 1986).

La présente étude comporte cependant quelques limites. L'une d'elles est inhérente à l'approche d'analyse elle-même (Meier, Missonier, et al., 2012; Mitev, 2009). En effet, en utilisant la TAR, le chercheur doit nécessairement faire des choix. Mais comment s'empêcher d'introduire une part d'arbitraire dans nos choix quand le matériel à disposition est vaste et que l'espace disponible pour rendre compte des travaux n'est pas infini ? A cette question, Emilie et Patricia (2014) préconisent, entre autres, de centrer l'analyse sur un élément particulier du porte-parole. C'est ce que nous avons tenté de faire ici. La seconde limite, est que la TAR n'a pas de pouvoir de prédiction. Elle ne peut que s'appuyer sur une rétrospective des faits, faisant essentiellement appel aux souvenirs des participants. Il est donc possible que des omissions aient pu se produire chez ceux-ci, ce qui peut biaiser les résultats obtenus. La force de la TAR réside, cependant, dans sa capacité à offrir un cadre pour la description des phénomènes. Et à ce titre, elle reste une approche pertinente pour l'analyse des processus de mise en œuvre des interventions en décrivant ce qui s'est réellement déroulé.

Article 3. Évaluation d'une approche de prévention de l'usage des substances psychoactives en milieu scolaire au Québec: Une étude par la méthode mixte

Biessé D. Soura¹, Jean-Sébastien Fallu¹, Frédéric Nault-Brière¹ & Robert Bastien²

¹École de psychoéducation, Université de Montréal

²Direction de santé publique de Montréal, Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Contribution de l'étudiant :

Proposition de l'idée et du devis d'évaluation, réalisation de la revue de littérature, collecte et analyse des données et préparation du manuscrit.

Contribution des coauteurs :

Orientation sur la conduite de l'étude et commentaire du manuscrit.

Résumé

Objectif : La présente étude utilise une méthode mixte pour l'évaluation de l'*intervention en réseau*, une intervention qui a pour but de prévenir l'usage de substances psychoactives (SPA) lors de la transition du primaire au secondaire.

Méthode : Les données quantitatives et qualitatives ont été colligées de façon longitudinale et parallèle de 2010 à 2014 pour mesurer les effets de l'intervention et son acceptabilité auprès des participants ainsi que d'identifier les facteurs entravant et favorisant la mise en œuvre du programme. Les données quantitatives ont été collectées par questionnaire auprès de 901 élèves de 5^e et 6^e année du primaire suivis jusqu'en 3^e secondaire alors que des entrevues et des groupes de discussion avec respectivement 22 acteurs-clés et 10 élèves ont été utilisés pour la collecte des données qualitatives. Des analyses de régressions logistiques et de survie (régression de Cox) ont été effectuées pour les données quantitatives. En ce qui concerne les données qualitatives, nous avons effectué des analyses thématiques.

Résultats : L'analyse des données indique que l'intervention n'a pas eu les effets escomptés en ce qui concerne le tabac, avec plus de fumeurs dans le groupe d'intervention que dans le groupe de comparaison à l'an 3 (RC = 0,42; $p < 0,05$). Par contre, des changements positifs ont été observés chez les participants pour la consommation d'alcool (RC = 2,00; $p < 0,05$), pour les boiveries (RC = 2,73; $p < 0,05$) et l'intoxication à l'alcool (RC = 2,00; $p < 0,05$) à l'an 3 et pour la consommation de cannabis à l'an 4 (RC = 2,80; $p < 0,05$). Par ailleurs, les données qualitatives indiquent que l'intervention est très bien acceptée dans les écoles. Elle a bénéficié de l'adhésion et du leadership des directions d'écoles, de la collaboration des enseignants, des qualités de l'intervenant-pivot dans le domaine de l'animation, de la gestion des groupes et de la flexibilité dans sa mise en œuvre.

Conclusion : L'organisation des services en milieu scolaire autour d'un intervenant-pivot qui accompagne les élèves lors de la transition primaire-secondaire semble une intervention efficace pour prévenir l'usage de l'alcool et du cannabis.

Introduction

La consommation de substances psychoactives (SPA) (cigarette, alcool et cannabis) chez les élèves est un phénomène préoccupant au Québec (Dubé et al., 2009; Traoré et al., 2014). Selon les données, le Québec occuperait la première place des provinces au Canada pour la consommation de cigarettes chez les élèves de la 6^e année du primaire à la 5^e secondaire (Dubé, Berthelot et Provençal, 2007; Lasnier et Cantinotti, 2011; Payette et NGuyen, 2009). En ce qui concerne l'alcool, 61% des élèves du secondaire ont rapporté en avoir consommé au cours de leur vie et environ 57% au cours des 12 derniers mois (Traoré et al., 2014). Quant au cannabis, environ 23% des jeunes du secondaire en auraient consommé au cours des douze derniers mois précédant l'enquête (Traoré et al., 2014).

La forte prévalence de l'usage de SPA chez les élèves est inquiétante puisque ces substances auraient des effets néfastes sur les performances scolaires (Chau, Karavdic, Baumann et Chau, 2014; Meier et al., 2015; Stiby et al., 2015), les comportements internalisés et externalisés (Englund et Siebenbruner, 2012; McCann, Higgins, Perra, McCartan et McLaughlin, 2014; Miettunen et al., 2014; Verona, Javdani et Sprague, 2011), les pratiques sexuelles à risque (Ellickson, Tucker, Klein et Saner, 2004), ainsi que sur la santé et le bien-être des individus (Bogart, Collins, Ellickson et Klein, 2007; Fergusson et Boden, 2008; van Beek, 2007; Volkow, Baler, Compton et Weiss, 2014). Par exemple, la consommation excessive d'alcool a été associée aux comportements de délinquance chez les jeunes (Donath et al., 2012; Miller et Plant, 1999) et le cannabis aurait des effets qui pourraient être irréversibles même à l'âge adulte, sur certaines fonctions cognitives comme la mémoire (Meier, Caspi, et al., 2012a; Parada et al., 2011; White et Scott, 2005).

Plusieurs facteurs ont été identifiés dans la littérature scientifique comme étant à l'origine de la consommation de SPA chez les jeunes. Ces facteurs concernent, entre autres, le milieu familial (Aalborg et al., 2012; Hemovich et Crano, 2009; Llorens, Barrio, Sanchez, Suelves et Group, 2011; Sahed, 2014), le milieu scolaire (Bond et al., 2007; Moon et Ando, 2009), les pairs (Allen, Chango, Szwedlo, Schad et Marston, 2012; Black, Tobler et Sciacca, 1998; Thorlindsson et Bernburg, 2006) ainsi que des facteurs personnels comme l'âge et le sexe (Gagnon et Rochefort, 2010; Guxens, Nebot et Ariza, 2007).

Une autre situation problématique concerne la précocité avec laquelle les jeunes québécois s'adonnent à l'usage de SPA. En effet, selon Nanhou et al. (2013), entre la 6^e année du primaire et la 1^{ère} secondaire, il y aurait respectivement 3,9%, 8,7% et 3,2% d'élèves qui rapportent avoir consommé du tabac, de l'alcool et d'autres drogues. Or, les études portant sur les effets de ces substances indiquent que la consommation précoce serait néfaste à la fois sur le plan physique, mental et psychosocial (Gagnon et Rochefort, 2010; Maggs et Schulenberg, 2005; Medina, Schweinsburg, Cohen-Zion, Nagel et Tapert, 2007; White et Scott, 2005). Selon plusieurs auteurs, l'initiation à la consommation de SPA commençant pour certains jeunes avant leur entrée au secondaire, il serait bénéfique que les activités de prévention les rejoignent avant que ceux-ci n'accèdent à ce niveau scolaire (Miller, Smith et Goldman, 1990; Zucker, Donovan, Masten, Mattson et Moss, 2008). Pourtant, à notre connaissance, très peu de programmes destinés aux jeunes de ce groupe d'âge sont disponibles au Québec et la plupart n'ayant pas été évaluées, il manque des données fiables sur leur efficacité.

Selon plusieurs auteurs, les interventions qualifiées de meilleures pratiques en matière de prévention de l'usage de SPA en milieu scolaire sont caractérisées par la qualité des intervenants, leur stratégie d'intervention (participative et interactive), les profils des participants et l'acquisition de compétences sociales (Paglia et Room, 1999; Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn et Roona, 1999; Tobler et al., 2000). En outre, ces interventions devraient cibler plusieurs facteurs bénéfiques et/ou de risque à la fois (Coie et al., 1993), durer suffisamment longtemps pour produire des effets sur la population cible et avoir des objectifs clairement définis (Porath-Waller et al., 2010; Tobler et al., 2000).

S'appuyant sur ces recommandations, une intervention pilote a été développée et mise en œuvre dans une commission scolaire du Québec sur une période de 4 années. Cette intervention s'appuie sur un intervenant-pivot qui déploie des activités de prévention de l'usage de SPA en suivant les élèves depuis le primaire jusqu'au secondaire. Le but de ce programme est d'augmenter les facteurs positifs ou bénéfiques (accompagner les jeunes dans la transition primaire-secondaire, accroître l'engagement scolaire, etc.) et de réduire les facteurs de risque (pression des pairs, accessibilité des SPA, croyances négatives sur les SPA, etc.) afin de réduire la consommation de SPA chez les élèves.

Le présent article a pour but de présenter les résultats de l'évaluation de cette intervention. Cette évaluation préliminaire utilise un devis de recherche hybride de type 1

(Curran, Bauer, Mittman, Pyne et Stetler, 2012) combinant à la fois des données quantitatives sur les effets de l'intervention et des données qualitatives en vue de déterminer son acceptabilité auprès des acteurs impliqués et d'identifier les facteurs entravant et facilitant sa mise en œuvre. Plus spécifiquement, la présente évaluation vise à répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les effets de l'intervention sur la prévalence de la consommation et sur l'âge de l'initiation aux SPA chez les participants ?
2. Quels sont les effets de l'intervention sur l'usage problématique d'alcool (consommation excessive) et la consommation concomitante d'alcool et de cannabis chez les participants ?
3. Du point de vue des acteurs (intervenant-pivot, enseignants et élèves) quelle est l'acceptabilité de cette intervention au sein des écoles et quels sont les facteurs entravant ou facilitant sa mise en œuvre ?

Méthode

En accord avec les questions formulées ci-dessus, cette recherche évaluative adopte un devis hybride de type 1 (Curran et al., 2012). Celui-ci consiste à collecter simultanément des données sur les effets d'une intervention et celles portant sur le processus de sa mise en œuvre (Hagedorn et al., 2014; Roy-Byrne et al., 2010). Dans le cadre de cette étude, les effets de l'intervention ont été mesurés par le biais de données quantitatives alors que les processus de mise en œuvre ont été évalués en ayant recours aux données qualitatives. Ces données collectées de façon longitudinale et parallèle entre 2010 et 2014 ont ensuite été intégrées dans la phase d'interprétation des résultats. La figure 6 présente le schéma explicatif des types de données colligées ainsi que le mode d'intégration des données. Nous avons donc eu recours à une méthode de recherche mixte parallèle dans laquelle les données quantitatives et qualitatives sont colligées parallèlement, analysées avec des approches et outils propres à chacune d'elles et intégrées lors de la phase d'interprétation des résultats.

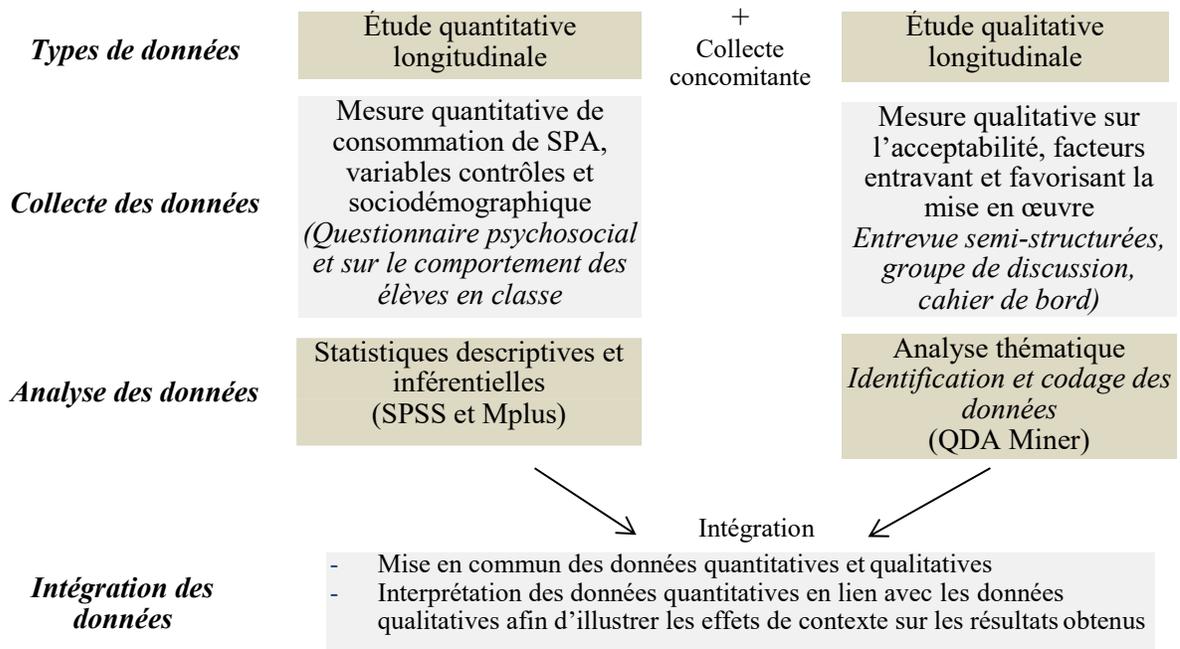


Figure 6. Schéma explicatif de l'intégration des données, adapté de Phuye et al. (2013)

Volet quantitatif

Devis

Pour évaluer les effets de l'intervention, nous avons eu recours à un devis quasi-expérimental longitudinal (Shadish, Cook et Campbell, 2002; White et Sabarwal, 2014). Ce devis nous a permis de comparer les élèves ayant participé à l'intervention (groupe d'intervention) à ceux qui n'en ont pas bénéficié (groupe de comparaison). Ce groupe de comparaison a été retenu en raison du fait qu'il partage les mêmes caractéristiques que le groupe d'intervention et que les écoles qui le composent proviennent de la même commission scolaire que celles du groupe d'intervention. Initialement, deux groupes de comparaison avaient été identifiés. Mais après le constat que les interventions qui devaient être déployées différemment pour comparer diverses modalités de l'intervention ne l'étaient pas, nous avons mené des analyses préliminaires montrant que ces deux groupes ne différaient pas en ce qui concerne la très grande majorité des variables socioéconomiques et de contrôle. Ces groupes ont été fusionnés pour constituer un seul groupe de comparaison et ainsi augmenter la puissance statistique des analyses.

Participants et procédures

Les données ont été collectées chez les élèves qui proviennent de 12 écoles primaires dont 5 appartiennent au groupe d'intervention et 7 au groupe de comparaison. Une lettre de consentement a été adressée aux parents des élèves de 5^e et 6^e année du primaire les invitant à autoriser leur enfant à participer à l'étude. À l'issue de ce processus, 935 réponses positives représentant environ 60% des élèves éligibles ont été reçues. De ce nombre, 901 élèves ont effectivement complété le questionnaire lors de la première collecte. Les données ont été collectées en classes à quatre reprises, soit avant le démarrage de l'intervention, puis à 12, 24 et 36 mois après la première collecte. Un code d'identification a été attribué à chacun des participants afin de garantir leur confidentialité. La durée moyenne pour compléter le questionnaire était de 35 minutes. Quant aux enseignants, ils ont rempli un questionnaire portant sur le comportement des élèves à trois reprises de 2010 à 2013. La conduite de l'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique de la Recherche de la Faculté des Arts et Sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal.

Instruments

Les questionnaires utilisés ont été constitués à partir d'échelles validées provenant de plusieurs outils comme le Manuel sur des mesures de l'Adaptation Sociale et Personnelle pour les Adolescents Québécois (MASPAQ) (Le Blanc et al., 1996) le *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD 2011) (Hibell et al., 2009), le General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg et al., 1997; Killic et al., 1997; Pevalin, 2000) et du Questionnaire d'Évaluation du Comportement Social (Tremblay, Loeber, et al., 1991; Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piche et Royer, 1992). Les différents questionnaires administrés aux élèves du primaire et du secondaire ainsi que celui complété par les enseignants sont présentés respectivement aux annexes 3, 4 et 5.

Variables dépendantes (VD)

Les analyses ont porté sur les VD considérées pour les deux dernières années d'évaluation, soit l'an 3 et l'an 4. Plusieurs variables de l'étude n'étaient pas normalement distribuées, notamment en raison de la rareté des comportements de consommation. Ces variables ont été dichotomisées en prenant en compte l'échelle initiale et une répartition adéquate des sujets dans chacun des deux groupes ainsi constitués. Quant aux variables qui

présentaient une distribution normale ou quasi-normale, elles ont été considérées comme des variables continues.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis. La consommation a été mesurée à l'aide d'un item pour chacune de ces substances. Les trois items demandaient aux élèves s'ils avaient fumé du tabac au cours des 30 derniers jours et s'ils avaient bu de l'alcool ou consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Les items proviennent du MASPAQ. Au secondaire, les élèves ont également été sondés pour leur consommation d'autres substances comme les médicaments sans ordonnance, l'ecstasy, le LSD, les amphétamines et les hallucinogènes. Les items concernant ce type de substances proviennent de l'ESPAD. Les choix de réponses vont de 1 (je n'ai jamais consommé) à 7 (j'ai consommé tous les jours). Les élèves ayant répondu positivement devaient indiquer l'âge auquel ils l'avaient fait pour la première fois. Les variables ont été dichotomisées (n'a jamais consommé = 0 et a consommé = 1).

La polyconsommation ou la consommation concomitante d'alcool et de cannabis a été évaluée par un item provenant de l'ESPAD et qui demandait aux élèves le nombre de fois qu'ils avaient consommé de l'alcool et du cannabis en même temps au cours des 12 derniers mois. Les choix de réponses étaient jamais (1), une fois ou deux (2), plusieurs fois (3) et très souvent (4). La variable a été dichotomisée (non = 0 et oui = 1).

La fréquence d'intoxication à l'alcool a été évaluée par un item du MASPAQ demandant le nombre de fois où le participant s'était soulé avec de la bière, du vin ou d'autres boissons fortes au cours des 12 derniers mois. Ce dernier devait choisir entre les réponses suivantes : jamais (1), 1 ou 2 fois (2), quelques fois (3) et très souvent. La variable a été par la suite dichotomisée (non = 0 et oui = 1).

La fréquence de consommation excessive d'alcool ou « binge drinking » a été évaluée par un item de l'ESPAD portant sur le nombre de fois l'élève avait consommé 4 verres ou plus pour les filles et 5 verres ou plus pour les garçons, afin de tenir compte de la différence entre les sexes dans les niveaux de consommation (Chauvet, Kamgang, Ngui et Fleury, 2015). Les choix de réponses allaient de 1 (jamais) à 6 (10 fois et plus). La variable a été dichotomisée (0 = non et 1 = oui).

L'accessibilité aux SPA a été mesurée par un item de l'ESPAD formulé pour chacune des 3 substances (tabac, alcool et cannabis). On demandait aux élèves d'indiquer jusqu'à quel point il était facile ou difficile pour eux de se procurer une de ces SPA s'il le voulait. Cinq choix

de réponses étaient offerts, à savoir (0) « je ne sais pas ou impossible », (1) « Impossible », (2) « Très difficile », (3) « Assez difficile », (4) « Assez facile » et (5) « Très facile ». L'accessibilité moyenne est située à 2,49. Cet item a été dichotomisé (accessibilité difficile = 1 et accessibilité facile = 2).

Les risques associés à la consommation de SPA ont été mesurés à l'aide de 6 items de l'ESPAD qui demandaient aux élèves d'indiquer selon eux, les risques encourus (physiquement ou d'une autre façon) lorsque l'on fume la cigarette de temps en temps ou souvent. La même question est posée au sujet de l'alcool (5 verres et plus) et du cannabis. Quatre choix de réponses sont offerts aux participants : aucun risque (1), risque faible (2), risque moyen (3) et risque élevé (4). Le risque moyen est situé à 3,49. L'échelle a également été dichotomisée (risque faible = 1 et risque élevé = 2).

Détection de l'alcoolisme a été mesurée par une échelle développée par Ewing et Rouse (Ewing, 1984, 1988). Plus connue sous l'abréviation CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye opener*), cette échelle comprend 4 items, par exemple, « avez-vous déjà senti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ? » ou « vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ? Seuls deux choix de réponses étaient offerts aux participants (Non = 0 et Oui = 1). Un score supérieur ou égal à 2 indique une forte probabilité d'existence de problèmes relatifs à un usage excessif d'alcool chez l'individu (Ewing, 1988).

Variables indépendantes (VI) ou contrôle (VC)

Toutes les VI et VC ont été considérées à l'an 1 de l'évaluation à l'exception de la variable prestige occupationnel des parents dont la première collecte a commencé à l'an 2.

Communication parent-enfant a été obtenue en faisant la moyenne de 6 items du MASPAQ qui évaluent le niveau de communication entre les jeunes et leurs parents. Il s'agissait pour les jeunes d'indiquer par exemple dans quelle mesure ils parlaient de leurs projets avec leurs parents ou questionnent ces derniers sur l'établissement des règles dans la vie de tous les jours. Les items ont été codés de 1 (jamais) à 4 (toujours). L'échelle a été dichotomisée (communication parent-enfant faible = 1 et communication parent-enfant élevée = 2). Le point de coupure était situé à 2.

Supervision parentale a été mesurée par 3 items pour chacun des deux parents avant de faire la moyenne pour obtenir une seule échelle. Ici, on demandait aux élèves d'indiquer si leur

père (mère) savait où (ou avec qui) ils étaient lorsqu'ils étaient en dehors de la maison. Les items constituant cette échelle proviennent du MASPAQ et ont également été codés de 1 (jamais) à 4 (toujours). L'échelle a également été dichotomisée (supervision parentale faible = 1 et supervision parentale élevée = 2) avec pour point de coupure situé à 3,99.

Conflits avec les parents ont été mesurés à partir d'items (3 items pour chacun des parents) tirés du MASPAQ. Par exemple, on demande aux élèves si, dans la vie de tous les jours, il leur arrive d'être en désaccord avec leur père ou leur mère ou s'il leur arrive de se chicaner avec ces derniers. Initialement codée de 1 (jamais) à 4 (toujours), l'échelle a été dichotomisée avec d'un côté les conflits faibles (1) et de l'autre les conflits élevés (2). Le point de coupure était situé à 2.

Engagement scolaire a été évalué par le biais de 4 items du MASPAQ. Les élèves ont été invités à se prononcer sur les énoncés suivants : « j'ai du plaisir à l'école », « j'aime l'école », « ce qu'on fait à l'école me plaît » et « ce que nous apprenons à l'école est intéressant ». Les réponses varient de « tout à fait faux » (1) à « tout à fait vrai » (7). L'échelle a été dichotomisée en engagement scolaire faible (1) et engagement scolaire élevé (2). Le point de coupure était situé à 4,99.

Rendement scolaire a été mesuré avec deux items du MASPAQ portant sur les cours de français et de mathématiques à l'école. Les élèves devaient situer leur niveau dans ces deux cours en comparaison aux autres élèves par rapport à la dernière évaluation. Les choix de réponses sont les suivants : je suis parmi les moins bons (1) ; je suis plus faible que la moyenne (2) ; je suis dans la moyenne (3) ; je suis plus fort que la moyenne (4) ; et je suis parmi les meilleurs (5). Cette échelle a été dichotomisée pour séparer les rendements scolaires faibles (1) des rendements scolaires élevés (2). Le point de coupure de cette variable était situé à 3.

Comportements déviants des élèves ont été évalués par huit énoncés du MASPAQ demandant aux élèves d'indiquer le nombre de fois qu'ils avaient fait partie d'un groupe qui a volé quelque chose d'une valeur de 10\$ ou fait partie d'un groupe qui a commencé la bagarre avec un autre groupe au cours des 12 derniers mois. Les choix de réponses variaient entre 1 (jamais) et 7 (40 fois ou plus). Cette échelle a été dichotomisée en séparant les comportements déviants faibles (1) de ceux plus élevés (2). Le point de coupure était situé à 1,13.

Isolement social à l'école. Cette échelle de type Likert a été constituée à l'aide de 5 items provenant du MASPAQ. Nous avons demandé aux participants d'indiquer dans quelle

mesure les énoncés présentés étaient « très vrai », « assez vrai », « un peu vrai » ou « pas très vrai ». Ces énoncés concernaient, par exemple, « je me sens seul à l'école » ou « je n'ai pas d'amis dans mes classes ». Les items ont été codés de 1 à 4, mais l'échelle a été dichotomisée pour représenter d'une part l'isolement social faible (1) et d'autre part l'isolement social élevé (2). Le point de coupure était situé à 1,5.

Consommation de SPA des amis a été évaluée par 3 items à raison d'un item pour chacune des 3 substances tabac, alcool et cannabis. Les participants devaient répondre aux énoncés suivants : « combien de tes meilleurs amis, à l'extérieur de l'école fument la cigarette ou boivent de l'alcool ou encore prennent du cannabis ? » Les choix de réponses allaient de 1 (aucun) à 5 (tous). Les variables ont également été dichotomisées (aucun ami consommateur = 0 et au moins un ami consommateur = 1).

Inattention en classe. L'échelle d'inattention en classe provient du Questionnaire d'Évaluation du Comportement Social (QECS) développé Tremblay et ses collègues (Tremblay, Mccord, et al., 1991; Tremblay, Vitaro, Gagnon, et al., 1992). Elle a été constituée à partir de 2 items à compléter par l'enseignant pour chacun des participants. Les enseignants étaient invités à indiquer si les deux comportements suivants (l'élève est distrait et l'élève a une faible capacité de concentration) ne s'appliquent pas (0), s'appliquent occasionnellement (1) ou s'appliquent fréquemment (2) chez l'élève. L'échelle d'inattention a été dichotomisée en inattention faible (1) et inattention élevée (2). Le point de coupure était situé à 0,5.

Prosocialité en classe a été mesurée par la version à 5 items de cette échelle qui provient également du QECS. Elle a été complétée par les enseignants pour chaque élève participant à l'évaluation. Il lui était demandé d'indiquer si le comportement s'appliquait occasionnellement ((1), fréquemment (2) ou pas (0) chez l'élève. Comme exemple de comportements de prosocialité on peut citer « se propose pour aider à nettoyer un dégât fait par quelqu'un d'autre » ou « essaie d'aider un ami qui s'est blessé ». Cette variable a été dichotomisée en prosocialité faible (1) et prosocialité élevée (2). Le point de coupure était situé à 0,89.

Agressivité en classe a été mesurée avec 13 items du QECS qui ont été complétés par les enseignants pour chaque élève participant à l'étude. Les énoncés étaient relatifs aux comportements des élèves en classe. Il s'agissait, par exemple des comportements suivants : « l'élève détruit ses propres choses ou celles d'autrui » ou « l'élève menace ou malmène les autres afin d'obtenir ce qu'il veut » ou encore « l'élève est irritable. Il s'emporte facilement ».

Les choix de réponses sont identiques aux deux échelles précédentes. Cette échelle a également été dichotomisée avec d'un côté une faible agressivité (1) et de l'autre une agressivité élevée (2). Le point de coupure était également situé à 0,89.

Relations élève-enseignants. Les items de cette échelle ont été initialement développés par Pianta et ses collègues (Pianta, 1997; Pianta, Nimetz et Bennett, 1997; Pianta et Steinberg, 1992). L'échelle initiale comportait plusieurs sous dimensions qui ont été ramenées à 2 avec 13 items dont 6 items pour la sous dimension des relations chaleureuses (ex. « je parle facilement de moi avec mon enseignant », « je me sens proche de mon enseignant et je lui fais confiance ») et 7 items pour la sous dimension des relations conflictuelles (ex. « je me mets facilement en colère contre mon enseignant », « j'éprouve de la difficulté à bien m'entendre avec mon enseignant ») (Fallu et Janosz, 2003). Puisqu'elles étaient normalement distribuées, les deux sous échelles n'ont pas été dichotomisées.

Détresse psychologique a été mesurée à l'aide de 5 items provenant du *General Health Questionnaire* (GHQ). Par exemple, on demandait aux élèves si au cours des 12 derniers mois ils s'étaient sentis déboussolés ou incapables de faire les choses ou s'ils avaient ressenti de la panique ou de la peur sans raison. Les choix de réponse variaient de pas du tout (1) à plus souvent que d'habitude (4).

Variables sociodémographiques concernent le sexe (garçon = 1 et fille = 2), le niveau scolaire des élèves (5^e année = 1 et 6^e année = 2), la structure familiale (famille séparée = 0 et famille intacte = 1) et le prestige occupationnel des parents obtenu à partir de l'index des professions au Canada (Blishen et al., 1987).

Volet qualitatif

Participants

Les données qualitatives proviennent de deux groupes de personnes recrutées dans le cadre d'un échantillonnage intentionnel (Savoie-Zajc, 2007). D'abord les acteurs concernés ou impliqués dans la mise en œuvre de l'intervention (N = 17) ont participé à des entrevues semi-structurées. Il s'agit de la directrice du service éducatif de la commission scolaire, du conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention, de l'IP et de membres de personnel des écoles (directeurs, enseignants, éducateurs, infirmières, etc.). La durée moyenne d'expérience de travail était de 5 ans pour ces participants dont 15 étaient des femmes. Parmi eux, 5 ont

participé à plus d'une entrevue dans le but d'approfondir certains aspects d'un premier échange. Des groupes de discussion ont également été organisés avec les élèves du secondaire (N = 10) répartis en deux groupes de 5 participants. Les caractéristiques des élèves ayant participé aux groupes de discussion sont présentées au tableau 6. Ces élèves sont âgés entre 13 et 16 ans (moyenne = 14,4 ; écart-type =1,0), sont en majorité des filles, ont pris part au programme pour la première fois lorsqu'ils étaient au primaire sauf un.

Tableau 6: Caractéristiques des participants aux groupes de discussion

Participants	Age	Sexe	Niveau scolaire (Sec.)	Niveau scolaire à la 1 ^{ère} participation au programme	Contacts individuels avec l'intervenant-pivot (Oui/Non)
1	15 ans	F	Sec. 3	5 ^e année	Non
2	16 ans	F	Sec. 3	6 ^e année	Non
3	15 ans	F	Sec. 3	5 ^e année	Oui
4	15 ans	G	Sec. 3	5 ^e année	Oui
5	15 ans	G	Sec. 3	6 ^e année	Non
6	13 ans	F	Sec. 1	5 ^e année	Non
7	14 ans	F	Sec. 2	Sec.1	Non
8	14 ans	F	Sec. 2	5 ^e année	Non
9	14 ans	F	Sec. 1	5 ^e année	Non
10	13 ans	G	Sec. 1	6 ^e année	Non

G=Garçon / F=Filles ; Sec. = Secondaire

Les participants sont en majorité des filles (7/10) et on comptait 3 élèves du secondaire 1, 2 du secondaire 2 et 5 du secondaire 3. Ils ont été sélectionnés en raison de leur exposition prolongée à l'intervention et de leur aisance à débattre en présence de leurs pairs. Une gratification équivalente à 7 dollars canadiens a été offerte à chacun des élèves pour leur participation.

Instruments

Les données ont été collectées par des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion (Yin, 2003). Un guide d'entrevue (annexe 1 et 2) et un protocole de groupes de discussion (annexe 6) ont été conçus pour ces données qualitatives. Ces deux instruments visaient à comprendre de façon plus approfondie l'expérience des participants en ce qui concerne la mise en œuvre de l'intervention. Ils comprenaient des questions ouvertes permettant à ceux-ci de s'exprimer plus en détail sur l'expérience vécue (Riley et Hawe, 2009; Savoie-Zajc,

1997). Le contenu des instruments était adapté aux types d'acteurs rencontrés et couvrait les questions liées aux connaissances des acteurs sur l'intervention, la façon dont celle-ci a été introduite dans les écoles, son acceptabilité auprès des acteurs, les adaptations ou ajustements effectués et les facteurs favorables ou défavorables à sa mise en œuvre. Les entrevues et les groupes de discussion ont été enregistrés avec l'accord des participants et des notes extensives ont été prises afin d'enrichir les discours avec des éléments contextuels.

Stratégies d'analyse des données quantitatives et qualitatives

Pour les données quantitatives, nous avons d'abord produit le tableau de corrélations entre toutes les variables de l'étude afin de voir les associations entre elles. Ensuite, nous avons fait une analyse descriptive des données de l'étude et effectué des tests pour évaluer les différences entre les groupes et l'effet de l'attrition. Puis, pour les variables dépendantes dichotomisées, nous avons fait des analyses de régressions logistiques pour tester l'effet de l'intervention sur la prévalence de la consommation de SPA, l'initiation aux SPA, la consommation problématique d'alcool et la consommation concomitante d'alcool et de cannabis (polyconsommation). Des analyses de survie avec la méthode de Cox (Cox, Chu, Schneider et Munoz, 2007) ont également été effectuées pour évaluer les effets de l'intervention sur l'initiation à la consommation d'alcool et de cannabis. Pour la seule variable continue (consommation de SPA), nous avons plutôt effectué une analyse de régression linéaire pour évaluer l'effet de l'intervention.

Compte tenu de la faible prévalence des comportements de consommation à la préadolescence, les analyses ont été centrées sur les substances les plus répandues, à savoir : le tabac, l'alcool et le cannabis. Par ailleurs, nous avons analysé les résultats lors des 3^e et 4^e années d'évaluation afin, à la fois, de permettre à l'intervention de faire son œuvre et parce qu'il aurait été pratiquement impossible de détecter des effets plus tôt vu la très faible prévalence de ces comportements avant le 3^e secondaire. Des variables contrôles ont été ajoutées dans les analyses

soit parce que celles-ci permettaient d'indiquer le niveau de base de la VD, soit qu'elles présentaient des différences initiales entre les groupes ou qu'elles étaient associées à l'attrition. Les analyses ont été exécutées en trois blocs. Un premier bloc vérifiait l'effet de l'intervention sans variables contrôles (modèle univarié). Le deuxième bloc est un modèle multivarié dans lequel les variables de contrôles incluant le niveau de base de la VD (ou un

proxy) ont été ajoutées. Le troisième bloc est un modèle épuré dans lequel seules les variables contrôles significatives et les variables sociodémographiques ont été conservées en plus du niveau de base de la VD (modèle épuré) et de la variable intervention. Les statistiques descriptives et le tableau de corrélations ont été produits avec SPSS (version 20) tandis que les statistiques inférentielles ont été réalisées avec MPlus. L'avantage de MPlus, c'est que ce logiciel permet de prendre en compte à la fois les variables dépendantes continues et catégorielles dans l'estimation des modèles (Collins, Logan et Neighbors, 2010; Muthén et Muthén, 2007). Il permet également d'estimer les coefficients avec l'option de maximum de vraisemblance (*Full Information Maximum Likelihood*) permettant de prendre en compte les données manquantes et les variables qui leur sont liées (Tucker et al., 2005).

Pour les données qualitatives, une analyse de contenu thématique a été effectuée en suivant les six étapes de Newell, Burnard et Newell (2011) : 1) les mémos consignés lors des entrevues et des groupes de discussion ont été révisés; 2) la retranscription des entrevues ont été lues et relues à plusieurs reprises afin de se familiariser avec le matériel et d'identifier les thèmes généraux; 3) les codes ont été assignés dans les marges afin de résumer l'idée développée lorsque celle-ci évoquait les thèmes de l'acceptabilité, des facteurs entravant et favorisant la mise en œuvre ainsi que des recommandations en vue d'améliorer l'implantation de l'intervention. Ce système de codage effectué par deux codeurs sur 50% du matériel était ouvert de sorte à intégrer des codes émergents au fur et à mesure de l'analyse. Le degré d'accord entre les codeurs était de 92%. Les désaccords ont été résolus par consensus ; 4) des catégories ont été formées par consensus entre les codeurs afin de réduire le nombre de codes à de grands ensembles couvrant nos principaux concepts à l'étude; 5) ces catégories ont été appliquées à l'ensemble du matériel par un seul codeur puis révisé par le second. Des ajustements ont été faits quand cela était nécessaire; 6) des extraits d'entrevues ont été tirés du corpus pour illustrer les réponses apportées aux questions de recherche.

Résultats

Résultats quantitatifs

Attrition

Le tableau 7 présente l'attrition entre les différents temps de mesure. On note qu'environ 70% des élèves ont quitté l'étude à l'an 4. Une analyse a été effectuée pour savoir si la nature de l'attrition a un effet sur les résultats. Cette opération a été réalisée à l'aide d'analyses de variance (ANOVA) et des tests de Chi2 (X^2). Les analyses indiquent que plus de filles du groupe d'intervention ont quitté l'étude comparées à celles du groupe de comparaison ($X^2(1) = 4,11$; $p < 0,05$) ; que les sujets perdus proviennent de familles ayant un prestige social plus élevé ($F = 49,76$; $p < 0,05$) et que les comportements déviants sont plus fréquents chez les sujets perdus ($X^2(1) = 3,54$; $p < 0,05$). Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne toutes les variables dépendantes.

Tableau 7: Attrition entre les différents temps de mesure

	2010-2011 (An 1)	2011-2012 (An 2)	2012-2013 (An 3)	2013-2014 (An 4)
Total	901	619	462	262
Pourcentage	100	68,7	51,3	29,1

Par ailleurs, pour minimiser l'effet de l'attrition sur les données, les analyses ont été effectuées avec le logiciel MPlus avec l'option de maximum de vraisemblance pour prendre en compte les données manquantes comme mentionné ci-dessus.

Analyses descriptives

Au début de la recherche évaluative, les participants étaient issus des classes de 5^e (47,8%) et 6^e année (52,2%) du primaire. Leur âge était situé entre 10 et 13 ans avec une moyenne de 10,8 (é.t. de 0,7). On comptait 458 filles (50,8%) et 443 garçons (49,2%). Parmi les 901 participants, 285 (32%) étaient issus de familles séparées. Sur l'index des professions au Canada, les participants avaient une moyenne de 55, ce qui indique qu'ils provenaient de familles issues de la classe moyenne.

Tableau 8: Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variables	Intervention N total = 324		Comparaison N total = 577		X ² /F
	% ou Moy. (É.T ¹)	n	% ou Moy. (É.T ¹)	n	
Âge des participants	10,8 (0,71)	324	10,8(0,6)	577	0,1
Sexe des participants (filles)	46,9	152	53	306	3,1
Niveau scolaire (5 ^e année)	46,6	151	48,5	280	0,3
Prestige socioéconomique des parents	54,6(17,7)	160	55,1(18,8)	303	0,1
Structure familiale (famille séparée)	25,6	83	35,5	202	9,2**
Communication parent-enfant (élevée)	87,9	283	82,7	474	4,2*
Supervision parentale élevée)	63,8	199	64,4	353	0,1
Conflits avec les parents (élevés)	19,8	63	19,5	108	0,1
Comportements déviants (élevés)	30,3	98	30,3	174	0,1
Inattention en classe (élevée)	44,7	138	48,1	273	1,0
Prosocialité en classe (élevée)	56,6	175	63,0	356	3,4
Agressivité en classe (élevée)	39,8	123	41,5	236	0,2
Détresse psychologique	1,6(0,40)	322	1,6(0,4)	564	0,1
Isolement social (élevé)	25,0	81	22,0	127	1,2
Consommation des amis (oui)	9,3	30	11,2	64	0,7
Engagement scolaire (élevée)	69,1	224	69,8	403	0,1
Rendement scolaire (élevé)	69,1	224	65,5	377	1,3
Relations chaleureuses avec les enseignants	3,0(0,8)	324	3,1(0,8)	577	1,5
Relations conflictuelles avec les enseignants	1,5(0,6)	324	1,5(0,6)	577	0,7
Accessibilité aux SPA (élevée)	40,1	115	49,3	240	6,2*
Risques associés à la conso de SPA (élevés)	63,0	203	54,8	311	5,8*
Consommation de tabac (Oui)	0,9	3	1,6	9	0,6
Consommation d'alcool (Oui)	10,7	33	15,6	86	4,0*
Consommation de cannabis (Oui)	0,6	2	1,4	8	1,1
Beuverie (Oui)	1,0	3	0,8	4	0,1
Intoxication à l'alcool (oui)	3,0	7	5,9	23	2,6
Polyconsommation d'alcool et de cannabis (oui)	0,3	1	1,3	7	2,3

¹Écart-type ; *p<0,05 ; **p<0,01

Par ailleurs, les participants ont rapporté l'usage de SPA pour une proportion de 1,3% pour le tabac, 13,9% pour l'alcool, 0,9% pour la consommation excessive d'alcool et 1,2% pour le cannabis. Les élèves du groupe d'intervention sont semblables à ceux du groupe de comparaison sur plusieurs aspects des caractéristiques sociodémographiques et des variables indépendantes et dépendantes (voir Tableau 8) au temps 1, sauf pour la structure familiale où il y a plus de parents séparés dans le groupe de comparaison que dans le groupe d'intervention ($X^2(1) = 9,2$; $p < 0,05$) ; pour la communication parent-enfant qui est plus élevée dans le groupe d'intervention ($X^2(1) = 4,2$; $p < 0,05$) ; pour l'accessibilité perçue aux SPA où les élèves du groupe de comparaison rapportent avoir plus facilement accès à ces substances que ceux du groupe d'intervention ($X^2(1) = 6,2$; $p < 0,05$) ; et pour les risques perçus de la consommation

où ce sont les participants du groupe d'intervention qui perçoivent plus de risques associés à la consommation de SPA que ceux du groupe de comparaison ($X^2(1) = 5,8$; $p < 0,05$) . En ce qui concerne les variables dépendantes, il n'y a pas de différence entre les deux groupes au temps 1, sauf pour la consommation d'alcool où plus d'élèves du groupe de comparaison rapportent davantage avoir consommé cette substance comparés à ceux du groupe d'intervention ($X^2(1) = 4,0$; $p < 0,05$).

Analyse des effets

Effets du programme sur la prévalence et l'initiation aux SPA

En ce qui concerne la perception des risques et l'accessibilité aux SPA (alcool, tabac et cannabis) ainsi que la détection de l'alcoolisme, les analyses n'ont pas permis de déceler d'effet de l'intervention (pas présenté ici). En effet, la détection de l'alcoolisme, la perception des risques et de l'accessibilité n'ont pas différé dans les deux groupes aussi bien à l'an 3 qu'à l'an 4 de l'évaluation.

