

TABAC/
CANNABIS

MAI 2019

ÉTUDES ET ENQUÊTES

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

DU PROGRAMME

« AVENIR SANS TABAC »

Projet du Souffle 64 (Pau),
évalué en 2016-2017 par Santé publique France

RÉGION
NOUVELLE AQUITAINE

En partenariat avec :



Résumé

Rapport d'évaluation du programme Avenir sans Tabac

Projet du Souffle 64 (Pau) évalué en 2016-2017 par Santé publique France

Le présent rapport restitue les résultats de l'évaluation de processus et d'efficacité du programme « Avenir sans Tabac » (AsT) porté par le Souffle 64 (Pau). Ce programme compte parmi les 5 projets prometteurs sélectionnés par la Cipca. Son objectif est d'aider à l'arrêt ou à la diminution de la consommation des jeunes fumeurs de tabac et de cannabis. Sa stratégie d'intervention repose sur la technique de l'entretien motivationnel (EM) dans le cadre de la participation 1) à un stand Tabac-Cannabis (EM bref) et 2) à un atelier collectif d'aide à la motivation (EM de groupe) proposés dans chaque établissement partenaire des Pyrénées-Atlantiques (Lycées, CFA).

Nous avons recueilli des indicateurs d'efficacité auprès de fumeurs récents de cigarettes et/ou de cannabis selon qu'ils ont été exposés ou non à l'intervention AsT (stand seul ou stand+Atelier). Les données ont été collectées avant l'intervention et 3 mois après l'intervention.

Nous avons constaté que la participation à un stand Tabac-Cannabis était associée à une diminution du niveau de consommation récente des jeunes fumeurs de cigarettes et de cannabis. L'intervention avait aussi des retombées positives sur les déterminants de consommation chez les fumeurs de cigarettes (intention d'arrêt, auto-efficacité, consommation perçue des pairs). L'impact positif sur les déterminants mesurés 3 mois après l'intervention était d'autant plus élevé que la qualité de l'EM l'était. Pour les participants de l'atelier (recrutés lors du passage au stand), AsT a eu un effet positif sur les déterminants de la consommation (surtout chez les fumeurs de cigarettes) mais n'a pas eu d'effet sur le niveau de consommation. Globalement, nous n'avons observé aucun effet du programme sur les tentatives d'arrêt et l'abstinence.

Il semble donc que le stand Tabac-Cannabis soit une intervention efficace pour réduire les consommations. L'atelier collectif, quant à lui, est un dispositif potentiellement prometteur mais pas encore stabilisé quant à sa mise en œuvre ; il devra donc faire l'objet d'ajustements.

MOTS CLÉS : ÉVALUATION, INTERVENTION, ADDICTIONS, TABAC, CANNABIS, AVENIR SANS TABAC, JEUNES, ADOLESCENTS, MILIEU SCOLAIRE, ENTRETIEN MOTIVATIONNEL, CIPCA

Citation suggérée : Lecrique JM. *Rapport d'évaluation du programme Avenir sans Tabac. Projet du Souffle 64 (Pau) évalué en 2016-2017 par Santé publique France.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 189 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 - ISBN-NET : 979-10-289-0509-5 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : MAI 2019

Abstract

Evaluation Report of the Programme 'Avenir Sans Tabac'

Project carried by the Souffle 64 (Pau) and evaluated in 2016-2017 by Santé publique France

This report presents the results of the process and effectiveness evaluation of the programme "Avenir sans Tabac" (AsT - Tobacco Free Future) supported by the association Souffle 64 (Pau), which is one of five promising projects selected by the Interministerial Commission for the Prevention of Addictive Behavior (CIPCA). Its purpose is to help stop or reduce the consumption of tobacco and cannabis among young smokers. Its intervention strategy is based on the Motivational Interviewing (MI) technique in the context of participation in 1) a Tobacco-Cannabis stand (brief MI) and 2) a collective motivation workshop (group-based MI) offered in each of the Pyrénées-Atlantiques partner institutions (high schools, Apprentice Training Centres).

We have collected effectiveness data from recent smokers of cigarettes and / or cannabis depending on whether or not they were exposed to the AsT intervention (stand only or stand + workshop). Data were collected before the intervention and 3 months after the intervention.

We found that participation in a Tobacco-Cannabis stand was associated with a decrease in the recent consumption level of young cigarette and cannabis smokers. The intervention also had a positive impact on the determinants of consumption among cigarette smokers (intention to stop, self-efficacy, perceived peer consumption). The positive impact on the determinants measured 3 months after the intervention was as high as the quality of the MI was. For workshop participants (recruited at the stand), AsT had a positive effect on the determinants of consumption (especially for cigarette smokers) but had no effect on the level of consumption. Overall, we did not observe any effects of the program on quit attempts and abstinence.

It seems that the tobacco-cannabis stand is an effective intervention to reduce consumption. The collective workshop, meanwhile, is a potentially promising system but not yet stabilized as to its implementation; it will therefore have to be adjusted.

KEY WORDS: EVALUATION, INTERVENTION, ADDICTIONS, TOBACCO, CANNABIS, AVENIR SANS TABAC, YOUNG PEOPLE, ADOLESCENTS, SCHOOL ENVIRONMENT, MOTIVATIONAL INTERVIEWING, CIPCA

Contexte des évaluations Cipca

L'intervention « Avenir sans Tabac », implantée dans les Pyrénées-Atlantiques par le Souffle 64 (Pau), fait partie des 5 programmes prometteurs - parmi 80 candidats à l'évaluation - sélectionnés en 2014 (après appel à candidatures national) par la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca).

À la suite de cette sélection, une convention entre la Mildeca et Santé publique France a été signée en 2015. Elle précisait que 4 programmes seraient évalués par Santé publique France (dont « Avenir sans Tabac ») et 1 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Remarque préliminaire sur l'anonymisation

Pour des raisons d'anonymisation, 2 des 5 programmes de prévention sélectionnés par la Cipca seront dénommés programme « A » et « B », et les structures qui ont conçu et déployé ces programmes seront dénommées structure « A » et « B ».

D'autre part, nous ne mentionnerons pas le nom des responsables des structures porteuses des programmes sélectionnés, des intervenants délivrant les programmes et des établissements dans lesquels l'évaluation a eu lieu.

Parties prenantes de la réalisation et de l'évaluation d'Avenir sans Tabac

Mise en œuvre du programme

Le Souffle 64 (ex-Comité départemental contre les maladies respiratoires, CDMR64)
21, rue de Livron, 64000 Pau

Responsable : Mme X, responsable du programme Avenir sans Tabac

Promotion et financement de l'évaluation

Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)
69, rue de Varenne, 75007 Paris

Responsable : Patricia Coursault, directrice du travail, chargée de mission Politique de la ville – Prévention, responsable des projets Cipca (Mildeca)

Investigation et coordination de l'évaluation

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne, 94410 Saint-Maurice

Responsable (mise en œuvre, recueil et analyse des données, rédaction du rapport scientifique) : Jean-Michel Lecrique, chargé d'expertise scientifique (Santé publique France, direction de la prévention et de la promotion de la santé)

Prestataire de saisie (t0) et de recueil (t1) des données : Bérengère Gall, directrice de clientèle (BVA, 52, rue Marcel Dassault, 92100 Boulogne-Billancourt France)

Comités

Comité de pilotage national des évaluations Cipca

Fonction

Ce comité, présidé par la Mildeca, avait pour tâche de valider les protocoles avant évaluation (mars 2016) et de proposer un plan de valorisation des résultats après évaluation (à partir de septembre 2018).

Composition

Nom	Affiliation	Fonction
Mme Patricia Coursault	Mildeca	Directrice du travail, chargée de mission Politique de la ville – Prévention, responsable des projets Cipca
Mme Carine Mutatayi	OFDT	Chargé d'études, responsable de l'évaluation du programme « Prévention et réduction des risques en milieu festif » (Csapa Les Wads, région Grand Est, Lorraine, Metz)
M. Pierre Arwidson	Santé publique France	Directeur adjoint de la direction de la prévention et de la promotion de la santé (cellule scientifique), Santé publique France
M. Enguerrand Rolland du Roscoät	Santé publique France	Responsable de l'unité santé mentale, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
Mme Viet Nguyen Thanh	Santé publique France	Responsable de l'unité addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
Mme Ingrid Gillaizeau	Santé publique France	Chargée d'expertise scientifique, unité santé mentale, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, responsable de l'évaluation des programmes « A » et « B ».
M. Jean-Michel Lecrique	Santé publique France	Chargé d'expertise scientifique, unité santé mentale, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, responsable de l'évaluation des programmes « Unplugged dans le Loiret » (Apléat, région Centre-Val de Loire, Loiret, Orléans) et « Avenir sans Tabac » (Le Souffle 64, région Nouvelle Aquitaine, Pyrénées-Atlantiques, Pau)

Comité de pilotage local de l'évaluation d'Avenir sans Tabac

Fonction

Ce comité, constitué du responsable de l'évaluation du programme et des acteurs locaux impliqués (e.g., Éducation nationale, financeurs du programme, association portant le programme), a eu pour mission d'informer les parties prenantes locales sur l'évaluation et de faciliter l'application du protocole d'évaluation. Une restitution des résultats du programme par l'évaluateur a été réalisée le 16 novembre 2018.

Composition

Nom	Affiliation	Fonction
M. Etienne Morel	Rectorat, Académie de Bordeaux	Inspecteur d'académie, Directeur académique adjoint
Mme Dominique Combes	Rectorat, Académie de Bordeaux	Infirmière éducation à la santé/secourisme - Pôle santé/social en faveur des élèves - DSDEN 64
Mme Virginie Pages	Rectorat, Académie de Bordeaux	Infirmière conseillère technique - Pôle santé/social en faveur des élèves - DSDEN 64
Mme U^a	Hôpital de Pau	Sage-femme, tabacologue, animatrice d'« Avenir sans Tabac » depuis la naissance du programme
M. Christian Vedelago	Préfecture des Pyrénées- Atlantiques	Directeur de cabinet du préfet des Pyrénées-Atlantiques
Mme Valérie Gury	ARS Nouvelle Aquitaine	Pôle santé publique et santé environnementale - Prévention et promotion de la santé - DD64
Mme Marie-Pierre Dufraisse	ARS Nouvelle Aquitaine	Missions médicales - DD64
Mme Dominique Bacrie	Fondation du Souffle	Administratrice de la Fondation du Souffle
Mme V^a	Le Souffle 64	Présidente du Souffle 64
Mme W^a	Le Souffle 64	Secrétaire générale du Souffle 64
Mme X^a	Le Souffle 64	Tabacologue, conseillère en éducation, responsable du programme « Avenir sans Tabac »
Mme Y^a	Le Souffle 64	Coordinatrice administrative du Souffle 64
Mme Stéphanie Vandentorren	Santé publique France	Responsable de la Cellule d'intervention en région (Cire) Nouvelle Aquitaine
M. Jean-Michel Lecrique	Santé publique France	Chargé d'expertise scientifique (direction de la prévention et de la promotion de la santé), responsable de l'évaluation du programme « Avenir sans Tabac »

^a Le nom des porteurs et intervenants du programme AsT ne sont pas mentionnés dans ce rapport

Abréviations

30DJ	30 derniers jours
AFDEM	Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel
AMI	<i>Adaptation of Motivational Interviewing</i>
Anpaa	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
AsT	Avenir sans Tabac
Audit	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BMI	<i>Brief Motivational Interviewing</i>
Cast	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CDMR	Comité départemental contre les maladies respiratoires
CFA	Centre de formation d'apprentis
Cil	Correspondant Informatique et Libertés
Cipca	Commission interministérielle de prévention des conduites addictives
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CNMR	Comité national contre les maladies respiratoires
CO	Monoxyde de carbone
CPS	Compétences psychosociales
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DDD	<i>Average Drinks per Drinking Day</i>
DEP	Débit expiratoire de pointe
DSDEN	Direction des services départementaux de l'Éducation nationale
ECR	Essai contrôlé randomisé
EM	Entretien motivationnel
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> - Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
ESPAD	<i>European School Project on Alcohol and other Drugs</i>
ET	Écart-type
EU-DAP	<i>European Drug Addiction Prevention Trial</i>
FI	Facteur d'impact
GC	Groupe contrôle
GMET	<i>Group-based Motivation Enhancement Therapy</i>
GMI	<i>Group-based Motivational Interviewing</i>
HBSC	<i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>
Honc	<i>Hooked On Nicotine Checklist</i>
IC	Intervalle de confiance
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France en 2016)
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISI	<i>International Scientific Indexing</i>
Item	Identification des techniques d'entrevue motivationnelle
MI	<i>Motivational Interviewing</i>
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
Misc	<i>Motivational Interviewing Skill Code</i>

Miti	<i>Motivational Interviewing Treatment Integrity</i>
OO	Objectif opérationnel
OR	Odds Ratio
OS	Objectif spécifique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PAEJ	Point accueil écoute jeunes
Rapi	<i>Rutgers Alcohol Problem Index</i>
RTC	<i>Readiness To Change</i>
SPA	Substances psychoactives
SpF	Santé publique France
TCC	Thérapie comportementale et cognitive
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
VD	Variable dépendante

Sommaire

1. INTRODUCTION	11
2. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE	12
3. DIAGNOSTIC AVANT ÉVALUATION	13
3.1 Objectifs de la phase diagnostique.....	13
3.2 Méthode.....	13
3.3 Description du programme AsT.....	14
3.3.1 Vue d'ensemble du programme.....	14
3.3.2 La stratégie d'action du programme	14
3.3.3 La structure porteuse du programme.....	15
3.3.4 Avenir sans Tabac : naissance du projet.....	15
3.3.5 Les intervenants.....	15
3.3.6 Les composantes du programme	16
3.3.7 Le financement du programme.....	18
3.4 Synthèse des évaluations de programmes similaires	20
3.4.1 L'entretien motivationnel.....	20
3.4.2 Autres stratégies d'action utilisées dans le programme	26
3.5 Modélisation du programme.....	28
3.5.1 Modélisation théorique	28
3.5.2 Modélisation logique.....	30
3.6 Recommandations sur la mise en œuvre de l'intervention avant son évaluation	33
3.6.1 Le problème du recrutement pour les ateliers	33
3.6.2 Le problème de l'hétérogénéité de la pratique de l'EM	34
3.6.3 Le problème du lien entre la mesure du souffle et le tabagisme	34
3.7 Proposition de protocole d'évaluation.....	35
3.7.1 Le design	35
3.7.2 La population.....	35
3.7.3 Les groupes d'intervention et de comparaison	35
3.7.4 Le recueil des données	35
3.8 Calendrier de l'évaluation.....	38
4. ÉVALUATION D'EFFICACITÉ	39
4.1 Objectif et hypothèses.....	39
4.2 Méthode.....	41
4.2.1 Schéma de l'étude.....	41
4.2.2 Sites et population de l'étude	42
4.2.3 Modalités de recueil des données et outils	47
4.2.4 Aspects éthiques et légaux.....	48
4.2.5 Mesures et indicateurs	51
4.2.6 Hypothèses opérationnelles	54
4.2.7 Analyses statistiques.....	56
4.3 Résultats.....	58
4.3.1 Description des échantillons en baseline.....	58
4.3.2 Effets du programme pour les fumeurs récents de cigarettes ayant participé seulement au stand (échantillon 1).....	67
4.3.3 Effets du programme pour les fumeurs récents de cannabis ayant participé seulement au stand (échantillon 2).....	71
4.3.4 Effets du programme pour les fumeurs de cigarettes ayant participé au stand et à l'atelier (échantillon 3).....	75

4.3.5 Effets du programme pour les fumeurs de cannabis ayant participé au stand et à l'atelier (échantillon 4)	78
5. ÉVALUATION DE PROCESSUS.....	81
5.1 Objectifs.....	81
5.2 Méthode.....	81
5.2.1 Modalités de recueil des données et outils	81
5.2.2 Mesure et indicateurs	82
5.2.3 Analyses statistiques (lien qualité de l'EM/efficacité)	83
5.3 Résultats.....	85
5.3.1 Ce qui a été délivré du programme	85
5.3.2 Caractéristiques de consommation des participants au programme.....	86
5.3.3 Activités du Stand Tabac-Cannabis.....	90
5.3.4 Activités de l'atelier collectif d'aide à la motivation.....	92
5.3.5 Lien entre la qualité de l'EM bref et les indicateurs d'efficacité à 3 mois.....	94
6. DISCUSSION.....	97
6.1 Synthèse des résultats.....	97
6.1.1 Évaluation d'efficacité.....	97
6.1.2 Évaluation de processus	97
6.1.3 Lien entre qualité de l'EM bref et efficacité du programme	98
6.2 Interprétation des résultats.....	98
6.3 Retour des porteurs de projet.....	99
6.4 Forces et limites de l'évaluation	100
7. CONCLUSION.....	101
Références bibliographiques	102
Annexe 1 / Calendrier du processus d'évaluation	114
Annexe 2 / Exemples d'interventions efficaces (EM et consommation de SPA).....	116
Annexe 3 / Analyse et modélisation des activités du stand Souffle.....	118
Annexe 4 / Atelier pour les jeunes non motivés : argumentaire	129
Annexe 5 / Déroulement des ateliers collectifs (document Souffle 64).....	130
Annexe 6 / Flux des répondants de l'étude.....	135
Annexe 7 / Note d'information aux chefs d'établissement.....	136
Annexe 8 / Note d'information aux parents avec consentement passif	139
Annexe 9 / Note d'information à l'élève	140
Annexe 10 / Formulaire de consentement de l'élève	142
Annexe 11 / Guide de passation destiné aux accompagnants.....	143
Annexe 12 / Calendrier des phases du recueil de données en t1	151
Annexe 13 / Questionnaire t0 (papier-crayon)	152
Annexe 14 / Fiche « forum ».....	158
Annexe 15 / Transcription du questionnaire t1 (en ligne).....	159
Annexe 16 / Procédure d'appariement des données	180
Annexe 17 / Détail des variables sociodémographiques et autres variables	183
Annexe 18 / Liste des variables d'ajustement des modèles multiniveaux	186
Annexe 19 / Fiche « atelier »	188

1. INTRODUCTION

L'une des priorités du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives est de prendre en compte les populations les plus exposées : les jeunes, les femmes et les populations précaires. Il s'emploie ainsi à empêcher, retarder et limiter les consommations des jeunes ; à améliorer le soin et l'accompagnement des femmes usagères de drogue ; à rapprocher les dispositifs de santé des populations les plus éloignées (pour des raisons géographiques ou sociales) ; à prévenir les addictions dans le monde du travail.

Pour mener à bien ce plan, la Mildeca a créé en 2013 la Cipca : Commission interministérielle de prévention des conduites addictives, qui succédait à la Commission nationale des outils.

La Cipca a pour mission d'engager une démarche d'amélioration de la qualité des programmes de prévention des conduites addictives *via* :

- la collecte et la diffusion de synthèses de recommandations nationales et internationales ;
- la sélection et la promotion de programmes de prévention qui ont fait leur preuve en matière d'efficacité ;
- le développement d'une culture d'évaluation scientifique ;
- l'identification des enjeux de société interagissant avec les politiques de prévention.

En 2014, cette commission lançait un appel à candidatures dans le but d'évaluer des programmes de prévention des conduites addictives à destination d'un jeune public, avec un double objectif :

- permettre aux porteurs de projets une évaluation d'efficacité de leur action et une promotion des programmes évalués positivement dans le cadre de la création d'un « répertoire national » ;
- permettre aux pouvoirs publics de disposer d'éléments objectifs d'évaluation relatifs à l'impact des politiques de prévention.

Parmi les 80 porteurs de projets qui ont répondu, 5 ont été retenus :

- Implantation française du programme européen *Unplugged* (Apléat, région Centre-Val de Loire, Loiret, Orléans)
- Programme de prévention des consommations de substances psychoactives auprès de jeunes apprentis du BTP (*programme anonymisé : Programme « A », Structure A*)
- Programme de prévention par les pairs des consommations de substances psychoactives (*programme anonymisé : Programme « B », Structure B*)
- Avenir sans Tabac et autres produits psychoactifs inhalés (Le Souffle 64, ex-CDMR64, région Nouvelle Aquitaine, Pyrénées-Atlantiques, Pau)
- Prévention et réduction des risques en milieu festif (Csapa Les Wads, région Grand Est, Lorraine, Metz)

Santé publique France et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) sont chargés de l'évaluation de ces projets.

Le présent rapport concerne l'évaluation du programme « Avenir sans tabac » (AsT).

AsT est mis en œuvre par le Souffle 64 (ex-CDMR64) dans plusieurs lycées et CFA (centres de formation d'apprentis) des Pyrénées-Atlantiques (région Nouvelle Aquitaine). Il s'agit d'un programme d'aide à l'arrêt ou à la diminution de consommation de tabac et/ou de cannabis à destination des lycéens et d'apprentis en alternance (et d'étudiants dans une moindre mesure). Sa stratégie d'intervention repose principalement sur la technique de l'entretien motivationnel (EM individuel bref et adapté au groupe) dans le cadre de forums et d'ateliers collectifs qui ont lieu dans les établissements scolaires.

2. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

Pour l'ensemble des projets, l'évaluation s'est organisée en deux temps.

- Une première phase diagnostique (de six mois), consistant en une rencontre avec les porteurs de projet et dans la mesure du possible avec les bénéficiaires du programme, une description détaillée des interventions, une identification des mécanismes d'action, une revue de littérature, une élaboration de modèles théoriques et logiques, une identification des besoins d'évaluations dans le but de soumettre différents scénarii de protocoles d'évaluation et/ou des recommandations afin d'optimiser les programmes ne pouvant être évalués en l'état.
- Une seconde phase consistant à élaborer et appliquer les protocoles d'évaluation et à en présenter les résultats et les conclusions. Cette phase a suivi plusieurs étapes : la mise en place et la préparation du terrain avec les parties prenantes (notamment par l'intermédiaire de commissions techniques et de comités de pilotage locaux), le développement des outils de recueil de données, le recueil des données, l'analyse des résultats, la restitution orale des résultats aux porteurs de programme et la rédaction du rapport.

Le calendrier précisant ces différentes phases est présenté dans l'Annexe 1.

3. DIAGNOSTIC AVANT ÉVALUATION

3.1 Objectifs de la phase diagnostique

- Décrire et modéliser le programme tel qu'il est pratiqué par son porteur (modélisation théorique et logique) ;
- Proposer si nécessaire des recommandations de modifications du programme « à la marge », afin d'améliorer la qualité et l'exécution du protocole d'évaluation et du protocole d'intervention avant évaluation ;
- Proposer un protocole d'évaluation d'efficacité et de processus du programme.

3.2 Méthode

Afin d'atteindre les objectifs de cette phase diagnostique, nous avons recueillis des données sur le programme à l'aide de plusieurs sources :

- 1. Un questionnaire pré-visite**, envoyé 2 semaines avant la visite, a été rempli en octobre 2015 par le responsable du programme AsT au Souffle 64. Ce document a constitué une base de travail pour les futurs entretiens et a permis de recueillir de nombreuses informations concernant le programme :
 - son historique
 - les besoins auxquels il est censé répondre
 - la revue de littérature et la veille scientifique qui l'accompagnent
 - ses objectifs
 - sa description
 - ses intervenants et leur formation
 - ses bénéficiaires et les interventions déjà menées
 - son calendrier de déroulement
 - son organisation générale
 - ses outils
 - son déploiement géographique
 - ses freins et leviers
 - les données d'évaluation déjà à disposition à son sujet
 - son budget, financement et coûts liés
 - les partenaires impliqués
- 2. Des entretiens avec les porteurs du programme et les intervenants (octobre 2015) :**
 - un entretien avec la responsable du Souffle 64 et la coordinatrice des actions de la structure
 - un entretien avec des intervenants du forum
- 3. Des observations concernant les 2 composantes du programme (octobre 2015) :**
 - un forum (lycée X, Pau) et un atelier collectif (Lycée Y, Pau) ont été observés
- 4. Une analyse du matériel et du protocole du programme**
- 5. Une revue de littérature** intégrant les connaissances issues :
 - de revues systématiques évaluant des programmes de prévention adoptant une stratégie d'intervention similaire (entretien motivationnel, *feedback* personnalisé, *feedback* normatif, mesure du taux de CO)
 - d'articles scientifiques rendant compte de l'évaluation de programmes utilisant la stratégie d'action principale : l'entretien motivationnel (bref, adapté au groupe)

3.3 Description du programme AsT

3.3.1 Vue d'ensemble du programme

« Avenir sans Tabac » est un programme ciblant les jeunes fumeurs de tabac et de cannabis dans des lycées et des CFA des Pyrénées-Atlantiques. Il est mis en œuvre par le Souffle 64 (Pau). Il propose pour chacun des établissements un forum ponctuel (2 stands situés dans un lieu passant de l'établissement à la pause méridienne) permettant aux jeunes qui le souhaitent :

- de participer à un stand Souffle animé par des retraités bénévoles. Ils peuvent y effectuer une mesure du souffle (débit expiratoire de pointe, DEP). Après la mesure, quand ils sont fumeurs, on leur propose tout naturellement de passer au stand voisin, le stand Tabac-Cannabis
- de participer à un stand Tabac-Cannabis. Ils peuvent : 1) y passer un entretien motivationnel bref avec un tabacologue (ou un animateur spécialiste des addictions) au cours duquel on leur fera un retour personnalisé sur leur consommation (dépendance, consommation problématique) et leur motivation et 2) effectuer une mesure du CO dans l'air expiré
- de s'inscrire à un atelier collectif d'aide à la motivation (à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de tabac et/ou cannabis) ayant lieu dans les semaines qui suivent dans une salle de l'établissement (2 séances d'1 heure, 1 par semaine)

Les forums sont très appréciés des jeunes qui viennent spontanément participer en grand nombre. Ils sont animés par des tabacologues et des animateurs spécialistes des addictions (stand Tabac-Cannabis : partenariat avec Anpaa 64 Pays Basque) et par des bénévoles formés au préalable (stand Souffle).

Ce programme a pour objectif la diminution ou l'arrêt de la consommation de tabac et/ou de cannabis des participants grâce à l'utilisation :

- de l'entretien motivationnel sous différents formats (bref ou adapté au groupe)
- d'autres outils : *feedback* personnalisé sur la consommation (e.g., échelles Honc et Cast, échelle de motivation), *feedback* sur la mesure du CO et *feedback* normatif (correction des croyances normatives).

Les variables directement ciblées par le programme sont :

- La motivation au changement (intention de diminuer ou d'arrêter la consommation)
- Le sentiment d'efficacité personnelle (relatif à l'arrêt ou la diminution de la consommation)
- Les normes sociales de consommation (correction de la surestimation)

3.3.2 La stratégie d'action du programme

La stratégie d'intervention globale repose sur l'entretien motivationnel (EM). Rollnick et Miller (1995) définissent l'entretien motivationnel comme « une approche directive, centrée sur le client, qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement en explorant l'ambivalence et en travaillant à sa résolution et qui doit à minima appliquer "l'esprit de l'EM" (collaboration, évocation, autonomie) ».

Notons que, selon Tober (1991), l'EM est particulièrement adapté aux adolescents car :

- Il est bref
- Il met l'accent sur la responsabilité personnelle (respect de l'autonomie) et l'augmentation de l'auto-efficacité
- Il évite toute attitude autoritaire

3.3.3 La structure porteuse du programme

Le Souffle 64 (ex-CDMR64) est une petite structure composée de deux salariées : la responsable de la structure et une coordinatrice des actions du programme. Elle compense sa petite taille par un grand nombre de partenariats (Ligue contre le cancer, Csapa locaux, Ireps 64, Centre hospitalier de Pau) et peut compter sur l'aide de nombreux bénévoles.

Elle fait partie du réseau de la Fondation du Souffle, fondée sous l'égide du Comité national contre les maladies respiratoires (CNMR).

Ses principales missions sont :

- L'éducation thérapeutique de patients souffrant de maladies respiratoires (les « Ateliers du souffle »)
- La prévention de la consommation de tabac et des substances psychoactives (SPA) inhalées

Dans le cadre de son action de prévention du tabac et des SPA inhalées, le Souffle 64 mène plusieurs activités :

- L'accompagnement et la formation des personnes relais des établissements scolaires
- La mise en place de programme de prévention du tabagisme auprès des collégiens
- La mise en place d'actions de prévention et d'aide à l'arrêt auprès des lycéens, des étudiants et des apprentis. Ces actions visent essentiellement les jeunes déjà utilisateurs de produits psychoactifs inhalés, qu'ils soient utilisateurs occasionnels ou encore usagers réguliers ou quotidiens. Les objectifs sont d'éviter le passage à un usage régulier pour les premiers et de maîtriser ou d'arrêter la consommation pour les seconds.

C'est dans le cadre de cette dernière mission que le Souffle 64 met en œuvre les deux composantes du programme « Avenir sans Tabac » (AsT) que nous évaluons dans notre étude :

- les forums (et plus particulièrement le stand Tabac-Cannabis)
- les ateliers d'aide à la motivation à l'arrêt ou à la réduction des consommations

3.3.4 Avenir sans Tabac : naissance du projet

Il y a plus de dix ans, le CDMR 64 a mis en place un programme de prévention du tabagisme auprès des jeunes dans les établissements scolaires dans une tradition de lutte contre le tabagisme des comités contre les maladies respiratoires et la tuberculose. Depuis, le programme a beaucoup évolué tant au niveau des outils utilisés que des messages véhiculés. La responsable actuelle du programme a progressivement intégré l'entretien motivationnel dans le dispositif. La cible du programme s'est progressivement élargie : des non consommateurs vers les expérimentateurs, puis vers les jeunes déjà consommateurs, en particulier en développant leur repérage et leur accompagnement.

De la même manière, la prévention, le repérage et les interventions se sont ouverts à l'ensemble des consommations de produits psychoactifs inhalés, et en particulier au cannabis.

3.3.5 Les intervenants

L'équipe des intervenants du programme « Avenir sans Tabac » est constituée :

- d'une tabacologue du Centre hospitalier de Pau
- d'une tabacologue et animatrice du Souffle 64
- d'une animatrice de la Ligue contre le cancer
- des animateurs et tabacologues des Csapa Béarn et Soule et Pays basque (Anpaa 64 Pays Basque)

- des animateurs bénévoles du Souffle 64
- d'une coordinatrice des actions du Souffle 64 qui assure le lien entre les différents acteurs et le bon fonctionnement des actions

En plus de leur formation initiale, les intervenants suivent une formation à l'intervention brève et à l'entretien motivationnel d'une journée, organisée par le Souffle 64, avec pour objectifs d'harmoniser les pratiques d'intervention et d'améliorer la qualité et l'homogénéité des techniques utilisées dans les forums et les ateliers.

3.3.6 Les composantes du programme

Les activités du forum et des ateliers sont détaillées dans le Tableau 1 (composantes, activités, objectifs, médiateurs ciblés).

3.3.6.1 *Le stand Souffle*

Ce stand est un moyen de sensibiliser les jeunes à l'importance du « capital souffle ». Il s'adresse à tous les jeunes qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs. Ce stand est animé par des bénévoles retraités (formés au préalable) qui proposent aux jeunes d'évaluer leur souffle (questionnaire, mesure du débit expiratoire de pointe). Les jeunes ayant fréquemment une gêne respiratoire et les personnes asthmatiques ayant un asthme non-contrôlé reçoivent des brochures d'information et il leur est conseillé de consulter leur médecin. Ce stand est aussi un outil pour aiguiller les personnes vers le stand tabac grâce à une technique psychosociale d'engagement comportemental (double pied dans la porte ; Dolinski, 2000 ; voir Annexe 3 pour une analyse détaillée et une modélisation du stand Souffle).

3.3.6.2 *Stand Tabac-Cannabis*

Ce stand propose aux fumeurs de tabac et/ou de cannabis un entretien motivationnel (EM) bref mené par un tabacologue ou un animateur de prévention formé à l'EM. L'entretien est associé à un *feedback* personnalisé sur la consommation du jeune (sur la base des réponses au questionnaire « Tabac et cannabis »). Plusieurs outils peuvent être utilisés lors de l'EM (e.g, balance décisionnelle, échelle de motivation). On propose également au jeune fumeur de mesurer son taux de CO dans l'air expiré. À l'issue de l'entretien, on offre la possibilité au jeune de participer à un atelier d'aide à la motivation (à l'arrêt ou à la diminution de la consommation) qui a lieu dans l'établissement les semaines suivantes. Un document lui est remis avec des adresses utiles (Csapa, CJC, Point accueil écoute jeunes...) et l'animateur peut être amené à « orienter » le jeune si nécessaire.

3.3.6.3 *Les ateliers collectifs d'aide à la motivation (à la diminution et à l'arrêt de la consommation)*

Ces ateliers sont animés par un tabacologue et/ou des animateurs de prévention de Csapa formés à l'EM. Les animations s'appuient sur les techniques d'entretien motivationnel adaptées au groupe. Ces ateliers visent à amener les jeunes à s'exprimer sur leur tabagisme et/ou leur consommation de cannabis et à mettre en place des stratégies visant un changement de leur comportement. Les intervenants essaient de rencontrer les jeunes au cours de 2 séances d'une heure. La première séance permet de questionner leurs consommations, de revenir sur les représentations et d'envisager des changements. La seconde permet de trouver des solutions à un changement en faveur de meilleurs comportements de santé. Là encore, l'animateur peut, s'il le juge nécessaire, orienter le jeune vers une CJC à la fin de l'atelier. Notons que les établissements scolaires ont quelques fois des difficultés pour trouver les créneaux horaires et organiser ces ateliers.

