

**ÉVALUATION DE LA QUALITE DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME  
PARE-CHOCS EN CONTEXTE SCOLAIRE.**

**POIRIER, M., MARCOTTE, D., JOLY, J. ET FORTIN, L. (2012).**

**REVUE POUR LA RECHERCHE EN ÉDUCATION**

**RÉSUMÉ**

Malgré l'importance de la problématique des adolescents dépressifs à risque de décrochage scolaire, aucun programme visant cette double problématique en milieu scolaire n'a fait l'objet d'une évaluation systématique de l'implantation. D'ailleurs, les programmes implantés en milieu scolaire souffrent souvent d'une implantation lacunaire. Guidés par le modèle d'évaluation basé sur la théorie des programmes (*theory-driven evaluation*), nous évaluons la qualité de l'implantation du programme Pare-Chocs et les facteurs qui l'ont influencée à l'aide des composantes du modèle d'action de Chen (2005). Les résultats suggèrent que l'adhésion, le dosage et la participation étaient élevés. Les contraintes de temps et le peu de formation antérieure en lien avec la théorie du programme ont limité la fidélité de l'implantation tandis que la formation, la supervision et le manuel y ont contribué.

**ABSTRACT**

Despite the importance of problematic of depressive students at-risk of school dropout, no program that addresses this double problematic in school setting was the object of a systematic implementation evaluation. Moreover, programs implemented in school settings often suffer of a less rigorous implementation. Guided by a theory-driven evaluation model, we assessed the quality of implementation of the Pare-Chocs program and the factors that affected this quality with the elements of action model of Chen (2005). Our results suggest that adherence, dose and participant responsiveness were high. Time constraints and lack of

previous education linked to program theory limited the fidelity of implementation, but training, supervision and program guide enhanced it.

## **PROBLÉMATIQUE**

Au Québec, la prévalence du syndrome dépressif est estimée à 15 % chez les adolescents (Marcotte, 2000). À partir de 15 ans, il est deux fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons (Hankin et al., 1998). Le syndrome dépressif est caractérisé par la présence de symptômes dépressifs élevés, qui n'atteignent toutefois pas le seuil clinique des critères diagnostiques du trouble dépressif (American Psychological Association, APA, 2000). Au plan personnel, il est associé à l'anxiété, la faible estime de soi, l'image corporelle négative et aux distorsions cognitives (Marcotte, Fortin, Potvin et Papillon, 2002; Steinhausen, Haslimeier et Metzke, 2007). La dépression des parents et les relations familiales conflictuelles sont également liées aux symptômes dépressifs des adolescents (Casey-Cannon, Pasch, Tschann et Flores, 2006). À l'école, les adolescents manifestant des symptômes élevés peuvent obtenir un rendement scolaire plus faible et développer des relations de moindre qualité avec leurs pairs et leurs enseignants (Rothon et al., 2009; Steinhausen et al., 2007). À long terme, les adolescents présentant un syndrome dépressif seront plus nombreux à revivre de tels symptômes et plus à risque de développer un trouble dépressif que ceux qui n'ont jamais présenté de symptômes. Ces adolescents auront aussi plus fréquemment des idées suicidaires et pourront faire des tentatives de suicide. Certains bénéficieront davantage des services de soins de santé et de l'assistance emploi que leurs pairs non dépressifs (Fergusson, Boden et Horwood, 2007; Rice, Lifford, Hollie et Thapar, 2007). Enfin, ils pourront être plus dépendants à l'alcool et aux drogues, vivre plus d'échecs scolaires et présenteront une probabilité plus élevée de décrocher avant l'obtention de leur diplôme d'étude secondaire (Fergusson et Woodward, 2002; Stoep, Weiss, Saldanha, Cheney et Cohen, 2003).

Au Québec, le décrochage scolaire constitue une problématique majeure : le taux de décrochage se situe à 20,1 % après cinq ans pour l'année scolaire 2009-2010 (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport, MELS, 2012). Souvent défini comme le point culminant d'un long processus de désengagement du milieu scolaire, le décrochage scolaire est associé à de nombreux facteurs de risque personnels (faible rendement, absentéisme, problèmes de comportement), familiaux (faible statut socioéconomique, manque d'engagement, de soutien et d'encadrement parental) et scolaires (redoublement, faible engagement, relations négatives avec les enseignants) (Carpenter et Ramirez, 2007 ; Henry, Knight et Thornberry, 2012 ; Hickman, Bartholomew et Mathwig, 2008 ; Whannell et Allen, 2011). Comme le syndrome dépressif, le décrochage scolaire est associé à des conséquences négatives, que ce soit en termes de difficultés d'adaptation personnelle (délinquance, problèmes de consommation de drogues et d'alcool, pauvreté) ou d'insertion et de maintien sur le marché de l'emploi (Bjerk, 2012 ; Henry et al., 2012 ; Oreopoulos, 2007).

Considérant les nombreuses conséquences associées au syndrome dépressif et au décrochage scolaire, la mise en place de programmes de prévention revêt une importance de premier ordre. Dans ce sens, l'école constitue un milieu privilégié pour rejoindre les adolescents qui vivent des troubles intériorisés (Manning, 2009; Mihalic, Fagan et Argamaso, 2008). Ce milieu de vie est moins stigmatisant que les milieux cliniques. Dans ce contexte, les programmes peuvent être implantés par les professionnels déjà en place, ce qui permet de rejoindre des adolescents qui autrement ne recevraient pas d'aide (Wagner, Swenson et Henggeler, 2000).

Plusieurs auteurs ont montré que les programmes de prévention et d'intervention sont efficaces pour réduire les symptômes dépressifs chez les adolescents présentant un syndrome ou un trouble dépressif (Kavanagh et al., 2009 ; Marcotte, 1997; Poirier, Marcotte et Joly, 2010; Weisz, McCarty et Valeri, 2006). Malgré que la distinction ne soit pas toujours claire,

les programmes de prévention s'adressent généralement aux adolescents qui présentent un syndrome dépressif ou d'importants facteurs de risque associés à la dépression. Ils visent à prévenir l'apparition du trouble dépressif et peuvent être implantés en milieu scolaire. De leur côté, les programmes d'intervention sont plus souvent offerts aux adolescents qui ont reçu un diagnostic de trouble dépressif. Ils visent à traiter la problématique et sont généralement offerts en milieu clinique (Marcotte, 2000). Ces deux types de programmes sont fréquemment basés sur l'approche cognitivo-comportementale développée par Beck, Rush, Shaw et Emery (1979). Auprès des adolescents, ils contribuent non seulement à réduire les symptômes dépressifs, mais également les facteurs associés à la dépression, tels que les idées suicidaires, les distorsions cognitives, les pensées négatives et les problèmes de comportement. Ils permettent également d'améliorer les stratégies de résolution de problèmes et les relations interpersonnelles.

