

Processus novateur pour favoriser la pérennisation et la mise à l'échelle de programmes de prévention de l'anxiété à l'école : l'exemple du programme HORS-PISTE

An innovative process for sustaining and scaling up a school-based mental health promotion and anxiety prevention programs: The example of the HORS-PISTE program

Julie Lane, Saliha Ziam, Danyka Therriault, Esther Mc.Sween-Cadieux, Christian Dagenais, Patrick Gosselin, Jonathan Smith, Andrée-Anne Houle, Martin Drapeau, Mathieu Roy, Isabelle Thibault and Éliane St-Pierre Mousset

Volume 48, Number 2, Fall 2023

La qualité des services en santé mentale au Québec

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1109834ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1109834ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lane, J., Ziam, S., Therriault, D., Mc.Sween-Cadieux, E., Dagenais, C., Gosselin, P., Smith, J., Houle, A.-A., Drapeau, M., Roy, M., Thibault, I. & St-Pierre Mousset, É. (2023). Processus novateur pour favoriser la pérennisation et la mise à l'échelle de programmes de prévention de l'anxiété à l'école : l'exemple du programme HORS-PISTE. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 67–94. <https://doi.org/10.7202/1109834ar>

Article abstract

Context Anxiety disorders are among the most prevalent psychopathologies for children and adolescents in Quebec. The prevalence of anxiety disorders is very high and has been affecting a growing number of young people for the past 10 years. It is possible to observe an increased number of anxiety prevention programs for young people around the world. However, some authors point out that they are rarely faithfully implemented, sustained, and scaled up in several schools. Based on implementation science, this HORS-PISTE program was developed to address these important issues by preventing anxiety in Quebec high school students. Implemented in more than 100 schools, the program is now part of Action 4.3 (Promote the deployment of the HORS-PISTE program) of the new interdepartmental Action Plan on Mental Health of the Government of Quebec (2022).

Purpose This article aims to describe how the Knowledge-to-Action (KTA) framework, derived of implementation science, was used to design, implement, sustain, evaluate, and scale up the HORS-PISTE program. This framework proposes a cyclical process in seven phases.

Method A multi-method and multi-stakeholder approach was conducted with a grant from the Public Health Agency of Canada's Mental Health Promotion Innovation Fund, which has been supporting 20 innovative projects across Canada since 2019. It includes a pre-post evaluation protocol consisting of validated questionnaires, surveys (administered to students, parents, and teachers), semi-structured logbooks completed by program facilitators and implementation review meetings in each school. The different cycles of the program development, implementation and evaluation are discussed through the KTA framework phases.

Results From 2017 to 2021, this methodology made it possible to evaluate and readjust the program each year to promote its adaptation and prepare its scaling up. This article highlights the data collected and analyzed in relation to the seven phases of the KTA framework.

Conclusion This article demonstrates how implementation science can support designers of anxiety prevention programs who are concerned by scaling up and sustaining their programs. Issues in combining the scientific rigor of evaluation with the reality of the field are also raised.

Processus novateur pour favoriser la pérennisation et la mise à l'échelle de programmes de prévention de l'anxiété à l'école : l'exemple du programme HORS-PISTE

Julie Lane^a

Saliha Ziam^b

Danyka Therriault^a

Esther Mc.Sween-Cadieux^a

Christian Dagenais^c

Patrick Gosselin^a

Jonathan Smith^a

Andrée-Anne Houle^a

Martin Drapeau^d

Mathieu Roy^a

Isabelle Thibault^a

Éliane St-Pierre Mousset^a

RÉSUMÉ Contexte Les troubles anxieux sont parmi les psychopathologies les plus prévalentes chez les enfants et les adolescents notamment au Québec. La prévalence des troubles anxieux est très élevée et affecte un nombre croissant

a. Université de Sherbrooke.

b. Université TELUQ.

c. Université de Montréal.

d. Université McGill.

de jeunes depuis 10 ans. Il est possible d'observer une multiplication des programmes de prévention de l'anxiété des jeunes un peu partout dans le monde. Toutefois, des auteurs mettent en lumière qu'ils sont rarement implantés de manière fidèle, pérennisés et mis à l'échelle dans plusieurs écoles. Le programme HORS-PISTE, visant la prévention de l'anxiété des jeunes Québécois du secondaire, a été développé en souhaitant contrer ces importants enjeux en s'appuyant sur la science d'implantation. Implanté dans plus d'une centaine d'écoles, il est maintenant au cœur de l'action 4.3 (Favoriser le déploiement du programme HORS-PISTE) du nouveau Plan d'action interministériel en santé mentale du gouvernement du Québec (2022).

Objectif L'objectif du présent article est de décrire le processus du cadre de référence *Knowledge-to-Action* (KTA), issu de la science d'implantation, qui a été utilisé pour concevoir, implanter, pérenniser, évaluer et mettre à l'échelle à l'ensemble des écoles secondaires du Québec le programme HORS-PISTE. Ce cadre propose un processus cyclique en 7 phases.

Méthode Une démarche multiméthodes et multirépondants a été mise en place grâce à une subvention du Fonds d'innovation pour la promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada qui soutient 20 projets novateurs à travers le Canada depuis 2019. Elle comporte un protocole d'évaluation pré/post regroupant des questionnaires validés, des sondages (administrés auprès d'élèves, de parents et d'enseignants), des journaux de bord semi-structurés complétés par les animateurs du programme et des rencontres de bilan d'implantation dans chaque école. Les différents cycles d'élaboration, d'implantation et d'évaluation du programme sont exposés à travers les phases du cadre de référence.

Résultats De 2017 à 2021, cette méthodologie a permis d'évaluer et réajuster le programme chaque année afin de favoriser son adaptation et préparer sa mise à l'échelle. L'article met ainsi en lumière les données collectées et analysées en lien avec les 7 phases du cadre de référence KTA.

Conclusion Cet article permet de démontrer comment la science de l'implantation peut soutenir les concepteurs de programmes de prévention de l'anxiété soucieux de la mise à l'échelle et de la pérennisation de ces derniers. La difficulté d'allier la rigueur scientifique liée à l'évaluation à la réalité du terrain est également abordée.

MOTS CLÉS évaluation de programme, prévention de l'anxiété, pérennisation, mise à l'échelle, école

An innovative process for sustaining and scaling up a school-based mental health promotion and anxiety prevention programs: the example of the HORS-PISTE program

ABSTRACT Context Anxiety disorders are among the most prevalent psychopathologies for children and adolescents in Quebec. The prevalence of anxiety disorders is very high and has been affecting a growing number of young people for the past 10 years. It is possible to observe an increased number of anxiety prevention programs for young people around the world. However, some authors point out that they are rarely faithfully implemented, sustained, and scaled up in several schools. Based on implementation science, this HORS-PISTE program was developed to address these important issues by preventing anxiety in Quebec high school students. Implemented in more than 100 schools, the program is now part of Action 4.3 (Promote the deployment of the HORS-PISTE program) of the new interdepartmental Action Plan on Mental Health of the Government of Quebec (2022).

Purpose This article aims to describe how the Knowledge-to-Action (KTA) framework, derived of implementation science, was used to design, implement, sustain, evaluate, and scale up the HORS-PISTE program. This framework proposes a cyclical process in seven phases.

Method A multi-method and multi-stakeholder approach was conducted with a grant from the Public Health Agency of Canada's Mental Health Promotion Innovation Fund, which has been supporting 20 innovative projects across Canada since 2019. It includes a pre-post evaluation protocol consisting of validated questionnaires, surveys (administered to students, parents, and teachers), semi-structured logbooks completed by program facilitators and implementation review meetings in each school. The different cycles of the program development, implementation and evaluation are discussed through the KTA framework phases.

Results From 2017 to 2021, this methodology made it possible to evaluate and readjust the program each year to promote its adaptation and prepare its scaling up. This article highlights the data collected and analyzed in relation to the seven phases of the KTA framework.

Conclusion This article demonstrates how implementation science can support designers of anxiety prevention programs who are concerned by scaling up and sustaining their programs. Issues in combining the scientific rigor of evaluation with the reality of the field are also raised.

