
PRÉVENIR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE EN ESTRIE

RAPPORT D'AVIS
D'ÉVALUATION COMPLET

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et services sociaux, 2020

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

Unité d'évaluation des technologies et
des modes d'intervention en santé
et services sociaux

PRÉVENIR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE EN ESTRIE

RAPPORT D'AVIS D'ÉVALUATION COMPLET

Octobre 2020

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2020
Direction de la coordination de la mission universitaire

Ce rapport en une page

En 2019, la Direction de santé publique de l'Estrie a sollicité l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour produire des recommandations sur les meilleures pratiques préventives de la consommation de substances psychoactives (alcool, cannabis, psychostimulants, etc.) chez les jeunes du secondaire.

Une revue systématique des écrits scientifiques a été menée pour identifier les interventions de prévention efficaces et sécuritaires, ainsi que leurs caractéristiques. Des données contextuelles et expérientielles ainsi que les valeurs et préférences ont été recueillies auprès de divers acteurs du milieu scolaire; des intervenants en toxicomanie, professionnels de la santé et des services sociaux, des jeunes et de leur parents.

À la suite d'un processus consultatif et délibératif impliquant un comité de parties prenantes, les recommandations ont été produites. Celles-ci sont présentées de façon abrégée ci-dessous.

Les **interventions préventives** en Estrie devraient:

1. Éviter d'être seulement de type « éducation sanitaire »;
2. Être basées sur plus d'un modèle théorique reconnu;
3. Impliquer et soutenir les parents;
4. Être personnalisées au mode de vie et à la culture des jeunes;
5. Être interactives, adaptée aux jeunes et leurs parents et dispensées par un professionnel formé dans le domaine des dépendances;
6. Éviter les approches moralisatrices, punitives ou prescriptives ou recourir aux témoignages d'anciens usagers;
7. Certaines caractéristiques des interventions préventives pertinentes (faisables et acceptables) sont présentées dans le rapport, telles que pour les interventions universelles; la cohérence du discours, la collaboration interprofessionnelle et à l'échelle plus spécifique; la communication et le soutien au jeune et à ses parents.

L'**offre de services** visant la prévention de l'usage des SPA chez les jeunes devrait:

8. Reposer sur une continuité de services allant de la promotion à la prévention afin de favoriser le développement psychosocial des élèves;
9. Disposer de plus d'intervenants dédiés (et formés) à la prévention des SPA dans les écoles secondaires. Ceux-ci devraient être complémentaires aux intervenants de première ligne en dépendances du réseau de la santé et des services sociaux.

MISSION

Soutenir et conseiller les décideurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et de contribuer à la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Mathieu Roy, Ph. D.

Conseiller en évaluation à l'UETMISSS
Chercheur d'établissement à la DCMU

Pierre Dagenais, MD, Ph. D.

Directeur scientifique à l'UETMISSS

Maria Benkhalti, M.Sc., Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS
Chercheur d'établissement à la DCMU

Maryse Berthiaume, Ph. D., MBA

Adjointe au directeur

Marie-Belle Poirier, Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Mariève Desrocher-Rancourt

Agente administrative cl. 1

Cyrille Gérard Diffo, M.Sc.

Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
ISBN 978-2-550-87485-0 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke –
Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud, bureau 5213
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648
Courriel : marieeve.desrochers-rancourt.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

La Loi sur la légalisation du cannabis au Canada (adoptée le 17 octobre 2018) suscite beaucoup d'inquiétude et de questionnements chez les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que chez leurs partenaires municipaux, scolaires et communautaires. Bien que les visées de cette Loi soient tout à fait légitimes (c.-à-d. garder le cannabis hors de la portée des jeunes, empêcher les profits d'aller dans les poches de criminels, protéger la santé et la sécurité publique en permettant aux adultes d'avoir accès à du cannabis légal), elles ne sont pas non plus sans répercussions sociales potentiellement négatives. En effet, il y a un danger de banaliser l'usage d'une substance psychoactive dans la population en général, mais aussi et surtout auprès de populations plus vulnérables en termes de santé et de bien-être que sont nos enfants et adolescents.

Les habitudes de consommation de substances psychoactives s'installent à l'adolescence, particulièrement lors de la transition vers l'école secondaire. Or, les habitudes de vie prises lors de cette période développementale sont plus susceptibles de durer toute la vie durant. Bien que la consommation récréative et contrôlée de substances psychoactives soit dans une certaine mesure socialement acceptable, l'utilisation abusive ou chronique de substances psychoactives est problématique à divers égards. Elle est notamment associée à des effets de santé physique et mentale négatifs qui peuvent être permanents, en plus d'être susceptible d'engendrer divers problèmes psychosociaux, développementaux et pénaux.

Devant cette situation et poursuivant un objectif d'amélioration continue de son offre de services à la population, la Direction de la santé publique de l'Estrie a souhaité pouvoir identifier les meilleures interventions préventives (et caractéristiques d'interventions préventives) pour réduire la consommation de substances psychoactives chez nos jeunes du secondaire. Son objectif ultime étant de protéger la santé physique et mentale de la prochaine génération d'adultes.

Pierre Dagenais, MD., Ph. D.

Directeur scientifique UETMISSS
Direction de la coordination de la
mission universitaire
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Stéphanie McMahon

Directrice
Direction de la coordination de la mission
universitaire
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

ÉQUIPE DE PROJET

AUTEURS

Mathieu Roy	Conseiller en évaluation à l'UETMISSS et Chercheur d'établissement à la Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

ÉQUIPE DE CADRAGE DU PROJET

Mélissa Généreux	Directrice de santé publique, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Claude Charbonneau	Chef de service, Services spécialisés, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Julie Lane	Professeure adjointe, Université de Sherbrooke. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale destiné aux enfants, adolescents et jeunes adultes. Université de Sherbrooke
Isabelle Samson	Médecin-conseil, spécialiste en santé publique. Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Jean-Philippe Goupil	Agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Simon Dancause	Agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

COMITÉ CONSULTATIF ET DE CONTEXTUALISATION

Mélissa Généreux (remplacée par Alain Poirier)	Directeur régional de santé publique de l'Estrie.
Julie Lane	Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale destiné aux enfants, adolescents et jeunes adultes.
Isabelle Samson	Médecin-conseil Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Claude Charbonneau	Chef de service, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Simon Dancause	Agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Marie-Josée Bolduc	Représentante des services psychosociaux à la direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (c.-à-d. infirmière en milieu scolaire).
Maxime Dubé	Gestionnaire du programme jeunesse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Julie Leroux	Intervenante du programme santé mentale et dépendance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Élisabeth Deschênes (remplacée par Alain Roy)	Représentante du milieu policier (c.-à-d. policier communautaire).

Pierre Lemoine	Représentant du milieu scolaire (c.-à-d. intervenant psychosocial).
Anne-Marie Ménard	Représentante du milieu scolaire (c.-à-d. directrice des services éducatifs).
Carole Robinette	Représentante du milieu « <i>accompagnateur-école en santé</i> »
Anne-Marie Cadieux	Représentante du milieu « <i>accompagnateur-école en santé</i> ».
Myriam Laventure	Chercheuse experte du dossier. Ph. D., Ps.éd. Professeure titulaire. Université de Sherbrooke. Département des sciences de la santé communautaire
Geneviève Guindon	Parent d'élève qui fréquente une école secondaire.

DEMANDEUR DE L'ETMISSS

Direction de la santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

SOUTIEN BIBLIOTHÉCAIRE

Francis Lacasse	Bibliothécaire, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Mykola Krupko	Bibliothécaire, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

RÉVISION EXTERNE DU PLAN DE RÉALISATION

Mélanie Couture	Chercheuse d'établissement, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
-----------------	--

RÉVISION EXTERNE DU RAPPORT D'ÉVALUATION

Karine Bertrand	Professeure titulaire. Directrice scientifique de l'Institut Universitaire sur les dépendances. Faculté de médecine et des sciences de la santé. Département des sciences de la santé communautaire. Université de Sherbrooke.
-----------------	--

CORRECTION D'ÉPREUVES ET MISE EN PAGE

Isabelle Latulippe	Technicienne en administration, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Isabel Huberdeau	Agente administrative cl. 2, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

REMERCIEMENTS

Les auteurs et l'UETMISSS tiennent à remercier toutes les personnes ayant contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation du présent rapport, particulièrement celles impliquées à la contextualisation des données scientifiques et à la formulation des recommandations qui ont accepté pour la grande majorité d'agir à titre de relecteurs de son contenu.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS

TABLE DES MATIÈRES

MISSION	I
AVANT-PROPOS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IX
ABRÉVIATIONS.....	XI
RÉSUMÉ.....	XII
SUMMARY	XIV
1. INTRODUCTION.....	1
1.1. LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	1
1.2. L'ÉCOLE SECONDAIRE COMME LIEU DE PRÉVENTION	1
1.3. CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE ET LÉGAL AU QUÉBEC.....	1
1.4. MODÈLE CONCEPTUEL DE L'INTERVENTION DE PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AU SECONDAIRE	2
1.5. CONTEXTE ET BESOIN DÉCISIONNEL	2
1.6. QUESTION DÉCISIONNELLE	3
1.6.1. <i>Dimensions #1-2 (Efficacité et sécurité)</i>	3
1.6.2. <i>Dimensions #3-4-5 (Acceptabilité, faisabilité, valeurs et préférences des parties prenantes)</i>	3
1.7. MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE	3
2. MÉTHODOLOGIE	4
2.1. VOLET #1 (RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES ET DE LA LITTÉRATURE GRISE)	4
2.1.1. <i>Recension systématique des écrits scientifiques</i>	4
2.1.1.1. Stratégie de recherche documentaire	4
2.1.1.1.1. Première étape de recherche : Combiner des mots-clés	5
2.1.1.1.2. Deuxième étape de recherche : Examen des titres et des résumés	5
2.1.1.1.3. Troisième étape de recherche : Sélection des références pertinentes.....	6
2.1.2. <i>Procédure d'extraction des données issues des études/documents sélectionnés</i>	6
2.1.3. <i>Évaluation de la qualité des écrits scientifiques et de la littérature grise</i>	6
2.1.3.1. Grille d'évaluation de la qualité des articles quantitatifs	6
2.1.3.2. Grille d'évaluation de la qualité des articles qualitatifs.....	6
2.1.3.3. Grille d'évaluation de la qualité des études mixtes	7
2.1.3.4. Grille d'évaluation de la qualité des revues de la littérature.....	7
2.1.3.5. Grille d'évaluation de la qualité pour les guides de pratique.....	7
2.1.4. <i>Synthèse narrative des résultats</i>	7
2.2. VOLET #2 (DOCUMENTATION DES DONNÉES CONTEXTUELLES ET EXPÉRIENTIELLES).....	7
2.2.1. <i>Guide d'entrevue pour les groupes de discussion</i>	8
2.2.2. <i>Analyse des données qualitatives</i>	8
2.2.2.1. Première étape : Double écoute des enregistrements	8
2.2.2.2. Deuxième étape : Codage des données qualitatives et synthèse des résultats	8
2.3. VOLET #3 (CONSULTATION, VALIDATION ET ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS)	8
2.3.1. <i>Révision externe des données scientifiques</i>	8
2.3.2. <i>Élaboration et catégorisation des recommandations préliminaires</i>	9
2.3.2.1. Formation d'un comité consultatif et de contextualisation	9
2.3.3. <i>Présentation des recommandations préliminaires en comité consultatif</i>	9
2.3.4. <i>Pondération des recommandations préliminaires</i>	9
2.3.5. <i>Production d'un rapport ETMISSS contenant des recommandations finales</i>	9
3. RÉSULTATS.....	10

3.1. EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS AU SECONDAIRE.....	10
3.1.1. <i>Recension des écrits scientifiques incluant la littérature grise</i>	10
3.1.1.1. Interventions de prévention de la consommation d'une seule substance psychoactive	11
3.1.1.2. Interventions de prévention de la consommation de deux substances psychoactives.....	14
3.1.1.3. Interventions de prévention de la consommation de trois substances psychoactives.....	16
3.1.1.4. Interventions de prévention de la consommation de quatre substances psychoactives.....	18
3.1.1.5. Interventions de prévention de la consommation de substances psychoactives (substances et nombre non spécifié).....	19
3.2. DONNÉES EXPÉRIENTIELLES	21
3.2.1 Savoirs expérientiels quant aux interventions universelles.....	21
3.2.2 Savoirs expérientiels quant aux interventions ciblées (sélectives ou indiquées).....	22
3.3. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIALEMENT ACCEPTABLES, FAISABLES ET QUI TIENNENT COMPTE DES VALEURS ET PRÉOCCUPATIONS DES ADOLESCENTS ESTRIENS EN REGARD DES INT VISANT LA CONSOMMATION DE SPA AU SECONDAIRE	23
3.3.1. <i>Recension des écrits scientifiques incluant la littérature grise</i>	23
3.3.2. <i>Données expérientielles</i>	23
3.3.2.1 Savoirs expérientiels quant aux interventions universelles	24
3.3.2.2 Savoirs expérientiels quant aux interventions ciblées (sélectives ou indiquées)	24
3.4 DONNÉES CONTEXTUELLES PROPRES À L'ESTRIE	25
4. DISCUSSION	30
4.1. CONTEXTE, ENJEUX ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE	30
4.2. LIMITES DE L'ÉVALUATION.....	30
4.3. BREF RAPPEL DE LA MÉTHODE POUR JUGER LA FORCE DE LA PREUVE SCIENTIFIQUE.....	31
4.4. EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION (VOIR TABLEAU 2, ANNEXE 3)	31
4.5 LES CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX INTERVENTIONS EFFICACES ET SÉCURITAIRES (VOIR TABLEAU 3, ANNEXE 3).....	32
4.6 LES CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX INTERVENTIONS NON EFFICACES OU NON SÉCURITAIRES/NUISIBLES (VOIR TABLEAU 4, ANNEXE 3)	33
4.7. CARACTÉRISTIQUES SOCIALEMENT ACCEPTABLES, FAISABLES ET QUI TIENNENT COMPTE DES VALEURS ET PRÉFÉRENCES DES ESTRIENS QUANT AUX INTERVENTIONS PRÉVENTIVES (VOIR TABLEAU 5, ANNEXE 3).....	33
4.8. PROCESSUS DE PRODUCTION DES RECOMMANDATIONS.....	34
5. CONCLUSION	35
6. RECOMMANDATIONS FINALES	36
7. ENGRENAGE.....	37
8. RÉFÉRENCES.....	38
ANNEXE II	68
ANNEXE III	70
ANNEXE IV	82

ABRÉVIATIONS

CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DSPu	Direction de la santé publique
ECR	Étude clinique randomisée
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
INT	Intervention
MDMA	3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SPA	Substance(s) psychoactive(s)
SQ	Score de qualité
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

RÉSUMÉ

À la suite de la légalisation du cannabis au Canada, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) craignent une banalisation de l'usage de cette substance en particulier, mais également de l'ensemble des substances psychoactives (SPA). Pour faire face à cette éventualité et optimiser son offre de services, la Direction de la santé publique de l'Estrie a sollicité la participation de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), afin de l'aider à identifier les meilleures interventions de prévention de la consommation récréative de SPA dans les écoles secondaires. L'objectif ultime du demandeur est idéalement d'empêcher la consommation de SPA et de réduire ses méfaits chez les jeunes estriens.

Une démarche évaluative en trois étapes a été menée (c.-à-d. revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise, volet qualitatif pour documenter les savoirs expérientiels des parties prenantes impliquées, coconstruction de recommandations par délibération et méthode Delphi). La revue systématique a tenu compte de la qualité de la preuve scientifique de chaque document retenu. Après analyse des 53 documents retenus, deux constats émergent. Tout d'abord, il existe trois types d'interventions préventives (c.-à-d. universelle, sélective, ciblée). Les interventions universelles visent l'ensemble des jeunes, peu importe leur consommation. Les interventions sélectives visent des jeunes qui consomment ou non et qui sont à risque de développer des problèmes postconsommation. Les interventions ciblées s'adressent aux jeunes qui ont des problèmes postconsommation. Deuxième constat, il existe plusieurs interventions préventives visant la consommation de substances psychoactives et chaque intervention peut viser une ou plusieurs substances.

Un volet qualitatif contenant trois groupes de discussion avec des intervenants du RSSS, des intervenants en milieu scolaire, ainsi que des élèves et parents qui fréquentent une école secondaire en Estrie a permis de recueillir des données contextuelles et des savoirs expérientiels. Il ressort que les interventions universelles rejoignent peu les jeunes et qu'elles sont ponctuelles et locales. Il est suggéré de mettre les jeunes en action plutôt que de dispenser de l'information. L'utilisation de la morale (ou de la peur) est à proscrire, tout comme le témoignage d'anciens usagers ou le regroupement des consommateurs réguliers. La présence de policier communautaire en milieu scolaire, la cohérence du discours préventif entre les intervenants (et la collaboration interprofessionnelle), un juste équilibre entre en faire assez et ne pas surcharger les écoles, mieux repérer la consommation chez les jeunes, recourir à davantage d'intervenants en toxicomanie (leur offrir une formation continue) et rendre accessible un service de dépendance en première ligne sont des éléments qui sont rapportés par les parties prenantes comme levier d'amélioration des interventions préventives universelles. Du côté des interventions sélectives ou ciblées, il est suggéré de miser sur des approches personnalisées de proximité, d'adapter l'intervention à l'âge du jeune, de bien l'accompagner pour développer un lien de confiance. Encore une fois, les interventions punitives ou prescriptives (et le regroupement de jeunes qui consomment) sont à proscrire, tout comme les milieux scolaires rigides qui suspendent les élèves. Il est suggéré de soutenir les parents et de mieux les outiller face à la consommation de leurs jeunes, de trouver comment maintenir le message de prévention dans le temps, d'améliorer la

communication entre les professeurs d'une part et les intervenants de l'autre, d'ajouter des ressources en milieu scolaire, de proposer des mesures de justice alternative, ainsi qu'un programme alternatif à la suspension lorsqu'un jeune est pris à consommer à l'école.

Au total, neuf recommandations finales ont été formulées suite à la démarche évaluative. Sept d'entre elles portent sur divers aspects d'interventions préventives et les deux autres recommandations traitent plus largement de l'offre de services préventive estrienne visant la consommation de substances psychoactives en milieu scolaire secondaire.

Malgré l'enthousiasme des parties prenantes quant aux recommandations finales, quatre limites ont pu entacher la validité de cet avis. Notre évaluation n'a pas examiné toutes les dimensions de la prévention en n'abordant pas les interventions de promotion de la santé qui agissent en amont sur la consommation de SPA par une action indirecte sur les facteurs de protection et les compétences personnelles. Lors de la recherche documentaire, les mots-clés utilisés ne permettaient pas d'examiner les documents dans une autre langue que le français ou l'anglais, ce qui a pu nous faire échapper des documents présentant des données transposables au Québec, provenant de divers pays d'Europe, par exemple. Pour le volet qualitatif, seulement trois groupes de discussions ont été réalisés (dont un avec des élèves et parents d'élèves d'écoles secondaires de Sherbrooke). Il aurait été intéressant de compléter avec des élèves et parents d'écoles secondaires estriennes rurales et de réaliser des entrevues individuelles avec de jeunes consommateurs pour voir si leur apport expérientiel différait de celui des élèves de la zone urbaine de Sherbrooke. Il était toutefois difficile d'accéder au milieu scolaire rural et à cette clientèle de jeunes (ces milieux et jeunes n'ayant pas répondu à nos invitations à participer). Un biais de désirabilité sociale est possible vu l'objet d'évaluation (c.-à-d. consommation de SPA chez des mineurs) ce qui a pu entraîner une sous-estimation de l'ampleur réelle de la consommation de SPA.

SUMMARY

Following the legalization of cannabis in Canada, health and social services actors fear trivialization of use for this substance (and other psychoactive substances). To face this possibility and to optimize its service offering, the Eastern Townships Public Health Department requested the participation of the Health Technology and Social Services Assessment Unit of the Eastern Townships Integrated University Health and Social Services Centre to determine the preventive interventions for the use of psychoactive substances in secondary schools. The stakeholder's objective was to reduce the consumption of psychoactive substances among the Eastern Townships' youth.

A three-step evaluation process was carried out (*i.e.* a systematic review of scientific and gray literature, a qualitative part to document the experiential knowledge of stakeholders, and a deliberation and co-construction of recommendations). The systematic review took into account the quality of the scientific evidence in each retained document. After analyzing the 53 documents selected, two main results emerged. First, there are three types of preventive interventions (*i.e.* universal, selective, and targeted). Universal interventions target all people regardless of their consumption. Selective interventions target people who consume or not and who are at risk of developing post-consumption problems. Targeted interventions are aimed at people who have post-consumption problems. Second, there are several preventive interventions aimed at the consumption of psychoactive substances and each intervention can target one or more substances.

A qualitative part containing three discussion groups with various health and social services actors, school representatives, parents, and students who attend a secondary school in the Eastern Townships helped to collect contextual data and experiential knowledge. It appears that universal interventions hardly reach the youth and that they are limited in time and local. It is suggested to put adolescents into action rather than providing them information. Using morality or fear should be avoided, such as accounts from former users. The presence of community police in the school environment, the consistency of discourses between stakeholders (and interprofessional collaboration), a fair balance between doing enough and not overloading schools, better identifying consumption among young people, using more addiction workers, and an accessible first-line addiction service are reported by stakeholders as levers for improving universal preventive interventions. Regarding selective or targeted interventions, it is suggested to rely on personalized proximity approaches, to adapt interventions to the person's age, and to support adolescents to develop a bond of trust. Once again, punitive or prescriptive interventions (and grouping people who consume) are to be avoided, such as rigid school environments which suspend students. It is also suggested to support parents and better equip them to cope with their child's consumption, to learn how to maintain a preventive message over time, to improve communication between teachers and other workers, to add resources in schools, and to propose alternative justice measures and alternatives to suspension when a young person is caught using drugs at school.

A total of nine final recommendations were co-constructed following the evaluation process. Seven final recommendations deal with various aspects of specific preventive interventions

and two other recommendations deal more broadly with the supply of preventive services in the Eastern Townships targeting the use of psychoactive substances in secondary schools.

Despite the enthusiasm of stakeholders for final recommendations, limitations of this assessment should be recalled. Our evaluation did not examine all the dimensions of prevention. We do not address health promotion interventions that act upstream on the consumption of psychoactive substances through an indirect action on protective factors and personal skills. The keywords used did not allow us to examine the documents in a language other than French or English, which could have made us miss documents presenting data transposable in Quebec, coming from various European countries, for example. For the qualitative component, only three focus groups were carried out (including one with students and parents of secondary school students from Sherbrooke). It would have been interesting to complete with students and parents from rural high schools and to conduct individual interviews with young consumers to see if their experiential contribution differed from that of students in the urban area of Sherbrooke. However, we have not been able to connect with rural schools and this clientele of consumer (these settings and consumers did not participate despite invitations). A social desirability bias is possible given the object of the evaluation (*i.e.* consumption of among minors) which may have led to an underestimation of the real prevalence of psychoactive substances.

1. INTRODUCTION

1.1. La consommation de substances psychoactives

La consommation de substances psychoactives (SPA, p. ex. alcool, cannabis, tabac, drogues) débute souvent à l'adolescence. Lors de cette période développementale, les jeunes subissent plusieurs changements biologiques, cognitifs, sociaux et émotionnels qui modulent leurs choix comportementaux. La pression sociale exercée par les pairs est aussi importante et conditionne les comportements individuels (sains ou malsains). Les écrits scientifiques démontrent que l'initiation aux SPA se produit souvent entre la 6^e année du primaire et la fin du secondaire (entre 11 et 16 ans au Québec) (1,2). Ces écrits indiquent qu'une consommation abusive de SPA peut entraîner divers problèmes psychosociaux tels que des déficits de mémoire, une baisse de la motivation, l'absence de diplomation, des comportements délictueux ou antisociaux et des pratiques sexuelles à risque (3,4). L'utilisation chronique de SPA au secondaire est quant à elle liée à une augmentation du risque de psychose, de dépression et d'anxiété (5,6), ainsi qu'à un déclin du quotient intellectuel avant 18 ans et une augmentation du risque de blessures physiques (7).

1.2. L'école secondaire comme lieu de prévention

Les interventions (INT) destinées à prévenir, réduire ou retarder la consommation de SPA intéressent les décideurs et intervenants des milieux scolaires, communautaires et du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Les écoles secondaires, puisqu'elles regroupent la quasi-totalité des adolescents de 12 à 16 ans, sont un lieu dont il faut tirer profit pour prévenir la consommation de SPA. Des INT préventives ont été implantées dans des écoles secondaires. Ces INT sont parfois inspirées des écrits scientifiques et sont d'autres fois des initiatives plus intuitives. Cette diversité d'INT préventives a conduit à diverses conclusions sur l'efficacité et la sécurité des programmes et actions implantés (8). Différentes tailles d'échantillons, divers devis expérimentaux et mesures de succès, différents curriculums et intensité d'INT sont tous des raisons expliquant la variabilité des conclusions notées (9). Malgré l'abondance de conclusions (parfois contradictoires), il ne semble pas y avoir de doute sur le fait que les INT préventives produisent des effets réels sur la consommation de cannabis, d'alcool, de tabac ou d'autres SPA à l'adolescence (10). La confusion règne cependant quand il s'agit de cerner avec précision quels effets sont produits, dans quelles circonstances (p. ex. école, famille), pour quelle SPA et pour quelles populations de jeunes (p. ex. 11-16 ans, < 18 ans, 15-24 ans).

1.3 Contexte réglementaire et légal au Québec

Il existe deux types de SPA (c.-à-d. légales et illicites). Les produits légaux que sont le tabac, l'alcool, le cannabis, certains médicaments d'ordonnance ou les boissons énergisantes sont bien entendu les SPA les plus consommées au Québec (11). Bien que ces SPA soient légales pour les adultes uniquement, ils sont tout de même accessibles aux plus jeunes. Du coup, elles ont un impact populationnel plus important que les SPA illicites (11). Même légales, les SPA ne doivent pas être considérées comme des produits de consommation inoffensifs. L'encadrement de ces produits doit être conséquent avec les risques qu'ils posent à la santé physique et mentale, ainsi qu'à la sécurité et à l'adaptation psychosociale des gens qui en consomment (11). En ce qui concerne les SPA illicites (p. ex. drogues de synthèse, médicaments non prescrits), l'encadrement législatif et réglementaire doit faciliter la mise en place d'interventions préventives, de mesures d'aide aux usagers et de réduction des méfaits (11). Dans tous les cas, le répertoire des INT préventives en matière de SPA est vaste. Des mesures peuvent être mises de l'avant tout au long de la vie.

1.4 Modèle conceptuel de l'intervention de prévention de la consommation des substances psychoactives au secondaire

Les écrits scientifiques dans le domaine de la prévention utilisent souvent la classification de Gordon (12) qui regroupe les interventions préventives selon les cibles et niveaux de risques associés. On parle de :

- prévention universelle lorsque les interventions visent la population en général.
- prévention sélective quand des interventions visent des groupes avec un risque élevé de développer un problème.
- prévention indiquée quand des interventions visent des gens avec les premières manifestations d'un problème, sans satisfaire à des critères diagnostics précis.

Dans leurs travaux sur les interventions en santé mentale, Mrazek et Haggerty (13) inscrivent cette classification dans un continuum allant de la prévention universelle à la réadaptation. Cette classification permet de poser une limite plus claire entre la prévention et le traitement.

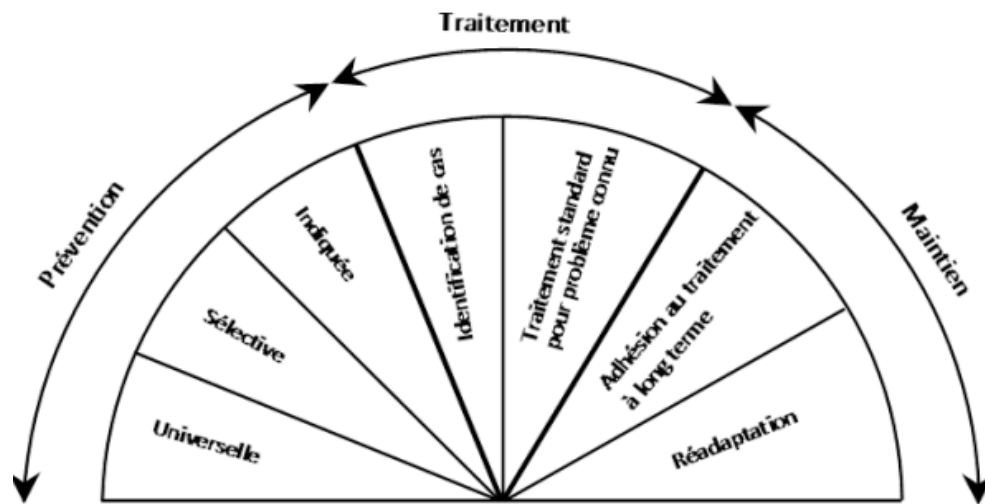


Figure 1 Spectre des interventions pour les troubles mentaux

Tirée de Mrazek et Haggerty (1994). Traduction libre.

À la lumière de ces définitions conceptuelles, les pratiques de prévention en matière de SPA chez les jeunes sont celles qui visent à prévenir les problèmes de santé physique et mentale, ainsi que les conséquences psychosociales d'une consommation. Ainsi, les (13):

- interventions universelles sont destinées à tous les jeunes, peu importe leur consommation.
- interventions sélectives ciblent des jeunes qui consomment ou non, mais qui sont à risque de développer des problèmes s'ils consomment.
- interventions indiquées sont celles qui visent les jeunes qui présentent les premiers signes de problèmes liés à leur consommation, sans satisfaire les critères diagnostics de la dépendance.

Il est possible de regrouper les interventions sélectives et indiquées et parler d'interventions ciblées en prévention des SPA. De manière transversale au spectre des interventions de prévention des SPA, il peut y avoir des interventions de réduction des méfaits qui visent la réduction des effets indésirables liés à une consommation de SPA chez des gens qui ne peuvent être abstinentes (13).

1.5. Contexte et besoin décisionnel

Dans un contexte de légalisation du cannabis et d'une crainte des acteurs du RSSS concernant une banalisation de cette SPA, la Direction de la santé publique (DSPu) souhaite identifier les meilleures INT de prévention de la consommation de SPA chez les jeunes qui fréquentent une école secondaire en Estrie.

Le besoin du décideur est formulé comme suit:

-Quelles sont les interventions efficaces et sécuritaires de prévention de la consommation de SPA qui peuvent être dispensées en milieu scolaire estrien et qui visent les jeunes des écoles secondaires ?

1.6. Question décisionnelle

À la suite de l'examen des enjeux entourant le besoin décisionnel, l'UETMISSS et la DSPu proposent deux questions d'évaluations regroupant cinq dimensions d'intérêts pour le demandeur.

1.6.1. Dimensions #1-2 (Efficacité et sécurité)

Q1. Quelles sont les interventions (et leurs caractéristiques) efficaces et sécuritaires de prévention de la consommation de SPA chez les jeunes du secondaire ?

1.6.2. Dimensions #3-4-5 (Acceptabilité, faisabilité, valeurs et préférences des parties prenantes)

Q2. Quelles sont les caractéristiques des interventions qui sont considérées acceptables, réalisables et qui tiennent compte des valeurs et préférences de l'ensemble des Estriens à intégrer aux approches de prévention ciblant la consommation de SPA au secondaire ?

1.7. Modèle logique et cadre d'analyse

Cette ETMISSS porte sur les INT préventives efficaces et sécuritaires quant à la consommation de SPA chez les jeunes du secondaire. Divers éléments doivent être pris en compte. Du modèle logique émergent deux questions d'évaluation. La première englobe l'efficacité et la sécurité des INT de prévention de la consommation de SPA au secondaire. L'évaluation des écrits a permis de bonifier l'offre de services en santé publique et d'outiller les partenaires dans un contexte de légalisation du cannabis. Cette question d'évaluation documentera aussi les pratiques à éviter lors d'une INT de prévention visant la consommation de SPA chez les jeunes. La deuxième question d'évaluation traite des INT préventives efficaces et sécuritaires de la consommation de SPA qui sont susceptibles d'être implantées avec succès, de produire des effets positifs chez les jeunes et d'être en accord avec les valeurs et préférences des intervenants, des jeunes et des familles.

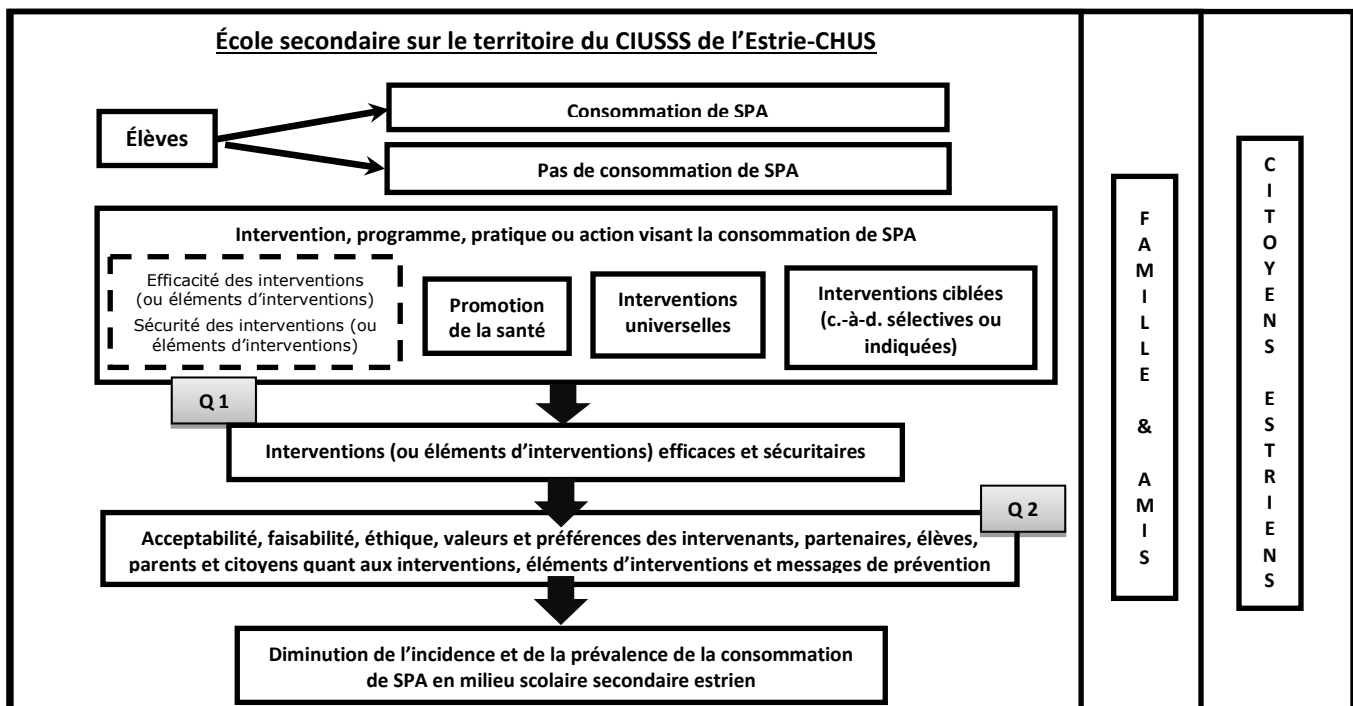


Figure 2. Modèle logique du mode d'intervention évalué dans cette ETMISSS.