Par contre, d'autres auteurs rapportent qu'en contexte scolaire, l'application des programmes reconnus tels qu'ils ont été conçus pose un défi. En effet, dans un contexte de dissémination, soit l'application en contexte réel, la mise en place des programmes se caractérise souvent par une implantation moins rigoureuse qu'en contexte expérimental (Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003). La dissémination est alors associée à une diminution de la fidélité d'implantation (Ciffone, 2007; Renes, Rigwalt, Clark et Hanley, 2007). La fidélité est définie comme la capacité d'implanter un programme tel qu'il a été conçu. Elle comprend l'adhésion (réalisation des activités prévues), l'exposition (nombre et durée des rencontres), la qualité de l'animation, la participation de la clientèle (présence et implication) et la différenciation (apport de nouveaux éléments à la pratique) (Dusenbury et al., 2003). Malgré des avis partagés sur le sujet, certains auteurs soutiennent qu'une implantation moins fidèle est associée à la réduction des effets du programme (Durlak, 2010; Dusenbury et al., 2003).

### **Facteurs liés à la qualité de l'implantation**

Un grand nombre de facteurs influencent la fidélité de l'implantation d'un programme, tels les caractéristiques du programme, des intervenants, de l'organisation, de la clientèle et du protocole de prestation de services (Dusenbury et al., 2003; Joly, Tourigny et Thibaudeau, 2005; Lochman et al., 2009; Ringwalt et al., 2003). Durlak (2010) rapporte aussi que d'autres facteurs peuvent affecter la fidélité, que ce soit au niveau de la communauté (fonds, politiques en place) ou de la complexité et de la compatibilité du programme avec le milieu et les intervenants. La perception des intervenants de la nécessité du programme et leurs habiletés professionnelles sont aussi associés à une variation de la fidélité. La capacité organisationnelle du milieu (climat de travail et leadership) et du système de soutien à l'implantation (si un système est mis en place) l'influencent également. Enfin, la formation au programme et la supervision régulière sont reconnues comme favorisant la fidélité de l'implantation (Kutash, Duchnowski et Lynn, 2009).

Il y a une dizaine d'années, peu d'auteurs évaluant l'efficacité des programmes psychosociaux tenaient compte de la fidélité de l'implantation (Dane et Schneider, 1998), ce qui semble moins le cas aujourd'hui (Durlak, 2010). Cette tendance est aussi apparente pour les programmes de prévention de la dépression. En effet, Poirier et al. (2010) ont identifié, entre 1997 et 2009, 12 études évaluatives des programmes de prévention de la dépression chez les adolescents. Parmi ces 12 études, six ont été menées en milieu scolaire, sept comptent une mesure d'évaluation de l'adhésion et huit, de la participation. Toutefois, seulement deux études menées en contexte scolaire ont considéré ces variables dans l'évaluation des effets du programme. Tel que le suggèrent Kutash et al. (2009), il est primordial d'évaluer la fidélité de l'implantation de tels programmes pour contribuer au

développement des connaissances dans le domaine de l'évaluation de programmes, mais également pour s'assurer que les services offerts sont de bonne qualité et correspondent aux programmes tels que conçus.

### **Modèle d'évaluation**

Il existe une grande variété de modèles d'évaluation, parmi lesquels se trouvent ceux basés sur la théorie des programmes (*theory-driven evaluation*). Parmi ceux-ci, nous avons privilégié celui de Chen (2005). Ce dernier propose que l'évaluation de l'implantation soit guidée par les composantes du plan d'action du programme. Parmi les huit approches suggérées par Chen (2005) à l'étape de l'implantation, nous avons préféré celle dite d'évaluation de la fidélité et celle dite d'évaluation basée sur la théorie du programme. L'évaluation de la fidélité porte un regard spécifique sur l'implantation de certains aspects du protocole d'intervention. Pour sa part, l'approche d'évaluation basée sur la théorie des programmes vise l'évaluation de l'ensemble des composantes du plan d'action avec un regard holistique. Ces composantes sont : la clientèle, le protocole d'intervention et de prestation de services, l'organisation, les personnes qui implantent le programme, les partenaires et le contexte écologique. Ce dernier comprend les facteurs environnementaux qui interagissent avec les autres composantes présentées et qui peuvent influencer l'implantation du programme. L'approche d'évaluation de la fidélité portera essentiellement sur la prestation de services alors que l'approche d'évaluation basée sur la théorie du programme portera sur l'ensemble des composantes du plan d'action. Cette évaluation permettra de comprendre comment se fait une telle implantation dans un contexte de dissémination et fournira des pistes pour expliquer les résultats obtenus lors de l'évaluation des effets du programme. Guidés par cette démarche, nous avons évalué l'implantation du programme Pare-Chocs (Marcotte, 2006) auprès de six groupes. Ce programme francophone a été choisi, car il est basé sur une approche cognitivo-comportementale et que celle-ci permet de réduire les

symptômes dépressifs chez les adolescents (Clarke et al., 2001; Puskar, Sereika et Tusaie-Mumford, 2003).

### **Le programme Pare-Chocs**

En concordance avec le modèle d'évaluation choisi, nous décrivons le programme Pare-Chocs selon les composantes du modèle de Chen (2005). Au chapitre de la clientèle, Pare-Chocs s'adresse aux adolescents de 14 à 17 ans qui présentent des symptômes dépressifs et à leurs parents. Le protocole d'intervention est décrit dans un manuel détaillé et introduit par une formation de six heures. Les activités sous forme d'ateliers abordent le modèle théorique sous-jacent au programme, l'éducation émotionnelle, la restructuration cognitive, l'autocontrôle et l'augmentation des activités plaisantes. Elles développent aussi les techniques de relaxation, les habiletés sociales, de communication, de négociation et de résolution de problèmes, les connaissances sur la dépression, l'estime de soi, l'image corporelle et les habiletés d'études et d'organisation du travail scolaire. Le programme est offert à des groupes de six à dix adolescents et se déroule à une fréquence bihebdomadaire durant six semaines pour un total de 18 à 24 heures d'intervention. Trois rencontres de deux heures portant sur le développement des connaissances sur la dépression, la restructuration cognitive, les habiletés de communication et de résolution de problèmes sont également offertes aux parents. En ce qui concerne les personnes qui implantent le programme, l'auteure recommande que Pare-Chocs soit implanté par une équipe de deux intervenantes ayant une expérience en santé mentale, en animation de groupe et des connaissances sur l'approche cognitivo-comportementale.

Lorsque le programme est appliqué en contexte scolaire, l'organisation (plus particulièrement la direction) fournit le soutien matériel et financier pour offrir des récompenses et des collations aux adolescents et libère les professionnels des services éducatifs qui animent le programme de certaines tâches pour faciliter son implantation du

programme. Un partenariat avec le milieu de la santé et des services sociaux peut favoriser une meilleure implantation et le maintien des services auprès des adolescents à la fin du programme. Dans le contexte du présent projet, la chaire de recherche de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke (CSRS) sur la persévérance et la réussite des élèves fut le partenaire permettant d'implanter le programme dans quatre des cinq écoles participantes. Enfin, au niveau du contexte écologique, la gestion des horaires à la fois des adolescents et des intervenants pour disposer de suffisamment de temps dans chaque école fut critique pour offrir l'exposition recommandée.