KEYWORDS program evaluation, anxiety prevention, sustainability, scaling up, school

1. INTRODUCTION

1.1 Les enjeux d'anxiété des jeunes et la pertinence des programmes de prévention universelle en milieu scolaire

Les troubles anxieux débutent avant le milieu de l'adolescence et sont parmi les troubles de santé mentale les plus fréquents chez les jeunes (Dumas, 2013 ; Therriault et al., 2022). En 2016-2017, 17,2 % des élèves du secondaire rapportaient présenter un trouble anxieux, alors que ce taux était de 9 % en 2010-2011 (Institut de la statistique du Québec, 2018). En 2017-2018, un portrait réalisé auprès de 8 690 élèves du secondaire (âgés en moyenne de 14,34 ans) a permis de mettre en lumière que 35,1 % des élèves rapportent un faible niveau de symptômes, 40,2 % rapportent un niveau moyen de symptômes alors que 24,7 % rapportent un niveau élevé de symptômes (Therriault et al., 2022). Les troubles anxieux peuvent entraîner de nombreux effets dévastateurs. Ils sont souvent précurseurs de troubles dépressifs, de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, de comportements sexuels à risque et d'une augmentation du risque suicidaire (Dumas, 2013 ; Mori et al., 2019). Ils sont aussi associés à de moins bonnes performances scolaires, à des interactions sociales moins satisfaisantes et à une plus faible estime de soi (Langley et al., 2004).

Un peu partout dans le monde, il est possible d'observer une multiplication des programmes de promotion de la santé mentale et de prévention universelle de l'anxiété. La méta-analyse de Werner-Seidler et ses collaborateurs (2021), portant sur de tels programmes, permet de conclure qu'ils ont le potentiel de réduire le fardeau des enjeux de santé mentale. La pertinence de ces programmes de prévention universelle provient du fait qu'ils sont implantés auprès de tous les jeunes d'une école, permettant ainsi de réduire le risque de développer des problèmes de santé mentale pour l'ensemble de ces jeunes, et pas seulement ceux considérés comme plus vulnérables (Mrazek et Haggerty, 1994). Par ailleurs, implanter de tels programmes en milieu scolaire diminue les obstacles liés à l'accès aux services de santé mentale et est moins stigmatisant pour les jeunes (Patalay et al., 2016). Ce type de programme est également souvent bien apprécié des écoles, car il s'intègre bien dans la structure de celles-ci et permet de mettre en place un environnement scolaire bienveillant (Ishikawa et al., 2019).

Le milieu scolaire représente également un milieu idéal à l'implantation de tels programmes, car les jeunes y passent la majorité de leur

temps (Fazel et al., 2014; Ishikawa et al., 2019; Patalay et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2021). Par ailleurs, étant donné le temps considérable que les jeunes passent à l'école, certaines écoles ont développé des procédures pour diriger les jeunes plus vulnérables vers des services externes spécialisés (Fazel et al., 2014; Patalay et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2021).

Enfin, dans les dernières années, on observe chez les membres des personnels scolaires un intérêt grandissant à mettre en place des initiatives pour prévenir les enjeux de santé mentale et d'anxiété. Étant bien au fait des conséquences que ces enjeux ont sur le rendement académique de leurs élèves et sur le climat général de l'école, les membres des personnels scolaires semblent maintenant prendre en considération le milieu scolaire tant pour l'apprentissage académique que pour l'apprentissage de compétences contribuant au bien-être et à la santé mentale positive de leurs jeunes (Werner-Seidler et al., 2021).

1.2 Les enjeux des programmes de prévention de l'anxiété implantés en milieu scolaire

Bien que les programmes de prévention universelle implantés en milieu scolaire soient pertinents et malgré l'intérêt grandissant des écoles à les implanter, certains chercheurs soulèvent des problèmes. À titre d'exemple, Hallfors et Godette (2002) mentionnent que seulement 19 % des programmes déployés en milieux scolaires seraient implantés de manière fidèle. Il en va de même au Québec où plusieurs programmes ont été implantés dans certaines régions, mais sans l'être de manière systématique (Piché et al., 2017) et dans une perspective de pérennisation, en plus d'être rarement mis à l'échelle dans plusieurs écoles, diminuant ainsi leurs impacts potentiels.

Owens et al. (2014) mentionnent que nous en savons encore peu sur l'implantation, en milieux scolaires, des interventions et pratiques probantes et sur les facteurs qui influencent leur adoption et pérennisation. Certains chercheurs soulignent qu'il importe d'évaluer particulièrement les efforts d'implantation des programmes qui sont intégrés dans le système d'éducation afin d'identifier les façons les plus efficaces de les élaborer et de les déployer à large échelle dans plusieurs écoles (Werner-Seidler et al., 2021). Turgeon et Gosselin (2015) confirment également que les efforts doivent être multipliés pour identifier les obstacles à l'implantation de tels programmes déployés en milieu scolaire et des solutions pour les contourner. Owens et al. (2014) proposent

également que ces futures recherches aillent au-delà de l'identification des barrières et des conditions facilitantes en identifiant également des stratégies pour réduire ces barrières et optimiser les conditions facilitantes par des méthodes mixtes. Schultes (2021) abonde en ce sens et mentionne que malgré les bénéfices que l'évaluation de l'implantation d'un programme peut entraîner sur le plan de l'amélioration continue de ce dernier, peu d'études s'inscrivent dans cette voie, notamment en raison du fait que cette évaluation est exigeante en termes de ressources humaines et financières.

Certaines études s'étant intéressées à l'implantation des programmes de prévention en milieu scolaire déplorent notamment une insuffisance au niveau des ressources humaines (Guerra et al., 2019; Lendrum et al., 2013; Wanless et Domitrovich, 2015), un manque de collaboration entre les différents professionnels œuvrant dans le milieu scolaire (personnes enseignantes, professionnels de la santé, direction, etc.) et avec les organismes externes (Weist et al., 2012), un manque de spécification du rôle de chaque professionnel de l'école dans la mise en œuvre du programme (Baghian et al., 2023; Oberle et al., 2016), etc. Ces différentes barrières portent à croire que certains programmes ne sont pas adaptés à la réalité des écoles (Guerra et al., 2019; Lendrum et al., 2013; Wanless et Domitrovich, 2015; Werner-Seidler et al., 2021).

L'hypothèse qui explique certains de ces nombreux enjeux est probablement que les instigateurs de ces programmes ne s'inspirent pas des cadres de référence issus de la science d'implantation afin de les ancrer dans les réalités des écoles et prendre en considération ces enjeux dès leur conception. Certes, certains chercheurs s'appuient sur une approche d'évaluation fondée sur la théorie du programme qui permet de rendre les composantes d'un programme explicites et testables (Tougas et Tourigny, 2013). Toutefois, cette approche ne propose pas de processus structuré (avec des étapes itératives) permettant de concevoir un programme en l'ancrant aux contextes (p. ex. dans les connaissances existantes, les besoins, les réalités) et permettant la mise en place, dès la conception d'un programme, des conditions optimales qui vont favoriser son adhésion, sa pérennisation et sa mise à l'échelle. Certains modèles du côté de la science de l'implantation le permettent. La science d'implantation est fondamentale pour concevoir ou évaluer un programme déployé dans différents contextes, dont les milieux scolaires (Moir, 2018).

Les cadres de référence issus de la science de l'implantation sont peu utilisés dans la conception des programmes implantés dans les

écoles (Schultes, 2023). Ainsi, les conditions optimales pour concevoir, implanter (lorsque l'innovation est implantée dans un premier contexte), pérenniser (lorsque l'innovation devient intégrée dans les routines des acteurs où l'innovation a été implantée) et mettre à l'échelle (lorsque l'innovation est implantée dans d'autres contextes auprès d'autres bénéficiaires potentiels) de tels programmes (Côté-Boileau et al., 2019) ne sont pas mises en place.

À ce sujet, la revue systématique d'Herlitz et ses collaborateurs (2020), portant sur la pérennisation des interventions en santé publique déployées dans les écoles, arrive au constat que l'adaptation de ces dernières aux contextes doit faire partie intégrante du processus de conception, et ce, afin de favoriser leur pérennisation. Ces auteurs soulignent que la pérennisation des interventions de santé déployées dans les écoles est peu explorée en comparaison à celles déployées dans le système de santé (Herlitz et al., 2020). Ils identifient certains éléments clés favorisant la pérennisation des programmes (p. ex. le support de leader d'expérience) et les barrières contextuelles pouvant freiner leur mise à l'échelle (p. ex. les ressources financières et humaines insuffisantes) (Herlitz et al., 2020). Enfin, ces mêmes auteurs soulignent que les politiques en éducation, qui font la promotion du bien-être des élèves en classe, pourraient contribuer à la pérennisation des interventions en légitimant davantage l'implication des acteurs scolaires dans leur déploiement.