2. MÉTHODOLOGIE

Pour répondre aux deux questions d'évaluation, nous avons utilisé une démarche évaluative à trois volets. Cette démarche dite « *synthèse multisources de données* » (14) est composée d'une revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise en amont d'un volet qualitatif servant à documenter des enjeux contextuels et expérientiels pour informer de manière juste et éclairée la prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

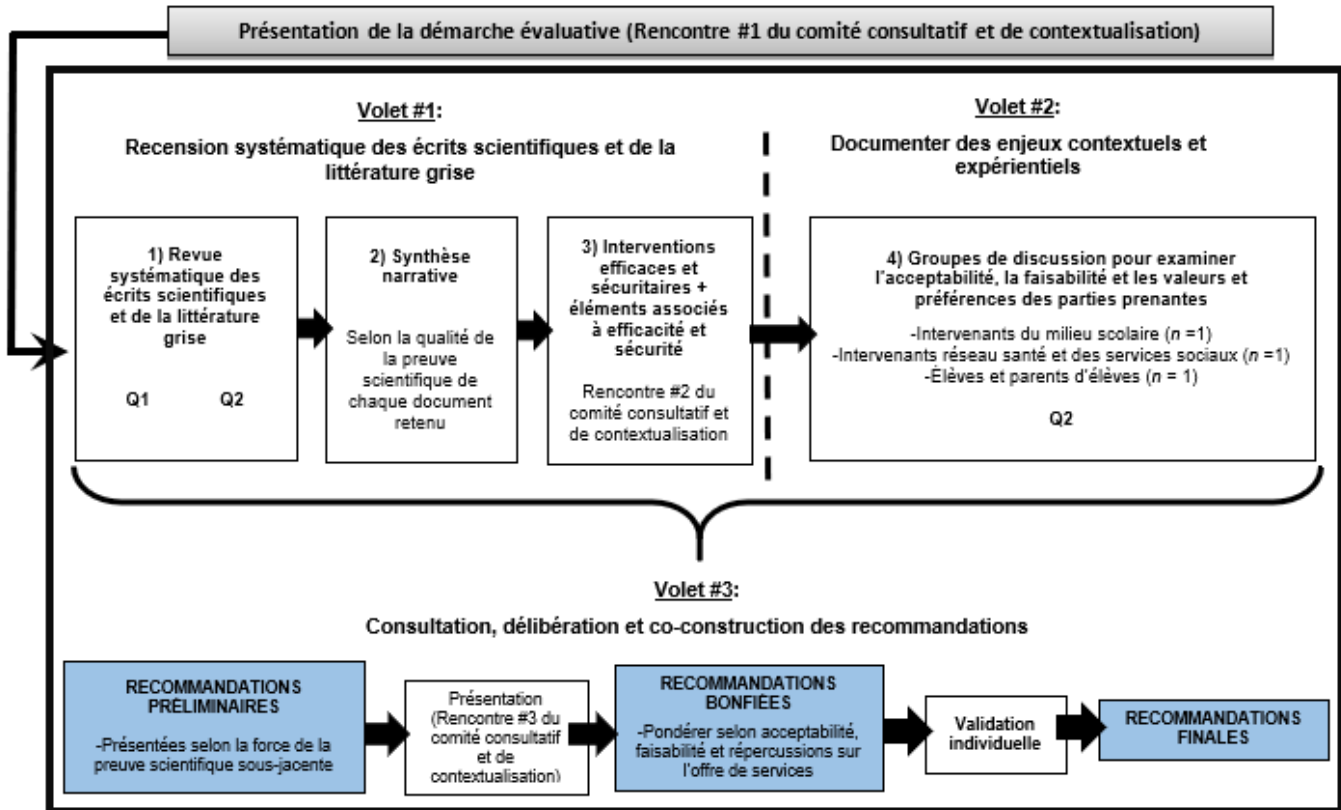


Figure 3. Démarche évaluative employée pour réaliser l'ETMISSS

2.1. Volet #1 (Recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise)

Le premier volet de l'ETMISSS est une revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise. Les objectifs sont 1) de dresser un portrait exhaustif des INT (ou caractéristiques d'INT) efficaces et sécuritaires de prévention primaire et secondaire d'une consommation de SPA chez les jeunes du secondaire, 2) d'identifier les meilleures pratiques et celles à éviter lors d'une INT préventive et 3) de répertorier des documents pertinents n'ayant pas été publiés dans une revue scientifique avec un comité de pairs. Ce premier volet se termine par une synthèse des résultats et tient compte de la qualité de la preuve scientifique de chaque document retenu.

2.1.1 Recension systématique des écrits scientifiques

2.1.1.1. Stratégie de recherche documentaire

Pour réaliser la revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise, une stratégie de recherche documentaire a été élaborée par le bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS/d'Youville (c.-à-d. Francis Lacasse) et le conseiller en évaluation responsable de l'ETMISSS (c.-à-d. Mathieu Roy).

Cette stratégie de recherche a été bonifiée et validée par le bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS/CHUS hôtel-Dieu (c.-à-d. Mykola Krupko). L'exécution de la recherche documentaire a été réalisée par le 1^{er} bibliothécaire susmentionné (c.-à-d. Francis Lacasse).

2.1.1.1.1. Première étape de recherche : Combiner des mots-clés

L'expression « *INT efficaces et sécuritaires de prévention primaire et secondaire d'une consommation de SPA chez les jeunes du secondaire* » a été déclinée en diverses composantes. Sous chaque composante, des mots-clés ont été identifiés pour effectuer la recherche documentaire la plus exhaustive qui soit. Ces mots-clés ont été validés par un bibliothécaire externe (c.-à-d. Mykola Krupko) et par les parties prenantes de cette ETMISSS.

Tableau 1. Mots-clés pour la recension systématique des écrits scientifiques et de littérature grise

Composante A (INT en milieu scolaire)	Composante B (Efficace et sécuritaire)	Composante C (Prévention primaire et secondaire)	Composante D (consommation de SPA)	Composante E (chez des jeunes du secondaire)
Intervention, School, Program, Strategy, Campaign, School Health Services, School-based, Program development, Program evaluation	Efficacy, Efficacy Effective, Effectiveness, Efficient, Evidence, Safety Safe, Successful, Success, Program evaluation, Evaluation	Prevention, Promotion, Primary prevention, Secondary prevention, Health promotion, Preventive health services, Health education, Educational intervention	Use, Consumption, Psychoactive substances, Psychotropic Drugs, Street drugs, Cannabis, Marijuana, Alcohol, Alcohol drinking, Binge drinking, Underage drinking, Energy drinks, Drug education, Drug prevention, Substances-related disorders	Youth, Adolescent, School-based, Student, Young, Secondary school, High school, Middle school, Teen, Teenager

Pour chaque banque de données (c.-à-d.. Medline, CINAHL, PsycInfo, Scopus, Érudit, ERIC, Cochrane database of systematic reviews), la stratégie de recherche fut d'utiliser l'ensemble des mots-clés (selon le vocabulaire et les fonctionnalités propres à chaque banque) pour couvrir chaque composante (en français et en anglais). Les mots-clés ont été combinés sous forme d'équations de recherche et ont été adaptés selon les banques utilisées. Une limite temporelle a été fixée aux 10 dernières années (2009-2019). Les références pertinentes et antérieures ont été conservées.

D'autres outils ont été utilisés pour identifier la littérature grise. Les catalogues BANQ (Bibliothèque et Archives nationales du Québec), CUBIQ (Catalogue collectif de 25 bibliothèques québécoises) et Santécom (Catalogue collectif de bibliothèques spécialisées en santé et services sociaux du Québec) ont été ciblés, ainsi que les moteurs Google et ProQuest Dissertations and Theses. La stratégie de recherche a été la même que celle utilisée pour la revue systématique des écrits scientifiques. Pour Google, les liens des trois premières pages de résultats ont été examinés pour chaque combinaison de mots-clés. Tous les documents pertinents ont été retenus pour analyse.

2.1.1.1.2 Deuxième étape de recherche : Examen des titres et des résumés

Le titre et le résumé de chaque référence obtenue ont été examinés. Les références avec un titre ou un résumé permettant d'exclure un document scientifique ont été supprimées alors que celles répondant aux critères d'inclusions ci-dessous ont été conservées. Cette étape d'examen des titres et résumés a été effectuée indépendamment par le conseiller en évaluation responsable de l'ETMISSS (c.-à-d. Mathieu Roy) et un autre membre de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (c.-à-d. Marie-Belle Poirier).

Tableau 2. Critères d'inclusion/exclusion utilisés pour la revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise

-
- 1) référence en français ou en anglais,
 - 2) portant sur une (ou des) INT de prévention primaire ou secondaire,
 - 3) de la consommation de SPA,
 - 4) chez des adolescents fréquentant une école secondaire,
 - 5) en milieu scolaire
 - 6) abordant un critère d'intérêt du demandeur (c.-à-d. efficacité, sécurité, acceptabilité, faisabilité, valeurs, préférences),
 - 7) durant la période 2009-2019,
 - 8) et présentant des résultats originaux (donc exclusion des protocoles de recherche).
-

2.1.1.1.3. Troisième étape de recherche : Sélection des références pertinentes

Chaque document restant a été lu en entier. À la suite de cette lecture, des documents ont été rejetés et d'autres conservés. Cette deuxième étape de suppression s'est faite sur la base des mêmes critères d'inclusion que ceux ci-dessus. Cela a permis de supprimer les documents non pertinents qu'une lecture du titre et du résumé ne permettait pas. Cette étape a aussi été effectuée de manière indépendante par deux membres de notre UETMISSS (c.-à-d. Marie-Belle Poirier et Mathieu Roy).

2.1.2. Procédure d'extraction des données issues des études/documents sélectionnés

Une procédure d'extraction des données a été effectuée à l'aide de cinq grilles (c.-à-d. revue littérature et recension systématique, étude quantitative, étude qualitative, étude mixte, autre document scientifique, voir annexe 1). Cette étape a été effectuée de manière indépendante par deux membres de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (c.-à-d. Mathieu Roy et Maria Benkhalti).

2.1.3 Évaluation de la qualité des écrits scientifiques et de la littérature grise

Tous les documents retenus ont subi un processus d'évaluation de la qualité pour moduler la synthèse des résultats selon la preuve scientifique. Puisque la stratégie de recherche tient compte de différentes approches méthodologiques (c.-à-d. quantitative, qualitative, mixte) et catégories de publication (c.-à-d. recherche originale, revue de littérature, littérature grise), cinq grilles d'évaluation ont été utilisées. Cette étape a été effectuée de manière indépendante par deux membres de notre UETMISSS (c.-à-d. Mathieu Roy et Maria Benkhalti).

2.1.3.1. Grille d'évaluation de la qualité des articles quantitatifs

La grille pour évaluer les articles quantitatifs est celle de Timmer et collègues (15). Bien que cette grille ait été développée pour juger la qualité d'un résumé, elle peut être utilisée pour juger la qualité d'articles scientifiques (16–18). Cette grille contient 19 items (p. ex. clarté de la question de recherche et des objectifs, méthode de recrutement, définition des variables, tests statistiques appropriés) et une source supplémentaire de points. Pour chaque item, deux points sont attribués à l'article s'il est atteint, un s'il est partiellement atteint et aucun s'il n'est pas atteint. Cinq points sont aussi attribués selon la conception de l'étude et l'existence d'une randomisation. Le score maximal est 43 points. Les 19 items ne sont pas applicables à toutes les études. Pour chaque item non applicable, deux points sont soustraits du score total possible. Cela se traduit par une nouvelle note maximale. Pour comparer les scores entre articles, un rapport a été calculé en divisant la note d'un article par sa note maximale. Les scores de qualité varient entre 0 et 1 (les meilleurs avec un score plus près de 1).

2.1.3.2. Grille d'évaluation de la qualité des articles qualitatifs

La grille pour évaluer la qualité des articles qualitatifs est celle du National Institute for Health and Clinical Excellence (19). Cette grille à 13 items évalue six composantes d'une étude qualitative (c.-à-d. but, conception, recrutement et collecte, analyse, résultats/interprétation, implication). Chaque item

est dichotomique. Une fois les items jugés, l'article reçoit un score « ++ » si la totalité ou la plupart des items sont remplis, « + » si certains des items sont remplis ou un « - » si peu ou pas d'items sont remplis. Pour évaluer la subjectivité, le score « ++ » est attribué aux articles traitant 11 items et plus, le score « + » aux articles traitant 7 à 10 items et le score « - » aux articles traitant 6 items ou moins.

2.1.3.3. Grille d'évaluation de la qualité des études mixtes

La grille pour juger les études mixtes est la « Mixed Methods Appraisal Tool » (20). Cette grille contient deux composantes communes. La première permet d'évaluer des éléments propres à tout article scientifique (2 items) et la deuxième, des critères propres aux études mixtes (5 items). En plus de ces composantes communes, s'ajoute une troisième et une quatrième composante spécifique au devis d'étude qualitatif et quantitatif employé (chaque composante contient 5 items). Tous les items sont dichotomiques (c.-à-d. oui, non). Chaque étude peut amasser un maximum de 17 points. Un rapport a été calculé en divisant la note obtenue par la note maximale possible afin de permettre la comparaison des scores.

2.1.3.4. Grille d'évaluation de la qualité des revues de la littérature

La grille utilisée pour juger la qualité des revues de littérature est AMSTAR-2 (21) qui évalue la présence ou l'absence de 16 items (p. ex. question de recherche, critères d'inclusion/exclusion, stratégie de recherche documentaire, liste des études incluses et exclues, double sélection indépendante, conflits d'intérêts). Pour chaque item, deux points sont attribués à l'article s'il est atteint, un s'il est partiellement atteint et aucun s'il n'est pas atteint. Le score maximal est 32 points. Tous les items ne sont pas applicables à toutes les revues de littérature. Ainsi, pour chaque item non applicable, deux points sont soustraits du score total possible. Cela se traduit par une nouvelle note maximale. Pour comparer les scores de qualité, un rapport a été calculé en divisant la note obtenue par la note maximale possible. Plus ce rapport se rapproche de 1, plus la revue est de qualité supérieure.

2.1.3.5. Grille d'évaluation de la qualité pour les guides de pratique

La grille utilisée pour juger la qualité des guides de pratique est AGREE-2 (22). Cette grille contient 23 items organisés en six domaines. Chaque domaine est conçu pour décrire une dimension de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (c.-à-d. champ et objectif, participation des groupes concernés, rigueur d'élaboration, clarté et présentation, applicabilité, indépendance éditoriale). Chaque item est coté sur une échelle de 1 à 7. Un score de 1 indique une absence d'informations ou un item très mal rapporté. Une note de 7 indique que la qualité du guide de pratique est exceptionnelle pour cet item. Un score entre 2 et 6 indique que l'item ne répond pas pleinement aux critères de la grille. Pour comparer les scores de qualité, un rapport est calculé en divisant la note obtenue par la note maximale (c.-à-d. $23 \times 7 = 161$). Plus ce rapport est près de 1, plus le guide de pratique clinique est de qualité supérieure.

2.1.4. Synthèse narrative des résultats

À partir des données extraites, une synthèse des résultats a été effectuée. Cette synthèse des résultats tient compte de la qualité de la preuve scientifique pour chaque document retenu.

2.2. Volet #2 (Documentation des données contextuelles et expérientielles)

Le deuxième volet de l'ETMISSS documente des enjeux contextuels et expérientiels vécus par les acteurs concernés. Pour explorer ces enjeux, nous avons mené trois groupes de discussion d'une durée approximative de deux heures :

Groupe de discussion #1 → Intervenants issus du milieu scolaire Groupe de discussion #2 → Intervenants issus du CIUSSS de l'Estrie - CHUS Groupe de discussion #3 → Élèves et parents d'élèves de diverses écoles secondaires de Sherbrooke

Chaque groupe de discussion était constitué de 7 à 10 participants. Le recrutement des participants (opportuniste) a été effectué par le conseiller en évaluation en collaboration avec des membres du comité consultatif et de contextualisation.

2.2.1. Guide d'entrevue pour les groupes de discussion

Le guide d'entrevue semi-structurée s'inspire des résultats obtenus au volet #1 de l'ETMISSS (c.-à-d. revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise).

2.2.2. Analyse des données qualitatives

Une analyse de contenu en quatre étapes (23,24) a été effectuée sur les données qualitatives recueillies.

2.2.2.1. Première étape : Double écoute des enregistrements

Deux écoutes de chaque groupe de discussion ont été effectuées par le conseiller en évaluation. La première était une écoute d'appropriation qui permettait d'identifier des thèmes émergents. Des passages bruts ont été placés sous chaque thème pour enrichir la synthèse des résultats. La deuxième écoute était une écoute de validation qui augmente la validité interne de la démarche d'analyse de contenu.

2.2.2.2. Deuxième étape : Codage des données qualitatives et synthèse des résultats

La deuxième étape de l'analyse de contenu est celle du codage. Les thèmes identifiés ont été regroupés en dimension (25) à l'aide d'un codage ouvert qui s'effectue en deux temps (c.-à-d. codage axial et sélectif). Au codage axial, les catégories d'analyses sont issues de l'écoute des groupes de discussions (26). L'évaluateur identifie des passages conceptuellement liés les uns aux autres. Ces passages correspondent à des idées, thèmes ou concepts en regard des questions d'évaluations. L'évaluateur regroupe ensuite ces passages en dimensions globales. Vient ensuite le codage sélectif qui consiste à ordonner par importance les dimensions d'analyse précédemment créées.

2.3. Volet #3 (Consultation, validation et élaboration des recommandations)

Le troisième volet de l'ETMISSS est un volet de consultation, délibération et coconstruction des recommandations. Dans un premier temps, des recommandations préliminaires ont été élaborées. Ces recommandations ont été présentées en comité consultatif. Grâce aux commentaires des gens sur ce comité, ces recommandations préliminaires ont été pondérées et sont devenues des recommandations bonifiées. Ces recommandations bonifiées ont été validées individuellement pour en faire des recommandations finales.

2.3.1. Révision externe des données scientifiques

À la suite de la finalisation des volets #1 et #2 de l'ETMISSS et à l'écriture d'un rapport préliminaire, une réviseuse externe a commenté la démarche évaluative et son contenu scientifique afin d'améliorer la qualité du rapport final.

2.3.2. Élaboration et catégorisation des recommandations préliminaires

Les recommandations préliminaires ont été formulées avec l'ensemble des données probantes (c.-à-d. écrits scientifiques, littérature grise, données contextuelles, données expérientielles). Chaque recommandation préliminaire a été catégorisée selon la force de sa preuve scientifique (c.-à-d. Tableau 1, Annexe 3) (27,28). Selon cette méthode déjà employée dans des ETMISSS en santé mentale (28), en santé publique (29) et dans le domaine des troubles de la conduite alimentaire, (30) trois éléments déterminent la force de la preuve scientifique sous-jacente à une recommandation préliminaire (c.-à-d. SQ des documents scientifiques, cohérence entre données scientifiques et littérature grise, cohérence entre données scientifiques et données contextuelles/savoirs expérientiels). Dans une situation où il y a conflit entre ces éléments (c.-à-d. données issues d'un ou plusieurs écrits scientifiques, mais cohérence forte, moyenne, faible (ou pas de cohérence) entre les corpus de connaissances), les SQ des documents scientifiques deviennent discriminant dans la détermination de la force de la preuve scientifique sous-jacente à la recommandation préliminaire.

2.3.2.1. Formation d'un comité consultatif et de contextualisation

Un comité consultatif et de contextualisation a été formé en début d'ETMISSS (Annexe 2) pour :

- a. S'exprimer quant aux dimensions et indicateurs sélectionnés,
- b. Commenter le plan de réalisation et bonifier la démarche évaluative,
- c. Suivre les travaux de l'ETMISSS,
- d. Donner ses commentaires et suggestions à différents moments clés,
- e. Coconstruire les recommandations issues de la démarche évaluative.

Ce comité s'est réuni deux fois en présentiel et une fois de manière virtuelle. Des représentants du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, de l'UETMISSS, des milieux scolaires et policiers, des experts en recherche, ainsi qu'un parent d'élève fréquentant une école secondaire estrienne siégeaient à ce comité.

2.3.3. Présentation des recommandations préliminaires en comité consultatif

Les recommandations préliminaires ont été présentées au comité consultatif (par courriel) pour examiner leur acceptabilité, leur faisabilité et leur pertinence, obtenir des commentaires et s'enquérir d'éléments dont il faut tenir compte vers l'élaboration de recommandations bonifiées.

2.3.4. Pondération des recommandations préliminaires

À la suite de cette présentation par courriel des recommandations préliminaires, celles-ci ont été pondérées en recommandations bonifiées. Cette pondération a été effectuée grâce aux commentaires reçus par l'ensemble des membres du comité consultatif et de contextualisation (par courriel) et sur la base de trois critères de délibération, soit : 1) les avantages et inconvénients des recommandations préliminaires, 2) leurs acceptabilité, faisabilité et pertinence et 3) l'utilisation juste et adéquate des ressources du demandeur et les répercussions sur l'offre de services. Une recommandation préliminaire avec une preuve de forte qualité pouvait être pondérée à la baisse, tout comme une recommandation avec une preuve de faible qualité pouvait être pondérée à la hausse.

2.3.5. Production d'un rapport ETMISSS contenant des recommandations finales

Les recommandations bonifiées ont été validées individuellement par les membres du comité consultatif. Après cette série de consultations individuelles, les recommandations bonifiées sont devenues finales.

3. RÉSULTATS

La revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise a identifié 445 documents. Une fois les doublons éliminés, 431 références ont été examinées (double lecture indépendante #1). Suite à cette première lecture, 303 documents ont été rejetés et 128 ont été lus en entier (double lecture indépendante #2). Après cette deuxième lecture, 75 titres ont été rejetés pour conserver 53 documents à des fins d'évaluation de la qualité. La double sélection indépendante a indiqué un accord excellent aux deux étapes d'exclusion (coefficient kappa = 0.97 et 0.93).

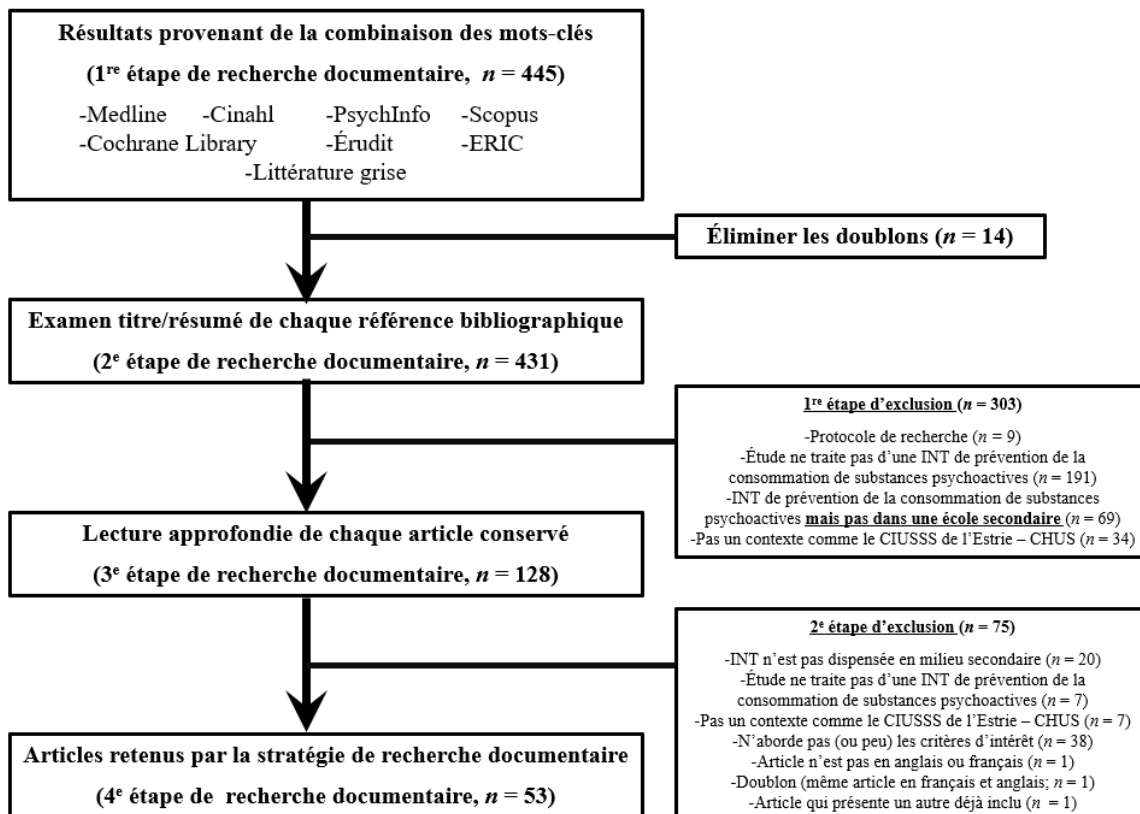


Figure 4. Diagramme de flux pour la revue systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise

3.1. Efficacité et sécurité des interventions de prévention de la consommation de substances psychoactives chez les adolescents au secondaire

3.1.1. Recension des écrits scientifiques incluant la littérature grise

Suite au premier volet de l'ETMISSS, 53 documents traitent de l'efficacité ou de la sécurité d'une INT préventive de la consommation de SPA chez des élèves au secondaire. Il y a 10 études quasi expérimentales pré-post (31-40) de qualité modérée ou élevée, 15 études cliniques randomisées (ECR) (41-55) de qualité modérée ou élevée, une étude de cas de faible qualité (56), trois études qualitatives (57-59) de qualité modérée ou élevée, quatre études mixtes (60-63) de qualité variable, une revue narrative de faible qualité (64), neuf revues systématiques des écrits scientifiques (65-73) de qualité variable et 10 documents de littérature grise (c.-à-d. un guide de pratique clinique de faible qualité) (74), sept documents de type synthèse/état de situation (75-81) et deux chapitres de livre (82,83).

Suite à la lecture de ces documents, deux constats généraux émergent. Il existe trois types d'INT préventives (c.-à-d. universelles, sélectives, ciblées). Les INT universelles visent tous les jeunes, peu importe leurs habitudes de consommation ou leur risque de développer une problématique postconsommation. Les INT sélectives ciblent des jeunes qui consomment ou non et qui sont à risque de développer des problèmes postconsommation. Les INT ciblées s'adressent aux jeunes qui ont des problèmes postconsommation (bien qu'ils ne remplissent pas les critères d'une dépendance) (42,69,74,80–83). Deuxième constat, il existe plusieurs INT préventives visant la consommation de SPA et chaque INT peut viser une ou plusieurs SPA. Pour faire état de toute cette information, les documents recensés sont présentés sous cinq catégories.

Tableau 3. Classification des interventions de prévention de la consommation de SPA en cinq catégories

<p>3.1.1.1) Interventions de prévention de la consommation d'une seule substance psychoactive</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alcool -Cannabis -Tabac -Autres types de drogues <p>3.1.1.2) Interventions de prévention de la consommation de deux substances psychoactives</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alcool et cannabis -Alcool et tabac -Alcool et autres types de drogues -Cannabis et autres types de drogues <p>3.1.1.3) Interventions de prévention de la consommation de trois substances psychoactives</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alcool, cannabis et tabac -Alcool, cannabis et autres types de drogues -Alcool, tabac et autres types de drogues <p>3.1.1.4) Interventions de prévention de la consommation de quatre substances psychoactives</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alcool, cannabis, tabac et autres types de drogues <p>3.1.1.5) Interventions de prévention de la consommation de substances psychoactives (substances et nombre non spécifiés)</p>
--

3.1.1.1. Interventions de prévention de la consommation d'une seule substance psychoactive

Alcool

Huit documents traitent d'INT visant l'alcool (31,36,43,46,63,67,71,79). Une revue systématique des écrits scientifiques de qualité modérée qui regroupe les données de 142 738 élèves note des résultats variables (parfois positifs, d'autres fois négatifs) (67). Lorsqu'il y a effet positif, c'est sur l'état d'ivresse et la consommation excessive occasionnelle (67). Toujours selon ce document (67), trois INT (p. ex. « *Unplugged* », « *Good behavior game* », « *Life skills training* ») sont efficaces à long terme malgré un effet modeste. Une autre revue systématique des écrits scientifiques de faible qualité (71) fait état de l'efficacité des INT de type « *éducation sanitaire* » sur l'acquisition de connaissances des élèves. Ceci dit, acquisition de connaissances ne signifie pas modification comportementale (71,79). Cette deuxième revue systématique présente des preuves de l'efficacité d'autres INT (c.-à-d. « *Talk About Alcohol* » en Angleterre, « *School Health and Alcohol Harm Reduction Project* » en Australie et Irlande du Nord, « *Medical Student Delivery of Alcohol Education to High School Pupils* » au Pays de Galles, « *Drug Education in Victorian School* » en Australie, « *Reinforcing Alcohol Prevention* », « *Juvenile and Adolescent Substance Abuse Prevention Program* » et « *Life-Skills Training Program* » aux É.-U.) (71). Dans l'ensemble, les élèves améliorent leur compréhension des risques et effets de la consommation d'alcool. Les composantes efficaces de ces INT sont l'implication des parents et la prestation de l'INT par des experts plutôt que des enseignants. Les auteurs concluent que les INT de prévention de l'alcool

doivent faire l'équilibre entre les éléments de connaissances et de compétences, adapter leur curriculum à l'âge des jeunes et être dispensées de manière interactive. Dans un état de situation, l'INT « *In:tuition* » qui fait la promotion de compétences psychosociales est évaluée et les auteurs notent aussi un impact positif sur les connaissances des élèves (mais pas sur les comportements (71,79).

Deux ECR sont recensées. Le premier de qualité élevée, « *eCHECKUP TO GO* », teste sur 346 élèves et vise la prévention de la consommation par une action sur les facteurs de risques associés (c.-à-d. attentes et croyances sur l'alcool, perception d'une consommation par les pairs) (43). L'INT est dispensée en classe (par ordinateur) et dure 30 minutes. Les résultats indiquent que les filles ont une diminution plus importante des facteurs de risques que les garçons.

Un autre ECR de qualité élevée, « *Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme* », teste sur 10 405 élèves de 11-12 ans dans 105 écoles secondaires (46). L'INT combine composantes individuelles et parentales pour hausser les techniques de résistance à l'alcool (c.-à-d. apprendre à reconnaître les situations à haut risque, sensibiliser aux influences extérieures, combiner maîtrise de soi et techniques de refus). Les résultats indiquent que moins d'élèves exposés ont des comportements de consommation élevée en comparaison aux contrôles (17 % vs 26 %; OR = 0,60, IC 95 %: 0,49-0,73).

Trois études quasi expérimentales sont aussi étudiées. Dans la première étude (qualité élevée), l'INT « *Triad* » est examinée sur 444 élèves de 7^e à 9^e année (31). Les enseignants ont un choix de thèmes qui s'intègrent au cursus scolaire. Pour chaque thème, quatre ou cinq activités de 80 minutes sont proposées. L'INT implique les parents par des activités à domicile. Aucune différence n'est toutefois observée sur la consommation et l'intoxication à l'alcool. Une deuxième étude de qualité modérée (63) teste une INT qui vise à rehausser les connaissances des élèves sur l'alcool, ses effets et ses implications juridiques. L'INT est dispensée de manière interactive en cinq séances. Les auteurs notent que les filles considèrent les comportements liés à l'alcool plus risqués que les garçons malgré une hausse des connaissances chez les deux genres. Les données suggèrent que le contenu du curriculum doit être stratifié selon le genre puisque filles et garçons ont des sujets d'intérêts différents. Si deux thèmes d'INT sont unisexes (c.-à-d. conséquences d'une consommation, importance de trouver un moyen sûr de rentrer chez soi), les garçons souhaitent aborder les effets d'une consommation irresponsable sur la communauté, les amis et la famille tandis que les filles souhaitent aborder les effets de l'alcool sur le corps. Une troisième étude quasi expérimentale (qualité modérée) vise 318 élèves de 13 à 15 ans dans quatre écoles secondaires australiennes. L'INT contient 12 séances pour les élèves de 7-8^e année et 10 séances en 9^e année (36). Elle est axée sur l'intégration de stratégies d'apprentissage qui traitent de connaissances et compétences de négociation, implique les élèves dans la résolution des problèmes et déconstruit les normes sociales. Les résultats indiquent que les élèves exposés sont plus au fait des problèmes liés à l'usage d'alcool, communiquent plus avec leurs parents sur cette substance, boivent et se saoulent moins et perçoivent moins de conséquences sociales et de santé liées à leur consommation. Cependant, ils ne sont pas moins susceptibles d'essayer l'alcool.

Faits saillants: Les interventions préventives visant la consommation d'alcool ont une efficacité variable et des effets modestes. Il est vrai qu'elles rehaussent les connaissances des jeunes sur les implications d'une consommation. Toutefois, avoir plus de connaissances ne se traduit pas par une modification comportementale. Certaines composantes des interventions préventives semblent plus efficaces que d'autres. C'est le cas de l'implication des parents, de la prestation de l'intervention par un expert (plutôt qu'un professeur), d'une intervention adaptée à l'âge et au genre et de l'utilisation d'une pédagogie interactive.

Cannabis

Trois documents traitent d'INT de consommation du cannabis (44,56,72). Dans une revue systématique des écrits scientifiques de qualité élevée (72), les auteurs notent que les INT incorporant des caractéristiques issues de plusieurs approches sont plus efficaces que celles basées sur une seule approche. Les INT plus longues, interactives, animées par un expert et visant les ≥ 14 ans sont plus efficaces (72). Une étude de cas de faible qualité (56) teste l'efficacité de « *MAKINGtheLINK* » qui s'appuie sur des programmes d'éducation en toxicomanie et santé mentale et qui cible les comportements de recherche d'aide. Cette INT est dispensée en deux séances de 48 minutes en 10^e année. Après analyse des résultats, la majorité des étudiants (>70%) sont plus enclins à demander de l'aide puisqu'ils sont désormais conscients de la confidentialité professionnelle.

Finalement, un ECR de qualité élevée (44) teste l'efficacité d'une INT brève sur 1038 élèves de 9^e année (deux séances de groupe de 90 minutes dispensées par du personnel scolaire). L'INT vise le comportement à risque le plus dominant parmi le désespoir, l'anxiété, l'impulsivité et la recherche de sensations fortes (via des exercices psychoéducatifs, motivationnels et cognitifs, ainsi que des scénarios vécus par des jeunes). Les résultats indiquent une diminution de la consommation à 6 mois et de la fréquence d'utilisation à 12 et 18 mois. Les analyses stratifiées révèlent que l'INT retarde le recours au cannabis chez les adolescents qui recherchent des sensations fortes (OR = 0.25, $\beta = -0.833$, erreur type = 0.342, $p = 0.015$) et qu'une INT ciblée sur la personnalité semble efficace (44).

Faits saillants: Les interventions préventives brèves et ciblées sur la personnalité semblent efficaces pour réduire la consommation de cannabis. Encore une fois, une méthode pédagogique interactive dispensée par un expert (vs un professeur) est un élément qu'il faut inclure lors des interventions préventives.

Tabac

Quatre documents traitent d'INT de prévention du tabagisme (37,41,68,73), dont deux revues systématiques des écrits scientifiques de qualité élevée (68,73). Dans la première revue (68), les preuves sur l'efficacité d'une politique scolaire (seule) pour prévenir le tabagisme au secondaire sont faibles. Au mieux, une politique claire et complète a un faible effet sur le tabac en milieu scolaire. Il est plus probable qu'une politique ait pour effet de déplacer le comportement de l'école à la maison. Certaines composantes des politiques antitabac sont toutefois plus prometteuses (c.-à-d. application cohérente à l'égard des élèves et des adultes de l'école) (68). Dans la deuxième revue (73), les auteurs notent que les INT qui combinent des caractéristiques de développement des compétences sociales et qui tiennent compte de l'influence sociale ont un effet significatif lorsque comparées aux INT basées sur un seul modèle (peu importe si le modèle est basé sur les influences sociales ou sur la transmission d'informations).

Dans un ECR de qualité élevée (41), les auteurs testent une INT (32 séances de yoga en classe) sur 201 élèves de 7^e année pour mieux gérer le stress, développer des compétences sociales et émotionnelles, des relations interpersonnelles harmonieuses et la confiance en soi. Suite à l'INT, les non-exposés sont plus disposés à fumer. Les auteurs croient que le yoga peut avoir un effet protecteur sur le tabagisme.

Dans une étude quasi expérimentale de qualité modérée (37), les auteurs testent une INT en 22 séances (12 en 8^e année et 10 en 9^e année) sur 318 élèves de 13 à 15 ans. L'INT vise l'intégration de stratégies d'apprentissage, de connaissances et compétences de négociation, implique les participants dans la résolution de problèmes et dans la déconstruction des normes

sociales. Les étudiants exposés sont plus nombreux à retenir les leçons sur le tabagisme (mais ne sont pas moins susceptibles de commencer à fumer). Cela dit, ceux qui fument déclarent fumer moins et avoir moins de méfaits associés à leur consommation de tabac.

Faits saillants: Une politique scolaire seule n'a pas ou peu d'effets sur la consommation de tabac. Au mieux, la consommation de tabac passera de l'école à la maison. Les interventions préventives qui combinent plusieurs modèles théoriques sont à privilégier. Encore une fois, l'acquisition de connaissances sur le tabac ne se traduit pas par une modification comportementale.

Autres types de drogues

Trois documents traitent d'INT visant d'autres types de drogues. Une synthèse (76) indique que les INT visant à hausser ses aptitudes pour résister aux pressions sociales sont plus susceptibles d'être efficaces, car elles tiennent compte du fait que les comportements sont influencés par un contexte social, des besoins biologiques et affectifs et des pressions exercées par les pairs. Les INT ne misant que sur le développement d'attitudes ou l'information échouent, car elles ne tiennent pas compte des pressions exercées par les pairs. Le même document (76) soutient que les INT doivent être ciblées, interactives, centrées sur les jeunes, contenir un nombre limité d'élèves et des sessions de renforcement. Les INT axées sur le développement de compétences sociales fonctionnent mieux que les INT axées sur l'apprentissage d'aptitudes à la résistance (76). Finalement, les INT qui se basent sur l'information, la peur ou la morale sont peu efficaces (76).

Un ECR de qualité élevée (42) teste une INT brève de deux séances de groupe de 90 minutes sur 732 élèves de 9^e à 11^e année. L'INT a une composante psychoéducative, motivationnelle, de TCC et des scénarios vécus par des jeunes à risque. Les résultats indiquent qu'elle est efficace pour prévenir une augmentation de la consommation et empêcher l'expérimentation de SPA. Le succès de l'INT serait dû à sa nature sélective. Finalement, dans une étude quasi expérimentale de faible qualité (62), des auteurs testent un jeu vidéo pour simuler les conséquences de la prise de méthamphétamine. Les élèves exposés ont appris sur les effets de la métamphétamine et leur attitude à l'égard de cette substance est plus négative en post-INT.