## **OBJECTIF DE RECHERCHE**

En s'inspirant du modèle d'évaluation de Chen (2005), notre objectif est d'évaluer la qualité de l'implantation du programme Pare-Chocs et d'identifier des facteurs qui la favorisent dans un contexte de dissémination. Plus spécifiquement, nous désirons évaluer : 1) la fidélité de l'implantation du programme dans six groupes réalisés dans cinq écoles et 2) identifier les facteurs par composante du plan d'action proposé par Chen (2005) qui ont influencé la fidélité de l'implantation.

## **MÉTHODOLOGIE**

### **Devis de recherche**

Dans cet article, nous rapportons principalement les données qualitatives ainsi que quelques données quantitatives d'une étude plus large portant sur l'évaluation des effets du programme Pare-Chocs (Poirier, Marcotte, Joly et Fortin, soumis) à partir d'un devis de recherche de triangulation (Cresswell et Plano-Clark, 2007) où les données quantitatives et qualitatives sont utilisées au même niveau pour atteindre les objectifs de recherche.

### **Méthodes de collecte de données**

Cette étude fait appel à des grilles d'autoévaluation et des entrevues pour recueillir les données d'évaluation de l'implantation. Pour les données quantitatives, les unités d'analyse sont les écoles (adhésion, dosage) et les adolescents (participation, attrition) et leurs parents (participation des parents). Pour les données qualitatives, l'unité d'observation n'est pas l'adolescent, mais plutôt les intervenantes de chaque école.

### **Grilles d'autoévaluation**

L'évaluation de la fidélité de l'implantation est réalisée grâce à une grille d'autoévaluation remplie par les intervenantes. À chacune des 12 rencontres, les intervenantes notaient la présence des adolescents, la durée de l'atelier ainsi que les activités réalisées. Elles remplissaient une grille similaire pour les trois rencontres avec les parents. Ces grilles ont permis de calculer l'indice d'adhésion qui représente le rapport entre le nombre d'activités réalisées et celles prévues par composante d'intervention (à ne pas confondre avec les composantes du programme) et au total (69 activités sont prévues dans le programme, dont 55 pour les adolescents et 14 pour les parents). L'exposition indique sous forme de pourcentage le rapport entre le nombre d'heures offertes et le nombre minimal prévu (18h). Enfin, l'indice de participation calculé à l'aide des données de la même grille traduit en pourcentage le nombre de rencontres où les adolescents (12 rencontres possibles) et leurs parents (3 rencontres possibles) étaient présents.

### **Entrevues d'évaluation de l'implantation**

L'objectif des entrevues était de comprendre dans une perspective globale les facteurs liés aux composantes du modèle de Chen (2005) qui ont influencé la qualité de l'implantation. Les intervenantes en charge de planifier et d'animer les rencontres étaient les mieux placées pour nous permettre de répondre à cet objectif. En effet, les élèves et leurs parents auraient pu fournir des explications sur les facteurs qui ont influencé leur participation (composante clientèle), mais plus difficilement sur ceux qui ont facilité ou

limité l'adhésion des intervenantes et l'exposition offerte dans chaque école en lien avec les six composantes du modèle d'évaluation. Les intervenantes ont donc été sollicitées après l'implantation pour participer à une entrevue individuelle de 45 à 60 minutes menée par l'évaluatrice. Le protocole d'entrevue abordait les difficultés rencontrées lors de l'implantation, la satisfaction des intervenantes et leur sentiment de compétence. Ces entrevues ont été transcrites et analysées selon un protocole détaillé dans la section plan d'analyse. Les intervenantes ont aussi complété un questionnaire sur leurs caractéristiques (âge, sexe, domaine d'études, diplôme obtenu, nombre d'années d'expérience).

### **Échantillon**

Le programme a été implanté par 15 intervenants (14 femmes et 1 homme) qui ont animé, en équipe de deux, six groupes dans cinq écoles. Onze intervenantes (minimalement une par groupe) ont participé aux entrevues et une par groupe était responsable de la collecte des données quantitatives d'implantation. Les 15 intervenants étaient âgés en moyenne de 35,0 ans (é.-t. = 8,3) et avaient 9,6 ans d'expérience (é.-t. = 8,2). Neuf possèdent une maîtrise en intervention (psychoéducation, psychologie scolaire ou orientation professionnelle), une détient un doctorat en psychologie, deux ont un baccalauréat (psychologie et psychoéducation), deux sont techniciens (travail social et éducation spécialisée) et une est finissante au collégial (travail social). Parmi les intervenants, trois ont été engagées par la chaire de recherche pour soutenir le milieu dans l'implantation des programmes de prévention du décrochage scolaire.

Bien que les adolescents ayant participé à Pare-Chocs ne soient pas la principale unité d'analyse, nous décrivons la procédure de sélection utilisée, car elle permet de vérifier si le programme a été offert à la clientèle visée par le programme. À la CSRS, chaque automne, tous les élèves complètent le logiciel de dépistage du décrochage scolaire (LDDS) (Fortin et Potvin, 2007). Ce logiciel permet d'identifier les élèves à risque de décrochage scolaire et de

les classifier selon la typologie de Fortin, Marcotte, Potvin, Royer et Joly (2006). Parmi les adolescents de secondaire 3 et 4 identifiés, ceux qui présentaient des symptômes dépressifs élevés (score de 20 et plus au *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977)) ont rempli à nouveau le CES-D en janvier 2010 à titre de prétest. Dans la 5<sup>e</sup> école, les adolescents qui ont participé au programme ont seulement complété le CES-D au prétest. Le tableau 1 résume les caractéristiques des adolescents qui ont participé au programme à l'intérieur des six groupes.

-----  
Insérer ici le tableau 1  
-----

### **Procédure**

Le programme a été offert durant l'hiver 2010 dans les cinq écoles. Les intervenants travaillaient en dyades ou triades dans les six groupes d'implantation du programme Pare-Chocs. La moitié des groupes ont donc été animés par une équipe de deux intervenantes (A, B1 et C) et l'autre moitié, par une équipe de trois intervenants (B2, D et E). Au total, 10 des 15 intervenants ont suivi la formation Pare-Chocs, dont au moins un par groupe d'intervention. Trois supervisions d'une durée totale de quatre heures ont aussi été offertes aux intervenantes des écoles soutenues par la chaire de recherche. Les intervenants de la 5<sup>e</sup> école n'ont bénéficié d'aucun soutien supplémentaire. Les adolescents participaient au programme durant une partie de la période du dîner et la période de cours suivante.

### **Plan d'analyse**

Deux types d'analyse ont été menés. Nous présentons les données quantitatives descriptives liées à la fidélité d'implantation (adhésion, exposition, participation et attrition) sous forme de pourcentage par groupes. En ce qui concerne l'adhésion, nous utilisons un tableau pour indiquer le pourcentage d'activités réalisées par composante du programme et par groupe.

Nous nous sommes inspirés de l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2003) pour analyser les données d'entrevues à partir des verbatim tirés des enregistrements des

entrevues. Le logiciel N'Vivo a été utilisé pour identifier les thèmes représentant les facteurs qui ont facilité ou limité l'implantation du programme. Par la suite, nous avons relevé les récurrences dans le discours des intervenantes de l'ensemble des écoles, puis regroupé certains thèmes dans le but de dresser un portrait synthèse de l'implantation. Nous les avons ensuite hiérarchisés dans un arbre thématique basé sur les composantes du modèle de Chen (2005). Enfin, les trois auteurs principaux ont révisé les thèmes afin de ressortir les éléments qui ont influencé de manière plus marquante l'implantation dans les différentes écoles.