Afin de mieux composer avec ces enjeux de pérennisation et de mise à l'échelle des programmes déployés dans les écoles, nous proposons de s'inspirer de la science de l'implantation.

1.3 La science de l'implantation au service des enjeux des programmes de prévention de l'anxiété implantés en milieu scolaire

L'importance que les décisions et les pratiques soient influencées par la recherche est maintenant valorisée par plusieurs organisations (MacKillop et al., 2019). Toutefois, l'écart persiste entre les connaissances issues de la recherche et leur utilisation (Straus et al., 2011). La science de l'implantation s'est ainsi développée dans ce contexte (Bauer et al., 2015) et les chercheurs dans ce créneau tentent de mettre à profit le processus optimal d'implantation et ses différentes dimensions (Damschroder, 2020). De façon plus spécifique, la science de l'implantation vise à développer et tester des méthodes pour favoriser

une implantation réussie, pérenne et une mise à l'échelle à d'autres milieux (Damschroder, 2020). Développée pour faciliter l'implantation des pratiques fondées sur les données probantes, elle vise la qualité des pratiques et services (Bauer et al., 2015).

1.4 Le programme HORS-PISTE visant la prévention de l'anxiété

Le Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke a voulu innover en élaborant le programme HORS-PISTE qui vise la prévention de l'anxiété des élèves du secondaire (âgés entre 12 et 17 ans). À court terme, le programme cherche à développer et à promouvoir diverses compétences psychosociales qui constituent des déterminants de la santé mentale et du bien-être soit: 1) s'adapter et gérer son stress; 2) se connaître et s'estimer; 3) réguler ses émotions; 4) s'affirmer; 5) communiquer; 6) résoudre des problèmes; 7) faire preuve d'empathie; 8) adopter des comportements prosociaux; 9) faire preuve d'esprit critique (Guerra et Bradshaw, 2008). En favorisant le développement de ces compétences, le programme vise, à moyen terme, à prévenir l'incidence des manifestations de divers types de troubles anxieux, mais également de certains facteurs de risque proximaux à l'anxiété (p. ex. peur du jugement d'autrui, perfectionnisme, intolérance à l'incertitude). Au premier cycle du secondaire, il comporte 2 volets: Exploration (volet prévention universelle) qui est implanté auprès de l'ensemble des élèves et Expédition (volet intervention précoce) pour les élèves qui demeurent vulnérables malgré leur participation au volet Exploration. Cet article concerne le volet Exploration qui est composé de 5 ateliers en 1^{re} secondaire et de 5 ateliers en 2^e secondaire. Ces ateliers, de 60 minutes chacun, sont offerts en classe, par les intervenants ou les enseignants du milieu scolaire. Pour en savoir plus sur l'ensemble du programme HORS-PISTE, il est possible de consulter le site internet du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale: <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/hors-piste/programme-secondaire/>. Cet article vise à répondre à la question: « Quel processus a été utilisé pour concevoir, implanter, pérenniser, évaluer et mettre à l'échelle le programme HORS-PISTE à l'ensemble des écoles du Québec? »

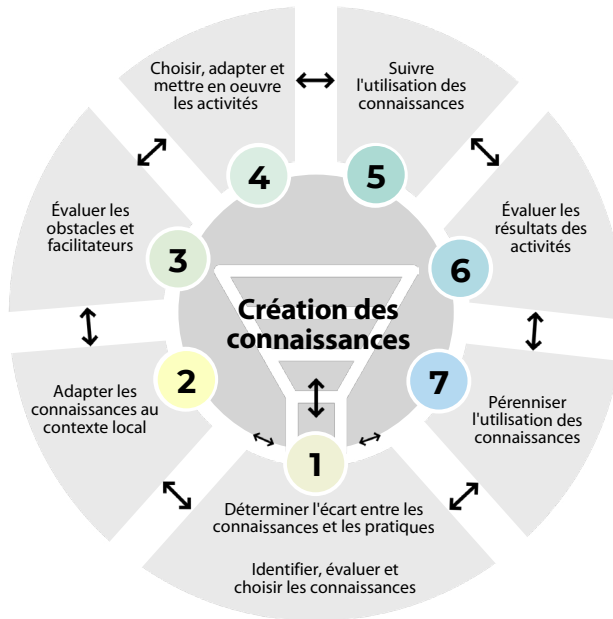
1.5 Le contexte théorique et l'objectif

Il est possible d'observer une prolifération de cadres de référence dans le domaine de la science d'implantation et il importe donc de tester, raffiner et intégrer les théories et cadres de référence existants (Wensing et Grol, 2019). Le cadre de référence *Knowledge to Action* (KTA) (Straus et al., 2011) est ici privilégié puisqu'il a été élaboré à la suite de l'analyse d'une soixantaine de cadres de référence (Graham et al., 2006). Il est utilisé par plusieurs programmes et projets internationaux (Curran et al., 2011). De plus, il est reconnu pour être clair et facile d'utilisation, favoriser l'implication des parties prenantes, prendre en considération le contexte local et proposer un processus cyclique et itératif (Peters et al., 2020).

Ce cadre propose un processus cyclique en phases (voir la traduction libre à la Figure 1). Au centre se trouve « l'entonnoir des connaissances » qui représente le processus par lequel les connaissances sont créées et adaptées aux besoins des futurs utilisateurs. Autour de « l'entonnoir », le processus se décline en 7 phases nécessaires pour que les connaissances produisent le changement souhaité chez les personnes ciblées. La phase 1 mène à identifier les besoins de connaissances ou un problème qui mérite une attention particulière. Elle vise également à identifier les connaissances disponibles sur le sujet et à analyser l'écart entre ces connaissances et les pratiques actuelles et donc, d'identifier le changement à atteindre. La phase 2 consiste à adapter les connaissances au contexte local pour qu'elles deviennent pertinentes et utilisables. L'adaptation doit recourir à un processus transparent, rigoureux et reproductible, et idéalement participatif avec les personnes visées par le changement. La phase 3 est destinée à l'identification de facteurs qui peuvent faire obstacle ou faciliter l'utilisation des connaissances. La phase 4 permet de choisir et adapter les interventions en fonction des facteurs précédemment identifiés. Elle vise également l'identification des acteurs à impliquer dans le processus d'implantation et même, de créer des équipes ou comités pour accompagner la mise en œuvre. La phase 5 a pour objectif de suivre l'utilisation des connaissances et des changements au niveau des connaissances et des pratiques, etc. Il est également recommandé de suivre la qualité de la mise en œuvre des activités afin de s'assurer que les résultats attendus pourront être produits. La phase 6 vise à évaluer le processus et les retombées avec une méthodologie explicite et rigoureuse. La phase 7 permet de vérifier, par des mécanismes de suivi ou de soutien, que les changements produits se maintiennent dans le temps.

FIGURE 1

Le cadre de référence « de la connaissance à l'action »
(Source: Straus et al., 2011 ; traduction libre)



L'objectif du présent article est ainsi de décrire le processus qui a été utilisé pour concevoir, implanter, pérenniser, évaluer et mettre à l'échelle à l'ensemble des écoles secondaires du Québec le programme de prévention de l'anxiété HORS-PISTE. Ce processus, inspiré du cadre de référence KTA, a permis d'arrimer le programme aux besoins des jeunes et aux réalités des écoles. L'originalité de cet article est de tenter d'éclairer la « boîte noire » du processus d'implantation (Proctor et al., 2011) et de décrire l'arrimage aux contextes d'implantation qui est rarement documenté (Miller et al., 2021).