Pour la prévalence de la consommation de SPA, en ce qui concerne l'usage de tabac, les données présentées au tableau 10 tendent à montrer qu'à l'an 3 et pour tous les modèles, il y avait environ 2 fois plus de fumeurs dans le groupe d'intervention que dans le groupe de comparaison ($RC = 0,4$; $p < 0,05$). À l'an 4, le modèle univarié montre que les élèves du groupe de comparaison rapportent avoir plus fumé que ceux du groupe d'intervention. La différence entre les deux groupes n'est pas significative dans le modèle multivarié où toutes les variables contrôles et sociodémographiques sont ajoutés. Cependant, dans le modèle épuré, la différence est marginalement significative ($RC = 3,2$; $p = 0,09$) avec plus de fumeurs dans le groupe de comparaison que chez les participants à l'intervention. Par ailleurs, la figure 7 montre une représentation schématique des données brutes des deux groupes pour chacune des variables de consommation de SPA. Pour le tabac (figure 7a), on note que la consommation augmente puis baisse dans les deux groupes d'intervention et de comparaison de façon presque similaire. À l'an 2, il y avait 4,3% de fumeurs dans le groupe d'intervention contre 2,3% dans le groupe de comparaison. À l'an 3, on a 25,2% de fumeurs dans le premier groupe alors qu'ils sont environ 35% de fumeurs dans le second. À l'an 4, on dénombre 3,5% de fumeurs chez les participants contre 11,3% de fumeurs dans le groupe de comparaison.

Les résultats pour la consommation d'alcool sont présentés au tableau 11. On constate que les participants du groupe d'intervention ont plus de chances d'être non-consommateurs d'alcool que ceux du groupe de comparaison à l'an 3 (RC = 1,6; $p < 0,05$) mais pas à l'an 4 (n.s.) (voir tableau 10). À l'an 3, lorsque les variables contrôles sont introduites, le rapport de cote passe à 1,8 ($p < 0,05$) et à 1,9 ($p < 0,01$) lorsque le modèle est épuré. Au niveau des variables contrôles, le fait d'avoir un comportement agressif (RC = 1,6; $p < 0,05$), d'être plus âgé (RC = 5,7; $p < 0,001$) et d'être consommateur au départ (RC = 4,2; $p < 0,001$) augmentent les probabilités d'être consommateur à l'an 3. Dans le groupe d'intervention on enregistre 25% de consommateurs d'alcool alors qu'ils sont environ 35% dans le groupe de comparaison. Pour ce qui est de l'an 4, le rapport de cote de l'intervention demeure non-significatif dans tous les modèles. Le modèle final montre que les garçons (RC = 2,4; $p < 0,01$) et les consommateurs d'alcool au départ (RC = 3,3; $p < 0,01$) sont plus à risque d'être consommateurs. Dans le modèle multivarié, la consommation d'alcool compte pour 23% et 13% de la variance expliquée respectivement à l'an 3 et à l'an 4. Dans la figure 7b, c'est en secondaire 3, soit à l'an 4 que les jeunes du groupe d'intervention rejoignent ceux du groupe de comparaison en termes de consommation d'alcool.

Au niveau de la consommation de cannabis, on ne distingue pas de différence entre les groupes à l'an 3 dans tous les modèles (voir tableau 12). Par contre à l'an 4, les résultats montrent que les membres du groupe de comparaison ont plus de chance d'être des consommateurs de cannabis que ceux du groupe d'intervention. Le rapport de cote passe de 2 dans le modèle univarié ($p < 0,05$) puis à 3 dans le modèle multivarié ($p < 0,05$) et enfin à 2,8 dans le modèle épuré ($p < 0,05$). Ces résultats indiquent que l'intervention est plus efficace sur la consommation de cannabis à long terme qu'à court terme. Le fait d'être de sexe masculin, la consommation d'alcool au départ et l'engagement scolaire au départ sont associés à plus de risque de consommation de cannabis à l'an 4. Comme le montre la figure 7c, il y avait la même proportion de consommateurs de cannabis dans les deux de l'an 1 à l'an 3. Mais à l'an 4, la proportion de consommateurs a plus augmenté dans le groupe de comparaison que dans le groupe d'intervention.

En ce qui concerne l'initiation aux SPA, l'analyse de survie montre que l'intervention a eu un effet positif sur le taux d'initiation à l'alcool et au cannabis. Pour l'alcool (voir le tableau 13), il y avait une différence significative entre les taux dans les deux groupes dans le modèle

univarié ($\beta = 0,3$; $p = 0,05$), le modèle multivarié ($\beta = 0,4$; $p < 0,045$) et le modèle épuré ($\beta = 0,3$; $p < 0,045$), indiquant que ceux qui ont participé à l'intervention ont été moins nombreux à s'initier à l'alcool que les autres à travers les quatre années d'évaluation. L'analyse de survie pour l'initiation au cannabis présentée au tableau 14 indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes dans les deux premiers modèles. Par contre, on note une différence significative marginale ($\beta = 0,6$; $p = 0,071$) dans le modèle 3 lorsqu'on exclue l'effet de l'alcool à l'an 1, tendant à montrer que les élèves du groupe d'intervention s'initient moins à la consommation de cannabis que ceux du groupe de comparaison à travers le temps.

Effets du programme sur la réduction de l'usage problématique d'alcool et de la polyconsommation

En ce qui concerne les comportements de beuveries, les données du tableau 15 indiquent que les membres du groupe de comparaison sont plus nombreux à rapporter ce type de comportements que ceux du groupe d'intervention à l'an 3 dans le modèle univarié (RC = 2,1 ; $p < 0,05$) et le modèle épuré (RC = 2,73 ; $p < 0,05$). On note qu'il y a environ 2 fois plus de comportements de beuverie dans le groupe de comparaison que dans le groupe d'intervention à l'an 3. Lorsqu'on introduit les variables contrôles, le fait d'avoir un niveau scolaire élevé (RC = 6,3 ; $p < 0,001$) et d'être un consommateur au départ (RC = 6,5 ; $p < 0,01$) accroissent les probabilités d'être adepte de beuverie à l'an 3. Les mêmes variables sont significatives dans le modèle final. Comme pour la consommation d'alcool, les résultats n'indiquent pas de différence entre les groupes à l'an 4 dans le modèle multivarié. La figure 7d avec les données brutes permet de voir qu'au début de l'intervention, les comportements de beuverie étaient proportionnellement identiques dans les deux groupes. Mais ces comportements augmentent fortement dans le groupe de comparaison à partir de l'an 2 et progressent de façon soutenue jusqu'à l'an 4 alors que la progression est plus lente dans le groupe d'intervention. Par conséquent, on peut dire que peu de jeunes du groupe d'intervention s'initient aux comportements de beuverie par rapport à ceux du groupe de comparaison.

Quant à la polyconsommation d'alcool et de cannabis mesurée à partir de l'an 2 dont les résultats sont présentés au tableau 16, on constate qu'il y a trois fois plus de polyconsommateurs dans le groupe de comparaison comparé au groupe d'intervention dans le modèle univarié à l'an 4 (RC = 3 ; $p < 0,05$). La différence entre les groupes ne se maintient pas lorsqu'on introduit les

variables contrôles dans le modèle multivarié. Au niveau de ces variables contrôles, le fait d'être une fille (RC = 0,2 ; $p < 0,01$), d'avoir une communication parent-enfant élevée au départ (RC = 0,2 ; $p < 0,01$) et d'être consommateur d'alcool au départ (RC = 7,1 ; $p < 0,001$) augmentent les probabilités d'être polyconsommateurs à l'an 3. Étant donné qu'aucune variable n'est significative à l'an 4, les analyses n'ont pas été faites pour le modèle épuré. Au niveau de la figure 7e, on constate que la polyconsommation est restée dans une faible proportion dans le groupe d'intervention durant les trois années avec respectivement 1,1%, 3,8% et 7,5% alors qu'elle a fortement augmenté dans le groupe de comparaison passant de 4,8% à 4,3% puis à 19%. À noter qu'il y avait une différence entre les groupes au départ de l'intervention. Bien que cette différence ne soit pas significative, il y a quand même lieu d'interpréter ces résultats avec des précautions.

En ce qui concerne l'intoxication à l'alcool, il n'y a pas eu de différence entre les élèves ayant participé à l'intervention et le groupe de comparaison à travers le temps dans les modèles univarié et multivarié (voir tableau 17). On note une différence significative seulement dans le modèle épuré à l'an 3 (RC = 2,0 ; $p < 0,05$) où le groupe de comparaison rapporte plus d'intoxication à l'alcool que le groupe d'intervention. Dans ce modèle, le niveau scolaire initial (RC = 2 ; $p < 0,05$) et la consommation initiale d'alcool sont associés à une forte probabilité d'intoxication à l'alcool. À l'an 4, être de sexe masculin (RC = 2,7 ; $p < 0,01$), consommateur d'alcool au départ (RC = 2,45 ; $p < 0,05$), et avoir un niveau scolaire élevé (RC = 2,0 ; $p < 0,05$) déterminent le comportement d'intoxication à l'alcool. Par ailleurs, la figure 7f présentant l'évolution de l'intoxication montre que la proportion est plus élevée dans le groupe de comparaison que dans le groupe d'intervention à toutes les années. Il y a donc moins d'intoxication à l'alcool chez les participants à l'intervention. Mais ici également, les différences initiales entre les deux groupes, bien que non significatives, incitent à être prudent dans l'interprétation des résultats.

Résultats qualitatifs

Les résultats qualitatifs sont présentés dans deux sections permettant d'apporter des réponses aux derniers objectifs d'évaluation, à savoir : 1) l'acceptabilité de l'intervention dans les écoles et 2) les facteurs entravant et facilitant sa mise en œuvre.

Acceptabilité de l'intervention dans les écoles

L'un des premiers facteurs de l'acceptabilité de l'intervention est la perception, chez tous les participants, que celle-ci peut être efficace pour prévenir l'usage des SPA à l'école. Cette acceptabilité se perçoit dans l'adhésion de ceux-ci aux principes de l'intervention dans les écoles. Pour les participants, l'intervention vient à un bon moment pour s'attaquer à un phénomène qui devenait préoccupant. Ainsi, dans les écoles primaires, cette intervention est la bienvenue car la période de transition souvent mal vécue par certains élèves représente un terrain favorable à l'adoption de comportements à risque sous l'influence des pairs.

« Nos élèves au primaire, nous savons que c'est lorsqu'ils se retrouvent de l'autre côté (au secondaire) qu'ils sont exposés à des situations qui les amènent à imiter d'autres jeunes qui fument ou prennent de la drogue. Il est donc normal qu'ils soient préparés à faire face à cette situation, et pour moi, l'intervention peut être la solution et elle est la bienvenue ». (Direction d'école primaire).

Au secondaire l'adhésion aux principes de l'intervention est très forte et directement liée au fait de prévenir l'usage des drogues chez les élèves.

« Une telle intervention a sa place dans nos écoles où la question de l'utilisation de la drogue chez les élèves est devenue un sujet auquel nous devons consacrer du temps à cause du nombre élevé de consommateurs que nous constatons de jour en jour. À mon avis, le succès des jeunes passe par notre capacité à les éloigner le plus possible de ces choses (les SPA) » (Direction d'école secondaire).

« J'ai toujours considéré que la commission scolaire devrait faire quelque chose pour cette question, puisque de nombreux élèves dans nos établissements sont exposés à l'alcool et à la drogue presque au quotidien. Donc, savoir qu'une intervention vient s'attaquer à ce phénomène, je ne pouvais qu'adhérer ». (Enseignante du secondaire).

Pour l'approche d'intervention, la commission scolaire a recourt à un intervenant-pivot clinicien chargé d'animer les activités et de jouer le rôle de coordination des actions liées à la prévention de l'usage des SPA dans les écoles. Selon la commission scolaire, ce choix a été motivé par sa volonté de ne pas alourdir les charges des enseignants. Cette approche est d'ailleurs positivement perçue par ces derniers. Bien qu'ils soient amenés dans leurs cours à aborder occasionnellement les questions de drogues, les enseignants apprécient le fait que l'animation quotidienne des ateliers soit attribuée à un spécialiste du domaine. Se faisant, cela leur donne plus de temps à consacrer aux activités scolaires.

« Moi, je trouve que c'est une bonne idée que ce soit une autre personne (non enseignante) qui s'occupe des animations et en plus elle a la formation pour le faire. Nous autre, on peut se concentrer sur le programme scolaire qui est déjà bien chargé » (Enseignante du primaire).

« Nous ici (au secondaire), on apprécie beaucoup que l'intervention soit animée par un spécialiste. Avec le travail de coordination que cela demande, il nous serait impossible d'envisager qu'un enseignant soit déployé pour cela. C'est pratiquement incompatible avec la charge de travail d'un enseignant. » (Directeur d'école secondaire).

Afin de faciliter le déploiement des activités dans les différentes écoles, l'intervenant-pivot bénéficie du soutien de la commission scolaire grâce à son service éducatif. L'appui et le leadership des directions d'écoles sont également indispensables afin d'obtenir une légitimité auprès des enseignants et des élèves. C'est grâce à ce soutien et au regard attentif des directions d'écoles que les enseignants sont plus ouverts à collaborer avec l'intervenant-pivot dans la planification des activités.

« Je peux dire que sans le soutien des directions d'écoles et leur confiance par rapport aux possibles effets positifs de l'intervention, il est difficile d'obtenir l'engagement et la collaboration des enseignants. J'ai la chance d'avoir le soutien de toutes les directions d'écoles. C'est grâce à cela que les écoles ont embarqué ; autrement, on aurait eu beaucoup de difficultés à mettre nos activités en œuvre » (Intervenant-pivot).

Si le leadership et le soutien des directions d'écoles favorise l'adhésion des enseignants à l'intervention, il appartient à l'intervenant-pivot de négocier les conditions de la collaboration avec ces derniers. Cette collaboration est nécessaire pour la planification des activités et le soutien des enseignants pendant les ateliers. Les extraits qui suivent témoignent de la réalité de cette collaboration entre l'intervenant-pivot et les acteurs du milieu scolaire.

« En début d'année, l'intervenant vient nous rencontrer pour faire la planification des activités. Une fois cela fait, on sait à quel moment elle sera présente en classe pour les ateliers [...] Personnellement, je participe à ces ateliers quand j'ai une contribution à faire. La collaboration se passe très bien à ce niveau » (Enseignante du primaire).

« Depuis que l'intervenant est avec nous dans cette école (secondaire), cela fait maintenant la troisième année, les choses fonctionnent naturellement. On sait qu'il est là; les enseignants et les éducateurs l'invitent pour des interventions auprès des élèves en classe ou lors des sorties. » (Personnel non enseignant au secondaire).

Et plus ces enseignants sont engagés, plus les occasions pour l'intervenant-pivot de faire des animations ou de rencontrer les élèves sont nombreuses.

« Aujourd'hui, je peux dire que tous les enseignants ont accepté l'intervention dans leur classe. Ils participent tous aux ateliers que j'anime. Je suis également invité à prendre part aux activités qu'eux-mêmes organisent et pour lesquelles je peux apporter une contribution à faire passer un message aux élèves. »
(Intervenant-pivot).

Au total, le leadership et le soutien des directions d'écoles combinés avec une bonne collaboration des enseignants montrent que l'intervention a été bien acceptée par les acteurs des écoles participant à la mise en œuvre de l'intervention.

Facteurs entravant ou facilitant la mise en œuvre

Deux principaux facteurs ont été identifiés comme constituant une entrave à la mise en œuvre et au succès de l'intervention. Il s'agit en premier lieu du roulement fréquent de personnel dans les écoles ayant participé à la mise en œuvre de l'intervention. Cette situation oblige à établir à nouveau des contacts avec les nouveaux titulaires des postes et à réorganiser les activités. En fonction du temps d'adaptation des nouveaux venus, les activités peuvent connaître une interruption plus ou moins longue. En deuxième lieu, le nombre d'écoles à couvrir par un intervenant-pivot peut également constituer un obstacle à la bonne mise en œuvre de l'intervention et à l'atteinte des objectifs. En effet, l'intervenant-pivot est rattaché à un groupe d'écoles primaires et secondaires d'une zone géographique donnée. Dans le cas présent, la phase pilote concernait une école secondaire et cinq écoles primaires. Pour mettre en œuvre les activités, l'intervenant-pivot doit effectuer des visites régulières dans les écoles primaires en plus d'assurer une présence physique dans l'école secondaire. La présente phase pilote s'est déroulée avec une école secondaire et cinq écoles primaires, ce qui a semblé une quantité gérable, mais au-delà, l'apport d'une autre personne ressource est souhaité.

Malgré l'existence de ces facteurs entravant d'ordre organisationnel, d'autres facteurs de plusieurs ordres ont pu contribuer à la bonne mise en œuvre de l'intervention. Les participants ont notamment évoqué l'adhésion des directeurs d'écoles aux principes de l'intervention et le soutien apporté par ces derniers à l'intervenant-pivot comme élément contribuant à la bonne marche de l'intervention. Un autre facteur favorable au bon déroulement de l'intervention mentionné par les participants et souligné plus haut, est la bonne collaboration entre les

enseignants et l'intervenant-pivot. Selon celui-ci, c'est grâce à la collaboration des enseignants qu'il a la possibilité de mener de nombreuses activités avec les élèves et d'être plus présent à leur côté. C'est d'ailleurs cette présence et cette proximité de l'intervenant-pivot avec les élèves qui donnent un sens à cette approche d'intervention adoptée par la commission scolaire.

Les qualités de l'intervenant-pivot sont également considérées par les participants comme un des éléments concourant à la bonne marche de l'intervention. Ces qualités font référence à la capacité d'écoute, de communication et de négociation, à l'empathie et à la patience. Pour certains participants, elles sont autant importantes que les compétences techniques dans le domaine de la prévention de l'usage des SPA chez les jeunes, comme l'explique cette enseignante qui collabore avec l'intervenant-pivot depuis le démarrage de l'intervention.

« À mon avis, le bon fonctionnement de cette intervention se trouve dans les qualités de l'intervenant. Ayant vu les choses se dérouler pendant ces trois années, cela nécessite de l'écoute, de la communication et la négociation pour pouvoir mettre en place toutes ces activités. Sans ces qualités-là, il sera difficile à un intervenant de pouvoir réussir cette mission » (Enseignante du primaire).

Cet élément est également souligné par les élèves lors des groupes de discussion quand ils évoquent les facteurs qui les incitent à s'impliquer dans les activités de l'intervention.

« C'est vrai que (l'intervenant-pivot) a une bonne connaissance des sujets qu'il nous présente en classe. Il est disponible, parle avec nous avec respect et surtout sait nous motiver » (Élèves de secondaire 2).

« Moi, j'ai connu (l'intervenant) quand j'étais en 5^e année. Il venait faire des activités avec nous en classe et pendant les sorties. Je trouve qu'il nous comprend, il est ouvert avec nous et nous écoute, ce qui fait que les élèves s'intéressent à ses activités » (Élèves de secondaire 3).

Par ailleurs, la flexibilité dans la mise en œuvre de l'intervention est également perçue comme un facteur qui favorise son succès. En effet, ce fait est positivement apprécié par les enseignants qui ont la possibilité d'adapter leur programme et de faire des ajustements dans la planification des activités lorsque cela est jugé nécessaire. Cette flexibilité leur permet également d'inviter l'intervenant-pivot aux activités qu'eux-mêmes initient dans le cadre des activités scolaires et parascolaires.

Au total, l'intervention en réseau est positivement acceptée par les acteurs du milieu scolaire ayant participé à l'évaluation. L'implication des directions d'écoles et des enseignants

étant primordiale à son succès, la collaboration entre ces derniers et l'intervenant-pivot semble bien fonctionner. Par ailleurs, quelques facteurs qui pourraient contribuer à entraver ou à faciliter sa mise en œuvre ont été identifiés par les participants.

Discussion

Cet article avait pour objectif de présenter les résultats d'une évaluation utilisant une méthode mixte pour vérifier les effets de l'*intervention en réseau* ainsi que son acceptabilité auprès des acteurs du milieu scolaire et d'identifier les facteurs entravant et favorisant sa mise en œuvre. Le recours aux méthodes mixtes qualifiées de troisième voix par certains auteurs, dans un devis de recherche hybride de type 1 est particulièrement indiqué lorsque le contexte d'implantation d'une intervention peut avoir des effets sur les objectifs à atteindre et lorsque l'on s'intéresse également aux expériences et au vécu des participants (Roy-Byrne et al., 2010).

En ce qui concerne les proportions de consommateurs de SPA dans la présente étude, elles peuvent être comparées à celles de l'étude de Nanhou et al. (2013) dont les participants ont un âge plus proche de celui des jeunes de notre échantillon. En effet, parmi les élèves de 6^e année du primaire interrogés en 2010, ces auteurs rapportaient 3,9% de fumeurs et 8,7% de buveurs. La proportion de consommateurs de drogues n'a pas été rapportée car jugée infime par les auteurs. Comparée à cette étude, la nôtre avait moins de fumeurs (1,3%) mais plus de consommateurs d'alcool (13,9%). Dans la présente étude, 1,2% des jeunes avaient indiqué avoir consommé du cannabis. Il est à noter que l'échantillon de l'étude précitée n'était composé que d'élèves de 6^e année du primaire alors que la nôtre comprenait à la fois les élèves de 5^e et 6^e année. Si l'on considère que la consommation de SPA chez les jeunes québécois augmente avec le niveau scolaire, on pourrait donc penser que les participants de notre étude consommeraient plus que ceux de l'étude de Nanhou et al. (2013) qui a un caractère national puisque s'appuyant sur les données de l'Enquête Longitudinale du Développement des Enfants du Québec (ELDEQ) qui concerne tous les jeunes de ladite province.

Pour revenir aux effets de l'intervention sur la population cible, les résultats montrent que pour certaines substances, les différences entre le groupe d'intervention et le groupe de comparaison à travers le temps ne sont pas significatives. Malgré ce fait, il appert que l'intervention a globalement permis de réduire la proportion de consommateurs dans le groupe des élèves ayant participé à l'intervention, notamment pour l'alcool et le cannabis. De façon

plus spécifique, moins d'élèves du groupe d'intervention ont fait usage d'alcool et de cannabis comparés à ceux du groupe de comparaison. Ces résultats impliquent une faible prévalence de la consommation de ces substances chez les élèves ayant participé au programme.

Au niveau de la prévalence de la consommation du tabac, les résultats montrent que l'intervention n'a pas été efficace chez les participants au programme. En effet, il appert qu'à l'an 3, il y avait une différence significative entre les deux groupes avec environ deux fois plus de fumeurs dans le groupe d'intervention que dans le groupe de comparaison. Avec le renversement de cette tendance (plus de consommateurs dans le groupe de comparaison que dans le groupe d'intervention) et une différence marginalement significative entre les deux groupes à l'an 4, on pourrait penser que si le programme se poursuivait, ses effets seraient plus perceptibles chez les participants de l'intervention ont été plus tardifs pour cette substance. Mais il est également possible que les résultats obtenus en ce qui concerne le tabac soit le fait du départ de certains fumeurs dans le groupe de comparaison ou que quelque fumeurs de ce groupe avaient simplement fait un essai de ce produit et ont fait le choix de l'abandonner les années suivantes.

Relativement à la consommation d'alcool et de cannabis, les résultats des analyses (de régression logistique et de survie) montrent que les effets de l'intervention sont perceptibles à la 3^e année de l'intervention pour la consommation d'alcool avec une différence significative entre les groupes d'intervention et de comparaison. Pour la consommation de cannabis, les effets sont plus tardifs, n'apparaissant qu'à l'an 4. Cela peut s'expliquer par le fait que la consommation d'alcool qui est une drogue licite s'installe plus tôt chez les jeunes comparée au cannabis classée dans la catégorie des drogues illicites dont la consommation est plus rare chez les jeunes de notre échantillon. Par ailleurs, on observe que la proportion de consommateurs d'alcool dans les deux groupes tend à se rapprocher au fur et à mesure que le niveau de scolarité augmente. Cependant, la tendance est différente pour la consommation de cannabis. En effet, à l'an 4 de l'intervention, c'est-à-dire au moment où les élèves étaient à la 3^e secondaire, la consommation de cannabis dans le groupe de comparaison surpasse largement celle du groupe d'intervention. C'est également à partir de ce niveau de scolarité (3^e secondaire) que l'on constate un pic dans la consommation de cette substance chez les jeunes au Québec (Gagnon, 2009; Traoré et al., 2014). Par conséquent, le faible taux de consommation de cannabis chez les

jeunes du groupe d'intervention par rapport à ceux du groupe de comparaison démontre un effet positif de l'intervention sur les participants.

Pour les beuveries, il y a eu une différence significative entre les deux groupes à l'an 3 mais cette différence ne s'est pas maintenue à l'an 4. Proportionnellement, on note peu de comportements de beuverie dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de comparaison à travers le temps. Le fait que les proportions de consommateurs étaient quasi-identiques au démarrage de l'intervention dans les deux groupes nous conforte d'un effet positif de celle-ci sur les participants. En ce qui concerne l'intoxication à l'alcool et la consommation concomitante d'alcool et de cannabis, il n'y a pas eu de différences significatives entre les deux groupes. Ce comportement est d'ailleurs rare en raison du jeune âge des participants. Cette faible prévalence a pu contribuer à réduire la puissance statistique, rendant la détection de différences significatives entre les deux groupes plus difficile à percevoir.

Par ailleurs, en rapport avec la perception des risques, la perception de l'accessibilité, et la détection de l'alcoolisme, l'intervention ne semble pas avoir eu d'effet chez les participants, ces deniers n'étant pas significativement différents du groupe de comparaison à l'an 3 et à l'an 4. Les résultats en ce qui concerne les risques et l'accessibilité contrastent avec le fait que l'intervention ait eu un effet positif sur la prévalence de la consommation et l'initiation aux SPA chez les élèves du groupe d'intervention et pas chez les autres. L'accessibilité aux SPA et la perception des risques sont en effet considérés comme deux facteurs importants de l'usage des drogues chez les adolescents. D'ailleurs, une des stratégies adoptées pour réguler la consommation de substances licites et illicites est de limiter la disponibilité et l'accès à ces produits (Alesci, Forster et Blaine, 2003; Gruenewald, 2011; Levinson, Hendershott et Byers, 2002). De même, selon certaines théories sociales comme la théorie de la croyance à la santé (*Health Belief Model*), les comportements de santé sont déterminés par les croyances et perceptions des individus au sujet de la menace. Parmi les perceptions identifiées dans cette théorie, on trouve la perception de la gravité et partant des risques que l'on peut courir en contractant la maladie. Selon cette théorie, plus les risques perçus sont élevés, plus l'individu cherche à se protéger contre la maladie ou à changer de comportements (Agrawal et al., 2007; Chernick et al., 2015; Eisen, Zellman et Mcalister, 1990; Jones et al., 2015). Quant à l'alcoolisme, ici également le jeune âge des participants ne permet pas de détecter une différence entre les groupes. En effet, conformément aux résultats présentés dans d'autres études (Traoré

et al., 2014), la consommation d'alcool à cet âge est encore très faible, ce qui réduit la possibilité de voir submerger des problèmes d'alcoolisme.

Les résultats prometteurs obtenus concernant la réduction de la prévalence et de l'initiation aux SPA visées dans cette étude peuvent, en partie, s'expliquer par le contexte dans lequel cette intervention a été implantée. En effet, Kitson et al. (2008) et Hagedorn et al. (2014) recommandent de tenir compte du contexte politique et culturel d'implantation des interventions afin d'identifier le degré de leur acceptabilité, le leadership des dirigeants ainsi que les potentiels facteurs favorables ou défavorables à leur mise en œuvre. Ces facteurs contribueraient de façon significative au succès et à la réussite de l'introduction des innovations dans les organisations. Les résultats de l'analyse des données qualitatives suggèrent que quatre facteurs ont contribué à la bonne mise en œuvre de l'intervention. Il s'agit du leadership et de l'adhésion des directions d'écoles, de la collaboration des enseignants, des qualités de l'intervenant-pivot et de la flexibilité dans la mise en œuvre de l'intervention. En effet, le soutien des directions d'écoles et leur leadership sont reconnus dans la littérature sur les organisations scolaires comme contribuant de façon importante à la réussite des interventions (Dawson, 2013; Hayes et al., 2015; Kerrigan, 2014; Lembke, Garman, Deno et Stecker, 2010). De même, la collaboration des enseignants représente une composante essentielle pour la réussite des interventions impliquant l'amélioration des performances scolaires des élèves mais aussi de leur bien-être (Ketterlin-Geller, Baumer et Lichon, 2015). Par ailleurs, plusieurs études présentent les caractéristiques de l'animateur comme un facteur pouvant influencer le succès des interventions (Durlak et DuPre, 2008; Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003). En ce qui concerne la flexibilité, elle se définit comme la capacité de l'intervention à s'adapter aux caractéristiques du milieu d'implantation. Selon Hays (1996) et Durlak et DuPre (2008), les interventions flexibles offrent beaucoup plus d'opportunités aux acteurs de s'impliquer dans la mise en œuvre, contribuant ainsi à la production de résultats meilleurs que celles qui ne peuvent être adaptées à leur contexte.

Forces et limites

Cette évaluation présente plusieurs forces qu'il convient de souligner. On peut noter que les résultats obtenus reposent sur un grand échantillon et un devis de recherche longitudinal dans lequel les données ont été colligées sur quatre années. Ces éléments sont de nature à renforcer

l'établissement de relations de cause à effet entre la mise en œuvre de l'intervention et le changement de comportements chez les jeunes. Par ailleurs, l'évaluation a pris en compte plusieurs variables confondantes identifiées dans la littérature scientifique sur la consommation de SPA chez les adolescents. Une autre force de cette évaluation est la combinaison de données quantitatives et qualitatives permettant d'avoir une compréhension plus globale du phénomène à l'étude. Cette compréhension porte sur les effets de l'intervention situés dans un contexte organisationnel spécifique. En combinant ces deux types de données, nous sommes parvenus à tester les effets de cette intervention et à les situer dans le contexte particulier de sa mise en œuvre, ce que l'une ou l'autre de ces méthodes prises isolément n'aurait permis de réaliser.

Notre étude comporte également quelques limites. L'une d'elles concerne le fait que l'échantillon provient d'une seule région du Québec, ce qui peut représenter un obstacle à la validité externe de l'évaluation et constituer un frein à la généralisation des résultats à d'autres populations. De plus, bien que l'attrition ne soit pas différentielle, son taux élevé combiné à des différences initiales entre les groupes sur certaines variables et le recours à un devis de recherche quasi-expérimental nécessitent que les résultats soient interprétés avec prudence. Une autre limite de l'étude est liée au recours à des mesures auto-révélées collectées de façon rétrospective. Les données rétrospectives peuvent comporter des biais en raison du fait que certains participants peuvent être enclins à sous-rapporter leur consommation de SPA (Lewinsohn, Rohde et Gau, 2003). Cependant, l'utilisation de mesures répétées (étude longitudinale) a pu contribuer à atténuer cette faiblesse. Par ailleurs, la faible prévalence des comportements de consommation, liée au jeune âge des participants limite la puissance statistique et la possibilité de détecter les effets de l'intervention. À la lumière de ces forces et limites, l'étude apporte des informations importantes et permet de formuler les recommandations suivantes pour la réplification de l'*intervention en réseau* dans d'autres écoles.

Recommandations

Bien que des différences puissent subsister entre les écoles sur plusieurs points, notamment, du point de vue de leur contexte d'implantation, de la disponibilité des ressources tant humaines (personnel enseignant et administratif), financières que matérielles (Lembke et al., 2010), les écoles désireuses de mettre en œuvre cette intervention devront s'assurer de prendre en compte le leadership et l'adhésion des directions d'écoles. Le leadership et l'adhésion

des directions d'écoles constituent d'ailleurs des conditions indispensables à la réussite de l'introduction des innovations dans les écoles (Lembke et al., 2010). Pour assurer le succès de l'intervention, il importe également d'avoir la collaboration des enseignants, un personnel en contact direct avec les élèves. Leur appui dans la mise en œuvre des activités peut permettre d'étendre les opportunités de contact entre les élèves et l'intervenant-pivot. Les qualités propres à celui-ci sont un facteur nécessaire à l'établissement d'un climat de travail favorable à la collaboration d'une part avec les autres acteurs et d'autre part avec les élèves. Aussi, pour assurer le bon fonctionnement de l'intervention, il est important de conserver la flexibilité de l'intervention en laissant les possibilités de négociation entre l'intervenant et les enseignants dans la planification des activités. Nous recommandons également d'accorder une attention au nombre d'écoles à assigner à un intervenant, car une trop grande quantité d'écoles pourraient entraîner des difficultés pour assurer une présence significative de l'intervenant dans les écoles. Enfin, il faudra tenir compte du roulement du personnel, un phénomène apparemment fréquent en milieu scolaire, en identifiant dès le départ des personnes ressources supplémentaires qui seraient en mesure d'assurer la relève en cas d'absence prolongée d'un acteur impliqué dans le processus.

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'examiner les effets de l'intervention en réseau tout en évaluant son acceptabilité auprès des membres du milieu scolaire. Au terme des analyses effectuées, il appert que cette intervention a été implantée dans un environnement favorable avec l'appui des directions d'écoles et la collaboration des enseignants. Par ailleurs des caractéristiques propres à l'intervenant-pivot et à l'intervention elle-même ont également contribué à faciliter le déploiement des activités dans les écoles concernées. Cet environnement favorable semble avoir permis d'atteindre des résultats prometteurs pour la prévention de l'usage des SPA, notamment en ce qui concerne l'alcool et le cannabis, en agissant sur deux niveaux d'enseignement (le primaire et le secondaire). Cependant, il serait utile d'entreprendre d'autres études afin d'évaluer les effets à long terme de ce programme chez les participants. Une fois qu'on aura établi la persistance des effets du programme, alors celui-ci pourra être ajouté dans le groupe des interventions jugées efficaces en matière de prévention de l'usage de SPA à l'école.

ANNEXES

Tableau 9: Moyennes, écart-types et corrélations, entre les variables au temps 1 (N = 901)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1																				
2	0,21																			
3	-0,01	0,10*																		
4	0,73**	0,24**	-0,01																	
5	0,25**	0,42**	0,01	0,30**																
6	-0,01	0,05	-0,02	0,03	0,13**															
7	-0,04	0,10**	-0,03	-0,04	-0,10*	0,04														
8	0,03	0,03	0,01	0,04	0,04	0,15**	0,03													
9	0,11**	0,24**	-0,01	0,10*	0,16**	0,10*	-0,05	0,07*												
10	0,10*	0,12**	-0,01	0,10*	0,12**	-0,04	-0,10*	0,01	0,15*											
11	-0,01	-0,03	0,50	-0,01	0,05	-0,01	-0,01	-0,01	0,01	0,10**										
12	0,10*	0,14*	0,01	0,06	0,14**	0,04**	-0,10**	-0,01	0,21**	0,47**	0,11**									
13	0,05	0,02	-0,01	-0,01	-0,06	-0,10	-0,05	-0,14**	-0,04	0,12**	-0,02	0,01								
14	-0,07	-0,05	0,03	-0,04	0,01	0,03	0,02	0,01	-0,10**	-0,10*	0,03	-0,12**	-0,03							
15	0,12**	0,20*	-0,04	0,03	0,10**	0,01	0,02	0,01	0,20**	0,05	0,05	0,01	0,02	-0,06						
16	-0,15**	-0,14**	0,03	-0,14**	-0,10**	-0,06	0,03	-0,02	-0,14**	-0,21**	-0,10*	-0,20**	0,01	0,10*	-0,07**					
17	-0,10**	-0,03	0,01	-0,10*	-0,01	-0,10	0,05	-0,03	0,01	-0,33**	-0,10**	-0,12**	-0,10*	0,04	-0,01	0,02**				
18	-0,11**	-0,02	0,02	-0,10**	-0,02	-0,01	0,10*	0,02	-0,06	-0,13**	-0,13**	-0,16**	-0,05	0,03	0,04	0,35**	0,15**			
19	0,12**	0,10**	0,02	0,06	0,13**	0,03	-0,06	-0,10*	-0,27**	0,18**	0,05	0,30**	-0,03	-0,10**	0,11**	-0,30**	-0,12**	-0,40**		
Moy	0,01	0,14	0,01	0,01	0,10	1,46	1,60	1,52	1,30	1,47	1,61	1,41	55,00	0,70	1,63	1,70	1,70	3,05	1,53	
SD	0,11	0,34	0,10	0,11	0,31	0,50	0,50	0,50	0,46	0,50	0,50	0,50	18,44	0,46	0,40	0,46	0,50	1,00	0,65	

*p < 0,05; **p < 0,001

1. Tabac ; 2. Alcool ; 3. Consommation excessive d'alcool ; 4. Cannabis ; 5. Consommation des amis ; 6. Accessibilité aux SPA ; 7. Risques de consommation ; 8. Niveau scolaire ; 9. Comportements déviants ; 10. Inattention ; 11. Prosocialité ; 12. Agressivité ; 13. Prestige socioéconomique ; 14. Structure familiale ; 15. Détresse psychologique ; 16. Engagement scolaire ; 17. Rendement scolaire ; 18. Relations chaleureuses avec les enseignants ; 19. Relations conflictuelles avec les enseignants.