## **RÉSULTATS**

### **Fidélité de l'implantation**

Le tableau 2 présente les résultats relatifs à l'adhésion par groupe, qui constitue le premier aspect évalué de la fidélité d'implantation. Comme le suggèrent les pourcentages rapportés sous la colonne Total, toutes les composantes ont été implantées à plus de 70 %, à l'exception de la composante parentale et des activités sur les habiletés de négociation et de résolution de problèmes. Certaines composantes du programme ont été implantées à 100 % dans plusieurs groupes, notamment celles portant sur le modèle théorique, l'éducation émotionnelle, les connaissances sur la dépression et l'autocontrôle et les activités plaisantes. Le taux d'adhésion par groupe se situe à plus 80 %, mis à part pour les groupes B2 et D. Ce faible taux d'adhésion s'explique en partie par le fait que les intervenantes n'ont pas réalisé les rencontres parents. Plusieurs autres activités ont également été nettement moins implantées dans ce groupe, comme l'autocontrôle et activités plaisantes, les habiletés sociales et de communication, les habiletés de négociation et de résolution de problèmes et la composante scolaire.

-----  
Insérer ici le tableau 2  
-----

Un deuxième aspect de la fidélité est celui de l'exposition au programme. Le tableau 3 présente les résultats de l'exposition pour les adolescents et leurs parents. Il est possible de constater à la lecture des pourcentages que cinq des six groupes ont offert une exposition plus importante que le minimum recommandé (un taux de 100 % représente 18 h d'exposition). Par contre, l'exposition des parents est plus faible que celle recommandée.

-----  
Insérer ici le tableau 3  
-----

Un autre aspect de la fidélité concerne la participation des adolescents et de leurs parents. Le tableau 3 montre que les adolescents ont participé en moyenne à près de 80 % des rencontres. Le taux varie par groupe entre 67 % et 98 %. Des rencontres-parents ont été offertes à cinq des six groupes. Le pourcentage de participation est plutôt faible, oscillant entre 48,4 % et 19 % pour le groupe D et 67 % pour le groupe B1. Enfin, l'attrition, liée à la participation des adolescents, se situe en moyenne à 16 %, avec un taux nul pour deux groupes, mais de 40 % pour le groupe D.

### **Facteurs associés à la fidélité de l'implantation**

En plus de la fidélité, nous avons comme objectif d'évaluer l'implantation des différentes composantes du plan d'action comme Chen (2005) le suggère. Pour y arriver, nous avons documenté les différents facteurs qui ont pu avoir un impact important sur la qualité de l'implantation du programme à l'aide des entrevues avec les intervenantes. Le tableau 4 résume les thèmes qui ont émergé des entrevues, regroupés en fonction des composantes du plan d'action de Chen. Les nombres entre parenthèses indiquent le nombre d'auteurs (sur 3) ayant retenu ces aspects comme les plus révélateurs de l'expérience des intervenantes à partir du dépouillement des verbatim.

-----  
Insérer ici le tableau 4  
-----

### **Facteurs liés à la clientèle**

Selon les intervenantes, la procédure de sélection a permis de bien cibler les adolescents visés par le programme. Les résultats décrits dans le tableau 1 vont dans le même sens : ils montrent que les participants présentaient des symptômes dépressifs élevés tant à la sélection qu'au prétest. Les intervenantes considèrent que les adolescents se sont sentis interpellés par les contenus abordés, qu'ils s'entraidaient et participaient activement à la majorité des activités proposées durant les rencontres. Toutefois, l'absentéisme s'est traduit par une exposition moins importante au programme pour certains adolescents. Les intervenantes rapportent aussi que les parents qui ont participé au programme se montraient intéressés et satisfaits des changements qu'ils observaient chez leur adolescent.

### **Facteurs liés au protocole d'intervention**

Plusieurs facteurs liés au protocole d'intervention ont facilité l'implantation du programme et contribué à la perception de son efficacité. Les intervenantes ont d'ailleurs été sensibilisées durant la formation et les supervisions à l'importance de la fidélité afin de maximiser l'efficacité du programme. Cela se reflétait dans leur volonté de respecter les activités proposées et leur souci de maintenir la philosophie du programme lorsqu'elles les adaptaient. Dans cette tâche, elles ont été grandement aidées par le manuel de l'animateur. Caractérisé par sa facilité d'utilisation et sa structure claire, le manuel a constitué pour toutes les intervenantes un guide utile tout au long de l'implantation. Les intervenantes rapportent que le format de groupe apportait plus de poids aux contenus abordés. Elles soulignent enfin que malgré leur volonté de demeurer fidèles au programme, elles étaient limitées dans le temps par l'horaire de leur école et par conséquent, n'ont pas réussi à couvrir l'ensemble des activités, d'où une adhésion réduite pour certaines composantes de l'intervention.

### **Facteurs liés à l'organisation**

Les facteurs liés à l'organisation ont également joué un grand rôle dans l'implantation selon les intervenantes. Elles confirment que les directions dans les écoles ont fourni les locaux et le soutien financier pour implanter le programme. Leur implication a donc été appréciée. Par contre, à l'exception du groupe A où une intervenante a été libérée tel qu'il est recommandé dans le programme, l'implantation de Pare-Chocs a constitué un ajout à la tâche des professionnelles du milieu.

L'organisation offrait également la formation et la supervision aux intervenantes. Ces dernières indiquent que la formation théorique était utile et nécessaire pour comprendre le rationnel théorique et les caractéristiques de la clientèle. Elles ajoutent que les trois rencontres de supervision de groupe leur ont permis de mieux s'approprier les activités discutées. Elles soulignent la compétence de la superviseure et ont apprécié les échanges entre les intervenantes qui leur ont fourni des pistes pour faciliter l'implantation. Certaines auraient toutefois apprécié une supervision plus personnalisée par école.

### **Facteurs liés aux personnes qui implantent**

Les intervenantes ressortent satisfaites de leur expérience d'implantation. Elles étaient motivées et se sentaient compétentes en ce qui concerne l'animation de groupe. Quatre intervenantes ont implanté le programme à deux reprises. Elles soulignent qu'elles se sentaient plus à l'aise dans l'animation et que la préparation était plus facile, car elles connaissaient déjà les activités et avaient une meilleure vue d'ensemble. Par contre, la plupart des intervenantes n'ont pas été exposées à l'approche cognitivo-comportementale durant leur formation professionnelle antérieure et par conséquent, maîtrisaient plus difficilement le modèle théorique du programme et les activités qui y étaient liées. Enfin, dans l'ensemble, les intervenantes ont évalué positivement la collaboration avec leur coanimatrice. La majorité considérait que la complémentarité de leurs forces a contribué à une meilleure implantation.

Plusieurs intervenantes soulignent que le programme a sa place dans le milieu scolaire et qu'il semble efficace pour les adolescents.