2. MÉTHODOLOGIE

En cohérence avec le cadre de référence KTA, un protocole multiméthode et multirépondant a été utilisé à plusieurs phases du processus de développement et d'évaluation de l'implantation et des effets du programme HORS-PISTE. Les données de cette recherche ont été colligées durant les années 2017-2018, 2019-2020 et 2020-2021. Tout

d'abord, un protocole d'évaluation pré et posttest des élèves de 1^{er} et 2^e secondaire, complété en classe pendant une période de cours (60 minutes), est utilisé. Ce dernier répond à plusieurs objectifs : dégager un portrait populationnel des élèves et arrimer le développement du programme à celui-ci, mesurer les effets à court terme et éventuellement identifier les élèves vulnérables qui pourraient bénéficier du volet d'intervention précoce. Le protocole regroupe des questionnaires validés qui permettent de mesurer les symptômes anxieux de même que différentes variables proximales de l'anxiété (voir Tableau 1). Ces questionnaires sont remplis en classe par les élèves avant leur participation au programme HORS-PISTE (T1) et sont remplis une seconde fois environ 2 semaines après leur participation au dernier atelier (T2). Deuxièmement, un sondage est administré aux élèves pour documenter l'utilité des ateliers, leur intérêt au regard des thématiques abordées, leur appréciation des personnes animatrices, les effets perçus et leur appréciation générale du programme. Troisièmement, des sondages administrés aux parents et aux enseignants permettent de documenter la pertinence du programme, l'arrimage du contenu aux besoins des jeunes, les effets perçus ainsi que l'adéquation et l'utilité des informations transmises au sujet du programme. Les élèves sont invités à les remplir en classe après avoir répondu à leur questionnaire pré et posttest, de même que les parents et les personnes enseignantes sont invités à les remplir par courriel, de manière informatisée. Quatrièmement, des rencontres de bilan d'implantation dans chaque école réunissant des personnes qui sont au cœur de l'implantation (p. ex. personnes enseignantes, intervenantes psychosociales et membres de la direction) permettent de documenter plusieurs dimensions de l'implantation : la perception de ces acteurs clés au regard du programme (pertinence, arrimage aux besoins des élèves, qualité du matériel, adoption et faisabilité du programme, etc.) et de la logistique de l'implantation et de l'évaluation (documentation fournie, processus, soutien offert, etc.). À la fin de l'animation des ateliers, dans une école, les membres du comité d'implantation sont invités à se réunir afin de dresser ce bilan. La rencontre d'environ 90 minutes est animée par un membre de l'équipe de recherche et prend la forme d'une entrevue semi-dirigée. Enfin, les personnes animatrices sont invitées à remplir un journal de bord semi-structuré à la suite de chacun des ateliers où elles répondent à 4 questions portant sur la fidélité de leur animation, la participation des élèves, la capacité des contenus à atteindre l'objectif ciblé ainsi que leur sentiment de compétences pour animer l'atelier.

TABLEAU 1

Outils de collecte de données utilisés

Variables	Outils (Auteurs, année)	Objectif poursuivi	Nb items	Type d'échelle
Données sociodémographiques	Questionnaire sur les données sociodémographiques	Documenter le genre, l'âge, la composition familiale, le travail des parents, le niveau de scolarité des parents, le pays de naissance des parents ainsi que la langue parlée à la maison		
Fidélité d'implantation	Journal de bord complété par les personnes animatrices	Documenter des éléments ayant trait à l'acceptabilité, la pertinence, la faisabilité et la fidélité du programme	Environ 35 items, dépendamment de l'atelier	Likert en 4 points (1 = Aucune participation; aucunement pertinent; aucunement adapté; aucunement compétent; aucunement suffisant à 4 = Très grande participation; très pertinent; très adapté; très compétent; très suffisant)
Acceptabilité de l'implantation	Sondage de satisfaction (Lauzier, 2016)	Documenter des éléments ayant trait à l'acceptabilité du programme	7	Likert en 10 points (1 = Pas du tout à 10 = Beaucoup)
Acceptabilité, adoption, pertinence, et faisabilité de l'implantation	Entrevue de groupe – bilan d'implantation (Damschroder et al. 2009)	Documenter plusieurs dimensions de l'implantation à travers une rencontre réunissant tous les membres des comités d'implantation	10	NA
Données sociodémographiques	Questionnaire sur les données sociodémographiques	Documenter le genre, l'âge, la composition familiale, le travail des parents, le niveau de scolarité des parents, le pays de naissance des parents ainsi que la langue parlée à la maison	Données sociodémographiques	Questionnaire sur les données sociodémographiques
Symptômes anxieux: Trouble panique, Anxiété généralisée, Anxiété de séparation, Phobie sociale, TOC, TSPT	Screen for Child Anxiety Related Disorders – Revised (Murriss et al., 1999) Version francophone (Martin et Gosselin, 2012)	Mesurer des symptômes anxieux associés à différents troubles	9 sous-échelles 6 échelles utilisées Trouble panique, Anxiété généralisée, Anxiété de séparation: 7 items chacune Phobie sociale, Trouble de stress posttraumatique: 4 items chacune Trouble obsessionnel-compulsif: 5 items	Échelle à 3 points (0 = presque jamais, 1 = parfois, 2 = souvent)
Peur du jugement des autres	Échelle de peur du jugement négatif d'autrui (PJNA; Monfette et al., 2006)	Mesurer différentes manifestations de la peur du jugement des autres	12 7 items retenus	Likert en 5 points (1 = Ne me décrit pas du tout à 5 = Me décrit extrêmement bien)

Variables	Outils (Auteurs, année)	Objectif poursuivi	Nb items	Type d'échelle
Perfectionnisme	Child and Adolescent Perfectionism Scale – Short Form (Flett et al., 2000)	Évaluer deux dimensions du perfectionnisme: 1) Perfectionnisme orienté vers soi 2) Perfectionnisme socialement prescrit	14	Likert en 5 points (1 = Faux à 5 = Très vrai)
Sentiments dépressifs	Child depression inventory – Short Form – Version française (Kovacs et Preiss, 1992)	Mesurer la sévérité des symptômes dépressifs vécus par les jeunes de 8 et 18 ans dans les 2 dernières semaines	10	Chaque item est composé de 3 énoncés Choix de l'énoncé décrivant le mieux sa situation
Utilisation d'internet	Compulsive internet use scale (Meerkerk et al., 2009) – version francophone	Mesurer l'utilisation problématique d'Internet	9 items retenus	Likert en 6 points (1 = jamais à 5 = très souvent; 6 = non applicable)
Estime de soi	Indice de Rosenberg – Version française (Vallières et Vallerand, 1990)	Mesurer la perception de l'adolescent quant à sa propre valeur	10	Likert en 4 points (1 = Tout à fait en désaccord à 4 = Tout à fait d'accord)
Intolérance à l'incertitude Attitude négative face aux problèmes Évitement cognitif	Cognitions reliées à l'anxiété généralisée chez l'enfant (CAG; Gosselin et al., 2019)	Mesurer 3 dimensions spécifiques de l'état actuel de l'adolescent: 1) Intolérance à l'incertitude (4 items) 2) Attitude négative face aux problèmes (4 items) 3) Évitement cognitif (8 items)	16	Likert en 3 points (1 = Pas du tout à 3 = Beaucoup)
Anxiété liée aux tests	Test anxiety inventory (Spielberg et al., 1980)	Mesurer la perception de l'adolescent quant à son état d'esprit lors des examens	5	Likert en 4 points (1 = Presque jamais à 4 = Presque toujours)
Impacts de l'anxiété	Échelle de l'impact de l'anxiété pour enfant et adolescent (Langley et al., 2004)	Évaluer l'impact des symptômes d'anxiété sur l'adaptation psychosociale: 1) Activités scolaires 2) Activités sociales 3) Activités familiales et quotidiennes	27	Likert en 4 points (0 = pas du tout à 3 = beaucoup)
Sentiment d'auto-efficacité personnelle	Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C, Murriss, 2001)	Mesurer la perception de l'adolescent à son sentiment d'auto-efficacité 1) Académique 2) Sociale 3) Socioémotionnelle	24	Likert en 5 points (1 = Pas du tout à 5 = Très facilement)
Comportements alimentaires problématiques	Eating Attitude Test for Children (Maloney et al., 1988)	Mesurer la perception de l'adolescent quant à ses comportements alimentaires problématiques	26	Likert en 6 points (1 = Toujours à 6 = Jamais)

Un lien permettant d'accéder au journal de bord est partagé avec les personnes animatrices en début d'année afin qu'elles puissent compléter leur journal de bord de manière autonome à la fin de l'animation de chaque atelier. Les détails méthodologiques de ces méthodes seront présentés dans la prochaine section en lien avec la phase du processus KTA où elles ont été utilisées. Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique en éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke ainsi que du comité d'éthique à la recherche du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS.