Faits saillants: Les interventions préventives brèves qui comprennent des composantes motivationnelles et d'enseignement semblent efficaces. Les interventions préventives qui permettent de développer des habiletés de résistances aux pressions sociales des pairs sont aussi à favoriser. Les interventions préventives employant une pédagogie interactive avec peu de jeunes semblent plus efficaces pour réduire la consommation de drogues. Les interventions basées sur la peur ou la morale (ou sur la transmission de connaissances seules) sont à éviter.

3.1.1.2. Interventions de prévention de la consommation de deux substances psychoactives

Alcool et cannabis

Deux revues systématiques des écrits scientifiques traitent d'INT pour la consommation d'alcool et de cannabis (65,69). La première (qualité élevée) (65) fait état de preuves soutenant que les INT brèves sont efficaces pour diminuer la consommation d'alcool et de cannabis en milieu scolaire (vs absence d'INT), mais qu'elles n'ont pas d'effets lorsque comparées à une INT qui donne de l'information seulement.

Dans la deuxième revue (faible qualité) (69), les auteurs présentent des caractéristiques communes aux INT efficaces. Les INT interactives, visant les compétences sociales et personnelles, enseignant des moyens de refuser l'offre de SPA, de résister à l'influence des pairs, dispensées par des experts, qui font participer les jeunes, qui visent les ≥ 14 ans, qui intègrent

les connaissances à d'autres stratégies et qui engagent la communauté sont plus efficaces. Les INT touchant plusieurs SPA et les comportements antisociaux ont aussi un meilleur impact à long terme (vs celles qui visent seulement l'alcool).

Faits saillants: Les interventions préventives brèves semblent efficaces, tout comme les interventions qui utilisent une pédagogie interactive et qui permettent de développer des compétences de refus et de résister à l'influence des pairs. Les interventions efficaces réussissent à intégrer connaissances et développement de compétences, engagent le jeune dans sa communauté et sont dispensées par des experts (plutôt que des professeurs).

Alcool et tabac

Deux documents traitent d'INT pour prévenir la consommation d'alcool et de tabac (53,60). Un ECR de qualité élevée teste « *Resilient families program* » qui vise le développement de réseaux de soutien (53). L'INT souhaite améliorer les habiletés relationnelles et les compétences parentales. En comparaison aux non-exposés, les exposés démontrent un plus faible recours au tabac et à l'alcool (OR = 0.78, IC 95 % = 0.62-0.97) et une fréquence d'utilisation plus faible de ces SPA (utilisation fréquente, OR = 0.69; IC 95 % = 0.52-0.86 et utilisation lourde, OR = 0.75; IC 95 % = 0.60-0.94) (53). Dans une étude de cas mixte de faible qualité (60), l'effet d'une pièce de théâtre est testé sur près de 6000 élèves. La pièce vise à corriger les normes sociales liées au tabac et à l'alcool, les habiletés de refus de ces SPA, à sensibiliser aux avantages d'éviter ces SPA et au coût d'une consommation par l'histoire d'un jeune qui consomme, prend son automobile et qui heurte quelqu'un mortellement. Les sentiments des élèves suggèrent que la mort d'un personnage a eu une incidence sur les perceptions et attitudes à l'égard de la consommation. Les auteurs concluent que cette INT peut compléter des stratégies éducatives traditionnelles.

Faits saillants: Les interventions préventives efficaces visent à développer des habiletés relationnelles ainsi que les compétences parentales.

Alcool et autres types de drogues

Trois documents traitent d'INT visant l'alcool et d'autres drogues (47,52,78). Un ECR de qualité élevée (52) teste une INT brève utilisant une technique motivationnelle dispensée par un psychologue sur 16 semaines à 244 élèves de 13 à 18 ans. Les auteurs notent que les élèves exposés ont une consommation plus faible. Dans un autre ECR de qualité élevée (47) qui teste une INT combinant réduction des méfaits, pédagogie interactive, techniques pour développer des habiletés sociales et qui implique les parents de 1752 élèves de 13 et 14 ans, les auteurs notent une amélioration des connaissances, une hausse de la communication élèves parents et une plus faible consommation chez les exposés. Aucune différence n'est notée pour les attitudes envers l'alcool ou la proportion de buveurs et de buveurs à risque.

Dans un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (78), les auteurs rappellent que la prévention des SPA dépasse la sensibilisation par transmission d'informations. Les actions préventives doivent dépasser l'école, être planifiées avec tous les acteurs, miser sur les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque pour retarder l'initiation. Ce document nomme des mesures préventives universelles efficaces (c.-à-d. discuter des conséquences de consommer, trouver d'autres solutions, développer la maîtrise de soi, la résolution de problèmes, des techniques de refus, impliquer les parents et promouvoir chez les adultes une consommation responsable) et des mesures préventives ciblées efficaces (c.-à-d. TCC pour gestion du stress et de l'anxiété, développer des stratégies axées sur la maîtrise de soi et l'engagement des parents). Ce document se termine en présentant une liste de mesures considérées comme inefficaces. En ce qui concerne le contenu à transmettre, il ne faut pas uniquement donner de l'information sur

les SPA et leurs effets, dramatiser, culpabiliser ou être moralisateur. Il ne faut pas parler à long terme, orienter les INT sur l'affectif et présenter des témoignages d'anciens toxicomanes. Sur le plan de l'INT, il ne faut pas axer sur des mesures de contrôle/sanction, présenter des exposés magistraux devant de grands groupes où les jeunes sont passifs, réunir des jeunes à risque dans un même groupe ou avoir un groupe hétérogène sur l'âge et les expériences de consommation.

Faits saillants: Les interventions brèves employant des techniques psychoéducatives ou motivationnelles sont efficaces. Encore une fois, une pédagogie interactive, le développement d'habiletés sociales et de refus, l'implication des parents sont des éléments associés à l'efficacité d'une intervention préventive. Il ne faut pas construire d'interventions préventives axées sur la transmission d'informations (seule), sur un discours moralisateur ou culpabilisateur ou axer sur le témoignage d'anciens usagers. Les exposés magistraux devant de grands groupes de jeunes à risque sont à proscrire.

Cannabis et autres types de drogues

Une revue systématique des écrits scientifiques de qualité élevée qui regroupe 51 études et 127 146 élèves de 6 et 7^e année traite d'INT de la prévention de la consommation de cannabis et d'autres types de drogues (66). Les auteurs indiquent que les INT basées sur l'amélioration des compétences sociales sont plus efficaces pour réduire la consommation de drogues (et l'intention d'en consommer) et améliorer les connaissances des jeunes sur les drogues (vs pas d'INT). Il est dit que les INT basées sur le modèle de l'influence sociale montrent des effets faibles (vs pas d'INT). Les INT basées sur une combinaison de modèles donnent de meilleurs résultats dans la prévention du cannabis et des autres drogues. Finalement, les INT basées seulement sur l'acquisition de connaissances ne démontrent aucun effet sur la consommation de SPA (même si les connaissances de ceux qui consomment s'améliorent).

Faits saillants: Les interventions qui combinent plusieurs modèles théoriques sont plus efficaces. Une hausse des connaissances ne signifie pas une modification des comportements nuisibles chez le jeune.

3.1.1.3. Interventions de prévention de la consommation de trois substances psychoactives

Cannabis, tabac et autres types de drogues

Sept documents (c.-à-d. deux études quasi expérimentales et cinq ECR) traitent d'INT visant la prévention de la consommation de cannabis, de tabac et d'alcool (31,37,42,46–48,51). Dans une étude quasi expérimentale de qualité élevée (34), l'INT « *Project toward no drug abuse* » qui comprend des activités motivationnelles, un entraînement aux habiletés sociales et décisionnelles et des stratégies d'adaptation pour réduire la consommation de SPA est testée sur 3751 élèves. En 12 séances de 40-50 minutes dispensées par des professeurs sur 4 à 6 semaines, les résultats indiquent une amélioration des croyances sur l'immoralité de consommer des drogues. L'exposition est associée à une amélioration des connaissances sur les drogues, une diminution des mythes favorables à leur usage et de l'intention de consommer du cannabis. Dans une étude quasi expérimentale de qualité modérée (40), l'INT « *Prevention through Alternative Learning Styles* » est testée sur 455 élèves de 6^e année. Cette INT vise les influences sociales et l'enseignement de techniques de refus. Après 10 séances, les exposés sont moins nombreux à avoir l'intention de consommer de l'alcool et du tabac. Ce résultat est toujours noté à 12 et 24 mois (40).

Un ECR de qualité élevée(45) teste l'efficacité de « *Health School & Drugs* » sur 3784 élèves de 11 à 15 ans. C'est une INT universelle implantée dans 60 % des écoles secondaires néerlandaises qui vise à réduire l'usage de SPA. Le programme qui repose sur de l'information en ligne, la participation des parents, la réglementation de l'abus de SPA et du counseling en matière

de toxicomanie est jugé inefficace par les auteurs (45). Un deuxième ECR de qualité élevé (51) teste PROSPER (c.-à-d. *Promoting School Community University Partnerships to Enhance Resilience*) sur 636 élèves de 6 et 7^e année. L'INT implique les parents et offre une flexibilité aux écoles dans le choix d'un curriculum adapté à leurs besoins. Chaque curriculum contient des activités de promotion des compétences individuelles et des comportements prosociaux pour réduire l'acceptabilité sociale des SPA et modifier la perception des conséquences liées à la consommation. Les résultats indiquent que lorsque les adolescents ont davantage de symptômes dépressifs, ils croient plus fermement que la consommation a des avantages. Ils perçoivent des niveaux plus élevés de toxicomanie chez leurs pairs et ont plus d'amis qui consomment (bien qu'ils ne soient pas plus susceptibles d'augmenter leur utilisation de SPA eux-mêmes). Cela fait de PROSPER une INT efficace chez les élèves avec plus de symptômes dépressifs.

La même INT est testée dans un ECR de qualité élevée (51) sur 11 960 élèves. Les résultats indiquent que la consommation de SPA est plus faible dans le groupe exposé. En effet, la croissance de l'utilisation abusive est plus faible chez les exposés pour 8 variables sur 10. L'effet de l'INT est aussi plus important chez les jeunes à risque plus élevé de consommation pour 6 variables sur 10 (en 11^e année) et sur la consommation de SPA illicites (en 12^e année).

Dans un quatrième ECR (qualité modérée) (54), l'INT « *Unplugged* » qui est basée sur un modèle d'influence sociale et qui vise le développement des habiletés personnelles et sociales est testée en 12 séances d'une heure par un professeur sur 5541 élèves de 12-14 ans. Les résultats indiquent qu'à 3 mois post-INT, le groupe exposé à une plus faible prévalence de consommation de tabac, de cannabis et d'épisodes d'ébriété. Cet effet est toujours noté 15 mois post-INT (sauf pour le tabac). Bien que cette INT soit universelle, les gains semblent meilleurs chez les jeunes défavorisés.

Finalement, un cinquième ECR de qualité élevée (50) teste « *Adolescent Substance Use Prevention Program* » sur 19 529 élèves de 7^e à 9^e année. L'INT vise à développer des stratégies de refus, de communication et de gestion personnelle. Les résultats indiquent des effets négatifs de l'INT via une hausse de la consommation d'alcool et de tabac entre la 7^e et 11^e année. Cette INT ne doit pas être utilisée comme une INT universelle. Cependant, un effet positif est noté pour les élèves qui consomment du cannabis en pré-INT, ce qui indique que l'INT pourrait être davantage sélective qu'universelle.

Faits saillants: Les interventions préventives avec les meilleurs résultats sont celles qui permettent le développement d'habiletés personnelles et sociales (surtout chez les jeunes qui sont en situation de vulnérabilité) et des techniques permettant de refuser les substances psychoactives.
--

Alcool, cannabis et autres types de drogues

Deux documents traitent d'INT visant la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues (55,70). Dans une revue systématique des écrits scientifiques de qualité élevée (70), les auteurs notent que les INT universelles visant des comportements à risques multiples font réduire le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues (vs pas d'INT). Des caractéristiques communes aux INT efficaces sont notées. Ces INT développent les connaissances des élèves et leurs compétences sociales et personnelles. Elles sont interactives, dispensées par des experts, incluent les parents, ne proposent pas de sanctions à la consommation et ciblent les jeunes de 12 à 14 ans (70).

Dans un ECR de qualité modérée (55), deux INT brèves sont dispensées sur 315 élèves usagers de drogues. Ces élèves sont répartis en trois groupes (INT brève, INT brève avec parents, témoin).

L'INT contient deux séances et celle avec parents en contient trois. Les séances de 60 minutes sont dispensées par un intervenant spécialisé et adoptent une approche motivationnelle. La première session transmet de l'information sur la consommation, ses conséquences, sur la volonté de changement et sur les changements que les élèves souhaitent effectuer. La deuxième session suit le changement souhaité, identifie des situations à haut risque et des stratégies pour y faire face. La session avec les parents les outillent pour mieux aider leurs enfants. Les auteurs ont émis deux conclusions. Tout d'abord, les deux INT sont associées à une diminution de la consommation (vs témoin). Ensuite, l'INT avec la séance parentale est associée à une diminution plus importante de la consommation (vs groupe sans séance parentale).

Faits saillants: Les interventions préventives brèves sont plus efficaces si elles impliquent un parent. Les mêmes éléments d'efficacité reviennent, soit l'utilisation d'une pédagogie interactive, dispensée par des experts qui évitent les sanctions et qui privilégient le développement de compétences personnelles et sociales.

Alcool, tabac et autres types de drogues

Deux études quasi expérimentales de qualité modérée traitent de prévention de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres types de drogues (38,39). Dans la première étude (38), les auteurs testent « *Refuse, Remove, Reasons* » sur 1352 adolescents. Il s'agit d'une INT à 5 séances (1 par semaine) sur 5 sujets (c.-à-d. alcool et tabac, cannabis, stéroïdes, médicament en vente libre et sur ordonnance, héroïne, conséquences de l'utilisation). L'INT donne de l'information sur les SPA, leurs risques et des techniques de refus. Chaque session comprend un court vidéo avec de l'information adaptée à l'âge au travers d'histoires vécues. La vidéo est suivie de questions destinées à aider les élèves à intégrer l'information reçue, améliorer la perception du préjudice, remettre en question des normes sociales et mettre en pratique des techniques de refus. Chaque session se termine par une activité donnant de nouvelles possibilités de se concentrer sur une prise de décision saine. Les résultats indiquent une diminution de la consommation et de l'acceptation de l'alcool et du tabac, ainsi qu'une augmentation de la perception négative de la consommation de drogues.

La deuxième étude porte sur « *One Life* », une INT de mentorat pour réduire la consommation de SPA et avoir un impact sur des facteurs de risque d'élèves à risque (39). L'INT testée sur 94 élèves de 8^e à 10^e année (pendant 4 mois) comprend des activités parascolaires dans un environnement positif, un mentor qui dispense deux rencontres de 45-60 minutes par semaine et une planification de carrière. Comparés aux témoins, les participants à l'INT ont une diminution du tabagisme, de l'alcool et des inhalants. Parmi les autres avantages, on compte un intérêt accru pour l'enseignement supérieur et une amélioration des compétences sociales.

Faits saillants: Les interventions à privilégier sont celles qui permettent de développer des habiletés de refus et de remettre en question les normes sociales autour d'une consommation de substances psychoactives.

3.1.1.4. Interventions de prévention de la consommation de quatre substances psychoactives

Alcool, cannabis, tabac et autres types de drogues

Un ECR de qualité élevée teste une INT (c.-à-d. « *Alert* ») qui vise la prévention de la consommation d'alcool, de cannabis, de tabac et d'autres types de drogues (48). L'INT vise les compétences de résistance des élèves de 7 et 8^e en vue de réduire leur consommation de SPA au moyen de 11 séances la première année et trois rappels l'année suivante. Les séances sont conçues pour s'adapter à une classe de 45 minutes (1 fois/semaine). Les activités comprennent des discussions, des activités de groupe, des exercices de jeu de rôle et de vidéo. L'efficacité de l'INT a été testée sur 5883 élèves de 6^e à la 8^e année. En pré-INT, les élèves exposés sont plus

susceptibles d'utiliser une des 8 mesures examinées (utilisation à vie ou 30 derniers mois des 4 SPA). Pour toutes les mesures sauf l'utilisation à vie du tabac, ces différences sont moins prononcées au suivi et révèlent un effet favorable de l'INT. Ces changements sont toutefois significatifs pour une seule variable (c.-à-d. consommation d'alcool dans les 30 derniers jours).

3.1.1.5. Interventions de prévention de la consommation de substances psychoactives (substances et nombre non spécifié)

Finalement, 12 documents traitent d'INT préventive sans spécifier la substance. Une revue narrative de faible qualité (64), deux études quasi expérimentales de qualité modérée (33,35), une étude qualitative de qualité modérée (59), une étude mixte de qualité élevée (61), un guide de pratique clinique de faible qualité (74), cinq documents de synthèse (75,77,80,81,83) et un chapitre de livre (82). La revue narrative insiste sur la nécessité de disposer de messages renforcés et plaide pour des INT multiniveaux allant au-delà de l'école et qui impliquent familles et communautés (64). Il faut travailler sur les facteurs de protection pour prévenir la consommation (64). Cette revue indique la pertinence d'une approche globale (64). Des caractéristiques communes aux INT efficaces sont nommées. Les INT efficaces visent le développement d'habiletés et de compétences, impliquent le jeune, sont adaptées au contexte, combinent des INT universelles et ciblées, proposent des sessions de rappel et sont interactives (64,75,77,80).

Une étude quasi expérimentale (qualité modérée) teste une initiative sur 1337 élèves de 7^e à 9^e année (33). Les écoles sont responsables de l'implantation d'INT pertinentes à leur contexte et reçoivent une formation appropriée. Les résultats indiquent une consommation plus élevée chez les garçons (mais moins chez les garçons de milieux ruraux).

Dans une autre étude quasi expérimentale (qualité modérée) (35), les auteurs testent SBIRT (*i.e. Screening, brief INT, and referral to treatment*) sur 2513 élèves de 9^e et 10^e année. L'INT débute par un dépistage et est suivie d'une conversation avec un intervenant en toxicomanie pour renforcer l'abstinence, arrêter ou réduire la consommation et orienter vers un traitement intensif au besoin. Les auteurs indiquent qu'il s'agit d'une INT prometteuse pour les écoles souhaitant fournir des services, mais qui ne dispose pas du personnel requis.

Une étude qualitative de qualité modérée traite de l'INT « *Aspire* » (59) qui propose des services intégrés aux jeunes, allant du conseil individuel et de groupe vers des programmes plus structurés. Sur la base d'entrevues avec des gestionnaires, les résultats suggèrent qu'une INT qui met l'accent sur le soutien, la compassion, l'ouverture, l'écoute et la persévérance scolaire génère des résultats positifs.

Une étude mixte de qualité élevée (61) traite de « *Red Ribbon* » qui est testé sur 2323 élèves de 6^e à 12^e année. Cette INT implique écoles, policiers et organismes communautaires pour changer les attitudes de consommation. Les écoles exposées ont moins d'élèves qui consomment, les jeunes ont une attitude plus positive face aux SPA, de meilleurs résultats scolaires, un environnement plus soutenant, des parents avec des attitudes et des comportements plus clairs. Les résultats qualitatifs notent l'importance des parents dans la diminution de la consommation et pour une meilleure performance scolaire.

Un état de situation (75) nomme des caractéristiques non efficaces et non sécuritaires/nuisibles des INT. Il ne faut pas baser une INT sur la peur ou la morale, se centrer sur les dangers de consommer, faire appel à d'anciens utilisateurs ou prôner des sanctions. Les concours de cessation tabagique ne seraient pas efficaces, tout comme les chiens renifleurs ou les tests de dépistage. Le même document propose des INT soutenues (10-15 séances, 1 par semaine avec

sessions de rappel) et interactives, animées par un expert. Les INT doivent viser les compétences personnelles et sociales, souligner les conséquences immédiates d'une consommation, corriger les fausses idées et impliquer parents et enseignants (75).

Un guide de pratique donne huit recommandations pour prévenir l'abus d'alcool et de drogues (c.-à-d. cinq pour les INT universelles et trois pour les INT sélectives) (74). Pour les INT universelles, il est recommandé d'intégrer l'INT au cursus scolaire, d'adapter l'INT à l'âge des jeunes, d'utiliser une approche qui implique l'ensemble des acteurs, de soutenir les parents et de développer des partenariats avec les acteurs externes. Pour les INT sélectives, il faut un counseling minimal aux jeunes qu'on suspecte de consommer, référer ces jeunes aux services externes si le counseling n'est pas suffisant et respecter la réglementation concernant la protection des droits des jeunes. Un autre état de situation (50) indique qu'il faut retarder l'âge d'initiation, prévenir la consommation inappropriée et retarder la consommation régulière. Au niveau des INT universelles, ce document dit qu'il est préférable d'avoir recours à des intervenants en toxicomanie (77). La participation des enseignants et du personnel scolaire reste essentielle, mais insuffisante. Encore une fois, il est dit qu'il ne faut pas faire peur, exagérer les risques de la consommation, créer de l'anxiété, donner une information centrée sur les risques, être intolérant, fixer des objectifs irréalistes, ne pas tenir compte des modes et sous-cultures, parler de risques à long terme, présenter des exposés magistraux devant de grands groupes de jeunes ou des témoignages d'anciens utilisateurs (77).

Un troisième état de situation (83) rappelle la pertinence de l'école comme lieu de prévention et indique que les INT en milieu scolaire sont plus efficaces lorsqu'elles combinent actions individuelles et communautaires, lorsqu'elles sont dispensées par des pairs, lorsque leur implantation respecte le curriculum original et qu'elles tiennent compte de la polyconsommation. Un dernier état de situation indique que les INT efficaces doivent reposer sur des théories développementales solides et cibler l'ensemble des facteurs de risque et de protection liés à l'apparition/maintien d'une consommation (80). Aussi, il est efficace d'offrir des INT ciblées, mais il y a danger de stigmatiser (80). Toujours dans ce document, il est dit que l'école doit proposer des solutions de rechange à la consommation (p. ex. activités culturelles et sociales, participation des élèves, activités physiques pendant et hors classe).

Un document de l'UNESCO (81) indique qu'il faut réfléchir à l'épisode de services pour le jeune. En amont, il faut prévenir l'initiation aux SPA et retarder le début de la consommation. Il faut prévenir les troubles liés à la consommation, fournir des services de dépistage, d'INT ponctuelles et de références vers des services atténuant les conséquences d'une consommation.

Finalement, un chapitre de livre indique que deux INT universelles ont un support empirique pour les qualifier d'efficaces (c.-à-d. *Unplugged, Life skills training program*) (82). *Unplugged* utilise une approche basée sur l'influence sociale et intègre le développement de compétences pour prévenir ou retarder la consommation chez les 12-14 ans. Le curriculum est implanté en 12 séances d'une heure et les effets positifs sont maintenus sur plus d'un an. *Life skills training program* est quant à lui dispensé par des enseignants et composé d'éléments visant les habiletés de résistance et de gestion des capacités individuelles en 15 séances la première année (3^e à 6^e année), 10 séances rappel à la deuxième année (6^e à 8^e année) et 5 autres à la troisième année (9^e à 12^e année). Encore une fois, les résultats se maintiennent plus d'un an. Les auteurs indiquent qu'il y a moins d'études au niveau des INT sélectives. Une INT mise de l'avant est « *Project Toward No Drug Abuse* » qui cible les jeunes à risque via 12 sessions de 40-50 minutes dispensées par des professeurs pendant une période de 4 à 6 semaines. Le curriculum comprend des activités motivationnelles, le développement d'habiletés sociales et décisionnelles,

ainsi que des stratégies d'adaptation pour réduire la consommation. Les études d'évaluations ont montré des résultats modestes pour la réduction de drogues dures et d'alcool et des résultats négatifs ou faibles pour le tabac et le cannabis (82).

Faits saillants: Il faut développer des facteurs de protection pour prévenir la consommation. Les interventions efficaces visent le développement d'habiletés personnelles et sociales, impliquent le jeune dans sa communauté, sont adaptées à l'âge et au contexte, proposent des sessions de rappel et sont interactives. Les interventions à éviter sont celles qui sont basées sur la peur ou la morale, qui sont centrées sur les dangers de consommer, qui recourent au témoignage d'anciens usagers, qui exagèrent les risques d'une consommation ou qui utilisent des exposés magistraux devant de grands groupes.

3.2. Données expérientielles

Les groupes de discussion avec élèves, parents, intervenants en milieu scolaire, intervenants du RSSS et divers acteurs intersectoriels (c.-à-d. policier, organismes communautaires) ont permis d'amasser de précieux savoirs expérientiels. En regard de la question d'évaluation 1 qui vise à identifier des INT (ou des caractéristiques d'INT) efficaces et sécuritaires de prévention de la consommation de SPA chez les jeunes, ces savoirs expérientiels ont été regroupés en deux sections selon leur nature (c.-à-d. INT universelles ou ciblées).

3.2.1 Savoirs expérientiels quant aux interventions universelles

Des INT de prévention universelle qui visent la prévention des SPA à l'école secondaire ont été nommées. D'entrée de jeu, les intervenants en milieu scolaire et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux nomment des INT de type « *éducation sanitaire* ». Ces INT prennent la forme de kiosques (à la cafétéria sur l'heure du diner) ou d'ateliers dans le cadre de la semaine thématique sur la dépendance. Lors de ces activités ou kiosques, il y a transmission d'information et sensibilisation sur la consommation de SPA diverses (parfois avec tirage de prix). Les écrans et les affiches en milieu scolaire (p. ex. aux toilettes, à la cafétéria) sont un exemple d'INT universelle citée par les intervenants en milieu scolaire ou les parties prenantes du réseau de la santé et des services sociaux. Or, bien qu'il s'agisse effectivement d'INT universelles qui peuvent être dispensées en milieu scolaire, les élèves ne le perçoivent pas comme tel. Ils n'ont pas du tout cette impression. Les élèves disent d'entrée de jeu:

« Non, il n'y a pas d'activités ou d'INT en milieu scolaire. Ils nous en parlent 1 ou 2 fois par année et ensuite il n'y a plus rien. Quand ils en parlent, ils nous disent pourquoi ne pas en prendre, les effets négatifs des SPA et c'est tout. C'est comme si c'est tabou, c'est dommage. C'est l'infirmière de l'école qui en parle le plus souvent ou la policière communautaire présente à l'école. La policière communautaire est davantage là par rapport aux sujets légaux. »

Peut-être que les élèves préfèrent une action individuelle ou ciblée à une mesure universelle.

« Ils te donnent des conséquences, mais ils ne te demandent pas pourquoi tu consommes. Ils pourraient aborder cela. Nous avons besoin d'une approche plus personnalisée et moins punitive. »

Plusieurs infirmières en milieu scolaire rencontrées dans le cadre de notre projet, dont l'école participe au programme « *école en santé* », essaient aussi de construire des INT préventives universelles appropriées aux besoins spécifiques ou émergents de leur école (c.-à-d. vapotage, boissons énergisantes). Cela dit, elles admettent qu'elles n'ont pas suffisamment de ressources et de formation pour avoir un impact satisfaisant sur la consommation de l'ensemble des jeunes de l'école. Une chercheuse universitaire indique aussi que son équipe déploie actuellement un programme de recherche en milieu scolaire secondaire estrien. Cette INT (c.-à-d. le programme HORS-PISTE) possède une composante universelle qui vise le développement des compétences psychosociales en lien avec l'anxiété, la dépression, la gestion du stress, la gestion des conflits

interpersonnels et l'estime de soi. Ainsi, bien que ce volet en soit davantage un de « *promotion de la santé* » que de prévention de la consommation de SPA, la chercheuse soutient que l'acquisition d'habiletés psychosociales a un impact positif sur la réduction de la consommation de SPA.

Les INT qui fonctionnent le mieux selon les parties prenantes interrogées sont celles qui mettent les jeunes en action. Ce sont les INT où les élèves doivent participer au lieu d'écouter des gens leur transmettre de l'information. Les activités de réduction des méfaits sont également jugées plus fonctionnelles par l'ensemble des parties prenantes incluant les élèves. Les INT qui ne fonctionnent pas (ou qui fonctionnent moins bien) sont celles qui tentent de faire la morale ou de faire peur, qui présentent des témoignages d'anciens usagers, qui sont trop prescriptives ou qui regroupent des consommateurs réguliers ensemble.

Faits saillants: Les interventions préventives de type universelles ne rejoignent pas les jeunes. Il manque de ressources dans les écoles secondaires pour intervenir correctement et de manière suffisante. Il faut mettre les jeunes en action, les faire participer au lieu d'écouter de l'information,

3.2.2 Savoirs expérientiels quant aux interventions ciblées (sélectives ou indiquées)

Des INT ciblées ont aussi été nommées en groupes de discussion. Les parties prenantes étaient d'ailleurs beaucoup plus au fait de ce type d'INT (vs INT universelle). Plusieurs INT préventives sont dispensées dans les classes.

La présence d'un policier communautaire en milieu scolaire (surtout s'il cible des jeunes plus à risque) permet de créer des liens entre les jeunes d'une part et les forces de l'ordre d'autre part. Un lien qui est jugé comme « *constructif* » et non pas « *répressif* ». C'est une forme d'approche de proximité qui sert à bâtir une confiance avec le jeune. La présence d'intervenants en toxicomanie dans les écoles permet aussi d'intervenir plus directement auprès des jeunes qui ont un profil de consommation plus problématique. Ces intervenants connaissent habituellement bien ces jeunes et peuvent entamer avec eux une démarche d'INT personnalisée. Dans cette démarche d'INT, l'intervenant en toxicomanie (et le jeune) procèdent à l'élaboration d'un état de situation, à l'établissement d'objectifs personnels, à la recherche de moyens pour atteindre ces objectifs et à l'élaboration d'un plan de suivi. L'élève qui se fait prendre à consommer (ou qui est en possession de SPA) à l'école se fait également suspendre. Lorsqu'une suspension survient, l'élève doit rencontrer un intervenant en toxicomanie avant sa réinsertion à l'école.

Les INT qui fonctionnent le mieux selon les gens interrogés sont celles où l'intervenant est à l'écoute et est présent pour aider les jeunes à ne pas consommer. Il écoute et ne les juge pas. Il faut développer un lien de confiance avec les jeunes tout au long de leur parcours scolaire. Il faut signifier aux jeunes (en employant le « je ») que nous sommes inquiets pour eux et leurs apprentissages. Ce qui fonctionne moins bien (ou pas du tout) est une INT punitive ou prescriptive. Il faut garder les jeunes en classe, car s'ils retournent à la maison, c'est souvent pire. Il ne faut pas faire de groupe de jeunes qui consomment, car cela devient iatrogène. Aussi, les milieux scolaires trop rigides qui suspendent trop souvent les élèves sont jugés contre-productifs.

Finalement, en regard des différences dont il faut tenir compte selon la substance consommée, les intervenants du milieu scolaire et du réseau de la santé et des services sociaux indiquent qu'il faut adapter nos INT selon l'âge.

« Je n'irais pas parler d'ectasy en secondaire 1. Évidemment, si les jeunes le soulèvent, j'en parlerai, mais s'ils ne le soulèvent pas, je préfère attendre ».

Cela dit, les élèves indiquent que l'approche d'INT doit être la même, peu importe la substance.

Faits saillants: Les interventions préventives ciblées sont mieux connues par les intervenants et élèves. Lors de ce type d'intervention préventive, une approche personnalisée au jeune est favorable. Il est encouragé d'accompagner le jeune pour que celui-ci se sente en confiance. Les élèves n'apprécient pas les milieux scolaires trop rigides qui suspendent lors d'une consommation.

3.3. Les caractéristiques socialement acceptables, faisables et qui tiennent compte des valeurs et préoccupations des adolescents estriens en regard des INT visant la consommation de SPA au secondaire

3.3.1. Recension des écrits scientifiques incluant la littérature grise

En complément du premier volet de l'ETMISSS (c.-à-d. recension systématique des écrits scientifiques et de littérature grise), quatre documents abordent la faisabilité, l'acceptabilité ou les valeurs et préférences des jeunes quant aux INT préventives, soit une étude quasi expérimentale de qualité modérée (35), une étude de cas de faible qualité (56) et deux études qualitatives (57,58).

Après lecture de ces documents, il est noté que l'INT « *MAKINGtheLINK* » améliore la confiance du personnel et des étudiants en vue de réduire leur consommation (56). Plus de 80 % des étudiants sont satisfaits de l'INT, la juge acceptable et réaliste (56). La majorité du personnel trouve les activités amusantes et attrayantes, envisage de les utiliser avec leurs élèves, croit qu'il est important d'enseigner aux élèves d'aider leurs amis et est sûr d'aider un élève à demander de l'aide (56).

Une étude quasi expérimentale de qualité modérée donne de l'information sur l'acceptabilité et la faisabilité de SBIRT (35). L'étude indique que c'est une INT qui prend moins de temps que les autres INT qui contiennent souvent plusieurs sessions à dispenser sur plusieurs semaines (35). Bien qu'elle ne doive pas être considérée un substitut aux INT universelles, elle semble une option réaliste et efficace puisqu'elle retarde l'âge de la première consommation des SPA.

Une étude qualitative de qualité élevée (57) révèle quatre éléments en lien avec la faisabilité et l'acceptabilité d'une INT visant la prévention des SPA, soit le leadership du milieu scolaire, la perception positive quant au curriculum, les défis liés à l'implantation et la présence d'un conseiller pour réviser l'INT (57).

Finalement, une INT visant la toxicomanie (qualité modérée) pour contrer la possession, la consommation et la vente de SPA démontre un manque de connaissances sur la toxicomanie chez 50 % des intervenants et donc un besoin de formation (58).

Faits saillants: Les intervenants en toxicomanie qui travaillent en milieu scolaire souhaitent acquérir davantage de connaissances et recevoir de la formation.

3.3.2. Données expérientielles

Les groupes de discussion avec élèves, parents, intervenants scolaires, du réseau de la santé et des services sociaux et acteurs intersectoriels permettent d'amasser des savoirs expérientiels. En regard de la question d'évaluation 2 qui veut identifier les principales caractéristiques socialement acceptables, faisables et en phase avec les valeurs et préférences des intervenants, parents et adolescents estriens quant aux INT de prévention d'une consommation de SPA au secondaire, l'information a été regroupée en deux sections (c.-à-d. INT universelles, INT spécifiques).

3.3.2.1 Savoirs expérientiels quant aux interventions universelles

Plusieurs caractéristiques d'acceptabilité, de faisabilité, ainsi que des valeurs et préférences en regard des INT universelles visant la consommation de SPA au secondaire sont nommées. Selon l'ensemble des gens interrogés, la présence d'un policier communautaire à l'école permet aux jeunes de se confier autrement que dans un contexte répressif. Les élèves jugent la présence d'un policier communautaire normale et utile pour se renseigner sur les conséquences légales d'une consommation. Tant les intervenants en milieu scolaire que ceux du RSSS soutiennent que l'ensemble des intervenants doit avoir un discours cohérent face aux INT à dispenser. Une compréhension et un discours commun sont requis pour une implantation optimale. Une bonne collaboration interprofessionnelle entre les intervenants en milieu scolaire et le milieu policier (autre que le policier communautaire qui n'est pas toujours là) est aussi jugée essentielle. Il est souhaitable de trouver un bon équilibre entre en faire suffisamment pour observer un changement comportemental chez les élèves et ne pas surcharger les milieux scolaires. L'enjeu du réinvestissement et des sessions de rappels est trop souvent oublié. Les intervenants (en milieu scolaire et dans le réseau) nomment aussi la difficulté de bien repérer la consommation. Tel que mentionné par un intervenant scolaire :

« C'est difficile de repérer la consommation. Avant, tu fumais un joint et tu sentais. Maintenant, avec les produits disponibles et les comprimés existants, c'est plus difficile. A-t-il consommé des stimulants ou c'est un trouble de l'attention avec hyperactivité et qui n'a pas pris sa médication ? »

Pour l'ensemble des parties prenantes interrogées, il ne fait pas de doute qu'il manque de ressources humaines pour prévenir la consommation de SPA au secondaire, particulièrement d'intervenants en toxicomanie. Trop souvent, les intervenants n'ont pas (ou peu) de connaissances de ces enjeux. Un service de dépendance 1^{re} ligne de type « infosanté, mais infodrogues » est aussi souhaité. Même s'il est probable que les ressources pour implanter ce genre de services ne seraient pas disponibles à court terme, une telle initiative est jugée prometteuse. Finalement, il manquerait de globalité dans nos stratégies préventives en ce sens où celles actuellement utilisées sont plutôt ponctuelles (c.-à-d. agir sur les problèmes quand ils se manifestent) et non pas des approches globales et concertées.

Faits saillants: Les interventions préventives de type universel au secondaire doivent bien repérer la consommation des jeunes. Pour cela, il faudrait davantage d'intervenants en toxicomanie pour être à proximité des jeunes.