Tableau 10: Régression logistique Consommation de tabac An 3 et An 4

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)	
	An 3	An 4	An 3	An 4	An 3	An 4
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	0,74 (0,4)	1,7 (0,5)	-	-
Agressivité An 1	-	-	1,6 (0,4)	1 (0,6)	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	1 (0,1)	1 (0,1)	-	-
Structure familiale	-	-	1,51 (0,5)	0,5 (0,4)	-	-
Communication parent-enfant	-	-	0,43 (0,5)	0,3* (0,6)	-	0,3* (0,5)
Risques de consommation An 1	-	-	1,11 (0,4)	1,4 (0,5)	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	1 (0,5)	1 (0,6)	-	-
Niveau scolaire An 1	-	-	3,3* (0,5)	1 (0,7)	3,4* (0,52)	-
Tabac An 1	-	-	12,44* (1)	17,6** (1,1)	11,35** (1)	18,3** (0,9)
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	0,4* (0,4)	3.5* (0,6)	0,4* (0,4)	2,5 (1)	0,4* (0,42)	3,0 (0,7)

*p<0,05; **p<0,01

Tableau 11: Régression logistique Consommation d'alcool An 3 et An 4

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)	
	An 3	An 4	An 3	An 4	An 3	An 4
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	1,41 (0,2)	2,32** (0,30)	-	2,4** (0,3)
Agressivité An 1	-	-	1,65* (0,2)	0,8 (0,30)	1,6* (0,22)	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	1 (0,01)	1 (0,01)	-	-
Structure familiale An 1	-	-	0,8 (0,2)	0,6 (0,30)	-	-
Communication parent-enfant	-	-	1,45 (0,3)	1,3 (0,35)	-	-
Risques de consommation An 1	-	-	0,75 (0,2)	1,2 (0,30)	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	0,8 (0,2)	0,8 (0,50)	-	-
Niveau scolaire An 1	-	-	3,83*** (0,2)	1,5 (0,35)	3,7*** (0,2)	1,6 (0,3)
Alcool An 1	-	-	4,15*** (0,3)	3,1* (2,44)	4,2*** (0,3)	3,2** (0,4)
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	1,6* (0,5)	0,9 (0,3)	1,8* (0,2)	1,1 (0,4)	1,9** (2,6)	1,2 (0,3)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tableau 12: Régression logistique Consommation de cannabis An 3 et An 4

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)	
	An 3	An 4	An 3	An 4	An 3	An 4
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	0,4* (0,3)	2,3* (0,3)	0,4* (0,3)	2,1* (0,3)
Agressivité An 1	-	-	0,7 (0,3)	1,4 (0,3)	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	1 (0,1)	1,1 (0,01)	-	-
Structure familiale	-	-	1 (0,3)	0,8 (0,3)	-	-
Communication parent-enfant	-	-	0,7 (0,4)	1 (0,4)	-	-
Risques de consommation An 1	-	-	1,2 (0,3)	1,2 (0,3)	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	0,5 (0,3)	0,5* (0,3)	-	0,5* (0,3)
Niveau scolaire An 1	-	-	3,4** (0,4)	1,8 (0,4)	3,5** (0,4)	1,5 (0,4)
Alcool An 1	-	-	4,6*** (0,3)	3,3** (0,4)	4,5*** (0,3)	3,54** (3,40)
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	1 (0,3)	2* (0,3)	1,1 (0,3)	3* (0,47)	1,1 (0,3)	2,8* (0,4)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tableau 13: Analyse de survie Consommation d'alcool

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Estimé (Erreur-type)	p	Estimé (Erreur-type)	p	Estimé (Erreur-type)	p
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	-0,2 (0,2)	0,34	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	-0,1 (0,1)	0,34	-	-
Structure familiale	-	-	-0,5 (0,2)	0,02	-0,2 (0,2)	0,20
Communication parent-enfant	-	-	0,1 (0,3)	0,76	-	-
Risques de consommation An 1	-	-	-0,3 (0,2)	0,17	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	-0,8 (0,2)	0,001	-0,7 (0,2)	<0,001
Niveau scolaire	-	-	0,8 (0,2)	<0,001	0,6 (0,2)	<0,001
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	0,3 (0,2)	0,05	0,41 (0,2)	0,04	0,3 (0,2)	0,04

Tableau 14: Analyse de survie Consommation de cannabis

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré sans alcool	
	Estimé (Erreur-type)	p	Estimé (Erreur-type)	p	Estimé (Erreur-type)	p
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	-0,3 (0,3)	0,37	-	-
Agressivité An 1	-	-	0,1 (0,31)	1,0	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	-0,1 (0,01)	0,06	-	-
Communication parent-enfant	-	-	-0,5 (0,32)	0,1	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	-1,1 (0,3)	<0,001	-1,4 (0,3)	<0,001
Niveau scolaire An 1	-	-	0,6 (0,33)	0,05	1,0 (0,31)	<0,01
Alcool An 1	-	-	1,8 (0,32)	<0,001	-	-
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	0,3 (0,3)	0,31	0,4 (0,35)	0,23	0,6 (0,33)	0,07

Tableau 15: Régression logistique Beuverie (binge) An 3 et An 4

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)	
	An 3	An 4	An 3	An 4	An 3	An 4
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	1,4 (0,4)	-	-	-
Agressivité An 1	-	-	2,1 (0,4)	-	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	1 (0,1)	-	-	-
Structure familiale An 1	-	-	1,2 (0,4)	0,6 (1,4)	-	-
Communication parent-enfant	-	-	0,7 (0,4)	0,6 (1,4)	-	-
Risques de consommation An 1	-	-	0,6 (0,4)	1,2 (0,7)	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	1 (0,4)	-	-	-
Niveau scolaire An 1	-	-	6,3*** (0,4)	1,4 (1)	6,7*** (4,4)	-
Alcool An 1	-	-	6,5*** (0,4)	1,8 (1,5)	5,8*** (0,4)	-
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	2,1* (0,4)	1,4 (1,1)	2,2 (0,4)	1,6 (1,2)	2,7* (0,4)	-

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tableau 16: Régression logistique Polyconsommation (alcool + cannabis) An 3 et An 4

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)	
	An 3	An 4	An 3	An 4	An 3	An 4
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	0,2** (0,5)	2 (1,21)	0,2** (0,5)	-
Agressivité An 1	-	-	2,1 (0,5)	1 (0,41)	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	1 (0,2)	0,6 (0,42)	-	-
Structure familiale An 1	-	-	0,6 (0,5)	0,6 (1,24)	-	-
Communication parent-enfant	-	-	0,2** (0,6)	1,2 (0,43)	0,2** (0,5)	-
Risques de consommation An 1	-	-	3 (0,6)	1 (1,00)	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	0,6 (0,5)	0,7 (1,00)	-	-
Niveau scolaire An 1	-	-	3 (0,7)	1,1 (0,13)	-	-
Alcool An 1	-	-	5,5** (0,6)	1,5 (0,72)	7,1*** (0,5)	-
Cannabis An 1	-	-	6,8 (1,9)	6 (1,40)	-	-
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	1,2 (0,5)	3,0* (2,2)	1,5 (0,6)	3,1 (1,6)	1,0 (0,5)	-

*p<0,05; **p<0,01 ; ***p<0,001

Tableau 17: Régression logistique Intoxication à l'alcool An 3 et An 4

Variables indépendantes	Univarié		Multivarié		Épuré	
	Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)		Rapport de côte (Erreur-type)	
	An 3	An 4	An 3	An 4	An 3	An 4
<i>Variables contrôles</i>						
Sexe	-	-	1,1 (0,3)	2,7** (0,3)	-	2,5** (0,3)
Agressivité An 1	-	-	1,4 (0,3)	1,0 (0,3)	-	-
Prestige occupationnel An 2	-	-	1,0 (0,1)	1,0 (0,1)	-	-
Structure familiale An 1	-	-	1,0 (0,3)	1,0 (0,3)	-	-
Communication parent-enfant	-	-	1,0 (0,4)	1,1 (0,4)	-	-
Risques de consommation An 1	-	-	0,61 (0,3)	1,2 (0,3)	-	-
Engagement scolaire An 1	-	-	1,0 (0,3)	0,6 (0,3)	-	-
Niveau scolaire An 1	-	-	6,0*** (0,3)	2,0* (0,3)	6,0*** (0,3)	2,0 (0,3)
Alcool An 1	-	-	5,03*** (0,4)	2,45* (0,4)	6,0*** (0,3)	3,0** (0,4)
<i>Prédicteur</i>						
Groupe	1,6 (0,3)	1,3 (0,3)	2,0 (0,3)	2,0 (0,3)	2,0* (0,3)	2,0 (0,33)

*p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001

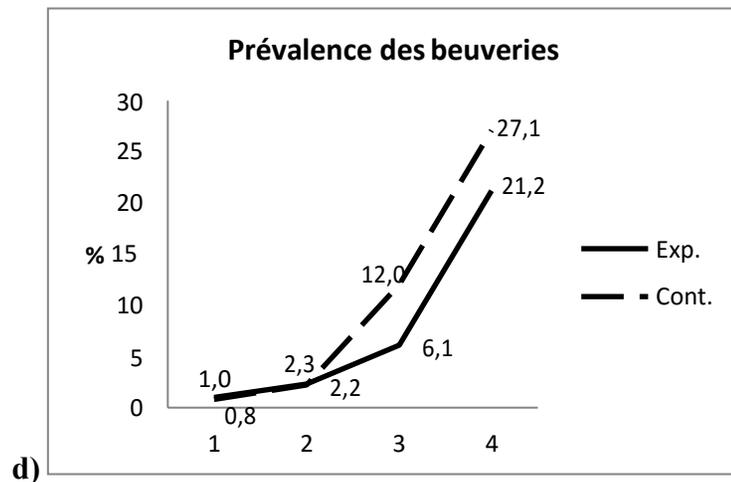
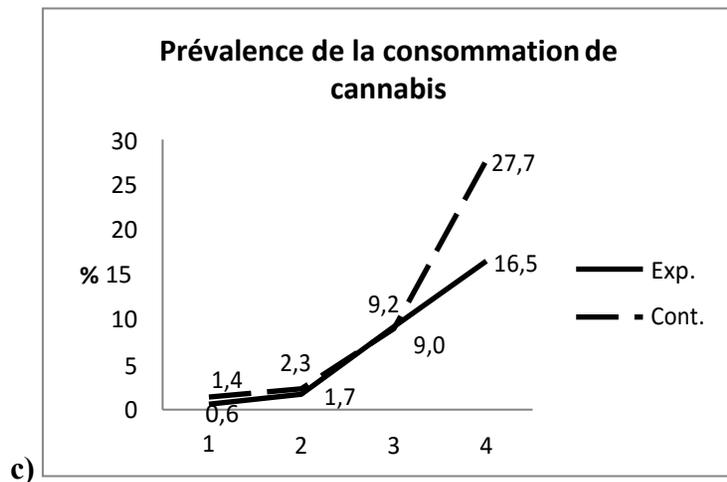
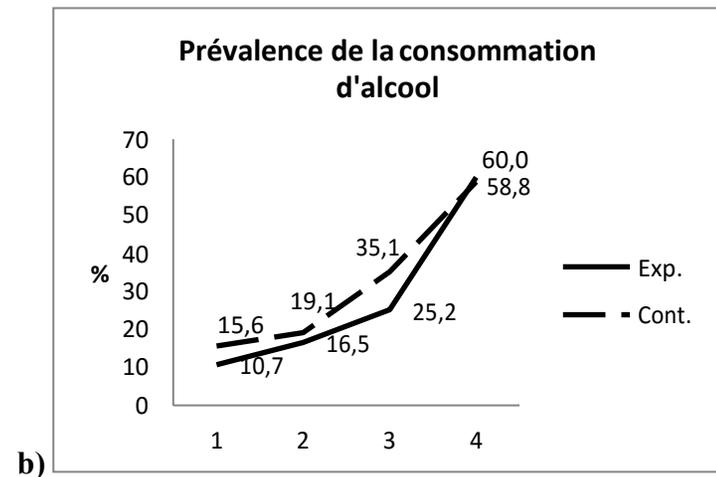
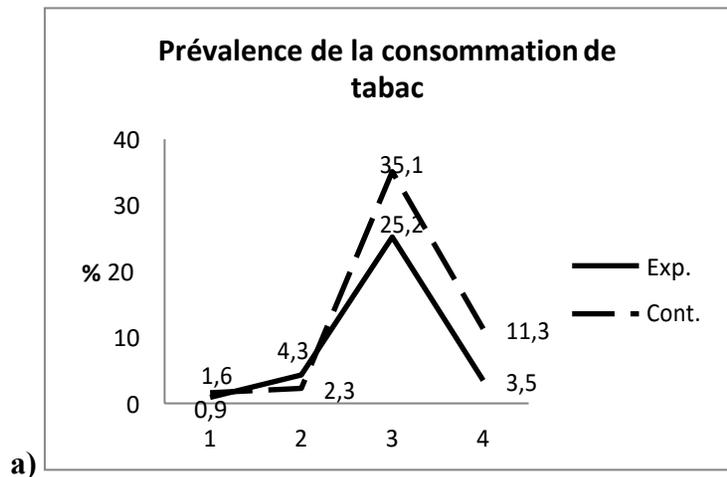


Figure 7. Prévalence des différents comportements de consommation de SPA

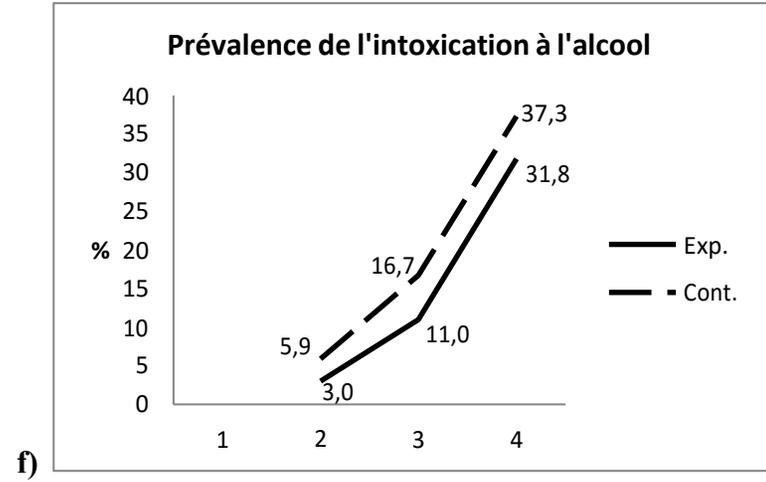
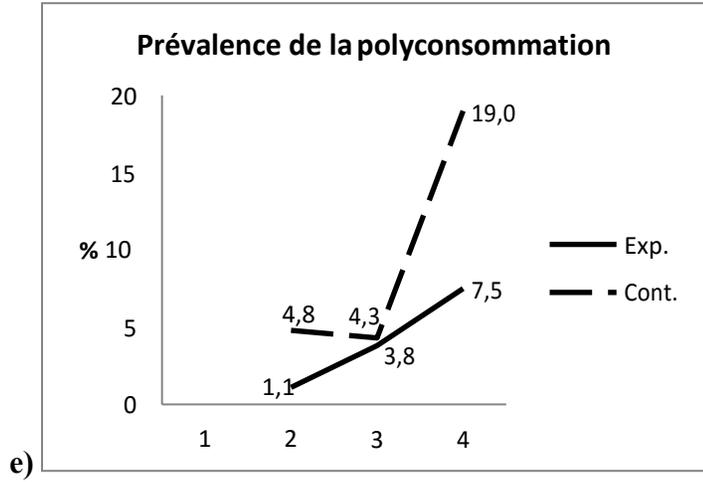


Figure 5. Prévalence des différents comportements de consommation de SPA (suite)

Chapitre VI : Stratégies de transfert des connaissances

« Le recours aux forêts – ce n'est pas une idylle qui se cache sous ce mot. Le lecteur doit plutôt se préparer à une marche hasardeuse, qui ne mène pas seulement hors des sentiers battus, mais au-delà des frontières de la méditation. Ernst Jünger

Justification

Cette recherche évaluative n'apporterait rien si les résultats obtenus n'étaient pas utilisés soit pour améliorer les connaissances, soit pour changer les pratiques. Deux impératifs nous imposent d'aller au-delà de la simple production de connaissances. Le premier est relatif à une tendance qui prend de plus en plus d'ampleurs depuis les travaux de Patton sur l'évaluation axée sur l'utilisation des résultats (Patton, 2008, 2012). Cette approche d'évaluation considère qu'une évaluation n'est utile que dans la mesure où elle fournit aux parties prenantes les moyens de traduire sur le terrain les résultats obtenus. Par ailleurs, bien que disparates, les nombreux travaux scientifiques initiés en matière de transfert des connaissances (TC) depuis maintenant quelques années en ont fait un champ de recherche à part entière (Dagenais, Ridde, Laurendeau et Souffez, 2009). Comparé au milieu médical, on note encore une sous-utilisation des résultats de recherches en sciences sociales et en éducation, ce qui appelle à prendre des initiatives pour favoriser la dissémination des résultats de recherche dans ces disciplines (Chagnon, Gervais et Labelle, 2012; Lysenko, Abrami, Bernard, Dagenais et Janosz, 2014).

Le second impératif, et non des moindres, concerne la nature même de la formation que nous avons reçue. En effet, le programme de doctorat en psychoéducation de l'Université de Montréal forme les étudiants dans deux champs d'expertise, à savoir une spécialisation en psychopathologie développementale et une autre dans le développement, l'évaluation et la dissémination des stratégies d'intervention préventive et curative (sciences de l'intervention et de la diffusion). La présente thèse s'inscrit dans le second champ qui implique le développement de stratégies de dissémination des connaissances produites. Ce chapitre comprend trois sections. La première explique ce qu'est le TC et tente de situer son importance de façon générale et dans le cadre particulier de cette thèse. La deuxième section présente les différentes étapes du processus de TC développées dans la littérature scientifique. La troisième section concerne les types d'utilisation des connaissances issus de la recherche et la dernière section porte sur le plan de TC adopté dans le cadre de la présente thèse.

Transfert des connaissances : Définition

De nos jours, le TC représente un champ d'activités de plus en plus important dans le milieu universitaire. Contrairement à un passé récent, les chercheurs sont régulièrement invités à communiquer les résultats de leurs travaux dans des canaux originaux et spécifiques requérant

des compétences autres que celles de publier dans les revues générales et/ou spécialisées ou de présenter dans les conférences scientifiques (Ward, Smith, Foy, House et Hamer, 2010).

Selon Graham et al. (2006), plusieurs concepts sont utilisés pour désigner le TC dans la littérature. Il s'agit, entre autres, de dissémination, d'utilisation, de mobilisation, d'échange et d'application de connaissances. Les définitions suivantes que nous empruntons aux domaines de la santé et des technologies peuvent cependant s'appliquer à tout autre domaine. Ainsi, selon l'Institut de Recherche en Santé du Canada (IRSC) cité par Donnelly, Letts, Klinger et Shulha (2014, p. 37), l'application des connaissances est :

« un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application éthique des connaissances pour améliorer la santé, fournir des services et des produits de santé plus efficaces, et renforcer le système de soins de santé ».

L'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), quant à lui définit le TC comme :

« l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé » (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009, p. 7).

Pour le bureau des sciences et technologies de Grande Bretagne cité par Graham et al. (2006, p. 15),

« le transfert de connaissance consiste à transférer de bonnes idées, les résultats de recherche et des compétences entre les universités, d'autres organisations de recherche, les entreprises et la communauté entière pour permettre le développement de nouveaux produits et des services innovants ».

Ce que ces définitions ont en commun, c'est l'idée que le processus de TC permet d'aboutir à un changement ou à la création d'une nouvelle entité. Ce processus est désigné par d'autres termes comme par exemple, la mobilisation de connaissances, l'échange de connaissances, la dissémination de connaissances, l'utilisation de connaissances, l'implantation d'interventions ou la diffusion de connaissances (Graham et al., 2006). Prise dans sa forme simple, il suppose dans un premier temps, la création de connaissances qui peut se réaliser dans le cadre d'une recherche mais aussi par la synthèse de résultats déjà disponibles (exemple : revues systématiques et méta-analyses). Ce n'est que par la suite que l'action de transfert de ces connaissances peut se produire grâce à des activités bien ciblées (Donnelly et al., 2014). Mais,

le TC peut également prendre une forme plus complexe, passant par plusieurs étapes itératives (Dobbins, Ciliska, Cockerill, Barnsley et DiCenso, 2002).

Étapes du processus de TC

Le TC peut représenter un défi important, en rapport notamment avec ce qui se passe entre la création de connaissances et son utilisation par une autre entité. Pour faciliter ce processus, plusieurs auteurs ont essayé de synthétiser les principales étapes nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

Selon Dobbins et al. (2002), le TC comprend 5 étapes qui sont : la connaissance de l'innovation, la persuasion, la décision, l'implantation et la confirmation. Pendant la phase de connaissance, il s'agit de rendre l'innovation disponible ou de prendre conscience de son existence. Cette prise de conscience dépend des stratégies de dissémination des connaissances utilisées. La phase de persuasion correspond à celle où l'individu ou l'organisation cherche à se persuader du bien-fondé de l'adoption ou non de cette connaissance en évaluant la contrepartie associée à l'une ou l'autre des situations. Lors de la phase de décision, l'individu ou l'organisation s'engage dans la recherche de preuves attestant de la fiabilité de la connaissance avant son adoption. La prise de décision peut concerner l'adoption totale ou partielle de l'innovation ou son rejet. À la phase d'implantation, il s'agit d'intégrer l'innovation dans le fonctionnement individuel ou organisationnel lorsque la décision de son adoption (totale ou partielle) a été prise. La dernière phase, celle de la confirmation, correspond au moment où l'individu ou l'organisation cherche des moyens pour justifier son choix par une analyse des résultats positifs ou des conséquences négatives associés à l'adoption de l'innovation ou non.

Pour leur part, Lemire et al. (2009) identifient 7 étapes dans le processus de TC. Le processus commence par la production ou la co-production de connaissances. Ensuite, vient l'étape de l'adaptation de ces connaissances en fonction du contexte d'implantation et du public cible. Cette étape permet également d'entrevoir la meilleure stratégie à mettre en place pour le TC. Elle est suivie par l'étape de la diffusion qui consiste à vulgariser les connaissances en les rendant accessibles aux éventuels utilisateurs. Les moyens de diffusion peuvent varier énormément dépendamment « de la nature des connaissances à transférer, des objectifs à atteindre et des publics à rejoindre » (Lemire et al., 2009, p. 20). L'étape suivante correspond à la réception des connaissances par les utilisateurs. Elle réfère à l'intérêt de ces utilisateurs

potentiels par rapport aux connaissances produites ainsi qu'à leur capacité d'analyse de ces connaissances et au contexte de leur implantation. Après la réception des connaissances, l'individu ou l'organisation peut décider de son adoption ou non. Cette cinquième phase dépend de la nature de la connaissance, mais aussi du contexte économique, social, organisationnel et du leadership du promoteur de cette connaissance. L'appropriation des connaissances qui suit cette phase correspond au moment où l'individu ou l'organisation s'approprie les connaissances adoptées précédemment en les intégrant dans son répertoire de savoirs. L'utilisation des connaissances représentant la dernière phase de ce processus s'intéresse à la manière dont ces connaissances sont concrètement utilisées sur le terrain. On distingue plusieurs types d'utilisation des connaissances que nous présentons dans la section qui suit.

Différents types d'utilisation des connaissances

Généralement, on trouve dans la littérature quatre types d'utilisation des connaissances : l'utilisation conceptuelle, l'utilisation instrumentale, l'utilisation symbolique ou stratégique et l'utilisation procédurale.

Les trois premiers types d'utilisation des connaissances ont été conceptualisés au milieu des années 1970 par plusieurs auteurs dont Rich (1975), Caplan, Stambaugh et Morrison (1975). Selon ces auteurs, l'*utilisation conceptuelle* réfère à une utilisation indirecte des connaissances issues de la recherche qui apportent un éclairage nouveau face à un phénomène auquel est confronté un individu ou une organisation (Pelz, 1978). Cet éclairage peut influencer la compréhension de ce phénomène et conduire, en retour, à un changement. En ce qui concerne l'*utilisation instrumentale*, elle représente le type le plus connu et le plus dominant dans la littérature sur le TC (Amara, Ouimet et Landry, 2004). C'est également le type d'utilisation des connaissances le plus direct. Elle consiste à appliquer les résultats de recherches pour résoudre un problème organisationnel ou social déjà identifié. L'*utilisation symbolique* ou *stratégique* concerne, à son tour, le fait d'utiliser les résultats de recherches pour légitimer ou appuyer une position ou une décision qui a déjà été prise (Beyer, 1997). Elle peut également servir pour soutenir la nécessité d'une action.

Plus récemment, s'est ajoutée un autre type d'utilisation des connaissances dénommée *utilisation procédurale*. Il s'agit des connaissances que les individus peuvent tirer de leur participation à un processus de recherche ou d'évaluation (Lemire et al., 2009). Les concepteurs

de ce type d'utilisation des connaissances estiment, en effet, que le simple fait d'être engagés dans un tel processus peut provoquer des changements chez les participants (Beyer, 1997). Ce qui peut amener ces derniers à avoir une vision du phénomène différente de ce qu'ils avaient avant leur engagement dans ce processus.

Ces divers types d'utilisation des connaissances ne s'excluent pas mutuellement car une même connaissance peut faire l'objet d'une utilisation symbolique et conceptuelle dans une même organisation ou chez un individu en fonction du contexte. Le présent plan de TC est proposé en vue d'assurer une plus grande diffusion des résultats obtenus dans le cadre de la de cette thèse.

Stratégies de TC issues de la présente recherche évaluative

Il existe plusieurs plans de TC dans la littérature consacrée à ce champ de recherche. On peut citer, entre autres, le plan de Barwick (2008, 2013), réalisé à l'hôpital pédiatrique (*Hospital for Sick Children*) de Toronto, celui de la Chaire d'étude Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire-Université du Québec à Montréal (CJM-IU-UQÀM) sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, conçu dans le cadre d'un partenariat université-communauté (Lafond, Lagrange, Villeneuve et Blackburn, 2015), et le plan de l'INSPQ, réalisé dans une perspective de soutien à l'action dans le milieu de la santé et des services sociaux (Lemire et al., 2009).

Dans le cadre de ce plan de TC nous nous appuyons sur ce dernier modèle en raison du fait qu'il est plus flexible que les précédents et qu'il présente plus en détail les étapes à suivre pour l'élaboration de ce plan. Par ailleurs, il intègre certains éléments du plan de Barwick (2008, 2013), notamment, en ce qui concerne l'évaluation du plan de TC. Le modèle adopté se présente comme un tableau de bord ou un plan d'action destiné à soutenir l'élaboration d'un plan de TC. Ce tableau est présenté dans son intégralité à l'annexe 7. Mais il est résumé dans ses parties essentielles à travers les divers points ci-dessous.

Besoins motivant le TC

L'usage de SPA (tabac, alcool et cannabis) chez les jeunes, notamment en milieu scolaire, pourrait avoir des répercussions non seulement sur leur santé mais également sur leurs performances scolaires. Par exemple, selon plusieurs auteurs, la consommation régulière de cannabis pourrait affecter de façon irréversible les fonctions cognitives de certains jeunes

(Meier, Caspi, et al., 2012a). De même, la consommation excessive d'alcool pourrait être à l'origine de mauvaises performances scolaires et conduire au décrochage (Holtes et al., 2015).

Au Québec comme dans plusieurs pays développés, la consommation de SPA s'accroît avec le niveau scolaire. Ainsi, les élèves de 3^e secondaire consomment plus que ceux de 1^{ère} et 2^e secondaire et ceux de 5^e secondaire consomment plus que trois niveaux précédents. Pour faire face à cette situation, plusieurs études préconisent d'entreprendre les activités de prévention de façon précoce, soit au 3^e cycle du primaire, au moment où les élèves se préparent pour le secondaire. Cette phase de transition, comme toutes les autres, représenterait une période de vulnérabilité susceptible de favoriser l'adoption de comportements à risque chez un certain nombre de jeunes. Malheureusement, il existe encore très peu d'interventions précoces qui cible cette période développementale concernant la consommation des SPA et qui ont fait l'objet d'une évaluation. L'évaluation de la phase pilote de l'IR montre que cette dernière serait efficace pour réduire la consommation de certaines SPA. Il se présente alors le besoin de faire connaître davantage cette intervention auprès de divers publics, y compris les commissions scolaires, les écoles (directions, enseignants, personnels de soutien, élèves), les organismes communautaires, les parents d'élèves et toute autre entité qui pourrait être intéressée.

Objectifs de TC

L'objectif général de ce plan est de contribuer à faire connaître l'IR et à favoriser son adoption dans les écoles et autres entités qui seraient intéressées par les résultats obtenus. Plus spécifiquement, il s'agit d'assurer une large diffusion des résultats obtenus après l'évaluation de cette intervention afin de favoriser son appropriation et son adoption dans les milieux scolaires.

Connaissances à produire et à transférer

Les connaissances à produire pour soutenir le TC concernent un rapport d'évaluation comprenant les résultats de l'évaluation des processus et ceux de l'évaluation des effets de l'intervention. Par ailleurs dans le cadre de cette thèse, trois articles ont été produits et feront l'objet de publication dans des revues scientifiques spécialisées. Un chapitre de livre est en préparation pour être publié dans un ouvrage collectif intitulé *Sortir des sentiers battus II : Pratiques prometteuses auprès des adolescents dépendants ou à risque de le devenir*.

Les connaissances à produire concernent également des articles et résumés de vulgarisation, les bilans des résultats aux écoles (capsules), les communiqués de presse et un

document Powerpoint pour soutenir les présentations. Ces documents à produire sont classés selon leur ordre de priorité. Ainsi, la production du rapport d'évaluation et des articles est classée en priorité par rapport aux autres produits en raison du fait que non seulement ils sont les outils traditionnels de TC mais ils servent à alimenter les autres.

Publics cibles

Plusieurs publics sont visés dans ce plan de TC. Il s'agit en premier lieu de la commission scolaire (CS) qui reste le premier destinataire du rapport d'évaluation en vue de l'informer des résultats obtenus. En dehors de la CS, on compte les directions d'écoles ayant participé à la recherche évaluative, les enseignants et le personnel non enseignant et les élèves qui sont appelés à accompagner l'IP dans la mise en œuvre de l'intervention. Ce plan cible également les organismes communautaires, la population générale, y compris les parents et la communauté scientifique.

Acteurs à impliquer dans le processus de TC

Les acteurs à impliquer concernent les entités qui peuvent soit influencer le processus de TC à cause de leur position, soit apporter une contribution dans le déploiement de celui-ci. Il s'agit de la commission scolaire commanditaire de cette recherche évaluative. En effet, à travers le directeur du service éducatif et le conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention, la CS peut influencer les activités de TC qui seront organisées au profit de ces écoles par leur financement ou les dispositions qu'elle pourrait prendre en vue de faciliter le processus de TC. Un autre groupe d'acteurs à impliquer concerne les directions d'écoles, les enseignants et le personnel non-enseignant. Ce sont les premiers bénéficiaires de ce processus de TC car, ayant participé à l'évaluation de l'intervention, ils peuvent s'appuyer sur les enseignements tirés de l'évaluation afin d'améliorer les pratiques. En dehors de ce groupe, les membres de l'équipe d'évaluation seront impliqués dans la production des connaissances et leur diffusion (articles scientifiques, etc.).

Stratégies de TC

Ces stratégies concernent les actions ou activités à entreprendre pour la diffusion des connaissances en fonction du public cible, du degré d'interaction et du type d'intermédiaire entre celui-ci et l'équipe chargée d'assurer le TC ainsi que du moment prévu pour les réaliser. Ces stratégies visent à favoriser l'adoption de l'un ou l'autre des types d'utilisation des connaissances (conceptuelle, instrumentale, symbolique/stratégique et processuelle).

Sans entrer dans le détail pour chacun des publics cibles, on peut retenir qu'en ce qui concerne la commission scolaire par exemple, les stratégies de TC sont relatives à des séances de présentation de la progression de l'évaluation et des résultats préliminaires. Ce sont au total 4 séances qui ont eu lieu pendant lesquelles des présentations ont été faites devant les membres de la CS sur la progression des travaux d'évaluation. La dernière rencontre nous a donné l'occasion de leur présenter les résultats préliminaires obtenus et leur implication. Cette stratégie cherchait à encourager une utilisation conceptuelle et symbolique des résultats présentés. Par ailleurs, le conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention et l'IP chargé de la mise en œuvre de l'intervention ont été impliqués dans nos activités tout au long du processus d'évaluation. Ce qui a pu favoriser une utilisation processuelle des connaissances chez ces derniers. Une autre stratégie est liée à la diffusion du rapport d'évaluation à la CS suivie d'une journée de restitution des résultats. Ces deux stratégies encouragent plutôt l'utilisation stratégique et instrumentale des connaissances. Ainsi, chaque stratégie adoptée dans ce plan de TC vise un ou plusieurs types d'utilisation des connaissances en fonction du public ciblé.

Évaluation du processus de TC

Une évaluation sera entreprise pour savoir si le processus de TC proposé a permis d'atteindre les objectifs fixés. Cette évaluation portera particulièrement sur deux types de mesures, à savoir les mesures du processus et celles relatives à l'atteinte des objectifs.

En ce qui concerne la mesure du processus, il s'agira de collecter des informations sur les indicateurs suivants : nombre de copies du rapport d'évaluation diffusées ou téléchargées, nombre de personnes rejointes, nombre de conférences, congrès et ateliers où les résultats sont présentés, nombre d'articles scientifiques et de vulgarisation produits, nombre de capsules aux écoles produites et le nombre de média ayant assuré la visibilité des résultats. Pour les mesures relatives à l'atteinte des objectifs, nous nous appuierons essentiellement sur deux indicateurs, à savoir, le nombre d'écoles de la CS qui mettent en œuvre l'intervention sur la base des recommandations faites et le nombre d'écoles en dehors de la CS qui s'intéressent à cette intervention.

Conclusion

Le TC est une activité qui gagne en importance dans le milieu universitaire grâce à son rôle dans l'amélioration de l'utilisation des connaissances issues de la recherche. C'est une activité intensive qui se déroule en plusieurs étapes permettant de mettre des connaissances générées à la disposition d'un plus grand nombre de personnes. Pour se faire, diverses stratégies peuvent être adoptées pour maximiser les résultats. Cela peut aller de la simple publication d'articles de vulgarisation à l'organisation de sessions de formation. Dans le cas présent, une variété d'activités a été proposée. Ces activités permettront d'assurer une plus grande vulgarisation des résultats issus de cette recherche évaluative et de maximiser ainsi les chances de leur utilisation.

Chapitre VII : Discussion générale

« Et, bizarrement, une petite idée qui était là au début et que l'on a enfouie ou écartée pour explorer des sentiers moins battus [...] bizarrement, on revient à cette idée qui était inscrite sur un petit bout de papier [...] elle était là parce qu'elle avait été certainement passée au tamis de sa propre réflexion [...] pendant des mois et des mois et des années peut-être avant pour que cette petite idée sur ce bout de papier, finalement, s'impose malgré sa propre volonté ». Franco Dragone

Rappel du processus

L'objectif de cette thèse était de rendre compte du processus d'évaluation d'une intervention destinée à prévenir l'usage de SPA en milieu scolaire ainsi que des résultats obtenus. La demande initiale d'évaluation formulée par la commission scolaire initiatrice de l'intervention concernait une évaluation des effets afin de savoir si l'intervention permettait d'atteindre les objectifs de prévention qui avaient été fixés. Ensuite, dans le cas où les résultats seraient favorables, l'intervention serait alors étendue aux autres écoles du ressort territorial de cette commission scolaire. Après les échanges avec les initiateurs et la consultation des premiers documents disponibles, il est apparu que, bien que ces derniers aient une claire idée de ce qu'ils voulaient réaliser, cette intervention était très peu structurée. Compte tenu de cette situation, une ÉÉ a d'abord été réalisée afin de savoir si l'évaluation proprement dite pouvait se faire. Les résultats de cette ÉÉ sont présentés dans le premier article de cette thèse. Puis, une évaluation des processus a été effectuée en utilisant le cadre d'analyse de la théorie de l'acteur-réseau pour comprendre la dynamique sociale entourant la mise en œuvre du programme et les ressources humaines et non-humaines mobilisées. Les résultats de cette évaluation des processus sont présentés dans le deuxième article. Enfin, une évaluation quantitative et qualitative a été conduite pour mesurer les effets de l'intervention d'une part et analyser son acceptabilité auprès des acteurs impliqués et identifier les facteurs entravant ou favorisant sa mise en œuvre. Le troisième article rend compte des résultats de cette dernière évaluation. Au total, deux types d'évaluation des processus ont été menés. L'un sur la manière dont l'intervention a été implantée (article 2) et l'autre sur l'acceptabilité de cette même intervention et les facteurs favorables ou défavorables à sa mise en œuvre (volet qualitatif de l'article 3).

La collecte des données quantitatives (questionnaire aux élèves et aux enseignants) a été effectuée à quatre reprises pour le questionnaire aux élèves (une collecte annuellement) et deux fois pour le questionnaire aux enseignants entre 2010 et 2014. En ce qui concerne les données qualitatives (entrevues individuelles, groupes de discussion, cahier de bord, notes de réunions et rapports annuels), leur collecte a démarré une année après le début de la mise en œuvre de l'intervention, soit en 2011 pour prendre fin également en 2014. L'analyse de ces données a permis la rédaction de trois articles empiriques cités plus haut qui retracent le processus de mise en œuvre de l'intervention et les effets de celle-ci sur la population-cible. Par ailleurs, un dispositif permettant le transfert des connaissances issues de cette recherche évaluative a été présenté afin de favoriser une appropriation des connaissances quant aux stratégies optimales

d'implantation de cette intervention.

Synthèse et discussion des principaux résultats

La présente thèse avait pour objectif de présenter les résultats de l'évaluation de l'*intervention en réseau*, un programme destiné à prévenir l'usage de SPA en milieu scolaire. Avant d'entamer les activités d'évaluation proprement dites, une étude d'évaluabilité (EE) (Schmidt, Scanlon et Bell, 1979; Wholey, 1987) a été menée aux fins de mieux documenter cette intervention, notamment, en ce qui concerne les objectifs poursuivis, le modèle logique et partant d'identifier des stratégies permettant de conduire une évaluation rigoureuse et basée sur l'utilisation des résultats (Dobbins et al., 2002; Estabrooks, 1999; Patton, 2012). En ce sens, l'ÉE s'est avérée très utile pour l'établissement des premiers contacts avec les parties prenantes des structures impliquées dans la mise en œuvre du programme. De façon concrète, la conduite de l'ÉE a permis l'élaboration du modèle logique du programme alors qu'un tel instrument n'existait pas au début de la recherche évaluative. Ce modèle logique est un élément important de l'évaluation d'un programme car il propose une représentation schématique des mécanismes par lesquels la mobilisation des ressources et la mise en œuvre d'activités permettent d'atteindre les objectifs fixés.

L'ÉE a également été utile pour dégager des pistes pour la conduite de l'évaluation. En effet, face au caractère novateur du programme, à la complexité des opérations liées à la mise en œuvre et aux relations tout aussi complexes entre les acteurs impliqués, il est apparu, à travers l'EE, que l'utilisation d'une approche mono méthode ne permettrait pas de rendre compte de la réalité de la situation. Selon Youtie, Bozeman et Shapira (1999), le recours à l'EE est une option intéressante lorsque les caractéristiques particulières d'un programme peuvent affecter la conduite d'une évaluation susceptible d'apporter des informations utiles aux parties prenantes. Cette étude a donc une portée indéniable pour l'évaluation en ce sens qu'elle peut non seulement contribuer à orienter les opérations d'évaluation mais elle permet également aux parties prenantes d'apporter des améliorations au programme. Avec une telle portée, le fait que l'ÉE ne soit pas très répandue comme pratique soulève des questions. Cette situation serait-elle liée au manque de formation des évaluateurs sur la manière de la conduire? Ou est-elle due à des raisons financières qui amènent certains décideurs à orienter directement le peu de ressources disponibles dans une évaluation plutôt que dans la réalisation d'une ÉE? Les deux hypothèses restent plausibles. Dans une recension d'écrits récente sur l'utilisation de l'EE dans les thèses et mémoires, Walser et Trevisan (2016) évoquaient l'utilité de ce type d'étude pour les

programmes de formation à visée professionnelle car elle pourrait constituer une opportunité intéressante à l'acquisition de compétences à la fois techniques et non-techniques sur l'évaluation. Il est donc très probable que les étudiants du programme de Psychoéducation qui reçoivent une formation en clinique et en évaluation de programmes puissent tirer un grand profit d'une formation sur l'ÉE.

Par ailleurs, dans la poursuite des activités d'évaluation, une évaluation des processus a été réalisée en ayant recours à la théorie de l'acteur-réseau (TAR) développée par Callon (1986) et Latour (2005b). La TAR est un cadre d'analyse de l'introduction des innovations dans les organisations (Akrich, 2006; Assogba, 2010). L'intervention en réseau représente une innovation dans le sens où elle dérogeait des pratiques routinières en vigueur dans les écoles où elle était implantée. Cette évaluation des processus avec la TAR est une opportunité de souligner l'importance de la prise en compte du contexte dans l'évaluation des programmes. L'importance du contexte des programmes est, par ailleurs, soulignée par les connaissances issues des sciences de la prévention (*science of prevention*) et dans plusieurs travaux empiriques de ces dernières années (Bisset et al., 2009; Coie et al., 1993; Crea et Crampton, 2011; Durlak et DuPre, 2008). L'évaluation des processus qui a été conduite a permis d'élaborer un schéma conceptuel mettant en évidence les quatre moments du « processus de la traduction ». L'analyse des données colligées permet de constater que pour susciter l'intérêt des autres acteurs par rapport au programme, l'IP a dû déployer plusieurs stratégies dont la négociation et le soutien. Comme le montre la figure 3, le processus de traduction qui est réversible est alimenté par les controverses pouvant surgir sur divers aspects du déploiement de l'innovation. Si elles sont mal gérées, ces controverses peuvent mettre en péril le réseau constitué par les acteurs humains et non-humains pour atteindre les objectifs des initiateurs. Devant les difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs, il est possible de constater un statu quo ou d'aboutir à la dissolution du réseau. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme, lorsque des controverses naissent entre les acteurs, il n'est pas rare de trouver des divergences entre ce que Chen (1990) appelle la théorie épousée et la théorie appliquée. La première représente la manière de voir des décideurs et initiateurs du programme alors que la seconde réfère aux points de vue des

intervenants, c'est-à-dire, comment ces derniers interprètent le programme et l'appliquent de façon concrète sur le terrain. Ces divergences peuvent déboucher sur une mauvaise application du programme par les intervenants, ce qui peut contrarier l'atteinte des objectifs.

Les positions développées ici se veulent une critique des conceptions traditionnelles de l'évaluation des processus qui adoptent une approche positiviste des phénomènes en ne s'intéressant essentiellement qu'à ce qui a été délivré (Dane et Schneider, 1998; Riley et Hawe, 2009). De ce fait, les conceptions traditionnelles négligent la dynamique des relations qui se font et se défont entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'un programme (Lévesque, Guilbault, Delormier et Potvin, 2005; Riley et Hawe, 2009). Ces conceptions dynamiques de l'évaluation des processus sont plus orientées vers les approches constructivistes des phénomènes. Il est clair que l'une et l'autre approche (constructiviste et positiviste) apportent des informations au sujet du programme à évaluer et qu'elles possèdent toutes les deux leurs forces et faiblesses. Finalement, c'est en les combinant que l'on parvient à mieux comprendre l'environnement qui entoure la mise en œuvre d'un programme et qui contribue à son succès.

C'est dans cette logique que la dernière activité d'évaluation s'est penchée sur une méthode mixte d'évaluation des effets du programme et de son acceptabilité auprès des participants ainsi que sur l'identification des facteurs entravant ou favorisant sa mise en œuvre. Pour atteindre les objectifs de ce volet de l'évaluation, un devis de recherche hybride de type 1 a été utilisé. Selon Curran et al. (2012), ce devis permet de répondre aux questions d'évaluation qui portent à la fois sur les effets ou l'efficacité d'une intervention et ses processus. Aussi, la méthode de recherche mixte parallèle a été adoptée pour colliger simultanément des données quantitatives et qualitatives. Par contre, les analyses sont effectuées séparément pour répondre à des questions distinctes d'évaluation puis sont combinées ou intégrées lors de l'interprétation des résultats pour expliquer le phénomène en jeu (Castro et al., 2010; Chen, 2006).

Les résultats obtenus sont prometteurs dans la mesure où le programme parvient à modifier le comportement des participants en ce qui concerne la consommation de certaines SPA. En effet, comparés à un groupe d'élèves n'ayant pas reçu le programme, des changements apparaissent chez les participants à l'an 3 pour la consommation d'alcool, les beuveries et l'intoxication et à l'an 4 pour le cannabis. De plus, on note un retard de l'âge d'initiation à l'usage de l'alcool et du cannabis chez les participants, ce qui démontre que ce programme

pourrait contribuer efficacement à la lutte contre l'usage de ces substances chez les jeunes. Par contre, les effets du programme sur la consommation de tabac ne sont pas concluants. En effet, les résultats indiquent qu'à l'an 3 de la mise en œuvre, les participants au programme étaient plus susceptibles de faire usage de tabac que ceux du groupe de comparaison. Au stade des investigations, il n'était pas possible d'expliquer ce résultat inattendu. Cependant, à l'an 4 de l'évaluation, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'usage de tabac. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'attrition dans le groupe d'intervention avec le départ de certains consommateurs de tabac de ce groupe.

Enfin, la présence de l'IP semble avoir été déterminante pour les jeunes ayant participé au programme. En favorisant une bonne coordination des activités de prévention dans les écoles, en assurant une présence continue auprès des élèves et en facilitant le passage du primaire au secondaire, ce dernier est parvenu à provoquer le changement chez les participants. Les changements positifs constatés en ce qui concerne la consommation d'alcool et de cannabis sont significatifs en termes de prévention considérée comme le moyen le plus efficace pour lutter contre ce phénomène. Étant donné la part importante des coûts associés à la consommation de SPA sur le PIB du Canada (Rehm et al., 2006a; Rehm et al., 2007) et la capacité des programmes de prévention en milieu scolaire à réduire l'initiation aux drogues licites et illicites (Caulkins, Pacula, Paddock et Chiesa, 2004), les résultats obtenus avec l'IR encouragent à entreprendre d'autres activités d'évaluation afin d'approfondir les connaissances sur ce programme et d'analyser ses effets à plus long terme. En attendant ces investigations, une réflexion est menée dans la partie qui suit sur le rôle de l'IP qui était au cœur de ce programme de prévention.

Réflexion sur la pratique d'IP

Une part importante de la présente recherche évaluative a été consacrée à documenter les processus et les effets du programme IR. Dans cette section de la thèse, il s'agit de prendre une certaine distance par rapport à nos objectifs pour entreprendre une réflexion critique à propos de la pratique d'IP. Cette pratique est au cœur d'une dynamique socioculturelle, scientifique et professionnelle dont on mesure encore mal les significations et la portée. Ici, les vertus de cette pratique sur le plan humain et social ne peuvent tout simplement pas être remises en cause. Néanmoins, des questions subsistent sur les conditions de son existence et sur la pratique elle-même dans le domaine de l'éducation et de la santé. Comme mentionné plus haut,

cette pratique n'est pas nouvelle; elle existe dans le domaine de la santé depuis plus d'une vingtaine d'années où on lui attribue le rôle de coordonner des activités de soins au sein d'une équipe multidisciplinaire (Thorne et Truant, 2010). La logique à la base de la création de ce nouveau poste était d'assurer une plus grande accessibilité des minorités noires aux soins de santé liés au cancer aux États-Unis (Freeman, 2012). Plus tard, l'IP est devenu incontournable pour faciliter la connexion entre les patients, leur famille et le système de santé tout au long de la trajectoire de soins (Trevillion, Singh-Carlson, Wong et Sherriff, 2015).