### **Facteurs liés aux partenaires**

La présence de la chaire de recherche a rendu possible l'implantation dans quatre des écoles concernées. Le soutien de cette équipe a contribué tout au long à faciliter l'implantation tant au plan logistique qu'au plan du suivi de la fidélité de l'implantation et de la compréhension des activités. De plus, le soutien des professionnelles associées à la chaire a favorisé une meilleure communication entre le milieu scolaire et l'équipe de recherche. Les intervenantes se sentaient suffisamment autonomes pour bien implanter le programme, mais ont grandement apprécié de savoir qu'elles étaient supervisées et qu'elles pouvaient compter sur le soutien de la coordonnatrice de la chaire. À ce titre, la présence d'un expert en santé mentale dans l'équipe de recherche a contribué à une implantation d'une plus grande qualité. Enfin, dans la majorité des écoles, les enseignants collaboraient bien en permettant aux adolescents de s'absenter des cours et parfois de reprendre plus tard leurs évaluations d'apprentissage.

### **Facteurs du contexte écologique**

Finalement, au chapitre du contexte écologique, les intervenantes soulignent qu'une implantation en milieu scolaire, malgré ses difficultés, permet de réduire l'impact négatif de l'absence aux cours pour participer aux rencontres puisque les adolescents n'ont pas à quitter leur école. Toutefois, il demeure que le programme peut interférer avec des activités scolaires que les adolescents ne peuvent manquer (évaluations des apprentissages), ce qui limite leur participation. Par ailleurs, les adolescents peuvent compter sur leurs intervenantes qui demeurent disponibles dans l'école pour les aider en cas de besoin même en dehors des activités prévues au programme. De plus, grâce à leur participation, les adolescents ont pu

rencontrer des pairs qui vivaient des difficultés similaires et ainsi se créer un réseau de soutien.

## **DISCUSSION**

Le but principal de cette étude était d'évaluer la fidélité de l'implantation du programme de prévention de la dépression Pare-Chocs (Marcotte, 2006) et d'identifier les facteurs par composante du plan d'action qui l'ont influencée. Le discours des intervenantes est cohérent avec les facteurs identifiés dans la littérature comme facilitant ou limitant l'implantation des programmes en milieu scolaire au plan des caractéristiques du programme, des intervenants, de leur formation et de l'organisation. Nous avons également observé des facteurs liés au contexte et à la clientèle qui ont été moins abordés dans les écrits antérieurs.

Au chapitre des participants, les critères de sélection de Pare-Chocs ont facilité l'identification des adolescents qui correspondaient à la clientèle ciblée. Selon l'évaluation des intervenantes, le programme a permis de répondre aux besoins des adolescents qui manifestaient notamment des difficultés au plan des symptômes dépressifs, de l'expression de soi et des relations sociales (Dane et Schneider, 1998; Gearing et al., 2010). Dans la même lignée que les résultats obtenus par Ennett et al. (2011), nous avons pu observer que les adolescents s'engageaient dans le programme et participaient activement à la majorité des activités. Par contre, la participation de certains a été limitée par leur absentéisme. Tel que rapporté par Flay et Collins (2005), la variation du taux de présence a eu pour effet que les adolescents n'ont pas tous été exposés dans la même mesure au programme.

Différents aspects du protocole d'intervention ont également influencé la fidélité de l'implantation. D'un côté, Pare-Chocs (Marcotte, 2006) comprend un manuel détaillé qui a nettement facilité l'application par les intervenantes. Plusieurs auteurs mentionnaient que ce facteur occupe une place centrale dans la fidélité de l'implantation (Mihalic et al., 2008;

Payne et Eckert, 2009; Rohrbach, Grana, Sussman et Valente, 2006; Wagner, Swenson et Henggeler, 2004). D'un autre côté, Gearing et al. (2010) mentionnent que la complexité des programmes, les ressources et le matériel requis ainsi que le temps nécessaire constituent des menaces à la fidélité de l'implantation. Dans ce sens, nous avons constaté que l'implantation en milieu scolaire avec les contraintes imposées par l'horaire des écoles limite la durée des rencontres. Il en est résulté une diminution de l'adhésion comme l'ont observé d'autres chercheurs (Dusenbury et al., 2003 ; Mihalic et al., 2008). De plus, la complexité de certaines activités nécessitant une maîtrise du modèle théorique sous-jacent au programme s'est traduite par une adaptation des activités par les intervenantes qui ne possédaient pas dans leur formation professionnelle d'origine un apprentissage de l'approche cognitivo-comportementale. Malgré ces limites, quatre des six groupes obtiennent un taux d'adhésion de plus de 80 % et cinq ont offert une durée d'intervention totale plus élevée que le minimum recommandé par le programme. Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de Ennett et al. (2011) qui rapportaient que 70,8 % du contenu était couvert dans les études qu'ils ont évaluées. Toutefois, ces auteurs observent que la proportion d'utilisation des procédures d'animation suggérées était beaucoup moins importante, ce qui occasionnait un taux d'adhésion composite, comprenant tant le contenu que les stratégies utilisées, de 27,7 %. Pour notre part, nous n'avons pas évalué cet aspect et ne pouvons donc pas comparer nos résultats sous cet angle.

Au plan de l'organisation, nous avons constaté comme plusieurs auteurs que le soutien matériel et financier de la direction a contribué à la bonne implantation du programme (Mihalic et al., 2008; Payne et Eckert, 2009; Renes et al., 2007; Rohrbach et al., 2006). La formation et la supervision occupent aussi une place cruciale pour assurer la fidélité de l'implantation (Dane et Schneider, 1998; Gearing et al., 2010; Joly et al., 2005). Soulevé comme limite concernant la formation par Gearing et al. (2010), le changement de

personnel s'est manifesté ici malgré le faible nombre d'intervenantes et a fait en sorte que toutes n'avaient pas assisté à la formation donnée avant le début de l'implantation. Dans le même sens, Kutash et al. (2009) indiquent que la formation soutenue incluant des périodes de rappels durant l'implantation est associée à un taux plus élevé d'adhésion au programme que la simple participation à la formation en début de projet. Nous avons en effet pu observer que les trois périodes de supervision offertes dans le cadre du programme ont permis une meilleure appropriation et application des contenus abordés (Gearing et al., 2010; Joly et al., 2005). Toutefois, comme le suggèrent Langley, Nadeem, Kataoka, Stein et Jaycox (2010), une supervision plus régulière pour les intervenantes moins formées à l'approche cognitivo-comportementale aurait pu contribuer à bonifier davantage la fidélité de l'implantation.