3.3.2.2 Savoirs expérientiels quant aux interventions ciblées (sélectives ou indiquées)

Au niveau des INT ciblées, d'autres caractéristiques d'acceptabilité, de faisabilité, ainsi que des valeurs et préférences sont nommées. Tout d'abord, les élèves mettent de l'avant la qualité de la relation avec l'intervenant, la proximité dans l'INT.

« Ce qui marche, c'est aborder avec le jeune pourquoi il consomme. Le pourquoi de sa dépendance. Cela ne sert à rien de me dire que les effets négatifs c'est X-Y-Z. Il faut savoir pourquoi on consomme. Consommer n'est pas mal, c'est-ce que tu fais avec ta consommation qui peut l'être. Tu viens qu'à consommer pour combler un vide. Donc il faut savoir pourquoi le vide et régler ce vide. Si tu ne règles pas tes blessures à toi, la prévention ne sert à rien. »

Les exemples concrets sont aussi fort appréciés des élèves (p. ex. sur la physiologie des élèves). Un exemple de professeur de sciences qui explique ce qui se passe dans le cerveau ou les poumons du jeune lorsqu'il consomme est donné. Les parents d'élèves manifestent un besoin d'être soutenu pour mieux agir sur la consommation de leurs enfants.

« J'ai rencontré l'intervenant et la principale chose qu'il te montre c'est que la drogue est le démon. Il te montre des chiffres. Regarde tes notes en secondaire 2 et maintenant en secondaire 3. Elles baissent. Est-ce qu'il se peut que les notes baissent parce que c'est plus dur ? Moi je ne consommait pas et mes notes étaient plus hautes en 2 qu'en 3. Un moment donné, sur quoi qu'ils se basent pour nous faire peur. Ce n'est peut-être pas la meilleure stratégie. »

Certains parents consomment devant leurs jeunes. Or, ce n'est pas parce qu'une SPA est légale qu'elle est bonne. Il faut éduquer les parents en plus de les soutenir. Les parents souhaitent une transparence de la part de l'école *« si l'école sait que mon jeune consomme, j'aimerais ça que l'école m'avise »*. Le défi de conserver le message de prévention dans le temps est nommé. Avec plus d'intervenants, une approche plus individuelle et de proximité auprès des jeunes connus à risque de consommation (et leurs parents) serait plus réaliste. Pour compléter l'offre de services en prévention ciblée, il manque aussi de communication entre les professeurs et les intervenants en milieu scolaire (tout comme de formation pour les intervenants déjà existants). À la question, qu'est-ce qu'on peut faire de plus pour prévenir la consommation de SPA au secondaire, un programme alternatif à la suspension est souhaité. Envoyer un jeune à la maison n'est pas la solution. Davantage de mesures de justice alternative seraient aussi à envisager. Les élèves qui ont arrêté de consommer peuvent aussi en parler à leurs pairs. Pas tant des témoignages que du *« positive role model »* entre élèves via des groupes de soutien sur l'heure du diner ou après les cours (ou sur les réseaux sociaux).

Faits saillants: Les interventions préventives ciblées au secondaire doivent favoriser une proximité élève intervenant. Les intervenants doivent aussi soutenir les parents du jeune. Avec plus d'intervenants, une approche individuelle et de proximité serait plus réaliste. Un programme d'alternative à la suspension est souhaité par les élèves et les intervenants en toxicomanie.

3.4 Données contextuelles propres à l'Estrie

Des données contextuelles ont été recueillies grâce à des étudiants en médecine lors d'un stage en santé publique. Ceux-ci ont téléphoné à 16 écoles secondaires estriennes. Lors de ces appels, quatre types d'informations étaient recueillies (Tableau 4):

- 1) Quels étaient les intervenants présents en milieu scolaire ?
- 2) Quelles sont les INT préventives dispensées ?
- 3) Quelles sont les SPA visées ?
- 4) Quels sont les besoins spécifiques du milieu concernant la prévention des SPA ?

Tableau 4. Données contextuelles amassées par des étudiants en médecine lors d'un stage de santé publique.

Nom de l'école	Intervenants présents	Interventions préventives	SPA visées	Besoins nommés
La Ruche	<p>-Psychoéducatrice avec un mandat en toxicomanie (temps par semaine inconnu)</p> <p>-Infirmière scolaire (temps par semaine inconnu)</p>	<p>-1^{er} cycle: En classe pour ↑ habiletés sociales et ↓ risques de consommer (vapotage + cigarette)</p> <p>-1^{er} cycle: Maison Jean-Lapointe ¹ fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> »</p> <p>-2^e cycle: Exemples adaptés à la situation (c.-à-d. bal des finissants et conduite automobile)</p> <p>-Tous: Centre de réadaptation en dépendances et santé mentale de l'Estrie (Centre Jean-Patrice Chiasson) s'ils se font prendre à consommer</p>	<p>1) Cannabis 2) Alcool 3) Cocaïne 4) Xanax 5) Vapotage 6) Hallucinogène</p>	<p>-Pouvoir convaincre les gros consommateurs d'arrêter de consommer</p> <p>-Obstacles : peur des parents et enseignants, impuissance devant le peu de motivation des jeunes</p>
Haut Saint-François	<p>-Policier en milieu scolaire (temps par semaine inconnu)</p> <p>-Infirmière scolaire (temps par semaine inconnu)</p>	<p>-Rallye sur le vapotage</p>	<p>1) Vapotage 2) Cocaïne</p>	<p>-Besoin d'intervenants en toxicomanie</p> <p>-Avoir des formations pour être mieux outillé</p> <p>-Des outils à l'école au lieu de référer ailleurs pour que l'élève développe une appartenance à l'école</p>
Polyvalente Montignac	<p>-Infirmière scolaire (temps par semaine inconnu)</p> <p>-Technicienne en éducation spécialisée (1 journée/semaine)</p>	<p>-Sec 1: Séance information avec parents</p> <p>-Sec 1: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> »</p> <p>-Sec 2: Atelier prévention sur vapotage</p> <p>-Sec 5 : Policier scolaire pour bal</p> <p>-Tous: Prévention ciblée chez les jeunes à risque</p> <p>-Tous: Prévention des dépendances sur l'heure du dîner via des kiosques sur les conséquences</p>	<p>1) Cannabis 2) Cocaïne 3) Vapotage 4) Alcool</p>	<p>-INT pour cannabis et cocaïne</p> <p>-Plus de temps ou de ressources pour dépendances</p> <p>-Des ateliers prêts avec du bon contenu, car pas le temps d'en faire</p>
Centre 24 juin, école professionnelle	<p>-Infirmière scolaire (temps par semaine inconnu)</p>	<p>n/d</p>	<p>1) Alcool 2) Cannabis 3) Speed 4) Cocaïne 5) Vapotage</p>	<p>n/d</p>

¹ La Maison Jean Lapointe est une corporation à but non lucratif qui s'est donné comme mission la réadaptation des personnes alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques. Cela n'exclut pas son intérêt pour les autres domaines auxquels elle contribue dans la mesure de ses moyens. <http://www.maisonjeanlapointe.org/mission.html>

La frontalière	-Intervenant en toxicomanie (temps par semaine inconnu)	-Sec 1-2: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Sec 5: Prévention alcool + drogue au volant avant le bal des finissants -Tous: Séance d'information sur les drogues -Tous: Centre de réadaptation en dépendances et santé mentale de l'Estrie (Centre Jean-Patrice Chiasson) s'ils se font prendre à consommer	1) Alcool 2) Drogues	n/d
Alexander Galt	-Infirmière scolaire (temps par semaine inconnu) -Intervenant en toxicomanie (temps par semaine inconnu)	-Sec 1: Influence des pairs et consommation. -Sec 2: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Sec 5: Sensibilisation à la conduite automobile sans consommation -Tous: Centre de réadaptation en dépendances et santé mentale de l'Estrie (Centre Jean-Patrice Chiasson) s'ils se font prendre à consommer et rencontres individuelles postsuspension	1) Alcool 2) Drogues	n/d
Triolet	-Infirmière scolaire -Intervenant en toxicomanie -Psychoéducatrice -Travailleuse sociale -Policier communautaire	-Sec 1: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Sec 3: Sensibilisation loi, drogues, alcool, boissons énergisantes -Sec 5: Prévention consommation alcool avant le bal des finissants -Tous: Dépistage réalisé lorsque jeune en situation d'intoxication	1) Vapotage 2) Alcool 3) Drogues 4) Boissons énergisantes	-Intégrer éducation SPA avec éducation sexualité pour promouvoir la santé -Solutions de rechange aux mesures disciplinaires -Affiche d'information sur les effets du cannabis
Collège Sacré-Coeur	-Infirmière scolaire	n/d	n/d	n/d
Séminaire de Sherbrooke	-Intervenant en toxicomanie	-Sec 1-2: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Sec 5: Prévention alcool + drogue au volant avant le bal des finissants	1) Alcool 2) Drogues	n/d
Goéland	-Policier communautaire	-Présentation du film <i>Dérapiage</i> par une policière communautaire -Party sans déraper avant Noël par opération nez rouge	1) Alcool 2) Drogues	n/d
Collège du Mont-St-Anne	-Éducateurs spécialisés	-Sec 1-2: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Tous: Risques liés à la consommation et l'importance d'en parler	1) Alcool 2) Drogues	n/d

École secondaire de Bromptonville		-Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » en secondaire 1	1) Alcool 2) Drogues	n/d
Du Phare	-Infirmière scolaire -Intervenant en toxicomanie	-Sec 1: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Sondage sur la consommation et mesure de validation aux 2 ans	1) Alcool 2) Drogues	n/d
École secondaire de l'Escale	-Psychoéducateur	-Sec 1: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> »	1) Cannabis 2) MDMA	-Offrir plus de parascolaires -Bonifier cours d'éducation sexuelle avec contenu SPA -Collaborer avec les jeunes pour mettre sur pied des projets de sensibilisation -Utiliser TIC et Facebook.
École secondaire Odysée	-Infirmière scolaire -Psychoéducatrice	-Tous: Témoignages d'anciens consommateurs et toxicomanes	1) Vapotage 2) Alcool 3) Drogues	-Intervenants en toxicomanie -Mieux repérer consommation vapotage
École secondaire Mitchell-Montcalm	-Technicien en éducation spécialisé avec mandat en toxicomanie -Infirmière scolaire -Policier communautaire	-Sec 1: Maison Jean-Lapointe fait « <i>Mon indépendance j'y tiens</i> » -Tous: Atelier prévention sur vapotage -Tous: Sensibilisation loi, drogues, alcool, boissons énergisantes -Tous: Semaines thématiques et kiosque d'information -Tous: Inviter des organismes communautaires -Tous: Rencontres individuelles en prévention	1) Vapotage 2) Alcool 3) Drogues 4) Boissons énergisantes	-Avoir des formations pour être mieux outillé -Solutions de rechange aux mesures disciplinaires -Collaborer avec les jeunes pour mettre sur pied projets de sensibilisation -Mieux repérer la consommation de vapotage -Concertation entre intervenants en prévention toxico -Harmonisation des pratiques et échange

Ces entretiens fournissent de l'information propre aux écoles secondaires estriennes. Peu d'intervenants en milieu scolaire ont une tâche dédiée exclusivement à la prévention de la toxicomanie. Dans 25 % des cas, il y a des policiers communautaires à l'école, mais leur mandat est davantage légal. Six intervenants en toxicomanie (sur 16 écoles secondaires) sont présents dans les écoles consultées. Bien qu'il y ait la présence d'une infirmière en milieu scolaire dans la majorité de ces écoles, leur rôle ne concerne pas spécifiquement la consommation de SPA (c'est le cas également pour les psychoéducateurs). En regard des INT préventives dispensées dans les écoles, il y a beaucoup d'activités universelles de type « éducation sanitaire » qui dispensent de l'information en grand groupe malgré les limites de ce type d'INT. L'activité « *Mon indépendance j'y tiens* » est présente dans 10 écoles sur 16 et des activités de sensibilisation sur la consommation de SPA et la conduite automobile sont aussi présentes. Les entretiens téléphoniques effectués dénotent donc un manque d'INT ciblées visant les jeunes qui consomment ou leurs parents. Aussi, même si le vapotage et les boissons énergisantes sont nommés 9 fois parmi les 16 écoles secondaires, très peu d'activités préventives visent la consommation de ces SPA. De plus, parmi les INT nommées, peu intègrent les caractéristiques

d'INT efficaces telles que celles identifiées par la revue des écrits scientifiques ou par les savoirs expérientiels des parties prenantes interrogées (p. ex. faire participer les jeunes, pédagogie interactive, approche de proximité). Les principaux besoins nommés par les écoles consultées en lien avec la consommation de SPA chez les jeunes sont diversifiés. Cela dit, le manque de ressources humaines et le besoin de formation pour mieux intervenir ressort de façon générale, tout comme le besoin de coconstruire les INT avec les jeunes, de développer des méthodes pour mieux repérer la consommation de SPA chez les jeunes et un besoin de solutions de rechange aux méthodes de suspension lorsqu'un jeune est pris à consommer à l'école.

Faits saillants: En Estrie, il y a peu d'intervenants avec une tâche exclusivement dédiée à la prévention de la toxicomanie dans les écoles secondaires. Il y a trop d'interventions de type « éducation sanitaire » et trop peu qui visent les élèves et leurs parents.

4. DISCUSSION

4.1. Contexte, enjeux et démarche évaluative

En 2019, la DSPu de l'Estrie a sollicité l'UETMISSS pour faire une évaluation afin d'identifier et caractériser les meilleures pratiques pour prévenir la consommation de SPA chez les jeunes du secondaire.

Les questions d'évaluations étaient:

Q1. Quelles sont les interventions (et leurs caractéristiques) efficaces et sécuritaires de prévention de la consommation de SPA chez les jeunes du secondaire ?

Q2. Quelles sont les caractéristiques des interventions qui sont considérées acceptables, réalisables et qui tiennent compte des valeurs et préférences de l'ensemble des Estriens à intégrer aux approches de prévention ciblant la consommation de SPA au secondaire ?

Une revue systématique des écrits scientifiques incluant la littérature grise a été menée pour identifier les interventions (INT) de prévention efficaces et sécuritaires, ainsi que leurs caractéristiques. Un deuxième volet de l'ETMISSS a servi à recueillir des données contextuelles et expérientielles. Ce deuxième volet a été utile pour obtenir de l'information sur les INT susceptibles d'être implantées avec succès, de produire des effets positifs et d'être en accord avec les valeurs et préférences des intervenants, des jeunes et de leur famille.

4.2. Limites de l'évaluation

Nous sommes conscients que cet avis d'évaluation présente plusieurs limites. Nous en avons identifié quatre principales. La première et la plus importante selon nous est le fait que les interventions évaluées n'incluent pas l'ensemble des activités de santé publique ayant des effets sur la prévention en matière de consommation de SPA. En effet, la question décisionnelle ne se limitait qu'aux interventions de prévention de la consommation de SPA sans examiner le volet de promotion de la santé qui agit en amont et qui peut réduire la consommation par une action indirecte sur les facteurs de protection et les compétences personnelles. La seconde limite concerne la recherche documentaire. Celle-ci s'est limitée à l'utilisation de mots-clés en anglais et en français ne permettant pas par conséquent d'identifier et d'analyser les documents dans d'autres langues. Ce choix méthodologique pourrait avoir réduit la possibilité d'examiner des programmes provenant entre autres, de pays européens dont l'application aurait pu être transposable au Québec. La stratégie de recherche documentaire pour la littérature grise a possiblement échappé des documents pertinents qui ne se retrouveront pas dans le présent rapport. Troisièmement, au volet qualitatif, seulement trois groupes de discussions ont été réalisés (dont un avec des élèves et parents d'élèves d'écoles secondaires de Sherbrooke). Nous pensons que ce petit nombre ne nous a pas permis d'aller chercher l'ensemble des opinions et valeurs retrouvées sur le territoire estrien. Il aurait été intéressant de compléter avec des élèves et parents d'écoles secondaires estriennes rurales et de réaliser des entrevues individuelles avec de jeunes consommateurs pour voir si leur apport expérientiel diffère de celui des élèves de la zone urbaine de Sherbrooke. Il était toutefois difficile d'accéder au milieu scolaire rural et à cette clientèle de jeunes (les acteurs de ces milieux n'ont pas répondu à nos invitations à participer au projet). Finalement, un biais de désirabilité sociale a possiblement contribué, considérant la nature de l'objet d'évaluation (c.-à-d. consommation de SPA chez des mineurs) à la sous-estimation de la consommation réelle de SPA. Une triangulation des données à partir de plusieurs sources d'information aurait été nécessaire, afin d'avoir une vision plus juste de l'ampleur du problème.

4.3. Bref rappel de la méthode pour juger la force de la preuve scientifique

La force de la preuve scientifique associée aux recommandations est le résultat d'un exercice de triangulation des données (c.-à-d. littérature scientifique, littérature grise, savoirs expérientiels, données contextuelles). L'exercice tient compte de la qualité des données et de leur cohérence (c.-à-d. section 2.3.2 ou Tableau 1 Annexe 3).

4.4. Efficacité et sécurité des interventions de prévention (voir tableau 2, Annexe 3)

Données scientifiques de forte qualité

Interventions basées sur des modèles théoriques : Une intervention préventive de type « *éducation sanitaire* » augmente les connaissances des jeunes, mais ne se traduit pas par une modification comportementale (37,60,62,66,71,79). Les interventions basées sur un modèle d'influence sociale sont plus efficaces qu'une absence d'intervention (66,73). Les interventions basées sur une combinaison de modèles théoriques sont les plus efficaces (66,73).

Interventions universelles : Une politique scolaire seule pour lutter contre le tabagisme est peu efficace. Elle déplace la consommation de l'école vers la maison (68). Une intervention universelle visant plusieurs comportements à risque est plus efficace qu'une intervention universelle qui vise des comportements spécifiques (70).

Interventions ciblées (sélectives ou indiquées) : Les interventions brèves avec techniques motivationnelles sont efficaces pour réduire la consommation d'alcool (52,65), de cannabis (44,52,65) et d'autres types de drogues (42,52). Ces interventions seraient plus efficaces lorsqu'elles impliquent les parents (55).

Interventions avec composantes universelles et ciblées : Diverses interventions avec composantes universelles et ciblées sont dispensées dans les classes de divers niveaux (46,53,61,76). La majorité est efficace pour diminuer la consommation d'alcool (46,51,53,76). D'autres sont efficaces pour réduire la consommation de tabac (51,53,76), de cannabis (51,76) ou d'autres types de drogues (76).

Preuve scientifique modérée

Interventions universelles : Trois interventions semblent efficaces pour réduire la consommation d'alcool (c.-à-d. « *Unplugged* (54,67,82) », « *Good behavior game* (67) », « *Life skills training* (67,82) »). « *Unplugged* » est à la fois liée à une plus faible utilisation de tabac, de cannabis et d'alcool (54). Même si ces interventions sont libellées comme préventives, leur curriculum est de type promotion de la santé. Ces interventions visent le développement d'habiletés personnelles et sociales, ainsi que des techniques de résistance et sont donc en phases avec les données du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (84).

Interventions ciblées (sélectives ou indiquées) : Des interventions ciblées sont dispensées en classe (35,37–39,55,59). Certaines sont efficaces sur l'alcool (38,39) et d'autres sur divers SPA (35,37–39). Il faudrait tenir compte des traumatismes passés dans la consommation de SPA (39) et impliquer les parents (55).

Interventions avec composantes universelles et ciblées L'intervention « *Prevention through Alternative Learning Styles* » qui vise les influences sociales et l'enseignement de techniques de refus aurait un effet positif sur l'intention de consommer de l'alcool et du tabac (40).

Preuve scientifique faible

Interventions ciblées (sélectives ou indiquées): Une pièce de théâtre à l'école sur les conséquences de l'alcool (60) et un jeu vidéo sur les drogues (62) seraient deux interventions efficaces pour modifier les croyances, perceptions et sentiments, mais insuffisantes pour générer une modification comportementale. Elles peuvent toutefois renforcer une offre de services en prévention.

Cohérence avec les savoirs expérientiels, les valeurs et préférences et les données contextuelles: Les gens interrogés soutiennent que les interventions universelles ne rejoignent pas les jeunes. Les interventions ciblées seraient mieux connues. Cela met de l'avant l'importance d'une approche personnalisée pour le jeune. Les parties prenantes se questionnent sur la pertinence des interventions universelles. L'offre de services visant les SPA pourrait directement passer d'une perspective promotion de la santé vers des interventions ciblées personnalisées aux besoins des jeunes (à risque ou qui consomment). Les données contextuelles révèlent peu de choses en regard d'interventions précises (hormis que la majorité des interventions universelles sont de type « *éducation sanitaire* » et que peu visent la prévention du vapotage et des boissons énergisantes).

<p>Faits saillants: Les résultats soulignent l'importance d'une offre de services qui ne soit pas uniquement axée sur la transmission d'informations. Or, les interventions universelles actuelles seraient surtout de ce type et ne semblent pas rejoindre les élèves. Les interventions devraient être basées sur plusieurs modèles théoriques reconnus. Diverses interventions sont efficaces. Le demandeur doit sélectionner une intervention appropriée selon la SPA ciblée et impliquer les parents. Les efforts de prévention de la consommation de SPA doivent aussi être accompagnés de mesures qui visent le développement d'habiletés personnelles et sociales, ainsi que des techniques de résistance.</p>

4.5 Les caractéristiques associées aux interventions efficaces et sécuritaires (voir tableau 3, Annexe 3)

Preuve scientifique forte : Pour le cannabis, les interventions préventives doivent être basées sur plus d'un modèle théorique reconnu, employer une pédagogie interactive, être dispensées par des experts et viser les jeunes de 14 ans et plus (72). Pour le tabac, les interventions doivent s'adresser aux élèves et adultes d'une même école (68).

Preuve scientifique modérée : Pour l'alcool, le cannabis et les autres drogues, les interventions doivent impliquer les parents, utiliser une pédagogie interactive, être dispensées par des experts, être adaptées à l'âge et au genre, viser à la fois l'acquisition de connaissances et de compétences et cibler la réduction de la consommation au lieu de l'abstinence (55,63,65).

Preuve scientifique faible : Diverses caractéristiques seraient associées à des interventions efficaces et sécuritaires. L'enseignement de techniques de refus et l'implication de la communauté pour l'alcool et le cannabis (69), une intervention centrée sur le jeune, qui regroupe peu d'élèves et qui inclut des séances de rappels pour les autres types de drogues (76). Il faut aussi discuter des conséquences de la consommation (78) et s'adapter au contexte local pour l'ensemble des SPA (64). Pour les interventions universelles, il faudrait intégrer le cursus scolaire, s'adapter à l'âge, impliquer l'école, les parents et les acteurs externes (74). Pour les interventions ciblées, il faut un counseling minimal, référer aux services appropriés selon les besoins du jeune et respecter la protection des droits des jeunes (74). L'école devrait proposer des solutions de rechange à la consommation (83).

Cohérence avec les savoirs expérientiels, les valeurs et préférences et les données contextuelles : Les savoirs expérientiels soulignent l'importance d'une approche de proximité. Les jeunes souhaitent être accompagnés et développer un lien de confiance avec l'intervenant. Or, les données contextuelles révèlent qu'il y a peu d'intervenants avec une tâche exclusivement dédiée à la prévention de la toxicomanie au secondaire. Ceux présents auraient besoin de formation continue. Parmi les interventions dispensées, peu semblent intégrer les caractéristiques reconnues efficaces.

4.6 Les caractéristiques associées aux interventions non efficaces ou non sécuritaires/nuisibles (voir Tableau 4, Annexe 3)

Preuve scientifique très faible et cohérence avec les savoirs expérientiels, les valeurs et préférences et les données contextuelles : Certaines caractéristiques semblent être associées aux interventions non efficaces ou non sécuritaires/nuisibles. C'est le cas des interventions uniquement axées sur la transmission d'information ou qui utilisent la peur ou la morale (75,80), des interventions qui dramatisent les effets d'une consommation, qui traitent trop exclusivement des conséquences à long terme ou qui font appel aux témoignages d'anciens usagers (78,80). Les interventions ne devraient pas prôner des sanctions, punitions ou prescriptions. Elles ne devraient pas être magistrales ou en grand groupe hétérogène pour l'âge ou l'expérience de consommation. Elles ne devraient non plus regrouper des jeunes à risque (78). Les concours de cessation tabagique, l'utilisation de tests de dépistage ou de chiens renifleurs à l'école seraient à proscrire (80). Les parties prenantes rencontrées indiquent qu'une suspension de l'école ne fonctionne pas. Les interventions universelles estriennes seraient surtout axées sur la transmission d'informations. Des écoles indiquent faire appel à des moyens inefficaces (voire nuisibles) tels que le recours aux témoignages d'anciens usagers ou à des techniques punitives telles que la suspension.

4.7. Caractéristiques socialement acceptables, faisables et qui tiennent compte des valeurs et préférences des Estriens quant aux interventions préventives (voir Tableau 5, Annexe 3)

Preuve scientifique forte : Pour qu'une INT soit implantée avec succès, une école doit faire preuve de leadership, les parties prenantes doivent percevoir positivement l'intervention, tenir compte des barrières à son implantation et prévoir un mécanisme de révision (57).

Preuve scientifique modérée : L'intervention ciblée « *SBIRT* » (c.-à-d. dépistage suivi d'une conversation avec un intervenant en toxicomanie et référence vers un traitement intensif au besoin) serait faisable et acceptable, car elle prend peu de temps. Elle pourrait donc compléter une offre de services préventive, mais elle reste insuffisante (35). Un manque de connaissances et de formation des intervenants peut avoir un impact sur les effets d'une intervention (35).

Preuve scientifique faible : L'intervention « *MAKINGtheLINK* » qui s'appuie sur des programmes d'éducation sanitaire et qui cible les comportements de recherche d'aide serait jugée acceptable, réaliste et satisfaisante. Malgré cela, cette intervention a un effet positif sur les comportements de recherche d'aide et non pas sur la consommation de SPA (56).

Cohérence avec les savoirs expérientiels, les valeurs et préférences et les données contextuelles :

Intervention (INT) universelle: Des caractéristiques socialement acceptables, faisables et tenant compte des valeurs et préférences des Estriens peuvent servir à faciliter l'implantation d'une

intervention universelle. La présence d'un policier communautaire sur la cour d'école pour que les jeunes côtoient les forces de l'ordre autrement que dans un contexte de répression, la cohérence du discours entre les intervenants qui implantent une intervention, une bonne collaboration interprofessionnelle entre les intervenants scolaires et les partenaires, un meilleur repérage de la consommation de SPA, un service de dépendance 1^{re} ligne de type « infosanté », un équilibre entre en faire assez et ne pas surcharger les écoles et davantage de continuité dans les interventions qui sont plutôt ponctuelles (en réaction à un problème local).

INT ciblée (sélective ou indiquée) : La qualité de la relation entre l'intervenant et le jeune a été nommée. Les exemples concrets seraient appréciés des élèves. Les parents souhaiteraient plus de soutien pour savoir comment réagir à la consommation de leur jeune. Il faudrait aussi conserver les interventions vivantes et maintenir le message de prévention. Une plus grande communication entre les professeurs et les autres intervenants serait souhaitée. Un programme alternatif à la suspension est aussi souhaité, tout comme des mesures de justice alternative. Il y aurait peu d'intervenants avec une tâche exclusivement dédiée à la prévention de la toxicomanie au secondaire. Le manque de ressources humaines et le besoin de formation continue sont revenus souvent. Le besoin de coconstruire les interventions avec les jeunes, de développer des méthodes pour mieux repérer la consommation de SPA et une alternative aux méthodes de suspension est aussi revenu également dans les discours.

<p>Faits saillants: Les résultats indiquent que pour qu'une intervention soit implantée avec succès, elle doit avoir été perçue positivement par l'ensemble des gens impliqués. La connaissance des intervenants quant à une intervention doit être vérifiée. D'autres ingrédients permettant une implantation optimale en territoire estrien existent. Pour les interventions universelles, la disponibilité d'un policier communautaire pour que le jeune voie les forces de l'ordre autrement que dans un contexte de répression, la collaboration interprofessionnelle entre intervenants scolaires et partenaires, un meilleur repérage de la consommation pour les intervenants et l'accès à un service de dépendance 1^{re} ligne sont nommés. Pour les interventions ciblées, la qualité de la relation entre l'intervenant et le jeune est fondamentale. Les parents veulent du soutien pour savoir comment réagir à la consommation de leur jeune. Un programme alternatif à la suspension est souhaité, ainsi que des mesures de justice alternative. Le manque de ressources dédiées et le besoin de formation continue sont aussi nommés.</p>

4.8. Processus de production des recommandations

En fonction des données scientifiques et contextuelles et compte tenu des savoirs expérientiels, 14 recommandations préliminaires ont été formulées (voir Tableau 6, Annexe 3). Toutes les recommandations préliminaires ont fait l'objet d'une délibération en comité consultatif et de contextualisation (de manière virtuelle). Il a été possible de pondérer l'importance de ces recommandations et de coconstruire des recommandations bonifiées. Ces recommandations bonifiées, en plus de tenir compte de la force de la preuve scientifique sous-jacente, tiennent compte d'autres critères pouvant guider la prise de décision du demandeur (c.-à-d. risques et bénéfices, acceptabilité, faisabilité et pertinence, utilisation juste et adéquate des ressources et répercussions sur l'offre de services). Chaque recommandation bonifiée a finalement été validée individuellement avec l'ensemble des membres du comité consultatif. À la suite de cette validation ultime, les recommandations bonifiées sont devenues finales (voir la section recommandations finales, page 38). Six recommandations finales sont fortes et trois autres sont de niveau modéré.

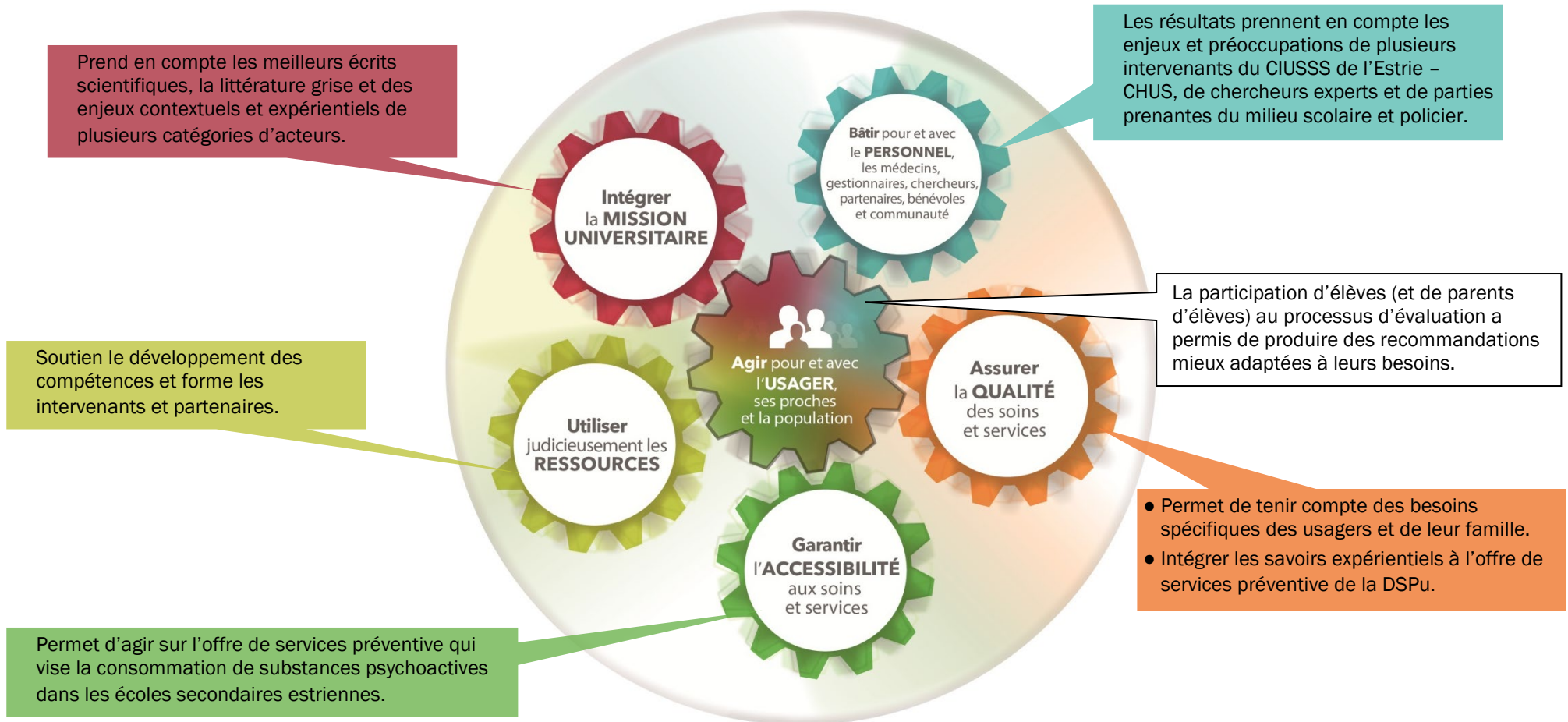
5. CONCLUSION

Cette ETMISSS permettra au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et aux gestionnaires de la DSPu d'optimiser leur offre de services visant la prévention de la consommation de SPA dans les écoles secondaires estriennes. Nos résultats indiquent que cette offre de services ne doit pas uniquement contenir des interventions de type éducation sanitaire, que les interventions doivent être basées sur plus d'un modèle théorique reconnu, impliquer (et soutenir) les parents et les jeunes et tenir compte du mode de vie et de la culture des jeunes. Les interventions préventives interactives et dispensées par un professionnel qui connaît bien la dépendance sont à privilégier. Nos résultats indiquent aussi des éléments d'interventions à éviter, ainsi que des caractéristiques permettant d'améliorer l'acceptabilité et la faisabilité des interventions préventives dans une région telle que l'Estrie. L'offre de services visant la prévention des SPA en Estrie doit assurer une continuité préventive et disposer de plus d'intervenants dédiés (et formés) à la prévention des SPA dans les écoles secondaires.

6. RECOMMANDATIONS FINALES

Les interventions préventives en Estrie	Force des données scientifiques et cohérence avec les autres corpus de connaissances
<p>1) ne devraient pas seulement être de type « éducation sanitaire »</p> <p>2) devraient être basées sur plus d'un modèle théorique reconnu</p> <p>3) devraient impliquer et soutenir les parents des jeunes</p> <p>4) devraient être personnalisées au mode de vie et à la culture des jeunes</p> <p>5) devraient être interactives et dispensées par un professionnel qui connaît bien la dépendance, impliquer les parents, être adaptées à l'âge et au genre et viser autant les connaissances que les compétences</p> <p>6) ne devraient pas être uniquement axées sur la transmission d'informations, utiliser la peur, la morale, dramatiser les effets d'une consommation, traiter des conséquences à long terme, recourir aux témoignages d'anciens usagers, à des sanctions, punitions ou prescriptions, être magistrales en grand groupe ou groupe hétérogène quant à l'âge ou consommation, regrouper des jeunes à risque, employer des concours de cessation tabagique, tests de dépistage, chiens renifleurs à l'école</p> <p>7) peuvent contenir des caractéristiques parmi les suivantes pour améliorer leur acceptabilité et faisabilité dans une région telle que l'Estrie</p> <p>7a) Pour les interventions universelles (présence d'un policier communautaire, cohérence du discours entre intervenants, bonne collaboration interprofessionnelle entre intervenants scolaires et partenaires, équilibre entre en faire assez et ne pas surcharger les écoles, etc.)</p> <p>7b. Pour les interventions ciblées (relation directe entre jeune/intervenant, présenter des exemples concrets aux jeunes, soutien aux parents, mesures de justice alternative, etc.)</p>	<p>Forte</p> <p>Forte</p> <p>Forte</p> <p>Modérée</p> <p>Forte</p> <p>Forte</p> <p>Modérée</p>
L'offre de services visant la prévention des SPA en Estrie	
<p>8) devrait offrir une continuité de mesures préventives et passer d'interventions de promotion de la santé qui permettent de développer les compétences psychosociales des élèves (p. ex. gérer son stress, se connaître et s'estimer, réguler ses émotions, s'affirmer, communiquer, faire preuve d'empathie, adopter des comportements prosociaux) vers des interventions sélectives ou ciblées</p> <p>9) devrait disposer de plus d'intervenants dédiés (et formés) à la prévention des SPA dans les écoles secondaires. Ces intervenants doivent disposer de méthodes pour mieux repérer la consommation de SPA et être en communication et en complémentarité aux équipes dépendances 1res lignes des CISSS/CIUSSS.</p>	<p>Modérée</p> <p>Forte</p>

7. ENGRENAGE



Impact de la prévention de la consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire en Estrie.