Dans le cadre de l'IR, l'IP était chargé d'assurer le déploiement d'activités de prévention de l'usage de SPA en œuvrant en collaboration avec plusieurs autres acteurs de l'école et des organismes communautaires. Cette manière de faire s'apparente à la tentative de mettre en lien le domaine de la santé avec celui de l'éducation dans le cadre de l'AES (Deschênes et al., 2008; Désy, 2009). En effet, aux yeux de certains acteurs du milieu scolaire, notamment les enseignants, les activités de prévention et de promotion de la santé apparaissent comme étant incompatibles avec leur mission d'éducation ou hors des limites de leurs compétences ou encore une charge supplémentaire dans leur horaire déjà très chargé (Deschênes et al., 2008; Kirby, 1990; Rudd et Walsh, 1993). La mise en œuvre de l'AES devait permettre de corriger cette dichotomie factice en faisant en sorte que les activités de promotion de la santé et de prévention soient intégrées à l'école. L'idée derrière cette approche était d'amener l'école à s'approprier les questions de santé, compte tenu du fait que les élèves en santé sont plus susceptibles d'avoir de bons résultats scolaires (Center for Disease Control and Prevention, 2014; Shaw, Gomes, Polotskaia et Jankowska, 2015).

S'il n'est pas aisé d'introduire les activités de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire, la question se pose alors de savoir quelle(s) stratégie(s) adopter pour le déploiement d'approches de prévention comme l'IR dans les écoles. Il semble que les conditions gagnantes résident d'abord dans une bonne connaissance du contexte d'implantation et de potentiels obstacles pouvant entraver la mise en œuvre de tel programme. Ensuite, viendra l'étape de l'adoption de la stratégie la plus idoine pour y faire face.

Cette recherche évaluative a mis de l'avant la négociation et le soutien comme deux stratégies utilisées par l'IP pour obtenir l'adhésion et la mobilisation des acteurs du milieu scolaire au programme. En plus de la négociation et du soutien, Turcotte et al. (2011) proposent d'autres types de stratégies. Il s'agit des stratégies structurelle (créer des structures de

concertation ou des comités de travail pour débattre sur la problématique en jeu), formative (intéresser les autres acteurs en faisant la promotion du modèle d'action) et de relais (passer par des équipes existantes pour introduire le programme).

Par ailleurs, en cherchant à se rapprocher des directions d'écoles et à se fondre dans l'équipe éducative, l'IP ne risque-t-il pas de tomber dans les travers d'activités routinières qui ont provoqué l'élaboration d'un programme alternatif comme l'IR? En voulant se fondre dans le décor, ne faudrait-il pas craindre le retour aux anciennes habitudes au sein des écoles? Autrement dit, l'existence même de cette pratique n'est-elle pas la révélation d'un dysfonctionnement dans les organisations, qu'elles soient de santé ou du milieu scolaire? Ces préoccupations ont été abordées dans un article de Thorne et Truant (2010) sur la pratique de l'IP en oncologie. Pour ces auteurs, la demande accrue de la création de postes d'IP est le résultat d'un mauvais fonctionnement du système de soins qui agit en réaction aux problèmes plutôt que d'adopter une position proactive. Les lacunes dans les soins primaires, la fragmentation des soins spécialisés, le manque de collaboration et de communication entre les acteurs sont autant d'éléments qui contribuent à mettre une pression indue sur le système de santé, l'obligeant à légitimer l'existence de cette nouvelle catégorie de professionnels. Or, en procédant à une réorganisation des services, en mettant l'accent sur les soins primaires et en adoptant une approche de soins centrée sur le patient, il est possible d'aboutir à un système ne nécessitant pas le recrutement d'un IP dédié à la coordination des soins. Dans un tel système, la fonction de coordination des soins et d'aide à la navigation des patients est spontanée, exigée par les contraintes inhérentes au travail et exercée par une personne au sein même de l'équipe (Thorne et Truant, 2010).

La situation que l'on rencontre dans le système de santé peut se rapprocher de ce qui se produit dans le milieu scolaire, notamment dans le cas de l'IR. En effet, selon les arguments avancés par ses initiateurs, ce programme basé sur le rôle d'un IP visait à faire face au manque de collaboration et de communication entre les animateurs des cycles d'enseignement primaire et secondaire en ce qui concerne les questions de prévention, au fonctionnement en silos des activités de prévention et au manque de coordination dans la mise en place des dites activités. Dans ce contexte, la désignation d'un IP visait à faire face à tous ces différents dysfonctionnements dans le déploiement des activités de prévention.

Cependant, comme le soulignent Thorne et Truant (2010), en ayant recours à un IP, spécialiste de la coordination des activités et de la création de connexions entre les acteurs, on peut courir le risque d'exonérer certains professionnels de la santé et de l'éducation de ce qui devrait constituer leurs prérogatives si le système fonctionnait de façon convenable. Cette situation a été constatée dans les résultats de l'article 2, où certains enseignants indiquaient leur préférence pour la mise en œuvre d'activités de prévention de l'usage de SPA par une autre entité. Si pour certains parmi eux c'est le manque de compétences dans la conduite de telles activités qui dictait leur choix, pour d'autres, par contre, il s'agissait plutôt de les rendre plus disponibles pour mener le programme éducatif pour lequel ils ont été recrutés et qui constitue leur priorité.

De plus, les résultats de l'article 3 indiquent que le succès de la mise en œuvre de l'IR dépend en grande partie des attributs personnels de l'IP, notamment ses qualités d'écoute, de communication, de négociation, son empathie et sa patience. Ces attributs personnels dont certains sont difficilement mesurables et difficiles à transmettre à travers une formation ont amené des auteurs à se questionner sur les possibilités de réplique de la pratique d'IP avec plusieurs intervenants placés dans des contextes différents (Thorne et Truant, 2010). Si les activités de cette pratique sont tributaires des difficultés rencontrées par la population cible, du fonctionnement de l'organisme et des connaissances de l'IP, il semble évident que les gestes posés tiennent compte du contexte particulier dans lequel l'intervention est déployée. Les études consacrées au rôle d'IP dans le domaine de la santé, par exemple, montrent que même si ces derniers ont reçu les mêmes formations, le contexte particulier de l'implantation du programme amène l'IP à adapter son intervention en fonction des préoccupations de l'utilisateur dont il a la charge. Cependant, cette dépendance au contexte ne devrait pas empêcher la possibilité d'identification des tâches communes aux IP tout au long du continuum de soins lié au traitement du cancer (Braun et al., 2012; Gunn, Clark, Battaglia, Freund et Parker, 2014). L'identification de ces tâches pourrait permettre, en retour, la mise en place de modules de formation d'IP en vue d'une certaine uniformisation des pratiques et d'un accroissement des chances de réplique des expériences dans différents services de santé. Il est donc souhaitable que d'autres études soient menées en vue de mieux comprendre et caractériser la pratique de l'IP dans le milieu particulier de l'éducation. Parmi les pistes à explorer, il y a par exemple, l'intégration de modules sur les stratégies de prévention et de promotion de la santé dans la formation des

enseignants; le renforcement des capacités de ces derniers dans ce domaine tout au long de leur parcours professionnel; la désignation de l'IP, de préférence, au sein même du personnel enseignant et éducatif de l'école. Dans le cas où celui-ci viendrait de l'extérieur, un travail préparatoire devrait être mené pour une meilleure intégration dans le corps professionnel. Dans tous les cas, il importe d'éviter de faire croire que le projet de promotion de la santé et de prévention à l'école relève d'un seul individu. L'implication de l'ensemble du personnel reste un élément essentiel pour le succès de ce type de projet.

Compréhension du programme IR à la lumière du modèle psychoéducatif

En tant que programme de prévention visant à réduire l'usage de SPA en milieu scolaire, l'IR peut s'apparenter à une intervention psychoéducatrice dont l'objectif est, entre autres, d'assurer l'adaptation de l'individu à son environnement par le développement de son plein potentiel, en adéquation avec son milieu de vie. Il est donc possible d'en faire une lecture à partir de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducatrice telle que définie par Gendreau (1978) et reprise par Renou (2005). La structure d'ensemble de l'intervention psychoéducatrice se présente comme un modèle comprenant dix composantes clés formant un système cohérent et dynamique (Gendreau, 2001). Ces composantes, présentées à la figure 8, ont été identifiées pour la première fois par (Gendreau, 1978). Par la suite, elles ont été adaptées dans l'ouvrage de référence en psychoéducation de (Renou, 2005). Ces composantes sont en interaction continue et permettent de concrétiser l'action éducative afin de provoquer le changement désiré (Renou, 2005).

La mise en œuvre du programme IR fait intervenir plusieurs éléments de la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducatrice. Sans passer en revue chacune des dix composantes, la présente section vise à mettre l'accent sur celles qui ont pu émerger lors de l'évaluation de l'IR. L'une des composantes concerne le *contenu* ou le *programme*. Elle fait référence à l'ensemble des activités proposées à la population cible en vue d'atteindre les objectifs fixés par les concepteurs. Dans le cadre du programme IR, les activités mobilisées proviennent majoritairement de programmes ayant préalablement été jugés efficaces pour prévenir l'usage de SPA en milieu scolaire. À la différence d'autres programmes, le contenu de l'IR n'est pas prescriptif, laissant la latitude aux écoles et surtout aux enseignants de planifier les activités selon leur disponibilité comme illustré dans les deux premiers articles de cette thèse.

Cette flexibilité semble très appréciée par les enseignants et à l'origine de leur plein engagement dans le programme. Toutefois, étant donné que le contenu d'un programme contient les ingrédients actifs susceptibles de provoquer le changement, il importe de s'assurer que la population cible (les élèves) soit exposée à un nombre suffisant d'activités tout au long de leur suivi.

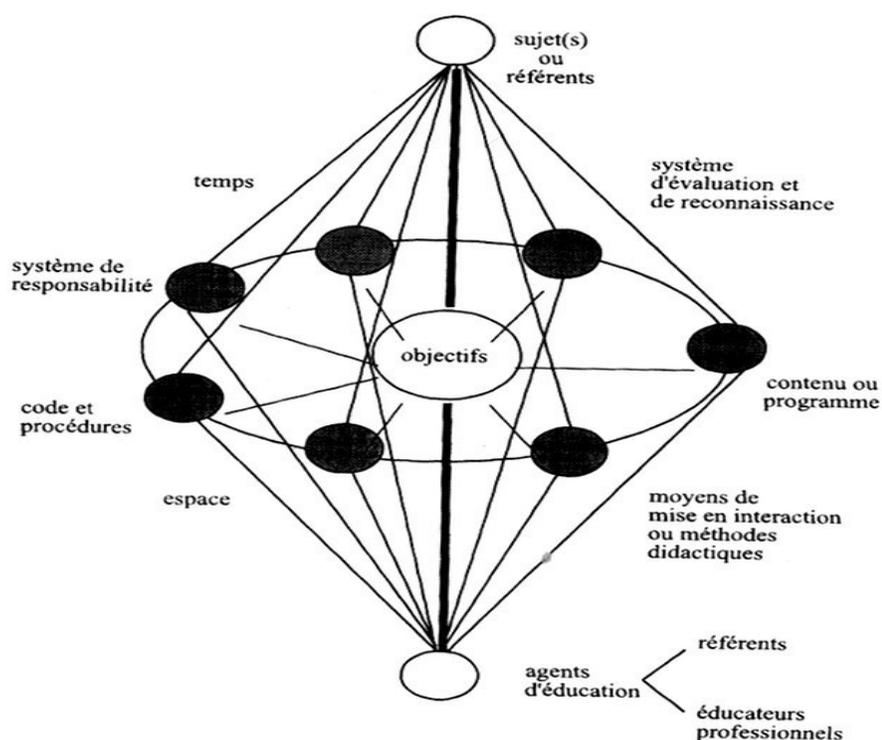


Figure 8. Modèle de la structure d'ensemble (adapté de Gendreau, 1978, dans Renou, 2005, p. 166)

La composante contenu est renforcée ici par la présence de l'IP qui est accompagné par les autres intervenants (enseignants, personnel non enseignants, membres des organismes communautaires, etc.) dans le déploiement des activités. L'ensemble de ces acteurs humains forme la composante *éducateur*. Cette composante concerne donc toutes les personnes impliquées à divers niveaux de la réalisation du programme. Ces personnes peuvent intervenir de façon directe comme c'est le cas ici avec l'IP ou de façon indirecte ou parallèle comme

lorsque les parents sont sollicités pour l'accompagnement et le suivi d'un jeune. La population cible correspond à la composante *sujet* qui regroupe la clientèle visée par le programme mais également d'autres personnes ayant des liens avec ces derniers; ces personnes sont qualifiées de référents. La composante *objectifs* porte, d'une part, sur la finalité du projet de l'organisation promotrice du programme et d'autre part, sur les objectifs poursuivis par la mise en œuvre des activités spécifiques. Ici, l'IR vise globalement à favoriser la réussite éducative des élèves de la commission scolaire initiatrice du programme. De façon spécifique, le programme veut réduire l'usage de SPA en milieu scolaire en favorisant une bonne transition entre le primaire et le secondaire. La composante *moyens de mise en interaction ou méthodes didactiques* concerne les moyens ou approches déployés pour atteindre les objectifs. Elle concerne également les stratégies permettant la mise en relation entre les intervenants qu'ils soient directs ou indirects, les sujets ou les référents avec les objectifs et les contenus des activités sélectionnées (Renou, 2005). Utilisant le cadre d'analyse de la TAR, l'article 2 a permis de montrer comment l'IP parvient à mettre en relation les différents acteurs humains et non-humains avec les objectifs du programme, ce qui va, à la longue, favoriser l'intéressement de ces acteurs et leur enrôlement dans le programme.

Deux autres composantes représentées par l'*espace* et le *temps* jouent un rôle fondamental dans la structure d'ensemble de l'intervention psychoéducative. Elles ont toutes les deux une dimension objective et une autre dite subjective. La première dimension fait référence à l'organisation physique du milieu (espace) et aux horaires qui rythment les activités et les ateliers (temps). La seconde dimension concerne la signification des lieux (espace) et de l'organisation temporelle (temps) pour les intervenants, les sujets ou les référents. L'article 2 de cette thèse a permis de mettre en évidence l'importance de la composante *temps* dans sa double dimension objective et subjective pour les enseignants. En procédant par la négociation et sans rien imposer, l'IP a pu amener ces derniers à s'intéresser au programme et à apporter leur contribution dans le déploiement du programme.

Forces et limites de la recherche évaluative

Plusieurs forces et limites peuvent être identifiées dans cette recherche évaluative. Elles sont regroupées en fonction de la méthode de recherche utilisée. D'abord au sujet de la méthode quantitative, la force de cette recherche réside en premier lieu dans l'utilisation d'un devis

longitudinal avec des données collectées sur plusieurs années entre 2010 et 2014. Le fait d'utiliser des données colligées à plusieurs reprises et étalées dans le temps sur un même phénomène a le potentiel d'éliminer certains biais et permet d'établir avec plus de robustesse les relations de cause à effet entre les phénomènes. Cela permet également d'observer les changements individuels ou dans la cohorte à travers le temps. Par ailleurs, la grande taille de l'échantillon utilisé dans cette recherche évaluative constitue également un atout. De plus les données quantitatives ont été colligées à partir d'outils standardisés et validés dans des études antérieures. En revanche, des limites de cette recherche nous empêchent de généraliser les résultats obtenus sur une autre population. En effet, la cohorte étudiée provient d'une seule région du Québec. À cela s'ajoute un taux d'attrition élevé même si celle-ci n'est pas différentielle. On peut aussi mentionner la présence de différences initiales entre les groupes d'intervention et de comparaison sur certaines variables (structure familiale, communication parent-enfant, accessibilité aux SPA, perception des risques et consommation d'alcool). Par ailleurs, bien que les données aient été colligées sur plusieurs années, elles portaient, cependant, sur des informations rétrospectives faisant référence à la consommation antérieure des participants sur les 12 derniers mois. Il est probable que certains participants aient omis des informations pertinentes à la présente recherche évaluative. Enfin, une autre limite de cette étude concerne les risques de biais de désirabilité sociale (Butori et Parguel, 2010; Gnambs et Kaspar, 2015) que l'on peut rencontrer dans les études faisant usage de questionnaires comme outils de collecte des données; certains participants ayant tendance à se montrer sous de meilleurs jours que leur profil réel.

Ensuite, sur le plan de la méthode qualitative, une des forces de la recherche concerne le recours à plusieurs outils (entrevues, groupes de discussion, cahier de bord) et l'implication de différents acteurs. La triangulation des données obtenues à travers ces outils et la pluralité des points de vue de différents acteurs permettent d'enrichir la description du phénomène et de mieux le comprendre. De plus, le traitement du matériel s'est effectué à certains moments avec deux codeurs, ce qui permet de renforcer la validité des résultats obtenus. Cependant, tout comme avec la méthode quantitative, ici également on décèle certaines limites. En effet, pour des raisons logistiques et financières, seulement deux groupes de discussion avec les élèves ont eu lieu. Avec ce nombre, il est possible que la saturation n'ait pas été atteinte et qu'un nombre plus élevé de séances auraient été préférable afin d'obtenir plus d'informations.

Enfin, sur le plan de la méthode mixte, il est reconnu que les phénomènes sociaux et plus particulièrement les programmes qui induisent le changement de comportements sont des entités complexes (Kania et al., 2013; Rickles, 2009; Touati et Suárez-Herrera, 2012). L'évaluation de ce type de programmes nécessite la mise en place de stratégies et d'approches qui tiennent compte de cette complexité. C'est le cas lorsque l'on combine des données quantitatives et qualitatives dans une même recherche comme dans le cadre des méthodes mixtes. Le recours à plusieurs types d'outils d'investigation vise également à répondre à cette préoccupation. Il est attendu que la triangulation des données obtenues avec de telles approches enrichissent notre compréhension de l'objet d'étude mieux que l'usage d'une seule méthode d'investigation (Nakkash et al., 2003). Mais l'intégration des données peut représenter un défi important lors de la conduite d'une étude avec les méthodes mixtes. Nous avons été confrontés à ce défi et nous pensons que l'intégration de nos données quantitatives et qualitatives présente des limites et qu'elle n'est pas la plus optimale. Par exemple, il aurait été préférable d'identifier avec les élèves les mécanismes réels ayant provoqué les changements observés par le biais des données quantitatives. Néanmoins, n'eut été l'utilisation de ces deux types de méthodes, nous n'aurions pas pu comprendre le contexte dans lequel les résultats ont été obtenus. Ces résultats prometteurs pour cette intervention pilote ont des implications à la fois pour l'intervention et pour l'évaluation.

Implications pour l'intervention et l'évaluation

Au niveau du programme, les résultats présentés dans cette thèse ont plusieurs implications tant sur le plan de l'intervention psychoéducatrice et de l'évaluation. On peut retenir que les interventions psychoéducatrices et psychosociales ou même celles qui relèvent du domaine de la santé sont des actions plus ou moins structurées inscrites dans un horizon temporel précis, portées par des acteurs aux compétences et intérêts variés en vue d'atteindre des objectifs d'amélioration d'une situation sociale donnée. Devant la raréfaction des ressources financières et la demande récurrente de compte aux gestionnaires, il est de plus en plus question d'évaluer ces programmes afin de décider de leur avenir et de l'allocation des ressources. Dans ces programmes, on retrouve des professionnels du domaine psychosocial et/ou de la santé qui décident de façon consciente de se mettre ensemble pour changer une situation généralement jugée problématique. En le faisant, ils forment un réseau (Harrison et Carrière, 1997).

Cependant, dans l'analyse de ces réseaux promoteurs du changement, peu de place est faite aux acteurs non-humains alors que ces derniers jouent souvent des rôles importants pour le fonctionnement adéquat desdits réseaux (Callon, 1986). De plus, ces rôles sont rarement mis en évidence dans les comptes rendus d'évaluation. Dans le second article de cette thèse qui utilise le cadre d'analyse de la TAR, il est apparu que les acteurs non-humains avaient leur place dans le déploiement du programme et servaient quelquefois au rapprochement des acteurs humains. Il importe donc de tenir compte de ces acteurs non-humains lorsque l'on est engagé dans l'évaluation des programmes d'intervention.

Dans le même ordre d'idée, on peut évoquer l'importance de la prise en compte des controverses dans l'introduction des innovations psychoéducatives et psychosociales dans les organisations. Selon la TAR, les controverses qui sont des désaccords ou des conflits qui naissent entre les acteurs, sont des phénomènes normaux dans les regroupements humains (Venturini, 2010b). Ce qui est par contre anormal, c'est de les ignorer et de ne pas les prendre en considération au moment d'implanter l'innovation. Ces controverses peuvent agir de façon insidieuse pour perturber le fonctionnement d'un groupe ou d'une entité, l'empêchant ainsi d'atteindre les objectifs que les membres se sont fixés. Comme il a été démontré ici, c'est la prise en compte des controverses qui a permis à l'IP d'intéresser et d'enrôler certains acteurs. Cela implique que la compréhension de l'introduction des innovations dans les organisations ne devrait pas faire fi des controverses qui peuvent naître et devenir des facteurs perturbateurs du bon déroulement de la mise en œuvre de ces programmes.

Par ailleurs, il est de plus en plus courant de voir l'école devenir un lieu d'expérimentation ou d'implantation de programmes relevant souvent du domaine de la santé. Ce rôle attribué à l'école est sans doute dû au fait qu'elle est un milieu fermé où il est possible de rejoindre un grand nombre de jeunes sans grande difficultés (Beauchesne, 2005). C'est également parce que la mise en place d'activités en son sein peut être soutenue par un personnel déjà présent sur place. Comme dans tout autre milieu, pour que les activités qui y sont proposées soient acceptées par les acteurs présents, il importe que les objectifs poursuivis soient cohérents avec ceux de ce milieu. Pour que cela advienne, on ne peut faire l'économie d'une négociation entre les promoteurs de l'idée et les principaux acteurs du milieu scolaire que sont les directions d'écoles et les enseignants. Ce n'est qu'à ce prix que l'on peut espérer obtenir leur engagement et leur collaboration, toute chose qui peut contribuer au succès du programme.

De plus, le programme IR a été conduit par un IP qui, dans le cas présent, a reçu une formation en éducation spécialisée et en prévention des toxicomanies. Ce dernier ne faisait pas partie des effectifs des écoles concernées. Le choix de recruter un autre professionnel et de l'intégrer par la suite dans les écoles visait certes, à ne pas accroître la charge de travail des enseignants, mais cette stratégie offrait également une opportunité d'apprécier le rôle d'un animateur autre que l'enseignant dans la mise en œuvre d'un programme de prévention de l'usage des SPA en milieu scolaire. La présente recherche évaluative n'a pas mesuré les effets d'un tel choix de façon formelle (ce n'était pas l'objectif) mais à la lumière des résultats obtenus et des qualités personnelles et professionnelles démontrées par l'IP, il est possible de mentionner que la présente recherche évaluative apporte une contribution aux résultats de travaux qui appuient l'efficacité des interventions préventives conduites par des cliniciens (Tobler et al., 2000).

Cette recherche évaluative met en évidence la faisabilité de ce projet dans un contexte où la tendance est plus souvent orientée vers le cloisonnement des ordres d'enseignements primaire et secondaire. Pourtant, en favorisant les échanges entre ces deux milieux, on pourrait contribuer à accroître la réussite éducative des élèves, notamment à travers des échanges d'information et la mise en place de dispositifs permettant d'assurer un accueil optimal de ceux qui font leurs premiers pas au secondaire. Tout ceci permettrait de faciliter le passage du primaire au secondaire pour certains élèves qui éprouveraient des difficultés, ce qui contribuerait à accroître leur chance de réussite éducative.

Comme le soulignent Walser et Trevisan (2016), la conduite d'une ÉÉ peut être une avenue intéressante pour quiconque veut s'introduire de façon efficace dans le domaine de l'évaluation. Mais à l'heure actuelle les opportunités pour les étudiants d'entreprendre ce type d'études sont encore rares. Cette situation est peut être due au fait que les étudiants et les organisations au sein desquelles une telle étude pourrait être menée sont peu sensibilisées à son importance. Une sensibilisation pourrait les encourager à initier des ÉÉ avant le déploiement d'une évaluation proprement dite. Aussi, serait-il à propos d'encourager les formateurs et les professionnels en évaluation à mieux faire connaître l'ÉÉ à travers des modules de formation et des activités professionnelles de ces derniers. Se faisant, ils emboîteraient le pas à Davies (2013a) qui, à la suite d'une recension des écrits sur l'ÉÉ, a entrepris de mieux la faire connaître

en développant un site Internet comprenant plusieurs références (livres, articles, rapports, etc.) répertoriées depuis 1979 jusqu'en 2012.

Par ailleurs, dans le cadre de cette recherche évaluative, une évaluation des processus à travers la TAR a été effectuée permettant d'élaborer un schéma conceptuel à partir des concepts clés de ce cadre d'analyse. Ce schéma conceptuel, qui selon nos connaissances est le premier du genre, a été testé avec des données qualitatives. Bien que l'utilisation de ce type de données se prête bien aux analyses utilisant la TAR, il paraît possible de développer des outils de mesures quantitatives des concepts de ce cadre d'analyse, ce qui permettra de confirmer ou d'infirmer les résultats obtenus avec les données qualitatives. Il sera alors possible de réaliser des études mixtes combinant à la fois les données qualitatives et quantitatives. De plus, il n'est pas superflu de souligner la bonne collaboration entre le milieu universitaire et le milieu de pratique qui a permis de conduire cette recherche évaluative. Tout au long de ce processus, les initiateurs du programme ont été associés aux activités d'évaluation, depuis l'identification des objectifs jusqu'à la collecte des données et à leur interprétation. Ce type de collaboration est à souhaiter car il est de nature à favoriser l'utilisation processuelle des connaissances issues de la recherche qui se fait généralement à travers ce type d'expériences (Lemire et al., 2009).

Pour terminer, dans la continuité de ce qui précède, la valeur d'une évaluation réside dans la capacité d'utilisation des résultats produits. En effet, toute évaluation devrait avoir pour finalité que les résultats qu'elle produit soient exploités par les parties prenantes au processus (Patton, 2008; Patton et LaBossière, 2009). Pour maximiser le potentiel d'utilisation des résultats d'évaluation, il est important de les disséminer auprès des potentiels utilisateurs. À ce titre, l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances peut aider l'évaluateur et les parties prenantes à identifier les besoins, les priorités et les stratégies les plus efficaces pour atteindre les cibles. En outre, la mise en œuvre de ce plan devra être évalué afin d'en connaître les retombées.

Pistes pour des recherches futures

Les résultats présentés dans cette thèse soulèvent quelques pistes pour des recherches futures. En effet, le programme évalué a été mis en œuvre par un seul intervenant qualifié d'IP. Les résultats obtenus pourraient être le fait de qualités intrinsèques à ce dernier. Il serait donc à propos de conduire une évaluation du programme en mettant en situation plusieurs IP dans des

contextes différents. L'évaluation qui sera alors conduite aura pour avantage de faire mieux apprécier le rôle des facteurs individuels dans le déploiement de l'IR.

Par ailleurs, la présente recherche évaluative a permis l'élaboration d'un schéma conceptuel de la TAR présenté à la figure 3. Ce schéma conceptuel a ensuite été utilisé pour l'évaluation des processus de mise en œuvre du programme avec des données qualitatives. Des études futures pourraient s'intéresser à l'opérationnalisation de ce schéma qui sera par la suite testé, cette fois-ci, avec des données quantitatives. À la suite de cela, d'autres études avec des méthodes mixtes pourraient être entreprises pour tester la convergence des données quantitatives et qualitatives lors de l'évaluation des processus de mise en œuvre d'autres programmes.

En outre, les résultats obtenus suggèrent que le programme évalué est une voie prometteuse pour la prévention de la consommation d'alcool et de cannabis en milieu scolaire. Toutefois, cette évaluation étant la première, d'autres évaluations sont nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats préliminaires. Il est important de prendre en considération l'existence d'éventuelles différences entre les écoles dans la mise en œuvre du programme et l'engagement des acteurs. En tenant compte de cette situation, il serait intéressant de conduire des analyses comparatives pour déterminer dans quelles mesures ces différences pourraient affecter l'effet du programme sur la population cible. Ces analyses pourraient également favoriser l'identification des aspects du programme pouvant faire l'objet d'adaptation et ceux qui en constituent le cœur et qui ne peuvent être modifiés sans dénaturer l'intervention. Des études portant sur les effets de ce programme à plus long terme sont également nécessaires. Si les résultats obtenus confirment ceux de la présente thèse, alors l'IR pourra être classée parmi les programmes jugés efficaces.

Finalement, compte tenu des coûts financiers et matériels engagés pour la mise en œuvre de ce programme, il ne serait pas superflu d'entreprendre une étude des avantages-bénéfices ou coût-bénéfices pour mettre en évidence les bénéfices que tireront les participants au regard des coûts engendrés pour la mise en œuvre. Cet outil d'aide à la décision (Meunier et Marsden, 2009) pourra permettre de faire le choix d'étendre l'intervention à toutes les écoles (si les bénéfices surpassent les coûts) ou de l'interrompre (si les coûts sont plus élevés que les bénéfices). Dans le dernier cas, les décideurs pourront soit se tourner vers d'autres types de programmes qui présentent un meilleur avantage que celui-ci ou faire des aménagements en vue de réduire les coûts tout en maximisant les bénéfices.

Conclusion générale

« Un jour les sentiers se vengeront d'avoir été battus ».
Sylvain Tesson

En conclusion, notons que la recherche évaluative réalisée pour tester les effets de l'*intervention en réseau* et décrire les processus de sa mise en œuvre a eu recours à des données quantitatives et qualitatives colligées auprès de plusieurs sources et sur une période de quatre années. Une étude d'évaluabilité a d'abord été effectuée afin de voir l'évaluation proprement dite était faisable dans quelles conditions ce programme allait être évalué. Ensuite, une analyse du processus de mise en œuvre a été conduite, à travers la théorie de l'acteur-réseau pour suivre les acteurs et rendre compte de la manière dont ces derniers se mobilisent pour atteindre les objectifs de l'intervention. Puis, une évaluation mixte a été réalisée pour mesurer l'acceptabilité de l'intervention auprès des participants, identifier les facteurs entravant et favorisant sa mise en œuvre et tester ses effets sur la population cible. Enfin, un plan de transfert des connaissances issues de la présente recherche évaluative est proposé en vue de rendre les résultats disponibles à toute entité voulant apprendre davantage sur cette intervention et les modalités de sa mise en œuvre.

Au terme de l'analyse des données colligées, l'ÉE a permis de dégager la théorie de l'intervention et son modèle logique. En outre, il appert que cette intervention bénéficie de préjugés très favorables de la part des différents acteurs rencontrés, y compris les directions d'écoles, le personnel enseignant et non-enseignant, les membres des organismes communautaires qui y ont pris part et les élèves. L'IP chargé du déploiement de l'intervention dans les écoles est parvenu, grâce à des stratégies de négociation et de soutien, à mobiliser les acteurs-clés à s'impliquer dans les activités. L'acceptation de l'intervention est réelle dans les écoles et plusieurs facteurs comme le leadership et le soutien des directions d'écoles et la collaboration des enseignants ont contribué à la production de résultats positifs pour les élèves. En effet, des changements positifs ont été observés chez les participants à un moment ou à un autre de la mise en œuvre de l'intervention en ce qui concerne la consommation des substances considérées dans cette recherche évaluative, à savoir, l'alcool et le cannabis. Lorsqu'ils étaient comparés aux autres élèves qui n'ont pas bénéficié de l'intervention, les participants avaient une consommation de SPA moins élevée et s'initiaient à ces substances plus tardivement. Bien qu'il soit nécessaire de conduire d'autres type d'évaluation pour établir son efficacité et son avantage coût-bénéfice, on peut noter que les résultats obtenus sont très prometteurs pour cette intervention pilote qui pourra contribuer, avec d'autres, à la réussite éducative des élèves.

Bibliographie

- Aalborg, A. E., Miller, B. A., Husson, G., Byrnes, H. F., Bauman, K. E. et Spoth, R. L. (2012). Implementation of adolescent family-based substance use prevention programmes in health care settings: Comparisons across conditions and programmes. *Health Education Journal*, 71(1), 53-61. doi: 10.1177/0017896910386209.
- Agrawal, A., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F. et Heath, A. C. (2007). Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine*, 45(1), 31-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.04.012>.
- Akobeng, A. K. (2007). Understanding diagnostic tests 1: Sensitivity, specificity and predictive values. *Acta Paediatrica*, 96(3), 338-341. doi: 10.1111/j.1651-2227.2006.00180.x.
- Akrich, M. (2006). Les utilisateurs, acteurs de l'innovation. Dans M. Akrich, M. Callon & B. Latour (dir.), *Sociologie de la traduction: Textes fondamentaux* (p. 253-264). Paris: École des mines de Paris.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2002a). The key to success in innovation part I: The art of interressement. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 187-206.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2002b). The key to success in innovation part II: The art of choosing good spokespersons. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 207-225.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*. Paris: École des mines de Paris.
- Alesci, N. L., Forster, J. L. et Blaine, T. (2003). Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Preventive Medicine*, 36(3), 272-281. doi: 10.1016/S0091-7435(02)00029-4.
- Ali, M. M. et Dwyer, D. S. (2009). Estimating peer effects in adolescent smoking Behavior: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 402-408. doi: DOI 10.1016/j.jadohealth.2009.02.004.

- Allen, J. P., Chango, J., Szwed, D., Schad, M. et Marston, E. (2012). Predictors of susceptibility to peer influence regarding substance use in adolescence. *Child Development*, 83(1), 337-350. doi: DOI 10.1111/j.1467-8624.2011.01682.x.
- Allott, R. et Paxton, R. (2000). Drug education in primary schools: Putting policy and research into practice. *Health Education*, 100(6), 242-251. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09654280010354869>.
- Amara, N., Ouimet, M. et Landry, R. (2004). New Evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies. *Science Communication*, 26(1), 75-106.
- Anderman, E. M. (2002). School effects on psychological outcomes during adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 94(4), 795-809. doi: Doi 10.1037//0022-0663.94.4.795
- Anderson, L. W., Jacobs, J., Schramm, S. et Splittgerber, F. (2000). School transitions: Beginning of the end or a new beginning? *International Journal of Educational Research*, 33, 325-339.
- Angold, A. et Costello, E. J. (2006). Puberty and Depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 919-937.
- Artenie, A. A., Bruneau, J., Zang, G., Lespérance, F., Renaud, J., Tremblay, J. et Jutras-Aswad, D. (2015). Associations of substance use patterns with attempted suicide among persons who inject drugs: Can distinct use patterns play a role? *Drug and Alcohol Dependence*, 147, 208-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.011>.
- Assemblée Nationale du Québec (2010). *Loi modifiant le Code de la sécurité routière et d'autres dispositions législatives*. Québec: Éditeur officiel du Québec. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2010C34F.PDF>.
- Association des Facultés de Médecine du Canada. (2011). Notions de santé des populations. Repéré le 10 octobre 2004 à <http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre4LesConceptsDeBaseDeLaPrventionDeLaSurveillanceEtDeLaPromotionDeLaSant>.

- Assogba, Y. (2010). *Théorie systémique de l'action sociale et innovation sociale. Recherches. Outaouais, Québec: Université du Québec en Outaouais (UQO), Alliance de recherche université-communauté (ARUC-ISDC).*
- Ayyad, M. (2009). *Using the actor-network theory to interpret e-government implementation barriers.* Communication présentée Proceedings of the 3rd international conference on Theory and practice of electronic governance, Bogota, Colombia. doi: 10.1145/1693042.1693080.
- Bachmann, C. et Coppel, A. (1989). *Le dragon domestique: Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue.* Paris: Albin Michel.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P. et Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention, 26*(6), 529-551. doi: 10.1007/s10935-005-0014-8.
- Bahr, S. J., Maughan, S. L., Marcos, A. C. et Li, B. D. (1998). Family, religiosity, and the risk of adolescent drug use. *Journal of Marriage and the Family, 60*(4), 979-992.
- Bareil, C. (2009). Décoder les préoccupations et les résistances à l'égard des changements *Gestion, 34*(4), 32-38.
- Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology: concepts and methods for studying the environment of human behavior.* Stanford, CA: Stanford University Press.
- Barwick, M. (2008, 2013). Knowledge Translation Planning Template. Ontario: The Hospital for Sick Children. Ontario: The Hospital for Sick Children.
- Beasley, E. E., Beirness, D. J. et Porath-Waller, A. J. (2011). Étude visant à comparer les décès sur les routes impliquant l'alcool et la drogue. Ottawa, Ontario: Centre Canadien de Lutte contre les Toxicomanies
- Beauchesne, L. (2003). *Les drogues : les coûts cachés de la prohibition.* Outremont, Québec: Lanctôt.
- Beauchesne, L. (2005). *Drogues, mythes et dépendances : En parler avec nos enfants.* (Bayard Canada° éd.). Canada: Bayard Canada.
- Becker, H. S. et Geer, B. (1960). Participant observation: The analysis of qualitative field data. Dans R. N. Adam & J. J. Preiss (dir.), *Human organization research: Field relations and techniques* (p. 267-289). Homewood, Il: Dorsey Press.

- Bégin, C., Joubert, P. et Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé: Conceptions, courants de pensée et mise en œuvre. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P. G. Forest & V. Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (p. 283-331). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Beirness, D. J., Cumming, D., Hughes, B., Zobeck, T. et Griffiths, P. (2012). Colloque international sur la drogue au volant: Rapport sommaire. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Bélangier, M. (2010). *Étude longitudinale du rôle de la puberté, de l'image corporelle, des distorsions cognitives et de la transition primaire-secondaire dans le développement de la dépression chez les adolescents*. (Thèse de Doctorat inédit, Université du Québec à Montréal, Montréal).
- Benson, C. (2012). Un travail d'équipe : La coordination entre enseignants et enseignantes du primaire et du secondaire. Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (Vol. 34, p. 51-71). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Berger, P. L. et Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. (1st^e éd.). Garden City, N.Y.,: Doubleday.
- Bernardes, C. M., Walpole, E., Kitchener, T., Cowburn, G., Cole, P., Martin, J. H., . . . Valery, P. C. (2014). Indigenous patient navigator: Lessons learned from a pilot study in Queensland, Australia. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, *10*, 148-149.
- Beyer, J. M. (1997). Research utilization: Bridging a cultural gap between communities. *Journal of Management Inquiry*, *6*(1), 17-22. doi: Doi 10.1177/105649269761004.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. Dans L. Bickman (dir.), *Using program theory in evaluation. New Directions for Program Evaluation* (Vol. 33, p. 5-18). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed-methods research. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (dir.), *Sage handbook of mixed-methods in social and behavioral research* (2nd^e éd.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Ltd.
- Bilodeau, D. (2011). Cadre de référence régional sur l'intervenant pivot: Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience. Québec, Canada: Agence de Santé et des Services Sociaux des Laurentides.

- Bisset, S. (2008). *Health promotion program implementation, a socio-technical networking process : A case study of a school-based nutrition intervention*. ((Thèse de Doctorat, Université inédit, Université de Montréal, Montréal).
- Bisset, S., Daniel, M. et Potvin, L. (2009). Exploring the intervention - Context interface: A case from a school-based nutrition intervention. *American Journal of Evaluation*, 30(4), 554-571.
- Bisset, S., Potvin, L. et Daniel, M. (2013). The adaptive nature of implementation practice: Case study of a school-based nutrition education intervention. *Evaluation and Program Planning*, 39, 10-18. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2012.12.004.
- Black, D. R., Tobler, N. S. et Sciacca, J. P. (1998). Peer helping/involvement: An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth? *Journal of School Health*, 68(3), 87-93.
- Blishen, B. R., Carroll, W. K. et Moore, C. (1987). The 1981 Socioeconomic Index for Occupations in Canada. *Canadian Review of Sociology and Anthropology-Revue Canadienne De Sociologie Et D Anthropologie*, 24(4), 465-488.
- Bogart, L. M., Collins, R. L., Ellickson, P. L. et Klein, D. J. (2007). Are adolescent substance users less satisfied with life as young adults and if so, why? *Social Indicators Research*, 81(1), 149-169. doi: 10.1007/s11205-006-0019-6.
- Bogensneider, K., Wu, M. Y., Raffaelli, M. et Tsay, J. C. (1998). Parent influences on adolescent peer orientation and substance use: The interface of parenting practices and values. *Child Development*, 69(6), 1672-1688.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G. et Patton, G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 257-366. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.10.013>.
- Bonita, R., Beaglehole, R. et Kjelström, T. (2006). *Basic epidemiology*. (2nd^e éd.). Geneva: World Health Organization.
- Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B. et Patton, G. C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, 99. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00846.x.

- Borges, G., Walters, E. E. et Kessler, R. C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781-789.
- Botvin, G. J. et Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International review of psychiatry*, 19(6), 607-615. doi: 10.1080/09540260701797753.
- Bourdon, S., Cournoyer, L. et Charbonneau, J. (2012). Le soutien de l'environnement social lors du passage au postsecondaire. Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (p. 99-121). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Boutin, G. (2011). *L'entretien de recherche qualitatif*. (Nouv. éd., rev. et corr.° éd.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Bowen, F., Desbiens, N., Rodeau, N. et Ouimet, I. (2000). La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation : Les problèmes internalisés* (Vol. 1, p. 165-229). Ste Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Braun, K. L., Kagaiva-Singer, M., Holden, A. E. C., Burhansstipanov, L., Tran, J. H., Seals, B. F., . . . Ramirez, A. G. (2012). Cancer patient navigator tasks across the cancer care continuum. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(1), 398-413.
- Breton, M., Lévesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J. L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(2), 113-124.
- Brière, F. N. (2011). *Association entre consommation de drogues illicites et symptomatologie dépressive à l'adolescence: Une étude longitudinale auprès de jeunes Québécois fréquentant l'école secondaire en milieu défavorisé*. (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal).
- Brière, F. N., Fallu, J. S., Janosz, M. et Pagani, L. S. (2012). Prospective associations between meth/amphetamine (speed) and MDMA (ecstasy) use and depressive symptoms in secondary school students. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 990-994. doi: DOI 10.1136/jech-2011-200706.