I TABLEAU 1 I

Description des activités du programme Avenir sans Tabac

COMPOSANTES	ACTIVITÉS	OBJECTIFS	MÉDIATEURS CIBLÉS
FORUMS LYCÉENS	STAND « SOUFFLE »		
	<ul style="list-style-type: none"> -Faire remplir questionnaire « Asthme et allergie » -Mesurer le souffle (Débit Expiratoire de Pointe) -Donner un <i>feedback</i> -Demander statut fumeur/ non-fumeur et orienter les fumeurs vers le stand Tabac-Cannabis Faire remplir le questionnaire « Tabac et cannabis » 	<p>Sensibiliser aux risques des SPA inhalés</p> <p>Recruter des fumeurs pour le stand tabac-cannabis</p>	RISQUES PERÇUS CONNAISSANCE
ATELIERS COLLECTIFS D'AIDE À LA MOTIVATION	STAND « TABAC/CANNABIS »		
	<p>(Faire remplir le questionnaire « Tabac et cannabis » si pas déjà fait au stand « Souffle »)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entretien motivationnel bref + <i>feedback</i> personnalisé (sur la base des échelles du questionnaire « Tabac et cannabis »). Plusieurs outils peuvent être utilisés lors de l'EM (e.g. balance décisionnelle, échelle de motivation) -Mesure du CO dans l'air expiré + <i>Feedback</i> -Recrutement pour les ateliers collectifs 	<p>Amener les lycéens fumeurs, grâce à l'intervention brève à base d'entretien motivationnel, à résoudre l'ambivalence quant au changement et à augmenter leur motivation, leur proposer de participer à un atelier collectif d'aide à la motivation (2 séances)</p>	<p>NORMES SOCIALES</p> <p>ESPRIT DE L'EM</p> <p>EMPATHIE</p> <p>MOTIVATION AU CHANGEMENT</p> <p>READINESS TO CHANGE (RTC)</p> <p>DISSONANCE COGNITIVE</p> <p>SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE</p> <p>RISQUES PERÇUS</p> <p>CONNAISSANCE</p>
ATELIERS COLLECTIFS D'AIDE À LA MOTIVATION	SÉANCE 1		
	<p>Engager les participants</p> <ul style="list-style-type: none"> -Donner les objectifs de l'atelier -Établir en commun les règles de l'atelier -Se présenter et dire quelque chose de positif sur soi + un objectif pour l'avenir (y compris l'animateur) 	<p>Créer une atmosphère sécurisante et chaleureuse permettant l'engagement des participants</p>	ESPRIT DE L'EM EMPATHIE
	<p>Explorer et corriger les croyances normatives</p> <ul style="list-style-type: none"> -Demander quel % de jeunes de 17 ans fume régulièrement du cannabis et du tabac. Faire des reflets. Encourager les hypothèses -Présenter le poster des estimations (enquête Escapad - Région Aquitaine). Leur demander de réagir. Refléter les divergences. Résumer l'ambivalence collective 	<p>Corriger les croyances normatives surestimant les normes sociales de consommation des pairs sans créer de résistance</p>	ESPRIT DE L'EM EMPATHIE NORME SOCIALE
	<p>Explorer les raisons de changer</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comparaison de leur cpt avec celui des pairs (« Comment la consommation de tabac de vos pairs se compare-t-elle avec vos propres situations ? ») -Exploration des raisons et motifs que se donnent leurs pairs ou amis qui fument ou non (ex : « Qu'est-ce qui se passerait s'ils ne fumaient pas ? » « Qu'est ce qui se passe pour ceux qui fument trop ? », etc.). Explorer tous les angles. -Explorer les conséquences négatives de la consommation à partir de ce qu'en disent les adultes (parents, enseignants) -Faire remplir (groupes de 2 ou 3) le tableau de balance décisionnelle : avantages/inconvénients du Statu quo (« je fume ») et du changement (« j'arrête »). Donner des infos concernant les freins à l'arrêt (méthode demander-fournir-demander, D-F-D) -Explorer l'importance du changement Faire passer individuellement l'échelle d'importance du changement 	<p>Amener les participants à résoudre leur ambivalence en créant une tension entre leur comportement actuel et leurs objectifs ou valeurs</p>	ESPRIT DE L'EM EMPATHIE DISSONANCE COGNITIVE DISCOURS-CHANGEMENT DISCOURS-MAINTIEN BALANCE DECISIONNELLE
	<p>Accroître la confiance dans le changement</p> <ul style="list-style-type: none"> -Faire passer l'échelle de confiance -Demander au groupe comment aider à accroître leur confiance 	<p>Augmenter le sentiment d'efficacité personnelle lié au changement cible</p>	ESPRIT DE L'EM EMPATHIE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE

	<p>-Obtenir des histoires de changement réussi et discuter de la manière, des processus. Comment s'en resserrer ?</p> <p>Explorer les forces et compétences</p> <p>« Boîte à outils » des forces personnelles. Chacun doit choisir les « forces » qui le décrivent le mieux à partir d'une liste. Les petits groupes doivent choisir 3 forces qui représentent le groupe et qu'ils veulent bien partager en plénière. Les jeunes viennent expliquer leur choix. Refléter les forces du groupe</p>		
	<p>Envisager l'action</p> <p>-En petits groupes, demander s'ils ont déjà mis en route le changement et comment ils peuvent générer une plus grande impulsion vers le changement.</p> <p>-Résumer la discussion du groupe dans lequel certains sont prêts à changer. Encourager l'expression des besoins, l'entraide. Focaliser sur les actions (même petits pas)</p>	<p>Amener les participants à élaborer un plan d'action</p>	<p>ESPRIT DE L'EM EMPATHIE MOTIVATION AU CHANGEMENT RTC INTENTION</p>
SÉANCE 2			
	<p>Élaborer un plan d'action (ou plan hypothétique de changement)</p> <p>- Donner le tableau « Ébauche du projet de changement » à chaque personne. Travailler ce plan 15 min seul. Présentation du projet au groupe, demander le niveau de confiance</p> <p>-Analyser le plan en groupe</p> <p>-Fournir des infos avec la méthode Demander-Fournir-</p> <p>Demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Précisions sur les Bénéfices à l'arrêt - Tactiques pour arrêter - Astuces pour gérer le manque - Se servir des expériences passées pour repérer les stimuli et trouver des solutions - Apprendre à gérer son stress pendant la période de manque - Proposer des aides internet ou applications <p>-Renforcer l'engagement, établir un petit pas vers le changement</p>	<p>Amener les participants à élaborer un plan d'action</p> <p>Renforcer l'engagement, favoriser les petits pas vers le changement</p>	<p>ESPRIT DE L'EM EMPATHIE MOTIVATION AU CHANGEMENT RTC INTENTION</p>

3.3.7 Le financement du programme

Le Souffle 64 bénéficie d'une convention pluriannuelle avec l'ARS qui contribue au financement de l'action à hauteur de 40 % environ. Le deuxième contributeur est la Fondation du Souffle (reversions des dons), puis viennent la Mildeca en région et les prestations demandées aux établissements scolaires. À cela s'ajoute la participation des bénévoles de l'association (voir Figure 1).

Le coût d'AsT par établissement est d'environ 1 500 euros (1 000 euros pour le forum et 500 euros pour l'atelier collectif).

Il comprend :

- les réunions de coordination avec l'établissement
- les rencontres avec les infirmières scolaires
- la coordination administrative
- le temps de préparation de l'action
- les déplacements
- la rémunération
 - des deux tabacologues du stand Tabac-Cannabis dont la durée moyenne est de 3h (Min=2h, Max=4h)
 - de l'animateur de l'atelier collectif (2 séances d'1h-1h15)
- l'évaluation en routine de l'action
- la rédaction d'un bilan de l'action

Le coût de la prestation demandée à l'établissement est de 80 €/h pour le forum et de 45 €/h pour les ateliers.

I FIGURE 1 I

Financement du programme Avenir sans Tabac (Source : document Souffle 64)



3.4 Synthèse des évaluations de programmes similaires

3.4.1 L'entretien motivationnel

3.4.1.1 Remarques préliminaires

À l'origine, la raison d'être de l'entretien motivationnel réside dans le besoin d'une approche non confrontationnelle qui permet de générer moins de résistance chez des consommateurs ambivalents, voire non motivés face au changement. Pour les premiers (ambivalents), l'objectif de l'EM est d'explorer et de résoudre l'ambivalence, pour les seconds (non motivés), il s'agit d'instiller de l'ambivalence grâce au style et aux techniques de l'EM.

Notons qu'il existe une très grande hétérogénéité des formats de l'EM (voir Tableau 2) et les modalités d'interventions de l'EM sont variées (en face-à-face, individuel ou en groupe ; par téléphone ou vidéoconférence ; par ordinateur). Les activités principales du programme AsT reposent sur un entretien motivationnel bref (BMI, stand Tabac-Cannabis) et un entretien motivationnel de groupe (GMI, atelier collectif).

I TABLEAU 2 I

Les différents formats d'entretiens motivationnels

Abrév.	Format	Traduction	Contenu	Exemples d'interventions
MI	Motivational Interviewing	Entretien Motivationnel	Entretien motivationnel standard (Individuel, comprenant l'« esprit », les techniques de l'EM) Pas de techniques additionnelles non motivationnelles	(McCambridge & Strang, 2004)
AMI	Adaptation of Motivational Interviewing	(Entretien Motivationnel Adapté)	Intervention qui incorpore des techniques additionnelles non motivationnelles tout en gardant l'EM (« esprit » et techniques) au cœur du traitement (Burke, Arkowitz, & Dunn, 2002)	(Walker, Roffman, Stephens, Wakana, & Berghuis, 2006) Voir plus bas les MET et GMET, qui sont les AMI les plus connues
BMI	Brief Motivational Interviewing	(Entretien motivationnel Bref)	Forme brève de l'EM (pouvant par exemple prendre la forme d'une session unique de 15 minutes)	Projet CHAT (D'Amico, Miles, Stern, & Meredith, 2008) Projet SafERteens (Cunningham <i>et al.</i> , 2012)
GMI	Group (ou Group-based) Motivational Interviewing	(Entretien Motivationnel de Groupe)	Entretien motivationnel adapté au groupe (Houck <i>et al.</i> , 2015)	(D'Amico <i>et al.</i> , 2012)
MET	Motivation Enhancement Therapy	(Thérapie d'Augmentation de la Motivation)	MET = <i>Feedback</i> personnalisé voire normatif (après une batterie de questionnaires) + MI (une des adaptations les + utilisées)	Teen Marijuana Check-Up ou TMCU (Walker <i>et al.</i> , 2006)
GMET	Group (ou Group-based) Motivation Enhancement Therapy	(Thérapie d'Augmentation de la Motivation de Groupe)	GMET = <i>Feedback</i> personnalisé + GMI	(LaChance <i>et al.</i> , 2009)
Integrated MI	Integrated Motivational Interviewing	(Entretien Motivationnel intégré)	Intervention combinant des éléments de l'EM à d'autres interventions distinctes, par exemple la TCC.	(Dupont, Candel, Kaplan, van de Mheen, & de Vries, 2015)

Rappelons également que plusieurs outils de codage (e.g., Misc, Miti) ont été développés pour évaluer, à partir des situations de discussion et le plus souvent sur la base d'enregistrements audio, la pratique de l'intervenant (empathie, fidélité à l'esprit de l'EM, comportement et utilisation de

techniques consistantes avec l'EM) et le changement de discours (discours-changement, discours-maintien) du bénéficiaire. Ces évaluations permettent :

- de mesurer et déterminer quels variables médiatisent les effets de l'EM (Apodaca & Longabaugh, 2009)
- d'évaluer l'intégrité de la mise en œuvre de l'EM (D'Amico *et al.*, 2012; McCambridge, Day, Thomas, & Strang, 2011; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson, & Miller, 2005; Pierson *et al.*, 2007)

Il existe également des outils d'auto-évaluation des comportements de l'animateur (e.g., échelle ITEM, Tremblay *et al.*, 2003).

3.4.1.2 Résultats des revues systématiques et des revues de littérature

Nous avons examiné les résultats des revues dédiées, c'est-à-dire évaluant l'efficacité de l'EM sur la consommation des SPA chez les jeunes. Parmi ces revues, on peut distinguer :

- 7 revues systématiques méta-analytiques (dont 2 Cochrane, voir Tableau 3)
- 3 revues de littérature (voir Tableau 4)

Nous avons également examiné les données d'autres revues systématiques non dédiées à l'EM mais incluant des interventions utilisant l'EM sur la consommation de SPA chez les jeunes (voir Tableau 5).

L'Annexe 2 rapporte certains résultats d'évaluations d'intervention utilisant l'EM.

I TABLEAU 3 I

Revues systématiques évaluant l'efficacité de l'EM sur la consommation de SPA chez les jeunes

Référence	Titre	Substance(s)	Population ciblée
(Foxcroft, Coombes, Wood, Allen, & Almeida Santimano, 2014) Cochrane	Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults	Alcool	Jeunes adultes
(Appiah-Brempong, Okyere, Owusu-Addo, & Cross, 2014)	Motivational Interviewing Interventions and Alcohol Abuse Among College Students: A Systematic Review	Alcool	Étudiants
(Carey, Scott-Sheldon, Carey, & DeMartini, 2007)	Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review	Alcool	Étudiants
(Grenard, Ames, Pentz, & Sussman, 2006)	Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems	SPA	Adolescents
(Jensen <i>et al.</i> , 2011)	Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review	SPA	Adolescents
(Mbuagbaw, Ye, & Thabane, 2012) Cochrane	Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV	SPA (parmi d'autres indicateurs de santé)	Jeunes porteurs du VIH
(Li <i>et al.</i> , 2015)	Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis	Drogues illicites	Adolescents

Synthèse des résultats

Globalement, les revues systématiques méta-analytiques relatives aux interventions utilisant l'EM pour réduire la consommation de SPA chez les adolescents ou les jeunes adultes (SPA : Jensen *et al.*, 2011 ; Alcool : Foxcroft *et al.*, 2014; TABAC: Stanton *et al.*, 2013) révèlent des tailles d'effets significatives, mais qui se révèlent assez faibles. La critique récurrente concernant ces méta-analyses met en avant le fait qu'elles combinent des études trop hétérogènes (formats d'EM, fidélité à l'EM, indicateurs d'efficacité).

Une revue de littérature systématique (Barnett *et al.*, 2012) montre que sur 59 interventions utilisant l'EM et visant l'usage de SPA chez les jeunes, 67% ont un effet significatif.

Utilisé seul, l'EM ne semble pas plus efficace que les autres interventions psychosociales (Smedslund *et al.*, 2011), mais nécessite moins de séances (meilleur rapport coût/efficacité). Intégré à d'autres interventions psychosociales plus intensives, l'EM améliore leur efficacité. Il permet de mieux préparer les bénéficiaires à des traitements plus intensifs.

I TABLEAU 4 I

Revue de littérature évaluant l'efficacité de l'EM sur la consommation de SPA chez les jeunes

Référence	Titre	Substance(s)	Population ciblée
(Tevyaw & Monti, 2004)	Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations	SPA	Adolescents
(Barnett <i>et al.</i> , 2012)	Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature	SPA	Adolescents
(Macgowan & Engle, 2010)	Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment	SPA	Adolescents

I TABLEAU 5 I

Autres revues systématiques non dédiées incluant des interventions utilisant l'EM sur la consommation de SPA chez les jeunes (liste non exhaustive)

Référence	Titre	Substance(s)	Pop.	Études incluses utilisant l'EM et ciblant une population jeune
(Dunn, Deroo, & Rivara, 2001)	The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review	SPA	jeunes (< 18 ans) et adultes (>18 ans)	3 études (Aubrey, 1998; Colby <i>et al.</i> , 1998; Monti <i>et al.</i> , 1999)
(Heckman, Egleston, & Hofmann, 2010; Strang & McCambridge, 2004)	Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis	Tabac	Jeunes et adultes	8 ciblant des adolescents parmi 35
(Grimshaw, Stanton, & Lancaster, 2006)	Tobacco cessation interventions for young people	Tabac	Jeunes	11 études (Baird <i>et al.</i> , 2007; Brown <i>et al.</i> , 2003; Colby <i>et al.</i> , 2005; Favrod <i>et al.</i> , 2013; Hollis <i>et al.</i> , 2005; Horn, Dino, Hamilton, & Noerachmanto, 2007; Houck <i>et al.</i> , 2015; Kelly & Lapworth, 2006; Longshore, Grills, & Annon, 1999; McNally, Palfai, & Kahler, 2005; Peterson <i>et al.</i> , 2009; Saunders & Wilkinson, 1995; Sobell & Sobell, 2013)

(Stanton & Grimshaw, 2013)	Tobacco cessation interventions for young people	Tabac	Jeunes	1 étude (McCambridge, Hunt, Jenkins, & Strang, 2011)
(Faggiano, Minozzi, Versino, & Buscemi, 2014)	Universal school-based prevention for illicit drug use	Drogues illicites	Jeunes	1 étude (McCambridge, Hunt, <i>et al.</i> , 2011)
(Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a)	Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people	Alcool	Jeunes	1 étude (Harris, Catley, Good, Cronk, <i>et al.</i> , 2010)
(Foxcroft & Tsertsvadze, 2011b)	Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people	Alcool	Jeunes	(D'Amico <i>et al.</i> , 2008)
(Foxcroft & Tsertsvadze, 2011c)	Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people	Alcool	Jeunes	(D'Amico <i>et al.</i> , 2008)
(Guillemont, Clément, Cogordan, & Lamboy, 2013)	Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature	Alcool	Jeunes	(Baer, Kivlahan, Blume, McKnight, & Marlatt, 2001; Carey, Carey, Maisto, & Henson, 2006; Longabaugh <i>et al.</i> , 2001; Marlatt <i>et al.</i> , 1998)
(Hill, 2008)	Adolescent Substance Use Prevention Interventions Outside of Classroom Settings	SPA	Adolescents	(D'Amico & Edelen, 2007; D'Amico <i>et al.</i> , 2005)
(Lemstra <i>et al.</i> , 2010)	A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up	Tabac	Jeunes	(Peterson, Kealey, Mann, Marek, & Sarason, 2000)
(Lindson-Hawley, Thompson Tom, & Begh, 2015)	Motivational interviewing for smoking cessation	Tabac	Jeunes et adultes	(Harris, Catley, Good, & Cronk, 2010; Rohsenow <i>et al.</i> , 2014; Tevyaw & Monti, 2004)
(Mbuagbaw, Ye, & Thabane, 2012)	Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV	Cannabis Alcool	Jeunes porteurs du VIH	(Murphy, Chen, Naar-King, & Parsons, 2012; Naar-King <i>et al.</i> , 2006)
(Moreira, Smith, & Foxcroft, 2009) Cochrane	Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students	Alcool	Étudiants	(Baer <i>et al.</i> , 2001; Borsari & Carey, 2005; Carey <i>et al.</i> , 2006; Larimer <i>et al.</i> , 2001; Marlatt <i>et al.</i> , 1998; Michael, Curtin, Kirkley, Jones, & Harris Jr, 2006; Murphy <i>et al.</i> , 2001)
(Smedslund <i>et al.</i> , 2011)	Motivational interviewing for substance abuse	SPA	Jeunes et adultes	(Barnett, 2007; Bernstein, 2009; Borsari, 2005; Carey, 2006; Carroll, 2006b; D'Amico, 2008; Feldstein, 2007; Marsden, 2006; Martin, 2008; Mastroleo, 2010; McCambridge, 2008; Naar-King, 2007; Peterson, 2006; Schaus, 2009; Thush, 2009; Walker, 2006; Walters, 2009; White, 2006; Winters, 2007; Wood, 2007)
(Tait & Hulse, 2003)	A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug	SPA	Adolescents	8 études sur 11 relèvent de l'EM
(Thomas, McLellan, & Perera, 2013)	School-based programmes for preventing smoking	Tabac	Jeunes	(McCambridge, Hunt, <i>et al.</i> , 2011)

3.4.1.3 Facteurs médiateurs des effets de l'EM sur la consommation de SPA

Dans la littérature sur l'EM, il existe peu d'études ayant réalisé des analyses statistiques de médiation.

Une méta-analyse a passé en revue les évaluations ayant mesuré des construits pouvant potentiellement médier les effets de l'EM sur la consommation de SPA (Apodaca & Longabaugh, 2009). Il se dégage :

- 4 construits relatifs au comportement du thérapeute ou conseiller
 - l'« Esprit » de l'EM (collaboration, évocation, autonomie, acceptation)
 - les comportements consistants avec l'EM (MI-Consistent behaviors = MICO)
 - les comportements non-consistants avec l'EM (MI-Inconsistent behaviors = MIIN)
 - l'utilisation de techniques spécifiques (e.g., la balance décisionnelle)
- 5 construits liés au client
 - le discours Changement/l'intention de changer
 - la préparation au changement
 - l'implication/l'engagement
 - la résistance
 - l'expérience de la dissonance

Selon les auteurs, l'examen de la littérature montre que les médiateurs les plus probables sont (+ : lié à de meilleurs résultats ; - : lié à de moins bons résultats) :

- le discours-changement (+) et l'expérience de la dissonance (+) chez le client,
- les comportements inconsistants avec l'EM (-) et l'utilisation de la balance décisionnelle (+) chez le thérapeute.

D'autres revues ou évaluations d'interventions ont également montré que l'« Esprit » de l'EM (+) était un bon candidat à la médiation (Copeland *et al.*, 2015; D'Amico *et al.*, 2015), tout comme le sentiment d'auto-efficacité du client (+) (LaChance *et al.*, 2009), le « *Readiness-To-Change* » (+) (Carey *et al.*, 2007) et les normes sociales (-) (Reid *et al.*, 2015).

3.4.1.4 EM bref

De nombreuses études montrent que les interventions brèves adoptant l'approche de l'EM ont un effet sur la consommation de SPA (e.g., Tabac : Colby *et al.*, 2005; Cannabis : Stein *et al.*, 2008 ; projet Chat, D'Amico *et al.*, 2008), tout comme certaines revues systématiques (SPA : Dunn *et al.*, 2002; Alcool : Vasilaki *et al.*, 2006).

Kulesza *et al.* (2010) montrent qu'un EM bref de 10 minutes seulement a un effet significatif sur la consommation d'alcool 4 semaines après l'intervention.

Dans une revue systématique Cochrane évaluant l'efficacité de l'EM sur l'arrêt du tabac (Lindson-Hawley *et al.*, 2015), l'efficacité est plus grande pour les sessions courtes (<20min.) et les sessions uniques ont un effet similaire aux interventions proposant plusieurs sessions.

3.4.1.5 EM adapté au groupe

Selon Longshore *et al.* (1999), l'objectif de l'EM adapté au groupe est « d'opérer une synergie entre les stratégies de l'EM et des facteurs thérapeutiques liés au groupe (e.g., apprentissage par imitation, cohésion du groupe, instillation de l'espoir, conscience d'une condition universellement

partagée, altruisme) afin d'évoquer le discours-changement parmi les membres du groupe et entre les membres du groupe ». ¹

L'EM adapté au groupe repose sur une stratégie innovante, prometteuse, mais encore récente :

- Il n'existe pas de revue systématique ou de méta-analyse dédiées à l'efficacité de l'EM de groupe, même si certaines revues non dédiées incluent des interventions utilisant l'EM de groupe (Jensen *et al.*, 2011)
- Il y a encore trop peu d'études utilisant l'essai contrôlé randomisé (ECR) pour évaluer ces interventions auprès des jeunes (LaChance *et al.*, 2009)
- On a peu de recul sur les mécanismes à l'œuvre dans ces groupes (LaChance *et al.*, 2009 ; Webber, Gabriele, Tate, & Dignan, 2010)

L'EM adapté au groupe a fait l'objet d'un ouvrage traduit en français (Longshore *et al.*, 1999) et une formation est proposé par l'AFDEM.

On observe des résultats prometteurs de l'EM adapté au groupe pour la population étudiante aux États-Unis, notamment pour les étudiants qui sont dans l'obligation de suivre un traitement suite à une sanction (au sein de leur campus) liée à la consommation de SPA (« *adjudicated students* » ou « *Mandated college students* ») (Fromme & Corbin, 2004; LaBrie, Lamb, Pedersen, & Quinlan, 2006).

Lorsqu'on examine les études comparant l'EM individuel et l'EM de groupe, on observe des résultats peu convergents :

- Alors qu'une méta-analyse (Carey, Scott-Sheldon, Carey, & DeMartini, 2007) met en évidence un bénéfice plus grand pour le format individuel comparativement à celui de groupe, plusieurs études ne montrent aucune différence entre les deux (Nyamathi *et al.*, 2010 ; Sobell *et al.*, 2009).
- Une autre étude avance qu'une combinaison des 2 approches serait appropriée (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen, 2005).

On constate que l'EM de groupe est coût-efficace. Si les interventions individuelles et les interventions délivrées en groupe ont des résultats similaires, il pourrait y avoir un avantage de coût-efficacité pour le format de groupe (Sobell *et al.*, 2009).

Notons enfin que ce format requiert de grandes compétences de la part de l'animateur pour neutraliser de possibles effets iatrogènes liés à la dynamique de groupe (indices verbaux et non verbaux pendant la session qui peuvent renforcer l'orientation « déviante » des jeunes) et à la gestion de jeunes difficiles. Cela pose la question des modalités de constitution du groupe.

¹ Évaluations d'interventions utilisant l'EM de groupe auprès des jeunes (N=42, non exhaustif) : (Baer *et al.*, 1992 ; Bailey, 2004 ; Battjes *et al.*, 2004 ; Breslin, Li, Sdao-Jarvie, Tupker, & Ittig-Deland, 2002 ; Buchanan, 2009 ; Carey *et al.*, 2007 ; Cimini *et al.*, 2009 ; D'Amico *et al.*, 2015 ; D'Amico *et al.*, 2013 ; D'Amico *et al.*, 2011 ; D'Amico, Hunter, Miles, Ewing, & Osilla, 2013 ; D'Amico, Osilla, & Hunter, 2010 ; D'Amico *et al.*, 2012 ; Enea & Dafinoiu, 2009 ; Fromme & Corbin, 2004 ; Godley *et al.*, 2010 ; Hjorthøj *et al.*, 2008 ; Holstad, Dilorio, Kelley, Resnicow, & Sharma, 2011 ; Hustad *et al.*, 2014 ; Kia-Keating, 2009 ; Knight *et al.*, 2003 ; LaBrie, Feres, Kenney, & Lac, 2009 ; LaBrie *et al.*, 2008 ; LaBrie, Huchting, *et al.*, 2009 ; LaBrie *et al.*, 2006 ; LaBrie, Pedersen, Lamb, & Quinlan, 2007 ; LaBrie, Thompson, Huchting, Lac, & Buckley, 2007 ; LaChance *et al.*, 2009 ; Larimer *et al.*, 2001 ; Lhakhang, Lippke, Knoll, & Schwarzer, 2015 ; Michael *et al.*, 2006 ; R. T. Murphy, Rosen, Cameron, & Thompson, 2002 ; O'Leary *et al.*, 2002 ; Pensuksan, Taneepanichskul, & Williams, 2010 ; Santa Ana, Lamb, Morgan-Lopez, & LaRowe, 2014 ; Schmiede, Broadus, Levin, & Bryan, 2009 ; Stern, Meredith, Gholson, Gore, & D'Amico, 2007 ; Viner, Christie, Taylor, & Hey, 2003 ; Walters, Bennett, & Miller, 2000 ; Walters, Gruenewald, Miller, & Bennett, 2001 ; Walters, Ogle, & Martin, 2002 ; Woodruff, Conway, Edwards, Elliott, & Crittenden, 2007).

3.4.2 Autres stratégies d'action utilisées dans le programme

3.4.2.1 *Le feedback personnalisé*

Dans le cadre d'une intervention ciblant les addictions, un *feedback* personnalisé consiste à présenter au participant les résultats de la passation d'échelles sous forme synthétique (score de dépendance, d'usages problématiques, etc.). Même si une revue systématique montre que l'ajout d'un *feedback* personnalisé n'apporte rien à un EM en termes d'efficacité (Barnett *et al.*, 2012), le format "*Feedback* personnalisé + EM Bref" est l'un des plus utilisés (e.g., MET=*Motivational Enhancement Therapy*) et a montré son efficacité à de nombreuses reprises (e.g., Cannabis Check-up : Martin & Copeland, 2008).

3.4.2.2 *La mesure du taux de CO*

Une revue systématique Cochrane (Bize *et al.*, 2012) montre qu'un *feedback* relatif à une mesure de CO dans l'air expiré (seul ou ajouté à une intervention) n'a pas d'effet sur l'arrêt du tabac.

3.4.2.3 *Le feedback normatif*

Plusieurs articles montrent que lorsqu'on ajoute un *feedback* normatif (corrigeant de fausses normes de consommation) à un EM, l'intervention est plus efficace (e.g., Davis *et al.* 2016 ; Doumas *et al.*, 2014).

I FIGURE 2 I Synthèse de la revue de littérature



3.5 Modélisation du programme

3.5.1 Modélisation théorique

L'objectif général du programme AsT est d'amener de jeunes fumeurs de cigarettes/cannabis à diminuer ou arrêter leur consommation. Il repose sur les effets attendus de l'entretien motivationnel (EM) et des techniques qui lui sont associées, du *feedback* personnalisé sur la consommation et du *feedback* normatif.

L'effet du programme sur la consommation est médiatisé par des déterminants directement ciblés par les activités du programme.

Le programme vise un impact sur les comportements de consommation par la mise en œuvre d'activités réputées avoir un effet sur :

- Le discours lié au changement (diminution du discours-maintien, augmentation du discours-changement et discours-engagement)
- La disposition au changement (augmentation de la motivation au changement, « *readiness to change* », intention de changer)
- Le sentiment d'auto-efficacité lié au comportement ciblé
- La dissonance ressentie entre le comportement actuel et les valeurs ou buts personnels
- Les normes sociales liées à la consommation des pairs

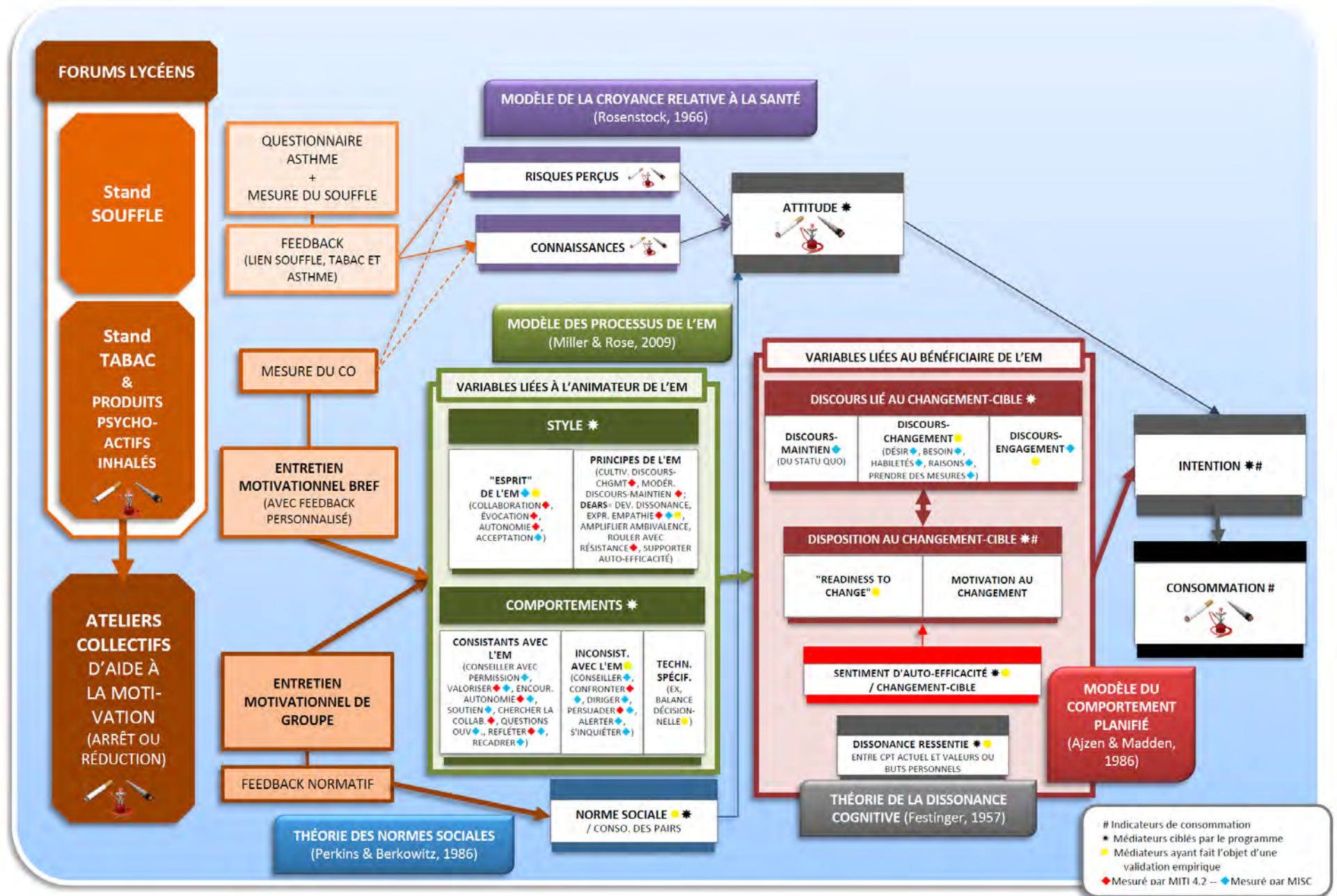
Les effets de l'EM dépendent du style et des comportements de l'animateur (esprit et principes de l'EM, comportements consistants ou non consistants avec l'EM, utilisation de techniques spécifiques).

Les théories ou modèles principaux qui sous-tendent la stratégie d'action du programme sont :

- le modèle des processus de l'EM (Miller & Rose, 2009)
- la théorie des normes sociales (Perkins & Berkowitz, 1986)
- la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957)
- le modèle du comportement planifié (Ajzen & Madden, 1986)
- le modèle de la croyance relative à la santé (Rosenstock, 1966)

La modélisation théorique du programme est représentée par la Figure 3.

I FIGURE 3 I Modélisation théorique du programme AsT



3.5.2 Modélisation logique

À partir des différentes informations recueillies au cours de la phase diagnostique (entretiens, questionnaires, observations de séances, analyse du matériel, revue de littérature), nous avons établi une modélisation logique du programme « Avenir sans Tabac » (voir Figure 4 pour une représentation de ce modèle) précisant les ressources, les bénéficiaires, les activités et les objectifs du programme.

AsT repose sur un forum installé dans lieu passant d'un établissement scolaire pendant la pause méridienne et qui propose la participation à deux stands : le stand Souffle et le stand Tabac-Cannabis. À la fin de la participation à ce 2^e stand, on propose aux fumeurs de participer à un atelier collectif de motivation au changement et à l'arrêt des consommations.

Parmi les 3 composantes du programme, les 2 composantes principales à évaluer sont le stand Tabac-Cannabis et l'atelier collectif d'aide à la motivation.

Le stand Souffle, qui poursuit des objectifs connexes (e.g. dépistage des affections respiratoires), nous intéresse surtout dans le sens où :

- il a un impact sur le recrutement des fumeurs qui passent d'abord par ce stand : effet de « double pied dans la porte » optimisant la probabilité que le jeune fumeur accepte l'entretien avec le tabacologue au stand Tabac-Cannabis (Dolinski, 2000)
- il fournit des informations à ces fumeurs qui peuvent, nous le verrons plus loin, avoir des effets potentiellement iatrogènes

La stratégie d'intervention du programme repose avant tout sur :

- les activités du stand Tabac-Cannabis, et notamment :
 - l'entretien motivationnel (EM) bref avec l'utilisation de différents outils (e.g. balance décisionnelle) animé par un tabacologue ou un intervenant formé à l'EM
 - le *feedback* personnalisé sur la consommation du participant
 - la mesure du CO, qui permet aussi de jouer sur l'envie des jeunes de connaître leur taux de CONotons que ce stand permet également de favoriser (mécanisme d'engagement) le recrutement des fumeurs pour les ateliers collectifs d'aide à la motivation
- les activités de l'atelier collectif, et notamment :
 - l'entretien motivationnel adapté au groupe (de 2 séances d'1h) animé par un ou 2 intervenants formés à l'EM

Les bénéficiaires de l'intervention sont les fumeurs scolarisés dans l'établissement scolaire où se déroule le forum (lycées, et CFA dans une moindre mesure).