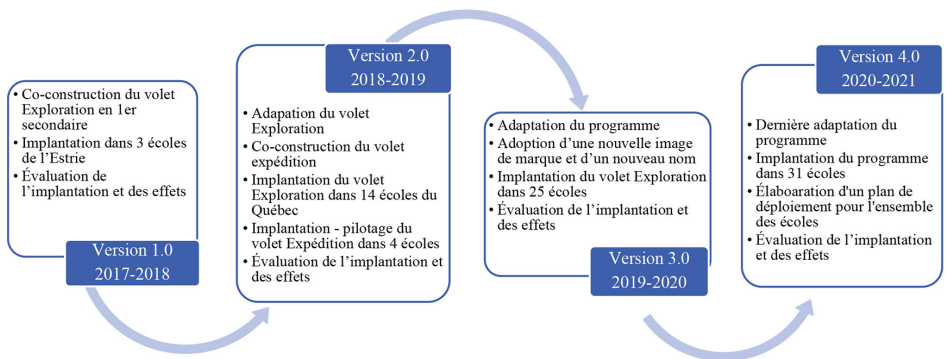
3. RÉSULTATS

Le processus novateur d'élaboration, d'implantation et d'évaluation du programme HORS-PISTE

La Figure 2 illustre, à partir des phases du cycle du cadre de référence KTA, le processus novateur utilisé pour concevoir le programme HORS-PISTE, l'implanter, le pérenniser, l'évaluer et le mettre à l'échelle à l'ensemble des écoles du Québec. Elle illustre également comment ce processus a parcouru plusieurs fois le cycle afin de constamment adapter le programme aux besoins des élèves et des écoles. Quatre versions du programme ont graduellement été élaborées et évaluées afin de favoriser son adaptation et préparer sa mise à l'échelle.

FIGURE 2

Cycles pour élaborer, implanter, évaluer et adapter le programme HORS-PISTE



3.1 Phase 1. Déterminer le problème et l'écart entre les connaissances et les pratiques

Les travaux liés à l'élaboration du programme HORS-PISTE ont débuté en 2017 suite aux constats de plusieurs partenaires du Centre RBC qui observaient une augmentation de l'anxiété particulièrement chez les élèves du secondaire.

Plusieurs actions ont été mises en place afin de préciser les enjeux liés à l'anxiété des élèves du secondaire et pour recenser les connaissances disponibles sur le sujet. Des recensions des écrits ont été réalisées concernant les programmes de prévention universelle et d'intervention précoce en matière d'anxiété chez les jeunes de 12 à 17 ans (Houle, 2017a, 2017b). Elles ont permis de dégager différents constats : 1) les programmes utilisant l'approche cognitivo-comportementale sont généralement ceux dont l'efficacité est la mieux démontrée ; 2) peu de programmes proposent un continuum de la prévention universelle à l'intervention précoce ; et 3) peu de programmes sont multimodaux et proposent des activités touchant à la fois le jeune, sa famille et son école. C'est sur la base de ces informations que le Centre RBC a pris la décision d'élaborer un programme de prévention de l'anxiété (Version 1.0).

3.2 Phase 2. Adapter les connaissances aux contextes locaux

Afin de permettre une adaptation aux contextes des connaissances identifiées à la phase 1, plusieurs actions ont été mises en œuvre. Tout d'abord, dès le début de la conception du programme, un processus a été mis en place pour favoriser la coconstruction de HORS-PISTE avec plusieurs acteurs. Ainsi, divers comités d'implantation ont été mis en place dans chaque école intéressée à implanter le programme. Ces comités sont composés de parents, de chercheurs, d'élèves, d'intervenants scolaires, de directeurs d'école, d'enseignants, de professionnels et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), de représentants d'organismes communautaires, etc. Ces comités ont participé à la coconstruction du programme, par exemple, en les invitant à donner leurs rétroactions sur le matériel en élaboration et à partager leurs idées d'animation.

D'autre part, lors de l'élaboration de la version 2.0, une opportunité d'implanter le programme dans d'autres régions s'est présentée. Le Comité directeur du réseau universitaire intégré en santé et services

sociaux de l'Université de Sherbrooke (RUISSS) a octroyé des subventions au Centre RBC pour soutenir l'élaboration et l'implantation du programme dans les régions associées au RUISSS (Montérégie, Estrie, Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et Saguenay–Lac-Saint-Jean). Afin de mieux arrimer le programme à la réalité des jeunes du secondaire de ces 4 régions, un portrait populationnel a été réalisé par le Centre RBC en 2018. Au total, 8 690 élèves du secondaire, provenant de 14 écoles du Québec, ont participé à cette vaste collecte de données. Elle a permis de dégager des constats (p. ex. 22 % des élèves rapportent avoir des symptômes liés à l'anxiété généralisée et 38 % des élèves rapportent que l'anxiété a un impact sur leurs activités scolaires, sociales et sur leurs activités quotidiennes et familiales). Ce portrait a permis de raffiner les objectifs du programme et de concevoir sa version 3.0 qui a été déployée dans 25 écoles de ces régions en 2019-2020.

3.3 Phase 3. Évaluer les facteurs qui font obstacle ou qui facilitent l'utilisation des connaissances

Afin de prendre en considération les facteurs qui peuvent faciliter ou freiner l'implantation, différentes actions ont été mises en œuvre. Tout d'abord, les comités d'implantation de chacune des écoles ont été invités à faire un bilan d'implantation et à identifier ces facteurs avant et pendant l'implantation du programme. Une analyse qualitative des transcriptions de ces rencontres permet de dégager plusieurs constats. De façon plus précise en 2018-2019, les 14 comités d'implantation ont identifié certains facteurs qui facilitent l'implantation (p. ex. le leadership de la direction de l'école) et d'autres qui y font obstacle (p. ex. la passation du protocole d'évaluation des élèves qui est très exigeante pour les écoles). En 2019-2020, les 25 comités d'implantation ont également identifié certains facteurs qui facilitent l'implantation (p. ex. la pertinence du guide d'implantation et du guide d'animation) et d'autres qui y font obstacle (p. ex. la faiblesse des stratégies de réinvestissement du contenu des ateliers).

Par ailleurs, les journaux de bord des animateurs permettent aussi d'identifier les facteurs qui peuvent faciliter ou freiner l'implantation. Une méthodologie mixte a été utilisée pour effectuer leur analyse. Au cours de l'année 2018-2019, 294 journaux de bord en provenance de 8 écoles ont été complétés et permettent de dégager des facilitateurs (p. ex. les apprentissages faits par les élèves lors des ateliers) et des obstacles à l'implantation (p. ex. le manque de temps pour réaliser l'atelier

au complet). Au cours de l'année 2019-2020, 156 journaux de bord en provenance de 12 écoles ont été complétés et permettent de dégager des facteurs qui facilitent l'implantation (p. ex. l'appréciation des ateliers par les élèves) et d'autres qui y font obstacle (p. ex. le manque de temps d'appropriation des ateliers par les animateurs).

D'autre part, les premières années d'implantation du programme ont permis de réaliser que les écoles et les acteurs impliqués implantent le programme avec peu de moyens puisque ce dernier ne faisant pas partie des orientations ministérielles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du ministère de l'Éducation. Ainsi, lors de l'élaboration de la version 3.0, une analyse des orientations ministérielles a été effectuée afin de s'assurer que HORS-PISTE s'inscrive en droite ligne avec plusieurs de ces dernières, plus particulièrement celles qui mettent de l'avant l'importance de faire de la promotion et de la prévention en contexte scolaire, de détecter les jeunes vulnérables en leur proposant une intervention précoce et de favoriser le développement des compétences psychosociales liées à la gestion du stress et des émotions. Cette démarche d'arrimage avec les orientations ministérielles n'est probablement pas étrangère au fait que le programme se retrouve maintenant au cœur de l'action 4.3 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif.

De plus, il importe de mentionner que les financements obtenus par le RUISSS et une subvention du Fonds d'innovation pour la promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada constituent un facteur névralgique facilitant l'implantation et l'évaluation du programme pour faciliter la mise à l'échelle dans l'ensemble du Québec. Enfin, ces différentes opportunités et démarches ont fait en sorte que ce programme est maintenant appuyé par le MSSS qui soutient son déploiement dans l'ensemble des écoles.

3.4 Phase 4. Choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions

Plusieurs interventions ont été élaborées pour favoriser l'atteinte des objectifs de HORS-PISTE, et ce, en prenant en considération les facteurs facilitant ou freinant l'implantation identifiés précédemment. Cette étape a permis d'élaborer la théorie du programme HORS-PISTE qui est détaillée dans le chapitre de Tougas et al. (2021). Cette section explicite les interventions centrales et structurantes au cœur du programme.