- Brisson, P. (2010). *Prévention des toxicomanies : aspects théoriques et méthodologiques*. Montréal: Université de Montréal Faculté de l'éducation permanente Formation à distance.
- Brochu, S. (2006a). *Drogue et criminalité : une relation complexe*. (2e éd.° éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S. (2006b). *Drogue et criminalité une relation complexe* (2e éd.° éd.). Repéré à <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/Doc?id=10176943> Accès réservé UdeM
- Brochu, S. et Orsi, M. (2008). Les substances psychoactives au Canada: Historique de leur criminalisation et développements récents. *Médecine & Hygiène / Déviance et Société*, 32(3), 363-376.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Brown, E. N., Finch, S. J. et Brook, D. W. (2012). Individuality and Contextual Influences on Drug Dependence: A 15-Year Prospective Longitudinal Study of Adolescents From Harlem. *Journal of Genetic Psychology*, 173(4), 355-373. doi: 10.1080/00221325.2011.620998.
- Bryant, A. L. et Zimmerman, M. A. (2002). Examining the effects of academic beliefs and behaviors on changes in substance use among urban adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 94(3), 621-637. doi: Doi 10.1037//0022-0663.94.3.621.
- Burhansstipanov, L. (1998). Native American cancer programs - Recommendations for increased support. *Cancer*, 83(8), 1849-1855. doi: Doi 10.1002/(Sici)1097-0142(19981015)83:8+<1849::Aid-Cncr37>3.0.Co;2-W.
- Butori, R. et Parguel, B. (2010). Les biais de réponse: Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. France: AFM, 2010.
- Buxton, J. A., Haden, M. et Mathias, R. G. (2008). The control and regulation of currently illegal drugs. Dans H. Editor-in-Chief: Kris (dir.), *International Encyclopedia of Public Health* (p. 7-16). Oxford: Academic Press.
- Callaghan, G. (2008). Evaluation and negotiated order: Developing the application of complexity theory. *Evaluation*, 14(4), 399-411.

- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*, 36, 169-208.
- Callon, M. (2006). Pour une sociologie des controverses techniques. Dans M. Akrich, M. Callon & B. Latour (dir.), *Sociologie de la traduction: Textes fondamentaux* (p. 135-157). Paris: Mines Paris Les Presses.
- Callon, M., Courtial, J.-P., Turner, W. A. et Bauin, S. (1983). From translations to problematic networks: An introduction to co-word analysis. *Social Science Information*, 22(2), 191-235.
- Callon, M. et Ferrary, M. (2006). Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies Pratiques*, 2(13), 37-44. doi: 10.3917/sopr.013.0037.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. et Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694-696.
- Caplan, N. S., Stambaugh, R. J. et Morrison, A. (1975). *The use of social science knowledge in policy decisions at the national level: a report to respondents*. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Castellanos-Ryan, N., O'Leary-Barrett, M., Sully, L. et Conrod, P. (2013). Sensitivity and specificity of a brief personality screening instrument in predicting future substance use, emotional, and behavioral problems: 18-month predictive validity of the substance use risk profile scale. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 37, E281-E290. doi: DOI 10.1111/j.1530-0277.2012.01931.x.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. J. et Kopak, A. (2010). A methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(4), 342-360.
- Caudle, S. L. (1994). Using qualitative approaches. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & M. D. Newcomb (dir.), *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Caulkins, J. P., Pacula, R. L., Paddock, S. et Chiesa, J. (2004). What we can- and cannot expect from school-based drug prevention. *Drug Alcohol Rev*, 23. doi: 10.1080/09595230410001645574.

- Cazal, D. (2007a). *Théorie de l'acteur-réseau et GRH : Traductions, modes et modèles*. Communication présentée XVIIIe Congrès de l'Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines, Fribourg.
- Cazal, D. (2007b). *Traduction de la traduction et acteur-réseau : Sciences, sciences sociales et sciences de gestion ?* Communication présentée Journée d'études « Organiser le tâtonnement Paris.
- Cazale, L. (2014). Consommation d'alcool. Dans I. Traoré, L. A. Pica, H. Camirand, L. Cazale, M. Berthelot & N. Plante (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années* (p. 79-107). Québec: Institut de la Statistique du Québec.
- Cazale, L., Fournier, C. et Dubé, G. (2009). Consommation d'alcool et de drogues. Dans G. Dubé, M. Bordeleau, L. Cazale, C. Fournier, I. Traoré, N. Plante, R. Courtemanche & J. Camirand (dir.), *Enquête québécoise* Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Center for Disease Control and Prevention. (2014). Health and academic achievement. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention.
- Centre de recherche de l'UNICEF. (2013). Le bien-être des enfants dans les pays riches: Vue d'ensemble comparative. *Bilan Innocenti 11*. Florence: Centre de recherche de l'UNICEF.
- Chagnon, F., Gervais, M.-J. et Labelle, P. (2012). Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale : Partie III étude de validation. Québec: Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L. et Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 115-123. doi: DOI 10.1111/j.1465-3362.2012.00517.x.
- Chau, K., Karavdic, S., Baumann, M. et Chau, N. (2014). Individual differences in learning difficulty. *Impact 2014: International Psychological Applications Conference and Trends*, 302-304.
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G. et Barr, C. H. I. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational,

- provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science : IS*, 8, 1-20. doi: 10.1186/1748-5908-8-22.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A. et Fleury, M.-J. (2015). Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives: Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. Montréal, Québec: Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal Institut Universitaire.
- Chen, H.-T. (1990). *Theory-driven evaluations*. (1^e éd.). Newbury Park, California: : Sage Publications.
- Chen, H.-T. (2006). A theory-driven evaluation perspective on mixed methods research. *Research in the Schools*, 13(1), 75-83.
- Chen, H.-T. (2012). Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement. Dans R. Strobl, O. Lobermeier & W. Heitmeyer (dir.), *Evaluation von programmen und projekten für eine demokratische*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Chen, H.-T. et Rossi, P. (1989). Issues in the theory-driven perspective. *Evaluation and Program Planning*, 12(4), 299 - 306.
- Chernick, L. S., Schnall, R., Higgins, T., Stockwell, M. S., Castano, P. M., Santelli, J. et Dayan, P. S. (2015). Barriers to and enablers of contraceptive use among adolescent females and their interest in an emergency department based intervention. *Contraception*, 91(3), 217-225. doi: 10.1016/j.contraception.2014.12.003.
- Chouinard, R., Bowen, F., Cartier, S., Desbiens, N., Laurier, M. et Plante, I. (2005). L'effet de différentes approches évaluatives sur l'engagement et la persévérance scolaires dans le contexte du passage du primaire au secondaire. Montréal: Université de Montréal.
- Chriqui, V. (2010). Introduction. Dans O. Oullier & S. Sauneron (dir.), *Nouvelles approches de la prévention en santé publique: L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences* (p. 11-12). Paris, France: Centre d'Analyse Stratégique.
- Chui, J. et Burris, S. (2011). Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections: Working paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7-9 July 2011.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., . . . Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for

- a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022. doi: Doi 10.1037/0003-066x.48.10.1013
- Colbjørnsen, T. (2014). Digital divergence: Analysing strategy, interpretation and controversy in the case of the introduction of an ebook reader technology. *Information, Communication & Society*, 18(1), 32-47. doi: 10.1080/1369118X.2014.924982.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., van den Brink, W., Doreleijers, T. et Broekaert, E. (2010). Psychiatric disorders in detained male adolescents: A systematic literature review. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(4), 255-263.
- Collerette, P. (2009). Comment communiquer le changement? *Gestion*, 34(4), 39-47.
- Collins, S. E., Logan, D. E. et Neighbors, C. (2010). Which came first: The readiness or the change? Longitudinal relationships between readiness to change and drinking among college drinkers. *Addiction*, 105(11), 1899-1909. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03064.x.
- Comité Spécial du Sénat sur les Drogues illicites. (2002). Positions pour un régime de politique publique pour le Canada. Ottawa, ON: Sénat.
- Commission on Chronic Illness. (1957). Chronic illness in the United States (Vol. 1). Published for the Commonwealth Fund. Cambridge, MA.
- Contandriopoulos, A. P., Rey, L., Brousselle, A. et Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe: Enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels. *La Revue Canadienne d'Évaluation de Programmes*, 26(3), 1-16.
- Corriveau, C. (2010). La transition secondaire-collégial en mathématiques : Bilan et perspectives. *Formation et profession*, 47-49.
- Costello, D. M., Dierker, L. C., Jones, B. L. et Rose, J. S. (2008). Trajectories of smoking from adolescence to early adulthood and their psychosocial risk factors. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(6), 811-818. doi: 10.1037/0278-6133.27.6.811.
- Côté, D. et Gratton, D. (2014). L'approche ethnographique: Illustration dans le contexte de la réadaptation en santé mentale. Dans C. M. & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives et quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences sociales et de la santé* (p. 51-71). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Cowan, P. A. et Cowan, C. P. (2009). Le rôle des parents dans la transition des enfants vers l'école. Dans T. R. E., R. G. Barr & P. R. DeV (dir.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (p. 1-7). Repéré à www.enfant-encyclopedie.com/documents/Cowan-CowanFRxp-Parents.pdf.
- Cox, C., Chu, H., Schneider, M. F. et Munoz, A. (2007). Parametric survival analysis and taxonomy of hazard functions for the generalized gamma distribution. *Statistics in Medicine*, 26(23), 4352-4374. doi: 10.1002/sim.2836.
- Cranford, J. A., Zucker, R. A., Jester, J. M., Puttler, L. I. et Fitzgerald, H. E. (2010). Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 386-396. doi: Doi 10.1037/A0019801.
- Crea, T. M. et Crampton, D. S. (2011). The context of program implementation and evaluation: A pilot study of interorganizational differences to improve child welfare reform efforts. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2273-2281. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.07.012.
- Creswell, J. W. (2007). Five qualitative approaches to inquiry. Dans J. W. Creswell (dir.), *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (p. 53-84). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. (2nd^e éd.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Crockett, L. J., Petersen, A. C., Graber, J. A., Schulenberg, J. E. et Ebata, A. (1989). School transitions and adjustment during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 9(3), 181-210.
- Curchod-Ruedi, D. et Chessex-Viguet, C. (2012). De la famille au cycle initial de la scolarité : Rupture ou transition ? Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (Vol. 34, p. 11-31). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M. et Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid Designs: Combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical care*, 50(3), 217-226. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182408812.

- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C. et Ridde, V. (2013). An evaluability assessment of a West Africa based Non-Governmental Organization's (NGO) progressive evaluation strategy. *Evaluation and Program Planning*, 36(1), 71-79. doi: DOI 10.1016/j.evalprogplan.2012.07.002.
- Dagenais, C., Ridde, V., Laurendeau, M.-C. et Souffez, K. (2009). Knowledge translation research in population health: Establishing a collaborative research agenda. *Health Research Policy and Systems*, 7, 28-28. doi: 10.1186/1478-4505-7-28.
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- Darke, S. (2010). Scales for research in the addictions. Dans G. P. Miller, J. Strang & P. M. Miller (dir.), *Addiction Research Methods* (p. 127-145). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Darnell, J. S. (2007). Patient Navigation: A Call to Action. *Social Work*, 52(1), 81-84.
- Davies, R. (2013a). A bibliography on evaluability assessment. Repéré à <http://mande.co.uk/blog/wp-content/uploads/2013/02/Zotero-report.htm> le 6 octobre 2014.
- Davies, R. (2013b). Planning evaluability assessments: A synthesis of the literature with recommendations. *Working Paper N 40*. UK: Department for International Development.
- Dawson, O. R. (2013). *Elementary principals' leadership practices towards Response to Intervention (RTI) implementation: Perceptions of teachers in Southeastern Georgia*. (Georgia Southern University, Georgia, USA).
- De Serres, M. et Beauchesne, N. (2000). L'intervenant pivot en oncologie: Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer. Québec, QC: Conseil Québécois de Lutte contre le Cancer.
- DeGarmo, D. S., Eddy, J. M., Reid, J. B. et Fetrow, R. A. (2009). Evaluating mediators of the impact of the Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) multimodal preventive intervention on substance use initiation and growth across adolescence. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 10(3), 208-220. doi: 10.1007/s11121-009-0126-0.

- Dejardin, O., Berchi, C., Mignon, A., Pornet, C., Guillaume, E., Guittet, L., . . . Launoy, G. (2011). Social inequalities in health from observational studies to intervention: Can the patient navigator reduce social inequalities in cancer patients? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(1), 45-51. doi: 10.1016/j.respe.2010.10.008.
- Demant, J. (2009). When alcohol acts: An actor-network approach to teenagers, alcohol and parties. *Body & Society*, 15(1), 25-46. doi: Doi 10.1177/1357034x08100145.
- Denis, J.-L., Lehoux, P. et Tré, G. (2009). L'utilisation des connaissances produites. Dans V. Ridde & C. dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 177-191). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research. 2nd edition* (2nd^e éd., p. xx, 1065 , 1057 p.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Department of Education and Early Childhood Development. (2012). Strength-based approach: A guide to writing transition learning and development statements. Melbourne: Communications Division for Early Childhood Strategy Division Department of Education and Early Childhood Development.
- Deschênes, M., Couturier, Y., Laberge, S., Trudeau, F., Kébé, M., Campeau, L., . . . Bertrand, M. (2008). Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé. Rapport de recherche. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec.
- Deslauriers, J.-P. (1997). L'induction analytique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 293-308). Montréal: Gaëtan Morin.
- Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le dévis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 85-111). Montréal: Gaëtan Morin.
- Désy, M. (2009). L'école en santé : Recension des écrits. Montréal: Direction de santé publique Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal.

- DiFranza, J. R., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Ockene, J. K., Savageau, J. A., St Cyr, D. et Coleman, M. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9(3), 313-319. doi: DOI 10.1136/tc.9.3.313.
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J. et DiCenso, A. (2002). A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, E9(1), 149-160. doi: 10.1111/j.1524-475X.2002.00149.x.
- Dohan, D. et Schrag, D. (2005). Using navigators to improve care of underserved patients. *Cancer*, 104(4), 848-855. doi: 10.1002/cncr.21214.
- Domitrovich, C. E. et Greenberg, M. T. (2009). The Study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(2), 193-221.
- Donaldson, L. J. (1986). Who Expert Committee on Drug-Dependence - Technical Report Series 729 - Who, Geneva, 1985. *Journal of the Royal Society of Health*, 106(4), 151-151.
- Donaldson, S. I. (2005). Using program theory-driven evaluation science to crack the Da Vinci Code. *New Directions for Evaluation*, 65-84(65).
- Donath, C., GraSZel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S. et Hillemacher, T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: Ultimate and distal factors - A representative study. *BMC Public Health*, 12(1), 263.
- Donnelly, C., Letts, L., Klinger, D. et Shulha, L. (2014). Supporting knowledge translation through evaluation: Evaluator as knowledge broker. *Canadian Journal of Program Evaluation* 29(1), 36-61.
- Donovan, J. E. (2004). Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 527-538. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.02.003.
- Doudin, P. A., Curchod, P. et Lafontaine, L. (2012). Les transitions scolaires : Entre risques et ressources. Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (p. 1-8). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Douville, M. et Dubé, P.-A. (2015). Les effets du cannabis sur la conduite automobile. Montréal, QC: Institut National de Santé Publique du Québec.

- Downey, L. W. (1961). Organizational theory as a guide to educational change. *Educational Theory*, 11(1), 38-44. doi: 10.1111/j.1741-5446.1961.tb00040.x.
- Dubé, G., Berthelot, M. et Provençal, D. (2007). Aperçu des habitudes tabagiques et de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement des enfants, des jeunes et des adultes québécois. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Dubé, G., Bordeleau, M., Cazale, L., Fournier, C., Traoré, I., Plante, N., . . . Camirand, J. (2009). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Dumont, V., Johannsen, L. et Rousseau, A. (2011). Innovation sociale et enrôlement d'acteurs : Apport d'une démarche participative de construction de tableau de bord. *Économie et Solidarités*, 41(1-2), 28-47.
- Dunet, D. O., Losby, J. L. et Tucker-Brown, A. (2013). Using Evaluability Assessment to Support the Development of Practice-Based Evidence in Public Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 19(5), 479-482. doi: Doi 10.1097/Phh.0b013e318280014f.
- Dunn, E. (2008). Planning for cost effective evaluation with evaluability assessment. *Impact assessment primer series # 6*. Washington: United States Agency for International Development.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*. (Nouv. éd.° éd.). Saint-Laurent, Québec: Fides.
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Easton, B., Burd, L., Sarnocinska-Hart, A., Rehm, J. et Popova, S. (2014). Productivity losses because of morbidity attributable to fetal alcohol spectrum disorder in Canada: A demographic approach. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 1011-1017.

- Eccles, J. S., Lord, S. et Midgley, C. (1991). What are we doing to early adolescents? The impact of educational contexts on early adolescents. *American Journal of Education*, 99(4), 521-542. doi: 10.2307/1085558.
- Eccles, M. P. et Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implement Sci*, 1, 1.
- Egan, M., Anderson, S. et McTaggart, J. (2010). Community navigation for stroke survivors and their care partners: Description and evaluation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(3), 183-190. doi: 10.1310/tsr1703-183.
- Eisen, M., Zellman, G. L. et Mcalister, A. L. (1990). Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education-program. *Family Planning Perspectives*, 22(6), 261-271. doi: Doi 10.2307/2135683.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in Adolescence. *Child Development*, 38(4), 1025-1034. doi: 10.2307/1127100.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., Klein, D. J. et Saner, H. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine*, 39(5), 976-984. doi: DOI 10.1016/j.ypmed.2004.04.013.
- Emery, Y. (2005). La gestion par les résultats dans les organisations publiques : de l'idée aux défis de la réalisation. *Télescope*, 12(3), 1-11.
- Emile, S. et Patricia, M. A. (2014). A study using a graphical syntax for actor-network theorynull. *Information Technology & People*, 27(2), 110-128. doi: 10.1108/ITP-06-2013-0101
- Englund, M. M. et Siebenbruner, J. (2012). Developmental pathways linking externalizing symptoms, internalizing symptoms, and academic competence to adolescent substance use. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1123-1140. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.03.004
- Epstein, J. A., Bang, H. et Botvin, G. J. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents? *Addictive Behaviors*, 32(4), 700-713. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.011>.
- Eriksen, M., Mackay, J. et Ross, H. (2012). Atlas du tabac (4e ° éd.). Atlanta, GA: American Cancer Insitute.

- Estabrooks, C. A. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22(3), 203-216. doi: Doi 10.1002/(Sici)1098-240x(199906)22:3<203::Aid-Nur3>3.0.Co;2-9.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1908-1907.
- Ewing, J. A. (1988). The CAGE Questionnaire for detection of alcoholism: A remarkably useful but simple tool. *JAMA*, 300(17), 2054-2056.
- Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales. (2015). Guide de présentation des mémoires et thèses de l'Université de Montréal. Montréal: Université de Montréal.
- Falardeau, M. (2014). *Dans les tripes de la drogue et de la violence : mieux comprendre ces jeunes*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Fallu, J.-S., Brière, F. N., Vitaro, F., Cantin, S. et Borge, A. I. H. (2011). The influence of close friends on adolescent substance use: Does popularity matter? Dans A. Ittel, H. Merkens & L. Stecher (dir.), *Jahrbuch Jugendforschung* (p. 235-262): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues: Historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé & I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique: Enjeux éthiques et politiques* (p. 105-127). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Fallu, J.-S. et Janosz, M. (2003). La qualité des relations élève-enseignants à l'adolescence: Un facteur de protection de l'échec scolaire. *Revue de Psychoéducation*, 32(1), 7-29.
- Fallu, J.-S., Janosz, M., Briere, F. N., Descheneaux, A., Vitaro, F. et Tremblay, R. E. (2010). Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1074-1082. doi: DOI 10.1016/j.addbeh.2010.07.008.
- Farber, J. M., Deschamps, M. et Cameron, R. (2002). Analyse et évaluation de la fonction d'intervenant-pivot en réponse aux besoins qu'éprouvent les canadiennes atteintes d'un cancer du sein sur les plans de l'information, de l'éducation et de l'aide à la prise de décisions. Ottawa, ON: Santé Canada.

- Felner, R. D., Ginter, M. et Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology*, 10(3), 277-290.
- Fenwick, T. J. et Edwards, R. (2010). *Actor-network theory in education*. (1st^e éd.). Milton Park, Abingdon, Oxon ; New York: Routledge.
- Fergusson, D. M. et Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6), 969-976. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x.
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, A.-M., de Serres, M., Aubin, M., Rainville, F., . . . Doll, R. (2012). Professional navigation: A comparative study of two Canadian models. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 22(4), 10.
- Fillion, L., de Serres, M., Lapointe-Goupil, R., Bairati, I., Gagnon, P., Deschamps, M., . . . Demers, G. (2015). Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 16(1), 7.
- Fleuren, M., Wiefferink, K. et Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123.
- Fleury, M.-J. et Denis, J.-L. (2000). Proposition d'un modèle d'évaluation de la mise en oeuvre et des effets de la planification des programmes régionaux d'organisation des services de santé mentale au Québec. *La Revue Canadienne d'Évaluation de Programmes*, 15(2), 117-147.
- Fordham, A. et Tinasti, K. (2014). UNGASS 2016 on drugs, the first challenge for HIV advocates in the post-2015 era. *Journal of the International AIDS Society*, 14, 1-2.
- Forgues, H., Godin, F., Paquin, P., Paradis, I. et Poulin, C. (2007). *Système D*. Longueuil, QC: Direction de santé publique de la Montérégie.
- Forrester, D. et Harwin, J. (2011). *Parents who misuse drugs and alcohol : Effective interventions in social work and child protection*. Chichester, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Fox, N. J. (2003). Practice-based evidence: Towards collaborative and transgressive research. *Sociology*, 37(1), 81 - 102.

- Fox, S. (2000). Communities of practice, Foucault and actor-network theory. *Journal of Management Studies*, 37(6), 853-867. doi: Doi 10.1111/1467-6486.00207.
- Freeman, H. P. (2004). Poverty, culture, and social injustice determinants of cancer disparities. *Ca-a Cancer Journal for Clinicians*, 54(2), 72-77.
- Freeman, H. P. (2012). The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 21(10), 1614-1617.
- Freeman, H. P. et Wasfie, T. J. (1989). Cancer of the breast in poor black women. *Cancer*, 63(12), 2562-2569. doi: 10.1002/1097-0142(19890615)63:12<2562::AID-CNCR2820631234>3.0.CO;2-0.
- Friedman, A. S. et Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse - A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 267-275. doi: Doi 10.1016/S0740-5472(99)00072-0.
- Fry, C. L. et Cvetkovski, S. (2008). The regulation of drugs and drug use: Public health and law enforcement. Dans H. Editor-in-Chief: Kris (dir.), *International Encyclopedia of Public Health* (p. 501-505). Oxford: Academic Press.
- Gabitova, G. et Burke, N. J. (2014). Improving healthcare empowerment through breast cancer patient navigation: a mixed methods evaluation in a safety-net setting. *Bmc Health Services Research*, 14. doi: Artn 40710.1186/1472-6963-14-407.
- Gagnon, H. (2009). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: Portrait épidémiologique. Québec: Direction du développement des individus et des communautés, Institut National de Santé Publique Québec.
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: Meilleures pratiques de prévention (p. 1 texte électronique). Montréal: Direction du développement des individus et des communautés, Institut National de Santé Publique Québec.
- Gagnon, H. et Rochefort, L. (2010). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: Conséquences et facteurs associés [Format PDF 766 Ko ; 51 p]. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1984975>.
- Gardner, J. et Dew, K. (2011). The Eltroxin controversy: Risk and how actors construct their world. *Health Risk & Society*, 13(5), 397-411. doi: Doi 10.1080/13698575.2011.596187.

- Ge, X. J., Brody, G. H., Conger, R. D. et Simons, R. L. (2006). Pubertal maturation and African American children's internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 531-540. doi: DOI 10.1007/s10964-006-9046-5.
- Gendreau, G. (1978). *L'intervention psycho-éducative. Solution ou défi?* Paris, France: Fleuris.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal, QC: Édition Béliveau.
- Gillespie, N. A., Henders, A. K., Davenport, T. A., Hermens, D. F., Wright, M. J., Martin, N. G. et Hickie, I. B. (2013). The Brisbane longitudinal twin study pathways to cannabis use, abuse, and dependence project: current status, preliminary results, and future directions. *Twin Research and Human Genetics*, 1-13.
- Gillespie, N. A., Neale, M. C. et Kendler, K. S. (2009). Pathways to cannabis abuse: A multi-stage model from cannabis availability, cannabis initiation and progression to abuse. *Addiction*, 104(3), 430-438. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02456.x.
- Glorie, J. (1984). L'internationalisation des lois en matière de stupéfiants. *Psychotropes*, 1(3), 65-74.
- Gnambs, T. et Kaspar, K. (2015). Disclosure of sensitive behaviors across self-administered survey modes: A meta-analysis. *Behavior Research Methods*, 47(4), 1237-1259. doi: 10.3758/s13428-014-0533-4.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. et Rutter, C. (1997). The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27, 191 - 197.
- Goldberg, D. P. et Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(01), 139-145.
- Goldstein, S. E., Davis-Kean, P. E. et Eccles, J. S. (2005). Parents, peers, and problem behavior: A longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Developmental Psychology*, 41(2), 401-413. doi: Doi 10.1037/0012-1649.41.2.401.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*, 98(2), 107-109.

- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13-24.
- Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 481-497.
- Green, B. B., Anderson, M. L., Wang, C. Y., Vernon, S. W., Chubak, J., Meenan, R. T. et Fuller, S. (2014). Results of nurse navigator follow-up after positive colorectal cancer screening test: A randomized trial. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(6), 789-795. doi: 10.3122/jabfm.2014.06.140125.
- Green, J. et Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: SAGE Publications.
- Greene, J. C. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. New York: Wiley.
- Gruenewald, P. J. (2011). Regulating availability: How access to alcohol affects drinking and problems in youth and adults. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 248-256.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Gunn, C. M., Clark, J. A., Battaglia, T. A., Freund, K. M. et Parker, V. A. (2014). An assessment of patient navigator activities in breast cancer patient navigation programs using a nine-principle framework. *Health Services Research*, 49(5), 1555-1577. doi: 10.1111/1475-6773.12184.
- Guxens, M., Nebot, M. et Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 234-243. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.018>.
- Habicht, J. P., Victora, C. G. et Vaughan, J. P. (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 10-18.
- Haccoun, R. R. et McDuff, P. (2009). Attrition et causalité. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 107-122). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Hagedorn, H. J., Stetler, C. B., Bangerter, A., Noorbaloochi, S., Stitzer, M. L. et Kivlahan, D. (2014). An implementation-focused process evaluation of an incentive intervention

- effectiveness trial in substance use disorders clinics at two Veterans Health Administration medical centers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 9(1), 12-12. doi: 10.1186/1940-0640-9-12.
- Hall, D. V., Jones, S. C. et Iverson, D. C. (2009). Content analysis of disease awareness advertisements in popular Australian women's magazines. *Medical Journal of Australia*, 191(11-12), 625-629.
- Hall, W. et Lynskey, M. (2009). The challenges in developing a rational cannabis policy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(3), 258-262. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283298f36.
- Hamel, D. (2002). Les approches de réduction des méfaits trouvent un certain appui dans la population québécoise. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Harrison III, R. L. (2013). Using mixed methods designs in the Journal of Business Research, 1990–2010. *Journal of Business Research*, 66(11), 2153-2162. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.01.006>.
- Harrisson, D. et Carrière, J. (1997). Cheminement de l'innovation dans l'entreprise : Jeux d'acteurs, organisation et institution. *Recherches sociographiques*, 38(1), 9-33.
- Harwell, M. R. (2011). Research design in qualitative/quantitative/mixed methods. Dans C. Conrad & R. Serlin (dir.), *The SAGE Handbook for Research in Education: Pursuing Ideas as the Keystone of Exemplary Inquiry* (p. 147-165). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Hatch, M. J. et Cunliffe, A. L. (2009). *Théorie des organisations : De l'intérêt de perspectives multiples*. Bruxelles: De Boeck.
- Hatcher, A. M., Colvin, C. J., Ndlovu, N. et Dworkin, S. L. (2014). Intimate partner violence among rural South African men: Alcohol use, sexual decision-making, and partner communication. *Culture Health & Sexuality*, 16(9), 1023-1039. doi: Doi 10.1080/13691058.2014.924558.
- Hawe, P., Shiell, A., Riley, T. et Gold, L. (2004). Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomised community intervention trial. *J Epidemiol Community Health*, 58, 788 - 793.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. et Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951-976. doi: Pii S0306-4603(02)00298-8

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. et Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance-abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hawkins, J. D., M., L. V. H. et Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, 5(4), 213-220.
- Hayes, R. M., Thompson, L. M., Gress, T., Cottrell, L., Pino, I., Gilkerson, C. L. et Flesher, S. L. (2015). Effects of a Brief Physical Activity Program on Young Students' Physical Fitness. *Clinical Pediatrics*, 54(12), 1145-1152. doi: 10.1177/0009922815569204
- Hays, S. P. (1996). Influences on reinvention during the diffusion of innovations. *Political Research Quarterly*, 49(3), 631-650. doi: 10.2307/449102.
- Hemovich, V. et Crano, W. D. (2009). Family structure and adolescent drug use: An exploration of single-parent families. *Substance Use & Misuse*, 44(14), 2099-2113. doi: Doi 10.3109/10826080902858375.
- Hemovich, V., Lac, A. et Crano, W. D. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology Health & Medicine*, 16(3), 249-267. doi: Pii 936281121 Doi 10.1080/13548506.2010.532560.
- Heydon, R., Moffatt, L. et Iannacci, L. (2015). 'Every day he has a dream to tell': Classroom literacy curriculum in a full-day kindergarten. *Journal of Curriculum Studies*, 1-32. doi: 10.1080/00220272.2014.1000381.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hill, P. L., Duggan, P. M. et Lapsley, D. K. (2012). Subjective invulnerability, risk behavior, and adjustment in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 32(4), 489-501. doi: 10.1177/0272431611400304.
- Ho, E. S. C. (2005). Effect of school decentralization and school climate on student mathematics performance: The case of hong kong. *Educational Research for Policy and Practice*, 4(1), 47-64. doi: 10.1007/s10671-005-1546-7.

- Hoffmann, J. P. et Su, S. S. (1998). Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: a non-recursive model. *Addiction*, 93(9), 1351-1364. doi: DOI 10.1046/j.1360-0443.1998.93913516.x.
- Holtes, M., Bannink, R., Joosten - van Zwanenburg, E., van As, E., Raat, H. et Broeren, S. (2015). Associations of Truancy, Perceived School Performance, and Mental Health With Alcohol Consumption Among Adolescents. *Journal of School Health*, 85(12), 852-860. doi: 10.1111/josh.12341.
- Horst, P., Nay, J. N., Scanlon, J. W. et Wholey, J. S. (1974). Program management and the federal evaluator. *Public Administration Review*, 34(4), 300-308. doi: 10.2307/975239.
- Houde, R. (2007). Projet d'intervention sur l'usage problématique chez les jeunes des psychotropes, des jeux d'argent et d'internet: Démarche de concertation des établissements de la commission scolaire des Navigateurs. Québec: Commission Scolaire des Navigateurs.
- Howe, A. et Richards, V. (2011). *Bridging the transition from primary to secondary school*. New York: Routledge.
- Huberman, A. M. et Miles, M. B. (2002). *The qualitative researcher's companion*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hurd, Y. L., Michaelides, M., Miller, M. L. et Jutras-Aswad, D. (2014). Trajectory of adolescent cannabis use on addiction vulnerability. *Neuropharmacology*, 76, 416-424. doi: DOI 10.1016/j.neuropharm.2013.07.028.
- Initiative Canadienne sur le Cancer du Sein. (2002). Analyse et évaluation de la fonction d'intervenant-pivot en réponse aux besoins qu'éprouvent les canadiennes atteintes d'un cancer du sein sur les plans de l'information, de l'éducation et de l'aide à la prise de décisions. Canada: Santé Canada.
- Jallinoja, P. (2000). Actor network theory and after (review). *Acta Sociologica*, 43(1), 87-89.
- Jamouille, M. (1986). Information et informatisation en médecine générale (*Les informagiciens*). Namur, Belgique: Presses universitaires de Namur.
- Jamouille, M. (2011, 23-26). *Quaternary prevention: First, do not harm*. Communication présentée 11th Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brazil. Repéré à http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf.

- Jayawardena, A. (2015). E-Learning environments: Actor network theoretic inspirations into localized discovery. Dans T. Sobh & K. Elleithy (dir.), *Innovations and advances in computing, informatics, systems sciences, networking and engineering* (Vol. 313, p. 565-568): Springer International Publishing.
- Jenner, B. et Titscher, S. (2000). *Methods of text and discourse analysis*. London ; Thousand Oaks Calif.: SAGE.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602-611. doi: 10.2307/2392366.
- Johnson, G. M., Shontz, F. C. et Locke, T. P. (1984). Relationships between adolescent drug use and parental drug behaviors. *Adolescence*, 19(74), 295.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G. et Schulenberg, J. E. (2014). Monitoring the future national results on drug use: 1975-2013: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Jones, C. J., Llewellyn, C. D., Frew, A. J., Du Toit, G., Mukhopadhyay, S. et Smith, H. (2015). Factors associated with good adherence to self-care behaviours amongst adolescents with food allergy. *Pediatric Allergy and Immunology*, 26(2), 111-118. doi: 10.1111/pai.12333.
- Jowkar, B. et Noorafshan, L. (2011). Gender different between Imaginary Audience and Personal Fable with Resilience among Male and Female. *2nd International Conference on Education and Educational Psychology 2011*, 29. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.11.258.
- Kania, A., Patel, A. B., Roy, A., Yelland, G. S., Nguyen, D. T. K. et Verhoef, M. J. (2013). Capturing the complexity of evaluations of health promotion interventions: A scoping review. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(1), 65-91.
- Kaufman-Levy, D. et Poulin, M. (2003). Evaluability assessment: Examining the readiness of a program for evaluation. Washington: Juvenile Justice Evaluation Center, Justice Research and Statistics Association.
- Keller, T. E., Salazar, A. M. et Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 626-634. doi: DOI 10.1016/j.chilyouth.2009.12.010.

- Kerr, M. et Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: Further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36(3), 366-380. doi: 10.1037/0012-1649.36.3.366.
- Kerrigan, M. R. (2014). A framework for understanding community colleges' organizational capacity for data use: A convergent parallel mixed methods study. *Journal of Mixed Methods Research*, 8(4), 341-362.
- Ketterlin-Geller, L. R., Baumer, P. et Lichon, K. (2015). Administrators as Advocates for Teacher Collaboration. *Intervention in School and Clinic*, 51(1), 51-57. doi: 10.1177/1053451214542044.
- Killic, C., Rezaki, M., Rezaki, B., Kaplan, I., Ozgen, G., Sagduyu, A. et Ozturk, M. (1997). General Health Questionnaire (GHQ-12, GHQ-28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 327 - 331.
- Kirby, D. (1990). Comprehensive school-health and the larger community - Issues and a possible scenario. *Journal of School Health*, 60(4), 170-177.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K. et Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3. doi: Artn 1 10.1186/1748-5908-3-1.
- Kohlbacher, F. (2006). The use of qualitative content analysis in case study research. *Forum Qualitative Social Research*, 7(1), 1-30.
- Kozlowski, L. T., Wilkinson, D., Skinner, W., Kent, C., Franklin, T. et Pope, M. (1989). Comparing tobacco cigarette dependence with other drug dependencies: Greater or equal 'difficulty quitting' and 'urges to use,' but less 'pleasure' from cigarettes. *JAMA*, 261(6), 898-901. doi: 10.1001/jama.1989.03420060114043.
- Kratochwill, T. R. et Shernoff, E. S. (2004). Evidence-based practice: Promoting evidence-based interventions in school psychology. *School Psychology Review*, 33(1), 34-48.
- Kuehlein, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gervas, J. et Jamouille, M. (2011). Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Santé conjugée*, 55, 11-18.

- Kuhn, T. S. (1996). *The structure of scientific revolutions*. (3rd^e éd.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. et Blatt, S. J. (2001). School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology, 39*(2), 141-159. doi: Doi 10.1016/S0022-4405(01)00059-0.
- Lafond, M.-F., Lagrange, V., Villeneuve, J. et Blackburn, F. (2015). Cadre de référence en transfert de connaissances pour leurs utilisations judicieuses et le soutien à l'innovation. Québec: Centre de Santé et des Services Sociaux de Vieille-Capitale.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. et Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development, 62*(5), 1049-1065. doi: 10.2307/1131151.
- Lasnier, B. et Cantinotti, M. (2011). L'initiation à l'usage de la cigarette chez les élèves québécois : 2008-2009. Québec: Direction du développement des individus et des communautés, Institut National de Santé Publique du Québec.
- Lasnier, B. et Gamache, L. (2015). L'initiation à l'usage de la cigarette chez les élèves québécois : 2012-2013. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Latour, B. (1992). *Aramis ou l'amour des techniques*. Paris: La Découverte.
- Latour, B. (1999). On recalling ANT. Dans J. Law & J. Hassard (dir.), *Actor Network Theory and after* (p. 15-25). Oxford: Blackwell Publishers.
- Latour, B. (2005a). *La science en action : Introduction à la sociologie des sciences*. (Nouv. éd.^e éd.). Paris: La Découverte/Poche.
- Latour, B. (2005b). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford ; Toronto: Oxford University Press.
- Latour, B. (2005c). Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory [Disponible en format PDF]. Repéré à <http://www.myilibrary.com?id=90516> Accès réservé UdeM.
- Latour, B. (2007). *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte.
- Laventure, M. et Boisvert, K. (2008). Initiation précoce aux psychotropes chez les préadolescents du Québec. Québec: Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation.

- Laventure, M. et Boisvert, K. (2009). Initiation précoce aux psychotropes chez les préadolescents : Rapport spécifique à la Commission Scolaire des Navigateurs: Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation.
- Law, J. et Hassard, J. (1999). *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishers/The Sociological Review.
- Le Blanc, M., McDuff, P., Frechette, M., Langelier, S., Levert, F. et Trudeau-LeBlanc, P. (1996). Manuel sur les mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois. Dans M. Le Blanc (dir.). Montréal: Groupe de Recherche sur les Adolescents en Difficulté, Université de Montréal.
- LeBlanc, M. (1996). Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois (3^e éd.). Montréal, Québec: École de psychoéducation et GRAD, Université de Montréal.
- Leclerc, B. S. (2012). Utilité de l'évaluation de l'évaluabilité des politiques gouvernementales de lutte contre le tabagisme: L'expérience québécoise des centres d'abandon du tabagisme. *La Revue Canadienne d'Évaluation de Programmes*, 24(3), 59-71.
- Lecomte, R. (1982). Les paradigmes méthodologiques en recherche évaluative: Leurs fondements et leurs répercussions. Dans R. Lecomte & L. Rutman (dir.), *Introduction aux méthodes de recherche évaluative* (p. 1-21). Ottawa, ON: Les Presses de l'Université Laval.
- Lee, T., Ko, I., Lee, I., Kim, E., Shin, M., Roh, S., . . . Chang, H. (2011). Effects of Nurse Navigators on Health Outcomes of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 34(5), 376-384. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182025007.
- Lembke, E. S., Garman, C., Deno, S. L. et Stecker, P. M. (2010). One elementary school's implementation of Response to Intervention (RTI). *Reading & Writing Quarterly*, 26(4), 361-373. doi: 10.1080/10573569.2010.500266.
- Lemelin, J.-P. et Boivin, M. (2007). Mieux réussir dès la première année : l'importance de la préparation à l'école (*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010)*) (Vol. 4, p. 1-12). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). Animer un processus de transfert des connaissances: Bilan des connaissances et outil d'animation. Montréal, Québec:

Direction de la recherche, formation et développement, Institut National de Santé
Publique du Québec.

- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development*. (3rd^e éd.). Mahwah, N.J.:
L. Erlbaum Associates.
- Lessard, S. et Leclerc, B.-S. (2013). Exemple d'application de l'évaluation formative centrée sur
l'utilisation des résultats. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programmes*, 28(2), 97-
106.
- Letrello, T. M. et Miles, D. D. (2003). The transition from middle school to high school:
Students with and without learning disabilities share their perceptions. *The Clearing
House*, 76(4), 212-214.
- Levesque, L., Guilbault, G., Delormier, T. et Potvin, L. (2005). Unpacking the black box: A
deconstruction of the programming approach and physical activity interventions
implemented in the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project. *Health Promot
Pract*, 6(1), 64 - 71.
- Lévesque, L., Guilbault, G., Delormier, T. et Potvin, L. (2005). Unpacking the black box: A
deconstruction of the programming approach and physical activity interventions
implemented in the kahnawake schools diabetes prevention project. *Health Promotion
Practice*, 6(1), 64-71.
- Levine, H. G. (2002). The secret of worldwide drug prohibition: The varieties and use of drug
prohibition. *Independent Review*, 7, 165-180.
- Levine, H. G. et Reinerman, G. (2004). Alcohol prohibition and drug prohibition. Lessons from
alcohol policy for drug policy. Amsterdam: CEDRO.
- Levinson, A., Hendershott, S. et Byers, T. (2002). The ID effect on youth access to cigarettes.
Tobacco Control, 11(4), 296-299. doi: 10.1136/tc.11.4.296.
- Leviton, L. C., Khan, L. K., Rog, D., Dawkins, N. et Cotton, D. (2010). Evaluability assessment
to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health*, 31,
213-233. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103625.
- Levy, D. et Sheflin, N. (1985). The demand for alcoholic beverages: An aggregate time-series
analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, 4, 47-54.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. et Gau, J. M. (2003). Comparability of self-reported checklist and interview data in the assessment of stressful life events in young adults. *Psychological Reports, 93*(2), 459-471. doi: 10.2466/pr0.2003.93.2.459.
- Lewis, R. B. et Maas, S. M. (2007). QDA miner 2.0: Mixed-model qualitative data analysis software. *Field Methods, 19*(1), 87-108. doi: Doi 10.1177/1525822x06296589.
- Li Vigni, F. (2013). Les non-humains peuvent-ils être des porte-parole? *Cosmopolite, 1*(16), 44-61.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Lindahl, R. (2009). School climate differences between high-performing and low-performing schools that serve high-poverty populations. *International Journal of Educational Leadership Preparation, 10*(1), 1-16.
- Llorens, N., Barrio, G., Sanchez, A., Suelves, J. et Group, E. (2011). Effects of socialization and family factors on adolescent excessive drinking in Spain. *Prev Sci, 12*(2), 150 - 161.
- Loukas, A. et Murphy, J. L. (2007). Middle school student perceptions of school climate: Examining protective functions on subsequent adjustment problems. *Journal of School Psychology, 45*(3), 293-309. doi: DOI 10.1016/j.jsp.2006.10.001.
- Lundberg, N. et Sandahl, T. I. (2000). An ANT perspective on work practice design. Dans R. Dieng, A. Giboin, L. Karsenty & G. DeMichelis (dir.), *Designing cooperative systems: The use of theories and models* (Vol. 58, p. 147-158). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.
- Lysenko, L., Abrami, P., Bernard, R., Dagenais, C. et Janosz, M. (2014). Educational research in educational practice: Predictors of use. *Revue Canadienne de l'Éducation,, 37*(2), 2-26.
- MacDonald, M. A. et Green, L. W. (2001). Reconciling concept and context: The dilemma of implementation in school-based health promotion. *Health Education & Behavior, 28*(6), 749-768.
- Maggs, J. L. et Schulenberg, J. E. (2005). Initiation and course of alcohol consumption among adolescents and young adults. *Recent Dev Alcohol, 17*. doi: 10.1007/0-306-48626-1_2.