8. RÉFÉRENCES

1. Hotton, T, Haans, D. Alcohol and drug use in early adolescence. *Health Reports*. 2004;(15):9-19.
2. Johnston, L. D, O'Malley, P.M., Bachman, J. G. *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2002*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2003.
3. Ellickson P. Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Prev Med*. nov 2004;39(5):976-84.
4. Gruber AJ, Pope HG. Marijuana use among adolescents. *Pediatr Clin North Am*. avr 2002;49(2):389-413.
5. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Madden PAF. Early Reactions to Cannabis Predict Later Dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1 oct 2003;60(10):1033.
6. Kandel DB. Does Marijuana Use Cause the Use of Other Drugs? *JAMA*. 22 janv 2003;289(4):482.
7. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *J Adolesc Health*. oct 2016;59(4):S61-75.
8. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *J Prim Prev*. 2000;20(4):275-336.
9. Tobler NS, Lessard T, Marshall D, Ochshorn P, Roona M. Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs for Marijuana Use. *Sch Psychol Int*. févr 1999;20(1):105-37.
10. Hansen WB. School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res*. 1992;7(3):403-30.
11. Institut national de santé publique du Québec, Chapados M, Bergeron O, Duguay I, Richer F, Dubé P-A, et al. Consultation publique sur le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances: mémoire déposé à Santé Canada [Internet]. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550830016.pdf>
12. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep Wash DC* 1974. avr 1983;98(2):107-9.
13. Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* [Internet]. Mrazek PJ, Haggerty RJ, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/>

14. Pedersen VH, Dagenais P, Lehoux P. Multi-source synthesis of data to inform health policy. *Int J Technol Assess Health Care*. juill 2011;27(3):238-46.
15. Timmer A, Sutherland LR, Hilsden RJ. Development and evaluation of a quality score for abstracts. *BMC Med Res Methodol*. déc 2003;3(1):2.
16. Acosta RD, Cash BD. Clinical Effects of Colonic Cleansing for General Health Promotion: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol*. nov 2009;104(11):2830-6.
17. Buzás GM, Józán J. Nitrofurán-based regimens for the eradication of *Helicobacter pylori* infection. *J Gastroenterol Hepatol*. oct 2007;22(10):1571-81.
18. Young PE, Gentry AB, Acosta RD, Greenwald BD, Riddle M. Endoscopic Ultrasound Does Not Accurately Stage Early Adenocarcinoma or High-Grade Dysplasia of the Esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol*. déc 2010;8(12):1037-41.
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. . Quality appraisal checklist - qualitative studies. [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/appendix-h-quality-appraisal-checklist-qualitative-studies>
20. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Educ Inf*. 18 déc 2018;34(4):285-91.
21. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 sept 2017;j4008.
22. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 14 déc 2010;182(18):E839-842.
23. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 5th ed. Thousand Oaks, California: SAGE; 2015. 252 p.
24. Ruff CC, Alexander IM, McKie C. The use of focus group methodology in health disparities research. *Nurs Outlook*. mai 2005;53(3):134-40.
25. Andreani JC, Conchon f. Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives : Un état de l'art en marketing. *Revue Française du Marketing*,. 2005;5-21.
26. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.; 2008 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <http://methods.sagepub.com/book/basics-of-qualitative-research>
27. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 26 avr 2008;336(7650):924-6.

28. Roy, M, Morin P, Douziech N, Tremblay-Langlois E, Aubry F, Montpetit C. Optimisation du fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte au CSSS-IUGS: Synthèse des données probantes et recommandations finales. Rapport d'ETMI livré à la Direction des services aux adultes du CSSS-IUGS par l'UETMISSS du CSSS-IUGS.;
29. Roy M, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux. Services directs de développement des habiletés sociales et affectives des enfants de 2 à 6 ans en situation de péri-vulnérabilité [Internet]. 2018 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3583536>
30. Roy M, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux. Optimiser l'offre de services spécialisée pour les adultes avec un trouble de conduite alimentaire lors d'un suivi externe: rapport d'avis d'évaluation complet [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3995388>
31. Beckman L, Svensson M, Geidne S, Eriksson C. Effects on alcohol use of a Swedish school-based prevention program for early adolescents: a longitudinal study. *BMC Public Health*. déc 2017;17(1):2.
32. Collier C, Onwuegbuzie AJ, LaChapelle A, Davison J. Effects of a Comprehensive, Multiple Risky Behavior Prevention Program on High School Students. *J Addict*. 2016;2016:1-15.
33. Ferrer-Wreder L, Sundell K, Eichas K, Habbi M. AN EMPIRICAL TEST OF A DIFFUSION FRAMEWORK FOR SCHOOL-BASED PREVENTION: THE 21 SWEDISH JUNIOR HIGH SCHOOL STUDY: Diffusion Framework. *J Community Psychol*. sept 2015;43(7):811-31.
34. Little MA. The influence of contextual factors on the processes of adoption and implementation of evidence-based substance use prevention and tobacco cessation programs in schools. Faculty of the USC graduate school University of Southern California, Los Angeles (California, USA).; 2012.
35. Maslowsky J, Whelan Capell J, Moberg DP, Brown RL. Universal School-Based Implementation of Screening Brief Intervention and Referral to Treatment to Reduce and Prevent Alcohol, Marijuana, Tobacco, and Other Drug Use: Process and Feasibility. *Subst Abuse Res Treat*. janv 2017;11:117822181774666.
36. Mitchell J, Midford R, Cahill H, Ramsden R, Lester L, Venning L, et al. Smoking prevention: what benefits are indicated by a pilot school drug education programme that focuses on minimising harm? *Int J Health Promot Educ*. mars 2013;51(2):95-107.
37. Midford R, Cahill H, Ramsden R, Davenport G, Venning L, Lester L, et al. Alcohol prevention: What can be expected of a harm reduction focused school drug education programme? *Drugs Educ Prev Policy*. avr 2012;19(2):102-10.
38. Mogro-Wilson C, Allen E, Cavallucci C. A Brief High School Prevention Program to Decrease Alcohol Usage and Change Social Norms. *Soc Work Res*. 1 janv 2017;swr;svw023v2.

39. Williams RD, Housman JM, Evans JL, Bishop JM, Ray V. Urban and Rural Adolescents' Points-of-Access for Alcohol and Tobacco. *J Community Health*. avr 2018;43(2):406-11.
40. Workman JW, Moore D, Huber MJ, Wilson JF, Ford JA, Kinzler N, et al. The *Pals* Prevention Program and its Long-Term Impact on Student Intentions to Use Alcohol, Tobacco, and Marijuana. *J Drug Educ*. déc 2012;42(4):469-85.
41. Butzer B, LoRusso A, Shin SH, Khalsa SBS. Evaluation of Yoga for Preventing Adolescent Substance Use Risk Factors in a Middle School Setting: A Preliminary Group-Randomized Controlled Trial. *J Youth Adolesc*. mars 2017;46(3):603-32.
42. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Strang J. Brief, Personality-Targeted Coping Skills Interventions and Survival as a Non-Drug User Over a 2-Year Period During Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 1 janv 2010;67(1):85.
43. Dumas DM, Esp S, Johnson J, Trull R, Shearer K. The eCHECKUP TO GO for High School: Impact on risk factors and protective behavioral strategies for alcohol use. *Addict Behav*. janv 2017;64:93-100.
44. Mahu IT, Doucet C, O'Leary-Barrett M, Conrod PJ. Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: a cluster-randomized controlled trial: Personality-targeted prevention for cannabis. *Addiction*. oct 2015;110(10):1625-33.
45. Malmberg M, Kleinjan M, Overbeek G, Vermulst A, Lammers J, Monshouwer K, et al. Substance use outcomes in the Healthy School and Drugs program: Results from a latent growth curve approach. *Addict Behav*. mars 2015;42:194-202.
46. McKay M, Agus A, Cole J, Doherty P, Foxcroft D, Harvey S, et al. Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme (STAMPP): a school-based and community-based cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. mars 2018;8(3):e019722.
47. Midford R, Mitchell J, Lester L, Cahill H, Foxcroft D, Ramsden R, et al. Preventing alcohol harm: Early results from a cluster randomised, controlled trial in Victoria, Australia of comprehensive harm minimisation school drug education. *Int J Drug Policy*. janv 2014;25(1):142-50.
48. Ringwalt CL, Clark HK, Hanley S, Shamblen SR, Flewelling RL. Project ALERT: A Cluster Randomized Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 6 juill 2009;163(7):625.
49. Siennick SE, Widdowson AO, Woessner MK, Feinberg ME, Spoth RL. Risk Factors for Substance Misuse and Adolescents' Symptoms of Depression. *J Adolesc Health*. janv 2017;60(1):50-6.
50. Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC, Grey SF, Teasdale B, Hawthorne RD, et al. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug Alcohol Depend*. juin 2009;102(1-3):1-10.
51. Spoth R, Redmond C, Shin C, Greenberg M, Feinberg M, Schainker L. PROSPER community-university partnership delivery system effects on substance misuse through 6 1/2years past baseline from a cluster randomized controlled intervention trial. *Prev Med*. mars 2013;56(3-4):190-6.

52. Stewart DG, Siebert EC, Arlt VK, Moise-Campbell C, Lehinger E. READY or Not: Findings From a School-Based MI Intervention for Adolescent Substance Use. *J Subst Abuse Treat.* déc 2016;71:23-9.
53. Toumbourou JW, Gregg MED, Shortt AL, Hutchinson DM, Slaviero TM. Reduction of Adolescent Alcohol Use Through Family-School Intervention: A Randomized Trial. *J Adolesc Health.* déc 2013;53(6):778-84.
54. Vigna-Taglianti FD, Galanti MR, Burkhart G, Caria MP, Vadrucci S, Faggiano F. “Unplugged,” a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial: Overview of Results from the Eu-Dap Trial. *New Dir Youth Dev.* mars 2014;2014(141):67-82.
55. Winters KC, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S, Lalone B. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat.* avr 2012;42(3):279-88.
56. Berridge BJ, Hall K, Dillon P, Hides L, Lubman DI. MAKINGtheLINK: a school-based health promotion programme to increase help-seeking for cannabis and mental health issues among adolescents: MAKINGtheLINK help-seeking programme. *Early Interv Psychiatry.* févr 2011;5(1):81-8.
57. Collier C, Henriksen RC. Teachers’ Perceptions of a Multiple High-Risk Behavior Prevention Program and Delivery of Universal Programming. *Qualitative Reports.* 2012;1-19.
58. Desjardins D. Les interventions à privilégier chez les adolescents consommateurs de cannabis dans une école secondaire de la Montérégie. M.Sc. en intervention en toxicomanie. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Sherbrooke (Québec, Canada).; 2015.
59. Ryan MA. *Aspire: Combating poverty and addiction in the San Francisco Bay Area; a program evaluation.* Ph.D. in psychology. Wright State University, Ohio (USA).; 2018.
60. Bell-Ellison BA, Forthofer MS, McDermott RJ, Zapata LB, Nearns JL, Curran KT, et al. A Theater-as-Education Project Discourages Tobacco and Alcohol Use. *Middle Sch J.* sept 2009;41(1):11-9.
61. Brooks SG. School-based substance abuse prevention: An initial review of the red ribbon certified schools program. *Journal of Global Drug Policy and Practice.*, 2013;1-28.
62. Cheng M-T, Annetta L. Students’ learning outcomes and learning experiences through playing a Serious Educational Game. *J Biol Educ.* déc 2012;46(4):203-13.
63. Ogenchuk MJ, Hellsten LA. Gender Differences in Alcohol Prevention Programming. *Journal of Case Studies in Education.* 2012;1-12.
64. Nadin S. Trends and promising practices in school-based substance misuse prevention. [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.thunderbay.ca/en/city-hall/resources/Documents/ThunderBayDrugStrategy/Trends-and-Promising-Practices-in-School-based-Substance-Misuse-Prevention.pdf>

65. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. Cochrane Drugs and Alcohol Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 20 janv 2016 [cité 20 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008969.pub3>
66. Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D. Universal school-based prevention for illicit drug use. Cochrane Drugs and Alcohol Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 1 déc 2014 [cité 20 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003020.pub3>
67. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health*. mai 2012;132(3):128-34.
68. Galanti MR, Coppo A, Jonsson E, Bremberg S, Faggiano F. Anti-tobacco policy in schools: upcoming preventive strategy or prevention myth? A review of 31 studies. *Tob Control*. juill 2014;23(4):295-301.
69. Gagnon H, April N, Tessier S, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: meilleures pratiques de prévention [Internet]. Montréal, Qué.: Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique; 2012 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/234061>
70. MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. Cochrane Public Health Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 5 oct 2018 [cité 21 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009927.pub2>
71. Martin Kerry, Lynch Sarah, Nelson Julie. Effectiveness of school-based life-skills and alcohol education programmes: a review of the literature. 2013.
72. Porath-Waller AJ, Beasley E, Beirness DJ. A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. *Health Educ Behav*. oct 2010;37(5):709-23.
73. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 30 avr 2013 [cité 20 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001293.pub3>
74. Bekkering T, Autrique M, Mobius D, Smet K, Goossens, M, Aertgeerts, B. Guide de bonne pratique pour la prévention de l'abus d'alcool et de drogues chez les adolescents (Révision de la version finale) [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://ppw.kuleuven.be/mesrg/documents/pdf-karin/guide-de-bonne-pratique-pour-la-prevention-de.pdf>
75. ADEPIS (Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service). School-based alcohol and drug education and prevention: what works? 2017.
76. National Crime Prevention Centre (Canada), Gibson Library Connections I. La prévention de l'abus de drogues en milieu scolaire: des programmes prometteurs et efficaces [Internet]. Ottawa, Ont.: Centre national de prévention du crime; 2009 [cité 20 juill 2020].

Disponible sur: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/psc-cfp/national_crime_prevention_centre-f/PS4-73-2009-fra.pdf

77. Groupe de travail Consommation et bonnes pratiques scolaires (GTCBPS, 2015). Problèmes de consommation et bonnes pratiques scolaires: guide à l'intention des écoles secondaires de la Montérégie. [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/promotion-prevention/AES-Guide-consommation.pdf>
78. Houle v V, Québec (Province), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications (1999-). La légalisation du cannabis du primaire à l'université: informations et recommandations [Internet]. 2018 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3671452>
79. Lynch S, Styles B, Poet H, White R, Rabiasz A. Randomised Trial Evaluation of the In:tuition Programme. National Foundation for Educational Research [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.nfer.ac.uk/media/1576/aett02.pdf>
80. Peterson R. Meilleures pratiques de prévention des toxicomanies en milieu scolaire. [Internet]. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Direction de la santé publique.; 2014. Disponible sur: http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Sante_publicue/Themes/Alcool_drogues_et_medicaments/DOC_SPA_MP_2014-02.pdf
81. UNESCO. Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. 2018.
82. LeNoe, S.R, Riggs P.D. Substance Abuse Prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016;25:297-305.
83. Sloboda Z. School-Based Prevention-Evolution of Evidence-Based Strategies. In: *Adolescent substance abuse: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. Leukefeld, C.G., Gullotta, T.P., Staton-Tindall, M. (Eds.),. Springer; 2009. p. 309-31.
84. MSSS. ÉKIP : Santé, bien-être et réussite éducative des jeunes [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/education/prescolaire-primaire-et-secondaire/sante-bien-etre-jeunes/ekip/>

ANNEXE I

EXTRACTION DES DONNÉES DES DOCUMENTS RETENUS PAR LA STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Tableau # 1	Données issues des revues de littérature ou des recensions systématiques des écrits scientifiques
Tableau # 2	Données issues des études quantitatives
Tableau # 3	Données issues des études qualitatives
Tableau # 4	Données issues des études mixtes
Tableau # 5	Données issues d'autres documents scientifiques

Tableau # 1 → Données issues des revues de littérature ou des recensions systématiques des écrits scientifiques

Auteurs (Année) # référence bibliographique	Type de revue	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Carney et al. (2016) #65	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool + cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool + cannabis)	1 + 2) INT brève vs absence d'INT : Il existe des preuves (qualité faible ou très faible) qui soutiennent que les INT brèves sont efficaces pour ↓ consommation d'alcool et de cannabis en milieu scolaire à moyen terme (4 à 6 mois). 1 + 2) INT brèves vs INT information seulement : Il existe des preuves (qualité moyenne) selon lesquelles les INT brèves n'ont pas d'effets significatifs sur la consommation de SPA en milieu scolaire.	1.00
Faggiano et al. (2014) #66	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. cannabis, autres drogues) 2) Sécurité INT (c.-à-d. cannabis, autres drogues)	1 + 2) Les INT fondées sur ↑ compétences sociales sont + efficaces pour ↓ consommation de drogues (et intention de consommer) et ↑ connaissances des jeunes sur les drogues (vs absence INT; 51 études pour 127146 élèves de 6-7 ^e année). 1 + 2) Les INT basées sur modèle de l'influence sociale montrent des effets faibles (vs absence d'INT). 1 + 2) Les INT basées sur une combinaison de modèles (c.-à-d. ↑ compétences sociales, modèle de l'influence sociale) semblent donner de meilleurs résultats que les INT axées sur 1 seul modèle (c.-à-d. efficaces pour ↓ consommation cannabis (>12 mois) et prévenir consommation autres drogues). 1 + 2) INT basées sur ↑ connaissances seules ne démontrent pas amélioration consommation SPA (même si les connaissances de ceux qui consomment s'améliorent). Ces INT auraient un effet sur les connaissances et non sur l'utilisation de la substance.	0.91
Foxcroft et al. (2012) #67	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Des études ne montrent aucun effet des INT implantées alors que d'autres montrent des effets significatifs (53 études relatant des INT en milieu scolaire pour 142738 élèves). Les effets positifs le + souvent notés sont ↓ ivresse et consommation occasionnelle excessive d'alcool. 1 + 2) Des études suggèrent que les INT développementales et psychosociales (p. ex. Unplugged, Good behavior game, Life skills training) sont + susceptibles d'être efficaces à long terme même si les effets sont modestes.	0.63
Galanti et al. (2013) #68	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. tabac) 2) Sécurité INT (c.-à-d. tabac)	1 + 2) Les preuves concernant l'efficacité d'une politique scolaire (seule) en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes du secondaire sont faibles et peu concluantes (31 études avec des jeunes de 10 à 16 ans). Au mieux, une politique claire et complète contre le tabagisme en milieu scolaire à un faible effet sur ↓ réduction tabac à l'école et il est + probable que le comportement passe de la cour d'école à la maison. 1 + 2) Certaines composantes des politiques sont considérées + prometteuses. Les interdictions ou restrictions universelles, des règles claires et une application cohérente à l'égard des élèves et des adultes à l'école sont + souvent associées à une probabilité moins grande de fumer ou à ↓ prévalence tabac à l'école. Les sanctions méritent une attention particulière, car leurs présences ne sont pas du tout liées à un arrêt de consommation.	0.88
Gagnon et al. (2012) #69	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, cannabis)	1 + 2) 3 types d'INT de prévention (c.-à-d. INT universelle, INT sélective, INT ciblée). L'INT universelle vise un ensemble de jeunes indépendamment de leurs habitudes de consommation ou du risque de développer des problèmes. L'INT sélective cible des groupes qui consomment ou non (mais qui sont à risque de développer des problèmes s'ils consomment). L'INT ciblée s'adresse aux gens avec des problèmes de consommation (sans remplir les critères de la dépendance). 1 + 2) Éléments d'efficacité (INT prévention à l'école): a) INT interactive, b) vise ↑ compétences sociales/personnelles, c) implantée à long terme, d) enseigne comment refuser offre de drogues, résister à l'influence de ceux qui sont favorables et qui corrigent fausses perceptions sur SPA, e) dispensé par des professionnels (au lieu de professeurs), f) participation des jeunes, g) viser les plus vieux (14 ans et +, vs + jeunes), h) intègre ↑ connaissances à d'autres objectifs et i) counseling par les pairs et engagement communauté sont aussi des facteurs de succès. 1 + 2) Les INT qui touchent plusieurs SPA, ainsi que les comportements antisociaux des jeunes semblent avoir un meilleur impact à long terme que celles qui visent seulement à réduire l'abus d'alcool en milieu scolaire.	0.50
MacArthur et al.	RS	1) Efficacité INT (c.-	1 + 2) Les INT universelles en milieu scolaire pour comportements à risques multiples font ↓ tabagisme (OR = 0,77, IC 95%: 0.60-	0.95

(2016)		à-d. alcool, cannabis, drogues)	0,97; n = 9 études; 15 354 participants), consommation d'alcool (OR = 0.72, IC 95% = 0.56-0,92; n = 8 études; 8751 participants) et de drogues (OR = 0.74, IC95%: 0.55-1,00; n = 5 études; 11 058 participants) en comparaison à l'absence d'INT.	
#70		2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, cannabis, drogues)	1 + 2) Éléments d'efficacité des INT de prévention en milieu scolaire: a) ↑ connaissances des élèves, b) ↑ compétences sociales et personnelles, c) INT doivent être + interactives que didactiques, d) dispensées par des professionnels externes, e) viser prévention de consommation et non pas sanction ou abstinence, e) âge optimal pour exposition efficace = entre 12 et 14 ans, f) attentes cognitives et approches doivent être adaptées à l'âge et g) inclure parents et familles dans l'INT.	
Martin et al. (2013)	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Il existe des preuves d'effets positifs des INT d'éducation sanitaire sur ↑ connaissances des élèves en matière de SPA et d'alcool. Mais peu ont mesuré l'effet de ces INT sur les attitudes et comportements. Ceux qui l'ont fait notent qu'il existe peu de preuves de l'efficacité de ces INT dans ↑ capacité de prise de décision des élèves en matière de SPA.	0.46
#71		2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Des preuves solides pour des INT (p. ex. Talk About Alcohol en Angleterre, SHAHRP en Australie et Irlande du Nord, MEDALC au Pays de Galles, DEVS en Australie, RAP aux É.-U., JASAP aux É.-U. et Life-Skills Training Program aux É.-U.). Dans l'ensemble, les élèves ↑ compréhension des effets et risques liés à consommation d'alcool et sur certaines questions juridiques liées à l'alcool. Les éléments efficaces de ces INT seraient 1) pédagogie adéquate, 2) le rôle protecteur des parents/adultes signifiants et 3) la prestation par des professionnels externes. Donc, des effets positifs documentés sur l'acquisition de connaissances. 1 + 2) Les résultats de ces INT sur la modification des comportements liés à l'alcool sont cependant faibles (un peu de preuves d'une ↑ attitude, capacité de prise de décision, confiance en soi et affirmation de soi avec SHAHRP et MEDALC). 1 + 2) Bien que nous ne puissions tirer de preuves concluantes, des messages peuvent être tirés. Il faut a) assurer un équilibre entre les éléments de connaissances et de compétences dans les INT, b) accorder une attention particulière à la pédagogie pour qu'elle soit adaptée à l'âge, dispensées par des professionnels compétents et que les INT soient interactives et ouvertes et c) s'appuyer autant que possible sur les parents et les aidants	
Nadin (2015)	RN	1) Efficacité INT (c.-à-d. SPA non spécifiée)	1 + 2) Divers chercheurs insistent sur la nécessité de disposer de messages renforcés et plaident pour INT multiniveaux qui vont au-delà de l'école et qui impliquent les communautés et familles. Bien que souhaitables, ces INT sont + complexes à implanter.	0.31
#64		2) Sécurité INT (c.-à-d. SPA non spécifiée)	1 + 2) Il y a 3 tendances dans le domaine de la prévention des SPA. Tout d'abord, on passe d'un paradigme de punition/abstinence vers un paradigme de prévention (pour ↑ usage sécuritaire et ↓ conséquences négatives). Il faut aussi reconnaître et travailler sur les facteurs de protection des élèves en regard des SPA (donc ↑ forces et résilience des élèves). Finalement, il faut adopter une approche scolaire globale qui fait la promotion du bien-être et de la santé mentale positive. 1 + 2) Éléments d'INT reconnues efficaces et sécuritaires: a) ↑ habiletés et compétences, b) INT soutenues par données et théorie, c) impliquer le jeune, d) INT adaptées au contexte local, e) combiner INT universelles et ciblées, f) INT soutenues avec sessions de rappel, g) INT avec stratégies interactives et h) INT favorisant un environnement sécuritaire.	
Porath-Waller et al. (2010)	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. cannabis)	1 + 2) INT en milieu scolaire ↓ consommation cannabis des élèves (vs INT témoin; +/- 27,9 % de ↓ cannabis). Les INT incorporant des éléments de plusieurs modèles et approches sont + efficaces que ceux uniquement basés sur modèle d'influence sociale.	0.81
#72		2) Sécurité INT (c.-à-d. cannabis)	1 + 2) Les INT + longues, animées de manière interactive par des experts (au lieu d'enseignant) et dispensées chez les ≥ 14 ans sont + efficaces pour ↓ consommation cannabis.	
Thomas et al. (2013)	RS	1) Efficacité INT (c.-à-d. tabac)	1 + 2) Les études sont regroupées en 3 groupes (c.-à-d. cohortes de prévention, évolution du comportement tabagique dans le temps, prévalence tabagisme). Les cohortes de prévention montrent un effet significatif à long terme (↓ \bar{X} 12 % initiation au tabagisme). Les INT combinées de compétences sociales et d'influence sociale ont un effet significatif à un an et plus. Les INT basées sur le modèle d'influence sociale seul n'ont pas d'effets (tout comme les INT avec une approche basée uniquement sur l'information).	0.88
#73		2) Sécurité INT (c.-à-d. tabac)		

Note. IC 95% = Intervalle de confiance à 95 %; INT = INT; OR = Odd ratio; RN = Revue narrative; RS = Revue systématique; SPA = Substances psychoactives; É.-U. = États-Unis d'Amérique; vs = Versus.

Tableau # 1.1 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque revue de littérature ou recension systématique des écrits scientifiques

Revue narrative ou recension des écrits scientifiques évaluée	Item 1 Inclus PICO	Item 2 Méthode élaborée à priori	Item 3 Justifie devis étude admis dans revue	Item 4 Stratégie recherche exhaustive	Item 5 Double sélection des études	Item 6 Double extraction données	Item 7 Liste et raison pour exclure étude	Item 8 Décrire étude incluse	Item 9 Évaluer risque biais études	Item 10 Mention source financement études	Item 11 Si méta-analyse, bonne combinaison données	Item 12 Si méta-analyse, bonne technique pour évaluer risque de biais	Item 13 Tient compte risque biais dans discussion et conclusion	Item 14 Explique hétérogénéité résultats	Item 15 Si synthèse quantitative, tient compte biais publication	Item 16 Mention des conflits intérêts
Carney et al. (2016)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Faggiano et al. (2014)	O	O	O	O	O	O	OP	O	O	N	O	O	O	O	O	O
Foxcroft et al. (2012)	O	O	O	N	O	N	N	N	O	O	O	O	O	O	N	O
Galanti et al. (2013)	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O	O
Gagnon et al. (2012)	O	O	O	O	N	N	N	OP	N	N	n/a	n/a	N	OP	n/a	O
MacArthur et al. (2016)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
Martin et al. (2013)	O	O	O	O	N	N	N	OP	N	N	n/a	n/a	O	O	n/a	N
Nadin (2015)	O	O	O	O	N	N	N	N	N	N	n/a	n/a	N	N	n/a	N
Porath-Waller et al. (2010)	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O	N
Thomas et al. (2013)	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O	O

Note. O = Oui; OP = Oui, partiellement; N = Non; n/a = Non applicable.

Tableau #2 → Extrait des données issues des études quantitatives

Auteurs (Année) # référence bibliographique	Ville (Pays)	Type de document /devis d'étude	Nature de l'INT et de son implantation	Échantillon et méthodologie	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Beckman et al. (2017) #31	Örebro (Suède)	LS/Q-EXP pré-post	INT (Triad) = INT administrée par organisme non gouvernemental. Les enseignants ont un choix d'activités visant la sensibilisation dans certains domaines (p. ex. alcool). Les activités s'intègrent au cursus scolaire. Pour chaque thème choisi, 4-5 activités de 80 minutes sont proposées. L'INT implique les parents et permet aux élèves d'effectuer des activités à domicile. L'INT contient 3 composantes (c.-à-d. renforcer capacités résistance, participation parents, tirage au niveau du groupe-classe).	11 écoles INT (285 élèves) et 3 écoles témoins (159 élèves). Les élèves ont 12-13 ans (7 ^e , 8 ^e et 9 ^e année).	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Éléments d'INT efficaces et sécuritaires: a) curriculum interactif, b) combine pratique d'habiletés sociales et transmission de connaissances, c) agit sur plusieurs facteurs de risque, d) ↑ facteurs de protections, e) ↑ relations interpersonnelles, f) dispensées sur une longue période. 1 + 2) Évaluation de l'INT = Pas de différence dans les % pré-post de consommation et intoxication alcool.	0.84
Berridge et al. (2011) #56	Melbourne (Australie)	LS/EC	INT (MAKINGtheLINK) = INT de promotion de la santé en milieu scolaire qui s'appuie sur des programmes d'éducation en toxicomanie et en santé mentale et qui cible spécifiquement le comportement de recherche d'aide. L'INT améliore la confiance du personnel et des étudiants pour faciliter la recherche d'aide et faire face aux obstacles. Les activités en classe permettent d'explorer les obstacles potentiels et d'expliquer pourquoi ils ont besoin de les surmonter.	INT dispensée en 2 séances de 48 minutes à 10 classes de 10 ^e année. INT évaluée en post via enquête satisfaction pour évaluer acceptabilité et faisabilité de l'implantation en milieu scolaire.	1) Efficacité INT (c.-à-d. cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. cannabis) 3) Acceptabilité, faisabilité et éthique des INT (c.-à-d. cannabis)	1 + 2) La majorité des étudiants (> 70 %) indiquent qu'ils sont + enclins à demander de l'aide après INT et qu'ils sont + conscients de la signification de la confidentialité professionnelle. 3) Plus de 80 % des étudiants sont satisfaits de l'INT qu'ils jugent acceptable et réalisable. 3) La majorité du personnel trouve les activités amusantes et attrayantes, envisagent de les utiliser avec leurs élèves, qu'il est important d'enseigner aux élèves d'aider leurs amis, qu'ils sont + confiants d'aider un élève à demander de l'aide et qu'ils sont satisfaits de l'INT.	0.46
Butzer et al. (2016) #41	Boston (É.-U.)	LS/ECR	INT = 32 sessions de yoga dispensées (c.-à-d. Kripalu Yoga in Schools) dans un cours d'éducation physique. L'INT vise à ↑ compétences sociales et émotionnelles par yoga et pleine conscience. Le programme se concentre sur gestion stress, régulation des émotions, appréciation de soi, confiance en soi et relations interpersonnelles.	Une école publique. Randomisation des élèves de 7 ^e année (n = 201 avec mesure pré-post INT, yoga = 110 vs contrôle = 91)	1) Efficacité INT (c.-à-d. tabac) 2) Sécurité INT (c.-à-d. tabac)	1 + 2) Le groupe contrôle est + disposé à essayer de fumer des cigarettes après l'INT vs groupe-yoga. Les résultats suggèrent que le yoga à l'école peut avoir des effets + sur la prévention de la volonté de fumer, ainsi que sur ↑ maîtrise de soi (chez les filles seulement).	0.90

Collier et al. (2016) #32	Texas (É.-U.)	LS/Q-EXP pré-post	INT (Choices) = S'appuie sur des éléments démontrés efficaces (p. ex. mesures universelles dispensées en classe, participation active de la famille et communauté, activités interactives, formation et soutien des enseignants, développement des compétences, éléments de renforcement des relations, pertinence culturelle).	469 à 679 élèves de 9 ^e à 12 ^e année selon l'année (2009 à 2013)	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, cannabis, tabac, autres drogues) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, cannabis, tabac, autres drogues)	1 + 2) Après 2 ans d'INT, les élèves de la région ont signalé une ↓ significative de consommation d'alcool, cannabis, tabac et autres drogues. À la 4 ^e année de l'INT, cette ↓ est toujours observable.	0.73
Conrod et al. (2010) #42	Londres (Royaume-Uni)	LS/ECR	INT brève qui contient 2 séances de groupe de 90 minutes. L'INT a une composante psychoéducatrice, motivationnelle et cognitive comportementale, ainsi que des scénarios réels partagés par de jeunes britanniques à haut risque. L'INT ne vise pas à changer la personnalité, mais à changer la manière de gérer le quotidien.	Élèves de 9 ^e à 11 ^e année (13 à 16 ans) de 24 écoles secondaires interrogés si 1 écart-type + ↑ que \bar{X} école pour 4 facteurs de risque (c.-à-d. désespoir, anxiété, impulsivité, recherche sensation). 732 étudiants sont randomisés en INT ($n = 395$) et contrôle ($n = 337$)	1) Efficacité INT (c.-à-d. drogues) 2) Sécurité INT (c.-à-d. drogues)	1 + 2) INT efficace pour prévenir une ↑ consommation de drogue et empêcher l'expérimentation de substances illicites sur une période de 24 mois. Le succès de l'INT est probablement dû à sa nature sélective en ce sens que seuls les jeunes à risque élevé présentant des facteurs de risque de personnalité connus pour une consommation précoce de substances ont été ciblés. L'approche sélective permet d'effectuer des INT brèves, pertinentes et axées directement sur les facteurs de risque de consommation de SPA.	0.83
Doumas et al. (2017) #43	Idaho (É.-U.)	LS/ECR	INT (eCHECKUP TO GO) = INT visant ↓ consommation alcool en agissant sur facteurs risque associés (c.-à-d. attentes en matière d'alcool, croyances en matière d'alcool, perception de la consommation par les pairs, stratégies comportementales protectrices). INT au départ pour les universités, mais adapté pour les écoles secondaires dans cette étude. Il s'agit d'une INT dispensée par ordinateur en classe d'une durée de 30 minutes. INT basée sur les normes sociales et des prémisses motivationnelles.	Des élèves de 2 écoles secondaires de l'Idaho réparti en groupe INT ($n = 182$) et témoin ($n = 164$) dont 265 (76.6 %) ont des mesures au suivi entre 30-45 jours.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Les filles exposées à l'INT ont une ↓ + importante des facteurs de risque consommation d'alcool (c.-à-d. alcool est perçu plus négativement, croyances plus négatives par rapport à alcool, attentes positives diminuent). Pas de différences chez les garçons. Donc l'INT est efficace chez les filles uniquement.	0.88
Ferrer-Wreder et al. (2015) #33	10 villes de Suède	LS/Q-EXP pré-post	INT = Initiative de soutien pour ↓ consommation alcool et drogues dans les écoles. Les écoles sont responsables de la sélection et implantation d'INT pertinente à	1337 élèves de 21 écoles (11 INT, 10 contrôles). Parmi	1) Efficacité INT (SPA non spécifiée)	1 + 2) La consommation de SPA ↑ chez les garçons. Mais elle ↑ moins rapidement chez les adolescents de milieux ruraux du groupe INT. L'INT est donc efficace pour la ralentir la	0.72

			leur contexte. Les écoles reçoivent une éducation en théorie du risque et de la protection, ainsi qu'une formation sur les INT avec lesquelles elles ont décidé de travailler.	les écoles, 14 sont en zone métropolitaine et 7 en zone rurale. Au départ, les élèves sont en 7 ^e année (+/- 13 ans) et sont suivis jusqu'en 9 ^e année.	2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)	hausse de consommation de SPA.	
Little (2012) #34	(É.-U.)	LG/Q-EXP pré-post	INT (Project toward no drug abuse) = Comblent les lacunes en matière de prévention sélective de SPA chez les jeunes à risque en milieu scolaire. INT avec 12 sessions de 40-50 minutes dispensées par des professeurs formés sur une période de 4 à 6 semaines. Le curriculum comprend des activités motivationnelles, l'entraînement d'habiletés sociales et de décision, ainsi que des stratégies d'adaptation pour ↓ consommation de SPA.	4351 élèves de 65 écoles secondaires. De ce nombre, 3751 acceptent de participer. 3346 fournissent des données en pré-INT, 2983 en post-INT et 2563 au suivi à 1 an. Aussi 46 professeurs.	1) Efficacité INT (c.-à-d. cannabis, drogues, tabac)	1) Fidélité implantation prédit une ↑ croyance des étudiants sur l'immoralité à consommer des drogues et de la santé comme valeur personnelle. Aussi associée à ↑ connaissances sur drogues, ↓ croyances élèves sur mythes favorables à l'usage de drogues et ↓ intention consommer cannabis. La fidélité de l'implantation a un effet marginal sur la ↓ intention utiliser tabac (p <0,10).	0.81
Mahu et al. (2015) #44	Londres (Royaume-Uni)	LS/ECR	INT = INT brève de 2 séances de groupe de 90 minutes organisées à l'école par un personnel scolaire formé. Les étudiants reçoivent INT qui vise comportement à haut risque le plus dominant des 4 (p. ex. désespoir, anxiété, impulsivité, recherche de sensations). L'INT comprend des exercices psychoéducatif, motivationnel et cognitif, ainsi que des scénarios réels vécus par des jeunes à haut risque. Les INT sont conçues pour changer la manière dont les individus gèrent les vulnérabilités associées au risque de personnalité. Pour renforcer la motivation en faveur d'un changement de comportement, la première section de l'INT vise à fixer des objectifs et la deuxième sur la personnalité cible.	1038 étudiants à haut risque de consommation de 9 ^e année dans 21 écoles secondaires (groupe INT = 12 écoles/595 élèves, groupe témoin = 9 écoles/445 élèves)	1) Efficacité INT (c.-à-d. cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. cannabis)	1 + 2) ↓ consommation du cannabis au suivi à 6 mois en post-INT (OR = 0,67, IC 95% = 0,45-1,0) et de la fréquence d'utilisation à 12 et 18 mois (IC 95% = -0,6 à -0,01 et IC 95% = -0,54 à 0,0). 1 + 2) Les analyses par sous-groupes révèlent que l'INT a retardé le recours au cannabis parmi les chercheurs de sensations fortes (OR = 0.25, β = -0.833, erreur type = 0.342, p = 0.015). 1 + 2) INT ciblée sur la personnalité pour retarder l'apparition consommation cannabis chez adolescents à haut risque est efficace (surtout chez ceux qui cherchent des sensations fortes)	0.83
Malmberg et al. (2015) #45	Pays-Bas	LS/ECR	INT (Health School & Drugs) = INT universelle de prévention de la consommation de SPA qui combine des éléments des 3 types de modèles de prévention en milieu scolaire. Cette INT est implantée annuellement dans 60 % des écoles secondaires des Pays-Bas. INT à plusieurs composantes visant à ↓	3784 élèves de 11 à 15 ans dans 23 écoles secondaires.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, cannabis, tabac) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, cannabis,	1 + 2) L'INT n'est pas efficace pour prévenir la consommation de SPA. 1 + 2) L'INT devrait cesser d'être déployée en milieu scolaire néerlandais	0.88