3.4.1 Des acteurs opérationnels en soutien au déploiement

Afin de faciliter le déploiement de ce programme, 3 types d'acteurs ont été désignés et formés. Dès l'implantation de la version 1.0, des accompagnateurs ont soutenu les écoles dans la planification et le suivi de l'implantation. Ils les soutiennent dans la mise en place de leur comité d'implantation, dans la planification de l'implantation, dans la formation des animateurs, dans la passation du protocole d'évaluation des jeunes, etc. Pour l'implantation des versions 1.0 à 3.0, ces personnes ont été des professionnels de l'équipe du Centre RBC. À partir de 2020, grâce à un soutien financier du MSSS, une équipe d'accompagnateurs ancrée dans le RSSS (au centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] de Montérégie-Centre) a été mise sur pied pour reprendre le flambeau de l'accompagnement des écoles dans une perspective de pérennisation.

La deuxième catégorie d'acteurs en soutien au déploiement est composée des animateurs des ateliers offerts aux élèves. Ces derniers sont identifiés, par les comités d'implantation dans chacune des écoles, en raison de leurs compétences en animation et en intervention auprès des élèves. Ces animateurs sont des enseignants, des intervenants scolaires ou des intervenants d'organismes communautaires.

La troisième catégorie d'acteurs en soutien au déploiement est constituée des formateurs des animateurs. Ces derniers sont des professionnels de l'équipe du Centre RBC qui disposent d'une formation universitaire en travail social et qui ont travaillé de près à la conception du programme.

3.4.2 Une gouvernance en soutien au programme

Le déploiement du programme HORS-PISTE a été grandement facilité par le soutien du Comité directeur du RUISSS de l'Université de Sherbrooke, dont la mission consiste à faciliter l'accès aux soins spécialisés, à l'enseignement et à la recherche clinique. Ce comité, composé de personnes présidentes directrices générales des CISSS, de personnes représentantes du MSSS et de l'Université de Sherbrooke, a soutenu le déploiement de HORS-PISTE sur les plans financier et stratégique afin qu'il devienne un programme ministériel.

De plus, un Comité de coordination interrégional, composé des cadres supérieurs des directions des programmes jeunesse des CI(U)SSS des régions où le programme est implanté, se réunit mensuellement par visioconférence pour faire le point sur le déploiement et traiter des problèmes transversaux aux régions.

3.4.3 Outils, formation et accompagnement des personnes animatrices des ateliers

Les personnes animatrices du programme HORS-PISTE bénéficient d'outils, de formation et d'accompagnement. Un cahier d'animation est mis à leur disposition et expose : la problématique de l'anxiété ; les objectifs et les composantes du programme ; les thèmes et objectifs des ateliers ; et les animations proposées. Les personnes animatrices bénéficient d'une formation de base d'une demi-journée et d'un accompagnement postformation composés d'une communauté de pratique virtuelle qui visent à les outiller pour l'animation.

3.5 Phase 5. Surveiller (monitorer) l'utilisation des connaissances

Afin de monitorer l'utilisation des connaissances, les comités d'implantation de chacune des écoles jouent un rôle central. Comme explicité dans la section 4.3, certaines rencontres de comité visaient à effectuer le monitoring de l'implantation du programme par l'identification des facilitateurs ou des obstacles. Les accompagnateurs des écoles rapportaient l'information collectée à l'équipe du Centre RBC afin de permettre un réajustement de certains aspects du programme.

3.6 Phase 6. Évaluer les résultats

La Figure 2 exposait les cycles qui ont permis d'élaborer graduellement 4 versions du programme qui ont été évaluées afin de favoriser son adaptation et préparer sa mise à l'échelle à l'ensemble des écoles secondaires du Québec. Pour procéder à l'évaluation, une équipe de recherche structurée interdisciplinaire, interuniversitaire et interfacultaire composée de 29 personnes aux expertises variées a été mise sur pied. De plus, tel qu'exposé précédemment, une méthodologie multiméthode et multirépondant a été privilégiée. Le Tableau 2 expose quelques résultats de l'évaluation selon les cycles de développement (élaboration, implantation et évaluation) du volet prévention universelle de HORS-PISTE.

TABLEAU 2

Résultats de l'évaluation du volet Exploration selon chacun des cycles de développement du programme

Cycle de développement du programme	Visée de la nouvelle version	Population cible Participants à l'implantation	Participants	Résultats : quelques faits saillants (les rapports complets se trouvent à : https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/recherche/vos-nouvelles-hors-piste/)
1.0 (pilote) 2017-2018	Coconstruction du volet universel pour les élèves de 1 ^{re} secondaire	Élèves de secondaire 1 268 élèves de 3 écoles de Sherbrooke	195 élèves 268 élèves et 19 enseignants	<ul style="list-style-type: none"> - Scores significativement inférieurs ($p \leq 0,05$) au posttest : diminution significative de certains symptômes anxieux (p. ex. liés à l'anxiété de séparation) - Amélioration de l'estime de soi et de la communication - Confirmation de la pertinence du programme - Identification de pistes d'amélioration (p. ex. augmenter l'interactivité des activités) permettant de réajuster cette première mouture du programme
2.0 2018-2019	Co-construction du volet universel pour les élèves de 1 ^{re} et 2 ^e secondaire	Élèves de secondaire 1 et 2 Élèves de 14 écoles	1395 élèves de sec. 1 et 2 de 8 écoles (gr. expérimental), 108 élèves (gr. contrôle non équivalent) 8 écoles 294 journaux de bord 651 élèves, 40 enseignants et 26 parents	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe expérimental, scores significativement inférieurs ($p \leq 0,05$) au posttest : diminution des symptômes liés aux troubles anxieux, de la peur liée au jugement des autres, de l'impact de l'anxiété sur les activités quotidiennes et familiales, de la cyberdépendance, de l'intolérance à l'incertitude et du perfectionnisme - Groupe contrôle : peu de changements significatifs observés et augmentation marginale significative de certains symptômes - Principales forces du programme par le biais des bilans d'implantation et des journaux de bord : les thèmes abordés sont pertinents et adaptés aux besoins des élèves, les élèves participent aux ateliers, les personnes animatrices remarquent que les élèves ont fait des apprentissages liés au contenu du programme, etc. - Pistes d'amélioration pour bonifier le programme par le biais des bilans d'implantation et des journaux de bord : concevoir un guide d'implantation permettant aux personnes animatrices d'avoir une vue d'ensemble sur les étapes d'implantation, introduire dans le processus une séance de présentation du programme à l'équipe-école, concevoir un guide d'animation pour les personnes animatrices afin de faciliter leur appropriation, créer des ateliers qui visent l'expérimentation des stratégies par les élèves, etc. - Appréciation générale satisfaisante démontrée par le biais des sondages de satisfaction complétés par les élèves - Pertinence d'offrir un programme de prévention des troubles anxieux comme HORS-PISTE démontré par le biais des sondages de satisfaction complétés par les personnes enseignantes et les parents

3.0 2019-2020	Rehaussement du volet universel pour les élèves de 1 ^{re} et 2 ^e secondaire	Élèves de secondaire 1 et 2 Plus de 5400 élèves de 25 écoles	*Évaluations pré et posttest affectées par la pandémie de la COVID-19 (p. ex. certaines écoles n'ont pas réalisé le posttest, écoles du groupe contrôle non en mesure de participer à la collecte de données) 1948 élèves 15 écoles 156 journaux de bord 998 élèves, 13 enseignants et 60 parents	<ul style="list-style-type: none"> - Scores significativement inférieurs ($p \leq 0,05$) au posttest : diminution des symptômes liés aux troubles anxieux, de l'anxiété liée aux tests, de la peur du jugement des autres, du perfectionnisme, de la cyberdépendance, de l'intolérance à l'incertitude, de l'attitude négative face aux problèmes, de l'évitement cognitif et de l'impact de l'anxiété sur la vie scolaire, sociale et quotidienne. Amélioration du sentiment d'autoefficacité et de l'estime de soi - Principales forces du programme par le biais des bilans d'implantation et des journaux de bord : l'aspect « clé en main » <i>apprécié des personnes animatrices, les thématiques sont en cohérence avec les enjeux de l'adolescence, la formation des personnes animatrices répond à un besoin, la participation des élèves est satisfaisante</i>, le guide d'implantation est identifié comme étant un outil aidant dans la démarche d'implantation, etc. - Pistes d'amélioration pour bonifier le programme en vue de la mise à l'échelle par le biais des bilans d'implantation et des journaux de bord : <i>épurer le guide d'animation pour le rendre plus succinct et facile d'appropriation</i>, bonifier les diaporamas en soutien à l'animation afin de les rendre plus interactifs et les arrimer davantage avec le guide d'animation, intégrer plus de vidéos dans les ateliers, proposer davantage de façon de réinvestir le contenu, repenser la formule du défi HORS-PISTE, etc. - Appréciation générale satisfaisante démontrée par le biais des sondages de satisfaction des élèves - Pertinence d'offrir un programme de prévention des troubles anxieux comme HORS-PISTE démontrée par le biais des sondages de satisfaction remplis par les personnes enseignantes et les parents
4.0 2020-2021	Début de la mise à l'échelle pour l'ensemble des écoles du Québec	Stabilisation du programme Mise à l'échelle à l'ensemble des écoles secondaires sur Québec Pour l'année 2021-2022, 88 écoles ont implanté le programme		