Les ressources humaines sont les suivantes :

- Stand Souffle : 2 bénévoles recevant une formation préalable du Souffle 64
- Stand Tabac-Cannabis : 2 tabacologues ou animateurs formés à l'entretien motivationnel
- Atelier collectif : 1 ou 2 animateurs par séance formés à l'entretien motivationnel

Les objectifs à court terme du programme sont d'impacter, à l'aide de l'entretien motivationnel (bref et de groupe), les déterminants de la consommation via le style et les comportements de l'animateur qui doit :

- suivre l'esprit et les principes de l'EM
- émettre des comportements consistants avec l'EM
- éviter les comportements non consistants avec l'EM
- utiliser des techniques spécifiques

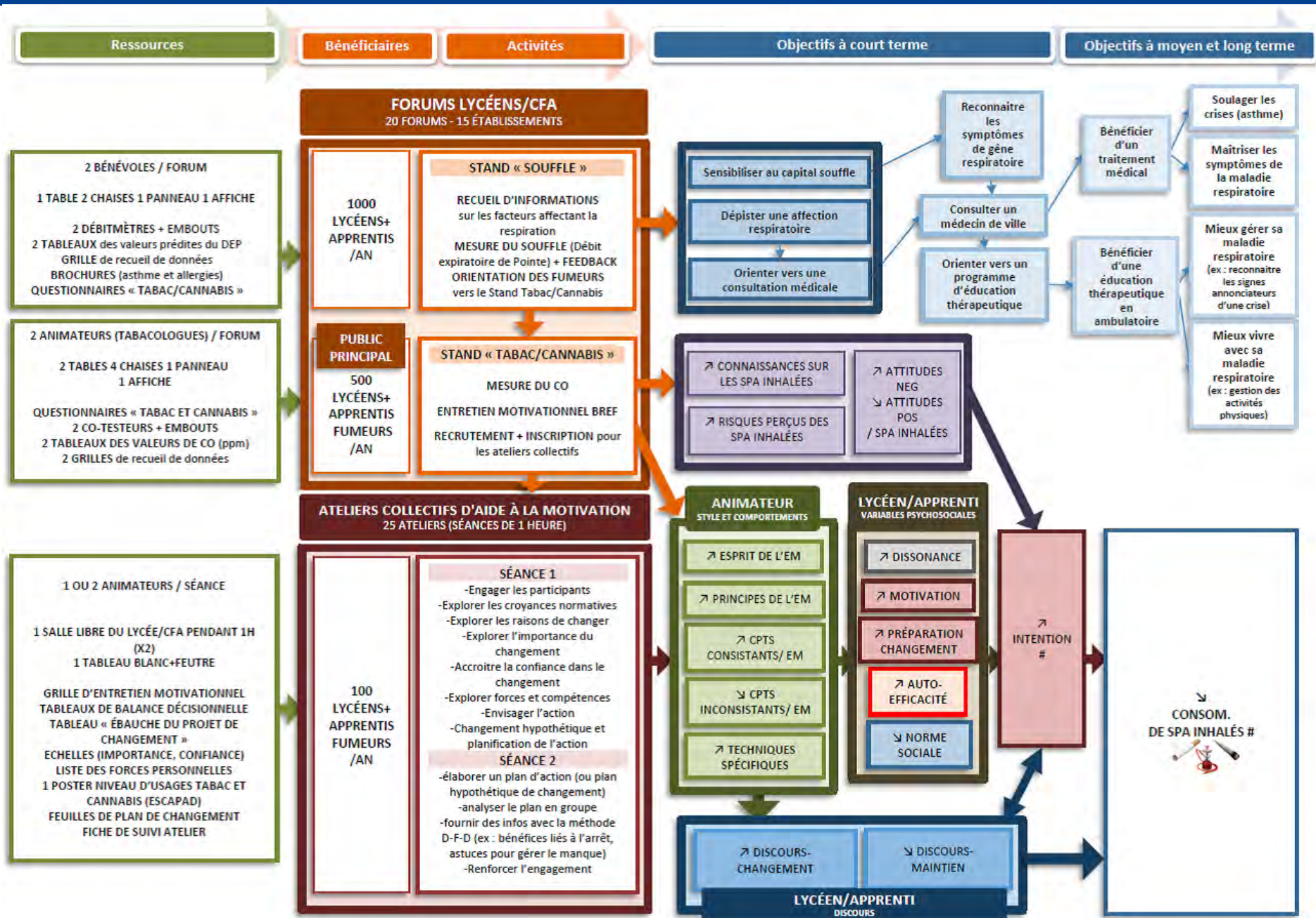
Les déterminants de la consommation des jeunes sont :

- des variables psychosociales
 - la dissonance ressentie
 - la motivation
 - la préparation au changement
 - l'auto-efficacité
 - les normes sociales
- des variables liées au discours
 - le discours-changement
 - le discours-maintien

L'objectif final du programme est d'avoir un effet sur la consommation des jeunes fumeurs (e.g. diminution de la consommation, tentatives d'arrêt, abstinence).

.

I FIGURE 4 I Modèle logique du programme « Avenir sans Tabac » pour l'année 2015-2016



3.6 Recommandations sur la mise en œuvre de l'intervention avant son évaluation

3.6.1 Le problème du recrutement pour les ateliers

3.6.1.1 Constat et impact sur l'évaluation

Nous avons constaté que le Souffle 64 avait des difficultés à recruter des fumeurs pour les ateliers collectifs.

Ce constat peut avoir un impact sur l'évaluation (manque de puissance statistique pour détecter les effets du programme) et sur le programme lui-même (problème pour atteindre la population ciblée).

3.6.1.2 Observations

On a pu observer que les tabacologues intervenant sur le stand « Tabac/Cannabis » ne proposent les ateliers qu'aux lycéens motivés à l'arrêt ou qui se disent prêts à s'arrêter.

Or, un examen de la littérature montre qu'on peut proposer les ateliers d'aide à la motivation aux jeunes qui ne sont pas prêts à s'arrêter, l'EM étant efficace quelle que soit l'attitude préalable des participants à l'égard du changement (voir Annexe 4 pour l'argumentaire complet) :

- 1) De nombreuses études montrent que l'EM est efficace lorsqu'on cible des participants (généralement des étudiants ayant enfreint le règlement d'une université relativement à l'usage de SPA) qui sont dans l'obligation de participer à l'intervention (« *mandated* » ou « *adjudicated students* » ; e.g., Carey *et al.*, 2011).
- 2) Une revue systématique Cochrane relative à l'effet de l'entretien motivationnel sur l'arrêt du tabac (Lindson-Hawley *et al.*, 2015) montre que la taille de l'effet des 5 interventions ne recrutant que des participants déjà motivés à faire une tentative d'arrêt (Cigrang *et al.*, 2002; Hollis *et al.*, 2007; Wu *et al.*, 2009; Bastian *et al.*, 2013; Lindqvist *et al.*, 2013; Okuyemi *et al.*, 2013) est similaire à celle de l'ensemble des interventions incluses dans la revue.
- 3) Une revue systématique concernant la place de l'attitude à l'égard du changement dans l'EM adapté (AMI visant la consommation de SPA ; Wells, Smyth, & Brown, 2012) aboutit à la conclusion suivante : on ne peut dire avec certitude que l'attitude préalable à l'égard du changement (opérationnalisée de diverses manières : *Readiness to Change*, motivation au changement, auto-efficacité, etc.) modère les effets de l'EM sur la consommation de SPA.
- 4) D'autres articles ont montré que l'attitude ou la motivation au changement préalable à l'intervention ne modèrerait pas les effets de l'EM ou bien que l'EM était d'autant plus efficace que les participants ressentaient de la colère (*Project Match Research Group*, 1997) ou étaient peu disposés au changement avant l'intervention (Baird *et al.*, 2007)

3.6.1.3 Recommandations

Suite à ce constat et à ces observations, nous avons recommandé d'élargir le recrutement (pour les ateliers collectifs) aux jeunes qui ne sont pas prêts ou peu motivés au changement.

3.6.1.4 Suivi des recommandations

Les recommandations ont été acceptées et cet élargissement du recrutement a été appliqué.

3.6.2 Le problème de l'hétérogénéité de la pratique de l'EM

3.6.2.1 Constat et impact sur l'évaluation

L'observation des séances nous a conduit au constat qu'il pouvait y avoir une certaine hétérogénéité dans la pratique de l'entretien motivationnel de l'équipe des intervenants.

Ce problème peut nuire à la fidélité et à la qualité de délivrance du programme selon les intervenants.

3.6.2.2 Observations

Durant l'observation d'un forum, nous avons constaté qu'un tabacologue émettait plus de comportements non consistants avec l'entretien motivationnel (MIIN) qu'un autre (ex : en fournissant des conseils sans la technique Demander-Fournir-Demander).

La littérature nous montre que les comportements qui sont inconsistants avec l'approche de l'EM (et déjà identifiés par les divers systèmes de codage de l'EM = Miti ou Misc) médiatisent les effets de l'EM sur l'usage de SPA : moins ils sont présents, plus l'EM est efficace et plus l'usage de SPA diminue (Apodaca *et al.*, 2009).

3.6.2.3 Recommandations

Nous encourageons la mise en place d'une formation commune aux différents intervenants délivrant le programme pour harmoniser les pratiques, faire la liste des ingrédients actifs de l'EM et repérer les comportements à éviter de la part de l'intervenant (MIIN, notamment).

3.6.2.4 Suivi des recommandations

Suite à cette recommandation, une formation de l'équipe délivrant le programme AsT auprès des lycéens (stand tabac+ateliers) a été organisée (23 juin 2016). L'objectif de cette formation était l'harmonisation des pratiques et des consignes entre les intervenants. Elle a été l'occasion de faire des rappels sur l'esprit et les techniques de l'EM, de délivrer des messages clés sur ce qui doit être évité lors d'un EM, notamment d'après les manuels de codage Miti 4.2 et Misc 2.1 (persuader, confronter, conseiller sans permission, alerter [« Warn »], manifester une inquiétude, etc.).

3.6.3 Le problème du lien entre la mesure du souffle et le tabagisme

3.6.3.1 Constat et impact sur l'évaluation

On a pu constater que les consignes de *feedback* de la mesure du souffle par les bénévoles (débit expiratoire de pointe : DEP) n'était pas assez claire, en particulier sur le lien entre cette mesure et le tabagisme (forum lycéen, stand « Souffle »).

Cela pouvait potentiellement engendrer des effets iatrogènes pour les fumeurs et entraîner une perte de participants pour le stand « Tabac-Cannabis » et, en second lieu, une perte d'effectif pour détecter les effets du programme.

3.6.3.2 Observations

Lors de notre observation du forum, les 2 retraitées bénévoles du stand souffle ne clarifiaient pas le lien entre le tabagisme et la mesure du souffle du stand (DEP). En effet, elles oubliaient de dire que cette mesure n'était affectée par le tabagisme qu'après une certaine ancienneté de consommation (e.g. Medabala *et al.*, 2013), ce qui pouvait engendrer un effet iatrogène pour les fumeurs qui avaient un débit normal et qui pouvaient se dire : « Je fume (voire je fume tous les jours) et on me dit que mon souffle est bon, donc je n'ai pas à m'inquiéter et je peux continuer... » (« et je ne vais pas au stand « Tabac-Cannabis »).

3.6.3.3 *Recommandations*

Il y avait nécessité d'inclure dans le protocole du programme (stand Souffle) une explication claire et scientifiquement fondée de l'effet du tabagisme sur la mesure effectuée sur le stand (DEP) : il fallait préciser notamment que le tabagisme affecte le DEP après une certaine ancienneté de consommation (e.g. Medabala *et al.*, 2013).

3.6.3.4 *Suivi des recommandations*

Suite à cette recommandation, le Souffle 64 a modifié le contenu de formation des bénévoles afin de prendre en compte les 3 points suivants :

- mieux définir la mesure du souffle du stand (ce qu'est le « débit expiratoire de pointe »)
- mieux expliquer le lien entre le DEP et le tabagisme (notamment l'effet du tabac sur cette mesure en fonction de l'ancienneté du tabagisme) ; une explication claire permettra sans doute d'éviter des effets iatrogènes chez les fumeurs qui ont peu d'ancienneté et qui ont encore une valeur « dans le vert » (dans la norme statistique)
- mieux expliquer à l'élève la catégorisation normative de la valeur du DEP (vert, orange, rouge) en tenant compte de son profil (tabagisme, ancienneté du tabagisme, asthme).

3.7 Proposition de protocole d'évaluation

3.7.1 Le design

Nous proposons une étude quasi-expérimentale contrôlée, avec une mesure avant l'intervention (baseline) et une mesure après l'intervention (3 mois après la baseline).

3.7.2 La population

Notre population était constituée des lycéens, apprentis et étudiants scolarisés dans les 15 établissements recevant un forum durant l'année scolaire 2016-2017 et ayant fumé une cigarette ou du cannabis au moins une fois dans les 30 derniers jours (fumeurs récents).

3.7.3 Les groupes d'intervention et de comparaison

Nous proposons que l'étude soit composée de 3 bras :

- un premier groupe d'intervention constitué de jeunes fumeurs de tabac et/ou de cannabis participant au stand Tabac-Cannabis mais ne participant pas aux ateliers collectifs d'aide à la motivation (groupe « AsT-Stand seul »)
- un deuxième groupe d'intervention constitué de jeunes fumeurs de tabac et/ou de cannabis participant au stand Tabac-Cannabis et aux ateliers collectifs d'aide à la motivation (groupe « AsT-Stand+Atelier »)
- un groupe contrôle constitué de jeunes fumeurs et/ou de cannabis ne participant ni au stand ni aux ateliers collectifs (groupe « Contrôle »)

3.7.4 Le recueil des données

3.7.4.1 *Deux temps de recueil de données*

Le recueil en baseline (t0) aurait lieu juste avant le passage au Stand Tabac-Cannabis pour les participants recevant le programme Avenir sans Tabac et pendant la semaine du forum pour les participants du groupe contrôle ; le recueil après l'intervention (t1) aurait lieu 3 mois après la baseline.

Les données de processus seraient recueillies après chaque passage d'un jeune au stand Tabac-Cannabis et après chaque séance de l'atelier collectif.

3.7.4.2 Les indicateurs

Les indicateurs principaux d'évaluation de l'efficacité seraient :

- Le niveau de consommation dans les 30 derniers jours (cigarettes, cannabis)
- Les tentatives d'arrêt (cigarettes, cannabis)
- L'abstinence depuis + de 7 jours (cigarettes, cannabis)

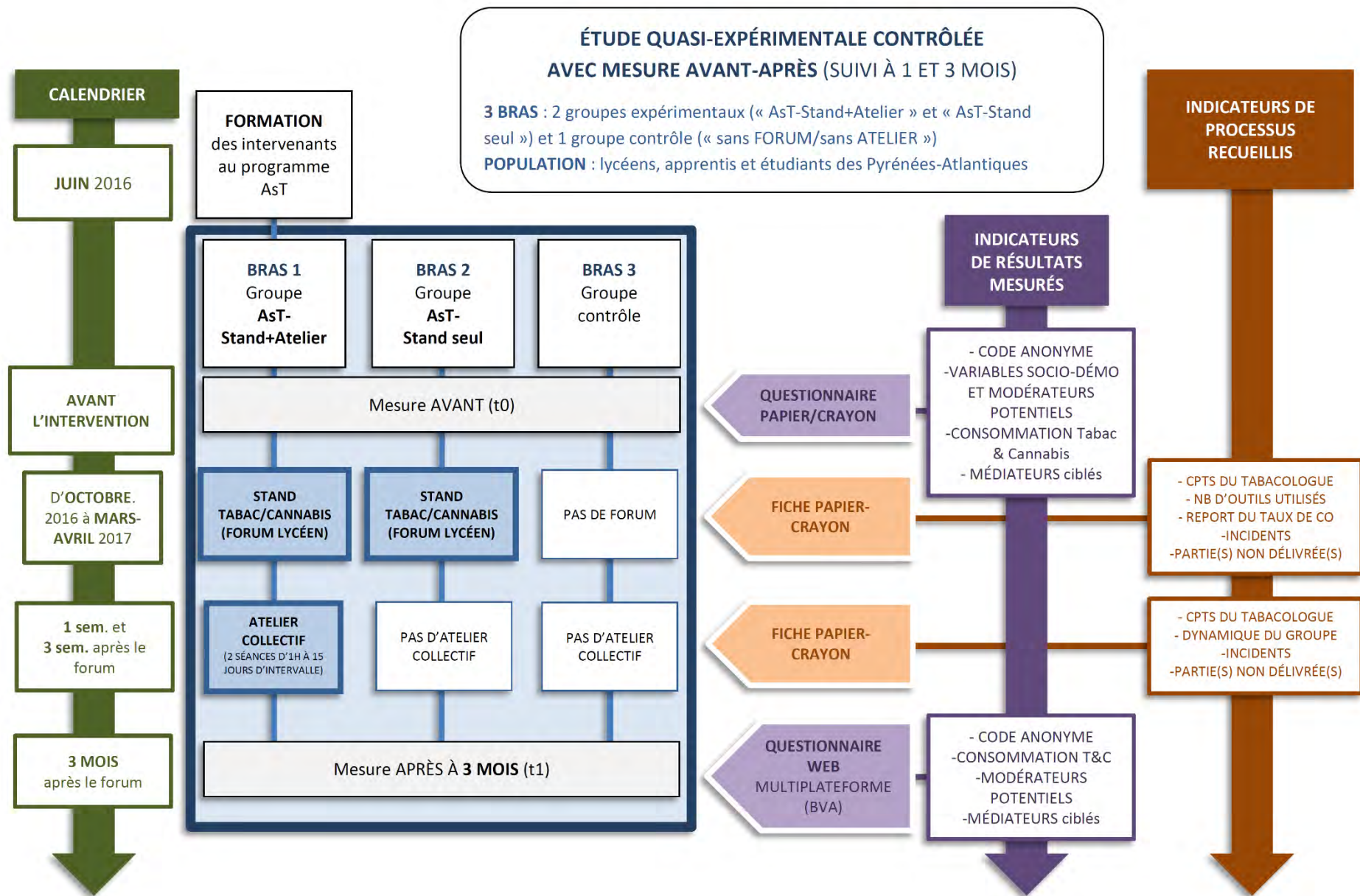
Les indicateurs secondaires seraient l'intention d'arrêt, l'auto-efficacité relative à l'arrêt et à la diminution de consommation et la consommation perçue des pairs.

Les données de processus concerneraient principalement les comportements adoptés par l'intervenant durant l'EM (stand et atelier), certaines mesures de consommation (taux de CO) et la dynamique du groupe lors de l'atelier.

3.7.4.3 Modalités du recueil des données

Nous proposons de réaliser le recueil des données et des indicateurs en t0 grâce à un questionnaire papier/crayon auto-administré et les mesures en t1 grâce à questionnaire web auto-administré multiplateforme (ordinateur, smartphone, tablette). Les données de processus seraient rapportées par l'intervenant sur une fiche « forum » après chaque passage d'un jeune au stand, et sur une fiche « atelier » après chaque séance de l'atelier.

I FIGURE 5 I Design de l'évaluation



3.8 Calendrier de l'évaluation

Les dates concernant les différentes tâches de l'évaluation sont consignées dans le Tableau 6.

I TABLEAU 6 I

Calendrier de l'évaluation

Tâches	Date
Phase de diagnostic	septembre 2015-mars 2016
Conception des outils d'évaluation	avril 2016-septembre 2016
Recrutement des établissements	avril 2016-septembre 2016
Formation des intervenants	juin 2016
Évaluation : mesure t0 (baseline) par vagues	octobre 2016 → avril 2017
Délivrance du programme par vagues	octobre 2016 → avril 2017
Évaluation : mesure t1 (suivi à 3 mois par vagues)	janvier-juillet 2017
Saisie des données	juillet/août 2017
Analyse statistique et traitement des données	septembre 2017-novembre 2017
Rédaction du rapport	décembre 2017-juillet 2018
Restitution orale des résultats au porteur de projet	juin 2018
Remise du rapport écrit à la Mildeca	juillet 2018

4. ÉVALUATION D'EFFICACITÉ

4.1 Objectif et hypothèses

Cette étude consistait à évaluer les effets du programme « Avenir sans Tabac » sur les comportements de consommation de lycéens, d'apprentis et d'étudiants consommateurs récents de cigarettes ou de cannabis.

Plus précisément, l'objectif de cette étude était de tester 4 hypothèses générales concernant les effets du programme, hypothèses dérivées de la modélisation théorique du programme et de la revue de littérature.

Les hypothèses générales étaient les suivantes :

1. AsT réduit le niveau de consommation de cigarettes/cannabis
2. AsT augmente les tentatives sérieuses (au moins 24h) d'arrêt de la cigarette/du cannabis
3. AsT augmente l'abstinence (cigarettes/cannabis)
4. AsT a un effet positif sur les déterminants des comportements de consommation de SPA, à savoir les variables intermédiaires ciblées directement par l'intervention.

Le programme :

- Augmente l'intention d'arrêter de consommer la cigarette/le cannabis
- Augmente le sentiment d'efficacité personnelle liée à l'arrêt de la consommation de cigarettes/cannabis
- Augmente le sentiment d'efficacité personnelle liée à la diminution de la consommation de cigarettes/cannabis
- Diminue la consommation perçue des jeunes du même âge (cigarettes/cannabis)

Les hypothèses générales et spécifiques sont présentées de façon plus détaillée dans le Tableau 7.

I TABLEAU 7 I

Hypothèses générales et spécifiques de l'étude

	INDICATEURS	HYPOTHÈSES GÉNÉRALES	HYPOTHÈSES SPÉCIFIQUES		
EFFETS D'AST SUR LES INDICATEURS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES Cible : consommateurs récents de cigarettes (resp., de cannabis)	CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES INHALÉES (indicateurs principaux)	AsT réduit la consommation de SPA inhalées	1. AsT réduit la consommation de cigarettes (resp., de cannabis)		
		AsT augmente l'arrêt de consommation des SPA inhalées	2. AsT augmente les tentatives d'arrêt de cigarettes (resp., de cannabis)		
			3. AsT augmente l'abstinence (de la cigarette, resp. du cannabis)		
	VARIABLES PSYCHOSOCIALES INTERMÉDIAIRES (indicateurs secondaires)	AsT a un effet positif sur les variables intermédiaires ciblées directement par l'intervention	INTENTION D'ARRÊT	4. AsT augmente l'intention d'arrêter la cigarette (resp., le cannabis)	
			SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE	5. AsT augmente le sentiment d'être capable d'arrêter la consommation de cigarettes (resp., de cannabis)	
				6. AsT augmente le sentiment d'être capable de diminuer la consommation de cigarettes (resp., de cannabis)	
			CONSOMMATION PERÇUE DES PAIRS	7. AsT diminue la consommation perçue des pairs (de cigarettes, resp. cannabis)	

4.2 Méthode

4.2.1 Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude quasi-expérimentale contrôlée avec une mesure avant l'intervention (baseline) et une mesure de suivi après l'intervention (3 mois après la baseline).

4.2.1.1 Constitution des groupes de l'étude

Les jeunes, selon qu'ils recevaient ou ne recevaient pas l'intervention Avenir sans Tabac (AsT), étaient recrutés différemment :

- Les jeunes recevant l'intervention (groupe « AsT ») étaient recrutés lorsqu'ils se présentaient volontairement, lors du forum, devant le stand Tabac-Cannabis pour avoir un entretien individuel avec un des professionnels spécialistes des addictions présents. Avant d'être reçu par ce professionnel, la coordinatrice du Souffle 64, placée à proximité du stand, présentait à chaque jeune la note d'information concernant l'étude et lui proposait de signer le formulaire de consentement (impliquant la passation de 2 questionnaires, le 1^{er} avant le stand et un autre 3 mois plus tard). Elle lui demandait ensuite de remplir le questionnaire pré-intervention. Une fois l'entretien passé, le professionnel proposait aux fumeurs récents de participer à l'atelier collectif ayant lieu dans l'établissement les semaines suivantes. Les participants de l'étude qui acceptaient de participer à l'atelier collectif constituaient le groupe « AsT-Stand+Atelier » ; les participants de l'étude qui refusaient de participer à l'atelier constituaient le groupe « AsT-Stand seul ». On ne retenait finalement pour nos analyses que les participants rapportant une consommation *récente* de cigarettes et/ou de cannabis (au - 1 usage dans les 30DJ).
- Les jeunes ne recevant pas l'intervention (groupe « Contrôle ») étaient recrutés dans plusieurs classes du même établissement scolaire, durant les jours qui suivaient le forum AsT (voir le chapitre 4.2.2.1 concernant le choix des classes « contrôle »). Dans chaque classe « contrôle », l'infirmière scolaire distribuait à chaque élève la note d'information et le formulaire de consentement à signer. Elle demandait ensuite aux jeunes ayant accepté de participer à l'étude de remplir le questionnaire pré-intervention. Comme dans le groupe « AsT », on ne retenait pour nos analyses que les participants rapportant une consommation *récente* de cigarettes et/ou du cannabis et on écartait les élèves de la classe qui avaient participé au stand Tabac-Cannabis.

L'étude était ainsi composée de 3 bras :

- un premier groupe d'intervention constitué de jeunes fumeurs récents de cigarettes et/ou de cannabis participant au stand Tabac-Cannabis mais ne participant pas aux ateliers collectifs d'aide à la motivation (**groupe « AsT-Stand seul »**)
- un deuxième groupe d'intervention constitué de jeunes fumeurs récents de cigarettes et/ou de cannabis participant au stand Tabac-Cannabis et participant aux ateliers collectifs d'aide à la motivation (**groupe « AsT-Stand+Atelier »**)
- un groupe contrôle constitué de jeunes fumeurs récents de cigarettes et/ou de cannabis ne participant ni au stand ni aux ateliers collectifs (**groupe « Contrôle »**)

4.2.1.2 Deux temps de recueil de données

La mesure en baseline (t0) avait lieu juste avant le passage au stand Tabac-Cannabis pour les participants recevant le programme Avenir sans Tabac et pendant la semaine du forum pour les participants du groupe contrôle (passation en classe). Le suivi (t1) avait lieu 3 mois après la baseline (t0).

4.2.2 Sites et population de l'étude

L'étude s'est déroulée dans 15 établissements des Pyrénées-Atlantiques (13 lycées et 2 CFA).

La population ciblée était les fumeurs récents de tabac et/ou de cannabis (au moins un usage dans les 30 derniers jours) scolarisés dans ces établissements. Ils étaient lycéens pour la plupart, certains étaient apprentis en alternance et un petit nombre suivait une formation supérieure (e.g. BTS) hébergée dans le lycée participant à l'étude.

4.2.2.1 Recrutement des classes contrôle

Le recrutement des classes contrôle avait lieu dans chacun des établissements qui accueillait le programme AsT (forum + atelier).

Dans chaque établissement de l'étude, on affectait aléatoirement au groupe contrôle 2 classes par niveau (par exemple au lycée : 2^{de}, 1^{re} et terminale et enseignement supérieur si présent). La passation assurée par l'infirmière scolaire durant la semaine du forum portait en moyenne sur 6 classes contrôles dans chaque établissement. On écartait les jeunes qui avaient participé au stand Tabac-Cannabis.

4.2.2.2 Échantillon

Répondants et appariement des mesures

Les données en baseline (t0) ont été collectées par vagues (selon les dates du forum) auprès de 1481 élèves de fin septembre 2016 à mars 2017.

1181 élèves dans les 66 classes « contrôle » ont rempli le questionnaire. Parmi les 1169 élèves de ces classes « contrôle » n'ayant pas participé au stand Tabac-Cannabis :

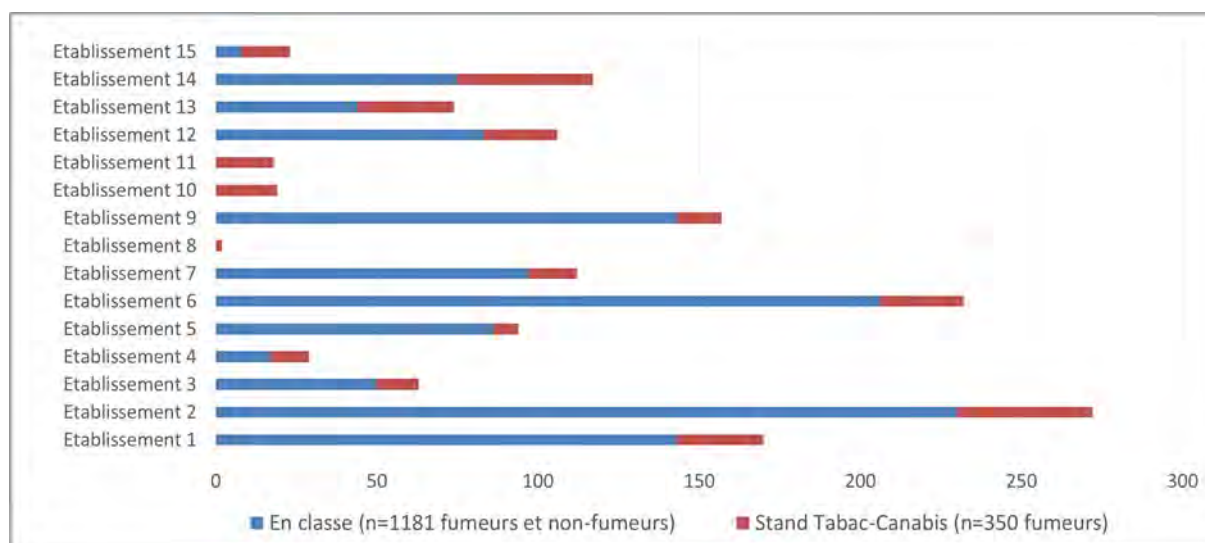
- 355 étaient des consommateurs récents de cigarettes (30,4 %)
- 168 étaient des consommateurs récents de cannabis (14,4 %)

Sur les 364 jeunes ayant participé au stand Tabac-Cannabis, 350 (96,2 %) ont répondu au questionnaire en t0. Parmi ces derniers :

- 292 fumeurs récents ont participé seulement au stand Tabac-Cannabis (292 fumeurs récents de cigarettes et 150 fumeurs récents de cannabis)
- 58 ont participé au stand Tabac-Cannabis et à un atelier d'aide à la motivation (58 fumeurs récents de cigarettes et 37 fumeurs récents de cannabis)

I FIGURE 6 I

Répondants de l'étude selon l'établissement



Les établissements scolaires ont été anonymisés

Les données du suivi (t1, 3 mois après le forum) ont été recueillies auprès de 626 élèves qui avaient déjà répondu en baseline (t0) :

- 196 questionnaires ont été appariés aux fumeurs récents en t0 ayant répondu dans une classe « contrôle » (190 appariés à des fumeurs récents de cigarettes en t0 et 112 à des fumeurs récents de cannabis en t0).
- 160 questionnaires ont été appariés aux fumeurs récents en t0 ayant participé seulement au stand Tabac-Cannabis (159 appariés à des fumeurs récents de cigarettes en t0 et 82 appariés à des fumeurs récents de cannabis en t0).
- 56 questionnaires ont été appariés aux fumeurs récents en t0 ayant participé au stand Tabac-Cannabis et à l'atelier collectif (53 appariés à des fumeurs récents de cigarettes en t0 et 29 à des fumeurs récents de cannabis en t0).

Procédure d'appariement des mesures

Les questionnaires du suivi à 3 mois (t1) ont été appariés aux questionnaires de la baseline (t0) à l'aide d'un code « élève » anonyme auto-généré (présent au début de chaque questionnaire) adapté de Galanti *et al.* (2007).

L'appariement a été optimisé grâce à un algorithme utilisant la distance de Levenshtein et permettant de prendre en compte de possibles erreurs de réponses dans la génération du code (voir Annexe 16 pour le détail de la procédure d'appariement).

Échantillons d'analyses

Les participants recrutés pour les ateliers ayant a priori un profil particulier (plus dépendants et avec des niveaux de consommation plus importants), nous avons réalisé 2 comparaisons séparées :

- Comparaison 1= « AsT- Stand seul » VERSUS « Contrôle »
- Comparaison 2= « AsT- Stand + Atelier » VERSUS « Contrôle »

D'autre part, pour chaque comparaison, nous nous intéressons à 2 cibles :

- Les consommateurs récents de cigarettes en t0
- Les consommateurs récents de cannabis en t0

Nous avons donc besoin de 4 échantillons d'analyse (voir Figure 7) :

- **L'échantillon d'analyse 1 (n=349)** comparant les fumeurs récents de cigarettes en t0 du groupe « contrôle » (n=190) aux fumeurs récents de cigarettes en t0 du groupe « AsT-Stand seul » (n=159)
- **L'échantillon d'analyse 2 (n=194)** comparant les fumeurs récents de cannabis en t0 du groupe « Contrôle » (n=112) aux fumeurs récents de cannabis en t0 du groupe « AsT-Stand seul » (n=82)

Les jeunes ayant participé au stand Tabac-Cannabis et qui ont été recrutés pour l'atelier collectif (fumeurs récents de cigarettes/cannabis du groupe « AsT-Stand+Atelier ») étaient en moyenne de plus gros consommateurs et des consommateurs plus dépendants que les participants du groupe « Contrôle ». Nous avons donc utilisé la méthode statistique de l'appariement sur le score de propension (voir Encart 1) afin de constituer 2 nouveaux groupes « contrôle » (1 pour les fumeurs récents de cigarettes, 1 pour les fumeurs récents de cannabis) afin qu'ils soient composés d'individus similaires aux fumeurs récents de cigarettes/cannabis du groupe « AsT-Stand+Atelier » sur la plupart des caractéristiques observables en t0.

ENCART 1. Méthode d'appariement sur le score de propension

Constitution des groupes « contrôle » pour évaluer l'effet de la participation au stand et à l'atelier collectif

La méthode de l'appariement sur le score de propension est une méthode développée par Rosenbaum et Rubin (1983) dont le but est d'estimer l'effet d'un traitement dans le cadre d'une étude contrôlée non randomisée. Cet appariement doit assurer une bonne comparabilité des groupes « contrôle » ainsi constitués et des groupes d'intervention. Avec cette technique, les individus ne sont pas appariés en fonction de leurs caractéristiques observables en t0, mais de leur score de propension, qui désigne la probabilité de participation à l'intervention au vu des caractéristiques observables de l'individu.

Cette méthode repose sur l'estimation du score de propension par régression logistique. Les scores de propension sont calculés à l'aide de l'« équation de la participation », qui est un modèle de régression logistique utilisant la participation au programme comme variable dépendante et les facteurs de confusions potentiels comme variables explicatives

Nous avons bâti l'équation de la participation à partir de variables mesurées avant l'intervention :

Pour les fumeurs récents de cigarettes : niveau de consommation récente de cigarettes, niveau de consommation récente de cannabis, sexe, âge, dépendance à la nicotine (score au test Honc), niveau de formation (nomenclature Insee), intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois.

Pour les fumeurs récents de cannabis : niveau de consommation récente de cigarettes, niveau de consommation récente de cannabis, sexe, âge, dépendance à la nicotine (score au test Honc), consommation problématique de cannabis (score à l'échelle Cast), niveau de formation (nomenclature Insee), intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois.