			usage précoce ou excessif de substances. Le programme repose sur 4 piliers (c.-à-d. leçons d'information par modules d'apprentissage en ligne, participation des parents, réglementation de l'abus de SPA, conseil en matière de toxicomanie des élèves).		tabac)		
Maslowsky et al. (2017) #35	Wisconsin (É.-U.)	LS/Q-EXP pré-post	INT (Screening, brief INT, and referral to treatment) = INT qui vise à ↓ consommation de SPA chez adolescents. L'INT débute par un bref dépistage du problème, suivi d'une brève conversation avec un intervieweur qualifié pour renforcer l'abstinence, arrêter ou réduire la consommation de la substance et orienter vers un traitement intensif si besoin. INT vise le changement de comportement en aidant les gens à résoudre le problème et en changeant leur comportement.	10 écoles de milieux urbains, semi-urbains et ruraux regroupant 2513 élèves de 9 ^e et 10 ^e années.	1) Efficacité INT prévention SPA (c.-à-d. cannabis) 2) Sécurité INT prévention SPA (c.-à-d. cannabis) 3) Acceptabilité, faisabilité et éthique des INT (c.-à-d. cannabis)	1 + 2) INT prometteuse pour école qui souhaite fournir des services, mais qui ne dispose pas de personnel. INT retarde consommation de SPA. 3) INT prend moins de temps que les autres INT universelles de prévention de consommation SPA qui ont plusieurs sessions sur plusieurs semaines/mois. Bien qu'il ne doive pas être considéré comme un substitut à des INT préventives à plus grande échelle qui traitent de multiples facteurs de risque, l'INT est une option réaliste et efficace.	0.67
McKay et al. (2018) #46	Irlande + Écosse (Royaume-Uni)	LS/ECR	INT (Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Programme) = Combine une INT adaptée à la culture et une brève INT parentale inspirée du programme suédois Örebro pour ↑ techniques de résistance et compétences. Comprend 3 stratégies (c.-à-d. apprendre aux étudiants à reconnaître les situations à haut risque, sensibiliser aux influences extérieures, combiner maîtrise de soi et techniques de refus)	10405 élèves de 8 ^e année (c.-à-d. 11-12 ans) avec des données pré-post dans 105 écoles secondaires	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Moins d'élèves du groupe INT déclarent des comportements de consommation élevée vs groupe contrôle (17 % contre 26 %; OR = 0,60, IC 95 %: 0,49-0,73) à 33 mois de suivi. Aucun effet indésirable n'a été signalé.	0.83
Midford et al. (2014) #47	Victoria (Australie)	LS/ECR	INT Drug Education in Victorian School Program = INT basée sur les drogues licites et illicites qui emploie une approche de réduction des méfaits, des éléments interactifs, de développement des habiletés et d'enseignement et qui capitalise sur la participation des parents avec des activités à domicile.	1752 élèves de 8 ^e année (c.-à-d. 13-14 ans) dans 21 écoles secondaires (groupe INT = 14 écoles et 1163 étudiants, groupe témoin = 7 écoles et 589 étudiants).	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, drogues) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, drogues)	1 + 2) Dans le groupe INT = ↑ connaissances sur drogues et alcool ($p < 0.001$), ↑ communication des élèves avec parents à propos alcool ($p = 0.037$), ↑ alcool inférieur ($p = 0.011$). 1 + 2) Pas de différence entre les groupes pour changement d'attitude envers alcool ou proportion de buveurs ou buveurs à risque.	0.87
Midford et al. (2014) #37	Victoria (Australie)	LS/Q-EXP pré-post	INT = S'inspire de projets australiens d'éducation face aux drogues et à la résilience (p. ex. SHAHRP et GET WISE). INT de 12 séances pour 8 ^e année (13-14 ans) et 10 séances en 9 ^e année (14-15 ans). INT aborde alcool, tabac, cannabis et autres	318 élèves de 8 ^e et 9 ^e année (c.-à-d. 13 à 15 ans) dans 4 écoles secondaires (groupe INT = 3	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Les élèves qui ont reçu INT sont + au courant des problèmes liés à l'usage de drogues, communiquent + avec leurs parents quant à l'alcool, boivent moins, se saoulent moins et subissent moins de dommages liés à l'alcool. Cependant, ils n'étaient pas moins	0.70

			drogues illicites. INT axe sur l'importance d'intégrer des stratégies d'apprentissage qui traitent des connaissances et compétences de négociation, implique les participants dans résolution de problèmes et déconstruction des pressions et normes sociales. INT s'inspire de recherches en éducation et résilience, sur les compétences sociales, résolution de problèmes et autonomie. INT utilise stratégies interactives et appliquées.	écoles et 225 étudiants, groupe témoin = 1 école et 93 étudiants).		susceptibles d'avoir essayé l'alcool.	
Mitchell et al. (2013) #36	Victoria (Australie)	LS/Q-EXP pré-post	INT = S'inspire de projets australiens d'éducation face aux drogues et à la résilience (p. ex. SHAHRP et GET WISE). INT de 12 séances pour 8 ^e année (13-14 ans) et 10 séances en 9 ^e année (14-15 ans). INT aborde alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites. INT axe sur l'importance d'intégrer des stratégies d'apprentissage qui traitent des connaissances et compétences de négociation, implique les participants dans résolution de problèmes et déconstruction des pressions et normes sociales. INT s'inspire de recherches en éducation et résilience, sur les compétences sociales, résolution de problèmes et autonomie. INT utilise stratégies interactives et appliquées.	318 élèves de 8 ^e et 9 ^e année (c.-à-d. 13 à 15 ans) dans 4 écoles secondaires (groupe INT = 3 écoles et 225 étudiants, groupe témoin = 1 école et 93 étudiants).	1) Efficacité INT (c.-à-d. tabac) 2) Sécurité INT (c.-à-d. tabac)	1 + 2) Les étudiants qui ont reçu INT sont plus susceptibles de retenir leçons sur le tabagisme et sont mieux informés des problèmes consommation de drogues. Ils ne sont pas moins susceptibles de commencer à fumer, mais ceux qui fument déclarent fumer moins de cigarettes et avoir moins de méfaits associés à leur consommation de tabac. 1 + 2) INT éducation antitabac en milieu scolaire axé sur réduction des méfaits n'augmente pas initiation au tabac et peut donner compréhension et compétences nécessaires pour prendre meilleures décisions de consommation.	0.70
Mogro-Wilson et al. (2017) #38	Connecticut (É.-U.)	LS/Q-EXP pré-post	INT (Refuse, Remove, Reasons) = 5 séances en classe (1X semaine) sur 5 sujets (c.-à-d. alcool et tabac, cannabis, stéroïde, médicament vente libre et sur ordonnance, héroïne, conséquences utilisation). INT fournit des informations sur les SPA, risques potentiels d'utilisation et techniques de refus. Chaque session comprend un segment vidéo de 5-10 minutes qui fournit des informations adaptées à l'âge à travers des histoires vécues. La vidéo est suivie de questions destinées à aider les élèves à intégrer informations, améliorer perception du préjudice, remettre en question normes sociales et mettre en pratique des techniques de refus. Chaque session se termine par une activité destinée à donner aux élèves de nouvelles possibilités de se concentrer sur une prise de décision saine.	1352 adolescents (groupe INT = 678 et groupe témoin = 674) dans 12 écoles (âge \bar{X} = 15 ans).	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, drogue) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, tabac, drogues)	1 + 2) INT ↓ consommation alcool, ↓ acceptation de l'alcool et tabac et ↑ perception négative de la consommation drogues.	0.78

Ringwalt et al. (2009) #48	11 états des É.-U. LS/ECR	INT (Project Alert) = INT prévention consommation SPA pour élèves de 7-8 ^e qui cible les compétences nécessaires pour résister aux incitations des pairs à consommer, soutenir les attitudes et croyances qui limitent consommation SPA. Le programme comprend 11 séances la première année suivie de 3 séances de rappel l'année suivante. Ces séances sont conçues pour s'adapter à des périodes de classe de 45 minutes (1 fois semaine). Les activités comprennent des discussions en classe, des activités en groupe, des exercices de jeu de rôle et de la vidéo.	5883 élèves de 6 ^e à 8 ^e année ont fourni des données. Après nettoyage, il y a des données répétées pour 4466 élèves.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis, inhalant) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis, inhalant)	1 + 2) En pré-INT, les élèves du groupe INT sont + susceptibles d'utiliser une des 8 mesures examinées (utilisation à vie ou 30 derniers jours des 4 SPA). Pour toutes les mesures sauf utilisation à vie du tabac, ces différences sont moins prononcées au suivi et révèlent effets favorables de l'INT. Ces changements sont toutefois significatifs pour une seule variable (c.-à-d. consommation alcool 30 derniers jours; ↓ OR 2,07 au départ et 1,32 au suivi; P = 0,006).	0.85
Siennick et al. (2017) #49	Pennsylvanie et Iowa (É.-U.) LS/ECR	INT (Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience) = INT avec composante scolaire et familiale. En 6 ^e année, les familles des élèves sont invitées à des activités de sensibilisation. En 7 ^e année, une INT en milieu scolaire est dispensée (Alert = 11 séances, Life skills training = 15 séances, All Stars = 13 séances). Chaque INT comprend des activités pour ↑ compétences individuelles, comportements prosociaux, ↓ réduire acceptation sociale des SPA et modifier la perception des conséquences reliées à une consommation. D'autres compétences spécifiques peuvent être enseignées (↑ confiance et estime de soi)	636 élèves (387 INT, 249 contrôle)	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis)	1) Lorsque les adolescents des écoles contrôles ont + symptômes dépressifs, ils croient + fermement que la consommation SPA a des avantages sociaux, perçoivent des niveaux plus élevés de toxicomanie chez leurs pairs et ont + d'amis qui consomment SPA (bien qu'ils ne soient pas + susceptibles ↑ utilisation SPA eux-mêmes). 1) Plusieurs associations positives entre symptômes dépressifs et facteurs de risque liés aux pairs sont significativement + faibles (ou absentes) chez les élèves écoles INT. Donc, INT est efficace chez les élèves avec plus de symptômes dépressifs.	0.80
Sloboda et al. (2009) #50	83 zones scolaires aux É.-U. LS/ECR	INT (Adolescent Substance Use Prevention Program) = ECR sur 5 ans. INT en 7 ^e et 9 ^e année et mesures collectées en 11 ^e année. En 7 ^e et 9 ^e , des policiers viennent présenter INT Take Charge of your Life qui présente risques et conséquences liés à consommer SPA. L'INT vise aussi à développer des stratégies de refus, de communication et de gestion personnelle au moyen d'activités d'acquisition de connaissances individuelles au moyen de 10 séances en 7 ^e année et 7 séances de rappel en 9 ^e année.	19529 élèves de 7 ^e année. Les analyses sont faites avec les 17320 élèves qui ont des données au baseline. Les outcomes sont mesurés en 9 ^e et 11 ^e année.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis)	1 + 2) Effet négatif de l'INT, car ↑ consommation alcool et tabac entre 7 ^e et 11 ^e année. L'effet négatif de l'INT se produit chez les non-utilisateurs. Ce programme ne doit pas être utilisé comme une INT universelle. 1 + 2) Un effet + de l'INT est noté pour les élèves qui consomment cannabis en pré-INT. Il y a ↓ consommation au suivi. Cela favorise l'utilisation de l'INT comme INT sélective.	0.93
Spoth et al. (2013) #51	Pennsylvanie et Iowa (É.-U.) LS/ECR	INT (Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience) = INT avec composante scolaire et familiale. En 6 ^e année, les familles des élèves sont invitées à des activités de sensibilisation. En 7 ^e année, une INT en milieu scolaire est dispensée	11960 élèves dans 28 zones scolaires	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool,	1 + 2) Consommation SPA + faible dans groupe INT à un ou aux deux moments pour la majorité des résultats, avec des taux de réduction relatifs allant jusqu'à 31,4 %. La croissance de l'utilisation abusive est + plus faible dans le groupe INT pour 8 résultats (sur	0.83

				(Alert = 11 séances, Life skills training = 15 séances, All Stars = 13 séances). Chaque INT comprend des activités pour ↑ compétences individuelles, comportements prosociaux, ↓ réduire acceptation sociale des SPA et modifier la perception des conséquences reliées à une consommation. D'autres compétences spécifiques peuvent être enseignées (↑ confiance et estime de soi)		tabac, cannabis)	10). 1 + 2) L'effet de l'INT est plus important chez les jeunes à risque plus élevé (vs risque faible) pour 6 résultats (sur 10) en 11 ^e année et sur la consommation de substances illicites en 12 ^e année. 1 + 2) INT efficace surtout chez jeunes à risques.	
Stewart et al. (2016) #52	Seattle (É.-U.)	LS/ECR	INT (Reducing the Effects of Alcohol and Drug on Youth) = INT brève qui utilise technique motivationnelle dispensée par psychologue en milieu scolaire. 4 semaines de traitement (séances de motivation et de fixation de d'objectifs), 4 semaines de « check-in session » pour suivi et atteinte des objectifs et 8 semaines de suivi pour une période de 16 semaines.	244 élèves de 13 à 18 ans référés par professeur, directeur, parent ou autorité. Randomisation en 2 groupes (INT et contrôle). Les contrôles reçoivent INT dans un 2 ^e temps.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, drogue) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, drogue)		1 + 2) Les élèves qui participent à INT ont une ↓ consommation cannabis et des conséquences négatives de l'utilisation SPA plus importante que celle des témoins. Quand les contrôles reçoivent l'INT, les mêmes résultats sont observés.	0.81
Toumbourou et al. (2013) #53	Melbourne (Australie)	LS/ECR	INT (Resilient families program) = INT pour implantation début école secondaire (7 ^e et 8 ^e année) pour encourager les réseaux de soutien familiaux à améliorer la santé et le bien-être des adolescents. INT vise ↑ habiletés relationnelles et à assister le développement de compétences parentales chez les parents via 5 composantes (c.-à-d. volet enseignant, volet éducation des parents, volet extra éducation parent, communauté parent, volet universel et scolaire).	4564 élèves de 12 à 14 ans dans 24 écoles ont participé à 1 des 3 vagues (pré-INT et suivi 12 et 24 mois). Les analyses sont effectuées sur 2354 étudiants ayant des données pour 2 temps de suivi sur 3.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, tabac)		1 + 2) En comparaison aux élèves contrôle, les élèves du groupe INT démontrent ↓ utilisation à vie de SPA (tabac ou alcool, OR = 0.78) et dans la fréquence d'utilisation de ces SPA (utilisation fréquente, OR = 0.69, utilisation lourde, OR = 0.75). 1 + 2) Les INT familiales en contexte scolaire semblent efficaces.	0.81
Vigna-Taglianti et al. (2014) #54	7 pays Européen (Grèce, Italie, Autriche, Allemagne, Belgique, Suède et Espagne)	LG/ECR	INT Unplugged = INT basée sur l'influence sociale et vise le développement des habiletés personnelles et sociales, ainsi que les croyances individuelles. 12 séances d'une heure dispensées par le professeur en classe.	170 écoles regroupant 5541 élèves de 12-14 ans avec des données pré-post (séparé en groupe INT et témoin).	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis)		1) 3 mois post-INT, le groupe INT à une plus faible prévalence tabac, cannabis et épisode d'ébriété. Cet effet est toujours noté 15 mois post-INT (sauf pour tabac qui n'est plus significatif). 1) INT qui peut être universelle, mais les gains semblent meilleurs chez les jeunes de milieux plus défavorisés.	0.78
Williams et al. (2014)	Missouri (É.-U.)	LS/Q-EXP pré-post	INT de mentorat en milieu scolaire (One Life) conçu pour ↓ consommation SPA et avoir impact sur facteurs de risque	94 élèves de 8 ^e à 10 ^e année (groupe INT = 65,	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, drogue)		1 + 2) Comparés aux témoins (n = 29), les participants à l'INT ont une ↓ tabac pendant 30 jours (p = 0,037), d'alcool (p = 0,001) et	0.70

#39				socioécologique= 3 composantes pour impliquer étudiants dans l'école et la communauté tout en assurant un mentorat par des étudiants universitaires. Les composantes comprennent une école éclairée (activités parascolaires dans un environnement positif), un coach de vie (2 rencontres 45-60 minutes par semaine avec mentor) et une planification de carrière. Ces composantes sont implantées sur 4 mois pendant année scolaire.	groupe témoin = 29). Les jeunes du groupe INT sont identifiés par les responsables de l'école comme étant à risque de consommation SPA	2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, tabac, drogue)	d'inhalants (p <0,001). 1 + 2) Parmi les autres avantages, on compte un intérêt accru pour l'enseignement supérieur et une amélioration des compétences en développement des pairs (p <0,05).	
Winters et al. (2012)	Minnesota (É.-U.)	LS/ECR	#55	INT = 2 INT brèves. La première INT (2 séances) alors que deuxième INT (2 séances + séance parents). Les séances durent 60 minutes et sont dispensées par un expert et adopte une approche motivationnelle. Les séances sont espacées de 7-10 jours. La première session porte sur information consommation SPA (et ses conséquences) et sur la volonté de changement, sur l'examen des pour et contre d'utiliser SPA et sur les changements qu'élèves souhaitent effectuer. La deuxième session est sur la surveillance du changement, identification de situation à haut risque et stratégies pour faire face à la pression sociale. La troisième session (avec les parents) vise à aider les parents à aider leurs enfants à atteindre leurs objectifs.	315 élèves identifiés par des intervenants en milieu scolaire comme utilisant des drogues. Ces élèves sont répartis en 3 groupes (INT brève = 136, INT brève + parents, 123, témoin = 56)	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, cannabis, drogues) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, cannabis, drogues)	1 + 2) Deux conclusions majeures = 1) les deux INT montre une ↓ consommation de SPA par rapport au groupe témoin, 2) l'INT avec parents est associée à une ↓ + importante de la consommation de SPA que dans le groupe sans parents.	0.78
Workman et al. (2012)	Ohio (É.-U.)	LS/Q-EXP pré-post	#40	INT (Prevention through Alternative Learning Styles) = INT multisensorielle et interactive avec composante influence sociale et sur enseignement techniques de refus. INT met accent sur risques liés à utilisation excessive des SPA et aide les étudiants à acquérir des compétences dans des domaines tels que reconnaître et résister à la pression des pairs, identifier et éviter les environnements consommateurs de drogues, faire face au stress et faire des choix de vie sains. Les élèves sont exposés à 10 séances en classe.	337 élèves de 6 ^e année dans le groupe INT et 118 élèves témoins	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool, tabac, cannabis)	1 + 2) Les étudiants exposés à PALS sont moins nombreux à avoir l'intention de consommer de l'alcool et du tabac (vs les étudiants non exposés). Immédiatement après l'INT, ainsi qu'au suivi 12 et 24 mois.	0.68

Note. EC = Étude de cas; ECR = Étude clinique randomisée; IC 95% = Intervalle de confiance à 95 %; INT = INT; LG = Littérature grise; LS = Littérature scientifique; OR = Odd ratio; Q-EXP = Devis quasi expérimental; SPA = Substances psychoactives; É.-U. = États-Unis d'Amérique; vs = versus.

Tableau # 2.1 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque avec un devis quantitatif

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Beckman et al. (2017)	O	O	O	O	O	O	n/a	n/a	n/a	OP	O	OP	OP	O	O	O	O	O	O	+2
Berridge et al. (2011)	O	O	OP	O	N	OP	n/a	n/a	n/a	OP	N	OP	N	OP	OP	N	N	O	O	+2
Butzer et al. (2016)	O	O	O	O	O	O	O	n/a	n/a	O	N	OP	O	O	O	O	OP	O	O	+5
Collier et al. (2016)	OP	O	OP	O	N	O	n/a	n/a	n/a	O	N	O	O	O	O	O	N	O	O	+3
Conrod et al. (2010)	O	O	O	O	O	O	O	N	n/a	O	N	O	N	O	O	O	N	O	O	+5
Doumas et al. (2017)	O	O	OP	O	O	OP	OP	N	n/a	O	O	OP	O	O	O	O	O	O	O	+5
Ferrer-Wreder et al. (2015)	OP	O	OP	O	O	O	n/a	n/a	n/a	O	N	O	N	N	N	N	N	O	OP	+4
Little (2012)	O	O	OP	O	O	OP	OP	N	n/a	O	O	O	OP	O	O	OP	OP	O	O	+5
Mahu et al. (2015)	O	O	OP	O	O	O	O	N	n/a	OP	OP	O	N	O	O	O	OP	O	O	+5
Malmberg et al. (2015)	O	O	OP	O	O	OP	O	N	n/a	O	O	O	OP	O	O	O	O	O	O	+5
Maslowsky et al. (2017)	O	O	O	O	O	OP	n/a	n/a	n/a	O	N	O	N	OP	OP	N	OP	OP	OP	+4
McKay et al. (2018)	O	O	OP	O	O	O	O	N	n/a	O	N	O	N	O	O	O	O	O	O	+5
Midford et al. (2012)	O	O	OP	O	O	OP	n/a	n/a	n/a	OP	N	OP	N	O	O	O	N	O	O	+4
Midford et al. (2014)	O	O	O	O	O	O	O	n/a	n/a	O	N	O	N	O	O	O	OP	O	O	+5
Mitchell et al. (2013)	O	O	OP	O	O	OP	n/a	n/a	n/a	OP	N	OP	N	O	O	O	N	O	O	+4
Mogro-Wilson et al. (2017)	O	O	OP	O	O	OP	n/a	n/a	n/a	O	N	O	N	O	O	O	OP	O	O	+4
Ringwalt et al. (2009)	O	O	O	O	O	O	O	N	n/a	N	OP	O	OP	O	O	O	O	O	O	+5
Siennick et al. (2017)	O	O	OP	O	O	O	O	N	n/a	O	O	OP	N	O	O	OP	OP	O	O	+5
Sloboda et al. (2009)	O	O	O	O	O	O	O	N	n/a	OP	O	O	O	O	O	O	O	O	O	+5
Spoth et al. (2013)	O	O	OP	O	O	O	O	N	n/a	O	O	OP	N	O	O	O	OP	O	O	+5
Stewart et al. (2016)	O	O	OP	O	O	OP	O	N	n/a	O	N	N	N	O	O	O	N	O	O	+5
Toumbourou et al. (2013)	O	O	OP	O	O	O	OP	N	n/a	OP	O	O	OP	O	O	OP	OP	O	O	+5
Vigna-Taglianti et al. (2014)	O	O	OP	O	O	OP	O	N	n/a	OP	OP	O	OP	O	O	OP	OP	O	O	+5
Williams et al. (2014)	O	O	O	O	O	OP	n/a	n/a	n/a	N	N	OP	N	O	O	O	N	O	O	+4
Winters et al. (2012)	O	O	O	O	O	OP	OP	N	n/a	O	N	OP	OP	O	O	O	OP	O	O	+5
Workman et al. (2012)	O	O	OP	O	O	OP	n/a	n/a	n/a	OP	N	OP	N	O	O	OP	N	O	O	+4

Note. O = Oui; OP = Oui, partiellement; N = Non; n/a = Non applicable.

- Item 1 = Question de recherche claire
- Item 2 = Design approprié pour la question de recherche
- Item 3 = Description suffisante des participants
- Item 4 = Participants appropriés pour la question
- Item 5 = Utilisation de sujets comme contrôle
- Item 6 = Méthode de sélection des sujets décrite et appropriée
- Item 7 = Si attribution aléatoire aux groupes est possible, est-ce décrit ?
- Item 8 = Si attribution aléatoire aux groupes est possible, est-ce décrit ?
- Item 9 = Si attribution aléatoire aux groupes est possible, est-ce décrit ?
- Item 10 = Mesure de résultats bien définie et résistante au biais de mesure ?
- Item 11 = La confusion a-t-elle été prise en compte
- Item 12 = Taille de l'échantillon adéquate ?
- Item 13 = Calculs de puissance post hoc ou intervalles de confiance rapportés pour des résultats statistiquement non significatifs ?
- Item 14 = Des analyses statistiques appropriées
- Item 15 = Tests statistiques déclarés ?
- Item 16 = Les valeurs p exactes ou les intervalles de confiance sont-ils indiqués ?
- Item 17 = Attrition de sujets et raison de l'attrition enregistrée ?
- Item 18 = Les résultats sont-ils suffisamment détaillés ?
- Item 19 = Les résultats appuient-ils les conclusions ?
- Item 20 = 0 à 5 points selon le devis d'étude et la présence/absence de randomisation

Tableau #3 → Extraction des données issues des études qualitatives

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Ville (Pays)	Échantillon	Devis	Description de la modalité de prise en charge	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Collier et al. (2012) #57	Houston (É.-U.)	10 professeurs ayant vécu l'implantation de l'INT	ENT	L'INT cible 15 facteurs de risque (c.-à-d. alcool, drogues, tabac, intimidation, cyberintimidation, violence dans relations amoureuses, comportement criminel, dépendance aux jeux vidéo, suicide, conduite sous influence, trouble de l'alimentation, automutilation, jeu, sexe). Dispensée en milieu scolaire avec participation des professeurs, parents et étudiants. En pré-INT, une analyse des besoins est effectuée pour s'adapter aux besoins et à la culture locale. L'INT met l'accent sur la promotion des compétences sociales et émotionnelles, la modification de la perception des normes et sur la prestation de services de thérapie confidentiels sur le campus.	3) Acceptabilité, faisabilité et éthiques des INT (SPA non spécifiée)	3) 5 thèmes émergent (constant manque d'efforts et d'actions de l'école, nécessité d'une INT, perception positive des efforts actuels, défis liés à l'implantation, présence d'un conseiller pour la révision de l'INT). 3) L'efficacité de l'INT peut ↑ en ciblant et renforçant la perception des enseignants sur (a) la perception du public à l'égard de l'école (b) les changements positifs apportés par l'école (c) la cohérence de l'INT, (d) l'efficacité du professionnel de santé chargé de l'INT et (e) la formation des enseignants au matériel du programme pour ↑ fidélité de l'implantation.	++
Desjardins (2015) #58	Saint- Hubert (Québec, Canada)	6 intervenants en milieu scolaire	GD	INT= Prévention des toxicomanies pour contrer la possession, consommation et vente de SPA. première offense = diverses sanctions possibles (p. ex. suspension externe pour le reste journée, appel aux parents, questionnaire sur SPA, réflexion remise à l'école). Deuxième offense = suspension externe + démarche auprès du Centre de réadaptation en dépendance.	3) Acceptabilité, faisabilité et éthiques des INT (c.-à-d. cannabis)	3) Les résultats démontrent un manque de connaissances sur la toxicomanie chez 50 % des intervenants et le manque de temps pour la prévention et détection des jeunes à risque de développer un problème de consommation cannabis. Il faut mieux former les intervenants.	+
Ryan (2018) #59	San Francisco (É.-U.)	4 gestionnaires en milieu scolaire	ENT	INT (ASPIRE) = Le programme ASPIRE propose une gamme de services aux adolescents en milieu scolaire, du conseil individuel et de groupe aux programmes de prévention en passant par les camps d'activités. Ces options de traitement intégrées offertes en milieu scolaire rendent l'évaluation du programme actuel unique en ce qu'elle explore l'expérience des participants adolescents ayant reçu cet ensemble diversifié de services.	1) Efficacité INT (SPA non spécifiée) 2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)	1 + 2) Les résultats suggèrent qu'une INT qui met l'accent sur soutien, compassion, ouverture aux problèmes, compétences d'écoute et le travail dans des limites claires génèrent des résultats positifs. 1 + 2) Les résultats démontrent qu'un environnement, qui instaure un sentiment de confiance et de sécurité crée une opportunité de changement thérapeutique dans le domaine de la prévention des SPA. 1 + 2) Les résultats indiquent que les membres du personnel ont de solides alliances thérapeutiques avec les élèves (cela permet d'obtenir des résultats positifs). 1 + 2) Les résultats révèlent que les traumatismes sont un facteur important dans les troubles liés aux SPA.	+

Note. ENT = Entrevue individuelle; GD = Groupe de discussion; INT = INT; SPA = Substance psychoactive; É.-U. = États-Unis d'Amérique.

Tableau # 3.1 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque étude avec un devis qualitatif

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Collier et al. (2012)	O	O	N	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O
Desjardins (2015)	N	O	N	O	O	O	N	N	O	O	N	O	O
Ryan (2018)	N	O	O	O	N	N	N	N	O	N	N	O	N

Note. O = Oui; N = Non; n/a = Non applicable.

Item 1 = Est-ce que les buts et objectifs de la recherche sont bien énoncés ?

Item 2 = Est-ce qu'une approche qualitative est appropriée ?

Item 3 = Est-ce que la question de recherche est clairement définie ?

Item 4 = Est-ce que les méthodes utilisées sont appropriées en regard de la question de recherche ?

Item 5 = La stratégie de recrutement est-elle appropriée aux objectifs de la recherche ?

Item 6 = Est-ce que la méthode de collecte de données est adéquate ?

Item 7 = Est-ce que le rôle des chercheurs est défini ?

Item 8 = Est-ce que les enjeux éthiques ont été abordés ?

Item 9 = Est-ce que les résultats sont suffisamment rigoureux ?

Item 10 = Est-ce que les résultats sont cohérents et valides ?

Item 11 = Est-ce que les résultats sont pertinents ?

Item 12 = Est-ce que les implications de l'étude sont clairement rapportées ?

Item 13 = Est-ce qu'il y a une discussion adéquate des limites ?

Tableau #4 → Extrait des données issues des études mixtes

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Ville (Pays)	Type de document /devis d'étude	Nature de l'INT et de son implantation	Échantillon et méthodologie	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Bell-Ellison et al. (2009) #60	Comté de Saratoga (Floride, É.-U.)	LS/Quan + Qual	INT = pièce de théâtre dispensée en milieu scolaire. Plus de 2 400 élèves de classes de 6 ^e à 10 ^e année ont répondu à un sondage. Les résultats ont défini 4 objectifs pour l'INT (c.-à-d. corriger les perceptions des normes sociales liées au tabac et alcool, encourager l'auto-efficacité pour refuser les SPA, sensibiliser aux avantages d'éviter les SPA, ↑ prise de conscience du coût de la consommation). INT porte sur une fête où un adolescent consomme, prend son automobile et heurte quelqu'un mortellement. Après l'INT, 30 minutes de question avec l'auditoire.	INT présentée 16 X dans 9 écoles pour une exposition à 6000 étudiants L'évaluation de l'impact de l'INT a été mesurée par une lettre ouverte des participants (<i>n</i> = 360) aux concepteurs de la pièce et par un « talk-back survey » (<i>n</i> = 811, 7 ^e et 8 ^e année)	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool + tabac) 2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool + tabac)	1 + 2) 30,5 % des jeunes ont déjà fumé et 12,1% au cours des 30 derniers jours. Pour l'alcool, les % sont 44 % et 21 %. 1 + 2) Les sentiments exprimés dans les réponses des élèves suggèrent que la mort d'un personnage a eu une incidence sur les perceptions et attitudes à l'égard consommation alcool chez les mineurs. 1 + 2) Les lettres suggèrent que l'INT a suscité de vives émotions chez les étudiants dans une mesure rarement observée par enseignants et chercheurs. 1 + 2) INT peut compléter stratégies éducatives traditionnelles pour faire face à la pression des pairs et aux comportements à risque. Dans l'ensemble, les résultats notent un impact favorable à court terme sur les processus cognitifs, les normes sociales et le point de vue des jeunes sur la consommation d'alcool et le tabagisme se produisait.	0.18
Brooks et al. (2013) #61	(Floride, É.-U.)	LS/Quan → qual	Red Ribbon = INT prévention toxicomanie en utilisant les écoles, forces de l'ordre et organisations communautaires pour atteindre son objectif de changer les attitudes des communautés en matière de consommation de drogues et d'abus de substances et promouvoir des comportements positifs pour la santé. Il s'agit d'une INT en milieu scolaire qui cible les facteurs de risque. Les écoles qui souhaitent implanter l'INT doivent être certifiées.	6 écoles certifiées sont sélectionnées: 3 à Orlando (Orange County) et 3 dans le comté de Miami-Dade. Les élèves de 6 ^e à 12 ^e année sont visés (<i>n</i> = 2323)	1) Efficacité INT (SPA spécifiée) 2) Sécurité INT (SPA spécifiée)	1 + 2) Les INT préventives sont + efficaces quand elles visent a) le développement des actifs personnels et sociaux des élèves et b) les attitudes des élèves et les relations saines. 1 + 2) Dans les écoles INT = moins de consommation SPA, attitudes des jeunes + positives face à SPA, meilleures performances académiques, environnement communautaire + soutenant, attitudes et comportements des parents + clairs face aux SPA). 1 + 2) Résultats qualitatifs notent importance des parents dans ↓ SPA et ↑ performance scolaire.	0.85
Cheng et al. (2009) #62	Caroline du Nord (É.-U.)	LS/Quan + Qual	INT = Jeu vidéo qui utilise une technologie 3D pour présenter une série de modèles cérébraux et un jeu de conduite pour simuler les conséquences négatives de la prise de méthamphétamine. Le jeu	98 élèves de 6 ^e à 8 ^e année (26 en 6 ^e , 27 en 7 ^e et 36 en 8 ^e) ont participé en groupe de 2 à 5.	1) Efficacité INT (c.-à-d. méthamphétamine) 2) Sécurité INT (c.-à-d.	1 + 2) Les élèves exposés au jeu ont appris sur les effets métamphétamine (<i>p</i> < 0.01). Leur attitude à l'égard de l'utilisation de méthamphétamine est devenue + négative (<i>p</i> < 0.01). Les résultats font donc du jeu vidéo une INT efficace en milieu scolaire secondaire.	0.54

			donne l'occasion d'apprendre les neurosciences et influences de l'abus de méthamphétamine sur le cerveau.	Sources données = métamphétamine) fiche information, évaluation des connaissances pré-post par questionnaire et entretiens semi-structurés.		
Ogenchuk et al. (2012) #63	Saskatchewan (Canada)	LS/Quan → qual	INT = INT élaborée à partir des résultats de l'étude « <i>Perception des élèves de 11^e année à l'égard des INT de prévention alcool</i> » chez 452 élèves de 4 écoles secondaires de la Saskatchewan. L'objectif de l'INT est ↑ connaissances des élèves sur alcool, ses effets, ses implications juridiques et son impact sur la famille, amis et société. INT qui fournit des ressources interactives et 5 séances en classe.	49 élèves (27 filles et 22 garçons) de 10 ^e année pour le volet quantitatif, un sous-groupe de cet échantillon.	1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool) 2) Sécurité INT SPA (c.-à-d. alcool)	1 + 2) Les filles considèrent que les comportements liés à l'alcool sont + risqués (en comparaison aux garçons). 1 + 2) Cette étude a révélé que les connaissances des femmes et des hommes ont considérablement changé (mais la consommation n'est pas mesurée). 1 + 2) Les données qualitatives suggèrent que le contenu d'une INT de prévention d'alcool doit être stratifié selon le genre. Les garçons ont des sujets d'intérêts différents des filles. Si 2 thèmes sont les mêmes chez les garçons et filles (c.-à-d. conséquences consommation alcool chez les mineurs et importance de trouver un moyen sûr de rentrer chez soi), les garçons souhaitent aborder les effets d'une consommation irresponsable sur la communauté, amis et famille tandis que les filles souhaitent aborder les effets de l'alcool sur le corps.

0.69

Note. INT = INT; LS = Littérature scientifique; Qual = Qualitatif; Quan = Quantitatif; SPA = Substances psychoactives; É.-U. = États-Unis d'Amérique.