Dans le même ordre d'idées, Durlak (2010), Lochman et al. (2009) ainsi que Cross et West (2011) soulignent que les caractéristiques des intervenantes influencent la qualité des services offerts. En effet, la compétence et l'attitude des intervenantes envers le programme sont associées à leur capacité à susciter la participation et l'engagement des adolescents et à respecter le protocole d'intervention. Dans notre étude, malgré quelques difficultés au niveau des activités de restructuration cognitive, les intervenantes semblaient se sentir en général compétentes pour animer Pare-Chocs et étaient motivées à le faire. Elles manifestaient une attitude positive envers le programme et avaient de la facilité à animer les activités en groupe. Puisqu'elles travaillaient en dyades ou en triades, les intervenantes ont pu répartir l'animation des activités en fonction des forces de chacune. Selon l'évaluation des intervenantes, la qualité de l'animation du programme a été relativement élevée, tel qu'observé par Ennett et al. (2011). Il n'en demeure pas moins que la question de l'animation des programmes d'intervention en santé mentale en milieu scolaire est une question fort complexe. Comme le soulignent Mayer, van Acker, Lochman et Gresham (2009), on doit s'interroger sur la possibilité de voir implantés dans leur totalité par les intervenants scolaires des programmes

d'intervention en santé mentale qui requièrent une expertise spécialisée. Dans de futures études, il serait intéressant d'explorer la faisabilité d'une répartition différentielle des composantes entre différents intervenants et experts selon leur niveau d'expertise.

Au chapitre des partenaires, la chaire de recherche peut être considérée comme un système de soutien spécifique à l'implantation du programme (Durlak, 2010). Elle a contribué à la réussite de l'implantation en fournissant au milieu le soutien d'une professionnelle par école et offrant la formation au début du projet et les supervisions. Les professionnelles ont en effet participé activement à la préparation des rencontres, ce qui a permis d'alléger la charge de travail des intervenantes du milieu et de maximiser la fidélité de l'implantation (Langley et al., 2010). Enfin, la présence de l'expert en santé mentale qui a offert les supervisions a également favorisé en effet une implantation plus fidèle (Joly et al., 2005). Bien que positif pour l'implantation de ce projet, nous nous retrouvons en situation idéale avec des conditions supérieures à ce que certaines écoles pourraient vivre en tentant d'implanter un tel programme sans le concours des mêmes professionnelles.

Finalement, l'implantation en contexte scolaire a permis de rejoindre les adolescents directement dans un de leurs milieux de vie. Puisque la participation au programme ne nécessitait aucun déplacement, les adolescents ont pu plus facilement assister aux rencontres en manquant un nombre minimal de cours. Toutefois, les évaluations des apprentissages prévues au même moment que les rencontres Pare-Chocs ont occasionné l'absence de certains participants aux rencontres. De plus, les adolescents ayant des difficultés scolaires se sont absentes régulièrement et certains ont même abandonné, comme d'autres chercheurs l'ont observé (Jaycox et al., 2006). Enfin, l'implantation dans le milieu a permis de recourir à des intervenantes déjà en place qui demeurent disponibles après l'implantation pour soutenir les adolescents en cas de besoin, ce que Mihalic et al. (2008) considèrent facilitant. Les adolescents se sont également créé un réseau de soutien auprès des membres de leur groupe

Pare-Chocs. L'implantation dans l'école assure donc aux adolescents la présence de ressources d'aide significatives pour leur cheminement futur.

## **LIMITES**

Certaines limites sont à considérer en lien avec les résultats de cet article. D'abord, les mesures de fidélité ont toutes été remplies par les intervenantes. Ces mesures ont été développées par les évaluateurs. Pour les recherches futures, il serait judicieux d'utiliser des mesures standardisées pour évaluer la fidélité de l'implantation. De plus, les activités qui ont été modifiées ont été considérées comme réalisées, mais il se peut que certaines d'entre elles dérogent du modèle théorique de Pare-Chocs. Un observateur externe aurait apporté une mesure plus objective, mais il s'avérait impossible d'utiliser une telle mesure dans le cadre du présent projet. Il faut toutefois noter que la stratégie retenue apporte une amélioration par rapport à certaines études évaluatives des programmes de prévention de la dépression qui ne considèrent pas systématiquement l'adhésion des intervenants (Poirier et al., 2010). Ensuite, l'identification des facteurs qui ont facilité ou limité l'implantation ne reflète que l'opinion des intervenantes. Probablement que les autres acteurs impliqués (directions, coordonnatrice, conceptrice, adolescents et parents) auraient pu apporter des éléments différents. Par exemple, les élèves auraient pu fournir des raisons pour justifier leurs absences ou leur abandon. Les entrevues réalisées auprès d'intervenantes de professions variées et travaillant dans cinq écoles différentes ont tout de même permis d'apporter un éclairage intéressant sur les facteurs qui expliquent la qualité de l'implantation dans leur groupe. Il faut également noter que le programme a été offert par les professionnels des écoles dont la charge de travail, à une exception près, n'avait pas été diminuée. Cet ajout peut avoir influencé la qualité avec laquelle elles ont implanté le programme et le temps qu'elles avaient à y consacrer. Le fait que le programme se déroulait durant les heures régulières de cours et que les adolescents pouvaient s'absenter limitait la capacité des intervenantes à offrir une exposition équivalente

à tous les participants. Les rencontres manquées auraient pu être reprises en individuel avec les adolescents, mais ce n'était pas toujours possible, dû aux autres tâches des professionnels dans les écoles. Enfin, le programme a été offert par des intervenants ayant des domaines et des niveaux de scolarité différents, ce qui peut avoir conduit à des variations dans la qualité de l'animation de Pare-Chocs. Dans les écoles secondaires, les psychologues scolaires sont peu nombreux. Il peut donc être plus complexe de recourir à une équipe de professionnels ayant l'expertise spécifique associée au modèle théorique sous-jacent à chaque programme de prévention.

## **CONCLUSION**

Nous avons constaté que les difficultés rencontrées par les intervenantes étaient semblables à celles déjà soulevées dans les écrits scientifiques. Les différences dans la formation initiale des intervenantes, la participation des adolescents et le manque de temps et de libération des professionnels du milieu expliquent les différences dans l'implantation. Bien que l'implantation du programme nécessite un important investissement de la part des intervenantes, Pare-Chocs peut plus facilement être implanté de manière uniforme parmi les écoles puisqu'il est clé en mains et comprend un manuel détaillé. Il importe pour faciliter son implantation de choisir un moment dans l'année où les évaluations des apprentissages sont peu nombreuses afin de limiter l'absentéisme des adolescents pendant les rencontres.

À partir des commentaires des intervenantes, nous suggérons pour faciliter les prochaines implantations d'identifier les activités essentielles afin d'assurer une meilleure homogénéité dans l'application des activités dans l'éventualité où certaines devraient être mises de côté par manque de temps (Durlak, 2010). Nous recommandons évidemment aux directions de conserver les mêmes intervenantes et d'alléger leur tâche pour faciliter

l'implantation. Enfin, nous croyons qu'il est essentiel de respecter les critères de sélection afin d'offrir un service de qualité à une clientèle bien ciblée. Cela permettra aux adolescents de développer des facteurs de protection travaillés dans Pare-Chocs et pourrait éventuellement contribuer à réduire leurs symptômes dépressifs. Enfin, il est important de souligner l'utilité du modèle de Chen (2005) pour planifier et réaliser une telle évaluation.