- Mahabee-Gittens, E. M., Xiao, Y., Gordon, J. S. et Khoury, J. C. (2013). The dynamic role of parental influences in preventing adolescent smoking initiation. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1905-1911. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.002>.
- Manning, K. (2013). *Organizational theory in higher education*. New York: Routledge
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents : état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Markham, W. A., Young, R., Sweeting, H., West, P. et Aveyard, P. (2012). Does school ethos explain the relationship between value-added education and teenage substance use? A cohort study. *Social Science & Medicine*, 75(1), 69-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.045>.
- Mars, S. G., Fessel, J. N., Bourgois, P., Montero, F., Karandinos, G. et Ciccarone, D. (2015). Heroin-related overdose: The unexplored influences of markets, marketing and source-types in the United States. *Social Science & Medicine*, 140, 44-53. doi: [10.1016/j.socscimed.2015.06.032](http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.032).
- Martin, C. et Arcand, L. (2005a). *École en santé : Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*. Québec: MELS.
- Martin, C. et Arcand, L. (2005b). *École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*. Québec: MELS.
- Martin, J. et Sokol, B. (2011). Generalized others and imaginary audiences: A neo-Meadian approach to adolescent egocentrism. *New Ideas in Psychology*, 29(3), 364-375. doi: [10.1016/j.newideapsych.2010.03.006](http://dx.doi.org/10.1016/j.newideapsych.2010.03.006).
- Masdonati, J. et Massoudi, K. (2012). L'accompagnement de la transition école-travail. Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (Vol. 34, p. 149-177). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Mayberry, M. L., Espelage, D. L. et Koenig, B. (2009). Multilevel modeling of direct effects and interactions of peers, parents, school, and community influences on adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(8), 1038-1049. doi: DOI 10.1007/s10964-009-9425-9.
- Mayeux, L., Sandstrom, M. J. et Cillessen, A. H. N. (2008). Is Being Popular a Risky Proposition? . *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 49-74.

- McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meuleners, L. et Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 99. doi: 10.1111/j.1360-0443.2003.00620.x.
- McCann, M., Higgins, K., Perra, O., McCartan, C. et McLaughlin, A. (2014). Adolescent ecstasy use and depression: Cause and effect, or two outcomes of home environment? *European Journal of Public Health*, 24(5), 845-850. doi: 10.1093/eurpub/cku062.
- McLaughlin, J. A. et Jordan, G. B. (2010). Using logic model. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of practical program evaluation* (p. 55-80). San Francisco: Jossey-Bass.
- Medina, K. L., Schweinsburg, A. D., Cohen-Zion, M., Nagel, B. J. et Tapert, S. F. (2007). Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicology and Teratology*, 29(1), 141-152. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ntt.2006.10.010>.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., . . . Moffitt, T. E. (2012a). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(40), E2657-E2664.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S. E., . . . Moffitt, T. E. (2012b). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(40), E2657-E2664. doi: DOI 10.1073/pnas.1206820109.
- Meier, M. H., Hill, M. L., Small, P. J. et Luthar, S. S. (2015). Associations of adolescent cannabis use with academic performance and mental health: A longitudinal study of upper middle class youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 207-212. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.09.010.
- Meier, O., Missonier, A. et Missonier, S. (2012). Analyse des systèmes d'interactions à l'œuvre au sein d'un projet TI : Mise en évidence d'une perspective dynamique et relationnelle. *Systèmes d'Information & Management*, 17(1), 7-48.
- Mendel, W. W. et Munger, M. D. (1997). Strategic planning and the drug threat. Fort Leavenworth, Kansas: The Strategic Studies Institute U.S. Army War College and The Foreign Military Studies Office.

- Meunier, V. et Marsden, E. (2009). *Analyse coût-bénéfices : guide méthodologique* (Vol. 6). Toulouse, France: Cahiers de la Sécurité Industrielle, Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle.
- Miettunen, J., Murray, G. K., Jones, P. B., Maki, P., Ebeling, H., Taanila, A., . . . Moilanen, I. (2014). Longitudinal associations between childhood and adulthood externalizing and internalizing psychopathology and adolescent substance use. *Psychological Medicine*, *44*(8), 1727-1738. doi: 10.1017/S0033291713002328.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis : An expanded sourcebook*. (2nd^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2013). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook*. (Third edition^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, P. et Plant, M. (1999). Truancy and perceived school performance: An alcohol and drug study of UK teenagers. *Alcohol and Alcoholism*, *34*(6), 886-893. doi: DOI 10.1093/alcalc/34.6.886.
- Miller, P. M., Smith, G. T. et Goldman, M. S. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *J Stud Alcohol Drugs*, *51*.
- Mitev, N. (2009). In and out of actor-network theory: A necessary but insufficient journey. *Information Technology & People*, *22*(1), 9-25. doi: 10.1108/09593840910937463.
- Mitev, N. et Howcroft, D. (2011). Post-structuralism, social shaping of technology, and actor-network theory: What can they bring to IS research? Dans R. D. Galliers & W. L. Currie (dir.), *The Oxford Handbook of Management Information Systems: Critical Perspectives and New Directions*. New York: Oxford University Press.
- Mizelle, N. B. et Irvin, J. L. (2000). Transition from middle school into high school: What research says. *Middle School Journal*, *31*(5), 57-61.
- Montazeri, A., Harirchi, A., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M. et Fateh, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*(1), 66.
- Moon, S. S. et Ando, S. (2009). Ecological influences on school achievement in a diverse youth sample: The mediating role of substance use. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *19*(5), 572.

- Morrell, H. E. R., Lapsley, D. K. et Halpern-Felsher, B. L. (2016). Subjective Invulnerability and Perceptions of Tobacco-Related Benefits Predict Adolescent Smoking Behavior. *Journal of Early Adolescence*, 36(5), 679-703. doi: 10.1177/0272431615578274.
- Mucchielli, A. (1997). Méthodologie d'une recherche qualitative en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, 50, 65-70.
- Murdock, T. B., Anderman, L. H. et Hodge, S. A. (2000). Middle-grade predictors of students' motivation and behavior in high school. *Journal of Adolescent Research*, 15(3), 327-351.
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (2007). *Mplus User's Guide, 5th ed.* Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nakkash, R., Soweid, R. A. A., Nehlawi, M. T., Shediak-Rizkallah, M. C., Hajjar, T. A. et Khogali, M. (2003). The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: Triangulation of methods and sources. *Health Education & Behavior*, 30(6), 723-739. doi: 10.1177/1090198103255521.
- Nanhou, V. et Audet, N. (2012). Les comportements à risque pour la santé liés au tabac, à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent. Qui les adopte? Qui les combine? *Zoom Santé*, 36(1-16), 1.
- Nanhou, V., Ducharme, A. et Eid, H. (2013). L'initiation au tabac, à l'alcool et aux drogues : Un aperçu de la situation lors du passage de la 6e année du primaire à la 1re année du secondaire. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Vol. 16)*. Québec: Institut de la Statistique du Québec.
- Nay, J. N. et Kay, P. (1982). *Government oversight and evaluability assessment*. Lexington, MA: Lexington.
- Newell, R., Burnard, P. et Newell, R. (2011). *Research for evidence-based practice in healthcare*. (2nd^e éd.). Chichester, West Sussex, UK ; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.
- Nimmo, R. (2011). Actor-network theory and methodology: Social research in a more-than-human world. *Methodological Innovations Online*, 6(3), 108-119. doi: 10.4256/mio.2011.010.
- Nolin, P. C. (2002). Cannabis: Our position for a Canadian public policy. Ottawa, ON: Senate Committee, Government of Canada.

- Ogilvie, D., Cummins, S., Petticrew, M., White, M., Jones, A. et Wheeler, K. (2011). Assessing the evaluability of complex public health interventions: Five questions for researchers, funders, and policymakers. *Milbank Quarterly*, 89(2), 206-225. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00626.x.
- Oluwole, S. F., Ali, A. O., Adu, A., Blane, B. P., Barlow, B., Oropeza, R. et Freeman, H. P. (2003). Impact of a cancer screening program on breast cancer stage at diagnosis in a medically underserved urban community. *Journal of the American College of Surgeons*, 196(2), 180-188. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01765-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01765-9).
- Orlando, M., Tucker, J. S., Ellickson, P. L. et Klein, D. J. (2004). Developmental trajectories of cigarette smoking and their correlates from early adolescence to young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 400-410. doi: 10.1037/0022-006x.72.3.400.
- Östlund, U., Kidd, L., Wengström, Y. et Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 369-383. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005>.
- Ouvrier-Bonnaz, R. et Reille-Baudrin, E. (2012). Entre vie quotidienne, école et monde du travail : Gestes professionnelles et concepts dans les activités d'orientation. Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (Vol. 34, p. 123-147). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Paglia-Boak, A. et Adlaf, E. M. (2007). Substance use and harm in the general youth population. (*Substance abuse in Canada : Youth in focus* (p. 4-13). Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Paglia, A. et Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 3-50. doi: 10.1023/A:1021302302085.
- Palk, G., Freeman, J., Kee, A. G., Steinhardt, D. et Davey, J. (2011). The prevalence and characteristics of self-reported dangerous driving behaviours among a young cohort. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 14(2), 147-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2010.11.004>.

- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Holguín, S. R. et Cadaveira, F. (2011). Binge drinking and declarative memory in university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(8), 1475-1484. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01484.x.
- Paradis, M., Racine, P. et Gagné, D. (2006). Évaluation des interventions et des activités liées à la problématique de l'abus, la négligence et la violence à l'endroit des aînés. Québec: Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de la Santé Publique.
- Parker, D. A. et Harman, M. S. (1978). Distribution of consumption model of prevention of alcohol problems: Critical assessment. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 377-399.
- Paskett, E. D., Katz, M. L., Post, D. M., Pennell, M. L., Young, G. S., Seiber, E. E., . . . Murray, D. M. (2012). The Ohio Patient Navigation Research Program (OPNRP): Does the American Cancer Society patient navigation model improve time to resolution among patients with abnormal screening tests? *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 21(10), 1620-1628. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0523.
- Patterson, G., Dishion, T. et Yoerger, K. (2000). Adolescent growth in new forms of problem behavior: Macro- and micro-peer dynamics. *Prevention Science*, 1(1), 3-13. doi: 10.1023/A:1010019915400.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2nd^e éd.). Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*. (4th^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2012). *Essentials of utilization-focused evaluation*. Los Angeles, Calif.: SAGE.
- Patton, M. Q. et LaBosière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde & C. dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 143-158). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Payette, Y. et NGuyen, C. T. (2009). Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2004-2005: Comparaisons Québec-Canada. Québec: Institut National de Santé Publique du Québec.

- Pedersen, A. E. et Hack, T. F. (2011). The British Columbia Patient Navigation Model: A Critical Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 200-206. doi: 10.1188/11.Onf.200-206.
- Pelz, D. C. (1978). Some Expanded Perspectives on Use of Social Science in Public Policy. Dans J. M. Yinger & S. J. Cutler (dir.), *Major Social Issues: A Multidisciplinary View*. (p. 346–357). New York: Free Press.
- Perdue, N. H., Manzeske, D. R. et Estell, D. B. (2009). Early predictors of school engagement: Exploring the role of peer relationships. *Psychology in the Schools*, 46(10), 1084-1097. doi: Doi 10.1002/Pits.20446.
- Peretti-Watel, P. (2002). Les « conduites à risque » des jeunes : Défi, myopie, ou déni ? . *Agora débats/jeunesses* 27, 16-33.
- Peretti-Watel, P. (2005). *Les comportements à risque*. Paris: La Documentation Française, Problèmes Politiques et Sociaux.
- Petratis, J., Flay, B. R. et Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- Pevalin, D. (2000). Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 35, 508 - 512.
- Piaget, J. (1962a). The relation of affectivity to intelligence in the mental development of the child. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 26(3), 129-137.
- Piaget, J. (1962b). The stages of the intellectual development of the child. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 26(3), 120-128.
- Piaget, J. (1997). *The language and Thought of the Child*. Taylor & Francis.
- Pianta, R. C. (1997). Adult–Child Relationship Processes and Early Schooling. *Early Education and Development*, 8(1), 11-26. doi: 10.1207/s15566935eed0801_2.
- Pianta, R. C., Nimetz, S. L. et Bennett, E. (1997). Mother-child relationships, teacher-child relationships, and school outcomes in preschool and kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 12(3), 263-280. doi: Doi 10.1016/S0885-2006(97)90003-X.
- Pianta, R. C. et Steinberg, M. (1992). Teacher-child relationships and the process of adjusting to school. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1992(57), 61-80. doi: 10.1002/cd.23219925706.

- Pica, L. A. (2014). Consommation de drogues. Dans I. Traoré, L. A. Pica, H. Camirand, L. Cazale, M. Berthelot & N. Plante (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années* (p. 109-147). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Pica, L. A., Traoré, I., Camirand, H., Laprise, P., Bernèche, F., Berthelot, M. et Plante, N., et autres. (2012). L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1 (p. 258). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Picard-Masson, M. (2014). Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence : quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation. *Drogues, Santé et Société*, 13(2), 1-25.
- Pihl, R. (2014). Comprendre les facteurs de risque de toxicomanie. Dans M. Leyton & S. Stewart (dir.), *Toxicomanie au Canada : Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence* (p. 14-25). Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Piontek, D., Kraus, L., Bjarnason, T., Demetrovics, Z. et Ramstedt, M. (2013). Individual and country-level effects of cannabis-related perceptions on cannabis use. A multilevel study among adolescents in 32 European countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 473-479. doi: DOI 10.1016/j.jadohealth.2012.07.010
- Pitt Barnes, S., Robin, L., Dawkins, N., Leviton, L. et Kettel-Khan, L. (2009). Early Assessment of Programs and Policies to Prevent Childhood Obesity Evaluability Assessment Synthesis Report: Local Wellness Policy. Atlanta: U.S.: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Plane, J.-M. (2008). *Théorie des organisations*. Paris: Dunod.
- Plante, A. et Joannette, S. (2015). Centre intégré de cancérologie de la Montérégie : L'intégration des infirmières pivots dans les équipes d'oncologie en Montérégie : un aspect de l'implémentation du Programme de lutte contre le cancer, Partie 1. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 19(1), 6.
- Plesner, U. et Horst, M. (2012). Before stabilization. *Information, Communication & Society*, 16(7), 1115-1138. doi: 10.1080/1369118X.2012.695387.

- Pommier, J., Guevel, M.-R. et Jourdan, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10(43).
- Poon, B., Leung, J. W., Louie, A. et Vergel de Dios, C. (2013). The key function of collaborative logic modelling: Insights from the British Columbia early childhood dental programs. . *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(2), 87-102.
- Popova, S., Lange, S., Burd, L. et Rehm, J. (2012). Health care burden and cost associated with fetal alcohol syndrome: Based on official Canadian Data. *Plos One*, 7(8).
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E. et Beirness, D. J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, 37(5), 709-723. doi: Doi 10.1177/1090198110361315.
- Porta, M. S. (2008). *A dictionary of epidemiology*. Oxford: New York: Oxford University Press.
- Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 87-105). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, L., Bilodeau, A. et Gendron, S. (2008). Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promotion & Education*, 15(1 suppl), 17-21.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: Considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Montréal: Gaëtan Morin.
- Preston, J. (2008). *Kuhn's The structure of scientific revolutions : A reader's guide*. London ; New York: Continuum.
- Programme québécois de lutte contre le cancer. (1998). our lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ramsey, S., Whitley, E., Mears, V. W., McKoy, J. M., Everhart, R. M., Caswell, R. J., . . . Grp, P. N. R. P. (2009). Evaluating the Cost-Effectiveness of Cancer Patient Navigation Programs: Conceptual and Practical Issues. *Cancer*, 115(23), 5394-5403. doi: 10.1002/cncr.24603.
- Rayner, J. et Howlett, M. (2009). Introduction: Understanding integrated policy strategies and their evolution. *Policy and Society*, 28(2), 99-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.polsoc.2009.05.001>.

- Reeves, S., Suter, E., Goldman, J., Martimianakis, T., Chatalalsingh, C. et Dematteo, D. (2007). A scoping review to identify organizational and education theories relevant for interprofessional practice and education (p. 60). Calgary: Calgary Health Region.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., . . . Taylor, B. (2006a). The Costs of Substance Abuse in Canada 2002: Hifhlights. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., . . . Taylor, B. (2006b). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002: Pints saillants. Ottawa, ON: CCLAT-CCSA.
- Rehm, J., Gnam, W., Popova, S., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., . . . Taylor, B. (2007). The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 886-895.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal, QC: Sciences et culture.
- Reynolds, B. M. et Juvonen, J. (2012). Pubertal timing fluctuations across middle school: Implications for girls' psychological health. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(6), 677-690. doi: 10.1007/s10964-011-9687-x.
- Rich, R. F. (1975). Selective utilization of social science related information by Federal policy-makers. *Inquiry*, 12(3), 239-245. doi: 10.2307/29770949.
- Rickles, D. (2009). Causality in complex interventions. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(1), 77-90. doi: 10.1007/s11019-008-9140-4.
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2009). Introduction générale à l'évaluation de programme. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 11-29). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Riley, T. et Hawe, P. (2009). A typology of practice narratives during the implementation of a preventive, community intervention trial. *Implementation Science*, 4(1), 1-13.
- Rimpiläinen, S. (2013). Multiple enactments of method, divergent hinterlands and production of multiple realities in educational research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 28(2), 137-150. doi: 10.1080/09518398.2013.855341.

- Robinson-White, S., Conroy, B., Slavish, K. H. et Rosenzweig, M. (2010). Patient Navigation in Breast Cancer A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 33(2), 127-140. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c40401.
- Rog, D. J. (1985). *A methodological analysis of evaluability assessment*. (Doctoral dissertation, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee).
- Rogers, E. M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27(6), 989-993.
- Rogers, P. J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation*, 14(1), 29-48.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. et Freeman, H. E. (2004). *Evaluation : A systematic approach*. (7th^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., . . . Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 303(19), 1921-1928. doi: 10.1001/jama.2010.608.
- Rudd, R. E. et Walsh, D. C. (1993). Schools as healthful environments - Prerequisite to comprehensive school-health. *Preventive Medicine*, 22(4), 499-506. doi: DOI 10.1006/pmed.1993.1042.
- Rutman, L. (1980). *Planning useful evaluations : evaluability assessment*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Rutman, L. (1997). Formative research and program evaluability. Dans L. Rutman (dir.), *Evaluation research methods: A basic guide* (p. 59-71). Beverly Hills, CA: Sage.
- Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(3), 221-252. doi: Doi 10.1080/17405620500237706.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. et Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(2), 119-127.
- SAAQ. (2014). Alcool au volant. Repéré le 12 decembre 2014 à http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite_routiere/comportements/alcool/index.php.

- Saberi, P., Yuan, P., John, M., Sheon, N. et Johnson, M. O. (2013). A pilot study to engage and counsel HIV-positive African American youth via telehealth technology. *AIDS patient care and STDs*, 27(9), 529-532.
- Sahed, I. (2014). Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence : Quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation. *Drogues, Santé et Société*.
- Sanou, A., Kouyate, B., Bibeau, G. et Nguyen, V. K. (2011). Evaluability Assessment of an immunization improvement strategy in rural Burkina Faso: Intervention theory versus reality, information need and evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 303-315. doi: DOI 10.1016/j.evalprogplan.2010.10.005.
- Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (p. 263-285). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches Qualitatives*, 5, 99-111.
- Schmidt, R. E., Scanlon, J. W. et Bell, J. B. (1979). Evaluability assessment: Making public programs work better. *Human Services Monograph Series* (Vol. 14). Washington, D.C.: Department of Health, Education, and Welfare.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. et Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sharpe, G. (2011). A review of program theory and theory-based evaluations. *American International Journal of Contemporary Research* 1(3), 72-75.
- Shaw, S. R., Gomes, P., Polotskaia, A. et Jankowska, A. M. (2015). The relationship between student health and academic performance: Implications for school psychologists. *School Psychology International*, 36(2), 115-134.
- Sheehan, A., Comiskey, C., Williamson, C. et Mgutshini, T. (2015). Evaluation of the Implementation of a PhD Capacity-Building Program for Nurses in South Africa. *Nursing Research*, 64(1), 13-23.
- Silver, C. et Lewins, A. (2014). *Using software in qualitative research : A step-by-step guide*. (Second edition. ° éd.). Los Angeles: SAGE.
- Simkin, D. R. (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatric Clinique of North America*, 49, 463-477.

- Simmons, R. G. et Blyth, D. A. (1987). *Moving into adolescence : the impact of pubertal change and school context*. New York: A. de Gruyter.
- Single, E., Robson, L., Xie, X. D. et Rehm, J. (1996). The costs of substance abuse in Canada: A cost estimation study: highlights of a major study of the health, social and economic costs associated with the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Single, E., Robson, L., Xie, X. D. et Rehm, J. (1998). The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction*, 93(7), 991-1006.
- Smith, M. F. (1989). *Evaluability assessment : A practical approach*. Boston Norwell, Mass.: Kluwer Academic ; Distributors for North America Kluwer Academic Publishers.
- Smith, M. F. (1990). Evaluability assessment : Reflections on the process. *Evaluation and Program Planning*, 13(4), 359-364. doi: Doi 10.1016/0149-7189(90)90020-W.
- Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J.-S. et Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité: Pertinence pour l'évaluation de programme. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 33(1), 18-33.
- Steinberg, L. (1987). Single parents, stepparents, and the susceptibility of adolescents to antisocial peer pressure. *Child Development*, 58(1), 269-275.
- Stephan, P. (2011). Prévention des dépendances à l'école. Dans D. Curchod-Ruedi, P.-A. Doudin, L. Lafortune & N. Lafranchise (dir.), *La santé psychosociale des élèves* (Vol. 33, p. 147-162). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Stiby, A. I., Hickman, M., Munafo, M. R., Heron, J., Yip, V. L. et Macleod, J. (2015). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: Birth cohort study. *Addiction*, 110(4), 658-668. doi: 10.1111/add.12827.
- Storsul, T. et Krumsvik, A. H. (2013). What is media innovation? Dans T. Storsul & A. H. Krumsvik (dir.), *Media innovations: A multidisciplinary study of change* (p. 13-26). Gothenburg: Nordicom.
- Strasser, T. (1978). Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisciplinary Science Reviews*, 3, 225-230.
- Strosberg, M. A. et Wholey, J. S. (1983). Evaluability assessment: From theory to practice in the department of Health and Human Services. *Public Administration Review*, 43(1), 66-71. doi: Doi 10.2307/975301.

- Sullivan, C. J. et Hirschfield, P. (2011). Problem behavior in the middle school years: An assessment of the social development model. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 48(4), 566-593. doi: Doi 10.1177/0022427810395149.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : Une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Tanner, J. M. (1989). *Foetus into man: Physical growth from conception to maturity*. Cambridge: Havard University Press.
- Tapert, S. F., Aarons, G. A., Sedlar, G. R. et Brown, S. A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health*, 28(3), 181-189. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00169-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00169-5).
- Taylor-Powell, E. et Henert, E. (2008). *Developing a logic model: Teaching and training guide*. Madison, WI: University of Wisconsin-Extension, Cooperative Extension, Program Development and Evaluation.
- Thorlindsson, T. et Bernburg, J. G. (2006). Peer groups and substance use: Examining the direct and interactive effect of leisure activity. *Adolescence*, 41(162), 321-339.
- Thorne, S. et Truant, T. (2010). Les intervenants pivots solutionneront-ils le problème? Les soins infirmiers en oncologie en transition. *Revue Canadienne de Soins Infirmiers en Oncologie*, 20(3), 122-128.
- Thurston, W. E., Graham, J. et Hatfield, J. (2003). Evaluability assessment - A catalyst for program change and improvement. *Evaluation & the Health Professions*, 26(2), 206-221. doi: Doi 10.1177/0163278703252264.
- Thurston, W. E. et Potvin, L. (2003). Evaluability assessment: A tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*, 9(4), 453-469.
- Thurston, W. E. et Ramaliu, A. (2005). Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(2), 1-25.
- Tobler, N. S., Lessard, T., Marshall, D., Ochshorn, P. et Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. *School Psychology International*, 20(1), 105-137. doi: Doi 10.1177/0143034399201008.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. et Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336. doi: 10.1023/A:1021314704811.

- Tobler, N. S. et Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128. doi: 10.1023/A:1024630205999.
- Touati, N. et Suárez-Herrera, J. C. (2012). L'évaluation des interventions complexes : Quelle peut être la contribution des approches configurationnelles? *La Revue Canadienne d'Évaluation de Programmes*, 26(3), 17-35.
- Traoré, I. (2014). Cumul des comportements. Dans I. Traoré, L. A. Pica, H. Camirand, L. Cazale, M. Berthelot & N. Plante (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Traoré, I., Pica, L. A., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M. et Plante, N. (2014). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Tremblay, R. E., Loeber, R., Gagnon, C., Charlebois, P., Larivée, S. et Leblanc, M. (1991). Disruptive boys with stable and unstable high fighting behavior patterns during junior Elementary-school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(3), 285-300. doi: Doi 10.1007/Bf00911232.
- Tremblay, R. E., Mccord, J., Boileau, H., Charlebois, P., Gagnon, C., Leblanc, M. et Larivee, S. (1991). Can disruptive boys be helped to become competent. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*, 54(2), 148-161.
- Tremblay, R. E., Vitaro, F. et Gagnon, C. (1992). A prosocial scale for the preschool behaviour questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 15(2), 227-245.
- Tremblay, R. E., Vitaro, F., Gagnon, C., Piche, C. et Royer, N. (1992). A prosocial scale for the preschool behavior questionnaire - Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 15(2), 227-245.
- Trevillion, K., Singh-Carlson, S., Wong, F. et Sherriff, C. (2015). Rapport d'évaluation des services d'infirmières pivots pour le programme de soutien au cancer du sein. *Revue Canadienne de Soins Infirmiers en Oncologie*, 25(4), 415-421.

- Trevisan, M. S. (2007). Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 290-303. doi: Doi 10.1177/1098214007304589
- Trevisan, M. S. et Walser, T. M. (2014). *Evaluability assessment : Improving evaluation quality and use*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Trevisan, M. S. et Yi, M. H. (2003). Evaluability assessment: A primer. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 8(20). Repéré à <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=20> le 2 octobre 2014.
- Tucker, J. S., Ellickson, P. L., Orlando, M., Martino, S. C. et Klein, D. J. (2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: A comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 307-332.
- Turcotte, L., Bastien, R., Clavier, C. et Couturier, Y. (2011). Ce que nous apprend le travail des agents pivots sur les approches intégrées : Analyse exploratoire du cas de l'approche école en santé. *Service Social*, 57(2), 55-73.
- van Beek, I. (2007). Case study: Accessible primary health care - A foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 18(4), 329-332. doi: 10.1016/j.drugpo.2006.11.005.
- van der Duim, R., Ren, C. et Thór Jóhannesson, G. (2013). Ordering, materiality and multiplicity: Enacting ANT in Tourism. *Tourist Studies*, 0(0), 1-18.
- van Lier, P. A. C., Vitaro, F., Barker, E. D., Koot, H. M. et Tremblay, R. E. (2009). Developmental links between trajectories of physical violence, vandalism, theft, and alcohol-drug use from childhood to adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 481-492. doi: DOI 10.1007/s10802-008-9289-6
- Varescon, I. (2007). Différences entre éthique et déontologie: Le cas de la recherche. Dans I. Bourguignon (dir.), *Éthique et pratique psychologique* (p. 63-76). Belgique: Mardaga.
- Vaugeois, P., Germain, M. et Cunha Rêgo, L. (2008). Programme APTE (Rapport synthèse). Montréal, QC: Centre Québécois de Lutte aux Dépendances.
- Venturini, T. (2010a). Building on faults: How to represent controversies with digital methods. *Public Understanding of Science*.
- Venturini, T. (2010b). Diving in magma: How to explore controversies with actor-network theory. *Public Understanding of Science*, 19(3), 258-273.

- Verona, E., Javdani, S. et Sprague, J. (2011). Comparing factor structures of adolescent psychopathology. *Psychological Assessment*, 23(2), 545-551. doi: 10.1037/a0022055.
- Viens, C. et Noël, Y. (2014). Projet d'accompagnement de la DSP de la Montérégie auprès des CSSS dans le cadre de l'approche École en santé, Rapport d'une démarche d'autoévaluation en matière de développement de compétences. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique.
- Vinck, D. (1999). Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales. *Revue Française de Sociologie*, 40(2), 385-414.
- Vitaro, F., Tremblay, R. E. et Zoccolillo, M. (1999). The alcoholic father, psychotropic drug abuse during adolescence and protective influences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(9), 901-908.
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. et Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-2227. doi: doi:10.1056/NEJMra1402309.
- von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M. et Wittchen, H.-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(1), 49-64. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00102-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00102-3).
- W.K. Kellogg Foundation. (2004). Logic model development guide: Using logic models to bring together planning, evaluation, and action. Michigan: W.K. Kellogg Foundation.
- Walser, T. M. et Trevisan, M. S. (2016). Evaluability assessment thesis and dissertation studies in graduate professional degree programs: Review and recommendations. *American Journal of Evaluation*, 37(1), 118-138.
- Wang, J., Simons-Morton, B. G., Farhart, T. et Luk, J. W. (2009). Socio-demographic variability in adolescent substance use: Mediation by parents and peers. *Prevention Science*, 10(4), 387-396. doi: DOI 10.1007/s11121-009-0141-1.
- Ward, V., Smith, S., Foy, R., House, A. et Hamer, S. (2010). Planning for knowledge translation: A researcher's guide. *Evidence & Policy*, 6(4), 527-541. doi: 10.1332/174426410x535882.

- Watson, G. P. L. (2010). *Multiple acts of birding: The education, ethics and ontology of bird watching in Ontario*. (York University Toronto, ON).
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation : methods for studying programs and policies*. (2nd^e éd.). Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.
- Wells, K. J., Battaglia, T. A., Dudley, D. J., Garcia, R., Greene, A., Calhoun, E., . . . Program, P. N. R. (2008). Patient Navigation: State of the Art or Is it Science? *Cancer*, 113(8), 1999-2010. doi: 10.1002/cncr.23815.
- Wells, K. J., Lee, J.-H., Calcano, E. R., Meade, C. D., Rivera, M., Fulp, W. J. et Roetzheim, R. G. (2012). A cluster randomized trial evaluating the efficacy of patient navigation in improving quality of diagnostic care for patients with breast or colorectal cancer abnormalities. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 21(10), 1664-1672. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0448.
- Westling, E., Andrews, J. A., Hampson, S. E. et Peterson, M. (2008). Pubertal timing and substance use: The effects of gender, parental monitoring and deviant peers. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 555-563. doi: DOI 10.1016/j.jadohealth.2007.11.002.
- White, A. M. et Scott, S. H. (2005). Age-related effects of alcohol on memory and memory-related brain function in adolescents and adults. Dans M. Galanter, C. Lowman, G. Boyd, V. Faden, E. Witt & D. Lagressa (dir.), *Recent Developments in Alcoholism* (Vol. 17, p. 161-176): Springer US.
- White, H. et Sabarwal, S. (2014). *Quasi-experimental design and methods*. Florence, Italy: United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Wholey, J. S. (1976). Role of evaluation and evaluator in improving public programs: Bad news, good news, and a bicentennial challenge. *Public Administration Review*, 36(6), 679-683. doi: Doi 10.2307/975063.
- Wholey, J. S. (1987). Evaluability assessment: Developing program theory. *New Directions for Program Evaluation*(33), 77-92. doi: 10.1002/ev.1447.
- Wholey, J. S. (1994). Assessing the feasibility and likely usefulness of evaluation. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of practical program evaluation* (p. 15-39). San Francisco: Jossey-Bass.

- Wholey, J. S. (2010). Exploratory evaluation. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of practical program evaluation* (p. 81-99). San Francisco: Jossey-Bass.
- Wholey, J. S., Hatry, H. P. et Newcomer, K. E. (1994). *Handbook of practical program evaluation*. (2nd^e éd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Whop, L. J., Valery, P. C., Beesley, V. L., Moore, S. P., Lokuge, K., Jacka, C. et Garvey, G. (2012). Navigating the cancer journey: A review of patient navigator programs for Indigenous cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 8(4), E89-E96. doi: 10.1111/j.1743-7563.2012.01532.x.
- World Health Organization. (2013). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Luxembourg: WHO.
- Ye, S. (2009). Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): The role of wording effects. *Personality and Individual Differences*, 46, 197-201.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research design and method*. (3rd^e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York: Guilford Press.
- Young, E. L., Cadldarella, P., Richardson, M. J. et Young, R. (2012). *Positive behavior support in secondary schools : a practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Youtie, J., Bozeman, B. et Shapira, P. (1999). Using an evaluability assessment to select methods for evaluating state technology development programs: The case of the Georgia Research Alliance. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 55-64. doi: Doi 10.1016/S0149-7189(98)00041-X.
- Zittoun, T. (2012). Une psychologie des transitions : Des ruptures aux ressources. Dans P. Curchod, P.-A. Doudin & L. Lafontaine (dir.), *Les transitions à l'école* (Vol. 34, p. 261-279). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E. et Moss, H. B. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 121(Supplement_4), 252-272. doi: 10.1542/peds.2007-2243B.

Annexes

Annexe 1: Guide d'entrevue sur les processus de mise en œuvre du programme

Intervenant pivot et Commission scolaire

Cette entrevue entre dans le cadre de l'évaluation du programme l'Intervention en réseau mis en œuvre dans votre école. Je souhaiterais vous poser quelques questions qui m'aideront à comprendre votre point de vue sur des aspects du projet tel qu'il se déroule dans votre école. Votre nom ne sera pas associé aux réponses que vous nous donnerez. Vous êtes libre de participer à cette entrevue et vous pouvez vous retirer à tout moment lorsque nous aurons commencé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je m'intéresse particulièrement à votre opinion.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser.

Puis-je commencer?

1. Connaissances du programme l'intervention en réseau

Comment avez-vous appris l'existence du programme l'Intervention en réseau?

Quelle est l'ampleur de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans les écoles ciblées?

Selon vous, quelles sont les conséquences de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves?

Que savez-vous de ce programme en terme :

D'objectifs poursuivis?

De population cible?

De résultats attendus?

L'approche de prévention adoptée est basée sur le rôle d'un intervenant pivot qui essaie d'établir de bons rapports avec les élèves dans le but d'influencer positivement leurs comportements.

Que pensez-vous de cette approche de prévention?

Quels sont les éléments positifs et négatifs que vous avez identifiés dans ce programme?

Quels sont vos rapports avec l'intervenant pivot ?

Quelles sont les activités déployées dans le cadre de ce programme?

Dans quelle mesure pensez-vous que ce programme pourra avoir un impact sur la consommation de l'alcool, le tabac et le cannabis chez les élèves?

Quels sont les raisons qui vous permettent de croire que ce programme pourra atteindre les objectifs fixés?

Quelles différences existent-ils entre ce programme et les autres programmes que vous avez connus?

2. Rôle dans la mise en œuvre du programme

Comment avez-vous été sélectionnée pour occuper ce poste?

Quel est votre rôle dans le programme?

Quelles sont les principales tâches que vous devez mener dans le cadre de ce programme?

Quelle formation avez-vous reçu et qui est en lien avec le rôle d'intervenant pivot?

Pouvez-vous me décrire les principales activités de ce programme et la façon dont celles-ci peuvent permettre d'atteindre les objectifs du programme?

Quelles sont les ressources mises à votre disposition pour la mise en œuvre du programme?

Ressources humaines, financières et matérielles?

À votre prise de fonction par quoi avez-vous commencé?

3. Les conditions de mise en œuvre du programme dans votre école

De quelles ressources disposez-vous pour la mise en œuvre de ce programme?

Avec qui collaborez-vous pour la mise en œuvre du programme?

Quelles sont les raisons qui vous poussent à croire que le programme pourra provoquer les changements escomptés chez les participants?

Dans quelle mesure l'approche de prévention adoptée a-t-elle influencé les pratiques dans votre école?

Comment le programme a-t-il été accueilli par les différents acteurs dans les écoles?

Quelles ont été les difficultés rencontrées pour faire accepter le programme aux autres acteurs?

Quels sont les outils développés pour assurer le suivi des activités du programme?

À quelle fréquence collectez-vous les données sur le suivi des activités du programme?
Quels sont les éléments qui favorisent ou entravent la mise en œuvre du programme?

4. Mobilisation des acteurs

Comment décrivez-vous votre collaboration avec les autres acteurs qui interviennent dans le programme?

Un membre du personnel vous a-t-il aidé à mieux vous intégrer? Qu'a-t-elle fait?
Avez-vous participé à des rencontres du personnel dans les écoles?
Avez-vous des exemples qui mettent en évidence la qualité de votre collaboration avec les autres intervenants?

Décrivez-moi votre collaboration avec les différents acteurs (enseignants, personnel non enseignant, intervenants communautaires, etc.)

Quelles stratégies avez-vous adopté pour faciliter l'engagement des autres intervenants dans le programme?

Quels types de difficultés avez-vous rencontré dans la mise en œuvre du programme?

5. Satisfaction par rapport à la mise en œuvre du programme et la participation des écoles et des élèves

Quelle est votre satisfaction par rapport aux activités menées?

Quelle est votre satisfaction par rapport à la participation des élèves au programme?

Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer l'organisation des activités?

Sur une échelle de 1 à 5, à combien estimerez-vous la participation des écoles au programme?

Avez-vous des choses à ajouter?

Je vous remercie de votre collaboration.

Annexe 2: Guide d'entrevue sur les processus de mise en œuvre du programme

Enseignants et personnel non enseignants

Cette entrevue entre dans le cadre de l'évaluation du programme l'Intervention en réseau mis en œuvre dans votre école. Je souhaiterais vous poser quelques questions qui m'aideront à comprendre votre point de vue sur des aspects du projet tel qu'il se déroule dans votre école. Votre nom ne sera pas associé aux réponses que vous nous donnerez. Vous êtes libre de participer à cette entrevue et vous pouvez vous retirer à tout moment lorsque nous aurons commencé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je m'intéresse particulièrement à votre opinion.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser.

Puis-je commencer?

1. Connaissances du programme l'intervention en réseau

Comment avez-vous appris l'existence du programme l'Intervention en réseau?

Quelle est l'ampleur de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans votre école?

Selon vous, quelles sont les conséquences de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves?

Selon vous, quels sont les objectifs visés par les initiateurs de ce programme?

Que savez-vous de ce programme en terme :

D'objectifs poursuivis?

De population cible?

D'activités à mener

De résultats attendus?

Quelles différences existent-ils entre ce programme et les autres programmes que vous avez connus?

L'approche de prévention adoptée est basée sur le rôle d'un intervenant pivot qui essaie d'établir de bons rapports avec les élèves dans le but d'influencer positivement leurs comportements.

Que pensez-vous de cette approche de prévention?

Quels sont les éléments positifs et négatifs que vous avez identifiés dans ce programme?

Quels sont vos rapports avec l'intervenant pivot ?

Dans quelle mesure pensez-vous que ce programme pourra avoir un impact sur la consommation de l'alcool, le tabac et le cannabis chez les élèves?

2. Implication dans le programme

Comment avez-vous accueilli l'idée de la mise en œuvre du programme dans votre école?

Quelles ont été vos appréhensions face à l'implantation du programme dans votre école?

Quel a été votre rôle ou celui de votre école dans l'élaboration de ce programme?

Qu'est-ce qui a suscité votre intérêt à participer au programme?

Comment avez-vous accueilli la mise en œuvre de ce programme dans votre école?

Quel est votre rôle dans la mise en œuvre du programme?

À quelle fréquence participez-vous à la mise en œuvre du programme?

Dans quelle mesure vous impliquez-vous dans la mise en œuvre du programme, en dehors du rôle qui vous avez été attribué

3. Les conditions de mise en œuvre du programme dans votre école

Quels sont les facteurs qui favorisent la mise en œuvre du programme?

Quels sont les facteurs qui nuisent à la mise en œuvre du programme?

Avec qui collaborez-vous pour la mise en œuvre du programme?

Quelles sont les raisons qui vous poussent à croire que le programme pourra provoquer les changements escomptés chez les participants?

Décrivez-moi votre collaboration avec l'intervenant pivot et les autres intervenants du programme.

Dans quelle mesure l'approche de prévention adoptée a-t-elle influencé les pratiques dans votre école?

Quels sont les outils de suivi mis en place pour assurer le monitoring des activités dans votre école?

À votre avis, quelle peut être l'utilité des résultats de l'évaluation pour le programme?

4. Implication des élèves et satisfaction des animateurs

Avez-vous participé à l'animation d'activités dans le cadre de ce programme au cours des derniers mois?

Si non, pourquoi?

Si oui, quels types et combien d'activités avez-vous contribué à animer?

Comment jugez-vous le degré d'implication des élèves aux activités proposées?

Que faites-vous ou qu'avez-vous fait pour favoriser l'implication des élèves aux activités?

Quelle est votre satisfaction par rapport aux activités menées?

Quelle est votre satisfaction par rapport à la participation des élèves au programme?

Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer l'organisation des activités?

Sur une échelle de 1 à 5, à combien estimerez-vous la participation des écoles qui participent au programme?