Tableau # 4.1 → Ventilation complète des scores de qualité pour chaque étude avec un devis mixte

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Bell-Ellison et al. (2009)	N	N	O	O	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	N	N	O	N	N	O	O
Brooks et al. (2013)	O	O	O	O	O	N	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	O	N	O	O	O	O	O
Cheng et al. (2009)	O	O	O	N	N	N	n/a	n/a	n/a	n/a	N	O	N	O	n/a	n/a	n/a	n/a	O	O	N
Ogenchuk et al. (2012)	N	O	O	O	O	N	n/a	n/a	n/a	n/a	N	O	O	O	n/a	n/a	n/a	n/a	N	O	O

Note. O = Oui; N = Non; n/a = Non applicable.

Item 1 (pour tous les devis d'études) = Existe-t-il des questions de recherche qualitatives et quantitatives claires ou une question de méthodes mixtes claire ?

Item 2 (pour tous les devis d'études) = Est-ce que la collecte de données permet d'adresser la question de recherche ?

Item 3 (pour les études avec un devis qualitatif) = Est-ce que les sources de données qualitatives sont pertinentes en regard de la question de recherche ?

Item 4 (pour les études avec un devis qualitatif) = Le processus d'analyse des données qualitatives est-il pertinent pour répondre à la question de recherche ?

Item 5 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats se rapportent au contexte ?

Item 6 (pour les études avec un devis qualitatif) = Une considération appropriée est-elle accordée à la manière dont les résultats sont liés à l'influence des chercheurs ?

Item 7 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il une description claire du processus de randomisation ?

Item 8 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il une description claire du processus d'allocation des participants aux groupes ?

Item 9 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% ou plus) ?

Item 10 (pour les études avec un devis quantitatif randomisé) = Y a-t-il un faible taux d'attrition (inférieur à 20%) ?

Item 11 (pour les études avec un devis quantitatif non randomisé) = Les participants (organisations) sont-ils recrutés de manière à minimiser les biais de sélection ?

Item 12 (pour les études avec un devis quantitatif non randomisé) = Les mesures sont-elles appropriées concernant l'exposition / l'intervention et les résultats ?

Item 13 (pour les études avec un devis quantitatif non randomisé) = Dans les groupes comparés, les participants sont-ils comparables ou les chercheurs prennent-ils en compte (contrôlent) la différence entre ces groupes ?

Item 14 (pour les études avec un devis quantitatif non randomisé) = Existe-t-il des données complètes sur les résultats (80% et +), un taux de réponse acceptable (60% ou plus) ou un taux de suivi acceptable pour les études de cohorte ?

Item 15 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative ?

Item 16 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = L'échantillon est-il représentatif de la population sous-étudiée ?

Item 17 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Les mesures sont-elles appropriées (origine claire ou validité connue, ou instrument standard) ?

Item 18 (pour les études avec un devis quantitatif descriptif) = Y a-t-il un taux de réponse acceptable (60% ou plus) ?

Item 19 (pour toutes les études mixtes) = La conception de la recherche en méthodes mixtes est-elle pertinente pour répondre aux questions de recherche qualitative et quantitative des méthodes mixtes ?

Item 20 (pour toutes les études mixtes) = L'intégration des données qualitatives et quantitatives est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche ?

Item 21 (pour toutes les études mixtes) = Une considération appropriée est-elle accordée aux limites associées à cette intégration dans un plan de triangulation ?

Tableau #5 → Extrait des données issues des autres documents scientifiques

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Type de document	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service (2017) #75	LG/ES	1) Efficacité INT (SPA non spécifiée) 2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)	1 + 2) Éléments INT reconnues non-efficaces et non-sécuritaire: a) INT basées sur peur ou moralisation, b) INT uniquement basée sur fait et danger consommer (pour ↑ connaissances seulement), c) témoignage anciens utilisateurs, d) INT de type punitive ou zéro tolérance, e) INT qui offre des avantages (sous forme de concours) pour la cessation tabagique, f) INT de chiens qui cherchent des SPA à l'école et g) les tests de dépistage de SPA. 1 + 2) Éléments INT reconnues efficaces et sécuritaire: a) Plusieurs sessions structurées (10-15, 1 X semaine) avec sessions rappel, b) animé par animateurs qualifiés, c) enseignement interactif et participatif, d) INT de ↑ compétences personnelles et sociales (p. ex. habiletés d'adaptation, prise de décision et résistance), e) souligner conséquences immédiates des SPA, f) corriger fausses idées sur consommation SPA, g) impliquer parents et enseignants.	n/a
Bekkering et al. (2014) #74	LG/GPC	1) Efficacité INT (SPA non spécifiée) 2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)	1 + 2) 8 recommandations pour prévenir abus d'alcool et drogues chez 12-18 ans à l'école (c.-à-d. 5 recommandations prévention universelle, 3 recommandations de prévention sélective). 1 + 2) 5 recommandations de prévention universelle = 1) Faire en sorte que l'éducation relative à l'alcool et aux drogues fasse partie du cursus scolaire, 2) Adapter l'INT à l'âge des jeunes et tenir compte de la différence quant aux besoins en matière d'apprentissage, 3) Pour l'enseignement à l'école sur l'alcool et autres drogues, introduire une approche impliquant tous les acteurs (direction, enseignant, parents, élèves), 4) Si c'est indiqué, conseiller aux parents où ils peuvent trouver plus d'informations et d'aide, 5) Développer partenariats avec acteurs externes. 1 + 2) 3 recommandations de prévention sélective = 1) Aux jeunes que l'on suspecte de boire ou de consommer en quantité néfaste, donner un conseil minimal individuel, 2) Si le conseil minimal n'est pas assez, adresser ces jeunes directement aux services externes, 3) Respecter la réglementation concernant la protection des droits des jeunes.	0.57
CNPC (2009) #76	LG/SYNT	1) Efficacité INT (c.-à-d. drogues) 2) Sécurité INT (c.-à-d. drogues)	1 + 2) INT pas efficaces = a) Dissémination information pour renseigner jeunes sur drogues et leurs effets, b) INT basée sur la peur, c) INT moralisatrice. 1 + 2) INT qui semblent efficaces incluent un apprentissage permettant aux jeunes ↑ aptitudes pour résister aux pressions sociales. Ces INT seraient efficaces, car elles tiennent compte du fait que les comportements des jeunes face à l'usage d'alcool et d'autres substances sont influencés par le contexte social, des besoins biologiques et affectifs, ainsi que des pressions des pairs. Les INT qui misent juste sur le développement d'attitudes et sur l'information échouent, car elles ne tiennent pas compte pression sociale. 1 + 2) Les INT axées sur le ↑ compétences sociales fonctionnent + que les INT qui se limitent à l'apprentissage d'aptitudes à la résistance. Les méthodes de TCC sont + efficaces que les discussions. En ce sens, les approches « didactiques » sont moins appropriées que les approches interactives et créatrices. 1 + 2) Attention à comment les enseignants implantent les INT (c.-à-d. respect du curriculum, mais en s'ajustant au contexte local). Ils doivent s'impliquer, être centrés sur les élèves, et utiliser des méthodes interactives. 1 + 2) INT SUCCESS pour « Des écoles qui mobilisent et coordonnent les efforts de la communauté pour aider les étudiants » est efficace pour ↓ abus de substances chez les élèves de 14 à 18 ans. Il contient 8 séances de formation sur la prévention d'abus SPA, de l'évaluation individuelle, du counseling individuel et familial II ↓ usage de SPA, indépendamment de l'appartenance ethnique et du niveau scolaire. 1 + 2) INT Toward No Drug Abuse = INT interactive et ciblée pour aider élèves 14-19 ans à résister usage SPA. Il contient 12 leçons de 40-50 minutes portant sur activités motivationnelles, une formation en habiletés sociales et en prise de décision (sur 4 semaines). Conçu pour des jeunes à risque élevé, il est efficace pour ↓ consommation de SPA. 1 + 2) INT ALERT est une INT destinée aux élèves de 12 à 14 ans. Elle cible alcool, cannabis et tabac. Elle contient 11	n/a

			<p>leçons et 3 leçons supplémentaires de renforcement pour aider élèves à identifier et résister pressions sociales.</p> <p>1 + 2) INT Life Skills Training dure 3 ans et s'adresse aux étudiants primaire et secondaire. Il est conçu pour cibler les facteurs psychosociaux associés à la consommation hâtive de drogues. Il ↑ connaissances, attitudes et normes face aux drogues, permet de résister aux influences sociales qui incitent à consommer, ↑ aptitudes gestion de soi et habiletés sociales. Il contient 15 sessions de 45 minutes suivies de 10 sessions de renforcement dans la 2^e année et de 5 sessions dans la 3^e. Efficace pour ↓ usage des SPA.</p> <p>1 + 2) Pour ↓ usage de SPA en milieu scolaire, les INT doivent a) être ciblées, b) tenir compte de la recherche, c) utiliser des méthodes interactives et d) être centrées sur les jeunes. En général, les INT sont intenses, le nombre de participants limités et comprennent des sessions de renforcement supplémentaires dans la dernière phase de l'INT.</p>	
GTCBPS (2015) #77	LG/SYNT	<p>1) Efficacité INT (SPA non spécifiée)</p> <p>2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)</p>	<p>1 + 2) Les INT doivent a) retarder l'âge d'initiation aux SPA, b) prévenir la consommation inappropriée, c) prévenir la consommation excessive et d) retarder la consommation régulière.</p> <p>1 + 2) INT préventive = mode d'INT privilégié en milieu scolaire puisqu'il s'inscrit dans le processus éducatif du jeune et ↑ autonomie et responsabilisation. D'un point de vue populationnel, c'est moins couteux sur les plans sociaux, humains et financiers de mettre des stratégies préventives que de devoir faire face à des problématiques de dépendance aux SPA.</p> <p>1 + 2) INT prévention universelle = Préférable d'avoir recours à des intervenants en toxicomanie pour mener ces activités en milieu scolaire. Ceci dit, la participation et l'implication des enseignants et du personnel scolaire sont essentielles.</p> <p>1 + 2) Le passage du primaire vers le secondaire est un moment clé dans la prévention SPA.</p> <p>1 + 2) Pratique préventive doit être a) planifiée (objectif clair répond à besoins réels), b) globale (agir simultanément à plusieurs niveaux), c) concertée avec les partenaires de différents milieux, d) déployée de façon intensive et continue à l'école, d) proposer des contenus appropriés et adaptés, e) favoriser l'engagement actif, f) allier souplesse, accessibilité et faisabilité et g) favoriser le développement de compétences personnelles et sociales.</p> <p>2) Ne pas faire en prévention toxicomanie = a) faire peur, exagérer risques associés consommation SPA, créer anxiété, b) donner information centrée uniquement sur les risques, c) avoir attitude non tolérante, d) fixer objectifs irréalistes, e) ne pas tenir compte des modes et sous-cultures, f) parler de risques à long terme, g) présenter des exposés magistraux ou devant de grands groupes de jeunes ou des témoignages et h) baser l'INT sur l'idéologie et la morale.</p>	n/a
Houle et al. (2018) #78	LG/SYNT	<p>1) Efficacité INT (c.-à-d. cannabis)</p> <p>2) Sécurité INT (c.-à-d. cannabis)</p>	<p>1 + 2) La prévention en lien avec la consommation de drogues dépasse la sensibilisation ou la transmission d'information. L'utilisation de cette seule stratégie est reconnue comme au mieux inefficace et au pire contre-indiquée. Plusieurs actions recommandées concernent le milieu de vie. La mise en œuvre d'actions cohérentes doit agir à plusieurs niveaux (c.-à-d. élèves, milieu de vie et travail, famille, communauté). Toutes ces actions ne relèvent pas exclusivement de l'établissement d'enseignement, mais doivent être planifiées avec l'ensemble des acteurs du milieu en tenant compte des besoins et des priorités de l'établissement.</p> <p>1 + 2) En prévention des SPA, les actions doivent miser sur les facteurs de protection et viser à retarder l'âge d'initiation, réduire les facteurs de risque et les conséquences négatives de l'usage.</p> <p>1 + 2) Mesure préventive universelle efficace: 1) discussion sur + et - consommation de SPA, 2) déterminer des solutions de rechange positives à consommation, 3) stratégies axées sur maîtrise de soi, résolution de problèmes, approche des influences sociales, techniques de refus ou résistance à la pression, soutien au développement identité, engagement des parents et la promotion de normes de consommation responsables.</p> <p>1 + 2) Mesure préventive efficace: 1) TCC pour gestion stress et anxiété, 2) stratégie axée sur maîtrise de soi et engagement parent.</p> <p>1 + 2) Mesures de prévention inefficaces sur le plan du contenu: 1) donner uniquement de l'information sur SPA et ses effets, 2) dramatiser, culpabiliser ou porter des messages moralisateurs faisant appel à la peur, 3) parler des risques long terme, 4) enseigner les techniques de refus ou de résistance à la pression (ces techniques ne sont efficaces qu'à la fin de l'adolescence alors que les décisions des jeunes sont moins orientées par les pairs et qu'ils veulent développer leur propre</p>	n/a

			<p>identité), 5) orienter INT seulement sur le développement affectif et 6) présenter des témoignages d'anciens toxicomanes.</p> <p>1 + 2) Mesures de prévention inefficaces sur le plan de l'INT: 1) axer les INT uniquement sur les mesures de contrôle ou de sanctions, 2) présenter des exposés magistraux ou devant de grands groupes de jeunes où les jeunes demeurent passifs, 3) présenter des pièces de théâtre à caractère préventif (à moins que ces pièces soient accompagnées d'animation avant et après l'activité), 4) réunir les jeunes à risque dans un même groupe, 5) avoir un groupe hétérogène sur âge et expériences consommation.</p>	
Lenoue & Riggs (2016) #82	LG/CL	<p>1) Efficacité INT (SPA non spécifiée)</p> <p>2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)</p>	<p>1 + 2) La prévention distingue 3 types d'INT, soit les INT universelles (toute la population), les INT sélectives (des groupes à risque) et les INT ciblées (pour des individus qui présentent des signes de problèmes).</p> <p>1 + 2) Il y a 2 INT prévention universelle en milieu scolaire avec support empirique pour les qualifier d'efficaces (c.-à-d. <i>Unplugged</i>, <i>Life skills training program</i>). <i>Unplugged</i> utilise approche basée sur modèle influence sociale qui intègre ↑ compétence pour prévenir ou retarder consommation de SPA chez 12-14 ans. Le curriculum est implanté en 12 séances d'une heure. 18 mois après l'INT, les différences dans % consommation alcool et cannabis chez exposés est 38 % et 28 % + faible que non-exposés. La ↓ tabagisme est à court terme et ne se maintient pas. <i>Life skills training program</i> est dispensé par enseignants et composé de 3 éléments qui enseigne habiletés résistance aux SPA et gestion des capacités individuelles. L'INT contient 15 séances la première année (3^e à 6^e année) avec 10 séances rappel à deuxième année (6^e à 8^e année) et 5 séances rappel à la troisième année (9^e à 12^e année). Comparé aux contrôles, participants démontrent ↓ 50 % plus importante consommation abusive alcool (1 et 2 ans suivi) et consomment moins alcool et cannabis (suivi 6 mois).</p> <p>1 + 2) Il y a moins d'études au niveau des INT de prévention sélective. Une INT beaucoup étudiée est « <i>Project Toward No Drug Abuse</i> ». INT mise au point pour combler les lacunes en matière de prévention sélective des SPA en ciblant les jeunes à risque en milieu scolaire traditionnel ou non traditionnel. Contient 12 sessions de 40-50 minutes et est dispensée par des professeurs formés sur une période de 4 à 6 semaines. Le curriculum comprend des activités motivationnelles, l'entraînement d'habiletés sociales et de décision, ainsi que des stratégies d'adaptation pour réduire la consommation de SPA. Les études d'évaluation ont montré des résultats modestes pour la réduction de drogues dures et d'alcool et des résultats négatifs ou faibles pour le tabac et le cannabis.</p> <p>1 + 2) Les INT ciblées sont moins des INT de santé publique et plus des INT de réhabilitation.</p>	n/a
Lynch et al. (2016) #79	LG/SYNT	<p>1) Efficacité INT (c.-à-d. alcool)</p> <p>2) Sécurité INT (c.-à-d. alcool)</p>	<p>1 + 2) INT = <i>In:tuition</i> Programme. Appuyé sur programme compétences psychosociales fondés sur preuves comme « <i>Unplugged</i> ». L'alcool est objet INT, mais son objet est + large et comprend les attitudes, comportements, l'influence des pairs, les aptitudes à la communication et le comportement assertif. L'objectif de l'INT est retarder l'âge du premier verre d'alcool. L'INT contient 12 leçons de 40 minutes. Des tâches à domicile sont incluses pour ↑ discussion avec parents.</p> <p>1 + 2) Dans l'ensemble, il n'y a pas d'effets significatifs sur fréquence de consommation. Dans le groupe INT, les hommes étaient plus susceptibles et les femmes moins susceptibles de boire souvent par rapport à leurs homologues du groupe témoin au suivi. Cependant, les preuves sont insuffisantes pour affirmer que c'était un effet réel de l'INT.</p> <p>1 + 2) Impact INT = connaissance et sensibilisation des élèves ↑ sur alcool, + de stratégies et compétences pour faire face à des situations sociales et affectives potentielles, ainsi que changement consommation future d'alcool prévue.</p>	n/a
Peterson (2014) #80	LG/SYNT	<p>1) Efficacité INT (SPA non spécifiée)</p> <p>2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)</p>	<p>1 + 2) INT efficace doit reposer sur théorie développementale solide, cibler tous les facteurs de risque reliés à apparition et maintien problème consommation, cibler facteur risque et protection individus, familles et communautés.</p> <p>1 + 2) Il serait + efficace d'offrir des programmes différenciés (prévention sélective ou ciblée) selon des sous-groupes de consommateurs (c.-à-d. prévention sélective et ciblée), mais il existe des dangers de stigmatisation.</p> <p>1 + 2) Pratique préventive doit être a) planifiées (construites à partir d'objectifs clairs répondant à des besoins réels), b) globales (agir à plusieurs niveaux), c) concertées avec les partenaires des différents milieux, d) déployées de façon intensive et continue en milieu scolaire, e) proposer des contenus appropriés et adaptés, e) favoriser l'engagement actif des jeunes, f) allier souplesse, accessibilité et faisabilité et g) favoriser ↑ compétences personnelles et sociales.</p>	n/a

			<p>1 + 2) Caractéristiques INT efficace = a) offerte de façon interactive, b) vise le ↑ compétences personnelles et sociales, c) implantée dans une perspective long terme, d) enseigne des moyens pour refuser l'offre de SPA, e) résiste à l'influence de ceux qui sont favorables aux SPA et f) corriger les fausses perceptions quant à l'usage de SPA.</p> <p>1 + 2) Réduction de l'usage de cannabis chez les 12 à 19 ans = a) INT qui se basent uniquement sur le modèle de l'influence sociale sont - efficace que INT qui s'inspirent de plusieurs modèles, b) INT d'une durée de 15 sessions et plus, c) INT offerte par des personnes autres que les enseignants et de façon interactive en laissant la place à la participation des jeunes, d) le nombre de sessions est + important que la durée de l'exposition à l'INT et e) INT qui visent les plus vieux (14 ans et plus) sont + efficaces.</p> <p>2) Ne pas faire (prévention toxicomanie) = a) faire peur, exagérer risques associés à consommer SPA, créer anxiété, b) donner information centrée uniquement sur risques, c) avoir une attitude non tolérante, d) fixer des objectifs irréalistes, e) ne pas tenir compte des modes et sous-cultures, f) parler de risques à long terme, g) présenter des exposés magistraux ou devant de grands groupes de jeunes ou des témoignages et h) baser l'INT sur l'idéologie et la morale.</p> <p>1 + 2) Important de sensibiliser, former, superviser et soutenir le personnel scolaire sur consommation des jeunes.</p> <p>1 + 2) Organisation scolaire = a) Proposer aux élèves des solutions de remplacement à la consommation de SPA en leur offrant des occasions multiples et variées de participer à des activités pendant et en dehors des heures de classe, b) Organiser les temps de récréation au primaire, c) Mettre à l'horaire des activités culturelles et sociales et favoriser la participation des élèves et d) Prévoir des périodes d'activités physiques durant et en dehors des heures de classe.</p> <p>1 + 2) Recourir à une approche ciblée auprès de jeunes cumulant plusieurs facteurs de risque.</p>	
Sloboda (2009) #81	LG/CL	<p>1) Efficacité INT (SPA non spécifiée)</p> <p>2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)</p>	<p>1 + 2) La prévention distingue 3 types d'INT, soit les INT universelles (toute la population), les INT sélectives (des groupes à risque) et les INT ciblées (pour des individus qui présentent des signes de problèmes).</p> <p>1 + 2) L'école comme lieu de prévention est un choix judicieux, car c'est là que les enfants et les adolescents passent la majeure partie de leur temps. L'école doit aussi servir de lieu de socialisation.</p> <p>1 + 2) INT prévention SPA en milieu scolaire + efficace lorsque 1) INT individuelle et communautaire les accompagne, 2) lorsqu'elles sont dispensées par des pairs d'âge semblable, 3) lorsque leur implantation respecte le curriculum original et 4) lorsqu'il tient compte de la polyconsommation de SPA.</p>	n/a
UNESCO (2018) #83	LG/SYNT	<p>1) Efficacité INT (SPA non spécifiée)</p> <p>2) Sécurité INT (SPA non spécifiée)</p>	<p>1 + 2) Au niveau national, l'INT secteur de l'éducation est + efficace dans le cadre d'un système ou stratégie intégrée et à long terme de prévention et lutte contre la consommation de SPA qui cible différents âges et niveaux de vulnérabilité.</p> <p>1 + 2) Continuum d'INT = a) Prévenir le début de la consommation SPA → b) Retarder le début de consommation de SPA, → c) Prévenir les troubles liés à la consommation de SPA → d) Fournir des services de dépistage, d'INT ponctuelle et d'orientation vers des traitements → e) Prévenir et atténuer les conséquences de la consommation SPA.</p> <p>1 + 2) Les données disponibles indiquent que la prévention est + efficace lorsqu'elle débute tôt, couvre tous les groupes d'âge, cible les périodes de transition (p. ex. primaire au secondaire).</p> <p>1 + 2) Pour politique scolaire avec effets positifs: a) Aborder l'ensemble des activités et problèmes liés à consommation SPA à l'école, b) soutenir le fonctionnement normal de l'école sans le perturber, c) élaborer des politiques en associant toutes les parties prenantes, d) consommation SPA interdite aux élèves et aux membres du personnel, e) politique désigne explicitement les SPA concernées et les lieux/occasions de consommation, f) si infraction, des mesures positives sont prises de préférence à des sanctions et g) mise en application systématique et rapide de la politique.</p> <p>2) Concernant les stratégies de prévention sélective et ciblée, deux aspects méritent attention, a) le risque de cataloguer un élève au cours du processus de sélection et b) le risque d'aggravation du comportement antisocial.</p>	n/a

Note. CL = Chapitre de livre; CNPC = Centre national de prévention du crime; ES = État de situation; GTCBPS = Groupe de travail Consommation et bonnes pratiques scolaires; INT = INT; LG = Littérature grise; GPC = Guide pratique clinique; n/a = Non applicable; SPA = Substances psychoactives; SYNT = Synthèse; UNESCO = United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Tableau # 5.1 → Ventilation complète des scores de qualité pour guide de pratique clinique

Article dont la qualité est évaluée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Bekkering et al. (2014)	5	5	5	6	4	4	3	2	2	4	4	3	2	2	6	4	6	4	3	3	2	6	6

Item 1 = L'objectif global du guide de pratique est spécifiquement décrit.

Item 2 = La question de santé du guide de pratique est spécifiquement décrite.

Item 3 = La population à laquelle s'applique le guide de pratique est spécifiquement décrite.

Item 4 = Le guide de pratique inclut des participants de toutes les professions concernées.

Item 5 = Les préférences des patients sont incluses dans le guide de pratique clinique.

Item 6 = La clientèle ciblée par le guide de pratique clinique est spécifiée.

Item 7 = Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher des preuves.

Item 8 = Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

Item 9 = Les forces et les limites de l'ensemble des preuves sont clairement décrites.

Item 10 = Les méthodes de formulation des recommandations sont clairement décrites.

Item 11 = Les avantages pour la santé, les effets secondaires et les risques ont été examinés.

Item 12 = Il existe un lien explicite entre les recommandations et les preuves à l'appui.

Item 13 = Le guide de pratique clinique a été examiné en externe par des experts avant sa publication.

Item 14 = Une procédure de mise à jour du guide de pratique clinique est fournie.

Item 15 = Les recommandations sont spécifiques et sans ambiguïté.

Item 16 = Les différentes options de gestion de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.

Item 17 = Les recommandations clés sont facilement identifiables.

Item 18 = Le guide de pratique décrit les facilitateurs et les obstacles à son application.

Item 19 = Le guide de pratique fournit des conseils et des outils sur la manière dont les recommandations peuvent être implantées.

Item 20 = Les implications potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été considérées.

Item 21 = Le guide de pratique clinique présente des critères de surveillance ou d'audit

Item 22 = Les opinions de l'organisme de financement n'ont pas influencé le contenu de la ligne directrice.

Item 23 = Les intérêts concurrents des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont été enregistrés et traités.

ANNEXE II

LISTE DES MEMBRES INVITES AU COMITE CONSULTATIF ET DE CONTEXTUALISATION

Catégorie de partie prenante	Personne ciblée	Rencontre 1 (05/19) Absence si X	Rencontre 2 (10/19) Absence si X	Rencontre 3 (05/20) En ligne Absence si X
1) La directrice régionale de santé publique de l'Estrie	Mélissa Généreux (remplacée par Alain Poirier en 09/2019)			
2) La directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale destiné aux enfants, adolescents et jeunes adultes	Julie Lane	x	x	
3) Un médecin-conseil à la direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Isabelle Samson		x	
4) Un chef de service à la direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Claude Charbonneau		x	X
5) Un agent de planification, de programmation et de recherche en charge du dossier SPA à la direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Simon Dancause			
6) Une représentante des services psychosociaux à la direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (une infirmière en milieu scolaire)	Marie-Josée Bolduc		x	X
7) Un gestionnaire du programme jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS avec des connaissances en santé mentale et dépendances	Maxime Dubé	x		
8) Une intervenante du programme santé mentale et dépendance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Julie Leroux			
9) Un représentant du milieu policier (p. ex. policier communautaire)	Élisabeth Deschênes (remplacée par Alain Roy en 10/2019)		x	X
10) Deux partenaires intersectoriels du milieu scolaire (p. ex. intervenant psychosocial, directeur des services éducatifs)	Pierre Lemoine Anne-Marie Ménard	x		
11) Deux représentants du milieu « accompagnateur-école en santé »	Carole Robinette Anne-Marie Cadieux			
12) Une experte en recherche	Myriam Laventure			
13) Un parent d'élève qui fréquente l'école secondaire	Geneviève Guindon			X
14) Deux représentants de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Mathieu Roy Pierre Dagenais	X	X	

ANNEXE III

AUTRES TABLEAUX ET FIGURES PRODUITS DURANT L'ETMISS

Tableau 1. Matrice pour catégoriser la force de la preuve scientifique sous-jacente à une recommandation

Force des données scientifiques (LS + LG)	Cohérence avec les autres corpus de connaissances (c.-à-d. LG non scientifique, données contextuelles, savoir expérientiels)		
	Fort	Modéré	Faible
Données scientifiques de forte qualité -Données observées dans plus d'un écrit scientifique dont le SQ est élevé (≥ 0.80 ou ++).	Forte	Forte	Modérée
Données scientifiques de qualité modérée -Donnée issue d'un seul écrit scientifique dont le SQ est élevé (≥ 0.80 ou ++) ou dans plus d'un écrit scientifique dont le SQ est modéré ($0.60 \leq SQ \leq 0.80$ ou +).	Forte	Modérée	Faible
Données scientifiques de faible qualité -Donnée issue d'un seul écrit scientifique dont le SQ est modéré ($0.60 \leq SQ \leq 0.80$ ou +) ou dans plus d'un écrit scientifique dont le SQ est faible (< 0.60 ou -).	Modérée	Faible	Faible

Tableau 2. Synthèse des interventions efficaces et sécuritaires

Intervention (descriptif de l'intervention)	Effets rapportés	SQ
Alcool Revue systématique des écrits scientifiques qui regroupe les données de 142 738 élèves. « <i>In:tuition</i> » = Retarder la première consommation (12 sessions de 40 minutes). L'alcool est central, mais le curriculum comprend conscience de soi, attitudes et comportements, publicité, médias, choix personnels, les émotions, la communication, l'influence des pairs et l'estime de soi. « <i>eCHECKUP to go</i> » = Prévenir la consommation par une action sur les facteurs de risques (c.-à-d. attentes et croyances sur l'alcool, perception d'une consommation par les pairs). « <i>STAMPP</i> » = Intervention qui combine composantes individuelles et parentales pour rehausser les habiletés de résistance à l'alcool.	-Effets positifs et négatifs. Lorsque positif (sur état d'ivresse et consommation excessive occasionnelle). -Pas d'effet sur la consommation, mais \uparrow des connaissances, \uparrow des stratégies et compétences pour résister à la consommation. -Meilleur effet chez les filles (c.-à-d. \downarrow plus importante des facteurs de risque). -Élèves exposés = \downarrow consommation d'alcool	0.63 n/a 0.88 0.83
Cannabis Intervention brève ciblée sur la personnalité (2 séances de groupe de 90 minutes) dispensée par du personnel scolaire en classe.	- \downarrow consommation cannabis chez les jeunes qui recherchent sensations fortes.	0.83
Tabac Politique scolaire seule Revue de littérature énumérant diverses interventions préventives. 32 séances de yoga en cours d'éducation physique pour développer des habiletés sociales, émotionnelles, interpersonnelles et estime de soi.	-Faible effet (le tabagisme passe de l'école à la maison). -Interventions combinant compétences sociales et influences sociales plus efficaces qu'interventions basées sur 1 modèle théorique. -Élèves exposés = moins tabac en post-intervention.	0.81 0.83 0.90

Intervention visant l'intégration de stratégies d'apprentissage, de connaissances et de compétences de négociation. Implique les élèves dans la résolution des problèmes et déconstruction des normes sociales.	-Élèves exposés sont davantage à retenir les leçons sur le tabac (mais ils ne sont pas moins susceptibles de fumer).	0.70
<u>Autres types de drogues</u> Synthèse qui énumère des interventions universelles ou ciblées.	-Interventions visant ↑ habiletés résistance à la pression sociale sont efficaces. Elles admettent que les comportements sont influencés par un contexte, des besoins affectifs et des pressions exercées par des pairs -Interventions axées sur ↑ habiletés sociales plus efficaces que celles se limitant à apprentissage d'aptitudes au refus. -Efficace pour prévenir ↑ consommation et de l'expérimentation.	n/a
Intervention brève (2 séances de groupe) avec composantes psychoéducatives, motivationnelles, TCC et scénarios réels vécus par des jeunes à haut risque. Jeu vidéo pour simuler les conséquences prise de méthamphétamine sur cerveau et comportements.	-Élèves exposés ont appris sur effets métamphétamine. Les attitudes sont plus négatives en post-intervention.	0.83 0.54
<u>Alcool et cannabis</u> Revue systématique des écrits scientifiques qui énumère des interventions universelles et ciblées (sélectives ou indiquées).	-Intervention brève est efficace (vs pas d'intervention), mais pas de différence avec éducation sanitaire seulement	1.00
<u>Alcool et tabac</u> « Resilient families program » = Aider élèves et parents à développer connaissances, compétences et soutien. Pièce de théâtre qui vise à corriger normes sociales, ↑ habiletés de refus et sensibiliser aux avantages d'éviter SPA par l'histoire d'un jeune qui consomme, prend son automobile et qui heurte quelqu'un mortellement.	-Élèves exposés ont un plus faible recours au SPA (OR = 0.78) et une fréquence d'utilisation plus faible (utilisation fréquente, OR = 0.69, utilisation lourde, OR = 0.75) -Les sentiments des élèves suggèrent que la mort d'un personnage a eu un impact sur les perceptions et attitudes à l'égard consommation (mais pas sur les comportements)	0.81 0.18
<u>Alcool et autres types de drogues</u> Intervention brève avec technique motivationnelle dispensée par psychologue à l'école sur 16 semaines Intervention qui combine réduction des méfaits, pédagogie interactive, techniques pour ↑ habiletés sociales et qui implique parents.	-Élèves exposés ont une consommation + faible -↑ connaissances sur drogues et alcool, ↑ communication élèves parents sur alcool et ↓ alcool	0.81 0.87
<u>Cannabis et autres types de drogues</u> Revue systématique des écrits scientifiques qui regroupe 51 études et 127 146 élèves	-Intervention visant ↑ habiletés sociales sont plus efficaces pour ↓ drogues (et intention de consommer) et ↑ connaissances sur drogues (vs pas d'intervention) -Intervention basée sur influence sociale (seulement) = Effet faible. Intervention qui combine plusieurs modèles théoriques est plus efficace. -Intervention basée sur ↑ connaissances seulement ≠ modification consommation (malgré ↑ connaissances)	0.91
<u>Cannabis, alcool et tabac</u> « Project toward no drug abuse » = Contient activités motivationnelles, entraînement aux habiletés sociales et stratégies d'adaptation (12 séances de 40-50 minutes via professeurs sur 4 à 6 semaines) « Prevention through Alternative Learning Styles » = Intervention qui vise les influences sociales et l'enseignement de techniques de refus « Health School & Drugs » = Intervention universelle qui vise ↓ usage précoce ou excessif SPA. Intervention repose sur information en ligne, implication parents, réglementation abus et counseling.	-↑ croyance drogue immorale, ↑ connaissances, ↓ mythes favorables et ↓ intention consommer du cannabis -↓ intention consommer alcool et tabac à 12 et 24 mois -Aucune preuve d'efficacité	0.81 0.68 0.88

<p>« Prosper » = Implique parents et offre une flexibilité aux écoles dans les activités à implanter. Chaque curriculum contient des activités de promotion des compétences individuelles pour ↓ acceptabilité SPA et modifier la perception des conséquences liées à la consommation.</p> <p>« Prosper » = Implique parents et offre une flexibilité aux écoles dans les activités à implanter. Chaque curriculum contient des activités de promotion des compétences individuelles pour ↓ acceptabilité SPA et modifier la perception des conséquences liées à la consommation.</p> <p>« Unplugged » = Basé sur modèle d'influence sociale. Vise ↑ habiletés personnelles et sociales (12 séances de 60 minutes via professeur).</p> <p>« Adolescent Substance Use Prevention » vise à ↑ stratégies de refus, communication et d'autogestion.</p>	<p>-Plus le jeune a de symptômes dépressifs, plus il croit que SPA a des avantages. Il perçoit des niveaux plus ↑ toxicomanie chez ses pairs et a plus d'amis qui consomment (même si pas plus susceptibles d'augmenter consommation SPA)</p> <p>-Consommation SPA + faible chez les exposés (effet INT + important chez jeunes à risque élevé)</p> <p>-Exposés = plus faible prévalence de tabac, cannabis et épisode d'ébriété.</p> <p>-Effet négatif, car ↑ alcool et tabac entre 7^e et 11^e année</p> <p>-Effet positif chez élèves qui consomment déjà cannabis</p>	<p>0.80</p> <p>0.83</p> <p>0.78</p> <p>0.93</p>
<p><u>Alcool, cannabis et autres types de drogues</u></p> <p>Revue systématique des écrits scientifiques qui énumère des interventions universelles et ciblées (sélectives ou indiquées).</p> <p>Deux interventions brèves (1^{re} = deux séances, 2^e = deux séances individuelles et une avec parents). Les séances durent 60 minutes, sont dispensées par un expert et adoptent une approche motivationnelle.</p>	<p>-Intervention universelle visant comportements à risques multiples = ↓ tabac, alcool et drogues (vs pas d'intervention)</p> <p>Les 2 INT sont efficaces, mais INT brève avec parents est associée à une ↓ plus importante consommation SPA</p>	<p>0.95</p> <p>0.78</p>
<p><u>Alcool, tabac et autres types de drogues</u></p> <p>« Refuse, Remove, Reason » = Intervention en 5 séances (1 SPA/semaine) qui donne de l'information sur les SPA, leurs risques et des techniques de refus. Chaque session contient une vidéo adaptée à l'âge avec histoires vécues. La vidéo est suivie de questions pour aider le jeune à intégrer information, ↑ perception préjudice, remise en question des normes sociales et mettre en pratique des techniques de refus.</p> <p>« One Life » = Intervention mentorat pour ↓ consommation de SPA et avoir un impact sur facteurs de risque d'élèves à risque via des activités parascolaires dans un environnement positif avec deux rencontres de 45-60 minutes par semaine pendant 4 mois</p>	<p>-↓ consommation et acceptation alcool/ tabac, ↑ perception négative consommation drogues</p> <p>-↓ tabagisme, ↓ alcool, ↓ inhalant, ↑ intérêt enseignement supérieur et ↑ compétences sociales</p>	<p>0.78</p> <p>0.70</p>
<p><u>Alcool, cannabis, tabac et autres types de drogues</u></p> <p>« Alert » vise les habiletés de résistance en 14 séances de 45 minutes (1 fois/semaine). Les activités comprennent des discussions, des activités de groupe, des exercices de jeu de rôle et de vidéo.</p>	<p>-Pour la majorité des mesures, les différences en post sont plus faibles (mais seulement significatif pour consommation alcool dernier mois)</p>	<p>0.85</p>
<p><u>SPA (non spécifié)</u></p> <p>« SBIRT » = Dépistage suivi d'une conversation avec un intervenant en toxicomanie pour renforcer l'abstinence, arrêter ou réduire la consommation et orienter vers un traitement intensif au besoin.</p> <p>« Unplugged » = Basé sur modèle d'influence sociale. Vise ↑ habiletés personnelles et sociales (12 séances de 60 minutes via professeur).</p> <p>« Life skills training program » est dispensé par enseignants et composé d'éléments visant les habiletés de résistance et de gestion en 15 séances la première année, 10 séances rappel la deuxième année et 5 sessions la troisième année.</p> <p>« Project toward no drug abuse » = Contient activités motivationnelles, entraînement aux habiletés sociales et stratégies d'adaptation (12 séances de 40-50 minutes via professeurs sur 4 à 6 semaines)</p> <p>« ASPIRE » propose des services intégrés aux jeunes, allant du conseil individuel et de groupe vers des programmes plus structurés</p> <p>« Red Ribbon » implique écoles, policiers et organismes communautaires pour changer attitudes de consommation.</p>	<p>-Retarde l'âge de consommation de SPA</p> <p>-Efficace à long terme (maintien à 1 an)</p> <p>-↑ alliance thérapeutique avec élèves. Les traumatismes passés sont à considérer dans consommation SPA</p> <p>-Écoles exposées (↓ consommation, notes ↑, environnement soutenant parents avec comportements clairs)</p>	<p>0.67</p> <p>n/a</p> <p>+</p> <p>0.85</p>