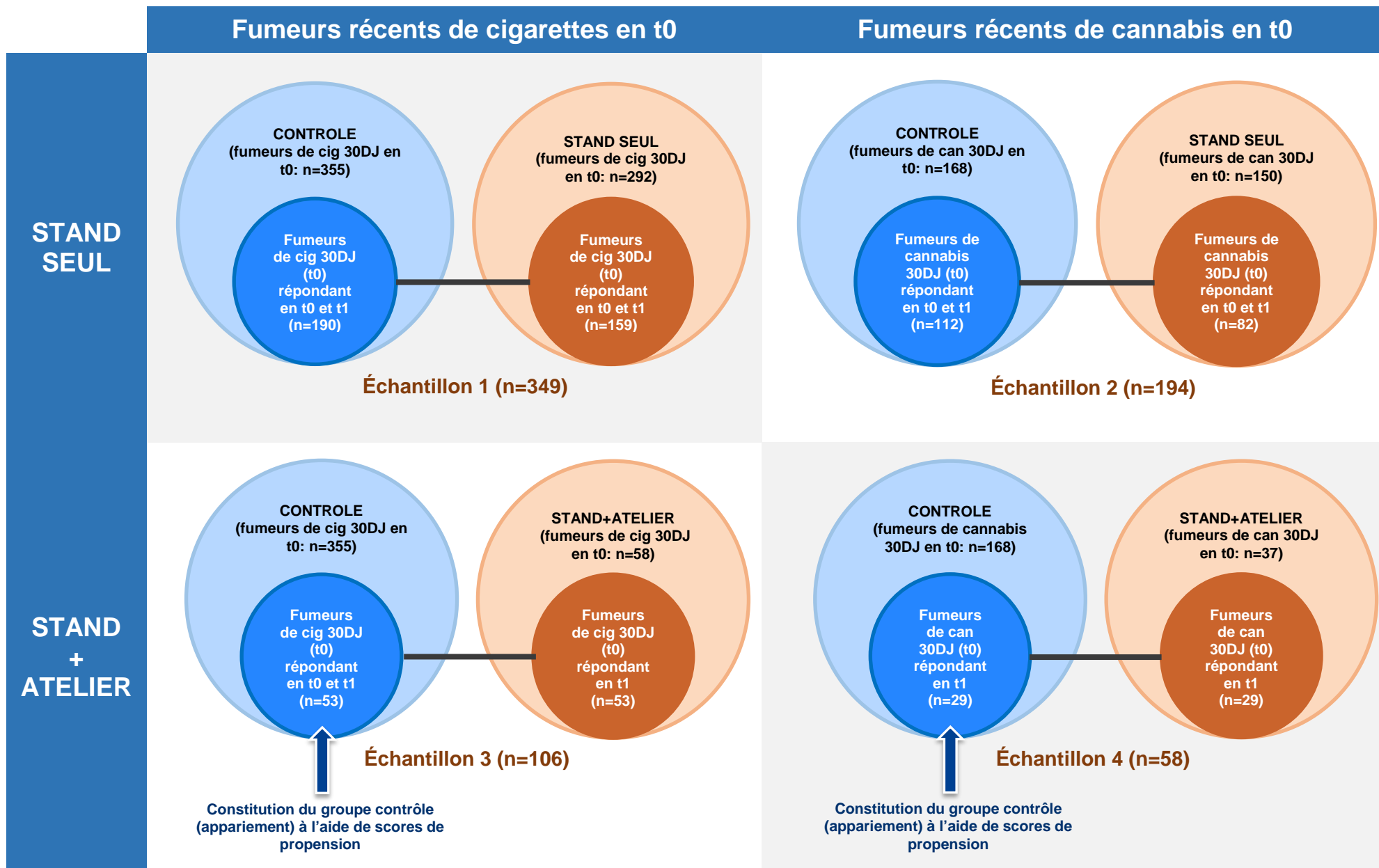
À partir des scores de propension calculés, chaque fumeur récent de cigarettes/cannabis du groupe « AsT-Stand+Atelier » a été apparié à son voisin fumeur récent de cigarettes/cannabis le plus proche (« *nearest neighbor matching* » ; « *one-to-one* ») du groupe « Contrôle » (i.e., l'individu ayant le score de propension le plus proche). Le module PSMATCH2 (Leuven et Sianesi, 2018) de Stata a été utilisé pour réaliser cet appariement.

Les caractéristiques en baseline des fumeurs récents de cigarettes/cannabis du groupe « AsT-Stand+Atelier » et des nouveaux groupes « contrôle » constitués ont été comparées afin de vérifier que l'appariement était équilibré (commande « *pstest* » du module PSMATCH2). Les tableaux 16 et 19 attestent de la qualité de l'appariement : les caractéristiques observables moyennes ne présentent plus aucune différence importante entre les deux groupes après appariement. Notons enfin que tous les fumeurs récents ayant reçu l'intervention « Ast-Stand+Atelier » ont pu être appariés à un fumeur similaire du groupe « Contrôle ».

Grace à cette méthode, nous disposons finalement des 2 échantillons suivants :

- **L'échantillon d'analyse 3 (n=106)** comparant les fumeurs récents de cigarettes en t0 du groupe « Contrôle » (n=53) aux fumeurs récents en t0 du groupe « AsT-Stand+Atelier » (n=53)
- **L'échantillon d'analyse 4 (n=58)** comparant les fumeurs récents de cannabis en t0 du groupe « Contrôle » (n=29) aux fumeurs récents en t0 du groupe « AsT-Stand+Atelier » (n=29)

I FIGURE 7 I Constitution de nos 4 échantillons d'analyse



4.2.3 Modalités de recueil des données et outils

En début d'année, l'évaluation était soumise au vote du conseil d'administration du collège. Préalablement à l'étude, l'établissement envoyait aux parents (mailing) une note d'information de Santé publique France sur l'évaluation associée à un formulaire d'opposition à la participation de leur enfant (coupon réponse) qu'ils devaient remettre ou envoyer au bureau de la scolarité en cas de refus.

En t0 (avant l'intervention) on distribuait aux élèves (pour lesquels les parents n'avaient pas fait opposition) une note d'information et un formulaire de consentement (voir Annexes 9 et 10). On proposait aux participants de remplir un questionnaire papier et d'être recontactés 3 mois plus tard (t1) pour passer un questionnaire en ligne. S'ils acceptaient, ils notaient sur le formulaire de consentement leur nom, leur prénom, leur classe et signaient. Les formulaires de consentement étaient remis à l'infirmière scolaire et conservés dans un placard fermé à clé dans son bureau.

Lors du t0, les participants du forum étaient interrogés juste avant l'intervention en marge du stand « tabac/cannabis » (accompagnement de la passation par la coordinatrice du Souffle 64). Les élèves du groupe contrôle, quant à eux, remplissaient le questionnaire en classe. C'était généralement l'infirmière scolaire qui prenait en charge ces passations pendant la semaine du forum (entre 6 et 8 classes par établissement). On lui avait fourni un guide de passation pour l'aider dans cette tâche (voir Annexe 11).

L'outil de mesure était un questionnaire papier/crayon auto-administré composé de 25 items (voir Annexe 13). Pour les trois groupes, en début de questionnaire, un code « élève » anonyme était généré par les réponses du participant à 8 questions. Le code ainsi produit était constitué de suite de chiffres et de lettres (e.g. vac8cuc6). Les élèves remplissaient ensuite le questionnaire puis l'inséraient (avec le code) dans une urne fermée à clés par des cadenas. L'infirmière ne possédait pas les clés de l'urne. Une fois toutes les passations terminées dans un établissement, l'urne remplie était remise au prestataire qui s'occupait de la saisie des questionnaires anonymisés. À la fin de chaque passation en classe, l'infirmière remplissait un rapport de passation et l'envoyait au responsable de l'évaluation (voir Annexe 11).

La mesure en t0 s'est organisée sur 3 vagues de recueil de données (15 établissements, 1 ou 2 forums par établissement) :

- 27 sept.-7 oct. 2016 = 6 forums
- 24 nov.-13 déc. 2016 = 5 forums
- 3 janv.-7 mars 2017 = 9 forums

La passation du deuxième questionnaire (voir Annexe 12) avait lieu 3 mois après la date du forum dans l'établissement concerné. L'infirmière scolaire se chargeait de distribuer aux élèves les lettres d'information sous pli renvoyant au site internet de l'évaluation (lien, code d'accès unique, date limite de réponse, information sur le chèque cadeau de 10 euros + consignes pour le récupérer). Elle les distribuait à tous les élèves des classes ayant participé au t0 (groupe contrôle) et individuellement aux participants ayant participé au Stand Tabac-Cannabis et accepté de participer à l'étude (à partir des formulaires de consentement conservés). Cette lettre était identique quel que soit le groupe d'affectation de l'élève. Les informations personnalisées de cette lettre concernaient le code d'accès au site et la date limite de réponse, dépendant de leur établissement.

Lorsque les élèves se connectaient au site internet, ils devaient indiquer leur code d'accès notifié dans la lettre d'information. La mise en place d'un code d'accès lié à un établissement permettait :

- de donner accès au questionnaire t1 uniquement aux élèves concernés par cette évaluation,
- de répondre au questionnaire en plusieurs fois si besoin. Si un élève n'avait pas entièrement complété le questionnaire, lors de la reconnexion suivante, il arrivait directement à la dernière question où il s'était arrêté.

- de clôturer la mise en ligne d'un questionnaire à une date prédéfinie (les élèves se connectant après cette date ne pouvaient plus compléter le questionnaire).

L'appariement des données en t0 et t1 se faisait grâce au code anonyme qui était généré à nouveau en t1 juste avant le questionnaire (voir Annexe 15). Une fois le questionnaire complété, ils pouvaient, s'ils le souhaitaient, remplir un formulaire où ils devaient indiquer leur nom, leur prénom et leur établissement scolaire pour obtenir un chèque cadeau de 10 euros. Ces informations étaient enregistrées dans une base de données distincte des réponses au questionnaire.

Une fois la date limite atteinte, la liste alphabétique des noms des élèves ayant rempli le questionnaire était transmise à l'infirmière, avec le nombre correspondant de chèques cadeaux et de documents à faire signer lors de la remise du chèque. L'infirmière devait vérifier si l'élève avait bien complété le questionnaire (liste fournie) et s'il avait été inclus dans l'étude en t0 (formulaire de consentement du même nom) avant de lui remettre le chèque. Elle lui faisait signer un document attestant de la remise du chèque.

Le questionnaire était accessible avec les navigateurs usuels et a été développé pour une consultation et un remplissage du questionnaire sur ordinateur, portable, tablette et smartphone. La navigation se faisait en https.

4.2.4 Aspects éthiques et légaux

Préalablement à l'enquête, l'établissement envoyait aux parents une note d'information sur l'enquête comportant un formulaire d'opposition à la participation de leur enfant (coupon réponse) (Voir Annexe 8).

Avant de remplir le questionnaire en t0, on distribuait aux élèves une note d'information et un formulaire de consentement (voir Annexes 9 et 10). On proposait aux lycéens de remplir un questionnaire papier et d'être recontactés 3 mois plus tard (t1) pour passer un questionnaire en ligne. S'ils acceptaient, ils notaient sur le formulaire de consentement signé leur nom, leur prénom, leur classe et reportaient plus tard le code « élève » anonyme qu'ils allaient générer. Ce formulaire de consentement était remis à l'infirmière scolaire et conservée dans un placard fermé à clé dans son bureau.

Pour les trois groupes un code « élève » anonyme était produit par les réponses de chaque élève à 8 questions (e.g. « quelle est la 3^{ème} lettre du prénom de ta mère », « quelle est la couleur de tes yeux », etc.), en début de chaque questionnaire. Le code ainsi généré était constitué de suite de chiffres et de lettres (e.g. vac8cuc6).

Pour les trois groupes, les élèves remplissaient puis inséraient le questionnaire (avec le code) dans une urne fermée à clés par deux cadenas. L'infirmière ne possédait pas les clés de l'urne. Une fois toutes les passations terminées dans un établissement, l'urne remplie était envoyée à un prestataire (BVA) qui seul possédait les clés de l'urne. Le prestataire constituait la base de données non nominative (intégrant seulement les codes élèves) à partir des questionnaires des élèves et créait un code unique pour accéder à un lien internet pour qu'en t1 les élèves puissent remplir le questionnaire en ligne.

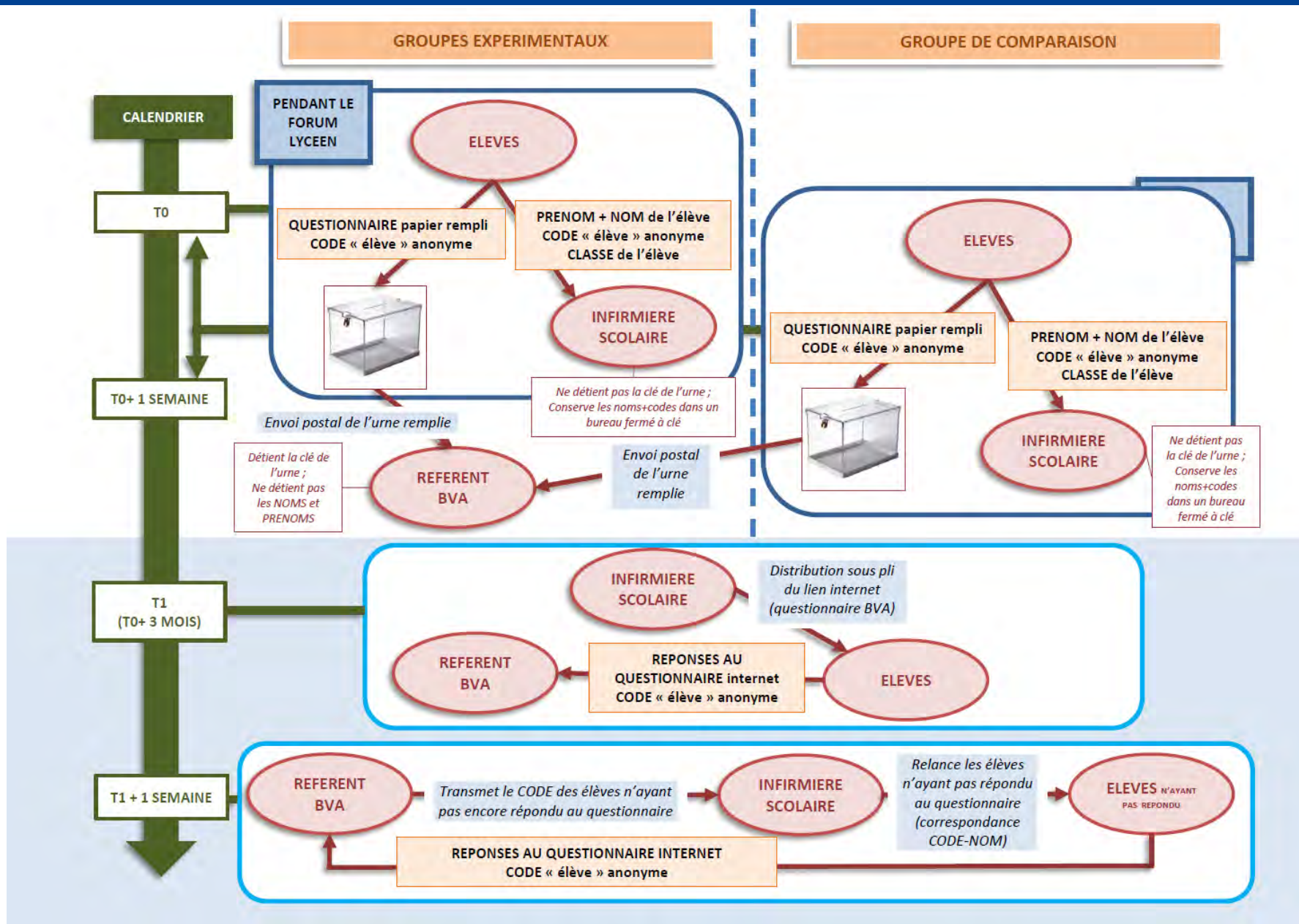
En t1, le code unique et le lien internet était distribué par l'infirmière (dans des enveloppes) aux élèves qui avaient accepté d'être recontactés. L'appariement des données en t0 et t1 se faisait grâce au code anonyme qui était généré à nouveau en t1.

Jamais l'infirmière n'avait accès aux données de consommation (questionnaire dans l'urne) et jamais le prestataire ni le responsable de l'évaluation n'avait accès à l'identité des participants (ils ne détenaient pas la correspondance code élève <-> nom de l'élève).

Au final, une base de données non nominative était fournie par le prestataire au responsable de l'évaluation pour analyse.

Le protocole de l'étude a été soumis au correspondant Informatique et Libertés de Santé publique France et consigné dans le registre Cil (voir Figure 8 pour le détail de la circulation des données).

I FIGURE 8 I Circulation des données de l'étude



4.2.5 Mesures et indicateurs

Les caractéristiques sociodémographiques étaient le sexe, l'âge et le niveau de formation (selon la nomenclature de l'Insee).

Certaines variables ont été recueillies pour ajustement dans nos analyses ou pour leur fonction potentiellement modératrice des effets du programme: la consommation parentale (cigarettes, chicha, cannabis), le nombre de tentatives sérieuses d'arrêt (au moins 24 heures) dans les 12 derniers mois, l'aisance financière perçue, la dépendance à la nicotine (score au test Honc, DiFranza *et al.*, 2002), l'usage problématique de cannabis (score à échelle Cast, OFDT), l'âge de la première consommation de cigarettes/ cannabis.

Les indicateurs principaux étaient le niveau de consommation récente de cigarettes/cannabis (dans les 30 derniers jours), les tentatives sérieuses d'arrêt depuis la baseline (au moins 1 tentative) et l'abstinence depuis + de 7 jours lors du suivi à 3 mois.

Les indicateurs secondaires étaient l'intention d'arrêter la consommation de cigarettes/cannabis dans les 12 prochains mois, le sentiment d'être capable de diminuer/d'arrêter la cigarette/le cannabis dans les 3 prochains mois (auto-efficacité), la consommation perçue de cannabis/cigarettes des jeunes du même âge (normes de consommation).

Les indicateurs de l'étude sont présentés de façon détaillée (mesure, question, modalités de réponses, indicateur créé, type de variable) dans les tableaux 8 (indicateurs principaux) et 9 (indicateurs secondaires). Les variables sociodémographiques et les autres variables de l'étude sont présentées dans l'annexe 17.

I TABLEAU 8 I

Création des indicateurs principaux (indicateurs de consommation)

Mesure		Question	Modalités de réponses	Indicateurs de consommation	Type
Niveau de consommation récente (mesure répétée en t0 et t1)	Niveau de consommation de cigarettes dans les 30 derniers jours	AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, combien de fois as-tu fumé des CIGARETTES ?	0= « 0 fois » 1= « 1 fois » 2= « 2 à 5 fois » 3= « 6 à 9 fois » 4= « 10 à 19 fois » 5= « 20 à 29 fois » 6= « 30 fois ou + »	CIG30 = niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ (de 0= « 0 fois » à 6= « 30 fois ou + »)	Ordinale traitée en continue
	Niveau de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours	AU COURS 30 DERNIERS JOURS, combien de fois as-tu fumé du CANNABIS (haschich, bedo, joint, herbe, shit)?		CAN30 = niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ (de 0= « 0 fois » à 6= « 30 fois ou + »)	Ordinale traitée en continue
Tentatives d'arrêt (mesure en t1)	Tentatives d'arrêt de la cigarette depuis t0	Depuis le 1er questionnaire de l'enquête (il y a 3 mois environ), as-tu arrêté la cigarette PENDANT UN JOUR OU PLUS parce que tu l'avais décidé ?	0= « non » 1= « 1 fois » 2= « 2 fois ou + »	CIGTA = au - 1 tentative sérieuse d'arrêt de la cigarette depuis t0 (0= « NON/1= « OUI »)	Binaire
	Tentatives d'arrêt du cannabis depuis t0	Depuis le 1er questionnaire de l'enquête (il y a 3 mois environ), as-tu arrêté de fumer du cannabis PENDANT UN JOUR OU PLUS parce que tu l'avais décidé ?		CANTA = au - 1 tentative sérieuse d'arrêt du cannabis depuis t0 (0= « NON/1= « OUI »)	Binaire
Abstinence (mesure en t1, parmi ceux qui ont fait au - 1 tentative d'arrêt depuis la baseline)	Abstinence de cigarettes en t1	<i>[Si a arrêté la cigarette 1 fois ou plusieurs fois depuis t0]</i> Actuellement, fumes-tu de nouveau des cigarettes ?	1= « Oui, je refume » 2= « Non, je n'ai pas refumé »	CIGABS = abstinence de cigarettes depuis + de 7 jours en t1 (0= « NON/1= « OUI »)	Binaire
	Durée de l'abstinence de cigarettes en t1	<i>[Si est toujours abstinent de la cigarette en t1]</i> Depuis combien de temps ne fumes-tu plus de cigarettes ?	1= « 1 jour » 2= « Entre 2 et 7 jours » 3= « Entre 8 et 14 jours » 4= « Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois » 5= « Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois » 6= « Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois » 7= « Plus de 3 mois »		
	Abstinence de cannabis en t1	<i>[Si a arrêté la cigarette 1 fois ou plusieurs fois depuis t0]</i> Actuellement, fumes-tu de nouveau du cannabis ?	1= « Oui, je refume » 2= « Non, je n'ai pas refumé »	CANABS = abstinence de cannabis depuis + de 7 jours en t1 (0= « NON/1= « OUI »)	Binaire
	Durée de l'abstinence de cannabis en t1	<i>[Si est toujours abstinent du cannabis en t1]</i> Depuis combien de temps ne fumes-tu plus de cannabis ?	1= « 1 jour » 2= « Entre 2 et 7 jours » 3= « Entre 8 et 14 jours » 4= « Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois » 5= « Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois » 6= « Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois » 7= « Plus de 3 mois »		

I TABLEAU 9 I

Création des indicateurs secondaires (variables directement ciblées par le programme)

Cible	Mesure répétée : Baseline (t0) et suivi à 3 mois (t1)	Question	Modalités de réponse	Indicateurs secondaires	Type
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cigarettes en t0	INTENTION D'ARRETER LA CIGARETTE dans les 12 prochains mois	Dans les 12 prochains mois, j'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer des cigarettes	1= « Tout à fait l'intention d'arrêter » 2= « Plutôt l'intention d'arrêter » 3= « Ni l'intention d'arrêter, ni pas l'intention d'arrêter » 4= « Plutôt pas l'intention d'arrêter » 5= « Pas du tout l'intention d'arrêter »	CIGINT = intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois (recodage de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter ») - <i>plus le chiffre est grand, plus l'intention d'arrêter la cigarette est grande</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cannabis en t0	INTENTION D'ARRETER LE CANNABIS dans les 12 prochains mois	Dans les 12 prochains mois, j'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer du cannabis		CANINT = intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois (recodage de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter ») - <i>plus le chiffre est grand, plus l'intention d'arrêter le cannabis est grande</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cigarettes en t0	SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE / ARRET DE LA CIGARETTE dans les 3 prochains mois	Dans les 3 prochains mois, je me sens capable d'ARRÊTER de fumer des cigarettes	1= « Tout à fait capable » 2= « Plutôt capable » 3= « Ni capable, ni pas capable » 4= « Plutôt pas capable » 5= « Pas du tout capable »	CIGCAPA = sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois (recodage de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable ») - <i>plus le chiffre est grand, plus le sentiment d'être capable est grand</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cannabis en t0	SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE / ARRET DU CANNABIS dans les 3 prochains mois	Dans les 3 prochains mois, je me sens capable d'ARRÊTER de consommer du cannabis		CANCAPA = sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois (recodage de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable ») - <i>plus le chiffre est grand, plus le sentiment d'être capable est grand</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cigarettes en t0	SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE / DIMINUTION DE LA CONSOMMATION DE CIGARETTES dans les 3 prochains mois	Dans les 3 prochains mois, je me sens capable de DIMINUER ma consommation de cigarettes		CIGCAPD = sentiment d'être capable de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois (recodage de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable ») - <i>plus le chiffre est grand, plus le sentiment d'être capable est grand</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cannabis en t0	SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE / DIMINUTION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS dans les 3 prochains mois	Dans les 3 prochains mois, je me sens capable de DIMINUER ma consommation de cannabis		CANCAPD = sentiment d'être capable de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois (recodage de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable ») - <i>plus le chiffre est grand, plus le sentiment d'être capable est grand</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cigarettes en t0	PERCEPTION DE LA CONSOMMATION DE CIGARETTES DES JEUNES DU MEME AGE	Parmi les jeunes de ton âge, combien fument des cigarettes ?	1= « Aucun » 2= « Moins de la moitié » 3= « Environ la moitié » 4= « Plus de la moitié » 5= « Tous »	CIGPAIRS = perception de la consommation de cigarettes des jeunes du même âge (recodage : 0= « Moins de la moitié », 1= « Environ la moitié », 2= « Plus de la moitié ») - <i>plus le chiffre est grand, plus la consommation perçue est grande</i>	ordinales traitées en continue
Fumeurs récents (au moins 1 fois dans les 30DJ) de cannabis en t0	PERCEPTION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS DES JEUNES DU MEME AGE	Parmi les jeunes de ton âge, combien fument du cannabis ?		CANPAIRS = perception de la consommation de cannabis des jeunes du même âge (recodage : 0= « Moins de la moitié », 1= « Environ la moitié », 2= « Plus de la moitié ») - <i>plus le chiffre est grand, plus la consommation perçue est grande</i>	ordinales traitées en continue

4.2.6 Hypothèses opérationnelles

Les tableaux 10 et 11 présentent le détail des hypothèses spécifiques et opérationnelles de l'étude relatives aux indicateurs principaux (de consommation) et secondaires (déterminants ciblés par le programme).

I TABLEAU 10 I

Hypothèses opérationnelles concernant les effets de la participation à AsT sur les indicateurs de consommation

HYPOTHESES SPECIFIQUES		INDICATEURS DE CONSOMMATION / HYPOTHESES OPERATIONNELLES
1. La participation à AsT réduit le niveau de consommation récente de cigarettes (1.1)	CIG30 = niveau de consommation récente de cigarettes (de 0= »0 fois « à 6= « 30 fois ou + ») Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » auront un niveau de consommation récente de cigarettes (30DJ) moins élevé lors du suivi à 3 mois (t1), comparativement à ceux du groupe contrôle, après ajustement sur la valeur de la VD en baseline (1.1)
	... de cannabis (1.2)	CAN30 = niveau de consommation récente de cannabis (de 0= »0 fois « à 6= « 30 fois ou + ») Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » auront un niveau de consommation récente de cannabis (30DJ) moins élevé lors du suivi à 3 mois (t1), comparativement à ceux du groupe contrôle, après ajustement sur la valeur de la VD en baseline (1.2)
2. La participation à AsT augmente la probabilité d'avoir fait au moins 1 tentative sérieuse d'arrêt de la cigarette depuis t0 (2.1)	CIGTA = au - 1 tentative sérieuse d'arrêt de la cigarette depuis la baseline (0= « NON/1= « OUI ») Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), ceux qui auront fait au moins 1 tentative d'arrêt sérieuse de cigarettes depuis t0 seront plus nombreux dans le groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » que dans le groupe contrôle, après ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passés en t0 (12 derniers mois) et le niveau de consommation en t0 (2.1)
	... du cannabis depuis t0 (2.2)	CANTA = au - 1 tentative sérieuse d'arrêt du cannabis depuis la baseline (0= « NON/1= « OUI ») Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), ceux qui auront fait au moins 1 tentative d'arrêt sérieuse de cannabis depuis t0 seront plus nombreux dans le groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » que dans le groupe contrôle, après ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passés en t0 (12 derniers mois) et le niveau de consommation en t0 (2.2)
3. La participation à AsT augmente la probabilité d'être abstinent depuis plus de 7 jours de la cigarette en t1 (3.1)	CIGABS = abstinence de cigarettes en t1 depuis + de 7 jours (0= « NON/1= « OUI ») Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), ceux qui seront abstinents de la cigarette en t1 depuis + de 7 jours seront plus nombreux dans le groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » que dans le groupe contrôle, après ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passés en t0 (12 derniers mois) et le niveau de consommation en t0 (3.1)
	... du cannabis en t1 (3.2)	CANABS = abstinence de cannabis en t1 depuis + de 7 jours (0= « NON/1= « OUI ») Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), ceux qui seront abstinents du cannabis en t1 depuis + de 7 jours seront plus nombreux dans le groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » que dans le groupe contrôle, après ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passés en t0 (12 derniers mois) et le niveau de consommation en t0 (3.2)

I TABLEAU 11 I

Hypothèses opérationnelles concernant les effets d'AsT sur les indicateurs secondaires

HYPOTHESES SPECIFIQUES			INDICATEURS / HYPOTHESES OPERATIONNELLES
INTENTION D'ARRET	4. La participation à AsT augmente l'intention d'arrêter la cigarette (4.1)	CIGINT= intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » auront plus l'intention en t1 d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois que les participants du groupe « contrôle », après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (4.1)
		... le cannabis (4.2)	CANINT= intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » auront plus l'intention en t1 d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois que les participants du groupe « contrôle », après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (4.2)
SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE / ARRET	5. La participation à AsT augmente le sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette (5.1)	CIGCAPA= sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » se sentiront plus capables en t1 d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois que les participants du groupe « contrôle », après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (5.1)
		... le cannabis (5.2)	CANCAPA= sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » se sentiront plus capables en t1 d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois que les participants du groupe « contrôle », après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (5.2)
SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE / DIMINUTION	6. La participation à AsT augmente le sentiment d'être capable de diminuer la cigarette (6.1)	CIGCAPD= sentiment d'être capable de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » se sentiront plus capables en t1 de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois que les participants du groupe « contrôle », après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (6.1)
		... le cannabis (6.2)	CANCAPD= sentiment d'être capable de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » se sentiront plus capables en t1 de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois que les participants du groupe « contrôle », après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (6.2)
CONSOMMATION PERÇUE DES PAIRS	7. La participation à AsT diminue la consommation perçue des pairs concernant la cigarette (7.1)	CIGPAIRS= perception de la consommation de cigarettes des jeunes du même âge Parmi les fumeurs récents de cigarettes en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » auront en t1 une estimation plus basse de la proportion des jeunes du même âge qui consomment des cigarettes, comparativement aux participants du groupe « contrôle » et après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (7.1)
		... le cannabis (7.2)	CANPAIRS= perception de la consommation de cannabis des jeunes du même âge Parmi les fumeurs récents de cannabis en t0 (au - 1 fois dans les 30DJ), les participants du groupe « AsT-Stand seul » ou « AsT-Stand+Atelier » auront en t1 une estimation plus basse de la proportion des jeunes du même âge qui consomment du cannabis, comparativement aux participants du groupe « contrôle » et après ajustement sur la valeur de la VD en t0 (7.2)

4.2.7 Analyses statistiques

4.2.7.1 Prérequis

L'étude a été réalisée auprès de 15 établissements (13 lycées, 2 CFA). La structure hiérarchique des données a été prise en compte en prenant l'établissement comme niveau de clusterisation dans les analyses (le niveau 1 étant l'élève, le niveau 2 l'établissement).

Des analyses bivariées (tests de proportions et de moyennes), des analyses multivariées (modèles multiniveaux à effets mixtes) et des analyses de cohérence interne (alpha de Cronbach) ont été réalisées.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata® V13.1 SE.

4.2.7.2 Description des échantillons

Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance du Chi-deux de Pearson et les moyennes à l'aide du test de Student. Le degré de significativité utilisé a été fixé au seuil de probabilité « p » inférieur à 0,05 (5%), une tendance pouvant être observée au seuil de probabilité « p » inférieur à 0,10 (10%).

4.2.7.3 Analyses multivariées

Lorsque la variable dépendante était binaire, nous avons cherché à estimer l'effet du facteur « groupe » (Contrôle *versus* AsT) sur la VD dans le cas d'un modèle de régression logistique multiniveaux à valeur aléatoire à l'origine (« *multilevel logistic random-intercept model* »). La méthode d'estimation était celle du maximum de vraisemblance.

Nous avons créé un modèle d'analyse de régression logistique multiniveaux (commande *meqrlogit*, Stata 13) avec :

- comme facteurs à effet fixe :

- les covariables associées à la VD (analyses bivariées)
- la valeur de la VD en t0
- La variable « groupe » (« Contrôle » *versus* « AsT-Stand seul » ou « Contrôle » *versus* « AsT-Stand+Atelier »)

- comme facteur à effet aléatoire la variable établissement (cluster) afin de prendre en compte nos 2 niveaux emboîtés (niveau 1= individu ; niveau 2=établissement).

L'estimation du maximum de vraisemblance était réalisée grâce à une méthode de quadrature adaptative avec 8 points du domaine d'intégration (option *intpoints(8)*, Stata 13).²

Ces analyses ont permis de calculer l'OR ajusté (avec son intervalle de confiance) associé à l'effet du groupe sur la VD, après ajustement sur les covariables du modèle et la prise en compte de l'effet aléatoire de notre cluster établissement.

Lorsque la variable dépendante était continue ou traitée comme continue, nous avons cherché à estimer l'effet du facteur « groupe » (Contrôle *versus* AsT) sur la VD par le biais d'un modèle de régression linéaire multiniveaux à valeur aléatoire à l'origine (« *multilevel linear random-intercept model* »). La méthode d'estimation était celle du maximum de vraisemblance.

² Pour chaque modèle, nous nous sommes assurés que l'augmentation du nombre de points d'intégration ne modifiait pas significativement les estimateurs du modèle.

Nous avons créé un modèle d'analyse de régression linéaire multiniveaux (commande *mixed*, Stata 13) avec :

- comme facteurs à effet fixe :

- les covariables associées à la VD (analyses bivariées)
- la valeur de la VD en t0
- La variable « groupe » (« Contrôle » *versus* « AsT-Stand seul » ou « Contrôle » *versus* « AsT-Stand+Atelier »)

- comme facteur à effet aléatoire, la variable établissement afin de prendre en compte nos 2 niveaux hiérarchiques (niveau 1= individu ; niveau 2=établissement).

Ces analyses ont permis de calculer le coefficient de régression linéaire non standardisé B (avec son intervalle de confiance) associé à l'effet du groupe sur la VD, après ajustement sur les covariables du modèle et la prise en compte de l'effet aléatoire de notre cluster établissement.

4.3 Résultats

4.3.1 Description des échantillons en baseline

4.3.1.1 Échantillon 1

Les tableaux 12 et 13 présentent respectivement 1) les caractéristiques sociodémographiques et les autres variables de l'étude et 2) les indicateurs d'efficacité de l'échantillon 1 en baseline selon le groupe.

Caractéristiques sociodémographiques et autres variables

L'échantillon d'analyse 1 comprenait 349 fumeurs récents de cigarettes (Contrôle : n=190 vs AsT-Stand seul : n=159), dont 47,6 % de garçons. L'âge moyen était de 17,9 ans (ET = 2,1).

Le niveau de formation moyen était de 4,7 (ET = 0,7 ; nomenclature Insee).

La moyenne de l'aisance financière perçue était de 6,6 sur une échelle allant de 0 = « Très en dessous des autres » à 10 = « Très au-dessus des autres » (ET = 2,0).

La dépendance moyenne à la nicotine (test Honc ; score de 0 à 10) était de 5,0 (ET = 2,9). Pour les fumeurs quotidiens, l'âge de la 1^{re} consommation quotidienne était de 15,2 ans (ET = 1,6). Le nombre moyen de tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette dans les 12 derniers mois était de 1,0 (ET = 1,2).

56,3 % des répondants avaient fumé au moins une fois du cannabis dans les 30 derniers jours.

Le niveau moyen de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours était de 1,8 (ET = 2,0) sur l'échelle suivante : 0 = « 0 fois », 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + ».

TABLEAU 12

Caractéristiques en baseline (t0) des consommateurs récents de cigarettes (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 1 (n=349) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul)

	ÉCHANTILLON 1				Chi2 (p) ^a
	AsT Stand seul (n=159)		Contrôle (n=190)		
	n	%	n	%	
Sexe					0.00 (0.99)
Garçon	76	47.8	90	47.4	
Fille	83	52.2	98	51.6	
d.m.			2	1.0	
Consommateur récent de cannabis (30DJ)					0.17 (0.68)
Oui	82	51.6	106	55.8	
Non	67	42.1	79	41.6	
d.m.	10	6.3	5	2.6	
	M	(ET)	M	(ET)	t (p) ^b
Âge	17.75	(2.27)	18.09	(1.92)	1.50 (0.13)
Niveau de formation (code Insee)	4.77	(0.77)	4.66	(0.71)	1.46 (0.15)
Aisance financière perçue	6.67	(2.02)	6.57	(1.90)	0.47 (0.64)
Dépendance à la nicotine (Honc)	5.15	(2.76)	4.85	(3.07)	0.93 (0.35)
Age de la 1 ^{ère} conso quotidienne de cig.	15.10	(1.29)	15.35	(1.82)	1.33 (0.18)
Nb de tentatives d'arrêt passées de la cig. (12 mois)	1.08	(1.27)	1.01	(1.20)	0.93 (0.35)
Niveau de conso de cannabis dans les 30DJ	1.72	(1.88)	1.91	(2.16)	0.85 (0.40)

M : moyenne ; ET : écart-type ; ^a test du Chi2 de Pearson ; ^b test de Student bilatéral

Lorsqu'on considère notre échantillon 1, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT- Stand seul » ne diffèrent pas sur ces caractéristiques en baseline (voir Tableau 12).