Avez-vous des choses à ajouter?

Je vous remercie de votre collaboration.

Annexe 3: Questionnaire des élèves du primaire

COMMISSION SCOLAIRE NIVEAU Primaire
--

Programme
Intervention en
réseau

N° d'identification									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BONJOUR !

Dans le cadre d'une étude portant sur les services offerts dans ta commission scolaire, nous souhaitons **recueillir ton opinion** sur un certain nombre de sujets. Nous sommes intéressés à ce que tu vis et comment tu te sens à l'école, sur tes relations avec tes ami(e)s, sur quelques-unes de tes habitudes de vie et sur la relation que tu as avec tes enseignants et tes parents. Ce questionnaire est **confidentiel**, c'est-à-dire que personne à l'école et à la maison ne peut connaître tes réponses. De même, tes réponses ne seront pas accessibles à tout le monde ; seuls les chercheurs impliqués dans cette étude pourront y accéder.

Saches que ce n'est pas un test ; il n'y a donc pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Mais il faudra répondre à chaque question, **sauf autre indication**, avec autant de franchise que possible pour qu'on puisse obtenir un portrait fiable des élèves de ta commission scolaire. Si tu ne trouves pas une réponse qui convient exactement, coche celle qui s'approche le plus de ce que tu penses. Ne prends pas trop de temps pour réfléchir, réponds spontanément.

Ta participation est importante et très appréciée, mais elle est **volontaire**. Tu peux te retirer quand tu le veux.

Nous te rappelons que tes réponses sont entièrement confidentielles.

Personne à l'école ne pourra savoir qui a répondu à ce questionnaire.

Nous te remercions grandement de ton aide et de ta collaboration !

Allô !

Avant de commencer, suit bien les explications qui seront données sur la manière de remplir le questionnaire. Si tu as des questions n'hésite pas à demander de l'aide à l'assistant ou à ton enseignant présent dans la classe.

Réponds au crayon à la mine ou au stylo noir ou bleu foncé.

N'utilise pas de crayon fluorescent, ni de crayon feutre.

Tu dois répondre au questionnaire en noircissant le cercle correspondant à la réponse qui te convient.

Tu dois **noircir le cercle au complet**, mais SANS le dépasser : ●

Ce que **TU NE DOIS PAS** faire...



EXEMPLE...

Question 1 : Quel âge as-tu ? (exemple: 13 ans)

9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans et plus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Exemple 2 : Voici quelques questions sur ce que tu penses de l'école, comment tu te perçois comme élève. Voilà comment répondre...

Imaginons la phrase suivante

		1	2	3	4	5	6	7	
Je m'ennuie quand je suis seul(e)	Jamais	<input type="radio"/>	Toujours						

À une extrémité tu as « Jamais » et à l'autre tu as l'opposé « Toujours ». En ce qui te concerne, est-ce que tu t'ennuies jamais... rarement... souvent... toujours ? Noircis le cercle qui te convient le plus, celui qui se rapproche le plus de ce que tu penses, spontanément.

Ne noircis qu'un seul cercle.

Lis attentivement les questions et les réponses possibles. Avant de répondre, **tu dois bien lire le choix de réponses pour ne pas te tromper.**

Tu ne peux choisir **qu'une seule réponse**, sauf indication contraire.

SECTION 1 - Identification

1.1. Quelle est ta date de naissance ?

J J M M A A A A

1.2. De quel sexe es-tu ?

Garçon	Fille
---------------	--------------

1.3. Quel est ton niveau scolaire ? (Ne choisis qu'une réponse)

5^e année	6^e année
----------------------------	----------------------------

1.4. Est-ce que tu prends l'autobus scolaire pour te rendre à l'école ?

Oui, tous les jours	Oui, quelques fois par semaine	Oui, quelques fois par mois	Rarement ou jamais
----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------

SECTION 2 : Mes expériences scolaires

21. Au cours de l'année scolaire précédente, quel était ton niveau en français comparé aux autres élèves de ta classe (au meilleur de ta connaissance) ?

Je suis parmi les moins bons	Je suis plus faible que la moyenne	Je suis dans la moyenne	Je suis plus fort que la moyenne	Je suis parmi les meilleurs
---------------------------------------	---	-------------------------------	---	-----------------------------------

22. Au cours de l'année scolaire précédente, quel était ton niveau en mathématiques comparé aux autres élèves de ta classe (au meilleur de ta connaissance) ?

Je suis parmi les moins bons	Je suis plus faible que la moyenne	Je suis dans la moyenne	Je suis plus fort que la moyenne	Je suis parmi les meilleurs
---------------------------------------	---	-------------------------------	---	-----------------------------------

23. Jusqu'à quel point est-ce important pour toi d'avoir de bonnes notes ?

Pas du tout important	Assez important	Important	Très important
--------------------------	--------------------	-----------	-------------------

24. Si cela ne dépendait que de toi, jusqu'à où aimerais-tu continuer d'aller à l'école plus tard ?

Cela ne me fait rien, ne me dérange pas	Je ne veux pas terminer le secondaire	Je veux terminer le secondair e	Je veux terminer le CÉGEP ou l'université
--	--	--	--

25. Aimes-tu l'école ?

Je n'aime pas du tout l'école	Je n'aime pas l'école	J'aime l'école	J'aime beaucoup l'école
-------------------------------	-----------------------	----------------	-------------------------

26. À ton école, jusqu'à quel point est-ce facile d'obtenir de l'aide de tes enseignants quand un élève a des difficultés dans ses études ?

Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile
-------------	--------------	-----------------	----------------

Voici quelques questions sur ce que tu penses de l'école, ce que tu penses de toi comme élève. Choisis la réponse qui se rapproche le plus de ce tu penses.

Attention – les choix de réponses changent, sois attentif !

		1	2	3	4	5	6	7	
2.7	Ce qu'on fait à l'école me plaît.	PAS DU TOUT	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT					
2.8	À l'école, je consacre le moins de temps possible aux activités qui ne comptent pas dans la note.	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD					
2.9	Il est nécessaire de réussir à l'école pour être heureux dans la vie.	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI					
2.10	J'ai du plaisir à l'école.	JAMAIS	<input type="radio"/>	TOUJOURS					

2.11	À l'école, je suis prêt(e) à travailler fort seulement quand je suis sûr(e) d'avoir des notes	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD						
2.12	Pour avoir une place dans la vie, il est important de réussir à l'école.	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.13	Ce que nous apprenons en classe est intéressant.	PAS DU TOUT	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT						
2.14	Combien d'énergie es-tu prêt(e) à consacrer au français ?	TRÈS PEU	<input type="radio"/>	BEAUCOUP						
2.15	J'ai confiance que ça va bien aller au secondaire.	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD						
2.16	À l'école, je fais seulement ce qui est obligatoire.	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD						
2.17	Je suis fièr(e) de moi quand je peux montrer aux autres que je suis intelligent(e).	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.18	Je suis content(e) de moi lorsque je fais moins d'erreurs que les autres.	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.19	Je suis fièr(e) de moi quand mon travail plaît à l'enseignant(e).	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.20	Je suis fièr(e) de moi quand j'obtiens une meilleure note que mes ami(e)s.	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.21	Je suis nerveux(se) pendant les contrôles (tests ou examens).	JAMAIS	<input type="radio"/>	TOUJOURS						
2.22	À l'école, je fais de mon mieux même lorsque le travail demandé ne compte pas dans la note.	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD						

- 2.23 Je suis très enthousiaste lorsque le travail à faire est assez difficile. TOUT À FAIT FAUX TOUT À FAIT VRAI
- 2.24 J'ai hâte d'aller au secondaire. TOUT À FAIT EN DÉSACCORD TOUT À FAIT D'ACCORD
- 2.25 Souvent, je n'ai pas envie d'arrêter de travailler à la fin d'un cours. TOUT À FAIT FAUX TOUT À FAIT VRAI
- 2.26 Je suis très content(e) quand j'apprends quelque chose de PAS DU TOUT TOUT À FAIT

Cette partie porte sur les activités de prévention qui ont peut-être eu lieu dans ton école l'année dernière. C'est possible que tu sois dans une nouvelle école cette année. Réponds aux questions qui suivent en pensant à l'école où tu étais inscrit(e) l'année passée.

- | | Oui | Non | Je ne sais pas |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2.27 Y a-t-il dans ton école une personne responsable (qui s'occupe) des activités de prévention ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.28 2.29. Cette personne a-t-elle déjà mené des activités dans ta classe l'année dernière ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | Pas du tout | Un peu | Assez bien | Très bien |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2.29. Connais-tu la personne qui s'occupe des activités de prévention dans ton école ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- L'année passée, les activités liées aux sujets suivants ont-elles eu lieu dans ton école ?**
- | | Jamais | De temps en temps | Souvent | Très souvent |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2.30 Les saines habitudes de vie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 2.31 Les émotions
- 2.32 L'affirmation de soi et l'estime de soi
- 2.33 La gestion du stress
- 2.34 La résistance aux pressions des pairs
- 2.35 L'influence des médias
- 2.36 La cyber intimidation
- 2.37 La préparation au passage du primaire au secondaire

Si tu as participé à une ou plusieurs de ces activités, quelle est ton opinion sur les points suivants ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
----------------------	-----------------	---------------------	--------------------------

- 2.38 Les activités de prévention étaient bien organisées.
- 2.39 Les animateurs connaissaient bien le sujet.
- 2.40 Les activités de prévention étaient intéressantes pour les élèves?
- 2.41 Les activités de prévention étaient bien suivies par les élèves.
- 2.42 Les animateurs impliquaient les élèves dans ces activités de prévention.
- 2.43 Il n'y avait pas assez de temps pour parler de ces sujets de prévention.
- 2.44 Ces activités de prévention préparent bien les élèves au passage du primaire au secondaire.
- 2.45 Les animateurs donnaient de nombreux exemples qui permettaient de comprendre le sujet.
- 2.46 Les élèves étaient satisfaits de ces activités de prévention.

SECTION 3 : Mes enseignants et moi

La section suivante porte sur tes expériences avec ton enseignant en général. Évalue à quel point les énoncés suivants s'appliquent aux relations que tu as avec ton enseignant.

Attention ! Neutre : cela veut dire que tu n'es pas certain(e).

Cela s'applique à moi...	Pas tout	du	Pas vraiment	Neutre/Pa s sûr(e)	Un peu	Beaucoup
3.1 Je partage des relations chaleureuses et amicales avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 Je suis souvent en conflit avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Je parle facilement de moi avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 Je me mets facilement en colère contre mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 Parfois, j'ai l'impression d'être traité(e) injustement par mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6 Il faut beaucoup d'énergie à un(e) enseignant(e) pour discuter et négocier avec moi.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7 J'éprouve de la difficulté à bien m'entendre avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8 Il m'arrive de penser à mon enseignant(e) quand je ne suis pas à l'école.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9 Je partage parfois mes sentiments et mes expériences personnelles avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10 Je me sens proche de mon enseignant(e) et je lui fais confiance.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11 En général, je n'aime pas beaucoup mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12 Je ne me sens pas respecté(e) par mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13 Il m'arrive parfois de passer un peu de mon temps libre avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION 4 : Mes ami(e)s et moi

Cette section concerne tes ami(e)s et tes meilleur(e)s ami(e)s. Le terme « meilleur(e)s ami(e)s » veut dire les ami(e)s que tu vois souvent et en qui tu as vraiment confiance, ceux à qui tu peux te confier, tes vrai(e)s ami(e)s.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en
4.1 Je me sens seul(e) à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 C'est difficile de trouver d'autres élèves qui m'aiment dans mes classes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 Je n'ai personne avec qui jouer ou avec qui me tenir à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 Je suis seul(e) à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5 Je n'ai pas d'ami(e)s dans mes classes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.6. En te référant à la définition du terme « meilleur(e)s ami(e)s », c'est-à-dire les ami(e)s que tu vois souvent et à qui tu peux te confier, indique dans les lignes qui suivent les noms et prénoms et le niveau scolaire (ex. 5^e année) de cinq (5) de tes meilleurs amis **dans ton école** en ordre décroissant, c'est-à-dire en commençant par le plus important de tes meilleur(e)s ami(e)s (maximum 5).

1. Nom et Prénom :

Niveau scolaire :

2. Nom et Prénom :

Niveau scolaire :

3. Nom et Prénom :

Niveau scolaire :

4. Nom et Prénom :

Niveau scolaire :

5. Nom et Prénom :

Niveau scolaire :

À présent, nous allons nous intéresser à tes autres meilleur(e)s ami(e)s, c'est-à-dire les ami(e)s que tu as à l'extérieur de l'école. Ce sont tes autres meilleur(e)s ami(e)s.

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
----------------------	-----------------	---------------------	--------------------------

4.7 Mes autres meilleur(e)s ami(e)s aiment l'école

Aucun	Quelques-uns	Plusieurs	La plupart	Tous
-------	--------------	-----------	------------	------

4.8 Combien de tes meilleur(e)s ami(e)s à l'extérieur de l'école fument la cigarette ?

4.9 Combien de tes meilleur(e)s ami(e)s à l'extérieur de l'école boivent de l'alcool ?

4.10 Combien de tes meilleur(e)s ami(e)s à l'extérieur de l'école prennent du cannabis (marijuana, pot) ?

SECTION 5 : Mon comportement

Cette section porte sur ton comportement des derniers mois quel que soit le lieu où tu étais.

- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu...**
- | | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.1 | Fait partie d'un groupe qui a taquiné quelqu'un ? | <input type="radio"/> |
| 5.2 | Fait partie d'un groupe qui a blessé physiquement quelqu'un ? | <input type="radio"/> |
| 5.3 | Fait partie d'un groupe qui a commencé une bagarre avec un autre groupe ? | <input type="radio"/> |
| 5.4 | Provoqué une bagarre avec quelqu'un d'autre ? | <input type="radio"/> |

Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20-39 fois	40 fois ou plus
--------	----------	----------	----------	------------	------------	-----------------

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu (es-tu)...

- | | Jamais | 1-2 fois | 3-5 fois | 6-9 fois | 10-19 fois | 20-39 fois | 40 fois ou plus |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5.5 | Volé quelque chose d'une valeur de 40\$ ou plus ? | <input type="radio"/> |
| 5.6 | Entré(e) par effraction quelque part pour voler quelque chose ? | <input type="radio"/> |
| 5.7 | Abîmé par exprès des biens publics ou privés ? | <input type="radio"/> |
| 5.8 | Vendu des objets volés ? | <input type="radio"/> |

SECTION 6 - Mes parents et moi

Nous voulons maintenant te poser des questions sur ta situation familiale et ta relation avec tes parents (ou tuteurs).

Pour les énoncés suivants, nous voulons connaître ta situation familiale, c'est-à-dire avec qui tu vis à la maison.

Oui	Non
-----	-----

6.1 Est-ce que tes deux parents sont séparés ?

1 an ou moins	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans et plus
---------------	-------	-------	-------	---------------

6.2. Si tes parents sont séparés, depuis combien de temps le sont-ils ?

6.3. Avec qui vis-tu le plus souvent ?

- Avec mes deux parents
- En garde partagée
- Avec mon père seul
- Avec mon père et sa (son) partenaire
- Avec ma mère seule
- Avec ma mère et son (sa) partenaire
- Avec des personnes de ma parenté (oncle, tante, cousin, cousine...)
- En famille d'accueil
- En foyer de groupe

Quel est le niveau d'études le plus élevé de tes parents ?		A complété le primaire	A complété le secondaire	A complété le CÉGEP (Collégial)	A un niveau universitaire	Je ne sais pas
6.4	Père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans cette partie nous te demandons de répondre séparément pour ta mère (ou tutrice) et ton père (ou tuteur). Si tu ne vois pas un de tes parents, réponds seulement pour l'autre.

Dans la vie de tous les jours...		Jamais	De temps en temps	Souvent	Toujours
6.5	T'arrive-t-il d'être en désaccord avec tes parents (ou l'un de tes parents) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6	Tes parents (ou l'un de tes parents) savent-ils (sait-il) où tu es quand tu es en dehors de la maison ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7	T'arrive-t-il de te chicaner avec tes parents (ou l'un de tes parents) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.8	Tes parents (ou l'un de tes parents) savent-ils (sait-il) avec qui tu es quand tu es en dehors de la maison ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.9	T'arrive-t-il de te chicaner avec tes parents (ou l'un de tes parents) au sujet de tes études, de l'école ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour les énoncés qui suivent, réponds pour tes deux parents (ou tuteur, tutrice) ou pour le parent que tu vois le plus souvent.

		Jamais	De temps en temps	Souvent	Toujours
Dans la vie de tous les jours...					
6.10	Parles-tu avec ton père ou ta mère de tes pensées et de ce que tu ressens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.11	Ton père ou ta mère te dit-il (elle) ce qu'il (elle) pense et ce qu'il (elle) ressent (triste, joyeux(se), choqué(e)s...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.12	Quand tu ne sais pas pourquoi tes parents font des règlements, est-ce que ton père ou ta mère t'en explique les raisons ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.13	Quand tu ne sais pas pourquoi tes parents demandent certaines choses, est-ce qu'ils te les expliquent ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.14	Ton père ou ta mère semble t-il (elle) se rendre compte de ce que tu penses, de ce que tu ressens (de ce qui te rend triste, joyeux, choqué...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.15	Avec ton père ou ta mère, parles-tu de ce que tu vas faire quand tu seras plus vieux (vieille) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nous désirons maintenant connaître ta perception sur la participation de tes parents dans ton suivi scolaire à la maison et à l'école depuis septembre dernier.

Combien de fois, depuis septembre, un de tes parents a-t-il réalisé les actions suivantes ?		Jamais	Quelques fois	Souvent	Très souvent
6.16	M'aider quand je ne comprends pas quelque chose dans mes travaux scolaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.17	M'encourager à faire encore plus d'efforts lorsque j'ai une mauvaise note à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.18	M'aider à faire mes devoirs quand je le demande.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.19	Me féliciter pour mes réalisations (ex.: résultats d'examen, travaux ou autres activités).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.20	M'encourager dans mes activités scolaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 6.21 Assister à des activités dans lesquelles je suis impliqué(e) à l'école (sports, pièce de théâtre, harmonie...).
- 6.22 Discuter avec moi des options (cours) à choisir pour l'an prochain.
- 6.23 M'aider à planifier mon temps pour ce que j'ai à faire (devoirs, travail, tâches familiales...).
- 6.24 Me questionner à propos de l'école (travaux, résultats d'examen, activités, ami(e)s, enseignant(e)s...).
- 6.25 Me demander si j'ai fait mes travaux scolaires (devoirs ou études).
- 6.26 M'interroger à propos de mes résultats scolaires.

Combien de fois, depuis septembre, un de tes parents a-t-il réalisé les actions suivantes ?

	Jamais	Quelques fois	Souvent	Très souvent
6.27 Parler avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.28 Rencontrer mon enseignant(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.29 Assister aux réunions du conseil d'orientation et/ou du comité d'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.30 Aller aux rencontres des parents à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION 7 - Mes expériences avec la cigarette, l'alcool et le cannabis

Voici quelques questions sur ta consommation éventuelle de tabac, d'alcool, et de cannabis. Choisis l'énoncé qui s'applique à ta situation. N'oublie pas, seules les réponses de l'ensemble des élèves nous intéressent, tes réponses personnelles ne seront pas analysées.

Au cours des 30 derniers jours...

Non, je n'ai pas fumé	Oui, à tous les jours	Oui, presque à tous les jours	Oui, quelques jours
-----------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------------

7.1 As-tu fumé de la cigarette, même si c'est juste quelques puffs ?

Si non, passe à la question 7.2.

7.1a. Les jours où tu as fumé, combien de cigarettes as-tu fumé en moyenne ?

Moins d'une cigarette par jour	1 à 2 cigarettes par jour	De 3 à 5 cigarettes par jour	De 6 à 10 cigarettes par jour	De 11 à 20 cigarettes par jour	Plus de 20 cigarettes par jour
--------------------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

7.1b. Quel âge avais-tu lorsque tu as fumé une cigarette **au complet** pour la première fois?

9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans ou plus
----------------	--------	--------	--------	--------	----------------

7.2. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu consommé (bu) de l'alcool ?

Je n'ai pas consommé	Juste une fois pour essayer	Moins d'une fois par mois (à l'occasion)	Environ une fois par mois	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
----------------------	-----------------------------	--	---------------------------	--	--	----------------

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Si tu penses à toutes les fois où tu as bu de l'alcool (bière, vin, alcools forts, etc.) **au cours des 12 derniers mois**, combien de fois l'as-tu fait...

7.3 Je n'ai pas bu d'alcool au cours des 12 derniers mois (*passer à la question 7.21*) ○

	Jamais	Rarement	Parfois		
7.4 pour mieux apprécier une fête ?	○	○	○	○	○
7.5 parce que cela t'aide lorsque tu es déprimé(e) ou nerveux(se) ?	○	○	○	○	○
7.6 pour te reconforter lorsque tu es de mauvaise humeur ?	○	○	○	○	○
7.7 parce que tu aimes les sensations que cela procure ?	○	○	○	○	○
7.8 pour te soûler ?	○	○	○	○	○
7.9 parce que c'est plus drôle lorsque tu es avec les autres ?	○	○	○	○	○
7.10 parce que tu aimerais faire partie d'un certain groupe ?	○	○	○	○	○
7.11 pour que les fêtes soient plus réussies ?	○	○	○	○	○
7.12 pour oublier tes problèmes ?	○	○	○	○	○
7.13 simplement parce que cela t'amuse ?	○	○	○	○	○
7.14 pour être apprécié(e) par les autres ?	○	○	○	○	○
7.15 pour ne pas me sentir exclu(e) ?	○	○	○	○	○

Moins d'un verre	1 ou 2 Verre(s)	3 ou 4 verres	5 verres et plus	Je ne consomme pas d'alcool
------------------	-----------------	---------------	------------------	-----------------------------

7.16. Lors d'une occasion typique (ordinaire) de consommation, combien bois-tu de verre(s) ?

Jamais	1 ou 2 fois	Quelques fois	Très souvent
--------	-------------	---------------	--------------

7.17. **Au cours des 12 derniers mois**, t'es-tu soûlé avec de la bière, du vin ou d'autres boissons fortes ?

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé lors d'une même occasion...

Jamais	1 fois	2 fois	Entre 3 et 5 fois	Entre 6 et 9 fois	10 fois ou plus
--------	--------	--------	-------------------	-------------------	-----------------

7.18. Trois (3) verres et plus

7.19. Quatre (4) verres et plus

7.20. Cinq (5) verres et plus

7.21. Si tu as déjà consommé de l'alcool, à quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool (1 fois par semaine pendant au moins un mois) ?

9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans ou plus
----------------	--------	--------	--------	--------	----------------

Pourquoi d'après toi, les personnes de ton âge commencent-elles à boire de l'alcool ?

(Tu peux cocher plus d'une case)

7.22 Leurs ami(e)s boivent (pression des amis)

7.23 Leur mère ou leur père boit

7.24 Les jeunes qui sont populaires boivent

7.25 Elles trouvent que c'est relaxant

7.26 Par curiosité, juste pour essayer

- 7.27 Parce que ce n'est pas autorisé
- 7.28 Pour passer le temps
- 7.29 Ils pensent que c'est « cool »
- 7.30 Pour s'enivrer (se soûler)
- 7.31 Pour être euphorique (pour planer, être « high »)
- 7.32 Je ne sais pas
- 7.33 Pour une autre raison, laquelle ?.....

7.34. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu consommé du cannabis (marijuana, pot, haschisch) ?

Je n'ai pas consommé	Juste une fois pour essayer	Moins d'une fois par mois (à l'occasion)	Environ une fois par mois	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
-----------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------	---	---	-----------------------

-

Indique pour quelle(s) raisons tu as pris du cannabis au cours des 12 derniers mois

- 7.35 Je n'ai pas consommé de cannabis au cours des 12 derniers mois (**passe à la question 7.43**)

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
--------	----------	---------	---------	----------

- 7.36 pour me sentir euphorique (pour planer)
- 7.37 Je ne voulais pas me démarquer du groupe (me marginaliser, m'exclure du groupe)
- 7.38 Je n'avais rien d'autre à faire
- 7.39 J'étais curieux(se)

- 7.40 Je voulais oublier mes problèmes
- 7.41 Pour une autre raison, laquelle.....
- 7.42 Je ne me souviens pas

Est-ce que l'un(e) de tes frère(s) ou sœur(s) ...

- 7.43 Je n'ai pas de frère(s) ou sœur(s) plus âgé(e)(s) (**passe à la question 7.48**)

	Oui	Non	Je ne sais
7.44 fume des cigarettes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.45 boit de l'alcool (bière, vin, alcools forts) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.46 se soûle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.47 fume du cannabis, de la marijuana ou du haschisch ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À la maison où tu vis, est-ce que l'un de tes parents ou tes deux parents ou ton tuteur...

	Oui	Non	Je ne sais pas
7.48 fume(nt) des cigarettes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.49 boit (boivent) de l'alcool (bière, vin, alcools forts) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.50 se soûle(nt) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.51 fume(nt) du cannabis (marijuana, pot ou haschisch) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D'après toi, quel(s) risque(s) penses-tu que les gens courent (physiquement ou d'une autre façon) s'ils...

(coche une case dans chaque ligne)

	Aucun risque	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé	Je ne sais pas
7.52 fument des cigarettes de temps en temps ?	<input type="radio"/>				
7.53 fument des cigarettes souvent ?	<input type="radio"/>				

- 7.54 boivent 5 verres d'alcool de temps en temps ?
- 7.55 boivent 5 verres d'alcool souvent?
- 7.56 fument du cannabis (marijuana, pot) de temps en temps ?
- 7.57 fument du cannabis (marijuana, pot) souvent ?

Si tu le voulais, penses-tu qu'il te serait facile ou difficile de te procurer...

Impossible	Très difficile	Assez difficile	Assez facile	Très facile	Je ne sais pas
------------	----------------	-----------------	--------------	-------------	----------------

- 7.58 des cigarettes ?
- 7.59 de l'alcool (bière, vin, alcools forts...)?
- 7.60 du cannabis (marijuana, pot) ?

Pourquoi, d'après toi, les personnes de ton âge commencent-elles à consommer du cannabis (marijuana, pot, hachisch) ? **(Tu peux cocher plus d'une case)**

- 7.61 leurs ami(e)s consomment du cannabis (pression des amis)
- 7.62 leur mère ou leur père consomme du cannabis
- 7.63 les jeunes qui sont populaires consomment du cannabis
- 7.64 elles trouvent que c'est relaxant
- 7.65 par curiosité, juste pour essayer
- 7.66 parce que ce n'est pas autorisé
- 7.67 pour s'occuper
- 7.68 ils pensent que c'est « cool »
- 7.69 pour être euphorique (pour planer, être « high »)
- 7.70 je ne sais pas

7.71 pour une autre raison, laquelle.....



La cigarette	L'alcool	Le cannabis (marijuana, pot)
---------------------	-----------------	---

7.72. Selon toi, quelle est la proportion (ex. 20%, 30%...)
d'élèves qui consomment dans ton école

.....%

.....%

.....%

SECTION 8 - Mon état général de santé et mes pensées

Les prochains énoncés décrivent comment tu as pu te sentir durant ces dernières semaines. Lis attentivement chaque énoncé puis noircis le cercle qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti(e) au cours des dernières semaines, aujourd'hui compris.

Au cours de ces dernières semaines...

	Pas tout	du	Pas plus que d'habitude	Plutôt souvent que	Plus souvent que
8.1 te sentais-tu bien et en parfaite santé ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2 as-tu senti le besoin de boire quelque chose pour te sentir éveillé ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3 te sentais-tu senti(e) déboussolé(e) ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4 as-tu senti que tu étais malade ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5 as-tu senti des douleurs à la tête ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6 as-tu senti de la pression à la tête ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7 as-tu senti des bouffées de chaleur ou de froid ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8 te sentais-tu comme étant une personne inutile ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9 as-tu perdu le sommeil à cause de tes soucis ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10 as-tu eu des difficultés à t'endormir une fois couché(e) ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11 t'es-tu senti(e) constamment sous pression ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12 t'es-tu senti(e) énervé(e) et de mauvaise humeur ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.13 as-tu ressenti de la panique et de la peur sans raison ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.14 as-tu trouvé que les choses te dépassaient ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.15 t'es-tu senti(e) nerveux(se) et constamment sur la brèche ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours de ces dernières semaines,

	Plus souvent que	Pareil que d'habitude	Plutôt moins que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude
8.16 as-tu senti que tu cherchais constamment à te maintenir occupé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.17 as-tu senti que tu prenais plus de temps pour faire les choses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.18 as-tu senti que dans l'ensemble tu faisais bien les choses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.19 te sentais-tu satisfait(e) de la façon dont tu faisais les choses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.20 as-tu senti que tu jouais un rôle utile ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.21 te sentais-tu capable de prendre des décisions sur ce qui t'arrivait ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.22 as-tu apprécié les activités quotidiennes que tu faisais ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MERCI BEAUCOUP DE TA PARTICIPATION !

Annexe 4: Questionnaire des élèves du secondaire

COMMISSION SCOLAIRE NIVEAU SECONDAIRE
--

Programme
Intervention en
réseau

N° d'identification									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BONJOUR !

Dans le cadre d'une étude portant sur les services offerts dans ta commission scolaire, nous souhaitons **recueillir ton opinion** sur un certain nombre de sujets. Nous sommes intéressés à ce que tu vis et comment tu te sens à l'école, sur tes relations avec tes ami(e)s, sur quelques-unes de tes habitudes de vie et sur la relation que tu as avec tes enseignants et tes parents. Ce questionnaire est **confidentiel**, c'est-à-dire que personne à l'école et à la maison ne peut connaître tes réponses. De même, tes réponses ne seront pas accessibles à tout le monde ; seuls les chercheurs impliqués dans cette étude pourront y accéder.

Sache que ce n'est pas un test ; il n'y a donc pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Mais il faudra répondre à chaque question, **sauf autre indication**, avec autant de franchise que possible pour qu'on puisse obtenir un portrait fiable des élèves de ta commission scolaire. Si tu ne trouves pas une réponse qui convient exactement, coche celle qui s'approche le plus de ce que tu penses. Ne prends pas trop de temps pour réfléchir, réponds spontanément.

Ta participation est importante et très appréciée, mais elle est **volontaire**. Tu peux te retirer quand tu le veux.

Nous te rappelons que tes réponses sont entièrement confidentielles.

Personne à l'école ne pourra savoir qui a répondu à ce questionnaire.

Nous te remercions grandement de ton aide et de ta collaboration !

Allô !

Avant de commencer, suit bien les explications qui seront données sur la manière de remplir le questionnaire. Si tu as des questions n'hésite pas à demander de l'aide à l'assistant présent dans la classe.

Réponds au crayon à la mine ou au stylo noir ou bleu foncé.

N'utilise pas de crayon fluorescent, ni de crayon feutre.

Tu dois répondre au questionnaire en noircissant le cercle correspondant à la réponse qui te convient.

Tu dois **noircir le cercle au complet, mais SANS le dépasser** : ●

Ce que **TU NE DOIS PAS** faire...



EXEMPLE...

Exemple 1 : Quel âge as-tu ? (exemple : 14 ans)

10 ans ou moins	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans ou plus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exemple 2 : Voici quelques questions sur ce que tu penses de l'école, comment tu te perçois comme élève. Voilà comment répondre...

Imaginons la phrase suivante

		1	2	3	4	5	6	7	
Je m'ennuie quand je suis seul(e)	Jamais	<input type="radio"/>	Toujours						

À une extrémité, tu as « Jamais » et à l'autre tu as l'opposé « Toujours ». En ce qui te concerne, est-ce que tu t'ennuies jamais... rarement... souvent... toujours ? Noircis le cercle qui te convient le plus, celui qui se rapproche le plus de ce que tu penses, spontanément. Ne noircis qu'un seul cercle.

Lis attentivement les questions et les réponses possibles. Avant de répondre, **tu dois bien lire le choix de réponses pour ne pas te tromper.**

Tu ne peux choisir qu'une seule réponse. sauf indication contraire.

SECTION 1 - Identification

Quelle est ta date de naissance ?

J J M M A A A A

1.2. De quel sexe es-tu ?

Garçon	Fille
---------------	--------------

1.3. Quel est ton niveau scolaire ? (Ne choisis qu'une réponse)

Secondaire		
1	2	3

1.4. Est-ce que tu prends l'autobus scolaire pour te rendre à l'école ?

Oui, tous les jours	Oui, quelques fois par semaine	Oui, quelques fois par mois	Rarement ou jamais
----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------

SECTION 2 : Mes expériences scolaires

2.1. Au cours de l'année scolaire précédente, quel était ton niveau en français comparé aux autres élèves de ta classe (au meilleur de ta connaissance)?

Je suis parmi les moins bons	Je suis plus faible que la moyenne	Je suis dans la moyenne	Je suis plus fort que la moyenne	Je suis parmi les meilleurs
-------------------------------------	---	--------------------------------	---	------------------------------------

2.2. Au cours de l'année scolaire précédente, quel était ton niveau en mathématiques comparé aux autres élèves de ta classe (au meilleur de ta connaissance)?

Je suis parmi les moins bons	Je suis plus faible que la moyenne	Je suis dans la moyenne	Je suis plus fort que la moyenne	Je suis parmi les meilleurs
-------------------------------------	---	--------------------------------	---	------------------------------------

2.3. Jusqu'à quel point est-ce important pour toi d'avoir de bonnes notes ?

Pas du tout important	Assez important	Important	Très important
------------------------------	------------------------	------------------	-----------------------

2.4. Si cela ne dépendait que de toi, jusqu'à où aimerais-tu continuer d'aller à l'école plus tard ?

Cela ne me fait rien, ne me dérange pas	Je ne veux pas terminer le secondaire	Je veux terminer le secondaire	Je veux terminer le CÉGEP ou l'université
--	--	---------------------------------------	--

2.5. Aimes-tu l'école ?

Je n'aime pas du tout l'école	Je n'aime pas l'école	J'aime l'école	J'aime beaucoup l'école
--------------------------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------------

- ○ ○ ○

2.6. À ton école, jusqu'à quel point est-ce facile d'obtenir de l'aide de tes professeurs quand un élève a des difficultés dans ses études ?

Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile
--------------------	---------------------	------------------------	-----------------------

- ○ ○ ○

Voici quelques questions sur ce que tu penses de l'école, ce que tu penses de toi comme élève. Choisis la réponse qui se rapproche le plus de ce tu penses.

Attention – les choix de réponses changent, sois attentif !

		1	2	3	4	5	6	7	
2.7	Ce qu'on fait à l'école me plaît.								
		PAS DU TOUT	○	○	○	○	○	○	TOUT À FAIT
2.8	À l'école, je consacre le moins de temps possible aux activités qui ne comptent pas dans la								
		TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	○	○	○	○	○	○	TOUT À FAIT D'ACCORD
2.9	Il est nécessaire de réussir à l'école pour être heureux dans la								
		TOUT À FAIT FAUX	○	○	○	○	○	○	TOUT À FAIT VRAI
2.10	J'ai du plaisir à l'école.								
		JAMAIS	○	○	○	○	○	○	TOUJOURS
2.11	À l'école, je suis prêt(e) à travailler fort seulement quand je suis sûr(e) d'avoir des notes								
		TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	○	○	○	○	○	○	TOUT À FAIT D'ACCORD
2.12	Pour avoir une place dans la vie, il est important de réussir à								
		TOUT À FAIT FAUX	○	○	○	○	○	○	TOUT À FAIT VRAI

2.13	Ce que nous apprenons en classe est intéressant.	PAS DU TOUT	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT						
2.14	Combien d'énergie es-tu prêt(e) à consacrer au français ?	TRÈS PEU	<input type="radio"/>	BEAUCOUP						
2.15	À l'école, je fais seulement ce qui est obligatoire.	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD						
2.16	Je suis fier(e) de moi quand je peux montrer aux autres que je	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.17	Je suis content(e) de moi lorsque je fais moins d'erreurs	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.18	Je suis fier(e) de moi quand mon travail plaît à l'enseignant(e).	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.19	Je suis fier(e) de moi quand j'obtiens une meilleure note que	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.20	Je suis nerveux(se) pendant les contrôles (tests ou examens).	JAMAIS	<input type="radio"/>	TOUJOURS						
2.21	À l'école, je fais de mon mieux même lorsque le travail demandé ne compte pas dans la	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT D'ACCORD						
2.22	Je suis très enthousiaste lorsque le travail à faire est assez	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.23	Souvent, je n'ai pas envie d'arrêter de travailler à la fin d'un	TOUT À FAIT FAUX	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT VRAI						
2.24	Je suis très content(e) quand j'apprends quelque chose de nouveau qui a du sens.	PAS DU TOUT	<input type="radio"/>	TOUT À FAIT						

2.25. **Depuis le début de l'année scolaire**, est-ce que tu t'es impliqué(e) dans une activité parascolaire organisée par l'école ou en collaboration avec l'école (sport, danse, théâtre, échecs, photo, etc.) ?

- Non, parce que ça ne me tente pas
- Non, parce qu'il n'y a pas d'activités parascolaires organisées avec mon école
- Oui, dans une activité
- Oui, dans deux activités
- Oui, dans trois activités

Cette partie porte sur les activités de prévention qui ont peut-être eu lieu dans ton école l'année dernière. C'est possible que tu sois dans une nouvelle école cette année. Réponds aux questions qui suivent en pensant à l'école où tu étais inscrit(e) l'année passée.

- | Oui | Non | Je ne sais pas |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 2.26 Y a-t-il dans ton école une personne responsable (qui s'occupe) des activités de prévention ?
- | Oui | Non | Je ne sais pas |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 2.27 2.29. Cette personne a-t-elle déjà mené des activités dans ta classe l'année dernière ?

- | Pas du tout | Un peu | Assez bien | Très bien |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 2.28. Connais-tu la personne qui s'occupe des activités de prévention dans ton école ?

L'année passée, les activités liées aux sujets suivants ont-elles eu lieu dans ton école ?

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Très souvent
2.29 Les saines habitudes de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.30 Les émotions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.31 L'affirmation de soi et l'estime de soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.32 La gestion du stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.33 La résistance aux pressions des pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.34 La prévention de l'usage de substances psychotropes (alcool, cigarette, drogue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.35 L'influence des médias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.36 La cyber intimidation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.37 La prévention contre les jeux d'argent et de hasard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.38 La préparation au passage du primaire au secondaire ou la bonne adaptation au secondaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.39 La bonne utilisation (usage approprié) d'Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tu as participé à une ou plusieurs de ces activités, quelle est ton opinion sur les points suivants ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
2.40 Les activités de prévention étaient bien organisées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.41 Les animateurs connaissaient bien le sujet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.42 Les activités de prévention étaient intéressantes pour les élèves?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.43 Les activités de prévention étaient bien suivies par les élèves.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.44 Les animateurs impliquaient les élèves dans ces activités de prévention.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 2.45 Il n'y avait pas assez de temps pour parler de ces sujets de prévention.
- 2.46 Ces activités de prévention préparent bien les élèves au passage du primaire au secondaire.
- 2.47 Les animateurs donnaient de nombreux exemples qui permettaient de comprendre le sujet.
- 2.48 Les élèves étaient satisfaits de ces activités de prévention.

SECTION 3 : Mes enseignants et moi

La section suivante porte sur tes expériences avec les profs en général. Évalue à quel point les énoncés suivants s'appliquent à ton cas personnel. Ne te concentre pas sur ta relation avec un prof en particulier, mais bien sur l'idée globale que tu as de tes relations actuelles avec l'ensemble de tes profs.

Attention ! Neutre : cela veut dire que tu n'es pas certain(e).

Cela s'applique à moi...	Pas tout	du	Pas vraiment	Neutre/Pas sûr(e)	Un peu	Beaucoup
3.1 Je partage des relations chaleureuses et amicales avec les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 Je suis souvent en conflit avec les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Je parle spontanément de moi avec les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 Je me mets facilement en colère contre les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5 Parfois, j'ai l'impression d'être traité(e) injustement par les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6 Il faut beaucoup d'énergie à un prof pour discuter et négocier avec moi.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7 J'éprouve de la difficulté à bien m'entendre avec les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8 Il m'arrive de penser à mes profs quand je ne suis pas à l'école.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9 Je partage parfois mes sentiments et mes expériences personnelles avec un prof.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10 Je me sens proche des profs et je leur fais confiance.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11 En général, je n'aime pas beaucoup les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12 Je ne me sens pas respecté(e) par les profs.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13 Il m'arrive parfois de passer un peu de mon temps libre avec un prof.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION 4 : Mes ami(e)s et moi

Cette section concerne tes meilleur(e)s ami(e)s. Le terme « meilleur(e)s ami(e)s » veut dire les ami(e)s que tu vois souvent et en qui tu as vraiment confiance, ceux à qui tu peux te confier, tes vrai(e)s ami(e)s.

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en
----------------------	-----------------	---------------------	----------------

- 4.1 Je me sens seul(e) à l'école.
- 4.2 C'est difficile de trouver d'autres élèves qui m'aiment dans mes classes.
- 4.3 Je n'ai personne avec qui jouer ou avec qui me tenir à l'école.
- 4.4 Je suis seul(e) à l'école.
- 4.5 Je n'ai pas d'ami(e)s dans mes classes.

4.6. En te référant à la définition du terme « meilleur(e)s ami(e)s », c'est-à-dire les ami(e)s que tu vois souvent et à qui tu peux te confier, indique dans les lignes qui suivent les noms et prénoms et le niveau scolaire (ex. Secondaire 1) de cinq (5) de tes meilleurs amis **dans ton école** par ordre décroissant, c'est-à-dire en commençant par le plus important de tes meilleur(e)s ami(e)s (max. 5).

1. Nom et Prénom : Niveau scolaire :
2. Nom et Prénom : Niveau scolaire :
3. Nom et Prénom : Niveau scolaire :
4. Nom et Prénom : Niveau scolaire :
5. Nom et Prénom : Niveau scolaire :

À présent, nous allons nous intéresser à tes autres meilleur(e)s ami(e)s, c'est-à-dire les ami(e)s que tu as à l'extérieur de l'école. Ce sont les ami(e)s que tu vois souvent.