3.7 Phase 7. Pérenniser l'utilisation des connaissances

Afin de s'assurer de pérenniser le programme HORS-PISTE, plusieurs mesures, dont certaines explicitées précédemment, ont été mises en place dès le début de l'élaboration, de l'implantation et de l'évaluation du programme dont : le processus d'élaboration du programme qui permet de l'arrimer aux besoins et contextes locaux; les soutiens financiers obtenus pour soutenir le déploiement; la collaboration avec les différents acteurs; la gouvernance mise en place; la présence d'une équipe d'accompagnateurs d'écoles; ainsi que l'évaluation du programme qui permet son réajustement.

4. DISCUSSION

Cet article visait à décrire le processus qui a été utilisé pour concevoir, implanter, pérenniser, évaluer et mettre à l'échelle à l'ensemble des écoles secondaires du Québec le programme de prévention de l'anxiété HORS-PISTE. Il démontre comment la science de l'implantation, particulièrement le cadre de référence KTA (Straus et al., 2011), peut soutenir les concepteurs de programmes de prévention de l'anxiété soucieux de la mise à l'échelle et de la pérennisation de ces derniers. Le processus novateur de conception, d'implantation, de pérennisation, d'évaluation et de mise à l'échelle du programme HORS-PISTE s'inscrit en cohérence avec plusieurs recommandations d'auteurs qui soulignaient l'importance d'évaluer les efforts d'implantation des programmes qui sont intégrés dans le système d'éducation afin d'identifier les façons les plus efficaces de construire et déployer des programmes de prévention de la dépression ou de l'anxiété des jeunes à large échelle (Werner-Seidler et al., 2021). Cet article contribue à combler certains vides scientifiques dénoncés par certains chercheurs en permettant : 1) d'éclairer la « boîte noire » du processus d'implantation (Proctor et al., 2011); 2) de documenter l'implantation d'un programme implanté dans plusieurs milieux scolaires et les facteurs qui favorisent son adoption (Owens et al., 2014); et 3) de documenter comment un programme peut s'arrimer à différents contextes d'implantation (Miller et al., 2021).

En plus de mettre en pratique l'ensemble des phases du cadre de référence KTA, le processus mis en place entourant le programme HORS-PISTE met en lumière plusieurs forces influencées par les meilleures pratiques recommandées en sciences d'implantation et qui

mériteraient d'être mises de l'avant lors de futures démarches de mise à l'échelle d'autres programmes similaires. Premièrement, notre article démontre, comme le soulevait Herlitz et al. (2020), que l'arrimage d'un tel programme aux orientations ministérielles peut constituer un facteur qui peut faciliter le déploiement et la pérennisation d'un programme. Deuxièmement, notre article permet de réitérer la pertinence des recommandations de plusieurs experts dont la mise en place d'une équipe de recherche interdisciplinaire lors de recherches sur l'implantation (Bauer et al., 2015) ainsi que l'utilisation d'une méthodologie multiméthode et multirépondant (Wensing et Grol, 2019). De plus, les résultats positifs de l'évaluation du volet prévention universelle du programme HORS-PISTE ne sont certainement pas étrangers au processus et aux interventions mis en place (p. ex. approche de coconstruction, accompagnement des écoles, des acteurs en soutien au déploiement, la gouvernance, les outils et formations adaptés aux besoins, l'évaluation annuelle du programme) qui s'inscrivent en cohérence avec les mesures réputées efficaces pour faciliter la pérennisation et la mise à l'échelle de tels programmes de prévention (Palinkas et al., 2020).

Toutefois, malgré ces résultats positifs, l'implantation du programme comporte certains enjeux dont la difficulté d'allier la rigueur scientifique liée à l'évaluation et la réalité du terrain (p. ex. difficulté à proposer une méthodologie de recherche rigoureuse et souple afin de favoriser la participation à la recherche, difficulté à recruter des écoles ouvertes à participer au groupe contrôle surtout dans le contexte de la pandémie de la COVID-19). De plus, la mise en œuvre de ce processus ne garantit pas la pérennisation et la mise à l'échelle du programme. Présentement, les écoles, les intervenants et les enseignants qui déploient le programme HORS-PISTE le font sur la base de leur volonté profonde de contribuer aux mieux-être des élèves. Les intervenants et les enseignants animent les ateliers du programme déjà bien chargé et sans levier puisque la prévention de l'anxiété et le développement des compétences psychosociales ne font pas partie des cibles de leur programme éducatif. L'insuffisance au niveau des ressources humaines soulevée par certains chercheurs (Guerra et al., 2019; Lendrum et al., 2013; Wanless et Domitrovich, 2015) est présente également au Québec. Il serait pertinent que le ministère de l'Éducation mette de l'avant l'importance du bien-être, du développement des compétences psychosociales et de la prévention de l'anxiété des élèves afin de faciliter l'implication des acteurs scolaires dans le déploiement de ce type de programme (Herlitz et al., 2020; Turgeon et Gosselin,

2015) et qu'il alloue des ressources pour soutenir l'implantation de ce type de programme.

Les résultats de l'évaluation du programme HORS-PISTE permettent de constater des effets encourageants sur les élèves. Le processus mis en œuvre, inspiré par la science de l'implantation, explique en partie ces effets. De plus, ces effets et la crédibilité du processus mis en œuvre contribuent à susciter l'engouement des écoles envers le programme ainsi que l'appui du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour en faire un programme déployé provinciale-ment dans une perspective de pérennisation. En identifiant différentes pistes d'amélioration, les résultats de l'évaluation ont également permis de rehausser le programme au fil des années et de l'arrimer aux contextes d'implantation.

5. CONCLUSION

La science de l'implantation est rarement utilisée par les concepteurs de programmes de prévention de l'anxiété, et ce, particulièrement concernant les programmes déployés dans les écoles. Plusieurs de ces programmes ne sont pas évalués, pérennisés et mis à l'échelle à l'ensemble des milieux. Le programme HORS-PISTE constitue donc une innovation importante par son processus, appuyé par le cadre de référence KTA issu de la science de l'implantation, pour l'élaborer, l'implanter, l'évaluer et le pérenniser. Ce processus a permis d'arrimer le programme aux besoins des jeunes et aux réalités des écoles et contribue à l'engouement suscité par ce programme qui a connu un développement important depuis la pandémie où une version pour les écoles primaires a été développée, et plus de 500 écoles primaires et secondaires implantent HORS-PISTE. Cet article constitue ainsi une innovation en explicitant comment un cadre de référence peut guider l'ensemble des étapes du déploiement, de l'élaboration à la pérennisation, des programmes de prévention déployés en milieu scolaire.