Indicateurs d'effet

Parmi les fumeurs récents de cigarettes de l'échantillon 1, on observe que :

- 62,4 % ont fumé 30 cigarettes ou plus dans les 30 derniers jours
- Le niveau moyen de consommation de cigarettes dans les 30 derniers jours était de 4,9 (ET = 1,7) sur l'échelle suivante : 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + »
- L'intention moyenne d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois était de 1,9 (ET = 1,3) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »
- Le sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois était de 1,9 (ET = 1,4) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- Le sentiment d'être capable de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois était de 2,7 (ET = 1,3) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- La perception moyenne de la consommation de cigarettes des jeunes du même âge était de 1,5 (ET = 0,6) sur une échelle allant de 0= « Moins de la moitié » à 2= « Plus de la moitié »

Lorsqu'on considère notre échantillon 1, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT- Stand seul » ne diffèrent pas sur nos indicateurs en baseline (voir Tableau 13).

I TABLEAU 13 I

Indicateurs en baseline (t0) pour les des consommateurs récents de cigarettes (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 1 (n=349) selon le groupe (Contrôle vs AsT- Stand seul)

		ÉCHANTILLON 1				t (p) ^a
		AsT Stand seul		Contrôle		
		M	(ET)	M	(ET)	
CIG30	Niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ <i>(de 0= « 0 fois » à 6= « 30 fois ou + »)</i>	4.94	(1.50)	4.82	(1.80)	0.67 (0.51)
CIGINT	Intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois <i>(de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »)</i>	1.85	(1.35)	1.88	(1.28)	0.24 (0.81)
CIGCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois <i>(de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)</i>	1.87	(1.40)	1.90	(1.41)	0.19 (0.85)
CIGCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois <i>(de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)</i>	2.62	(1.29)	2.68	(1.26)	0.45 (0.65)
CIGPAIRS	Perception de la consommation de cigarettes des jeunes du même âge <i>(0= « Moins de la moitié », 1= « Environ la moitié », 2= « Plus de la moitié »)</i>	1.52	(0.66)	1.55	(0.57)	0.48 (0.63)

M : moyenne ; ET : écart-type

^a test de Student bilatéral

4.3.1.2 Échantillon 2

Les tableaux 14 et 15 présentent respectivement 1) les caractéristiques sociodémographiques et autres variables de l'étude, 2) les indicateurs d'efficacité de l'échantillon 2 en baseline selon le groupe.

Caractéristiques sociodémographiques et autres variables

L'échantillon d'analyse 2 comprenait 194 répondants fumeurs récents de cannabis (Contrôle : n=112 vs AsT-Stand seul : n=82), dont 52,4 % de garçons. L'âge moyen était de 18,3 ans (ET = 2,3). Le niveau de formation moyen était de 4,7 (ET = 0,7 ; nomenclature Insee).

La moyenne de l'aisance financière perçue était de 6,5 sur une échelle allant de 0 = « Très en dessous des autres » à 10 = « Très au-dessus des autres » (ET = 2,1).

Le score moyen à l'échelle Cast (usages problématiques de cannabis ; score de 0 à 24) était de 6,4 (ET = 5,4).

L'âge de la 1^{re} consommation de cannabis était de 14,8 ans (ET = 1,7).

Le nombre moyen de tentatives sérieuses d'arrêt du cannabis dans les 12 derniers mois était de 0,9 (ET = 1,3).

96,8% des répondants avaient fumé au moins une cigarette dans les 30 derniers jours.

Le niveau moyen de consommation de cigarettes dans les 30 derniers jours était de 5,2 (ET = 1,5) sur l'échelle suivante : 0 = « 0 fois », 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + »

Lorsqu'on considère notre échantillon d'analyse 2, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT-Stand seul » ne diffèrent pas sur ces variables en baseline (voir Tableau 14).

I TABLEAU 14 I

Caractéristiques en baseline (t0) des consommateurs récents de cannabis (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 2 (n=194) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul)

	ÉCHANTILLON 2				Chi2 (p) ^a
	AsT Stand seul (n=82)		Contrôle (n=112)		
	n	%	n	%	
Sexe					0.00 (0.99)
Garçon	43	52,4	55	49,1	
Fille	39	47,6	50	44,6	
d.m.			7	6,3	
Consommateur récent de cigarettes (30DJ)					2.50 (0.11)
Oui	81	96.8	108	92.3	
Non	2	2.2	8	6.8	
d.m.	1	1.0	1	0.9	
	M	(ET)	M	(ET)	t (p) ^b
Âge	17.90	(2.76)	18,08	(1.81)	0.54 (0.59)
Niveau de formation (code Insee)	4.68	(0.70)	4.66	(0.74)	0.21 (0.83)
Aisance financière perçue	6.50	(2.05)	6.52	(2.12)	0.08 (0.84)
Usages problématiques de cannabis (Cast)	6.59	(5.27)	6.28	(5.51)	0.39 (0.70)
Age de la 1 ^{ère} conso de cannabis	14.72	(1.21)	14.87	(2.00)	0.63 (0.53)
Nb de tentatives d'arrêt passées du can. (12 mois)	0.84	(1.20)	0.87	(1.33)	0.15 (0.88)
Niveau de conso de cigarettes dans les 30DJ	5.38	(1.16)	5.05	(1.74)	0.62 (0.54)

M : moyenne ; ET : écart-type ; ^a test du Chi2 de Pearson ; ^b test de Student bilatéral

Indicateurs d'effet

Parmi les fumeurs récents de cannabis de l'échantillon 2, on observe que :

- 38,6% ont eu au moins 10 usages de cannabis dans les 30 derniers jours
- Le niveau moyen de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours était de 3,2 (ET = 1,7) sur l'échelle suivante : 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + »
- L'intention moyenne d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois était de 1,5 (ET = 1,3) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »
- Le sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois était de 2,3 (ET = 1,5) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- Le sentiment d'être capable de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois était de 2,5 (ET = 1,5) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- La perception moyenne de la consommation de cannabis des jeunes du même âge était de 1,2 (ET = 0,8) sur une échelle allant de 0= « Moins de la moitié » à 2= « Plus de la moitié »

Lorsqu'on considère notre échantillon d'analyse 2, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT-Stand seul » ne diffèrent pas sur nos indicateurs en baseline (voir Tableau 15).

I TABLEAU 15 I

Indicateurs en baseline (t0) pour les consommateurs récents de cannabis (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 2 (n=194) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul)

		ÉCHANTILLON 2				t (p) ^a	Total
		AsT Stand seul		Contrôle			
		M	(ET)	M	(ET)		
CAN30	Niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ (de 0= « 0 fois » à 6= « 30 fois ou + »)	3.12	(1.42)	3.18	(1.86)	0.23 (0.82)	3.15 (1.68)
CANINT	Intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois (de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »)	1.57	(1.34)	1.51	(1.34)	0.30 (0.77)	1.53 (1.34)
CANCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois (de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)	2.32	(1.52)	2.32	(1.44)	0.02 (0.99)	2.32 (1.47)
CANCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois (de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)	2.43	(1.43)	2.49	(1.51)	0.25 (0.80)	2.46 (1.47)
CANPAIRS	Perception de la consommation de cannabis des jeunes du même âge (0= « Moins de la moitié », 1= « Environ la moitié », 2= « Plus de la moitié »)	1.21	(0.71)	1.24	(0.77)	0.25 (0.81)	1.23 (0.75)

M : moyenne ; ET : écart-type

^a test de Student bilatéral

4.3.1.3 Échantillon 3

Les tableaux 17 et 18 présentent respectivement 1) les caractéristiques sociodémographiques et autres variables de l'étude et 2) les indicateurs d'efficacité de l'échantillon 3 en baseline.

Caractéristiques sociodémographiques et autres variables

L'échantillon d'analyse 3 comprenait 106 répondants (Contrôle : n=53 vs Ast-Stand+Atelier : n=53) dont 38,7 % garçons. L'âge moyen était de 17,9 ans (ET = 1,8).

Le niveau de formation moyen était de 5,1 (ET = 0,8 ; nomenclature Insee).

La moyenne de l'aisance financière perçue était de 6,2 sur une échelle allant de 0 = « Très en dessous » à 10 = « Très au-dessus des autres » (ET = 2,4).

La dépendance moyenne à la nicotine (test de Honc ; score de 0 à 10) était de 6,8 (ET = 2,5).

Pour les fumeurs quotidiens, l'âge de la 1^{re} consommation quotidienne était de 14,5 ans (ET = 1,8). Le nombre moyen de tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette dans les 12 derniers mois était de 0,9 (ET = 1,2).

60,4 % des répondants avaient fumé au moins une fois du cannabis dans les 30 derniers jours.

Le niveau moyen de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours était de 2,0 (ET = 2,2) sur l'échelle suivante : 0 = « 0 fois », 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + ».

I TABLEAU 16 I

**Test des différences de moyennes des caractéristiques en baseline (t0) de l'échantillon 3 avant et après appariement sur le score de propension selon le groupe (Contrôle vs AsT-
Stand+Atelier)**

Variables	Appariement (Sans/Avec)	Contrôle VS Ast- Stand+Atelier	
		t ^a	p
Niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ en t0	Sans	2.70	0.008
	Avec	-0.38	0.708
Niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ en t0	Sans	0.22	0.825
	Avec	-0.04	0.965
Sexe	Sans	-0.91	0.362
	Avec	0.20	0.844
Age	Sans	-2.80	0.006
	Avec	-1.14	0.257
Dépendance à la nicotine (score au test de Honc) en t0	Sans	3.39	0.001
	Avec	-0.46	0.644
Intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois en t0	Sans	-0.65	0.515
	Avec	0.14	0.886
Niveau de formation (code Insee)	Sans	3.96	0.000
	Avec	0.76	0.450
Nombre de tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette en t0 (12 mois)	Sans	-0.23	0.815
	Avec	0.65	0.518

^a test de Student bilatéral

I TABLEAU 17 I

Caractéristiques en baseline (t0) des consommateurs récents de cigarettes (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 3 (n=106) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier)

	ÉCHANTILLON 3				Chi2 (p) ^a
	AsT Stand+Atelier (n=53)		Contrôle (n=53)		
	n	%	n	%	
Sexe					0.04 (0.84)
Garçon	20	37.7	21	39.6	
Fille	33	62.3	32	60.4	
Consommateur récent de cannabis (30DJ)					0.16 (0.69)
Oui	33	62.3	31	58.5	
Non	20	37.7	22	41.5	
	M	(ET)	M	(ET)	t (p) ^b
Âge (n=106)	17.36	(1.34)	17.75	(2.09)	1.14 (0.26)
Niveau de formation (code Insee)	5.11	(0.87)	5.18	(0.65)	0.76 (0.45)
Aisance financière perçue	6.02	(2.70)	6.43	(2.05)	0.87 (0.39)
Dépendance à la nicotine (Honc)	6.66	(2.50)	6.89	(2.53)	0.46 (0.64)
Age de la 1 ^{ère} cigarette	14.29	(1.49)	14.67	(2.02)	1.08 (0.28)
Nb de tentatives d'arrêt passées de la cig. (12 mois)	1.02	(1.26)	0.87	(1.13)	0.65 (0.52)
Niveau de conso de cannabis dans les 30DJ	2.00	(2.13)	2.02	(2.27)	0.04 (0.96)

M : moyenne ; ET : écart-type

^a test du Chi2 de Pearson

^b test de Student bilatéral

Lorsqu'on considère notre échantillon 3, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT-Stand+Atelier » ne diffèrent pas sur ces caractéristiques en baseline (voir Tableau 17).

Indicateurs d'effet

Parmi les fumeurs récents de cigarettes de l'échantillon 3, on observe que :

- 62,4 % ont fumé 30 cigarettes ou plus dans les 30 derniers jours
- Le niveau moyen de consommation de cigarettes dans les 30 derniers jours était de 5,7 (ET = 0,8) sur l'échelle suivante : 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + »
- L'intention moyenne d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois était de 1,7 (ET = 1,3) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »
- Le sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois était de 1,4 (ET = 1,3) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- Le sentiment d'être capable de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois était de 2,3 (ET = 1,4) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- La perception moyenne de la consommation de cigarettes des jeunes du même âge était de 1,6 (ET = 0,6) sur une échelle allant de 0= « Moins de la moitié » à 2= « Plus de la moitié »

Lorsqu'on considère notre échantillon d'analyse 3, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT-Stand+Atelier » ne diffèrent pas sur nos indicateurs en baseline (voir Tableau 18).

I TABLEAU 18 I

Indicateurs en baseline (t0) pour les consommateurs récents de cigarettes (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 3 (n=106) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier)

		ÉCHANTILLON 3				t (p) ^a	Total	
		AsT Stand seul		Contrôle			M	(ET)
		M	(ET)	M	(ET)			
CIG30	Niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ (de 0= « 0 fois » à 6= « 30 fois ou + »)	5.65	(0.88)	5.71	(0.67)	0.38	(0.71)	5.68 (0.78)
CIGINT	Intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois (de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »)	1.70	(1.41)	1.65	(1.30)	0.17	(0.87)	1.68 (1.35)
CIGCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter la cigarette dans les 3 prochains mois (de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)	1.44	(1.47)	1.38	(1.22)	0.22	(0.83)	1.41 (1.35)
CIGCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer la cigarette dans les 3 prochains mois (de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)	2.23	(1.48)	2.40	(1.27)	0.64	(0.52)	2.32 (1.37)
CIGPAIRS	Perception de la consommation de cigarettes des jeunes du même âge (0= « Moins de la moitié », 1= « Environ la moitié », 2= « Plus de la moitié »)	1.60	(0.60)	1.53	(0.54)	0.61	(0.54)	1.56 (0.57)

M : moyenne ; ET : écart-type

^a test de Student bilatéral

4.3.1.4 Échantillon 4

Les tableaux 20 et 21 présentent respectivement 1) les caractéristiques sociodémographiques et autres variables de l'étude, 2) les indicateurs d'efficacité de l'échantillon 4 selon le groupe en baseline.

Caractéristiques sociodémographiques et autres variables

L'échantillon d'analyse 4 comprenait 58 répondants (Contrôle : n=29 vs Ast-Stand+Atelier : n=29), dont 58,7 % de garçons. L'âge moyen était de 17,3 ans (ET = 1,4).

Le niveau de formation moyen était de 5,2 (ET = 0,8 ; nomenclature Insee).

La moyenne de l'aisance financière perçue était de 5,7 sur une échelle allant de 0 = « Très en dessous » à 10 = « Très au-dessus des autres » (ET = 2,5).

Le score moyen à l'échelle Cast (usages problématiques de cannabis ; score de 0 à 24) était de 8,8 (ET = 5,4).

L'âge de la 1^{re} consommation de cannabis était de 14,0 ans (ET = 2,0).

Le nombre moyen de tentatives sérieuses d'arrêt du cannabis dans les 12 derniers mois était de 0,7 (ET = 1,2).

100 % des répondants avaient fumé au moins une cigarette dans les 30 derniers jours.

Le niveau moyen de consommation de cigarettes dans les 30 derniers jours était de 5,6 (ET = 1,0) sur l'échelle suivante : 0 = « 0 fois », 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + »

I TABLEAU 19 I

Test des différences de moyennes des caractéristiques en baseline (t0) de l'échantillon 4 avant et après appariement sur le score de propension selon le groupe (Contrôle vs AsT-
Stand+Atelier)

Variable	Appariement (Sans/Avec)	Contrôle VS Ast-Stand+Atelier	
		t ^a	p
Niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ en t0	Sans	0.36	0.720
	Avec	-0.85	0.402
Niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ en t0	Sans	1.37	0.174
	Avec	-0.14	0.892
Age de la 1ère cigarette	Sans	-2.16	0.033
	Avec	-0.66	0.511
Sexe	Sans	-0.03	0.976
	Avec	-1.06	0.294
Age en t0	Sans	-2.26	0.026
	Avec	-0.35	0.728
Usages problématiques du cannabis en t0 (score Cast)	Sans	1.25	0.214
	Avec	-0.92	0.363
Dépendance à la nicotine (score au test de Honc) en t0	Sans	2.13	0.035
	Avec	0.30	0.767
Intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois en t0	Sans	0.37	0.714
	Avec	-0.18	0.856
Niveau de formation en t0 (code Insee)	Sans	3.41	0.001
	Avec	0.00	1.000
Aisance financière perçue en t0	Sans	-2.26	0.025
	Avec	-0.90	0.373
Nombre de tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette en t0 (12 mois)	Sans	-0.66	0.513
	Avec	-0.42	0.676

^a test de Student bilatéral

I TABLEAU 20 I

Caractéristiques en baseline (t0) des consommateurs récents de cannabis (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 4 (n=58) selon le groupe (Contrôle vs AsT-
Stand+Atelier)

	ÉCHANTILLON 4				Chi2 (p) ^a
	AsT Stand+Atelier (n=29)		Contrôle (n=29)		
	n	%	n	%	
Sexe					1.14 (0.29)
Garçon	15	51.7	19	65.5	
Fille	14	48.3	10	34.5	
Consommateur récent de cigarettes (30DJ)					0.16 (0.69)
Oui	29	100.0	29	100.0	
Non	0	0.0	0	0.0	
	M	(ET)	M	(ET)	t (p) ^b
Âge	17.28	(1.46)	17.41	(1.36)	0.35 (0.73)
Niveau de formation (code Insee)	5.28	(0.80)	5.14	(0.79)	0.66 (0.51)
Aisance financière perçue	5.32	(2.71)	6.07	(2.27)	1.12 (0.27)
Usages problématiques de cannabis (Cast)	8.10	(5.48)	9.48	(5.97)	0.92 (0.36)
Age de la 1 ^{ère} conso de cannabis	14.28	(1.60)	13.75	(2.30)	1.00 (0.32)
Nb de tentatives d'arrêt passées du can. (12 mois)	0.86	(1.19)	0.59	(1.15)	0.90 (0.37)
Niveau de conso de cigarettes dans les 30DJ	5.55	(1.09)	5.59	(0.82)	0.14 (0.89)

M : moyenne ; ET : écart-type ; ^a test du Chi2 de Pearson ; ^b test de Student bilatéral

Lorsqu'on considère notre échantillon d'analyse 4, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT-Stand+Atelier » ne diffèrent pas sur ces caractéristiques en baseline (voir Tableau 21).

Indicateurs d'effet

Parmi les fumeurs récents de cannabis de l'échantillon 4, on observe que :

- 46,6 % ont eu au moins 10 usages de cannabis dans les 30 derniers jours
- Le niveau moyen de consommation de cannabis dans les 30 derniers jours était de 3,6 (ET = 1,9) sur l'échelle suivante : 1= « 1 fois », 2= « 2 à 5 fois », 3= « 6 à 9 fois », 4= « 10 à 19 fois », 5= « 20 à 29 fois », 6= « 30 fois ou + »
- L'intention moyenne d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois était de 1,5 (ET = 1,4) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »
- Le sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois était de 1,8 (ET = 1,4) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- Le sentiment d'être capable de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois était de 2,2 (ET = 1,5) sur une échelle allant de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »
- La perception moyenne de la consommation de cannabis des jeunes du même âge était de 1,2 (ET = 0,8) sur une échelle allant de 0= « Moins de la moitié » à 2= « Plus de la moitié »

Lorsqu'on considère notre échantillon d'analyse 4, on constate que le groupe « Contrôle » et le groupe « AsT-Stand+Atelier » ne diffèrent pas sur nos indicateurs en baseline (voir Tableau 21).

I TABLEAU 21 I

Indicateurs pour les consommateurs récents de cannabis (au moins 1 fois dans les 30DJ) de l'échantillon 4 (n=58) en baseline (t0) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier)

		ÉCHANTILLON 4				t (p) ^a	Total	
		AsT Stand+Atelier (n=29)		Contrôle (n=29)			M	(ET)
		M	(ET)	M	(ET)			
CAN30	Niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ (de 0= « 0 fois » à 6= « 30 fois ou + »)	3.45	(1.80)	3.82	(1.94)	0.75 (0.46)	3.63 (1.87)	
CANINT	Intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois (de 0= « Pas du tout l'intention d'arrêter » à 4= « Tout à fait l'intention d'arrêter »)	1.54	(1.48)	1.50	(1.35)	0.09 (0.93)	1.52 (1.40)	
CANCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois (de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)	2.00	(1.63)	1.66	(1.45)	0.82 (0.41)	1.81 (1.40)	
CANCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois (de 0= « Pas du tout capable » à 4= « Tout à fait capable »)	2.46	(1.42)	2.00	(1.58)	1.13 (0.26)	2.22 (1.51)	
CANPAIRS	Perception de la consommation de cannabis des jeunes du même âge (0= « Moins de la moitié », 1= « Environ la moitié », 2= « Plus de la moitié »)	1.08	(0.69)	1.28	(0.80)	0.99 (0.33)	1.18 (0.75)	

M : moyenne ; ET : écart-type
^a test de Student bilatéral

4.3.2 Effets du programme pour les fumeurs récents de cigarettes ayant participé seulement au stand (échantillon 1)

4.3.2.1 Niveau de consommation récente de cigarettes 3 mois après l'intervention

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que la participation au stand seul diminue le niveau de consommation récente de cigarettes : pour un participant qui était consommateur récent de cigarettes en t0, le fait d'être dans le groupe AsT-Stand seul (comparativement au groupe Contrôle) diminue son niveau de consommation dans les 30 derniers jours en t1, après ajustement sur les covariables du modèle (dont la valeur de la VD en baseline) et prise en compte de l'effet aléatoire du cluster « établissement » (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : B = -0.36, IC 95% = [-0,67 ; -0,06], $p < 0,05$).

I TABLEAU 22 I

Moyenne du niveau de consommation récente de cigarettes selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 1

	Baseline (Échantillon 1)			Suivi à 3 mois (Échantillon 1)						
	Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Modèle multiniveaux ^b			
	M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	B [IC95%]			
CIG30	Niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ			4.82 (1.80)	4.94 (1.50)	0.12 [-.24 ;.48]	4.69 (2.09)	4.35 (2.01)	-0.35 [-.78 ;.09]	-0.36* [-.67 ;-.06]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

.10 > $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.3.2.2 Tentatives d'arrêt depuis t0 et abstinence depuis + de 7 jours

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cigarettes en t0, la participation au stand seul n'a d'effet ni sur les tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette (au - 1 tentative sérieuse depuis t0, Contrôle *versus* AsT-Stand seul : OR ajusté = 0,85, IC 95% = [0,51 ; 1,41], *ns*), ni sur l'abstinence de cigarettes depuis + de 7 jours (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : OR ajusté = 1,04, IC 95% = [0,42 ; 2,53], *ns*).

Pour chaque analyse, nous avons introduit comme variable d'ajustement le nombre de tentatives passées dans les 12 derniers mois en t0.

I TABLEAU 23 I

Prévalence en t1 des tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette depuis t0 (CIGTA) et de l'abstinence de la cigarette depuis + de 7 jours (CIGABS) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) ; OR non ajustés et OR ajustés selon le modèle multiniveaux pour l'échantillon 1

		Suivi à 3 mois (t1) (Échantillon 1)			
		AsT Stand seul		Régr. log. ^a	Modèle ^b multiniveaux
		n/N ^c (%)	n/N ^c (%)	OR [IC95%]	OR [IC95%]
CIGTA	Au - 1 tentative sérieuse d'arrêt de la cig. depuis t0	115/179 (64.2)	93/156 (59.6)	0.82 [0.53;2.44]	0.85 [0.51;1.41]
CIGABS	Abstinent de la cig. depuis + de 7 jours en t1	18/178 (10.1)	14/154 (9.1)	0.89 [0.43;1.85]	1.04 [0.42;2.53]

OR : Odds Ratios (Contrôle(Ref) vs Ast-Stand seul) ; IC95% : intervalle de confiance de l'OR à 95%

^a Analyse de régression logistique de la variable dépendante (VD) sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sans variable d'ajustement

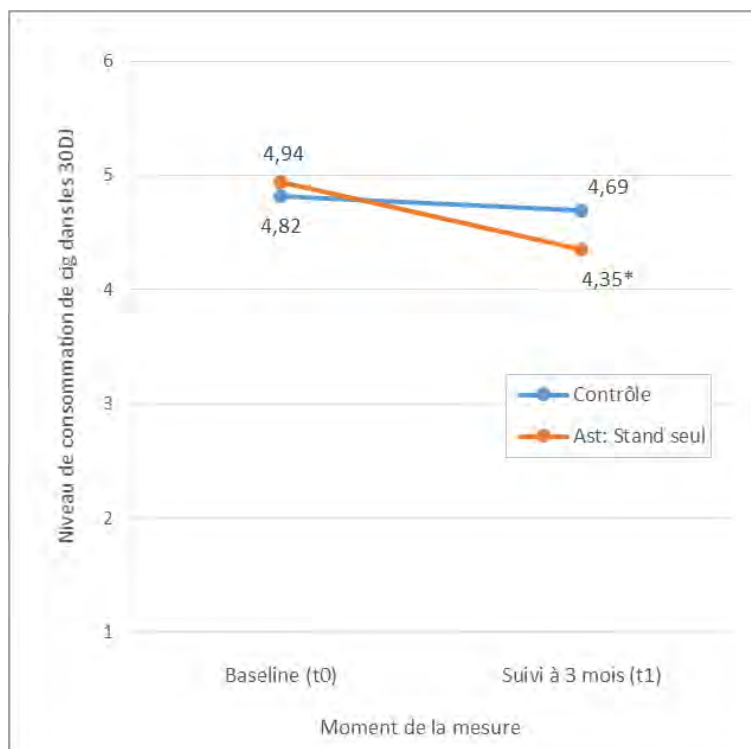
^b Analyse multiniveaux de la VD, avec ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passées en baseline, prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD) et de l'effet aléatoire du cluster « établissement »

^c Nombre de consommateurs ayant fait au moins 1 une tentative d'arrêt (resp., abstinents depuis + de 7 jours) sur le nombre total de répondants au moment de la mesure

[°].10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

I FIGURE 9 I

Moyennes du niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure pour l'échantillon 1



* p < .05, degré de significativité associé à l'effet du groupe en t1 après ajustement (modèle multiniveaux)

4.3.2.3 Indicateurs secondaires

Lors du suivi à 3 mois, les analyses multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cigarettes en t0, la participation au stand seul (comparativement au groupe Contrôle) :

- augmente l'intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : B = 0,25, IC 95% = [0,06 ; 0,45], $p < 0,05$)
- augmente le sentiment d'être capable d'arrêter (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : B = 0,22, IC 95% = [0,01 ; 0,42], $p < 0,05$) et de diminuer (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : B = 0,38, IC 95% = [0,18 ; 0,57], $p < 0,001$) la cigarette dans les 3 prochains mois
- diminue la consommation perçue de cigarettes des jeunes du même âge (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : B = -0,12, IC 95% = [-0,24 ; -0,00], $p < 0,05$)

I TABLEAU 24 I

Moyenne des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 1

		Baseline (Échantillon 1)			Suivi à 3 mois (Échantillon 1)			
		Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Modèle multiniveaux ^b
		M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	B [IC95%]
CIGINT	Intention d'arrêter la cigarette (12 prochains mois)	1.88 (1.28)	1.85 (1.35)	-0.03 [-.32 ;.25]	1.94 (1.26)	2.18 (1.25)	0.24° [-.04 ;.51]	0.25* [.06 ;.45]
CIGCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter la cig. (3 prochains mois)	1.90 (1.41)	1.87 (1.40)	-0.03 [-.34 ;.28]	1.89 (1.37)	2.09 (1.36)	0.20 [-.10 ;.50]	0.22* [.01 ;.42]
CIGCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer la cig. (3 prochains mois)	2.68 (1.26)	2.62 (1.29)	-0.06 [-.34 ;.21]	2.61 (1.26)	2.97 (1.16)	0.36** [.10 ;.62]	0.38*** [.18 ;.57]
CIGPAIRS	Perception de la conso de cig. des jeunes du même âge	1.55 (0.57)	1.52 (0.66)	-0.03 [-.16 ;.10]	1.48 (0.65)	1.34 (0.70)	-0.14° [-.28 ;.00]	-0.12* [-.24 ;-.00]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

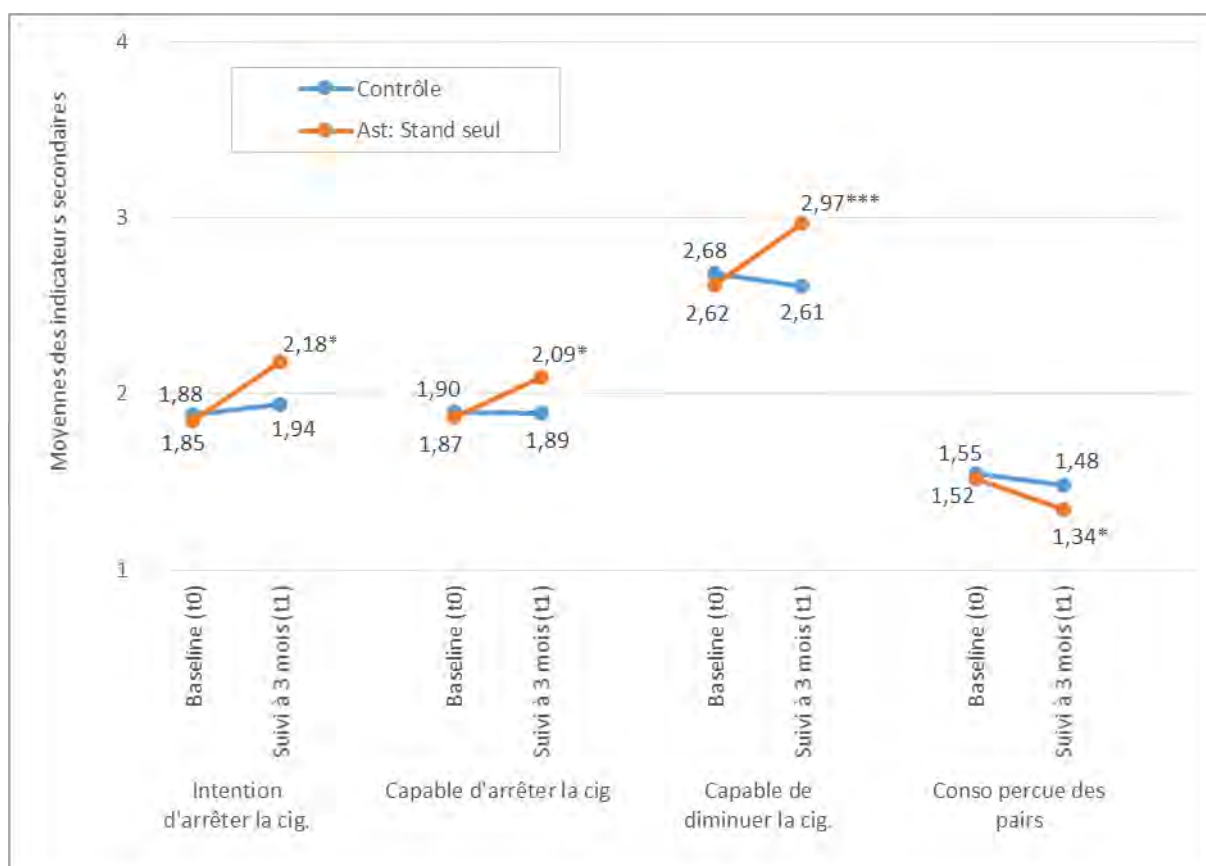
^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

I FIGURE 10 I

Moyennes des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs Ast-Stand seul) et le moment de la mesure pour l'échantillon 1



* : $p < .05$, *** : $p < .001$, degré de significativité associé à l'effet du groupe en t1 après ajustement (modèle multiniveaux)

4.3.3 Effets du programme pour les fumeurs récents de cannabis ayant participé seulement au stand (échantillon 2)

4.3.3.1 Niveau de consommation récente de cannabis 3 mois après l'intervention

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que la participation au stand seul diminue le niveau de consommation récente de cannabis : pour un participant qui était consommateur récent de cannabis en t0, le fait d'être dans le groupe AsT-Stand seul (comparativement au groupe Contrôle) diminue son niveau de consommation dans les 30 derniers jours en t1, après ajustement sur les covariables du modèle (dont la valeur de la VD en baseline) et prise en compte de l'effet aléatoire du cluster « établissement » (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : B = -0,57, IC 95% = [-0,94 ; -0,20], $p < 0,01$).

I TABLEAU 25 I

Moyennes du niveau de consommation de cannabis selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 2

		Baseline (Échantillon 2)			Suivi à 3 mois (Échantillon 2)			
		AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a		Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Modèle multiniveaux ^b
		M (ET)	B ^c [IC95%]		M (ET)	M (ET)	B ^c [IC95%]	B ^d [IC95%]
CAN30	Niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ	3.18 (1.86)	3.12 (1.42)	-0.06 [-.54 ;.43]	2.99 (2.04)	2.43 (1.71)	-0.56* [-1.11 ;-.01]	-0.57** [-.94 ;-.20]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

°.10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4.3.3.2 Tentatives d'arrêt depuis t0 et abstinence depuis + de 7 jours

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cannabis en t0, la participation au stand seul n'a d'effet ni sur les tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette depuis la baseline (au - 1 tentative sérieuse depuis t0, Contrôle *versus* AsT-Stand seul : OR ajusté = 1,06, IC 95% = [0,53 ; 2,14], *ns*), ni sur l'abstinence de cigarettes depuis + de 7 jours (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : OR ajusté = 0,69, IC 95% = [0,27 ; 1,79], *ns*).

Pour chaque analyse, nous avons introduit comme variable d'ajustement le nombre de tentatives passées dans les 12 derniers mois en t0.