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en
----------------------	-----------------	---------------------	----------------

4.7 Mes autres meilleur(e)s ami(e)s aiment l'école

Aucun	Quelques uns	Plusieurs	La plupart	Tous
-------	--------------	-----------	------------	------

4.8 Combien de tes meilleur(e)s ami(e)s à l'extérieur de l'école fument la cigarette ?

4.9 Combien de tes meilleur(e)s ami(e)s à l'extérieur de l'école boivent de l'alcool ?

4.10 Combien de tes meilleur(e)s ami(e)s à l'extérieur de l'école prennent du cannabis (marijuana, pot) ?

SECTION 5 : Mon comportement

Cette section est en rapport avec ton comportement de ces derniers mois quelque soit le lieu où tu t'es trouvé.

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu (es-tu)...

5.1 Fait partie d'un groupe qui a taquiné quelqu'un ?

Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20-39 fois	40 fois ou plus
--------	----------	----------	----------	------------	------------	-----------------

5.2 Fait partie d'un groupe qui a blessé physiquement quelqu'un ?

5.3 Fait partie d'un groupe qui a commencé une bagarre avec un autre groupe ?

5.4 Provoqué une bagarre avec quelqu'un d'autre ?

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu (es-tu)...

Jamais	1-2 fois	3-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20-39 fois	40 fois ou plus
--------	----------	----------	----------	------------	------------	-----------------

5.5 Volé quelque chose d'une valeur de 40\$ ou plus ?

5.6 Entré(e) par effraction quelque part pour voler quelque chose ?

5.7 Abîmé par exprès des biens publics ou privés ?

5.8 Vendu des objets volés ?

SECTION 6 - Mes parents et moi

Nous voulons maintenant te poser des questions sur ta situation familiale et ta relation avec tes parents (ou tuteurs).

Pour les énoncés suivants, nous voulons savoir ta situation familiale, c'est-à-dire la composition de ta famille et avec qui tu vis à la maison.

Oui	Non
-----	-----

6.1 Est-ce que tes deux parents sont séparés ?

1 an ou moins	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans et plus
---------------	-------	-------	-------	---------------

6.2. Si tes parents sont séparés, depuis combien de temps le sont-ils ?

6.3. Avec qui vis-tu le plus souvent ?

- Avec mes deux parents
- En garde partagée
- Avec mon père seul
- Avec mon père et sa (son) partenaire
- Avec ma mère seule
- Avec ma mère et son (sa) partenaire
- Avec des personnes de ma parenté (oncle, tante, cousin, cousine...)
- En famille d'accueil
- En foyer de groupe

6.4 Quel est le niveau d'études le plus élevé de tes parents ?	A complété le primaire	A complété le secondaire	A complété le CÉGEP (Collégial)	A un niveau universitaire	Je ne sais pas
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans cette partie nous te demandons de répondre séparément pour ta mère (ou tutrice) et ton père (ou tuteur). Si tu ne vois pas un de tes parents, réponds seulement pour l'autre.

Dans la vie de tous les jours...		Jamais	De temps en temps	Souvent	Toujours
6.5	T'arrive-t-il d'être en désaccord avec tes parents (ou l'un de tes parents) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6	Tes parents (ou l'un de tes parents) savent-ils (sait-il) où tu es quand tu es dehors de la maison ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7	T'arrive-t-il de te chicaner avec tes parents (ou l'un de tes parents) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.8	Tes parents (ou l'un de tes parents) savent-ils (sait-il) avec qui tu es quand tu es en dehors de la maison ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.9	T'arrive-t-il de te chicaner avec tes parents (ou l'un de tes parents) au sujet de tes études, de l'école ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour les énoncés qui suivent, réponds pour tes deux parents (ou tuteur, tutrice) ou pour le parent que tu vois le plus souvent.

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Toujours
Dans la vie de tous les jours...				
6.10 Parles-tu avec ton père ou ta mère de tes pensées et de ce que tu ressens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.11 Ton père ou ta mère te dit-il (elle) ce qu'il (elle) pense et ce qu'il (elle) ressent (triste, joyeux(se), choqué(e)s...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.12 Quand tu ne sais pas pourquoi tes parents font des règlements, est-ce que ton père ou ta mère t'en explique les raisons ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.13 Quand tu ne sais pas pourquoi tes parents demandent certaines choses, est-ce qu'ils te les expliquent ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.14 Ton père ou ta mère semble t-il (elle) se rendre compte de ce que tu penses, de ce que tu ressens (de ce qui te rend triste, joyeux, choqué...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.15 Avec ton père ou ta mère, parles-tu de ce que tu vas faire quand tu seras plus vieux (vieille) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nous désirons maintenant connaître ta perception sur la participation de tes parents dans ton suivi scolaire à la maison et à l'école depuis septembre dernier.

Combien de fois, depuis septembre, un de tes parents a-t-il réalisé les actions suivantes ?

	Jamais	Quelques fois	Souvent	Très souvent
6.16 M'aider quand je ne comprends pas quelque chose dans mes travaux scolaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.17 M'encourager à faire encore plus d'efforts lorsque j'ai une mauvaise note à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.18 M'aider à faire mes devoirs quand je le demande.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.19 Me féliciter pour mes réalisations (ex.: résultats d'examen, travaux ou autres activités).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.20 M'encourager dans mes activités scolaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.21 Assister à des activités dans lesquelles je suis impliqué(e) à l'école (sports, pièce de théâtre, harmonie...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.22 Discuter avec moi des options (cours) à choisir pour l'an prochain.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.23 M'aider à planifier mon temps pour ce que j'ai à faire (devoirs, travail, tâches familiales...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.24 Me questionner à propos de l'école (travaux, résultats d'examen, activités, ami(e)s, enseignant(e)s...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.25 Me demander si j'ai fait mes travaux scolaires (devoirs ou études).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.26 M'interroger à propos de mes résultats scolaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Combien de fois, depuis septembre, un de tes parents a-t-il réalisé les actions suivantes ?

	Jamais	Quelques fois	Souvent	Très souvent
6.27 Parler avec mon enseignant(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.28 Rencontrer mon enseignant(e).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.29 Assister aux réunions du conseil d'orientation et/ou du comité d'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.30 Aller aux rencontres des parents à l'école.

6.31. Quelle est la profession de ton père (ne choisis qu'une seule réponse)?

- | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------|
| Législateurs, hauts fonctionnaires | <input type="radio"/> | Mode vendeurs et démonstrateurs | <input type="radio"/> |
| Directeurs de corporation, gestion | <input type="radio"/> | Ouvriers orientés vers le marché agricole et la pêche | <input type="radio"/> |
| Directeurs généraux | <input type="radio"/> | Agriculture de subsistance et ouvriers de pêche | <input type="radio"/> |
| Sciences de la physique, des mathématiques et de la technologie | <input type="radio"/> | Extraction et ouvriers d'industrie du bâtiment | <input type="radio"/> |
| Professionnels de l'enseignement | <input type="radio"/> | Métaux, machinerie et travailleurs associés | <input type="radio"/> |
| Autres professionnels finance, social, affaires | <input type="radio"/> | Métaux, machinerie et travailleurs associés | <input type="radio"/> |
| Techniciens des sciences physiques et technologiques | <input type="radio"/> | Précision, travail manuel, impression et ouvriers reliés des commerces | <input type="radio"/> |
| Techniciens en science de la vie et de la santé | <input type="radio"/> | Autres emplois manuels | <input type="radio"/> |
| Techniciens en enseignement | <input type="radio"/> | Usines et opérateurs relatifs | <input type="radio"/> |
| Autres techniciens | <input type="radio"/> | Opérateurs et assembleurs de machines | <input type="radio"/> |
| Commis de bureau | <input type="radio"/> | Opérateurs et conducteurs de machines | <input type="radio"/> |
| Commis au service à la clientèle | <input type="radio"/> | Ventes et services | <input type="radio"/> |
| Services personnels et de protection | <input type="radio"/> | travailleurs dans les mines, la construction, la fabrication et le | <input type="radio"/> |

6.32. Quelle est la profession de ta mère (ne choisis qu'une seule réponse) ?

- | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------|
| Législateurs, hauts fonctionnaires | <input type="radio"/> | Mode vendeurs et démonstrateurs | <input type="radio"/> |
| Directeurs de corporation, gestion | <input type="radio"/> | Ouvriers orientés vers le marché agricole et la pêche | <input type="radio"/> |
| Directeurs généraux | <input type="radio"/> | Agriculture de subsistance et ouvriers de pêche | <input type="radio"/> |
| Sciences de la physique, des mathématiques et de la technologie | <input type="radio"/> | Extraction et ouvriers d'industrie du bâtiment | <input type="radio"/> |
| Professionnels de l'enseignement | <input type="radio"/> | Métaux, machinerie et travailleurs associés | <input type="radio"/> |
| Autres professionnels finance, social, affaires | <input type="radio"/> | Métaux, machinerie et travailleurs associés | <input type="radio"/> |
| Techniciens des sciences physiques et technologiques | <input type="radio"/> | Précision, travail manuel, impression et ouvriers reliés des commerces | <input type="radio"/> |
| Techniciens en science de la vie et de la santé | <input type="radio"/> | Autres emplois manuels | <input type="radio"/> |
| Techniciens en enseignement | <input type="radio"/> | Usines et opérateurs relatifs | <input type="radio"/> |
| Autres techniciens | <input type="radio"/> | Opérateurs et assembleurs de machines | <input type="radio"/> |
| Commis de bureau | <input type="radio"/> | Opérateurs et conducteurs de machines | <input type="radio"/> |
| Commis au service à la clientèle | <input type="radio"/> | Ventes et services | <input type="radio"/> |
| Services personnels et de protection | <input type="radio"/> | travailleurs dans les mines, la construction, la fabrication et le | <input type="radio"/> |

SECTION 7 - Mes expériences avec la cigarette, l'alcool, le cannabis et les autres drogues

Voici quelques questions sur ta consommation éventuelle de tabac, d'alcool, de cannabis et des autres drogues. Choisis l'énoncé qui s'applique à ta situation. N'oublie pas, seules les réponses de l'ensemble des élèves nous intéressent, tes réponses personnelles ne seront pas analysées.

Au cours des 30 derniers jours...

Non, je n'ai pas fumé	Oui, à tous les jours	Oui, presque à tous les jours	Oui, quelques jours
-----------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------------

- 7.1 As-tu fumé de la cigarette, même si c'est juste quelques *puffs* ?

Si non, passe à la question 7.2.

7.1a. Les jours où tu as fumé, combien de cigarettes as-tu fumé en moyenne ?

Moins d'une cigarette par jour	1 à 2 cigarettes par jour	De 3 à 5 cigarettes par jour	De 6 à 10 cigarettes par jour	De 11 à 20 cigarettes par jour	Plus de 20 cigarettes par jour
--------------------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

-

7.1b. Quel âge avais-tu lorsque tu as fumé une cigarette **au complet** pour la première fois ?

9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans ou plus
----------------	--------	--------	--------	--------	----------------

-

7.2. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu consommé (bu) de l'alcool ?

Je n'ai pas consommé	Juste une fois pour essayer	Moins d'une fois par mois (à l'occasion)	Environ une fois par mois	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tu penses à toutes les fois où tu as bu de l'alcool (bière, vin, alcools forts, etc.) **au cours des 12 derniers mois**, combien de fois l'as-tu fait...

7.3 Je n'ai pas bu d'alcool au cours des 12 derniers mois (*passer à la question 7.20*)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
7.4 pour mieux apprécier une fête ?	<input type="radio"/>				
7.5 parce que cela t'aide lorsque tu es déprimé(e) ou nerveux(se) ?	<input type="radio"/>				
7.6 pour te reconforter lorsque tu es de mauvaise humeur ?	<input type="radio"/>				
7.7 parce que tu aimes les sensations que cela procure ?	<input type="radio"/>				
7.8 pour te soûler ?	<input type="radio"/>				
7.9 parce que c'est plus drôle lorsque tu es avec les autres ?	<input type="radio"/>				
7.10 parce que tu aimerais faire partie d'un certain groupe ?	<input type="radio"/>				
7.11 pour que les fêtes soient plus réussies ?	<input type="radio"/>				
7.12 pour oublier tes problèmes ?	<input type="radio"/>				
7.13 simplement parce que cela t'amuse ?	<input type="radio"/>				
7.14 pour être apprécié(e) par les autres ?	<input type="radio"/>				
7.15 Pour ne pas me sentir exclu(e) ?	<input type="radio"/>				

Moins d'un verre	1 ou 2 Verre(s)	3 ou 4 verres	5 verres et plus	Je ne consomme pas d'alcool
------------------	-----------------	---------------	------------------	-----------------------------

7.16. Lors d'une occasion typique (ordinaire) de consommation, combien bois-tu de verre(s) ?

Jamais	1 ou 2 fois	Quelques fois	Très souvent
--------	-------------	---------------	--------------

7.17. Au cours des 12 derniers mois, t'es-tu soûlé avec de la bière, du vin ou d'autres boissons fortes ?

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois as-tu consommé lors d'une même occasion...

Jamais	1 fois	2 fois	Entre 3 et 5 fois	Entre 6 et 9 fois	10 fois ou plus
--------	--------	--------	-------------------	-------------------	-----------------

7.18. Quatre (4) verres et plus

7.19. Cinq (5) verres et plus

7.20. Si tu as déjà consommé de l'alcool, à quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool (1 fois par semaine pendant au moins un mois) ?

9 ans ou moins	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans ou plus
----------------	--------	--------	--------	--------	----------------

Au cours des 12 derniers mois...

Oui	Non
-----	-----

7.21 T'es-tu déjà senti coupable au sujet de ta consommation d'alcool ?

7.22 As-tu déjà ressenti le besoin d'abaisser ta consommation d'alcool ?

7.23 As-tu déjà eu le besoin de boire de l'alcool en te réveillant pour calmer tes nerfs ou passer une « gueule de bois » ?

7.24 As-tu déjà été ennuyé par des remarques d'autres personnes critiquant ta consommation d'alcool ?

Pourquoi d'après toi, les personnes de ton âge commencent-elles à boire de l'alcool ?

(Tu peux cocher plus d'une case)

- 7.25 Leurs ami(e)s boivent (pression des amis)
- 7.26 Leur mère ou leur père boit
- 7.27 Les jeunes qui sont populaires boivent
- 7.28 Elles trouvent que c'est relaxant
- 7.29 Par curiosité, juste pour essayer
- 7.30 Parce que ce n'est pas autorisé
- 7.31 Pour passer le temps
- 7.32 Ils pensent que c'est « cool »
- 7.33 Pour s'enivrer (se soûler)
- 7.34 Pour être euphorique (pour planer, être « high »)
- 7.35 Je ne sais pas
- 7.36 Pour une autre raison, laquelle ?.....

7.37. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu consommé du cannabis (marijuana, pot, haschisch) ?

Je n'ai pas consommé	Juste une fois pour essayer	Moins d'une fois par mois (à l'occasion)	Environ une fois par mois	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
-----------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------	---	---	-----------------------

-
-
-
-
-
-
-

7.38. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu consommé les autres drogues suivantes ?

Je n'ai pas consommé	Juste une fois pour essayer	Moins d'une fois par mois (à l'occasion)	Environ une fois par mois	La fin de semaine ou 1 ou 2 fois par semaine	3 fois et plus par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
----------------------	-----------------------------	--	---------------------------	--	--	----------------

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7.39. Médicaments sans ordonnance | <input type="radio"/> |
| 7.40. Ecstasy | <input type="radio"/> |
| 7.41. LSD | <input type="radio"/> |
| 7.42. Amphétamines (speeds) | <input type="radio"/> |
| 7.43. Hallucinogènes (champignons magiques) | <input type="radio"/> |

Indique pour quelle(s) raisons tu as pris ces drogues au cours des 12 derniers mois.

- 7.44 Je n'ai pas consommé de drogues au cours des 12 derniers mois (passe à la question 7.55)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
7.45 pour me sentir euphorique (pour planer)	<input type="radio"/>				
7.46 Je ne voulais pas me démarquer du groupe (me marginaliser, m'exclure du groupe)	<input type="radio"/>				
7.47 Je n'avais rien d'autre à faire	<input type="radio"/>				
7.48 J'étais curieux(se)	<input type="radio"/>				
7.49 Je voulais oublier mes problèmes	<input type="radio"/>				
7.50 Pour une autre raison, laquelle.....	<input type="radio"/>				
7.51 Je ne me souviens pas	<input type="radio"/>				

Au cours des 12 derniers mois combien de fois as-tu ...	Jamais	Une fois ou deux	Plusieurs fois	Très souvent
7.52 consommé de l'alcool et du cannabis (marijuana, pot) en même temps ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.53 consommé de l'alcool et d'autres drogues que du cannabis en même temps ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.54 consommé plus d'une drogue en même temps ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Est-ce que l'un(e) de tes frère(s) ou sœur(s) ...

7.55 Je n'ai pas de frère(s) ou sœur(s) plus âgé(e)(s) (*passer à la question 7.60*)

	Oui	Non	Je ne sais
7.56 fume des cigarettes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.57 boit de l'alcool (bière, vin, alcools forts) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.58 se soûle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.59 fume du cannabis de la marijuana ou du haschisch ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À la maison où tu vis, est-ce que l'un de tes parents ou tes deux parents ou ton (tes) tuteur(s)...	Oui	Non	Je ne sais pas
7.60 Fume(nt) des cigarettes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.61 Boit (boivent) de l'alcool (bière, vin, alcools forts) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.62 Se soûle(nt) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.63 Fume(nt) du cannabis (marijuana, pot ou haschisch) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D'après toi quel(s) risque(s) penses-tu que les gens courent (physiquement ou d'une autre façon) s'ils... (coche une case dans chaque ligne)

Aucun risque	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé	Je ne sais pas
--------------	---------------	--------------	--------------	----------------

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7.64 Fument des cigarettes de temps en temps ? | <input type="radio"/> |
| 7.65 Fument des cigarettes souvent ? | <input type="radio"/> |
| 7.66 Boivent 5 verres d'alcool de temps en temps ? | <input type="radio"/> |
| 7.67 Boivent 5 verres d'alcool souvent? | <input type="radio"/> |
| 7.68 Fument du cannabis (marijuana, pot) de temps en | <input type="radio"/> |
| 7.69 Fument du cannabis (marijuana, pot) souvent ? | <input type="radio"/> |

Si tu le voulais, penses-tu qu'il te serait facile ou difficile de te procurer...

Impossible	Très difficile	Assez difficile	Assez facile	Très facile	Je ne sais pas
------------	----------------	-----------------	--------------	-------------	----------------

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7.70 Des cigarettes ? | <input type="radio"/> |
| 7.71 De l'alcool (bière, vin, alcools forts...) ? | <input type="radio"/> |
| 7.72 Du cannabis (marijuana, pot) ? | <input type="radio"/> |

Pourquoi d'après toi, les personnes de ton âge commencent-elles à consommer du cannabis (marijuana, pot, hachisch) ? **(Tu peux cocher plus d'une case)**

- | | |
|---|-----------------------|
| 7.73 Leurs ami(e)s consomment du cannabis (pression des amis) | <input type="radio"/> |
| 7.74 Leur mère ou leur père consomme du cannabis | <input type="radio"/> |
| 7.75 Les jeunes qui sont populaires consomment du cannabis | <input type="radio"/> |
| 7.76 Elles trouvent que c'est relaxant | <input type="radio"/> |
| 7.77 Par curiosité, juste pour essayer | <input type="radio"/> |

Pourquoi d'après toi, les personnes de ton âge commencent-elles à consommer du cannabis (marijuana, pot, hachisch) ? **(Tu peux cocher plus d'une case)**

- 7.78 Parce que ce n'est pas autorisé
- 7.79 Pour s'occuper
- 7.80 Ils pensent que c'est « cool »
- 7.81 Pour être euphorique (pour planer, être « high »)
- 7.82 Je ne sais pas
- 7.83 Pour une autre raison, laquelle.....

As-tu déjà eu l'un des problèmes suivants ?

- | | Jamais | Oui, à cause de ma consommation d'alcool | Oui, à cause de ma consommation de drogue | Oui, pour d'autres raisons |
|--|-----------------------|--|---|----------------------------|
| 7.84 Chicane avec un ami | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.85 Bagarre avec un ami | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.86 Accident ou blessure | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.87 Perte d'argent ou d'autres objets de valeur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.88 Objets ou vêtements personnels abîmés | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.89 Problèmes avec tes parents | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.90 Problèmes avec tes ami(e)s | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.91 Problèmes avec tes professeurs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.92 Mauvais résultats à l'école ou au travail | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.93 Victime d'un vol | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 7.94 Problèmes avec la police
- 7.95 Hospitalisé(e) ou admis(e) aux urgences
- 7.96 Rapport(s) sexuel(s) que tu regrettes le lendemain
- 7.97 Rapport(s) sexuel(s) sans préservatif

La cigarette	L'alcool	Le cannabis (marijuana, pot)
--------------	----------	---------------------------------

7.98. Selon toi, quelle est la proportion (ex. 20%, 30%...) d'élèves qui consomment dans ton école ?

.....% % %

SECTION 8 - Mon état général de santé et mes pensées

Les prochains énoncés décrivent comment tu as pu te sentir durant la dernière semaine. Lis attentivement chaque énoncé puis noircis le cercle qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti(e) au cours des dernières semaines, aujourd'hui compris.

Au cours de ces dernières semaines...

	Pas tout	du	Pas plus que d'habitude	Plutôt souvent que	Plus souvent que
8.1 te sentais-tu bien et en parfaite santé ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2 as-tu senti le besoin de boire quelque chose pour te sentir éveillé ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3 te sentais-tu senti(e) déboussolé(e) ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4 as-tu senti que tu étais malade ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5 as-tu senti des douleurs à la tête ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.6 as-tu senti de la pression à la tête ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.7 as-tu senti des bouffées de chaleur ou de froid ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.8 te sentais-tu comme étant une personne inutile ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.9 as-tu perdu le sommeil à cause de tes soucis ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.10 as-tu eu des difficultés à t'endormir une fois couché ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.11 t'es-tu senti(e) constamment sous pression ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.12 t'es-tu senti(e) énervé(e) et de mauvaise humeur ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.13 as-tu ressenti de la panique et la peur sans raison ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.14 as-tu trouvé que les choses te dépassaient ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.15 t'es-tu senti(e) nerveux(se) et constamment sur la brèche ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Au cours de ces dernières semaines,

	Plus souvent que	Pareil que d'habitude	Plutôt moins que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude
8.16 as-tu senti que tu t'arrangeais à te maintenir occupé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.17 as-tu senti que tu prenais plus de temps à faire les choses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.18 as-tu senti que dans l'ensemble tu faisais bien les choses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.19 te sentais-tu satisfait(e) de la façon dont tu faisais les choses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.20 as-tu senti que tu jouais un rôle utile ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.21 te sentais-tu capable de prendre des décisions sur ce qui t'arrivait ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.22 as-tu apprécié les activités quotidiennes que tu faisais ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MERCI BEAUCOUP DE TA PARTICIPATION !

Annexe 5: Questionnaire des enseignants

COMMISSION SCOLAIRE
ENSEIGNANT

Programme
Intervention en
réseau

BONJOUR !

Dans le cadre d'une étude portant sur les élèves de votre commission scolaire, nous souhaiterions recueillir votre évaluation du comportement de ceux de votre classe. Nous vous présenterons une vingtaine d'énoncés qui se rapportent au comportement possible d'un enfant durant la classe. Suivant votre connaissance de l'enfant concerné par cette étude, cochez le cercle qui le décrit le mieux au cours de ces dernières semaines de la manière suivante :

- Si l'enfant manifeste régulièrement ou souvent le comportement décrit par l'énoncé, cochez le cercle de la colonne intitulée "Comportement fréquent". Si l'enfant manifeste parfois ce comportement, cochez le cercle de la colonne "Comportement occasionnel". Si l'enfant ne manifeste jamais un tel comportement, cochez le cercle de la colonne "Ne s'applique pas".

- En évaluant chaque énoncé ne tenez pas compte de vos réponses aux autres questions; essayez de ne pas laisser influencer votre jugement par des impressions générales lorsque vous évaluez des aspects particuliers du comportement de l'enfant.

Vos réponses resteront confidentielles et ne seront accessibles qu'aux seuls chercheurs impliqués dans cette étude.

Votre participation est importante et très appréciée, mais elle reste volontaire. Même si cela peut vous paraître difficile, il est important de cocher chaque énoncé. Ne cochez qu'un seul cercle pour chacun des énoncés, s'il-vous-plaît.

Nous vous remercions grandement de votre collaboration !

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Se bat avec les autres enfants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Ne partage pas le matériel utilisé pour une tâche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Saisit l'occasion de valoriser le travail d'un élève moins habile | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Est très agité, toujours en train de courir et sauter. Ne demeure jamais en place | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Console un autre élève qui pleure ou qui est bouleversé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Est distrait(e) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Annexe 6: Protocole de groupes de discussion avec les élèves

Objectifs de la rencontre : Nous allons échanger ce matin/cet après-midi sur ce projet qui est implanté depuis quelques mois dans votre école. Les échanges que nous aurons porteront sur votre participation au projet, l'animation des ateliers, le rôle de l'intervenante-pivot (Madame Guylaine Maurice), votre satisfaction par rapport au déroulement du projet et les propositions que vous souhaiteriez faire pour l'améliorer.

Présentation des participants : Veuillez-vous présenter aux autres participants en donnant votre prénom et votre classe

Démarrage des échanges

1. Commençons d'abord par les questions de consommation de SPA (alcool, tabac, cannabis et autres drogues) à l'école

Quelle est votre opinion sur la consommation de SPA chez les élèves?

Quelle est l'ampleur de ce phénomène dans votre école?

Pensez-vous qu'il y a des élèves qui en consomment dans votre école?

Comment le savez-vous?

Selon vous, quelles peuvent être les conséquences de la consommation de SPA chez les élèves?

2. Maintenant, abordons questions liées à l'intervention en réseau, le programme de prévention qui se déroule dans votre école

Comment avez-vous entendu parler de ce programme?

Selon vous, quels sont les objectifs poursuivis par ce programme?

La mise en œuvre de ce programme dans votre école est-elle nécessaire?

Si oui, pourquoi?

Si non, pourquoi?

Avant ce programme, avez-vous participé à d'autres activités liées à la prévention de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis dans votre l'école?

Si oui, pourriez-vous rappeler brièvement les activités auxquelles vous aviez participé?
Quelles sont les similarités que vous voyez avec le programme l'*intervention en réseau*?
Avez-vous participé aux activités liées à ce projet dans votre école? Lesquelles?
Pourriez-vous me décrire certaines de ces activités?

3. Parlons maintenant des activités qui ont été organisées dans le cadre de ce programme

Comment jugez-vous la qualité de l'organisation de ces activités?
Les animateurs de ces activités avaient-ils une bonne maîtrise du sujet abordé?
Lors de ces activités, quel était, selon vous, le niveau d'implication des élèves?
Comment les animateurs se prenaient-ils pour susciter l'implication des élèves selon vous?
Comment jugez-vous la qualité de l'animation des ateliers offerts aux élèves?
Selon vous, comment ces activités peuvent-elles provoquer le changement chez les élèves?
Comment jugez-vous la motivation des élèves à participer aux activités offertes?
Selon vous, quelle est le degré de satisfaction des élèves par rapport à l'organisation des ateliers?
Quelles activités ou quels sujets vous ont le plus marqué?
Si vous devriez recommander une activité à un ami, laquelle recommanderiez-vous?

4. Abordons maintenant le rôle de l'intervenant pivot qui anime les activités dans vos classes et qui est présent avec vous à d'autres occasions (sorties, pauses, etc.)

Parmi vous, quels sont ceux qui connaissent l'intervenant pivot qui intervient dans votre école?
Selon vous quel est son rôle dans la mise en œuvre du programme?
L'avez-vous déjà rencontré personnellement?
Si oui, à quelle occasion la rencontre a-t-elle eu lieu?
Qu'avez-vous retenu de cette rencontre?
Que représente l'intervenant pivot pour vous?
Pensez-vous que l'intervenant pivot est suffisamment présent dans votre école?
Si non, que proposez-vous pour qu'il soit plus présent dans votre école?
Quelles sont les qualités qu'une personne devrait avoir pour tenir ce rôle?

5. *Votre satisfaction/insatisfaction par rapport au projet*

Qu'est-ce que vous avez aimé ou n'avez pas aimé dans la mise en œuvre de ce projet?

Que pensez-vous avoir retiré de votre participation aux activités de ce projet?

Quels sont les aspects du projet qu'il faudra améliorer?

Recommanderiez-vous à votre école de continuer l'expérience? Pourquoi?

6. *Pour finir, nous allons parler des facteurs qui ont facilité ou entravé la mise en œuvre du programme*

Quels sont les éléments positifs/négatifs que vous avez notés dans la mise en œuvre du programme?

Quels sont, selon vous, les éléments qui ont pu favoriser la bonne mise en œuvre du programme?

Quels sont, selon vous, les éléments qui ont pu constituer des obstacles à la bonne mise en œuvre du programme

Quels sont les éléments à changer pour améliorer le programme?

Quels sont les éléments que vous souhaitez ajouter pour conclure la discussion?

Je vous remercie de votre collaboration.

Annexe 7 : Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances

Titre du projet : Intervention en réseau pour la prévention de l'usage des SPA en milieu scolaire

Équipe de travail : Biessé D. Soura (UdeM)¹ ; Jean-Sébastien Fallu (UdeM)¹ ; Rémi Houde (CSDN)²

Besoins qui motivent la démarche de transfert des connaissances.

- 1- L'usage des substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis) chez les jeunes, notamment, en milieu scolaire pourrait avoir des répercussions non seulement sur leur santé mais également sur leurs performances scolaires. Par exemple, selon certains auteurs, la consommation régulière de cannabis par les jeunes pourrait affecter de façon irréversible le quotient intellectuel de ces derniers. De même, la consommation excessive d'alcool pourrait être à l'origine de l'absentéisme et conduire au décrochage scolaire.
- 2- Au Québec, la consommation de SPA s'accroît avec le niveau scolaire. Ainsi, les élèves de 3^e secondaire consomment plus que ceux de 1^{ère} et 2^e secondaire et ceux de 5^e secondaire consomment plus que les trois niveaux précédents et ceux de 4^e secondaire.
- 3- Pour faire face à cette situation, plusieurs études préconisent d'entreprendre les activités de prévention de façon précoce, soit au troisième cycle du primaire au moment où ces élèves se préparent pour le secondaire. Cette phase de transition, comme toutes les autres, représenterait une période de vulnérabilité susceptible de favoriser les comportements déviants chez un certain nombre de jeunes. Malheureusement, il existe encore très peu d'interventions précoces qui cible cette période développementale concernant la consommation des SPA et qui ont fait l'objet d'une évaluation.
- 4- L'évaluation de la phase pilote de l'IR montre que cette dernière serait efficace pour réduire la consommation de certaines SPA. Il se présente alors le besoin de faire connaître davantage cette intervention auprès de divers publics, y compris les commissions scolaires, les écoles (directions, enseignants, personnels de soutien, élèves), les organismes communautaires, les parents d'élèves et toute autre entité qui pourrait être intéressée.

Objectif général de transfert des connaissances

L'objectif général de ce plan est de contribuer à faire connaître l'IR et à favoriser son adoption dans les écoles et autres entités qui seraient intéressées aux résultats obtenus.

Plus spécifiquement, il s'agit d'assurer une large diffusion des résultats obtenus après l'évaluation de cette intervention afin de favoriser son appropriation et son adoption dans les milieux scolaires.

1. CONNAISSANCES

1.1. À PRODUIRE

Projet	Besoin(s) à répondre (Q1)	Types de connaissances (Q2)	Acteurs à impliquer (Q3a)	Degré d'implication (Q3b)
Projet l'intervention en réseau	Accroître les connaissances en matière de prévention de l'usage des SPA et recommandations en vue d'améliorer les pratiques	Connaissances provenant des résultats de l'évaluation et de l'expérience acquise dans ce processus	équipes d'évaluation, membres de la CS, intervenants, directions et personnels d'écoles, organismes communautaires	Plus ou moins grand en fonction des activités à mener (production de matériels, diffusion de résultats, etc.)

¹ Université de Montréal

² Commission Scolaire des Navigateurs

1.2. À TRANSFERER

Produits (Q4)	Type de connaissances (Q4)	Faits saillants (Q5)	Prioritaire(Q6)
Rapport d'évaluation	Connaissances issues de l'analyse des données d'évaluation	Utilisation de méthode mixte (évaluation des effets) ; Approche novatrice d'évaluation des processus	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Articles scientifiques, articles de vulgarisation et chapitres de livres	Connaissances issues de l'analyse des données d'évaluation	3 articles à publier dans des revues avec comité de pairs et 1 chapitre de livre	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Bilan des résultats aux écoles (Capsules)	Connaissances issues de l'analyse des données d'évaluation	Résultats principaux de la recherche désagrégés en fonction des écoles ayant participé à la mise en œuvre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Communiqué de presse	Connaissances issues de l'analyse des données d'évaluation	Principes de l'intervention Déroulement de l'évaluation Résultats obtenus	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
PowerPoint de présentation des résultats	Connaissances issues de l'analyse des données d'évaluation	Résultats généraux selon diverses thématiques (à définir une fois complétée)	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2. PUBLIC CIBLE

Projet ou produit	Publics	Caractéristiques	Objectif spécifique visé
Projet l'intervention en réseau	Commission scolaire (conseiller pédagogique, intervenant-pivot)	Bonne connaissance de la problématique Grand intérêt à connaître le contenu des présentations Public primaire	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation
	Direction des écoles	Bonne connaissances de la problématique Grand intérêt à connaître le contenu des présentations Public primaire	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation Sensibiliser-influencer : Sensibiliser sur l'ampleur de la problématique et de ses répercussions. Améliorer l'action : Intégrer les activités de prévention dans les programmes éducatifs
	Enseignants	Bonne connaissance de la problématique Grand intérêt à connaître le contenu des présentations Public primaire	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation Sensibiliser-influencer : Sensibiliser sur l'ampleur de la problématique et de ses répercussions. Améliorer l'action : Intégrer les activités de prévention dans les programmes éducatifs et contribuer à leur animation
	Personnels de soutien dans les écoles (infirmière, éducateurs, etc.)	Bonne connaissance de la problématique Grand intérêt à connaître le contenu des présentations Public primaire	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation Sensibiliser-influencer : Sensibiliser sur l'ampleur de la problématique et de ses répercussions. Améliorer l'action : Intégrer les activités de prévention dans les programmes éducatifs et contribuer à leur animation

Élèves	Connaissances approximatives de la problématique et de ses conséquences Intérêt à connaître le contenu des présentations variable	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation Sensibiliser-influencer : Sensibiliser sur l'ampleur de la problématique et de ses répercussions.
Organismes communautaires	Bonne connaissance de la problématique Grand intérêt à connaître le contenu des présentations Public secondaire	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation Sensibiliser-influencer : Sensibiliser sur l'ampleur de la problématique et de ses répercussions. Améliorer l'action : Intégrer les activités de prévention dans les programmes éducatifs et contribuer à leur animation
Population générale et parents d'élèves	Faible connaissance de la problématique Intérêt à connaître le contenu des présentations variables et imprévisibles Public secondaire	Sensibiliser-influencer : Sensibiliser sur l'ampleur de la problématique et de ses répercussions.
Communauté scientifique	Bonne connaissance de la problématique	Informé-diffuser : Informer des résultats de l'évaluation

3. ACTEURS À IMPLIQUER

Projet ou produit	Acteurs à impliquer (Q8)	Rôles (Q8)	Liens avec public cible (Q9)
Projet l'intervention en réseau	Commission scolaire (conseiller pédagogique, intervenant-pivot)	Coproduit de connaissances et de produits à transférer Partenaires de la démarche de TC Facilitateur d'ateliers et de contact avec les publics cibles Relayeur d'informations/connaissances	Liens hiérarchiques avec publics cibles pouvant influencer les décisions
	Directions des écoles	Partenaires de la démarche de TC Facilitateur de contact avec les enseignants Relayeur d'informations ou messenger	Liens hiérarchiques avec publics cibles pouvant influencer les décisions
	Enseignants et personnels non enseignants	Relayeurs des connaissances issues de l'évaluation Potentiels d'activités en lien avec l'intervention	Liens directs et crédibles avec les jeunes
	Équipe d'évaluation	Responsable de la démarche de TC Facilitateur d'ateliers de TC Relayeur d'informations/connaissances	Liens avec tous les acteurs impliqués dans le processus de TC

4. STRATÉGIES DE TC

PUBLIC 1 (Q10) : Commission scolaire (conseiller pédagogique, intervenant-pivot)

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Présentation de la progression de l'évaluation et des résultats préliminaires	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	Réaliser	Annuellement pendant la période d'évaluation

Diffusion du rapport d'évaluation	Aucune	Aucun	En cours	Décembre 2015
Journées de restitution des résultats	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	À réaliser	Janvier 2016

PUBLIC 2 (Q10): Directions des écoles

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Présentation des avancées du projet et des résultats lors des rencontres annuelles	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	Réalisée	Annuellement pendant la période d'évaluation
Diffusion du rapport d'évaluation	Aucune interaction	Conseiller pédagogique	À réaliser	Décembre 2015
Diffusion des articles scientifiques et chapitres de livres	Aucune interaction	Conseiller pédagogique	À réaliser	Au fur et à mesure qu'ils sont terminés
Journées de restitution des résultats	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	À réaliser	Janvier 2016
Préparation de capsules aux écoles impliquées dans l'évaluation	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	À réaliser	2 mois après la journée de restitution des résultats

PUBLIC 3 (Q10) : Enseignants et personnels de soutien

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Présentation des avancées du projet et des résultats lors des rencontres annuelles	Interaction soutenue et continue	Conseiller pédagogique	À réaliser	Annuellement pendant la période d'évaluation
Diffusion du rapport d'évaluation	Aucune interaction	Conseiller pédagogique	À réaliser	Décembre 2015
Diffusion des articles scientifiques et chapitres de livres	Aucune interaction	Agenc Conseiller pédagogique	À réaliser	Au fur et à mesure qu'ils sont terminés
Journées de restitution des résultats	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	À réaliser	Janvier 2016
Préparation de capsules aux écoles impliquées dans l'évaluation	Échanges interactifs mais brefs	Conseiller pédagogique	À réaliser	2 mois après la journée de restitution des résultats

PUBLIC 4 (Q10) : Élèves

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Journées de restitution des résultats	Interaction soutenue et continue	Commission scolaire Intervenants Enseignants	À réaliser	Selon la disponibilité des écoles

PUBLIC 5 (Q10) : Organismes communautaires

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Diffusion du rapport d'évaluation	Interaction s'ils souhaitent avoir des précisions	Équipe d'évaluation	À réaliser	En cours
Diffusion des articles scientifiques	Interaction s'ils souhaitent avoir des précisions	Équipe d'évaluation	À réaliser	En cours
Communiqué de presse	Aucune interaction	Média	À réaliser	À la fin du processus

PUBLIC 5 (Q10) : Population générale

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Diffusion du rapport d'évaluation	Aucune interaction	Aucun	À réaliser	En cours
Diffusion des articles scientifiques et chapitres de livres	Aucune interaction	Aucun	À réaliser	En cours
Communiqué de presse	Aucune interaction	Média	À réaliser	À la fin du processus

PUBLIC 5 (Q10) : Communauté scientifique

Stratégies (Q10)	Degré d'interaction (Q11)	Intermédiaire(s) (Q11)	À développer (Q12)	Meilleur moment (Q13)
Diffusion du rapport d'évaluation	Aucune interaction	Aucun	À réaliser	En cours
Diffusion des articles scientifiques et chapitres de livres	Aucune interaction	Aucun	À réaliser	Au fur et à mesure qu'ils sont terminés
Présentation à des conférences et congrès	Interaction lors des échanges	Aucun	À réaliser	À la fin du processus

5. ÉVALUATION DU PROCESSUS DE TC

5.1. PROCESSUS DE TC

Cette évaluation portera particulièrement sur deux types de mesures, à savoir les mesures du processus et celles relatives à l'atteinte des objectifs.

Indicateurs liés à la mesure du processus [ex. : nombre de copies du produit distribuées, nombre de demandes, nombre de consultations/téléchargements, visibilité médiatique, etc.]

Nombre de séances de restitution des résultats organisées

Nombre de copies du rapport d'évaluation diffusées

Nombre de conférences, congrès et ateliers où les résultats sont présentés

Nombre d'articles scientifiques et de vulgarisation produits

Nombre de capsules aux écoles produites

Nombre de média ayant assuré la visibilité des résultats

Méthode de mesure : Documentation des indicateurs identifiés

Indicateurs liés à l'atteinte des objectifs

Nombre d'écoles de la CS qui mettent en œuvre l'intervention sur la base des recommandations faites

Nombre d'écoles en dehors de la CS qui s'intéressent à cette intervention

Méthode de mesure : Échanges avec le conseiller pédagogique en promotion de la santé et en prévention de la CS

5.2. RÉSULTATS VISÉS ET EFFETS ANTICIPÉS

20. De quelle(s) façon(s) les publics cibles bénéficieront-ils des connaissances transférées?

- Prise de conscience plus accrue sur la question de l'usage de SPA en milieu scolaire
- Meilleure compréhension du phénomène par les différents acteurs
- Amélioration de l'organisation des activités et des pratiques de prévention de l'usage de SPA à l'école
- Influence sur la prise de décisions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention à l'école

21. Quels sont les effets anticipés de votre démarche de transfert des connaissances sur le plan :

- Scientifique ?

Faire avancer les connaissances sur les stratégies de prévention de l'usage de SPA chez les jeunes.

- Professionnel ?

Permettre d'améliorer les pratiques dans le domaine de la prévention de l'usage des SPA en milieu scolaire.

- Organisationnel ?

Favoriser le changement dans l'organisation des activités de prévention de l'usage de SPA en milieu scolaire.

- Sociopolitique ?

Influencer la prise de décision sur les stratégies de prévention de l'usage de SPA en milieu scolaire.

Annexe 8 : Certificat d'éthique de la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CÉRFAS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre : *Évaluation de la mise en œuvre et des effets d'un programme novateur de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire : « L'intervention en réseau »*

Requérants : *SOURA, Biessé Diakaridja (code permanent _____), étudiant au doctorat, École de psychoéducation*
sous la direction de :
FALLU, Jean-Sébastien, professeur adjoint, École de psychoéducation

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFAS.

Selon les exigences éthiques en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CÉRFAS.

Katia Maliantovitch, secrétaire
CÉRFAS

Date de délivrance : 2010/10/29
AAAA / MM / JJ

Date d'échéance* : 2014/09/01
AAAA / MM / JJ

*correspond à la date prévue de fin du projet

Deirdre Meintel, présidente
CÉRFAS

Espace réservé en cas de prolongation