Tableau 3. Les caractéristiques associées aux interventions efficaces et sécuritaires

	SQ
Alcool -1) Impliquer parents, 2) Prestation par experts, 3) Contenu adapté à l'âge et au genre, 4) Équilibre entre connaissances et compétences, 5) Pédagogie interactive	0.46, 0.69, DE
Cannabis -1) Utiliser divers modèles théoriques, 2) Pédagogie interactive, 3) Prestation par experts, 4) ≥ 14 ans	0.81, DE
Tabac -1) Application cohérente de la politique entre les élèves et les adultes de l'école	0.81, DE
Autres types de drogues -1) Pédagogie interactive, 2) Centrer l'intervention sur le jeune, 3) Petit groupe de jeunes, 4) Séances de rappel	n/a, DE
Alcool et cannabis -1) Pédagogie interactive, 2) ↑ compétences sociales et personnelles, 3) ↑ moyens refus/résistance SPA, 4) Prestation par experts, 5) Impliquer le jeune, 6) ≥ 14 ans, 7) Équilibre entre connaissances et compétences, 8) Impliquer communauté, 9) ↓ comportements antisociaux	0.50, DE
Alcool et autres types de drogues -1) Dépasser l'école, 2) Planifier avec tous les acteurs, 3) ↑ facteurs de protection -Intervention universelle = 1) Discuter des avantages et inconvénients de consommer, 2) Trouver des solutions alternatives, 3) ↑ maîtrise de soi, 4) ↑ résolution problèmes, 5) ↑ technique de refus, 6) Impliquer parents, 7) Promouvoir saine consommation. -Intervention ciblée = 1) TCC pour gérer stress et anxiété, 2) Stratégies ↑ maîtrise de soi, 3) Impliquer parents.	n/a, DE n/a, DE n/a, DE
Alcool, cannabis et autres types de drogues -1) Équilibre entre connaissances et compétences, 2) Pédagogie interactive, 3) Dispensée par experts, 4) Impliquer parents, 5) Viser consommation (pas l'abstinence), 6) Viser les 12 à 14 ans	0.78, DE
SPA (non spécifié) -1) Dépasser école, 2) Impliquer jeune, famille et communauté, 3) ↑ facteurs de protection, 4) S'adapter au local, 5) Séances de rappel, 6) Pédagogie interactive, 7) ≥ 10-15 séances, 8) Prestation par experts, 9) Souligner conséquences immédiates consommer, 10) Corriger fausses perceptions, 11) Combiner individuel et communautaire, 12) Respecter curriculum, 13) Viser aussi polyconsommation. -Intervention universelle = 1) Intégrer au cursus scolaire, 2) Adapter à l'âge, 3) Impliquer l'ensemble de l'école, 4) Aider parents à trouver information/aide, 5) Partenariats avec les acteurs externes. -Intervention ciblée = 1) Counseling minimal avec ceux qu'on suspecte consommer quantité néfaste, 2) Si counseling pas assez, référer aux services externes, 3) Respecter la Loi de la protection des droits des jeunes, 4) Adapter au genre.	n/a, n/a, 0.31, DE 0.57, DE 0.57, DE

Tableau 4. Les caractéristiques associées aux interventions non efficaces ou non sécuritaires/nuisibles

	SQ
Autres types de drogues	
-1) Information uniquement sur drogues et effets, 2) Utiliser peur ou morale	n/a, DE
Alcool et autres types de drogues	
-Contenu intervention = 1) Donner uniquement information sur SPA et effets, 2) Dramatiser, culpabiliser, moraliser, 3) Parler des risques à long terme, 4) Axer sur l'affectif, 5) Témoignage d'ancien toxicomane	n/a, DE
-Forme des interventions = 1) Mesure de contrôle/sanction, 2) Exposé magistral devant grand groupe, 3) Réunir jeunes à risque dans un même groupe, 4) Mélanger les âges et les expériences de consommation.	n/a, DE
SPA (non spécifié)	
-1) Utiliser peur ou morale, 2) Axer sur danger consommer, 3) Témoignage d'ancien usager, 4) Sanction, 5) Concours de cessation tabagique, 6) Chien renifleur, 7) Test de dépistage, 8) Exagérer risques SPA, 9) Fixer objectifs irréalistes, 10) Ne pas tenir compte des modes et sous-cultures, 11) Parler à long terme, 12) Exposé magistral devant grand groupe.	n/a, n/a, DE

Tableau 5. Synthèse des caractéristiques socialement acceptables, faisables et tenant compte des valeurs et préférences des estriens

Intervention (descriptif de l'intervention)	Effets rapportés	SQ
« <i>MAKINGtheLINK</i> » = S'appuie sur des programmes d'éducation sanitaire et cible les comportements de recherche d'aide en 2 séances de 48 minutes.	-↑ confiance du personnel et des étudiants, > 80 % des étudiants sont satisfaits, jugent l'intervention acceptable, la majorité du personnel envisage de l'utiliser	0.46
« <i>SBIRT</i> » = Dépistage suivi d'une conversation avec un intervenant en toxicomanie pour renforcer l'abstinence, arrêter ou réduire la consommation et orienter vers un traitement intensif au besoin.	-Jugée acceptable, car prend peu de temps.	0.67
Caractéristiques associées à des interventions socialement acceptables, faisables et qui tiennent compte des valeurs et préférences des Estriens		SQ
-1) Leadership école, 2) perception positive d'une intervention, 3) tenir compte des barrières à l'implantation, 4) prévoir un mécanisme de révision.		++
-Formation continue des intervenants locaux et régionaux		+, DE
-1) Présence d'un policier communautaire à l'école, 2) Discours cohérent entre les intervenants qui implantent l'intervention, 3) Bonne collaboration interprofessionnelle entre les intervenants scolaires et partenaires, 4) Un équilibre entre en faire assez pour une modification comportementale et ne pas surcharger les écoles, 5) Séances de rappels, 6) Difficulté de bien repérer la consommation de SPA, 7) Service de dépendance 1 ^{er} ligne, 8) Continuité des interventions, 9) Qualité de la relation avec l'intervenant, 10) Exemples concrets pour les élèves, 11) Soutenir les parents, 12) Plus intervenants, 13) Communication entre les professeurs et intervenants en milieu scolaire, 14) Programme d'alternative à la suspension, 15) Des mesures de justice alternative.		DE

Tableau 6. Liste de 14 recommandations préliminaires

Recommandations préliminaires	Force des données scientifiques et cohérence avec les autres données
<p>Les interventions préventives en Estrie</p> <p>1) ne doivent pas seulement être de type « éducation sanitaire » 2) doivent être basées sur plus d'un modèle théorique 3) doivent impliquer et soutenir les parents des jeunes 4) doivent être personnalisées aux besoins des jeunes 5) doivent cibler le vapotage et les boissons énergisantes 6) doivent être dispensées par des intervenants qui adoptent une approche de proximité et d'accompagnement avec le jeune 7) doivent intégrer les caractéristiques suivantes <i>7a) être basées sur plus d'un modèle théorique reconnues, être interactives et dispensées par un expert</i> <i>7b) impliquer les parents, être adaptées à l'âge et au genre et viser autant les connaissances que les compétences</i> <i>7c) enseigner des techniques de refus, impliquer la communauté, être centrées sur le jeune, regrouper peu d'élèves dans un groupe, offrir des séances de rappels, discuter des avantages et inconvénients d'une consommation, promouvoir une saine consommation, s'adapter au contexte local, intégrer le cursus scolaire, impliquer le milieu scolaire, contenir un counseling minimal et proposer des solutions de rechange à la consommation</i></p> <p>8) ne doivent pas intégrer les caractéristiques suivantes <i>8a) être uniquement axées sur la transmission d'informations, utiliser la peur, la morale, dramatiser les effets d'une consommation, traiter des conséquences à long terme, témoignage d'ancien usager, des sanctions, punitions ou prescriptions, être magistrale en grand groupe ou groupe hétérogène quant à l'âge ou consommation, regrouper des jeunes à risque, concours de cessation tabagique, tests de dépistage, chiens renifleurs à l'école.</i></p> <p>9) doivent contenir des caractéristiques parmi les suivantes pour rehausser leur acceptabilité et faisabilité en Estrie <i>9a) Pour une intervention universelle (p. ex. présence d'un policier communautaire, cohérence du discours entre intervenants, bonne collaboration interprofessionnelle entre intervenants scolaires et partenaires, équilibre entre en faire assez et ne pas surcharger les écoles).</i> <i>9b) Pour une intervention ciblée (p. ex. relation jeune/intervenant, exemples concrets, soutien aux parents, mesures de justice alternative).</i></p>	<p>Forte</p> <p>Forte</p> <p>Forte</p> <p>Modérée</p> <p>Faible</p> <p>Faible</p> <p>Forte</p> <p>Modérée</p> <p>Faible</p> <p>Forte</p> <p>Modérée</p> <p>Modérée</p>
<p>L'offre de services visant la prévention des SPA en Estrie</p> <p>10) devrait passer directement de la promotion de la santé vers des INT ciblées. 11) devrait pouvoir disposer de plus d'intervenants dédiés (et formés) à la prévention des SPA dans les écoles secondaires. Ces intervenants doivent disposer de méthodes pour mieux repérer la consommation de SPA. 12) doit être coconstruites avec les jeunes. 13) doit avoir un programme d'alternative aux suspensions au niveau de la commission scolaire. 14) doit avoir un service dépendance de 1^{re} ligne de type « infosanté »</p>	<p>Modérée</p> <p>Forte</p> <p>Faible</p> <p>Faible</p> <p>Faible</p>

Tableau 7. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) Efficacité variable (effet positif surtout sur état ivresse et consommation excessive occasionnelle).	0.63
2) Efficace à long terme malgré des effets modestes (c.-à-d. <i>Unplugged, Good behavior game, Life skills training</i>).	0.63
3) Éducation sanitaire ↑ les connaissances, mais ≠ modification comportementale.	n/a,0.46,0.69,0.70
4) « In:tuition » = Pas d'effet sur la consommation (mais ↑ connaissances, ↑ stratégies, ↑ compétences).	n/a
5) « <i>eCHECKUP TO GO</i> » = Filles ont ↓ plus importante des facteurs de risque associés à consommation.	0.88
6) « <i>STAMPP</i> » = Élèves exposés ont ↓ de la consommation élevée d'alcool.	0.83
7) Éléments efficaces = 1) Impliquer parents, 2) Prestation INT par experts, 3) Contenu adapté à l'âge et au genre, 4) Équilibre entre connaissances et compétences, 5) Pédagogie interactive.	0.46,0.69

Tableau 8. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) INT brève ciblée sur la personnalité = ↓ consommation cannabis chez jeunes qui recherchent sensations fortes.	0.83
2) Éléments efficaces = 1) Basée sur divers modèles théoriques, 2) Pédagogie interactive, 3) Prestation par experts, 4) ≥ 14 ans.	0.81

Tableau 9. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation de cannabis)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) Politique scolaire seule = Faible effet (tabagisme passe de l'école à la maison).	0.81
2) Élément efficace = 1) Application cohérente de la politique entre élèves et adultes d'une école.	0.81
3) INT qui combine ↑ compétences sociales et influence sociale est plus efficace qu'INT basée sur 1 seul modèle théorique.	0.83
4) INT yoga = Les non-exposés plus disposés à fumer en post-INT.	0.90
5) INT ↑ connaissances, ↑ compétences de négociations et implique élèves = ↑ connaissances (mais élèves ne sont moins susceptible de fumer malgré que ceux qui fument déclarent moins fumer.	0.70

Tableau 10. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'autres types de drogues)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) INT brève (2 séances de groupe avec composantes psychoéducatives, motivationnelles, TCC et scénario réel vécu par jeune à haut risque) = Efficace pour prévenir ↑ consommation et empêcher expérimentation SPA.	0.83
2) INT jeu vidéo = Élèves exposés ont appris sur métamphétamine. Les attitudes sur ce SPA sont négatives en post-INT.	0.54
3) INT qui ↑ aptitude résistance pression sociale sont plus efficaces, car elles tiennent compte du fait que les comportements sont influencés par un contexte, des besoins et des pressions sociales.	n/a
4) INT axée sur ↑ compétences sociales plus efficace (vs INT qui se limite à ↑ aptitudes résistance).	n/a
5) Éléments efficaces = 1) INT ciblées, 2) Pédagogie interactive, 3) Centrées sur jeune, 4) Peu de jeunes, 5) Séances de rappels.	n/a
6) Éléments non efficaces = 1) Information uniquement sur drogues et effets, 2) Basée sur peur ou morale.	n/a

Tableau 11. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool et de cannabis)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) INT brève est efficace (vs absence d'INT)	1.00
2) Éléments efficaces = 1) Pédagogie interactive, 2) ↑ compétences sociales et personnelles, 3) ↑ techniques refus, 4) Résister à l'influence des pairs, 5) Dispensées par experts, 6) Implique le jeune, 7) ≥ 14 ans, 8) Intégrer connaissances et compétences, 9) Engager communauté, 10) Viser plusieurs SPA, 11) Viser comportements antisociaux.	0.50

Tableau 12. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool et de tabac)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) « <i>Resilient families program</i> » = Exposés ont un plus faible recours aux SPA (OR = 0.78, IC 95 % = 0.62-0.97) et une fréquence d'utilisation moindre (utilisation fréquente, OR = 0.69; IC 95 % = 0.52-0.86 et utilisation lourde, OR = 0.75; IC 95 % = 0.60-0.94).	0.81
2) Pièce de théâtre peut compléter une offre de services préventive.	0.18

Tableau 13. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool et d'autres types de drogues)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) INT brève avec technique motivationnelle dispensée par psychologue = Exposés ont une consommation plus faible.	0.81
2) INT qui combine réduction des méfaits, pédagogie interactive, techniques pour ↑ habiletés sociales et qui implique parents = ↑ connaissances et ↑ communication élèves/parents.	0.87
3) INT doit dépasser l'école, être planifiée avec l'ensemble des acteurs, ↑ facteurs de protection et ↓ facteurs de risque	n/a
4) Éléments efficaces (INT universelle) = 1) Discuter avantages et inconvénients consommer, 2) Trouver solutions de rechange, 3) ↑ maîtrise de soi, 4) ↑ résolution problèmes, 5) ↑ technique refus, 6) Impliquer parents, 7) Promouvoir saine consommation.	n/a
5) Éléments efficaces (INT sélective/indiquée) = 1) TCC pour gérer stress et anxiété, 2) ↑ maîtrise de soi, 3) Impliquer parents.	n/a
6) Éléments non efficaces (contenu INT) = 1) Donner uniquement information sur SPA et effets, 2) Dramatiser, culpabiliser, moraliser, 3) Parler des risques long terme, 4) Axer sur l'affectif, 5) Témoignage anciens usagers.	n/a
7) Éléments non efficaces (Contenant INT) = 1) Mesure contrôle/sanction, 2) Exposé magistral devant grands groupes avec jeunes passifs, 3) Réunir jeunes à risque dans un groupe, 4) Groupe hétérogène sur âge et expériences de consommation.	n/a

Tableau 14. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation de cannabis et d'autres types de drogues)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) INT basée sur ↑ compétence sociale plus efficace pour ↓ consommation, ↓ intention consommer, ↑ connaissances (vs pas INT).	0.91
2) INT basée sur modèle influence sociale = Effet faible.	0.91
3) INT basée sur combinaison de modèles théoriques est la plus efficace.	0.91
4) INT basée sur ↑ connaissances seulement ≠ pas amélioration consommation SPA (malgré ↑ connaissances).	0.91

Tableau 15. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool, de cannabis et de tabac)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) « <i>Project toward no drug abuse</i> » = ↑ croyances sur immoralité consommer drogues, ↑ connaissances, ↓ mythes favorables, ↓ intention de consommer du cannabis.	0.81
2) « <i>Prevention through Alternative Learning Styles</i> » = ↓ intention consommer alcool et tabac à 12 et 24 mois.	0.68
3) « <i>Health School & Drugs</i> » = Pas efficace	0.88
4) « <i>PROSPER</i> » = Adolescents avec symptômes dépressifs croient que SPA a des avantages, perçoivent des niveaux plus ↑ toxicomanie chez leurs pairs et plus amis consommant.	0.80
5) « <i>PROSPER</i> » Consommation SPA plus faible chez exposés (effet plus important chez jeunes à risque élevé).	0.83
6) « <i>Unplugged</i> » = Exposé à une moindre prévalence tabac, cannabis et épisode d'ébriété. INT universelle, mais les gains semblent meilleurs chez les jeunes de milieux plus défavorisés.	0.78
7) « <i>Adolescent Substance Use Prevention Program</i> » = Effets négatifs de l'INT, car ↑ consommation alcool et tabac entre 7 ^e et 11 ^e année. Cependant, effet positif chez élèves qui consomment cannabis en pré-INT.	0.93

Tableau 16. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres types de drogues)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) INT universelle visant comportements à risques multiples = ↓ tabagisme, alcool et drogues (vs pas d'INT).	0.95
2) Éléments efficaces = 1) Développer connaissances et compétences, 2) Pédagogie interactive, 3) Dispensée par experts, 4) Impliquer parents, 5) Viser prévention consommation SPA (pas des sanctions ou abstinence), 6) Entre 12 et 14 ans.	0.78
3) INT brève 2 séances vs INT brève 2 séances + séance avec les parents = Les 2 INT sont associées à ↓ consommation SPA, mais INT brève avec séance parentale est associée à une ↓ plus importante consommation SPA.	0.78

Tableau 17. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres types de drogues)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) « <i>Refuse, Remove, Reason</i> » = ↓ consommation et acceptation alcool/ tabac, ↑ perception négative consommation drogue.	0.78
2) « <i>One Life</i> » = ↓ tabagisme, ↓ alcool, ↓ inhalant, ↑ intérêt enseignement supérieur et ↑ compétences sociales.	0.70

Tableau 18. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation d'alcool, cannabis, tabac et autres types de drogues)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) « <i>Alert</i> » = Pré-INT, les exposés sont plus susceptibles de consommer (utilisation à vie ou dernier mois de 4 SPA). Pour toutes les mesures sauf utilisation à vie du tabac, les différences post-INT sont plus faibles (effet possible de l'INT). Ces changements sont toutefois significatifs pour une seule variable (c.-à-d. consommation alcool dernier mois).	0.85

Tableau 19. Synthèse des résultats (Prévention de la consommation des SPA non spécifiées)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) « <i>SBIRT</i> » = Retarde l'âge de consommation de SPA.	0.67
2) « <i>Unplugged, Life skills training program, Project Toward No Drug Abuse</i> » sont efficaces.	n/a
3) « <i>ASPIRE</i> » = ↑ alliance thérapeutique avec élèves. Les traumatismes passés sont à considérer dans consommation SPA.	+
4) « <i>Red Ribbon</i> » = Écoles exposées (↓ consommation, notes ↑, environnement soutenant parents avec comportements clairs)	0.85
5) Éléments efficaces = 1) Combiner individuel et communautaire, 2) Dispensée par élèves, 3) Respecter curriculum, 4) Tenir compte polyconsommation.	n/a, n/a

6) Besoin d'intervenants en milieu scolaire. Les enseignants et le personnel scolaire sont insuffisants.	n/a
7) École doit proposer solution recharge à consommer. Lors d'une INT ciblée, faire gaffe de ne pas cataloguer élève.	n/a
8) Un continuum d'INT doit être bâti. En amont, il doit prévenir l'initiation aux SPA, retarder le début consommation, prévenir les troubles liés à consommation, fournir du dépistage, des INT ponctuelles et référer lorsque requis.	n/a
9) Éléments efficaces = 1) Aller au-delà de l'école, 2) Impliquer jeune, famille et communauté, 3) ↑ facteurs de protection, 4) ↑ habiletés et compétences, 5) S'adapter au contexte local, 6) Combiner INT universelle et indiquée, 7) Séances de rappel, 8) Pédagogie interactive, 9) ≥ 10 séances, 10) Dispensée par expert, 11) souligner conséquences immédiates consommer, 12) corriger fausses perceptions.	0.31, n/a, n/a
10) Éléments non-efficace/non-sécuritaire ou nuisibles = 1) Basée sur peur/morale, 2) Centrer sur danger consommer, 3) Témoignage d'ancien usager, 4) Sanction, 5) Concours cessation tabagique, 6) Chien renifleur, 7) Tests de dépistage, 8) Exagérer risques SPA, 9) Fixer objectifs irréalistes, 10) Pas tenir compte mode/sous-culture, 11) Parler à long terme, 12) Exposé magistral devant grands groupes.	n/a, n/a
11) Éléments efficaces (INT universelle) = 1) INT dans cursus scolaire, 2) INT adaptée à l'âge, 3) Implique l'ensemble du milieu scolaire, 4) Conseiller aux parents où trouver de l'information et de l'aide, 5) Partenariats avec les acteurs externes.	0.57
12) Éléments efficaces (INT sélective) = 1) Counseling minimal aux jeunes qu'on suspecte consommer en quantité néfaste, 2) Si counseling pas assez, référer aux services externes, 3) Respecter la réglementation concernant la protection des droits des jeunes.	0.57

Tableau 20. Synthèse des résultats (Savoirs expérientiels quant aux interventions universelles)

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) Les INT universelles à l'école secondaire ne rejoignent pas les jeunes.	DE
2) Il existe des initiatives personnelles et locales, mais peu de ressources existent pour intervenir correctement.	DE
3) Une offre de services qui passe de la promotion de la santé (comme INT universelle) vers des INT sélectives/ciblée comme INT de prévention de la consommation de SPA.	DE
4) Éléments efficaces (INT universelle) = 1) Mettre les jeunes en action, 2) Faire participer les jeunes au lieu d'écouter de l'information, 3) Activités de réduction des méfaits.	DE
5) Éléments non efficaces (INT universelle) = 1) Utiliser morale, peur ou prescription, 2) Témoignage d'anciens usagers, 3) Regrouper consommateurs réguliers ensemble.	DE

Tableau 21. Synthèse des résultats (Savoirs expérientiels quant aux interventions ciblées (sélectives ou indiquées))

Synthèse des résultats (efficacité et sécurité)	SQ
1) Les INT ciblées sont mieux connues par les intervenants, gestionnaires, élèves et parents d'élèves.	DE
2) L'importance d'une approche personnalisée et de proximité dans l'INT ciblée.	DE
3) Les intervenants préconisent une approche selon l'âge et les jeunes une approche plus uniforme, peu importe l'âge.	DE
4) Éléments efficaces (INT ciblée) = 1) Accompagner le jeune pour développer un lien de confiance.	DE
5) Éléments non efficaces (INT ciblée) = 1) INT punitive ou prescriptive, 2) Regrouper jeunes qui consomment, 3) Milieux scolaires trop rigides qui suspendent souvent les élèves	DE

Tableau 22. Synthèse des résultats (Écrits scientifiques et de littérature grise)

Synthèse des résultats (faisabilité, acceptabilité, éthique, valeurs et préférences)	SQ
1) « <i>MAKINGtheLINK</i> » ↑ confiance du personnel et étudiants. Plus de 80 % des étudiants sont satisfaits, jugent INT acceptable et réalisable. La majorité du personnel trouve les activités amusantes et attrayantes.	0.46
2) « <i>SBIRT</i> » jugée acceptable. L'INT prend moins de temps que les autres.	0.67
3) Quatre thèmes = 1) leadership école, 2) perception + de l'INT, 3) barrière à implantation, 4) conseiller pour réviser INT.	++
4) INT prévention toxicomanie révèle un manque de connaissances et un besoin de formation.	+

Tableau 23. Synthèse des résultats (Savoirs expérientiels quant aux interventions universelles)

Synthèse des résultats (faisabilité, acceptabilité, valeurs et préférences)	SQ
1) Présence d'un policier communautaire à l'école pour se confier autrement que dans un contexte répressif.	DE
2) Cohérence du discours entre les intervenants qui doivent mettre en œuvre une INT préventive.	DE
3) Bonne collaboration interprofessionnelle entre intervenants en milieu scolaire et partenaires intersectoriels.	DE
4) Un équilibre entre en faire assez pour un changement comportemental et ne pas surcharger les écoles.	DE
5) Ne pas oublier l'enjeu du réinvestissement et les séances de rappels.	DE
6) La difficulté de bien repérer la consommation de SPA.	DE
7) Manque de ressources humaines au secondaire, particulièrement d'intervenants en toxicomanie.	DE
8) Trop souvent, les intervenants n'ont pas (ou peu) de connaissances de ces enjeux.	DE
9) Un service de dépendance 1 ^{re} ligne de type « infosanté, mais infodrogues » est souhaité.	DE
10) Manque de continuité dans les INT préventives (elles sont ponctuelles et non pas globales et concertées).	DE

Tableau 24. Synthèse des résultats (Savoirs expérientiels quant aux interventions ciblées (sélectives ou indiquées))

Synthèse des résultats (faisabilité, acceptabilité, valeurs et préférences)	SQ
1) L'importance de la qualité de la relation avec l'intervenant (et de la proximité dans l'INT)	DE
2) Les exemples concrets sont appréciés des élèves	DE
3) Les parents d'élèves manifestent un besoin d'être soutenu	DE
4) Le défi de conserver le maintien du message de prévention dans le temps est souhaité.	DE
5) Avec plus intervenants, une approche individuelle et de proximité serait plus réaliste	DE
6) Manque de communication entre professeurs et intervenants en milieu scolaire	DE
7) Un programme d'alternative à la suspension est souhaité.	DE
8) Davantage de mesures de justice alternative sont souhaitées.	DE
9) Les élèves qui ont arrêté de consommer peuvent parler à leurs pairs et agir comme personne modèle.	DE

Tableau 25. Synthèse des résultats (Données contextuelles)

Synthèse des résultats (données contextuelles)	SQ
1) Peu d'intervenants avec une tâche exclusivement dédiée à la prévention de la toxicomanie dans les écoles secondaires	DC
2) Des intervenants dans la majorité des écoles, mais leur rôle est peu spécifique à la prévention des SPA	DC
3) Beaucoup d'INT universelles de type « éducation sanitaire »	DC
4) Peu d'INT ciblés visant les jeunes qui consomment ou leurs parents	DC
5) Peu d'INT visent le vapotage ou les boissons énergisantes.	DC
6) Parmi les INT dispensées, peu intègrent les éléments d'INT efficaces telles que celles identifiées par la revue des écrits scientifiques ou par les savoirs expérientiels des parties prenantes interrogées	DC
7) Le manque de ressources humaines et le besoin de formation appropriée pour mieux intervenir ressort.	DC
8) Un besoin de coconstruire les INT avec les jeunes, de développer des méthodes pour mieux repérer la consommation de SPA et une alternative aux méthodes de suspension lorsqu'un jeune est pris à consommer à l'école	DC

ANNEXE IV

GUIDE D'ENTREVUE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION

Guide d'entrevue pour les groupes discussions (ETMISSS-SPA)

Mise en contexte [+/- 5 minutes]

Bonjour,

1) Mon nom est Mathieu Roy. Je travaille à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Mon mandat est de soutenir la prise de décision des gestionnaires et des équipes cliniques du réseau de la santé et des services sociaux par la synthèse des connaissances scientifiques, des savoirs expérientiels de gens comme vous, mais aussi des spécificités d'une région.

2) Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre d'une évaluation entreprise pour le compte de la Direction de la santé publique de l'Estrie (DSPu). Le besoin de la DSPu est de mieux connaître les interventions efficaces et sécuritaires de prévention primaire et secondaire d'une consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes des écoles secondaires. Les principaux SPA chez les jeunes sont l'alcool, le tabac, le cannabis, les boissons énergisantes et les autres types de drogues.

3) En lien avec ce besoin, 5 dimensions sont particulièrement d'intérêt pour le demandeur, soit l'efficacité et la sécurité des interventions préventives, mais aussi, leur acceptabilité, leur faisabilité du point de vue des adolescents et de leurs parents (ainsi que les valeurs et préférences de ceux-ci).

4) Jusqu'à ce jour, nous avons fait une recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise pour identifier des interventions (et des éléments d'interventions) efficaces et sécuritaires de prévention primaire et secondaire d'une consommation de SPA pouvant être dispensées au secondaire. Cela nous a permis de faire la synthèse de ce que la science pense du sujet d'évaluation.

5) Maintenant, je souhaite aborder avec vous quels sont messages de prévention d'une consommation de SPA en milieu scolaire secondaire qui sont acceptables, faisables et en phase avec les valeurs et préoccupations des adolescents estriens. Cela va permettre d'amasser des savoirs expérientiels qui compléteront la synthèse des connaissances scientifiques.

6) Au cours des 80-90 prochaines minutes, je vous poserai des questions qui m'aideront à mieux comprendre les enjeux estriens quant à l'offre de services préventive concernant la consommation de SPA au secondaire. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il y a juste des points de vue différents qui nous aident à prendre une décision juste et éclairée. Il est bien entendu que tout ce que vous direz est strictement confidentiel. Avant de commencer, je souhaite obtenir votre permission pour vous enregistrer sur magnétophone. Cela me sera très utile pour écouter et réécouter la conversation. Je m'engage à détruire l'enregistrement une fois mon rapport final écrit.

7) Si vous avez de la difficulté à saisir mes questions ou à me comprendre, n'hésitez surtout pas à me demander de me répéter ou de m'expliquer plus clairement. Merci, nous allons maintenant débiter.

Dimension acceptabilité, faisabilité et valeurs/préférences de parties prenantes

Groupe de discussion #1 → Intervenants du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (*p. ex.* représentant DSP, DJe)

Groupe de discussion #2 → Intervenants en milieu scolaire (*c.-à-d.* professeur, directeur, intervenants)

Le premier bloc de questions porte sur les activités de prévention universelle à l'école secondaire. Les interventions universelles sont celles qui visent l'ensemble des jeunes (peu importe leurs habitudes de consommation ou leur risque de développer une problématique postconsommation de SPA).

Q1) Pouvez-vous nommer certaines interventions de prévention universelle que vous connaissez ou avec lesquelles vous avez de l'expérience en lien avec la consommation de SPA ? [+/- 5 minutes]

Q2) Selon vous, concernant les activités de prévention universelle en milieu scolaire dans les écoles secondaires de l'Estrie [+/- 30 minutes]

2.1) Qu'est-ce qui fonctionne le mieux et pourquoi ?

2.2) Qu'est-ce qui fonctionne moins bien et pourquoi ?

2.3) Y a-t-il des choses ou des activités qui ne fonctionnent tout simplement pas ? Pourquoi selon vous ?

2.4) Qu'est-ce qui manque dans l'offre de services actuelle en termes de prévention universelle des SPA au secondaire ?

2.5) Qu'est-ce qu'on peut faire de plus pour prévenir la consommation de SPA dans nos écoles secondaires en Estrie ?

2.6) Quelles sont les différences dont il faut tenir compte selon le SPA pour réussir à mieux prévenir une consommation problématique ou abusive ?

Le deuxième bloc de questions porte quant à lui sur les activités de prévention ciblées (sélectives ou indiquées) à l'école secondaire. Les interventions sélectives ciblent des jeunes qui consomment ou non et qui sont à risque de développer des problèmes suite à une consommation de SPA. De leur côté, les interventions ciblées s'adressent aux jeunes qui ont des problèmes suite à une consommation de SPA (bien qu'ils ne remplissent toutefois pas les critères d'une dépendance).

Q3) Pouvez-vous nommer certaines interventions de prévention ciblées que vous connaissez ou avec lesquelles vous avez de l'expérience en lien avec la consommation de SPA ? [+/- 5 minutes]

Q4) Selon vous, concernant les activités de prévention sélective et ciblée en milieu scolaire dans les écoles secondaires de l'Estrie [+/- 30 minutes]

4.1) Qu'est-ce qui fonctionne le mieux et pourquoi ?

4.2) Qu'est-ce qui fonctionne moins bien et pourquoi ?

4.3) Y a-t-il des choses ou des activités qui ne fonctionnent tout simplement pas ? Pourquoi selon vous ?

4.4) Qu'est-ce qui manque dans l'offre de services actuelle en termes de prévention sélective et ciblée des SPA au secondaire ?

4.5) Qu'est-ce qu'on peut faire de plus pour prévenir la consommation de SPA dans nos écoles secondaires en Estrie ?

4.6) Quelles sont les différences dont il faut tenir compte selon le SPA pour réussir à mieux prévenir une consommation problématique ou abusive ?

Recommandations souhaitées et conclusion de la rencontre

Q5) Quelle est la recommandation principale que vous feriez pour réduire la consommation de SPA dans les écoles secondaires en Estrie [+/- 10 minutes]

Q6) Avez-vous d'autres choses à ajouter qui seraient utiles à ce travail ? [+/- 5 minutes]

Dimension acceptabilité, faisabilité et valeurs/préférences de parties prenantes

Groupe de discussion #3 → Parents et adolescents (sans filiation) en milieu urbain

Q1) Concernant les activités de prévention en lien avec une consommation de SPA (peu importe le SPA) à votre école secondaire (ou à l'école secondaire de votre enfant), quelles sont: [+/- 20 minutes]

- a) vos besoins ?*
- b) vos préoccupations ?*
- c) les enjeux les plus importants dont il faut tenir compte selon vous ?*
- d) Est-ce la même chose pour tous les SPA (incluant l'alcool) ou existe-t-il des différences dont il faut tenir compte pour mieux intervenir ?*

Q2) Pouvez-vous nous parler d'actions, d'initiatives, d'interventions ou de situations qui selon vous [+/- 10 minutes]

- a) sont efficaces en milieu scolaire telle une école secondaire ? Pourquoi elles fonctionnent ?*
- b) ne sont pas vraiment efficaces en milieu scolaire telle une école secondaire ? Pourquoi elles ne fonctionnent pas ?*

Q3) Si vous pouviez développer ou intervenir pour mieux prévenir la consommation de SPA à l'école secondaire, comment feriez-vous et pourquoi ? [+/- 10 minutes]

Q4) Selon vous, comment il faut faire pour mieux [+/- 10 minutes]

- a) rejoindre les parents des élèves dans les écoles secondaires et les impliquer dans la prévention des SPA de leurs adolescents ?*
- b) soutenir et informer les parents des élèves dans les écoles secondaires et les impliquer dans la prévention des SPA de leurs adolescents ?*

Q5) Selon vous, comment il faut faire pour mieux [+/- 10 minutes]

- a) rejoindre les adolescents dans leur école secondaire et les impliquer dans la prévention d'une consommation de SPA ?*
- b) soutenir et informer les adolescents dans leur école secondaire et les impliquer dans la prévention d'une consommation de SPA ?*

Recommandations souhaitées et conclusion de la rencontre

Q6) Quelle est la recommandation principale que vous feriez pour réduire la consommation de SPA dans les écoles secondaires en Estrie [+/- 10 minutes]

Q7) Avez-vous d'autres choses à ajouter qui seraient utiles à ce travail ? [+/- 5 minutes]

Mot de la fin

Notre discussion est maintenant terminée. Au nom de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et de la DSPu, laissez-moi vous remercier de votre participation. Assurément, vos propos nous aideront dans l'élaboration de recommandations visant à améliorer la prévention d'une consommation de SPA chez les jeunes qui fréquentent une école secondaire en Estrie. S'il vous reste des questions, je suis à votre entière disposition. Maintenant, mais aussi dans le futur. Encore une fois, merci.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