I TABLEAU 26 I

Prévalence en t1 des tentatives sérieuses d'arrêt du cannabis depuis t0 (CANTA) et de l'abstinence du cannabis depuis + de 7 jours (CANABS) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) ; OR non ajustés et OR ajustés selon le modèle multiniveaux pour l'échantillon 2

		Suivi à 3 mois (t1) (Échantillon 2)			
		Contrôle	AsT Stand seul	Régr. log. ^a	Modèle ^b multiniveaux
		n/N ^c (%)	n/N ^c (%)	OR [IC95%]	OR [IC95%]
CANTA	Au - 1 tentative sérieuse d'arrêt du can. depuis t0	54/103 (52.4)	38/73 (52.1)	0.99 [0.54;1.80]	1.06 [0.53;2.14]
CANABS	Abstinent du can. depuis + de 7 jours en t1	20/103 (19.4)	13/73 (17.8)	0.90 [0.41;1.95]	0.69 [0.27;1.79]

OR : Odds Ratios (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) ; IC95% : intervalle de confiance de l'OR à 95%

^a Analyse de régression logistique de la variable dépendante (VD) sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sans variable d'ajustement

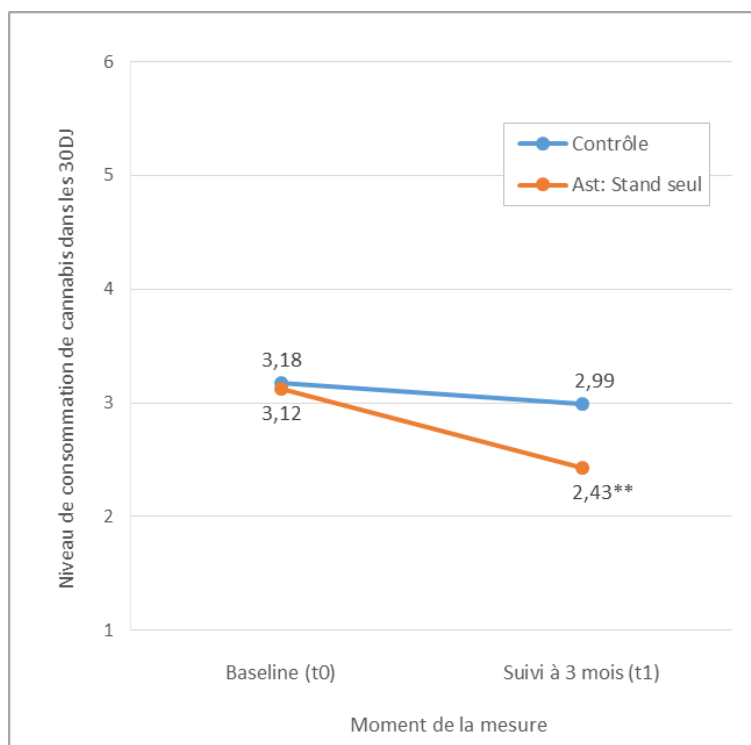
^b Analyse multiniveaux de la VD, avec ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passées en t0, prise en compte d'un ensemble de covariables (voir Annexe 18) et de l'effet aléatoire du cluster « établissement »

^c Nombre de consommateurs ayant fait au moins 1 tentative d'arrêt (resp., abstinents depuis + de 7 jours) sur le nombre total de répondants au moment de la mesure

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

I FIGURE 11 I

Moyennes du niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure pour l'échantillon 2



** : p < .01, degré de significativité associé à l'effet du groupe en t1 après ajustement (modèle multiniveaux)

4.3.3.3 Indicateurs secondaires

Lors du suivi à 3 mois, les analyses multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cannabis en t0, la participation au stand seul n'a pas d'effet sur les indicateurs secondaires (intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois : B = 0,18, IC 95% = [-0,10 ; 0,47], ns ; sentiment d'être capable d'arrêter dans les 3 prochains mois : B = 0,17, IC 95% = [-0,09 ; 0,43], ns ; sentiment d'être capable de diminuer dans les 3 prochains mois : B = 0,13, IC 95% = [-0,13 ; 0,39], ns ; consommation perçue de cannabis des jeunes du même âge : B = -0,05, IC 95% = [-0,16 ; 0,06], ns).

I TABLEAU 27 I

Moyenne des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 2

		Baseline (Échantillon 2)			Suivi à 3 mois (Échantillon 2)			
		Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Contrôle	AsT- Stand seul	Régr. linéaire ^a	Modèle multiniveaux ^b
		M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	B [IC95%]
CANINT	Intention d'arrêter le cannabis (12 prochains mois)	1.51 (1.34)	1.57 (1.34)	0.06 [-.33 ;.45]	1.66 (1.29)	1.89 (1.29)	0.23 [-.15 ;.60]	0.18 [-.10 ;.47]
CANCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis. (3 prochains mois)	2.32 (1.44)	2.32 (1.52)	-0.00 [-.43 ;.42]	2.41 (1.34)	2.44 (1.27)	0.03 [-.35 ;.41]	0.17 [-.09 ;.43]
CANCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer le cannabis (3 prochains mois)	2.49 (1.51)	2.43 (1.43)	-0.06 [-.49 ;.38]	2.61 (2.34)	2.61 (2.31)	-0.00 [-.41 ;.40]	0.13 [-.13 ;.39]
CANPAIRS	Perception de la conso de cannabis des jeunes du même âge	1.24 (0.77)	1.21 (0.71)	-0.03 [-.23 ;.18]	1.25 (0.79)	1.19 (0.69)	-0.06 [-.26 ;.15]	-0.05 [-.16 ;.06]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

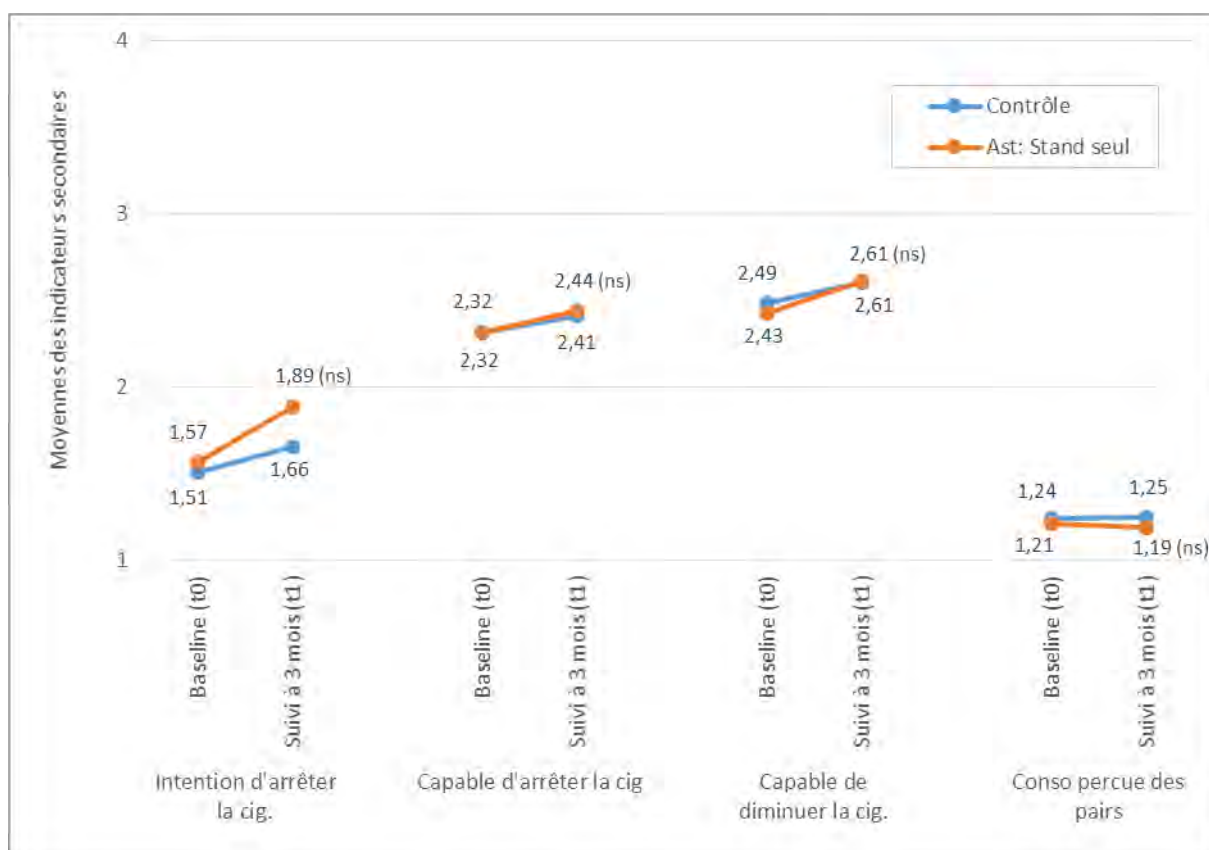
^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand seul) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

°.10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

I FIGURE 12 I

Moyennes des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand seul) et le moment de la mesure pour l'échantillon 2



ns : non significatif, degré de significativité associé à l'effet du groupe en t1 après ajustement (modèle multiniveaux)

4.3.4 Effets du programme pour les fumeurs de cigarettes ayant participé au stand et à l'atelier (échantillon 3)

4.3.4.1 Niveau de consommation récente de cigarettes 3 mois après l'intervention

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que, pour les consommateurs récents de cigarettes en t0, la participation au stand et à l'atelier n'a pas d'effet sur le niveau de consommation récente de cigarettes en t1 (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : B = -0,25, IC 95% = [-0,73 ; 0,22], ns).

I TABLEAU 28 I

Moyenne du niveau de consommation de cigarettes selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 3

	Baseline (Échantillon 3)			Suivi à 3 mois (Échantillon 3)			
	Contrôle (ET)	AsT- St.+Atelier (ET)	Régr. linéaire ^a B [IC95%]	Contrôle (ET)	AsT- St.+Atelier (ET)	Régr. linéaire ^a B [IC95%]	Modèle multiniveaux ^b B [IC95%]
CIG30 Niveau de consommation de cigarettes dans les 30DJ	5.71 (0.67)	5.65 (0.88)	-0.06 [-.36 ;.25]	5.48 (1.35)	5.17 (1.40)	-0.31 [-.84 ;.23]	-0.25 [-.73 ;.22]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand+Atelier) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables dont le nombre de tentatives d'arrêt passées (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4.3.4.2 Tentatives d'arrêt depuis t0 et abstinence depuis + de 7 jours

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cigarettes en t0, la participation au stand et à l'atelier n'a d'effet ni sur les tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette (au - 1 tentative sérieuse depuis t0, Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : OR ajusté = 0,91, IC 95% = [0,31 ; 2,64], ns), ni sur l'abstinence de cigarettes depuis + de 7 jours (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : OR ajusté = 1,40, IC 95% = [0,21 ; 9,38], ns).

Pour chaque analyse, nous avons introduit comme variable d'ajustement le nombre de tentatives passées dans les 12 derniers mois en t0.

I TABLEAU 29 I

Prévalence en t1 des tentatives sérieuses d'arrêt de la cigarette depuis t0 (CIGTA) et de l'abstinence de la cigarette depuis + de 7 jours (CIGABS) selon le groupe (Contrôle vs AsT- Stand+Atelier) (OR non ajustés et OR ajustés selon le modèle multiniveaux) pour l'échantillon 3

		Suivi à 3 mois (t1) (Échantillon 3)			
		Contrôle n/N ^c (%)	AsT- St.+Atelier n/N ^c (%)	Régr. log. ^a OR [IC95%]	Modèle ^b multiniveaux OR [IC95%]
CIGTA	Au - 1 tentative sérieuse d'arrêt de la cig. depuis t0	23/51 (53.9)	26/53 (50.9)	0.89 [0.41;1.92]	0.91 [0.31;2.64]
CIGABS	Abstinent de la cig. depuis + de 7 jours en t1	2/52 (3.9)	3/53 (5.7)	1.50 [0.24;9.37]	1.40 [0.21;9.38]

OR : Odds Ratios (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) ; IC95% : intervalle de confiance de l'OR à 95%

^a Analyse de régression logistique de la variable dépendante (VD) sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) sans variable d'ajustement

^b Analyse logistique multiniveaux de la VD, avec ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passées en t0, prise en compte d'un ensemble de covariables (voir Annexe 18) et de l'effet aléatoire du cluster « établissement »

^c Nombre de consommateurs ayant fait au moins 1 tentative d'arrêt (resp., abstinent depuis + de 7 jours) sur le nombre total de répondants au moment de la mesure

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

I TABLEAU 30 I

Moyennes des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs AsT- Stand+Atelier) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 3

		Baseline (Échantillon 3)			Suivi à 3 mois (Échantillon 3)			
		Contrôle M (ET)	AsT- St.+Atelier M (ET)	Régr. linéaire ^a B [IC95%]	Contrôle M (ET)	AsT- St.+Atelier M (ET)	Régr. linéaire ^a B [IC95%]	Modèle multiniveaux ^b B [IC95%]
CIGINT	Intention d'arrêter la cigarette (12 prochains mois)	1,65 (1,30)	1,70 (1,41)	0,04 [-0,48;0,57]	1,63 (1,26)	2,08 (1,25)	0,44° [-0,06;0,94]	0,40* [0,04;0,75]
CIGCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter la cig. (3 prochains mois)	1,38 (1,22)	1,44 (1,47)	0,06 [-0,47;0,58]	1,58 (1,35)	2,02 (1,34)	0,44° [-0,08;0,96]	0,42* [0,03;0,80]
CIGCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer la cig. (3 prochains mois)	2,40 (1,27)	2,23 (1,48)	-0,17 [-0,71;0,36]	2,61 (1,26)	2,97 (1,16)	0,27 [-0,23;0,77]	0,47* [0,07;0,86]
CIGPAIRS	Perception de la conso de cig. des jeunes du même âge	1,53 (0,54)	1,60 (0,60)	0,07 [-0,15;0,29]	1,43 (0,64)	1,13 (0,69)	-0,30* [-0,56;-0,04]	-0,32** [-0,55;-0,08]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

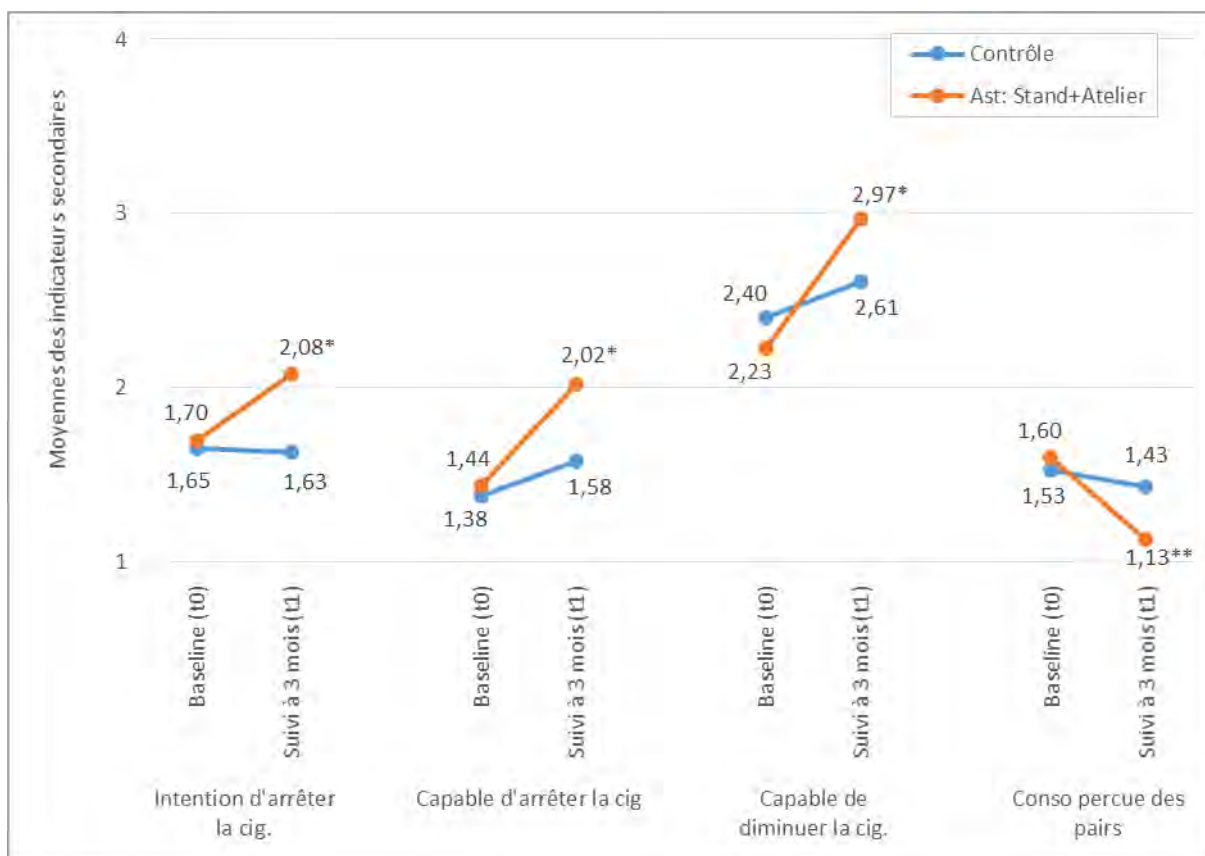
4.3.4.3 Indicateurs secondaires

Lors du suivi à 3 mois, les analyses multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cigarettes en t0, la participation au stand et à l'atelier (comparativement au groupe Contrôle) :

- augmente l'intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : $B = 0,40$, IC 95% = [0,04 ; 0,75], $p < 0,05$)
- augmente le sentiment d'être capable d'arrêter (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : $B = 0,42$, IC 95% = [0,03 ; 0,80], $p < 0,05$) et de diminuer (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : $B = 0,47$, IC 95% = [0,07 ; 0,86], $p < 0,05$) la cigarette dans les 3 prochains mois
- diminue la consommation perçue de cigarettes des jeunes du même âge (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : $B = -0,32$, IC 95% = [-0,55 ; -0,38], $p < 0,01$)

I FIGURE 13 I

Moyenne des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier) et le moment de la mesure pour les répondants de l'échantillon 3



* : $p < .05$, ** : $p < .01$, degré de significativité associé à l'effet du groupe en t1 après ajustement (modèle multiniveaux)

4.3.5 Effets du programme pour les fumeurs de cannabis ayant participé au stand et à l'atelier (échantillon 4)

4.3.5.1 Niveau de consommation récente de cannabis 3 mois après l'intervention

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que la participation au stand et à l'atelier n'a pas d'effet sur le niveau de consommation récente de cannabis (Contrôle *versus* AsT-Stand seul : $B = 0,32$, IC 95% = [-0,14 ; 0,78], *ns*).

I TABLEAU 31 I

Moyenne du niveau de consommation de cannabis selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 4

	Baseline (Échantillon 4)			Suivi à 3 mois (Échantillon 4)			
	Contrôle	AsT- St.+Atelier	Régr. linéaire ^a	Contrôle	AsT- St.+Atelier	Régr. linéaire ^a	Modèle multiniveaux ^b
	M (ET)	M (ET)	B ^c [IC95%]	M (ET)	M (ET)	B ^c [IC95%]	B ^d [IC95%]
CAN30 Niveau de consommation de cannabis dans les 30DJ	3,82 (1,94)	3,45 (1,80)	-0,37 [-1,37;0,62]	3,61 (2,17)	3,52 (1,90)	-0,09 [-1,17;0,99]	0,32 [-0,14 ;0,78]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : coefficient de régression non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand+Atelier) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand+Atelier) sans variable d'ajustement

^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

^c .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4.3.5.2 Tentatives d'arrêt depuis t0 et abstinence depuis + de 7 jours

Lors du suivi à 3 mois, l'analyse multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cannabis en t0, la participation au stand et à l'atelier n'a d'effet ni sur les tentatives sérieuses d'arrêt du cannabis (au - 1 tentative sérieuse depuis t0, Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : OR ajusté = 0,56, IC 95% = [0,18 ; 1,73], *ns*), ni sur l'abstinence de cannabis depuis + de 7 jours (Contrôle *versus* AsT-Stand+Atelier : OR ajusté = 0,58, IC 95% = [0,08 ; 4,10], *ns*).

Pour chaque analyse, nous avons introduit comme variable d'ajustement sur le nombre de tentatives passées dans les 12 derniers mois en t0.

I TABLEAU 32 I

Prévalence en t1 des tentatives sérieuses d'arrêt de cannabis depuis t0 (CANTA) et de l'abstinence du cannabis depuis + de 7 jours (CANABS) selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier ; OR non ajustés et OR ajustés selon le modèle multiniveaux) pour l'échantillon 4

		Suivi à 3 mois (t1) (Échantillon 4)			
		Contrôle	AsT- St.+Atelier	Régr. log. ^a	Modèle ^b multiniveaux
		n/N ^c (%)	n/N ^c (%)	OR [IC95%]	OR [IC95%]
CANTA	Au - 1 tentative sérieuse d'arrêt du can. depuis t0	14/28 (50,0)	12/29 (41,4)	0,71 [0,25;2,01]	0,56 [0,18;1,73]
CANABS	Abstinent du cannabis depuis + de 7 jours en t1	5/29 (17,2)	4/29 (13,8)	0,77 [0,18;3,20]	0,58 [0,08;4,10]

OR : Odds Ratios (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand+Atelier) ; IC95% : intervalle de confiance de l'OR à 95%

^a Analyse de régression logistique de la variable dépendante (VD) sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT-Stand+Atelier) sans variable d'ajustement

^b Analyse logistique multiniveaux de la VD, avec ajustement sur le nombre de tentatives d'arrêt passées en t0, prise en compte d'un ensemble de covariables (voir Annexe 18) et de l'effet aléatoire du cluster « établissement »

^c Nombre de consommateurs ayant fait au moins 1 une tentative d'arrêt (resp., abstinents depuis + de 7 jours) sur le nombre total de répondants au moment de la mesure

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

4.3.5.3 Indicateurs secondaires

I TABLEAU 33 I

Moyennes des indicateurs secondaires selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier) et le moment de la mesure et contrastes associés (régression linéaire sans ajustement et modèle multiniveaux) pour les répondants de l'échantillon 4

		Baseline (Échantillon 4)			Suivi à 3 mois (Échantillon 4)			
		Contrôle	AsT- St.+Atelier	Régr. linéaire ^a	Contrôle	AsT- St.+Atelier	Régr. linéaire ^a	Modèle multiniveaux ^b
		M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	M (ET)	M (ET)	B [IC95%]	B [IC95%]
CANINT	Intention d'arrêter le cannabis (12 prochains mois)	1,50 (1,35)	1,54 (1,48)	0,07 [-0,67;0,81]	1,71 (1,32)	1,57 (1,26)	-0,14 [-0,84;0,55]	-0,23 [-0,76;0,31]
CANCAPA	Sentiment d'être capable d'arrêter le cannabis. (3 prochains mois)	1,66 (1,45)	2,00 (1,63)	0,38 [-0,44;1,21]	2,00 (1,54)	2,24 (1,13)	0,25 [-0,46;0,96]	0,05 [-0,51;0,61]
CANCAPD	Sentiment d'être capable de diminuer le cannabis (3 prochains mois)	2,00 (1,58)	2,46 (1,42)	0,48 [-0,32;1,28]	2,31 (1,51)	2,31 (1,23)	0,02 [-0,71;0,76]	-0,35° [-0,73;0,03]
CANPAIRS	Perception de la conso de cannabis des jeunes du même âge	1,28 (0,80)	1,08 (0,69)	-0,13 [-0,53;0,27]	1,28 (0,79)	0,65 (0,74)	-0,61** [-1,02;-0,20]	-0,45** [-0,73;-0,18]

M : Moyenne de la variable dépendante (VD)

ET : Écart-type de la VD

B : Coefficient de régression linéaire non standardisé associé à l'effet du groupe (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) sur la VD ; IC95% : intervalle de confiance à 95% du coefficient de régression linéaire non standardisé

^a Analyse de régression linéaire de la VD sur la variable groupe (Contrôle(Ref) vs AsT- Stand+Atelier) sans variable d'ajustement

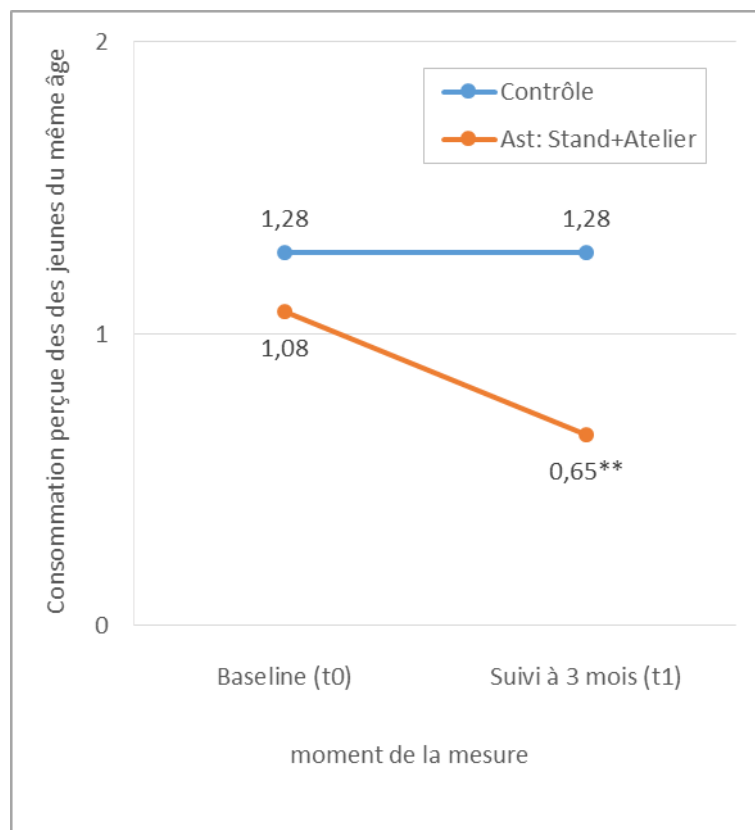
^b Analyse de régression linéaire multiniveaux (cluster : établissement) de la VD, avec ajustement sur la valeur de la VD en baseline et prise en compte d'un ensemble de covariables (cf. Annexe 18 pour la liste des covariables selon la VD)

° .10 > p > .05, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Lors du suivi à 3 mois, les analyses multiniveaux montre que, pour un consommateur récent de cannabis en t0, la participation au stand et à l'atelier a un effet sur la consommation perçue de cannabis des jeunes du même âge ($B = -0,45$, IC 95% = $[-0,73 ; -0,18]$, $p < 0,01$) mais n'a pas d'effet sur les autres indicateurs secondaires (intention d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois : $B = -0,23$, IC 95% = $[-0,76 ; 0,31]$, ns ; sentiment d'être capable d'arrêter dans les 3 prochains mois : $B = 0,05$, IC 95% = $[-0,10 ; 0,02]$, ns ; sentiment d'être capable de diminuer dans les 3 prochains mois : $B = -0,35$, IC 95% = $[-0,73 ; 0,04]$, ns).

I FIGURE 14 I

Moyennes de la consommation perçue de cannabis des jeunes du même âge selon le groupe (Contrôle vs AsT-Stand+Atelier) et le moment de la mesure pour l'échantillon 4



** : $p < .01$, degré de significativité associé à l'effet du groupe en t1 après ajustement (modèle multiniveaux)

5. ÉVALUATION DE PROCESSUS

5.1 Objectifs

L'évaluation de processus avait pour objectif principal d'examiner les différents aspects relatifs à la mise en œuvre et au déroulement de l'intervention. Elle nous permettait d'évaluer la cohérence et la qualité des moyens et des méthodes mobilisés pour répondre aux objectifs du programme.

Les objectifs étaient :

- D'évaluer ce qui a été effectivement réalisé (nombre de forums, nombre de participants au stand Tabac-Cannabis, nombre d'ateliers collectifs d'aide à la motivation, etc.)
- Concernant le stand Tabac-Cannabis :
 - de décrire les comportements de l'intervenant lors de l'entretien motivationnel bref
 - de décrire l'utilisation des outils lors de l'EM (e.g., balance décisionnelle)
 - de décrire les caractéristiques de consommation des participants du stand
 - de comparer les caractéristiques de consommation des participants au stand seul et les participants au stand et à l'atelier
 - de valider indirectement nos mesures de la consommation récente en examinant leurs liens avec d'autres mesures recueillies lors de la participation au stand (e.g., taux de CO dans l'air expiré)
- Concernant l'atelier collectif
 - de décrire les comportements de l'intervenant lors de l'EM adapté au groupe
 - de décrire la dynamique de groupe lors de l'atelier

Le dernier objectif de cette évaluation de processus était d'examiner la relation entre la qualité de l'EM bref du stand Tabac-Cannabis et les indicateurs d'efficacité du programme 3 mois après l'intervention.

5.2 Méthode

5.2.1 Modalités de recueil des données et outils

Lors des forums (octobre 2016-mars 2017), une fiche de processus (fiche forum, voir Annexe 14) a été remplie par l'intervenant après chaque entretien individuel du stand Tabac-Cannabis.

Cette fiche permettait notamment de relever des informations sur :

- Le taux de CO dans l'air expiré du participant mesuré après l'entretien
- Le nombre et le type d'outils utilisés par le tabacologue
- La qualité de l'EM mené par le tabacologue grâce à une échelle d'autoévaluation des comportements

Lors des ateliers collectifs, l'animateur remplissait une fiche (fiche atelier) à l'issue de chaque séance. Cette fiche était destinée à recueillir :

- Le nombre de participants présents
- Une autoévaluation des comportements de l'animateur de l'entretien motivationnel adapté au groupe
- Une évaluation de la dynamique du groupe (e.g., répartition de la parole)

L'animateur reportait le code élève anonyme de chaque participant sur les fiches du forum et de l'atelier pour que nous puissions ensuite les apparier aux questionnaires t0.

Nous avons également utilisé les données issues du monitoring qu'effectue le Souffle 64 sur les activités du programme (nombre de participants aux forums, nombre d'inscrits aux ateliers, nombre d'ateliers, nombre de participants aux ateliers).

5.2.2 Mesure et indicateurs

Les indicateurs principaux permettant de mesurer ce qui avait été délivré du programme étaient :

- le nombre de forums
- le nombre de participants aux forums
- le nombre de participants au stand souffle
- le nombre de participants au stand Tabac-Cannabis
- le nombre d'inscrits aux ateliers
- le nombre de séances prévues et réalisées
- le nombre d'ateliers à 1 séance/2 séances
- le nombre de participants aux ateliers collectifs par établissement

Concernant le stand Tabac-Cannabis :

- La description des comportements de l'intervenant lors de l'EM reposait sur une échelle d'autoévaluation (voir Annexe 14) des comportements consistants (3 items) et non consistants (2 items) avec l'entretien motivationnel (échelle adaptée du questionnaire ITEM : Identification des Techniques d'Entrevue Motivationnelle, v.3.0, Tremblay *et al.*, 2003 ; et des manuels de codage Miti 4.2, Moyers, Manuel, & Ernst, 2014 ; et Misc 2.1, Miller, Moyers, Ernst, & Amrhein, 2008).
- Les outils utilisés lors de l'EM étaient rapportés après l'entretien sur la fiche forum (Échelle de motivation, échelle de confiance, balance décisionnelle, échelle de dépendance, échelle Cast).
- La description de la consommation des participants et l'examen des liens entre mesures de consommation reposaient sur :
 - nos items mesurant le niveau de consommation dans les 30 derniers jours (voir Tableau 8)
 - Le taux de CO dans l'air expiré mesuré grâce à un testeur de CO (piCO+ Smokerlyzer)
 - Le score à l'échelle de repérage des consommations problématiques de cannabis développé par l'OFDT, le « Cannabis abuse screening test » (Cast, score de 0 à 24) : usagers sans risque lorsqu'ils présentent un score inférieur à 3, usagers avec un risque faible pour un score égal à 3 et inférieur à 7 et enfin ceux avec un risque élevé de dépendance pour un score égal ou supérieur à 7.
 - le score à l'échelle de dépendance à la nicotine « Hooked on Nicotine Checklist » (Honc, score de 0 à 10). De 1 à 6 points : une réponse positive suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac. Plus le total de points est élevé, plus le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance. De 7 à 10 points : Forte dépendance à la nicotine.

Concernant l'atelier collectif d'aide à la motivation :

- La description des comportements de l'intervenant lors de l'EM de groupe reposait sur un échelle (5 items, voir Annexe 19) d'auto-évaluation des comportements consistants (CC=recherche de collaboration, VA=valorisation, AA=accentuation de l'autonomie) et non consistants (CO=confrontation, PE=persuasion) avec l'EM, inspirée des manuels de codage Miti 4.2 (Moyers, Manuel, & Ernst, 2014), Misc 2.1 (Miller, Moyers, Ernst, & Amrhein, 2008) et de l'échelle ITEM (Tremblay *et al.*, 2003). Nous avons créé 2 scores : un score d'utilisation des comportements consistants (3 items, α de Cronbach = 0,72) et un score d'utilisation des comportements non consistants (2 items, $r = 0,41$, $p < 0,07$).

- La description de la dynamique de groupe portait sur les réponses à 7 items rapportées après la séance collective sur la fiche « atelier » (Niveau de participation, répartition de la parole, richesse des échanges, ambiance du groupe, résistance des participants, impact de la résistance sur le groupe, soutien des pairs entre eux).

Concernant la relation entre la qualité de l'EM du stand Tabac-Cannabis et les indicateurs d'efficacité mesurés 3 mois après, nous avons créé un score de non-consistance avec l'EM à partir des réponses aux 5 items d'auto-évaluation rapportées après chaque entretien par l'intervenant (stand Tabac-Cannabis). Ce score correspondait à la somme des écarts au comportement idéal de l'animateur (sur une échelle de réponses de 1= « Pas du tout » à 4= « Beaucoup » : écart à 1 pour les comportements non-consistants et écart à 4 pour les comportements consistants). Seuls les comportements pertinents dans la situation particulière de l'entretien étaient pris en compte dans le calcul du score.

5.2.3 Analyses statistiques (lien qualité de l'EM/efficacité)

Nous avons examiné la relation entre la qualité de l'entretien motivationnel lors du stand Tabac-Cannabis et les indicateurs d'efficacité du programme pour les participants des 4 échantillons d'analyse.

Notre objectif était d'estimer l'effet du facteur « Score de non-consistance avec l'EM » sur chacun des indicateurs de l'étude mesurés 3 mois après pour nos 4 échantillons dans le cas d'un modèle de régression multiniveaux à valeur aléatoire à l'origine (régression logistique pour les VD binaires et régression linéaire pour les VD continues). L'analyse portait sur les participants ayant bénéficié du programme AsT. Pour chaque modèle, nous ajustons sur les covariables associées à la VD (notamment les niveaux de consommation de cannabis/cigarettes en baseline) et sur la valeur de la VD en t0. Nous prenons en compte l'effet aléatoire du cluster « établissement ».