Pour l'évaluation des programmes en milieu scolaire, nous recommandons de prendre entente à la base avec le milieu pour s'assurer que les rencontres du programme ne se tiennent pas au même moment que les évaluations des apprentissages des adolescents pour favoriser une participation optimale. Idéalement, cette entente devrait aussi inclure la possibilité qu'un observateur externe puisse évaluer la fidélité de l'implantation du programme, que ce soit au moment où se tiennent les rencontres ou par le biais d'une analyse vidéo. Nous croyons également qu'il serait bénéfique d'assurer une supervision étroite des professionnels dont l'expertise ne correspond pas à l'approche et au modèle théorique sous-jacent au programme. Ces stratégies permettront d'offrir le programme le plus fidèlement possible et de maximiser les chances que les objectifs visés soient atteints.

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs tiennent à remercier le titulaire de la Chaire de recherche de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke sur la persévérance et la réussite des adolescents ainsi que toutes les intervenantes qui ont implanté le programme et contribué à la collecte de données. Ces derniers ont permis la réalisation de ce projet. Merci également au Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) pour son soutien financier au premier auteur.

## RÉFÉRENCES

- American Psychological Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4e éd.). Washington : American Psychological Association.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, B. (1979). Cognitive therapy of depression. New York : Guilford Press.
- Bjerk, D. (2012). Re-examining the impact of dropping out on criminal and labor outcomes in early adulthood. Economics of Education Review, 31(1), 110-122.
- Carpenter, D. M. et Ramirez, A. (2007). More than one gap : dropout rate gaps between and among black, hispanic and white students. Journal of Advanced Academics, 19(1), 32-64.
- Casey-Cannon, S., Pasch, L., Tschann, J. et Flores, E. (2006). Nonparent adult social support and depressive symptoms among mexican american and european american adolescents. Journal of Early Adolescence, 26(3), 318-343.
- Chen, H.-T. (2005). Practical program evaluation : Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oaks : Sage.
- Ciffone, J. (2007). Suicide prevention : an analysis and replication of a curriculum-based high school program. Social Work in Education, 52(1), 41-49.
- Clarke, G., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. et Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. Archives of General Psychiatry, 58(12), 1127-1134.
- Creswell, J. W. Et Plano-Clark (2007). Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cross, W. et West, J. (2011). Examining implementer fidelity : conceptualising and measuring adherence and competence. Journal of Children's Services, 6(1), 18-33.

- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention : Are implementation effects out of control ? Clinical Psychology Review, 18(1), 23-45.
- Durlak, J. E. (2010). The importance of doing well in whatever you do : a commentary on the special section, "Implementation research in early childhood education". Early Childhood Research Quarterly, 25(3), 348-357.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation : implications for drug abuse prevention in school settings. Health Education Research, 18(2), 237-256.
- Ennett, S. T., Haws, S., Ringwalt, C. L., Vincus, A. A., Hanley, S., Bowling, J. M. et Rohrbach, L. A. (2011). Evidence-based practice in school substance use prevention : fidelity of implementation under real-world conditions. Health Education Research, 26(2), 361-371.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. et Hornwood, J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. The British Journal of Psychiatry, 191(2), 335-342.
- Fergusson, D. M. et Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. Archives of General Psychiatry, 59(3), 225-231.
- Flay, B. R. et Collins, L. M. (2005). Historical review of school-based randomized trials for evaluating problem behavior prevention programs. Annals of the American Academy of Political and Social Science, 599(1), 115-146.
- Fortin, L., Marcotte, D., Potvin, P., Royer, É. et Joly, J. (2006). Typology of students at risk of dropping out of school : description by personal, family and school factors. European Journal of Psychology of Education, 21(4), 363-383.

- Fortin, L., Royer, É., Potvin, P., Marcotte, D. et Yergeau, E. (2004). La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires. Revue canadienne des sciences du comportement, 36(3), 219-231.
- Fortin, L. et Potvin, P. (2007). Logiciel de dépistage du décrochage scolaire. Québec : Société GRICS.
- Gearing, R. E., El-Bassel, N., Ghesquiere, N., Baldwin, S., Gillies, J. et Ngeow, E. (2010). Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. Clinical Psychology Review, 31(1), 79-88.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. et Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood : Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 107(1), 128-140.
- Henry, K. L., Knight, K. E. et Thornberry, T. P. (2012). School disengagement as a predictor of dropout, delinquency, and problem substance use during adolescence and early adulthood. Journal of Youth and Adolescence, 41(2), 156-166.
- Hickman, G. P., Bartholomew, M., Mathwig, J. et Heinrich, R. S. (2008). Differential developmental pathways of high school dropouts and graduates. Journal of Educational Research, 102(1), 3-14.
- Jaycox, L. H., McCaffrey, D. F., Weidmer Ocampo, B., Shelly, G. A., Blake, S. M., Peterson, D. J., Richmond, L. S. et Kub, J. E.(2006). Challenges in the evaluation and implementation of school-based prevention and intervention programs on sensitive topics. American Journal of Evaluation, 27(3), 320-336.
- Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, 8(2), 101-110.

- Kavanagh, J., Olivier, S., Lorenc, T., Caird, J., Tucker, H., Harden, A., Greaves, A., Thomas, J. et Oakley, A. (2009). School-based cognitive-behavioural interventions: a systematic review of effects and inequalities. Health Sociology Review, 18(1), 61-78.
- Kutash, K., Duchnowski, A. J. et Lynn, N. (2009). The use of evidence-based instructional strategies in special education settings in secondary schools: Development, implementation and outcomes. Teaching and Teacher Education, 25(6), 917-923.
- Langley, A. K., Nadeem, E., Kataoka, S. H., Stein, B. D. et Jaycox, L. H. (2010). Evidence-based mental health programs in schools : barriers and facilitators of successful implementation. School Mental Health, 2(3), 105-113.
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Lewczyk Boxmeyer, C., Qu, L., Wells, K. C. et Windle, M. (2009). Implementation of a school-based prevention program: effects of counselor and school characteristics. Professional Psychology: Research and Practice, 40(5), 476-482.
- Manning, A. R. (2009). Bridging the gap from availability to accessibility: providing health and mental health services in schools. Journal of Evidence-Based Social Work, 6(1), 40-57.
- Marcotte, D. (2006). PARE-CHOCS, programme d'intervention auprès d'adolescents dépressifs. Manuel de l'animateur. Québec : Septembre éditeur.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et adolescents. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (édit.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes* (Tome 1) (pp. 221 – 270). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Marcotte, D. (1997). Treating depression in adolescence : A review of the effectiveness of cognitive-behavioral treatments. Journal of Youth and Adolescence, 26(3), 273-283.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. et Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence : Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body

- image, stressful life events, and pubertal status. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10(1), 29-43.
- Mayer, M.J., van Acker, R., Lochman, J.E. et Gresham, R.M. (2009). Cognitive-Behavioral Interventions for Emotional and Behavioral Disorders. New York: Guilford.
- Mihalic, S. F., Fagan, A. A. et Argamaso, S. (2008). Implementing the lifeskills training drug prevention program : factors related to implementation fidelity. Implementation Science, 3(5), 1-16.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2012). Taux annuel de sorties sans diplôme ni qualification, parmi les sortants, en formation générale des jeunes, selon le sexe, par réseau d'enseignement et par commission scolaire, statistiques 2009-2010. Québec, Québec: Gouvernement du Québec.
- Oreopoulos, P. (2007). Do dropouts drop out too soon ? Wealth, health and happiness from compulsory schooling. Journal of Public Economic, 91(11-12), 2213-2229.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin : Paris.
- Payne, A. A. et Eckert, R. (2009). Do predictors of the implementation quality of school-based prevention programs differ by program type ? Prevention Science, 10(2), 151-167.
- Poirier, M., Marcotte, D., Joly, J. et Fortin, L. (soumis). Program and implementation effects of a cognitive-behavioural intervention to prevent depression among adolescents at risk of school dropout exhibiting high depressive symptoms. Behaviour Research and Therapy.
- Poirier, M., Marcotte, D. et Joly, J. (2010). La dépression chez les adolescents : Une recension des programmes de prévention et d'intervention. Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 15(4), 15-29.