RÉFÉRENCES

- Armsden, G. C. et Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>

- Baghian, N., Shati, M., Sari, A. A., Eftekhari, A., Rasolnezhad, A., Nanaei, F. et Ahmadi, B. (2023). Barriers to Mental and Social Health Programs in Schools: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 97-107.
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J. et Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Côté-Boileau, É. Denis, J.-L., Callery, B. et Sabeau, M. (2019). The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 17(84), 1-26. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0482-6>
- Curran, J. A., Grimshaw, J. M., Hayden, J. A. et Campbell, B. (2011). Knowledge translation research: The science of moving research into policy and practice. *Journal of Continuing Education in Health Professions*, 31(3), 174-180. <https://doi.org/10.1002/chp.20124>
- Damschroder, L. (2020). Clarity out of chaos: Use of theory in implementation research. *Psychiatry Research*, 283, 112461. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.036>
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4^e éd.). De Boeck.
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S. et Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools I: Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet. Psychiatry*, 1(5), 377-387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. et Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment*. Unpublished manuscript, York University.
- Goodman, R., Meltzer, H. et Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130. <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- Gosselin, P., René-de-Cotret, F. et Martin, A. (2019). Un nouvel instrument mesurant des variables cognitives associées au trouble d'anxiété généralisée chez les jeunes: le CAG. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 51(4), 219-230. <https://doi.org/10.1037/cbs0000131>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Greco, L. A., Baer, R. A. et Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606. <https://doi.org/10.1037/a0022819>
- Guerra, N. G. et Bradshaw, C. P. (2008). Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development: Core competencies for positive youth development and risk prevention. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 122, 1-17. <https://doi.org/10.1002/cd.225>
- Guerra, L. A., Rajan, S. et Roberts, K. J. (2019). The Implementation of Mental Health Policies and Practices in Schools: An Examination of School and State Factors. *Journal of School Health*, 89(4), 328-338

- Hallfors, D. et Godette, D. (2002). Will the “principles of effectiveness” improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research, 17*, 461-470. <http://dx.doi.org/10.1093/her/17.4.461>
- Herlitz, L., MacIntyre, H., Osborn, T. et Bonell, C. (2020). The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. *Implementation Science, 15*(1), 1-28. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0961-8>
- Houle, A.-A. (2017a). *Recension des écrits sur les critères d'efficacité et les programmes d'intervention précoce en matière d'anxiété chez les adolescents de 12 à 17 ans*. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale. <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2019/03/RECENSION-programmes-dintervention-precoce-3-novembre-2017-copie2.pdf>
- Houle, A.-A. (2017b). *Recension des programmes de prévention en matière d'anxiété et de stress chez les enfants et les adolescents*. Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale. <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2018/02/Recension-programmes-prevention-stress-et-anxiete-31-janvier-2018.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017>
- Ishikawa, S., Kishida, K., Oka, T., Saito, A., Shimotsu, S., Watanabe, N., Sasamori, H. et Kamio, Y. (2019). Developing the universal unified prevention program for diverse disorders for school-aged children. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 13*(1), N.PAG-N.PAG.
- Kovacs, M. et Preiss, M. (1992). *CDI. Children's Depression Inventory*. Multi-Health Systems.
- Langley, A. K., Bergman, R. L., McCracken, J. et Piacentini, J. C. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: Preliminary examination of the Child Anxiety Impact Scale-parent version. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 14*(1), 105-114. <https://doi.org/10.1089/104454604773840544>
- Lendrum, A., Humphrey, N. et Wigelsworth, M. (2013). Social and emotional aspects of learning (SEAL) for secondary schools: Implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. *Child & Adolescent Mental Health, 18*(3), 158-164.
- MacKillop, E., Quarmby, S. et Downe, J. (2019). Does knowledge brokering facilitate evidence-based policy? A review of existing knowledge and an agenda for future research. *Policy and Politics, 48*(2), 335-353. <https://doi.org/10.1332/030557319X15740848311069>
- Maloney, M. J., McGuire, J. B. et Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*(5), 541-543. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00004>
- Martin, A. et Gosselin, P. (2012). Propriétés psychométriques de l'adaptation francophone d'une mesure de symptômes des troubles anxieux auprès d'enfants et d'adolescents (SCARED-R). *Canadian Journal of Behavioural Science, 44*(1), 70-76. <https://doi.org/10.1037/a0023103>

- Mrazek, P. J. et Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/>
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A. et Garretsen, H. F. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychology and Behavior*, 12(1), 1-6. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0181>
- Miller, C., Barnett, M.L., Baumann, A.A., Gutner, C.A. et Wiltsey-Stirman, S. (2021). The FRAME-IS: a framework for documenting modifications to implementation strategies in healthcare. *Implementation Science*, 16(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01105-3>
- Moir, T. (2018). Why is implementation science important for intervention design and evaluation within educational settings? *Frontiers in Education*, 3(61), 1-9. <https://doi.org/10.3389/educ.2018.00061>
- Monfette, M. E., Grimard, F., Ivers, H., Blais, M. C., Lavoie, V. et Boisvert, J. M. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(3), 261-268. <https://doi.org/10.1037/cjbs2006013>
- Mori, C., Temple, J. et Madigan, S. (2019). Le sextage est lié à une vie sexuelle plus active, à la consommation de drogues et à l'anxiété chez les ados. *The conversation*.
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 145-149. <https://doi.org/10.1023/A:1010961119608>
- Muris, M., Merkelbach, H., Schmidt, H. et Mayer, B. (1999). The Revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26(1), 99-112. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00130-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00130-5)
- Oberle, E., Domitrovich, C. E., Meyers, D. C. et Weissberg, R. P. (2016). Establishing systemic social and emotional learning approaches in schools: A framework for schoolwide implementation. *Cambridge Journal of Education*, 46(3), 277-297.
- Owens, J. S., Lyon, A. R., Brandt, N. E., Warner, C. M., Nadeem, E., Spiel, C. et Wagner, M. (2014). Implementation Science in School Mental Health: Key Constructs in a Developing Research Agenda. *School mental health*, 6(2), 99-111.
- Palinkas, L. A., Chou, C.-P., Spear, S. E., Mendon, S. J., Vilamar, J. et Brown, C. H. (2020). Measurement of sustainment of prevention programs and initiatives: the sustainment measurement system scale. *Implementation Science*, 15, 71. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01030-x>
- Patalay, P., Giese, L., Stanković, M., Curtin, C., Moltrecht, B. et Gondek, D. (2016). Mental health provision in schools: Priority, facilitators and barriers in 10 European countries. *Child & Adolescent Mental Health*, 21(3), 139-147.
- Peters, S., Bussi eres, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. et Thomas, A. (2020). Facilitating guideline implementation in primary health care practices. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>
- Pich e, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Cl ement, M.  . et Smolla, N. (2017).  pid miologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>

- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children*. American Guidance Service.
- Schultes, M.-T. (2023). An Introduction to Implementation Evaluation of School-Based Interventions. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(1), 189-201. <https://doi.org/10.1080/17405629.2021.1976633>
- Spielberger, C. D., Gonzalez, H. P., Taylor, C. J., Anton, W. D., Algaze, B., Ross, G. R. et Westberry, L. G. (1980). *Preliminary Professional Manual for the Test Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Straus, S. E., Tetroe, J. M. et Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.016>
- Therriault, D., Houle, A.-A., Lane, J., Smith, J., Gosselin, P., Roberge, P. et Dupuis, A. (2022). Portrait des symptômes d'anxiété généralisée chez les élèves du secondaire: l'importance de la prévention, du dépistage et de l'intervention. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 263-287. <https://doi.org/10.7202/1094154ar>
- Tougas, A. M., Lane, J., Therriault, D. et Guay-Dufour, F. (2021). Illustrer la théorie d'un programme: Pourquoi? Comment? Concrètement! L'exemple du programme HORS-PISTE. Tougas AM, Bérubé A, Kishchuk N. *Évaluation de programme: De la réflexion à l'action*. Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Tougas, A. M. et Tourigny, M. (2013). L'étude des mécanismes de changement, une avenue de recherche prometteuse pour optimiser les programmes de traitement destinés aux jeunes en difficultés: Enjeux conceptuels et méthodologiques. *Revue canadienne d'évaluation de programme*. 27(2): 61-86.
- Turgeon, L. et Gosselin, M.-J. (2015). Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l'anxiété. *Éducation et francophonie*, 43(2), 30-49. <https://doi.org/10.7202/1034484ar>
- Vallieres, E. F. et Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Wanless, S. B. et Domitrovich, C. E. (2015). Readiness to implement school-based social-emotional learning interventions: Using research on factors related to implementation to maximize quality. *Prevention Science*, 16(8), 1037-1043. <https://doi.org/10.1007/s1121-015-0612-5>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Cleave, A. L., Perry, Y., Torok, M., O'Dea, B., Christensen, H. et Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- Weist, M. D., Mellin, E. A., Chambers, K. L., Lever, N. A., Haber, D. et Blaber, C. (2012). Challenges to Collaboration in School Mental Health and Strategies for Overcoming Them. *Journal of School Health*, 82(2), 97-105. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00672.x>
- Wensing, M. et Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Medecine*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>