I TABLEAU 34 | Indicateurs de processus

	Mesure	Question / modalités de réponse	Indicateurs de processus
FICHE FORUM + MONITORING PAR LE SOUFFLE 64 (fiche remplie après chaque entretien du Stand Tabac-Cannabis)	Nombre d'établissements participant à AsT		Nombre de lycées, de CFA Nombre de forums Nombre de forums par établissement
	Nombre de participants à AsT (forums et ateliers collectifs)		Nombre de participants aux forums Nombre de participants au stand Souffle Nombre de participants au stand Tabac-Cannabis Nombre moyen de participants au stand T-C par établissement Nombre d'inscrits aux ateliers Nombre de séances prévues et réalisées Nombre moyen de participants par séance Nombre d'ateliers à 1 séance/2 séances Nombre de participants aux ateliers par établissement
	Nombre d'outils utilisés lors de l'EM bref du Stand Tabac-Cannabis	Durant l'entretien, avez-vous utilisé les outils suivants ? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> Échelle de motivation <input type="checkbox"/> Échelle de confiance <input type="checkbox"/> Balance décisionnelle <input type="checkbox"/> Échelle de dépendance <input type="checkbox"/> Cast <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Fréquence d'utilisation des outils lors de l'EM Nombre moyen d'outils utilisés par EM Nombre d'outils le plus fréquemment utilisé par EM
	Caractéristiques de consommation des participants au stand Tabac-Cannabis	Test de Honc (<i>Hooked on Nicotine Checklist</i> , score de 0 à 10, diFranzi <i>et al.</i> , 2002). De 1 à 6 points : Une réponse positive suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac. Plus le total de points est élevé, plus le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance. De 7 à 10 points : Forte dépendance à la nicotine Échelle Cast (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i> , OFDT, score de 0 à 24) : usagers sans risque lorsqu'ils présentent un score inférieur à 3, usagers avec un risque faible pour un score égal à 3 et inférieur à 7 et enfin ceux avec un risque élevé de dépendance pour un score égal ou supérieur à 7 Niveau de consommation récente de cannabis et de cigarettes (2 items) Taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré (en ppm)	% de fumeurs récents de cigarettes/cannabis Parmi les fumeurs récents, % de ceux qui ont fumé récemment 30 fois ou +, 10 fois ou + Comparaison entre les participants au stand seul et les participants au stand + atelier
	Validation indirecte des mesures de consommation récente de l'étude		Lien entre la consommation récente de cigarette et le taux de CO, le score au test de Honc Lien entre la consommation récente de cannabis et le taux de CO, le score à l'échelle Cast
	Qualité de l'EM bref (stand Tabac-Cannabis)	C1 = J'ai souligné les qualités ou l'effort fait par le participant pour changer C2 = J'ai valorisé l'autonomie du participant, le fait que c'est lui seul qui décide du changement à faire ou non C3 = J'ai valorisé les réussites du participant NC1 = J'ai clairement indiqué au participant ce qu'il doit faire NC2 = J'ai partagé une information ou un conseil avec le participant sans lui demander la permission 1= « Pas du tout » 2= « Un peu » 3= « Modérément » 4= « Beaucoup »	Niveau d'utilisation des comportements consistants (C) ou non consistants (NC) avec l'EM par le tabacologue
FICHE ATELIER (après chaque atelier)	Qualité de l'EM lors de l'atelier collectif	Auto-évaluation de comportements consistants (3 items) et non consistants (2 items) avec l'EM (adaptée de l'échelle ITEM, Tremblay <i>et al.</i> , 2003 et des manuels de codage Misc et Miti). Création d'un score d'utilisation des comportements consistants (de 1=faible utilisation à 6=forte utilisation) et d'un score d'utilisation de comportements non consistants (de 1=faible utilisation à 6=forte utilisation)	Scores moyens d'utilisation par le tabacologue des comportements consistants et non consistants avec l'EM
	Dynamique de groupe lors de la séance	<ul style="list-style-type: none"> - Participation= très active -assez active- peu active - pas active du tout - Répartition de la parole= très équilibrée- assez équilibrée -peu équilibrée- pas équilibrée du tout - Richesse des échanges= très riche - assez riche - peu riche - pas riche du tout - Ambiance du groupe= très bonne - assez bonne - peu bonne - pas bonne du tout - Un ou plusieurs participants sont résistants= Oui/Non - Résistance affecte la dynamique de groupe= Négativement - neutre - Positivement - Soutien des pairs entre eux= pas du tout important - un peu important - moyennement - important - très important - Gestion du temps= très bonne - assez bonne - peu bonne - pas bonne du tout 	Description de la dynamique de groupe et de l'engagement des participants dans le programme

5.3 Résultats

5.3.1 Ce qui a été délivré du programme

15 établissements (13 lycées et 2 CFA) ont reçu 20 forums (de 1 à 3 forums par établissement)

Globalement, on dénombre 1140 participants aux forums dont 933 participants au stand Souffle et 364 participants au stand Tabac-Cannabis.

Le nombre moyen de participants au stand Tabac-Cannabis par établissement est de 26.

Parmi les participants du stand Tabac-Cannabis, 116 participants se sont inscrits à l'atelier collectif d'aide à la motivation à l'arrêt ou à la réduction des consommations.

Sur les 30 séances d'ateliers collectifs prévues, 27 ont été réalisées (90%).

Le nombre de participants aux ateliers était de 86 (74% des inscrits, 24% des participants au stand Tabac-Cannabis).

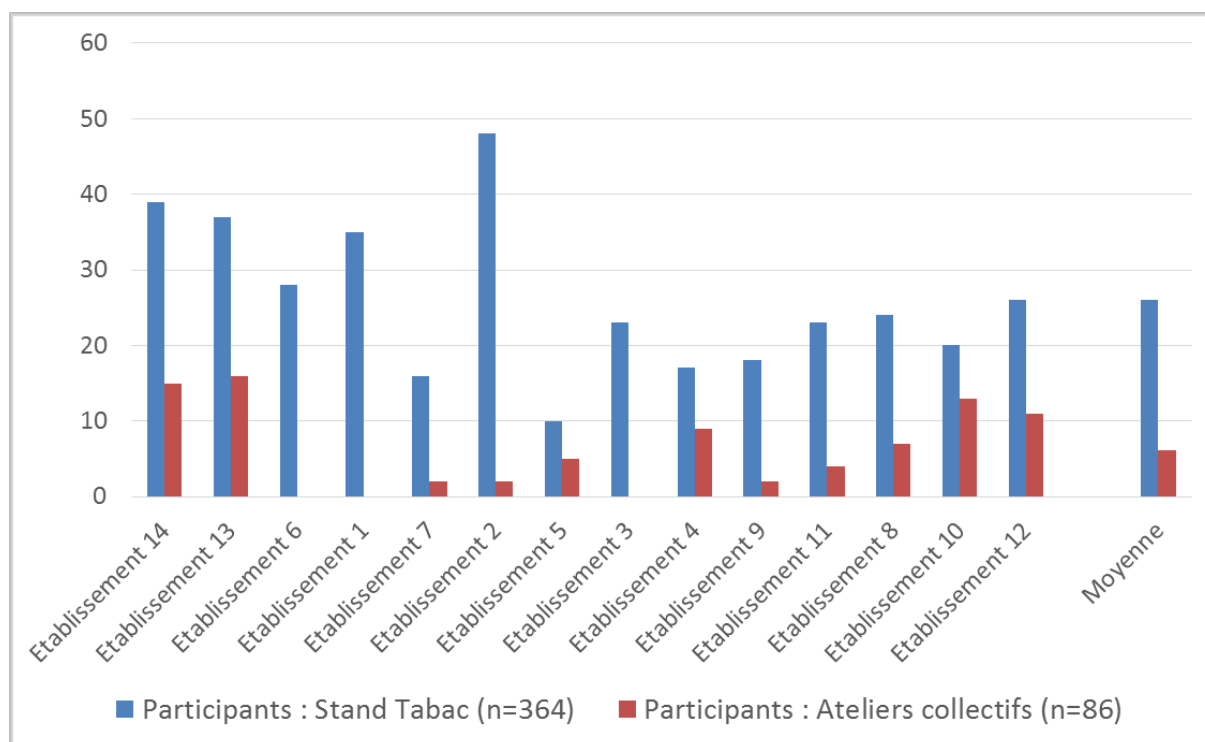
Parmi les 21 ateliers réalisés, 6 ont été constitués de 2 séances (pour un même groupe), et 15 d'une seule séance (71,4 %).

Le nombre moyen de participants par séance était de 4,58 (Min = 2, Max = 9, ET = 2,15).

Le nombre de participants au Stand Tabac-Cannabis et aux ateliers collectifs par établissement est représenté par la figure 15.

I FIGURE 15 I

Nombre de participants au programme selon l'établissement



Les établissements scolaires ont été anonymisés

5.3.2 Caractéristiques de consommation des participants au programme

5.3.2.1 Le stand Tabac-Cannabis

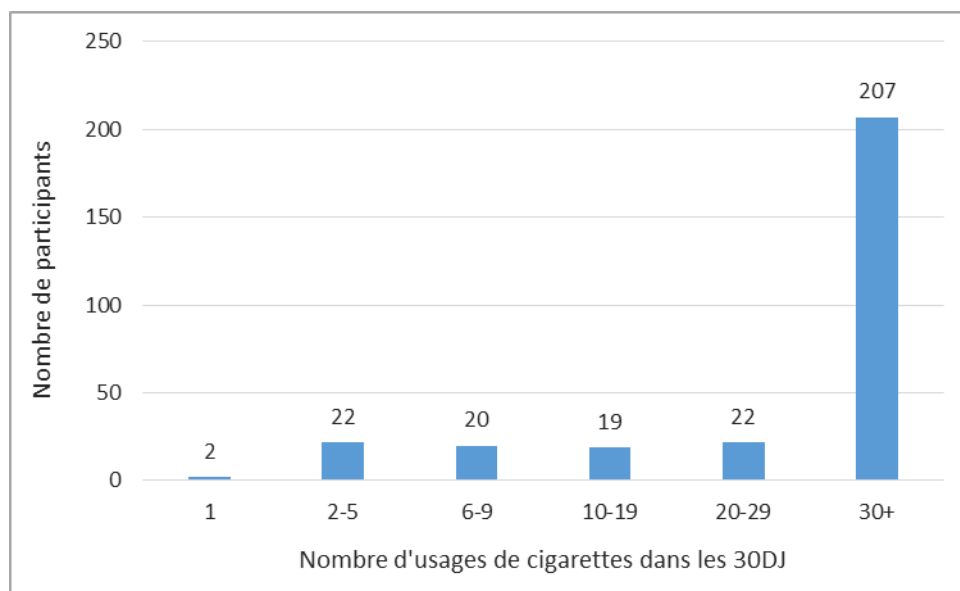
Sur les 364 participants au stand Tabac-Cannabis, 293 (80,5 %) sont des fumeurs récents de cigarettes (au - 1 cig. dans les 30DJ), 151 (41,5 %) sont des fumeurs récents de cannabis (au - 1 usage dans les 30DJ) et 149 (40,9 %) sont à la fois des consommateurs récents de cigarettes et de cannabis).

Parmi les consommateurs récents de cigarettes, 71 % ont fumé 30 cigarettes ou plus dans les 30 derniers jours (voir Figure 16).

Parmi les consommateurs récents de cannabis, 47 % ont fumé du cannabis 10 fois ou plus dans les 30 derniers jours et 22 % ont fumé 30 fois ou plus dans les 30 derniers jours (voir Figure 17).

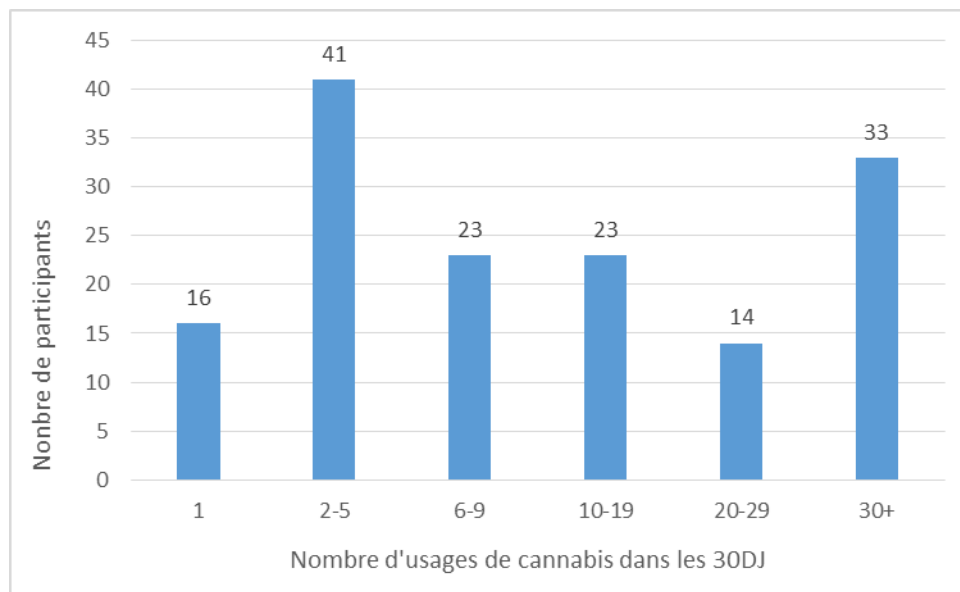
I FIGURE 16 I

Consommateurs récents de cigarettes (30DJ) selon le niveau de consommation parmi les participants du stand Tabac-Cannabis



I FIGURE 17 I

Consommateurs récents de cannabis (30DJ) selon le niveau de consommation parmi les participants du stand Tabac-Cannabis



5.3.2.2 L'atelier collectif

On constate que parmi les consommateurs récents de cigarettes participant au Stand Tabac-Cannabis, ceux qui ont également participé à un atelier collectif (comparativement aux participants du stand seul) :

- ont un niveau de consommation récente de cigarettes supérieur ($M = 5,68$, $ET = 0,86$ versus $M = 5,17$, $ET = 1,40$, $t = 2,62$, $p < 0,01$)
- sont plus dépendants à la nicotine (score Honc : $M = 6,49$, $ET = 2,61$ versus $M = 5,43$, $ET = 2,74$, $t = 2,66$, $p < 0,01$)
- ont un taux de CO supérieur ($M = 13,46$, $ET = 7,70$ versus $M = 10,93$, $ET = 7,43$, $t = 2,13$, $p < 0,05$)

Ils sont 70 % à consommer des cigarettes 30 fois ou + dans les 30 derniers jours.

Parmi les consommateurs récents de cannabis participant au Stand Tabac-Cannabis, ceux qui ont également participé à un atelier collectif ne se distinguent pas des participants du stand seul sur :

- le niveau de consommation récente de cannabis
- la consommation problématique de cannabis (score Cast)
- le taux de CO

Ils sont 43 % à consommer du cannabis 10 fois ou + dans les 30DJ et 22 % à consommer du cannabis 30 fois ou + dans les 30DJ.

5.3.2.3 Validation indirecte de nos mesures de consommation récente

Nous souhaitons valider indirectement nos mesures du niveau de consommation récente en examinant leur lien avec :

- Le taux de CO dans l'air expiré
- La dépendance à la nicotine (score Honc)
- La consommation problématique de cannabis (score Cast)

On constate une relation linéaire positive entre le niveau de consommation récente de cigarettes et :

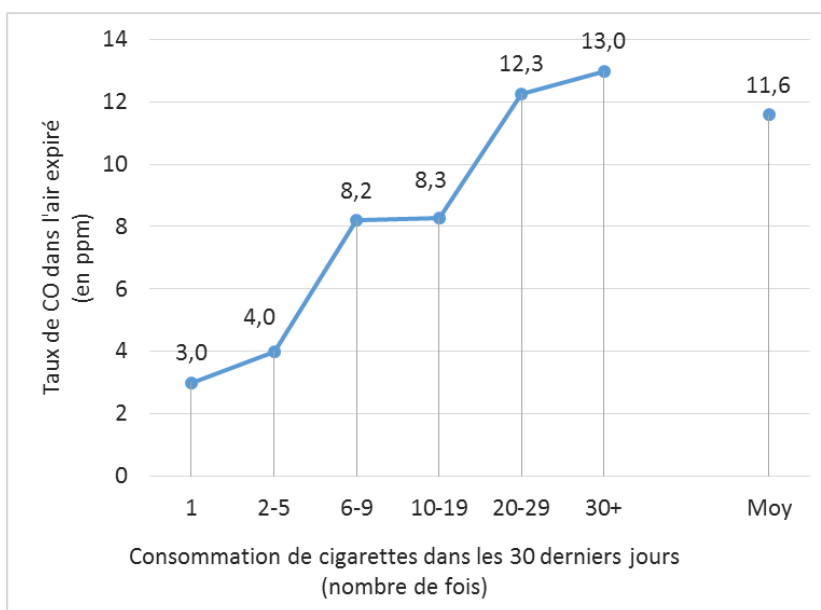
- le taux de CO dans l'air expiré ($r = 0,37$, $p < 0,0001$, lien modéré)
- le score au test de Honc de dépendance à la nicotine ($r = 0,59$, $p < 0,0001$, lien fort)

On constate une relation linéaire positive entre le niveau de consommation récente de cannabis et :

- le taux de CO dans l'air expiré ($r = 0,23$, $p < 0,01$, lien faible)
- le score à l'échelle Cast d'usages problématiques de cannabis ($r = 0,58$, $p < 0,0001$, lien fort)
- le score au test de Honc de dépendance à la nicotine ($r = 0,19$, $p < 0,001$, lien faible)

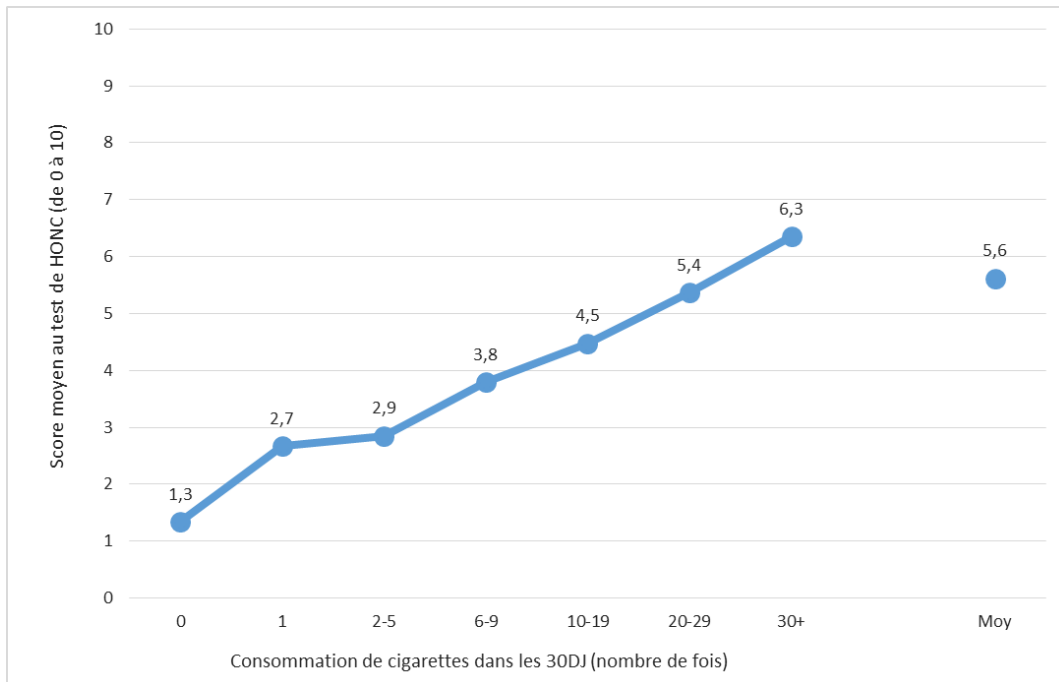
I FIGURE 18 I

Taux de CO dans l'air expiré (en partie par million, ppm) selon le niveau de consommation récente de cigarettes (30DJ) parmi les participants du stand Tabac-Cannabis



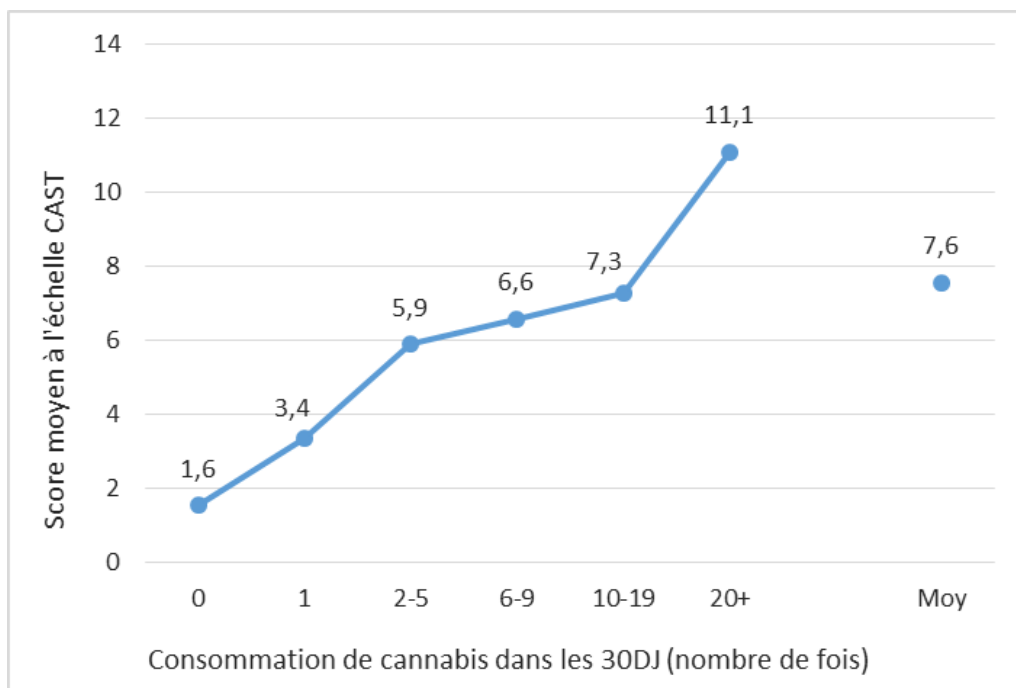
I FIGURE 19 I

Dépendance à la nicotine (score Honc) selon le niveau de consommation récente de cigarettes (30DJ) parmi les participants du stand Tabac-Cannabis



I FIGURE 20 I

Usages problématiques de cannabis (score Cast) selon le niveau de consommation récente de cannabis (30DJ) parmi les participants du stand Tabac-Cannabis



5.3.3 Activités du Stand Tabac-Cannabis

5.3.3.1 Qualité de l'entretien motivationnel bref

Après chaque entretien, le tabacologue devait évaluer dans quelle mesure il avait utilisé les comportements consistants (C) ou non consistants (NC) avec l'EM lorsque ceux-ci étaient pertinents dans la situation (de 1= « Pas du tout » à 4= « Beaucoup ») :

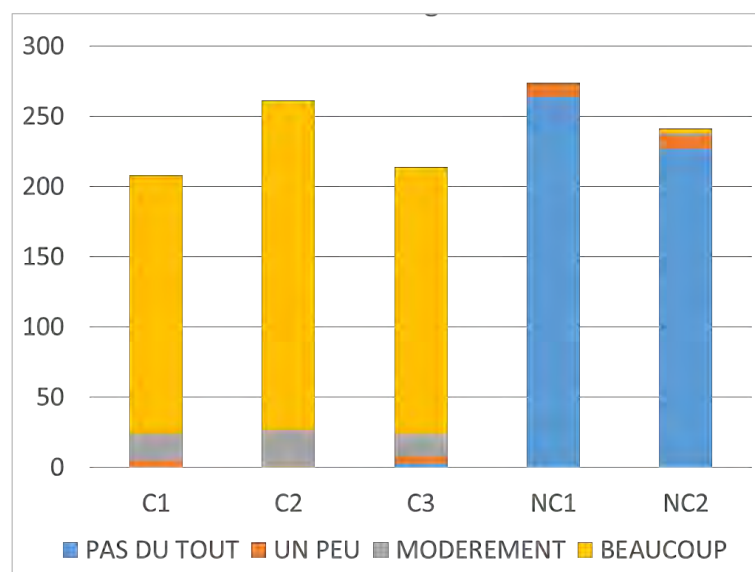
- C1 = J'ai souligné les qualités ou l'effort fait par le participant pour changer
- C2 = J'ai valorisé l'autonomie du participant, le fait que c'est lui seul qui décide du changement à faire ou non
- C3 = J'ai valorisé les réussites du participant
- NC1 = J'ai clairement indiqué au participant ce qu'il doit faire
- NC2 = J'ai partagé une information ou un conseil avec le participant sans lui demander la permission

L'examen des résultats (voir Figure 21) nous indique que, sur l'ensemble des entretiens, le tabacologue déclare globalement utiliser :

- beaucoup les comportements consistants avec l'EM
- pas du tout les comportements non consistants avec l'EM

I FIGURE 21 I

Utilisation par le tabacologue de comportements consistants (C) ou non consistants (NC) avec l'EM (stand Tabac-Cannabis)



5.3.3.2 Utilisation des outils lors de l'EM bref

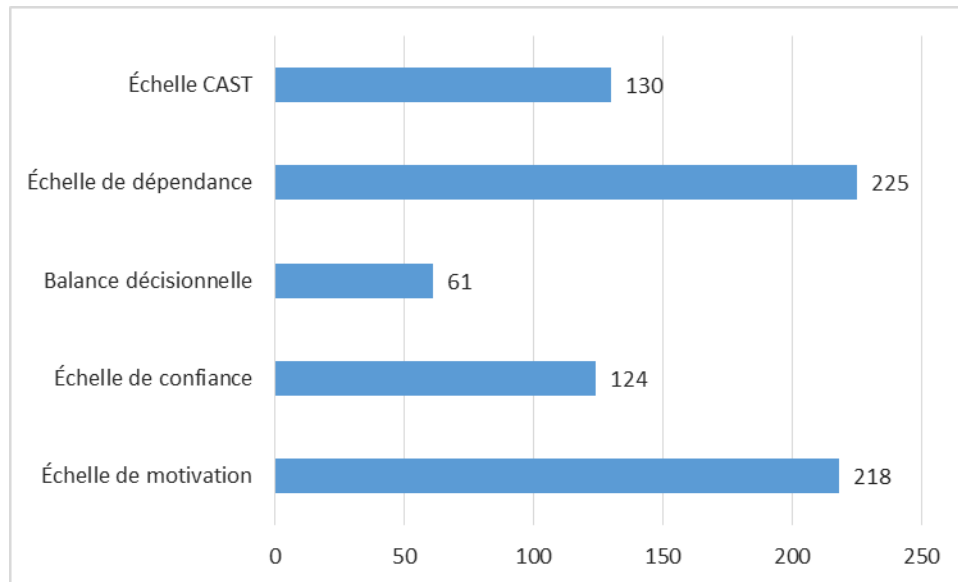
L'échelle de dépendance et l'échelle de motivation sont les deux outils les plus fréquemment utilisés lors de l'EM bref du Stand Tabac-Cannabis (voir Figure 22).

La balance décisionnelle est l'outil le moins utilisé. Les échelles de dépendance et de confiance ont une fréquence d'utilisation intermédiaire.

Le nombre moyen d'outils utilisés lors de l'EM bref est de 2,9 (ET = 1,3). Le nombre d'outils le plus fréquemment utilisé (par EM) est de 4 (31 %, voir Figure 23 pour la fréquence d'utilisation des différents outils selon le nombre d'outils utilisés dans un même EM).

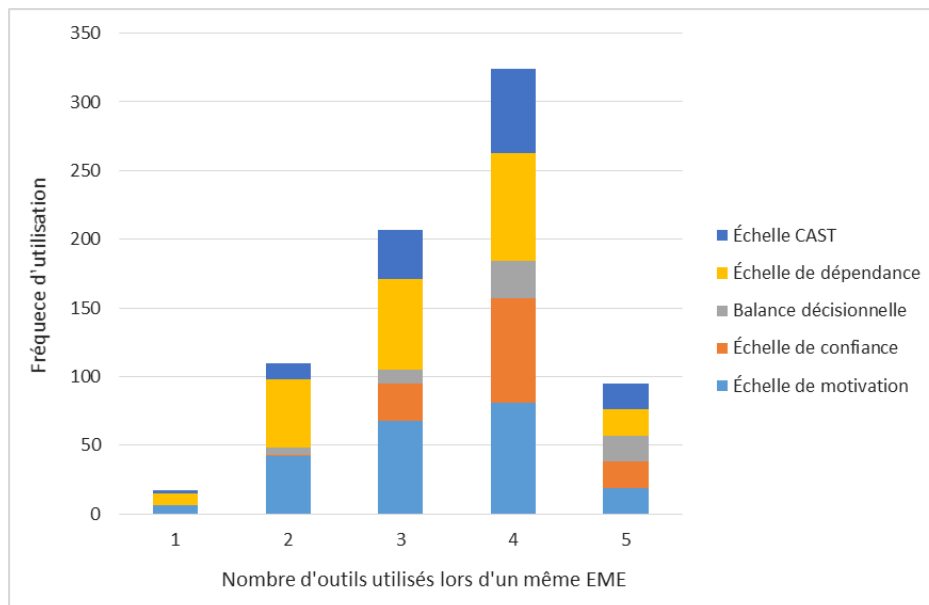
I FIGURE 22 I

Fréquence d'utilisation des outils lors de l'EM



I FIGURE 23 I

Fréquence d'utilisation des outils selon le type d'outil et le nombre d'outils utilisés lors d'un même EM



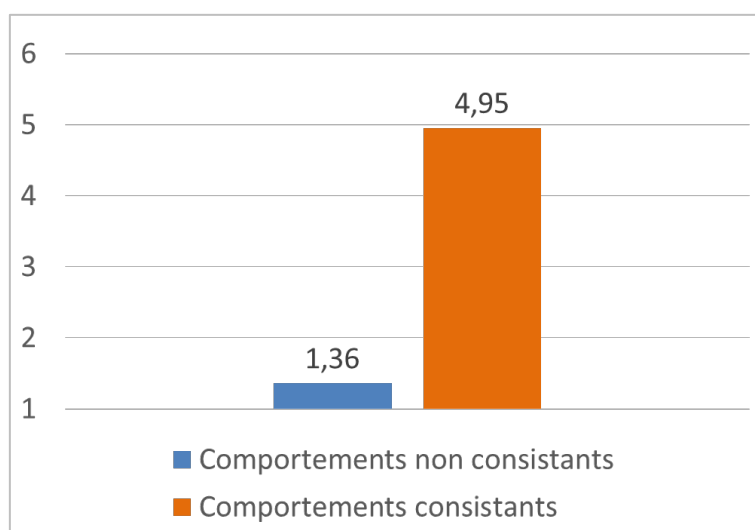
5.3.4 Activités de l'atelier collectif d'aide à la motivation

5.3.4.1 Qualité de l'entretien motivationnel adapté au groupe

Lorsqu'on considère les comportements de l'intervenant lors de l'EM de groupe, le niveau d'utilisation rapportée des comportements consistants avec l'EM est très supérieur à celui des comportements non consistants avec l'EM (M = 4,95 versus M = 1,36, de 1=faible utilisation à 6=forte utilisation, voir Figure 24).

I FIGURE 24 I

Niveau d'utilisation des comportements consistants et non consistants avec l'EM lors de l'atelier collectif



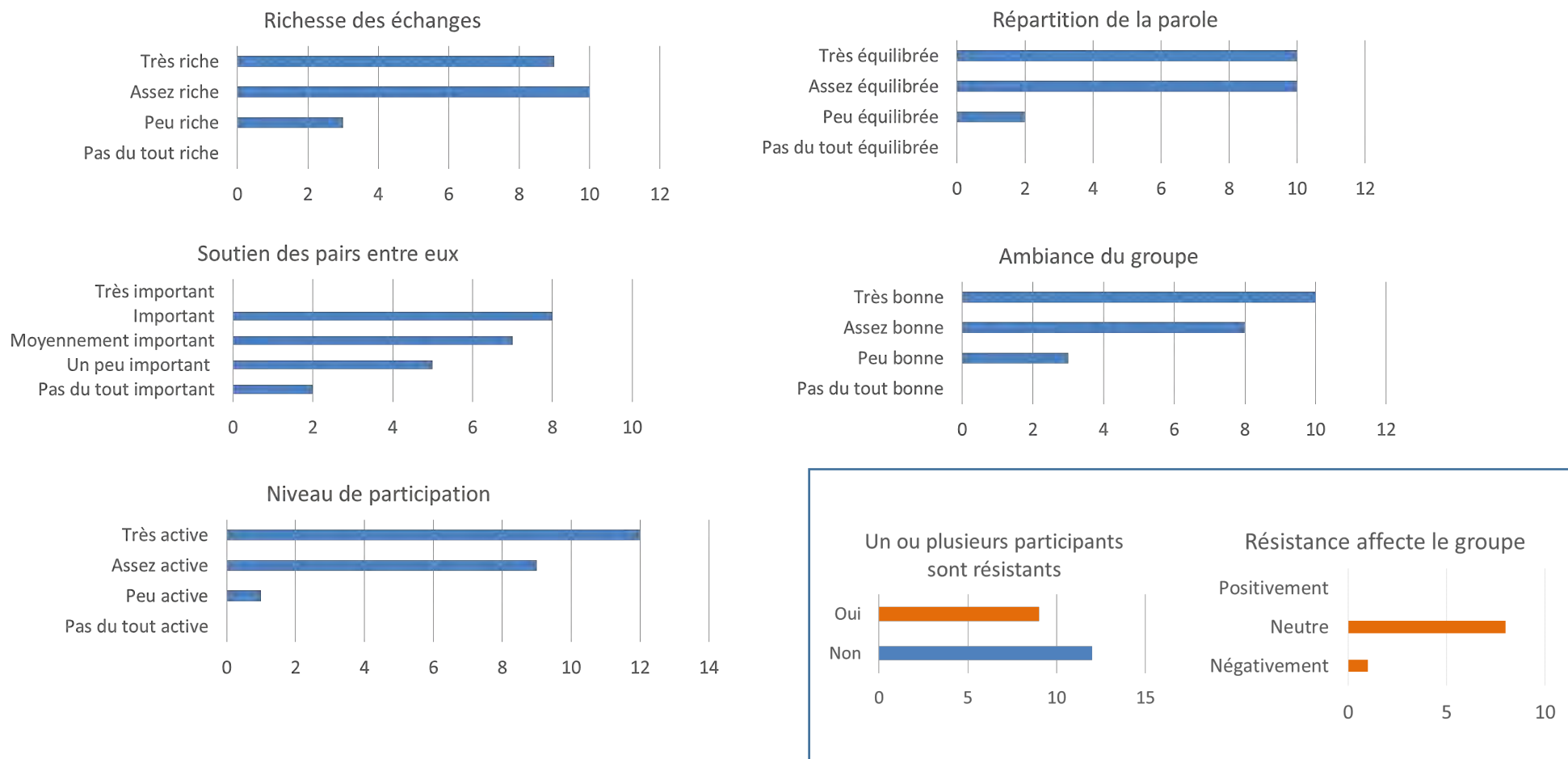
5.3.4.2 Dynamique de groupe et engagement des participants

Concernant l'évaluation de la dynamique de groupe lors de l'EM de l'atelier, on constate que (voir Figure 25) :

- Les échanges sont considérés comme « assez riches » ou « très riches » dans 86,4 % des ateliers
- La répartition de la parole est jugée « assez équilibrée » ou « très équilibrée » dans 90,9 % des ateliers
- Le soutien des pairs entre eux est jugé « moyennement important » ou « important » dans 68 % des ateliers
- L'ambiance du groupe est jugée « assez bonne » ou « très bonne » dans 85,7 % des ateliers
- La participation est jugée « assez active » ou « très active » dans 95,5 % des ateliers
- Un ou plusieurs participants sont résistants dans 41 % des ateliers mais globalement cette résistance n'affecte pas de manière négative le groupe

I FIGURE 25 I

Dynamique de groupe et engagement des participants lors des ateliers collectifs



5.3.5 Lien entre la qualité de l'EM bref et les indicateurs d'efficacité à 3 mois

Les analyses de régression multiniveaux nous indiquent que la qualité de l'entretien motivationnel bref du stand Tabac-Cannabis est associée à certains de nos indicateurs secondaires 3 mois après le forum (voir Tableau 35).