- Puskar, K., Sereika, S. & Tusaie-Mumford, K. (2003). Effect of the teaching kids to cope (TKC) program on outcome of depression and coping among rural adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing, 16(2), 71-80.
- Radloff, L. S. (1977). A CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1(3), 385-401.
- Renes, S. L., Ringwalt, C., Clark, H. K. et Hanley, S. (2007). Great minds don't always think alike : The challenges of conducting substance abuse prevention research in public schools. Journal of Drug Education, 37(2), 97-105.
- Rice, F., Lifford, K. J., Hollie, T. et Thapar, A. (2007). Mental health and functional outcomes of maternal and adolescent reports of adolescent depressive symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(9), 1162-1170.
- Ringwalt, C.L., Ennett, S., Johnson, R., Rohrbach, L.A., Simons-Rudolph, A., Vincus A. et Thorne, J. (2003). Factors associated with fidelity to substance use prevention curriculum guides in the Nation's middle schools. Health Education and Behavior, 30(3), 375-391.
- Rohrbach, L. A., Grana, R., Sussman, S. et Valente, T. W. (2006). Type II translation : transporting prevention interventions from research to real-world settings. Evaluation and the Health Professions, 29(3), 302-333.
- Rothon, C., Head, J., Clark, C., Klineberg, E., Cattell, V. et Stansfeld, S. (2009). The impact of psychological distress on the educational achievement of adolescents at the end of compulsory education. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44(5), 421-427.

- Steinhausen, H.-C., Haslmeier, C. et Metzke, C. W. (2007). Psychosocial Factors in Adolescent and Young Adult Self-Reported Depressive Symptoms : Causal or Correlational Associations ? Journal of Youth and Adolescence, 36(1), 89-100.
- Stoep, A. V., Weiss, N. S., Saldanha, E., Cheney, D. et Cohen, P. (2003). What proportion of failure to complete secondary school in the US population is attributable to adolescent psychiatric disorder ? Journal of Behavioral Health Services and Research, 30(1), 119-125.
- Wagner, E. F., Swenson, C. C. et Henggeler, S. W. (2000). Practical and methodological challenges in validating community-based interventions. Children's Services : Social Policy, Research and Practice, 3(4), 211-231.
- Wagner, E. F., Tubman, J. G. et Gil, A. G. (2004). Implementing school-based substance abuse interventions : methodological dilemmas and recommended solutions. Addiction, 99(Supplement 2), 106-119.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. et Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents : A meta-analysis. Psychological Bulletin, 132(1), 132-149.
- Whannell, R. et Allen, W. (2011). High school dropouts returning to study : the influence of teacher and family during secondary school. Australian Journal of Teacher Education, 36(9), 22-35.

Tableau 1  
Caractéristiques de la clientèle

École (nombre d'adolescents)	% filles/garçons	Âge moyen	CES-D présélection (écart-type)	CES-D prétest (écart-type)
A (n = 9)	88,9/11,1	15,3 (0,5)	21,9 (8,9)	20,2 (9,3)
B1 (n = 9)	77,8/22,2	14,7 (0,5)	31,2 (7,0)	23,9 (8,7)
B2 (n = 4)	75,0/25,0	15,8 (0,5)	24,5 (11,6)	27,0 (8,4)
C (n = 7)	85,7/14,3	15,0 (0,8)	32,1 (11,7)	31,6 (8,7)
D (n = 8)	100/0	14,4 (0,7)	38,6 (8,2)	27,1 (15,1)
E (n = 10)	100/0	15,3 (0,5)		35,6 (7,3)
Total (N = 47)	68,1/31,9	15,0 (0,7)	30,0 (10,6) <sup>a</sup>	27,6 (10,8)

<sup>a</sup> : n=37

Tableau 2 - Adhésion par groupe pour chaque composante du programme d'intervention

Composante d'intervention (nombre d'activités)	Adhésion % activités prévues implantées						Total
	Groupe A	Groupe B1	Groupe B2	Groupe C	Groupe D	Groupe E	
Modèle théorique (2)	100	100	100	100	100	100	100
Éducation émotionnelle (3)	100	100	66,7	100	100	100	94,4
Restructuration cognitive (11)	63,6	72,7	54,6	90,9	72,7	72,7	71,2
Autocontrôle et activités plaisantes (5)	100	100	20	100	100	100	86,7
Techniques de relaxation (4)	100	75	75	75	75	75	79,2
Habiletés sociales et de communication (5)	100	100	60	100	100	100	93,3
Habiletés négociation et résolution problèmes (11)	63,6	81,8	45,5	90,9	81,8	54,6	69,7
Connaissances sur la dépression (2)	100	100	100	100	100	100	100
Estime de soi et image corporelle (8)	87,5	100	75	100	75	87,5	87,5
Composante scolaire (4)	100	100	50	25	50	100	70,8
Maintien des acquis (4)	50	100	75	75	50	100	75,0
Composante parentale (14)	92,9	64,3	0	92,9	64,3	100	69,1
Total pondéré (69) <sup>a</sup>	81,2	84,1	52,2	88,4	76,8	85,5	78,0

<sup>a</sup> : Certaines activités touchent à plus d'une composante et sont donc comptées plus d'une fois, mais le total pondéré est calculé en fonction du nombre total d'activités.

Tableau 3 - Dosage, participation moyenne et attrition par groupe

Composante (%)	Groupe A	Groupe B1	Groupe B2	Groupe C	Groupe D	Groupe E	Total
Exposition adolescents <sup>a</sup>	77,8	133,3	115,3	101,4	107,4	101,4	106,1
Exposition parents	66,7	25,0	0,0	50,0	58,3	50,0	50,0 <sup>c</sup>
Participation adolescents <sup>b</sup>	66,7	78,7	97,9	81,0	69,8	86,7	78,5
Participation parents <sup>b</sup>	50,0	66,7	0,0	35,7	18,8	63,3	48,4 <sup>c</sup>
Attrition	11,1	22,2	0,0	0,0	40,0	10,0	16,3

<sup>a</sup> Les taux sont calculés à partir du nombre minimal d'heures recommandées (18) plutôt que du nombre maximal (24) et dépassent donc fréquemment 100 %.

<sup>b</sup> En fonction du nombre de rencontres offertes par école.

<sup>c</sup> Calculé seulement pour les cinq groupes qui ont offert cette composante.

Tableau 4 - Résumé des principaux commentaires selon les composantes du modèle de Chen (2005)