I TABLEAU 35 I

Liens entre le score de non-consistance des comportements du tabacologue avec l'EM bref et les indicateurs d'efficacité de l'étude en t1

Indicateurs d'effet en t1	ECHANTILLON 1	ECHANTILLON 2	ECHANTILLON 3	ECHANTILLON 4
Niveau de consommation de cigarettes/cannabis dans les 30DJ	ns	ns	ns	ns
Au - 1 tentative sérieuse d'arrêt de la cig./du cannabis depuis t0	ns	ns	ns	ns
Abstinent de la cig./du cannabis depuis + de 7 jours en t1	ns	ns	ns	ns
Intention d'arrêter la cigarette/le cannabis (12 prochains mois)	B=-0,15 [-0,55;-0,01] p < 0,10	B=-0,28 [-0,55;-0,01] p < 0,05	ns	ns
Sentiment d'être capable d'arrêter la cig./le cannabis (3 prochains mois)	ns	B=-0,30 [-0,55;-0,06] p < 0,02	ns	ns
Sentiment d'être capable de diminuer la cig./le cannabis (3 prochains mois)	ns	B=-0,22 [-0,43;-0,01] p < 0,05	ns	ns
Perception de la conso de cig./cannabis des jeunes du même âge	ns	ns	ns	ns

B : coefficient de régression non standardisé associé à l'effet du score de non-consistance avec l'EM sur l'indicateur d'efficacité, après ajustements et prise en compte de l'effet cluster (établissement)

p : degré de significativité associé à l'effet du score, ns : effet non significatif

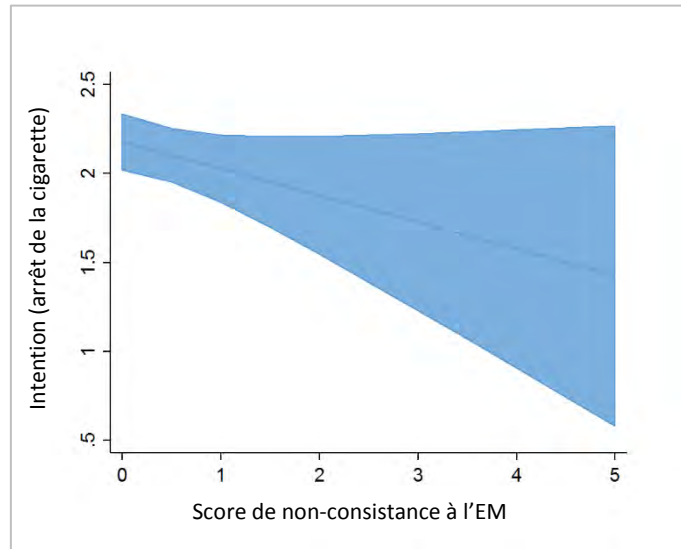
Après ajustement sur les covariables du modèle et prise en compte de l'effet du cluster « établissement » :

- Pour les consommateurs récents de cigarettes en t0 ayant seulement participé au stand Tabac-Cannabis (échantillon 1), l'intention d'arrêter la cigarette lors du t1 a tendance à être d'autant plus grande que la qualité de l'EM bref était élevée (i.e., que le score de non-consistance était bas ; B = -0,15, IC 95% = [-0,55 ; -0,01], p < 0,10).
- Pour les consommateurs récents de cannabis en t0 ayant seulement participé au stand Tabac-Cannabis (échantillon 2), l'intention d'arrêter le cannabis et le sentiment d'être capable d'arrêter et de diminuer le cannabis sont d'autant plus grands que la qualité de l'EM bref était élevée (i.e., que le score de non-consistance était bas ; intention : B = -0,28, IC 95% = [-0,55 ; -0,01], p < 0,05 ; capable d'arrêter : B = -0,30, IC 95% = [-0,55 ; -0,06], p < 0,02 ; capable de diminuer : B = -0,22, IC 95% = [-0,43 ; -0,01], p < 0,05).

Ces associations significatives entre le score de non-consistance avec l'EM et les indicateurs secondaires sont représentées par les figures 26 à 29.

I FIGURE 26 I

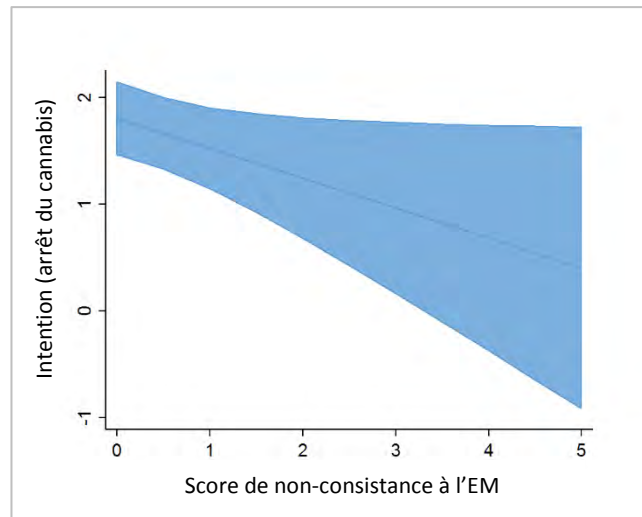
Relation prédite (modèle multiniveaux) entre le score de non-consistance avec l'EM bref et l'intention en t1 d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois pour les participants de l'échantillon 1



Plus le score est élevé, plus la qualité de l'EM est basse

I FIGURE 27 I

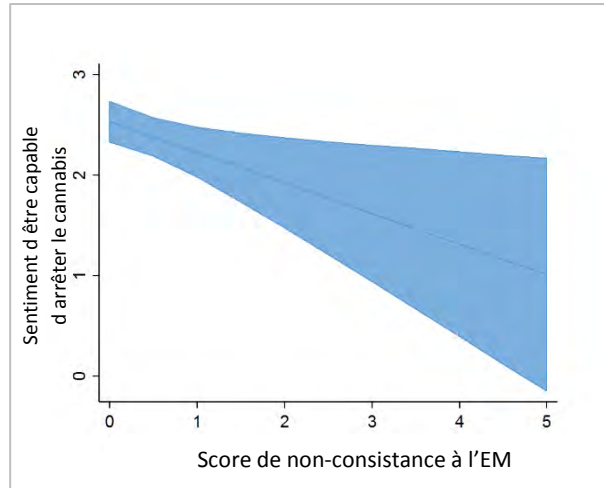
Relation prédite (modèle multiniveaux) entre le score de non-consistance avec l'EM bref et l'intention en t1 d'arrêter le cannabis dans les 12 prochains mois pour les participants de l'échantillon 2



Plus le score est élevé, plus la qualité de l'EM est basse

I FIGURE 28 I

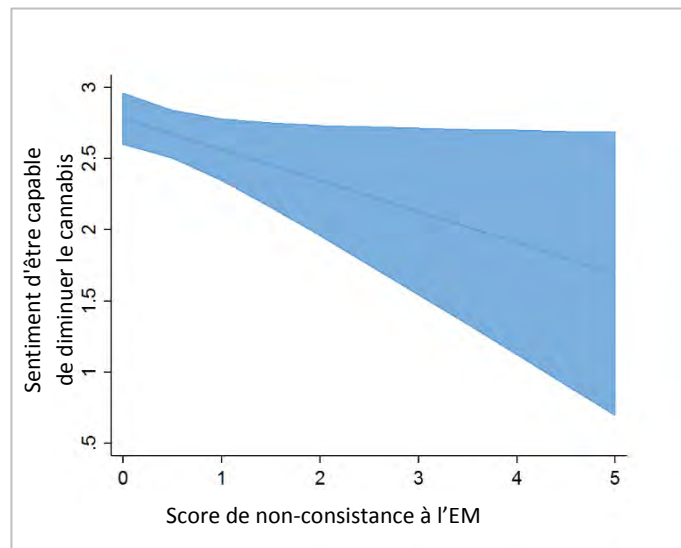
Relation prédite (modèle multiniveaux) entre le score de non-consistance avec l'EM bref et le sentiment d'être capable en t1 d'arrêter le cannabis dans les 3 prochains mois pour les participants de l'échantillon 2



Plus le score est élevé, plus la qualité de l'EM est basse

I FIGURE 29 I

Relation prédite (modèle multiniveaux) entre le score de non-consistance avec l'EM bref et le sentiment d'être capable en t1 de diminuer le cannabis dans les 3 prochains mois pour les participants de l'échantillon 2



Plus le score est élevé, plus la qualité de l'EM est basse

6. DISCUSSION

6.1 Synthèse des résultats

6.1.1 Évaluation d'efficacité

La présente étude a montré que, pour un fumeur récent de cigarettes, la seule participation au stand Tabac-Cannabis était associée :

- à une réduction de son niveau de consommation récente de cigarettes (30DJ)
- à une augmentation de son intention d'arrêter la cigarette dans les 12 prochains mois
- à une augmentation de son sentiment d'être capable d'arrêter et de diminuer sa consommation de cigarette dans les 3 prochains mois
- à une diminution de la consommation perçue de cigarettes des jeunes du même âge

Pour un fumeur récent de cannabis, la participation au stand seul était associée à une réduction de son niveau de consommation récente de cannabis mais n'était pas associée à une modification des indicateurs secondaires (intention, auto-efficacité, croyances normatives)

Globalement, nous n'avons pas observé d'effet de la seule participation au stand sur l'abstinence et les tentatives d'arrêt « sérieuses » (plus de 24h) des fumeurs de cigarettes ou de cannabis.

Concernant les fumeurs récents de cigarettes, on a noté que la participation au stand et à l'atelier collectif était associée à une évolution positive des variables intermédiaires ciblées par l'intervention (augmentation de l'intention d'arrêter, augmentation de l'auto-efficacité relative à l'arrêt et à la diminution de la consommation, diminution de la consommation perçue des pairs) mais n'était pas associée aux indicateurs de consommation (niveau de consommation récente, tentatives d'arrêt et abstinence).

Concernant les fumeurs récents de cannabis, on a noté que la participation au stand et à l'atelier collectif n'était associée qu'à la diminution de la consommation perçue des jeunes du même âge.

6.1.2 Évaluation de processus

Les données de processus concernant le stand Tabac-Cannabis étaient satisfaisantes, tant au niveau de la qualité de l'entretien bref réalisé que du nombre de fumeurs atteints.

La description de la consommation des participants nous a montré que le stand Tabac-cannabis répondait à un réel besoin.

L'examen des liens entre les différentes mesures de consommation lors du forum (taux de CO, échelles de dépendance à la nicotine et de repérage des usages problématiques de cannabis, nos items de consommation récente) nous a permis de valider indirectement les mesures que nous avons choisies pour évaluer le niveau de consommation récente de cigarette et de cannabis dans notre étude.

Les données de processus concernant les ateliers collectifs ont été plus mitigées.

Si la qualité de l'entretien motivationnel et la dynamique de groupe étaient jugées bonnes, le recrutement et l'organisation des ateliers ont posé problème. On a constaté un taux de recrutement assez faible (24 % des participants du stand Tabac-Cannabis) et une difficulté à proposer aux groupes les 2 séances de l'atelier (71 % des ateliers ne proposent qu'une seule séance).

6.1.3 Lien entre qualité de l'EM bref et efficacité du programme

On a constaté une association entre la qualité de l'entretien motivationnel bref mené lors du stand Tabac-Cannabis et certains des indicateurs secondaires à 3 mois chez les fumeurs récents de cigarettes et de cannabis ayant participé seulement au stand.

Plus la qualité de l'EM était bonne :

- plus l'intention d'arrêter la cigarette augmentait chez les fumeurs récents de cigarettes (tendance)
- plus l'intention d'arrêter le cannabis et le sentiment d'être capable d'arrêter et de diminuer la consommation de cannabis augmentaient chez les fumeurs récents de cannabis

6.2 Interprétation des résultats

L'effet protecteur de la participation au stand Tabac-Cannabis (EM bref) sur le niveau de consommation déclarée de cigarettes et de cannabis observée dans notre étude rejoint plusieurs résultats de la littérature concernant l'efficacité de l'EM bref, -et de l'EM en général-, sur la diminution de consommation de SPA chez les jeunes :

- D'Amico *et al.* (2008) ont par exemple montré que, 3 mois après l'intervention (EM bref de 15-20 min. versus traitement habituel), les adolescents diminuaient leur consommation de cannabis.
- Harris *et al.* (2010) ont montré que les étudiants participant à un EM sur l'arrêt du tabac réduisaient le nombre de jours durant lesquels ils fumaient.
- LaChance *et al.* (2009) ont montré que des étudiants, 6 mois après avoir participé à un EM associé à un *feedback* normatif, consommaient moins d'alcool par jour (DDD= Average Drinking Day).
- Dupond *et al.* (2015) ont montré que de jeunes consommateurs de cannabis, 6 mois après un EM intégré, réduisaient leur niveau de dépense (en euros) allouée au cannabis et fumaient moins de joints par semaine.

En revanche, concernant le cannabis, on observe des résultats inverses à ceux de Li *et al.* (2015) qui constataient un impact de l'EM sur l'intention d'arrêter de consommer des drogues illicites (effet non observé dans notre étude), mais pas d'effet sur la consommation (effet significatif sur la réduction du niveau de consommation déclaré dans notre étude).

Bien qu'aucune analyse coût-efficacité n'ait été conduite, ces résultats positifs, rapportés aux moyens utilisés, indiquent que l'intervention « stand Tabac-Cannabis » semble efficace pour diminuer la consommation des jeunes fumeurs.

Nous n'observons pas d'effet du stand seul sur l'abstinence ou sur les tentatives d'arrêt. Étant données 1) la petite taille des effets de l'EM mis en évidence dans les revues systématiques (Jensen *et al.*, 2011 ; Foxcroft *et al.*, 2014), 2) la rareté des événements concernés et 3) la petite taille de nos échantillons, nous ne pouvons conclure de manière ferme à une absence d'effet du stand sur ces indicateurs de consommation. Cette évaluation n'a peut-être pas permis d'obtenir la puissance statistique nécessaire pour détecter ces effets s'ils existent.

Chez les fumeurs récents de cigarettes, la participation au programme AsT (stand seul ou Stand+Atelier) apparaît également avoir un effet sur les variables dont la littérature scientifique a montré qu'elles pouvaient médier l'effet d'un EM sur le changement de consommation (arrêt ou diminution). Il s'agit :

- de l'auto-efficacité (LaChance *et al.*, 2009)
- de l'intention d'arrêter (Li *et al.*, 2015)

- de la perception de la consommation des pairs (D'Amico *et al.*, 2008 ; Reid *et al.*, 2015). Notons qu'on retrouve cet effet chez les fumeurs récents de cannabis ayant participé au stand et à l'atelier.

Ces résultats sont cohérents avec le modèle d'intervention du programme AsT basé sur l'EM : c'est en augmentant la motivation et l'auto-efficacité et en corrigeant les croyances normatives que l'intervention semble pouvoir modifier les comportements de consommation.

Concernant les fumeurs récents ayant participé au stand et à l'atelier, on n'observe aucun effet du programme sur les indicateurs de consommation (niveau de consommation, tentatives d'arrêt, abstinence).

Pour les raisons déjà évoquées plus haut, nous ne pouvons pas conclure que ces effets n'existent pas, les échantillons concernés étant trop petits.

Les données de processus recueillies concernant le nombre et les caractéristiques de consommation des participants montrent que le stand Tabac-Cannabis répond à un réel besoin. Néanmoins, nos observations ont montré qu'il manquait plusieurs professionnels pour faire face au flux continu des fumeurs.

Concernant les données de processus sur les ateliers, on constate que si la qualité de l'EM et la dynamique de groupe semblent satisfaisantes :

- l'élargissement du recrutement aux fumeurs non motivés à l'arrêt n'a pas permis d'augmenter le nombre de participants aux ateliers, qui reste faible
- la tenue des 2 séances par atelier semble difficile à organiser
- les intervenants ressentent une certaine variabilité de l'efficacité d'un groupe à l'autre, ou d'une année sur l'autre

Ces 3 éléments font de l'atelier un dispositif encore non stabilisé.

La mise en évidence d'un lien entre la qualité de l'EM bref et les indicateurs d'effet directement ciblés par l'intervention (motivation, auto-efficacité, croyances normatives) confirme l'importance des comportements de l'animateur de l'EM dans l'obtention des effets du programme. Ce résultat rejoint les données de plusieurs études montrant que la non-consistance des comportements de l'animateur avec l'EM diminue les effets de l'EM sur les changements ciblés (Apodaca *et al.*, 2009).

6.3 Retour des porteurs de projet

Lors de la restitution orale des résultats de l'évaluation, le porteur du programme a tenu à souligner les points suivants :

- Le nombre de participants sur l'année 2016-2017 n'est pas une bonne estimation du nombre de participants en routine, le dispositif de l'évaluation (questionnaires à remplir avant la participation au stand, fiches à remplir après chaque entretien) ayant diminué le nombre de participants par forum.
- Les ateliers n'ont pas aussi bien fonctionné que certaines années pour des raisons qu'il est difficile de déterminer. Certains groupes n'ont pas joué le jeu ou n'ont pas « fonctionné ». Les résultats ne sont pas représentatifs d'une année normale.
- Pour augmenter l'atteinte de la cible du stand Tabac-Cannabis, le porteur émet l'idée d'organiser des journées ou demi-journées banalisées en partenariat avec les établissements (plutôt qu'un forum pendant la pause méridienne).

6.4 Forces et limites de l'évaluation

Notre étude souffre de plusieurs limites :

- Une absence de randomisation
- La petite taille des effectifs
- Une modalité de recueil à t1 différent de t0
- Un possible biais de désirabilité sociale associé au recueil par questionnaire

D'autre part, nous avons dû faire face à des difficultés dans le recueil des données :

- Nous devons veiller à ce que la passation du questionnaire rempli juste avant le stand Tabac-Cannabis ne perturbe pas le dispositif évalué. En début d'année scolaire, nous avons prétesté le questionnaire et fait des ajustements pour qu'il soit moins long à remplir. Malgré ces modifications, il est probable que cette passation, même si elle était encadrée par la coordinatrice des actions du programme, ait mécaniquement diminué le nombre de participants au stand. D'autre part, l'évaluation a nécessité un temps d'adaptation de la part des animateurs qui a sans doute impacté la qualité des entretiens sur les 2 ou 3 premiers forums.
- Il nous a été difficile d'évaluer les effets du programme chez les jeunes fumeurs ayant participé à la fois au stand Tabac-Cannabis et à l'atelier car ils étaient peu nombreux (petite taille des effectifs).
- Globalement, il a été difficile de retrouver les jeunes fumeurs 3 mois après la baseline. Le recueil des données était effectué par un prestataire grâce à un questionnaire en ligne. Afin d'optimiser le taux de participation, le questionnaire était accessible sur tous les supports (ordinateur, smartphone, tablette) et nous proposons un chèque cadeau de 10 euros aux participants. Malgré ces précautions, le taux de participation a été faible.

Concernant les atouts de notre étude, nous pouvons souligner les éléments suivants :

- L'évaluation a été menée sur des « données de vie réelle » reflétant *a priori* la pratique courante, dans le contexte de déploiement de l'intervention.
- Nous avons utilisé des modèles statistiques ajustés sur les principales variables de confusion et prenant en compte l'effet « cluster » de l'établissement scolaire.
- Notre évaluation était fondée sur un modèle logique de l'intervention : nous avons mesuré à la fois les variables finales (de consommation) et les variables intermédiaires directement ciblées par le programme (intention, auto-efficacité, normes sociales).
- Nous avons pris en compte des variables de mise en œuvre du programme dans l'analyse de l'efficacité, ce qui nous a permis de mettre en évidence une relation entre la qualité de l'entretien motivationnel bref (stand Tabac-Cannabis) et certains indicateurs secondaires mesurés 3 mois après (intention d'arrêt, auto-efficacité liée à l'arrêt ou la diminution de consommation).

7. CONCLUSION

Nos résultats indiquent que la participation au stand Tabac-Cannabis du programme Avenir sans Tabac est associée à court terme à une diminution du niveau de consommation des jeunes fumeurs de cigarettes et de cannabis. Cette étude apporte donc des éléments observationnels en faveur de l'efficacité de l'intervention à court terme. Elle impacte également l'intention d'arrêt et l'auto-efficacité des fumeurs de cigarettes et corrige la surestimation de la consommation des jeunes du même âge. Ces résultats sont consistants avec les données de la littérature relatives aux effets de l'entretien motivationnel sur la consommation de SPA et aux variables qui médient ces effets. De plus, nous avons montré que les niveaux de l'intention et de l'auto-efficacité mesurés 3 mois après l'intervention étaient associés à la qualité de l'entretien mené pendant le stand.

Les fumeurs recrutés pour les ateliers collectifs, comparativement aux fumeurs participant seulement au stand Tabac-Cannabis, ont un profil particulier : les fumeurs de cigarettes ont un niveau de consommation supérieur et les fumeurs de cigarettes et de cannabis ont une plus grande dépendance à la nicotine. Leur participation au programme a un effet positif sur les déterminants de la consommation : elle augmente l'intention d'arrêt et le sentiment d'efficacité personnelle (arrêt et diminution) pour les fumeurs de cigarettes ; elle réduit la consommation perçue des pairs pour les fumeurs de cigarettes et de cannabis. En revanche, elle n'a pas d'effet sur la consommation.

Notons enfin que l'atelier d'aide à la motivation est un dispositif qui n'est pas encore stabilisé : 1) il subsiste des problèmes de recrutement, 2) il semble difficile de proposer aux participants les 2 séances de l'atelier et 3) l'efficacité ressentie de l'atelier par les animateurs est très variable selon les groupes.

Globalement, nous n'avons observé aucun effet du programme (stand seul ou stand+atelier) sur la prévalence des tentatives d'arrêt et l'abstinence, et aucun effet de la participation au stand+atelier sur le niveau de consommation. Les limites de cette étude (faibles effectifs) ne nous permettent pas de conclure de manière ferme sur l'inexistence de ces effets.

Pour finir, nous proposons les pistes d'amélioration suivantes :

- Concernant le stand Tabac-Cannabis, le flux des fumeurs étant important, il serait utile d'étoffer l'équipe des professionnels menant les entretiens afin de mieux atteindre la population ciblée.
Un autre moyen évoqué par le porteur de programme pour répondre à l'engorgement du stand Tabac-Cannabis lors des forums serait d'organiser, en partenariat avec les établissements, des journées (ou ½ journées) banalisées dédiées à la prévention (au lieu d'un forum pendant la pause méridienne), ce qui permettrait d'étendre la plage horaire durant laquelle les jeunes fumeurs peuvent se rendre au stand.
- Il semble indispensable de veiller à ce que les intervenants animant le stand Tabac-Cannabis soient bien formés à l'entretien motivationnel. La structure devrait se doter d'outils pour évaluer la pratique de l'EM (auto-évaluation, supervision). Nous avons montré que les changements de l'intention et de l'auto-efficacité observés chez les jeunes fumeurs étaient associés à la qualité de cet entretien.
- L'atelier collectif est un dispositif potentiellement prometteur mais pour l'instant pas encore stabilisé et peu efficient. La structure porteuse devrait trouver des solutions afin 1) d'améliorer le recrutement, 2) d'augmenter la proportion d'ateliers proposant les 2 séances prévues et 3) de déterminer les facteurs qui font que « ça semble marcher » avec certains groupes et pas avec d'autres. S'il n'est pas possible de stabiliser le dispositif, il serait souhaitable d'envisager une prise en charge alternative pour les jeunes fumeurs les plus en difficulté repérés au stand Tabac-Cannabis, notamment en les orientant de manière plus systématique vers les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) et vers les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) des Csapa partenaires.

Références bibliographiques

Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.

Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104(5), 705-715.

Appiah-Brempong, E., Okyere, P., Owusu-Addo, E., & Cross, R. (2014). Motivational interviewing interventions and alcohol abuse among college students: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 29(1), e32-e42.

Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Information & Learning.

Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1310-1316.

Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R., Fromme, K., Larimer, M. E., & Williams, E. (1992). An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 974-979.

Bailey, K. A., Baker, A. L., Webster, R. A., & Lewin, T. J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug and Alcohol Review*, 23(2), 157-166.

Baird, J., Longabaugh, R., Lee, C. S., Nirenberg, T. D., Woolard, R., Mello, M. J., . . . Gogineni, A. (2007). Treatment completion in a brief motivational intervention in the emergency department: The effect of multiple interventions and therapists' behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl. 3), 71S-75S.

Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L. A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1325-1334.

Barnett, N. P., Tevyaw, T. O. L., Fromme, K., Borsari, B., Carey, K. B., Corbin, W. R., . . . Monti, P. M. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(6), 966-975.

Bastian, L. A., Fish, L. J., Peterson, B. L., Biddle, A. K., Garst, J., Lyna, P., . . . McBride, C. M. (2013). Assessment of the impact of adjunctive proactive telephone counseling to promote smoking cessation among lung cancer patients' social networks. *American Journal of Health Promotion*, 27(3), 181-190.

Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., Katz, E. C., & Sears, E. A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 123-134.

Bize, R., Burnand, B., Mueller, Y., Rège-Walther, M., Camain, J. Y., & Cornuz, J. (2012). Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Borsari, B., & Carey, K. B. (2005). Two Brief Alcohol Interventions for Mandated College Students. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 19(3), 296-302.

- Breslin, C., Li, S., Sdao-Jarvie, K., Tupker, E., & Ittig-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(1), 10-16.
- Brown, R. A., Ramsey, S. E., Strong, D. R., Myers, M. G., Kahler, C. W., Lejuez, C. W., . . . Abrams, D. B. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control, 12*(suppl. 4), iv3-iv10.
- Buchanan, K. B. (2009). *A harm reduction/motivational interviewing-based group curriculum addressing cannabis use with adolescents*. San Francisco: Alliant International University.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: What we know so far. In W. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp. 217-250). New York/London : Guilford Press.
- Carey, K. B., Carey, M. P., Henson, J. M., Maisto, S. A., & DeMartini, K. S. (2011). Brief alcohol interventions for mandated college students: Comparison of face-to-face counseling and computer-delivered interventions. *Addiction, 106*(3), 528-537.
- Carey, K. B., Carey, M. P., Maisto, S. A., & Henson, J. M. (2006). Brief Motivational Interventions for Heavy College Drinkers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 943-954.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Carey, M. P., & DeMartini, K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors, 32*(11), 2469-2494.
- Carney, T., Myers Bronwyn, J., Louw, J., & Okwundu Charles, I. (2014). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (2)*.
- Cigrang, J. A., Severson, H. H., & Peterson, A. L. (2002). Pilot evaluation of a population-based health intervention for reducing use of smokeless tobacco. *Nicotine & Tobacco Research, 4*(1), 127-31.
- Cimini, M. D., Martens, M. P., Larimer, M. E., Kilmer, J. R., Neighbors, C., & Monserrat, J. M. (2009). Assessing the effectiveness of peer-facilitated interventions addressing high-risk drinking among judicially mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, (16)*, 57-66.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., . . . Lewander, W. J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 574-578.
- Colby, S. M., Monti, P. M., O'Leary Tevyaw, T., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., . . . Lewander, W. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors, 30*(5), 865-874.
- Conti, J. (2007). *Group Motivational Interviewing: Evaluation of a Manualized Program for Clients Mandated to Substance Abuse Treatment* (Doctoral dissertation, University of Hartford).
- Copeland, L., McNamara, R., Kelson, M., & Simpson, S. (2015). Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 98*(4), 401-411.

Cunningham, R. M., Chermack, S. T., Zimmerman, M. A., Shope, J. T., Bingham, C. R., Blow, F. C., & Walton, M. A. (2012). Brief Motivational Interviewing Intervention for Peer Violence and Alcohol Use in Teens: One-Year Follow-up. *Pediatrics*, 129(6), 1083-1090.

D'Amico, E. J., & Edelen, M. O. (2007). Pilot test of Project CHOICE: A voluntary afterschool intervention for middle school youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 592-598.

D'Amico, E. J., Ellickson, P. L., Wagner, E. F., Turrisi, R., Fromme, K., Ghosh-Dastidar, B., . . . Schonlau, M. (2005). Developmental considerations for substance use interventions from middle school through college. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(3), 474-483.

D'Amico, E. J., Houck, J. M., Hunter, S. B., Miles, J. N. V., Osilla, K. C., & Ewing, B. A. (2015). Group motivational interviewing for adolescents: Change talk and alcohol and marijuana outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 68-80.

D'Amico, E. J., Houck, J. M., Miles, J. N. V., Hunter, S. B., Osilla, K. C., & Ewing, B. A. (2013). What happens during group and does it matter? An analysis of change talk of at-risk adolescents in a teen court setting. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 37(s2), 276a.

D'Amico, E. J., Miles, J. N. V., Stern, S. A., & Meredith, L. S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(1), 53-61.

D'Amico, E. J., Feldstein Ewing, S. W., Engle, B., Osilla, K. C., Hunter, S. B., & Bryan, A. D. (2011). Group alcohol and drug treatment. In S. Naar & M. Suarez (Eds.), *Motivational interviewing with adolescents and young adults* (pp. 151-157). New York, NY: Guilford Press.

D'Amico, E. J., Hunter, S. B., Miles, J. N. V., Ewing, B. A., & Osilla, K. C. (2013). A Randomized Controlled Trial of a Group Motivational Interviewing Intervention for Adolescents with a First Time Alcohol or Drug Offense. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(5), 10.

D'Amico, E. J., Osilla, K. C., & Hunter, S. B. (2010). Developing a Group Motivational Interviewing Intervention for Adolescents At-Risk for Developing an Alcohol or Drug use Disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(4), 417-436.

D'Amico, E. J., Osilla, K. C., Miles, J. N. V., Ewing, B., Sullivan, K., Katz, K., & Hunter, S. B. (2012). Assessing Motivational Interviewing Integrity for Group Interventions with Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 26(4), 994-1000.

Davis, J. P., Houck, J. M., Rowell, L. N., Benson, J. G., & Smith, D. C. (2016). Brief motivational interviewing and normative feedback for adolescents: Change language and alcohol use outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 66-73.

DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Coleman, M., & Wood, C. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156(4), 397-403.

Dolinski, D. (2000). On inferring one's beliefs from one's attempts and consequences for subsequent compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 260-272

Doumas, D. M., Workman, C., Smith, D., & Navarro, A. (2011). Reducing high-risk drinking in mandated college students: Evaluation of two personalized normative feedback interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(4), 376-385.

- Doumas, D. M., Esp, S., Turrisi, R., Hausheer, R., & Cuffee, C. (2014). A test of the efficacy of a brief, web-based personalized *feedback* intervention to reduce drinking among 9th grade students. *Addictive Behaviors*, 39(1), 231-238.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742.
- Dupont, H. B., Candel, M. J., Kaplan, C. D., van de Mheen, D., & de Vries, N. K. (2016). Assessing the efficacy of MOTI-4 for reducing the use of cannabis among youth in the Netherlands: A randomized controlled trial. *Journal of substance Abuse Treatment*, 65, 6-12.
- Easton, C., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(1), 1-5.
- Enea, V., & Dafinoiu, I. (2009). Motivational/solution-focused intervention for reducing school truancy among adolescents. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2), 185-198.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Favrod, J., Manetti, S. G., Rexhaj, S., Balemi, S. C., Conus, P., & Bonsack, C. (2013). Effet des groupes motivationnels pour les personnes atteintes de psychose qui consomment du cannabis. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 97-106.
- Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011a). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N. M. L. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011c). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011b). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Fromme, K., & Corbin, W. (2004). Prevention of Heavy Drinking and Associated Negative Consequences Among Mandated and Voluntary College Students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1038-1049.
- Galanti, M. R., Siliquini, R., Cuomo, L., Melero, J. C., Panella, M., & Faggiano, F. (2007). Testing anonymous link procedures for follow-up of adolescents in a school-based trial: The EU-DAP pilot study. *Preventive Medicine*, 44(2), 174-177.
- Gaudreault, K. (2014). *Le développement des compétences en entretien motivationnel peut-il être enrichi par une démarche d'auto-évaluation par le clinicien? Essai synthèse inédit, Maîtrise en intervention en toxicomanie*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

- Godley, S. H., Garner, B. R., Passetti, L. L., Funk, R. R., Dennis, M. L., & Godley, M. D. (2010). Adolescent outpatient treatment and continuing care: Main findings from a randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence, 110*(1), 44-54.
- Grant, S., Pedersen, E. R., Osilla, K. C., Kulesza, M., & D'amico, E. J. (2016). Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. *Addiction, 111*(9), 1521-1527.
- Grenard, J. L., Ames, S. L., Pentz, M. A., & Sussman, S. (2006). Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 18*(1), 53-68.
- Grimshaw, G. M., Stanton, A., & Lancaster, T. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*.
- Guillemont, J., Clément, J., Cogordan, C., & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : Synthèse de la littérature. *Santé Publique, S1*(HS1), 37-45.
- Harris, K. J., Catley, D., Good, G. E., Cronk, N. J., Harrar, S., & Williams, K. B. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation in college students: A group randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 51*(5), 387-393.
- Heckman, C. J., Egleston, B. L., & Hofmann, M. T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control, 19*(5), 410-416.
- Hill, N. L. (2008). Adolescent substance use prevention interventions outside of classroom settings. *Child and Adolescent Social Work Journal, 25*(6), 451-467.
- Hjorthøj, C., Fohlmann, A., Larsen, A.-M., Madsen, M. T. R., Vesterager, L., Gluud, C., . . . Nordentoft, M. (2008). Design paper: The CapOpus trial: A randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of specialized addiction treatment versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis. *Trials, 9*(1), 42.
- Hollis, J. F., McAfee, T. A., Fellows, J. L., Zbikowski, S. M., Stark, M., & Riedlinger, K. (2007). The effectiveness and cost effectiveness of telephone counselling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. *Tobacco control, 16*(Suppl. 1), i53-i59.
- Hollis, J. F., Polen, M. R., Whitlock, E. P., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Velicer, W. F., & Redding, C. A. (2005). Teen reach: Outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics, 115*(4), 981-989.
- Holstad, M. M., Dilorio, C., Kelley, M. E., Resnicow, K., & Sharma, S. (2011). Group motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications and risk reduction behaviors in hiv infected women. *AIDS and Behavior, 15*(5), 885-896.
- Horn, K., Dino, G., Hamilton, C., & Noerachmanto, N. (2007). Efficacy of an Emergency Department-based Motivational Teenage Smoking Intervention. *Preventing Chronic Disease, 4*(1), A08.
- Houck, J. M., Hunter, S. B., Benson, J. G., Cochrum, L. L., Rowell, L. N., & D'Amico, E. J. (2015). Temporal variation in facilitator and client behavior during group motivational interviewing sessions. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 29*(4), 941-949.

Hustad, J. T. P., Mastroleo, N. R., Kong, L., Urwin, R., Zeman, S., LaSalle, L., & Borsari, B. (2014). The comparative effectiveness of individual and group brief motivational interventions for mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 74.

INSERM (2014). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Collection Expertise collective. Paris: Inserm.

Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.

Kelly, A. B., & Lapworth, K. (2006). The HYP program—Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive Medicine*, 43(6), 466-471.

Kia-Keating, M., Brown, S. A., Schulte, M. T., & Monreal, T. K. (2009). Adolescent satisfaction with brief motivational enhancement for alcohol abuse. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 385-395.

Knight, K. M., Bundy, C., Morris, R., Higgs, J. F., Jameson, R. A., Unsworth, P., & Jayson, D. (2003). The effects of group motivational interviewing and externalizing conversations for adolescents with Type-1 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 149-157.

Kulesza, M., Apperson, M., Larimer, M. E., & Copeland, A. L. (2010). Brief alcohol intervention for college drinkers: How brief is? *Addictive behaviors*, 35(7), 730-733.

LaBrie, J. W., Feres, N., Kenney, S. R., & Lac, A. (2009). Family history of alcohol abuse moderates effectiveness of a group motivational enhancement intervention in college women. *Addictive Behaviors*, 34(5), 415-420.

LaBrie, J. W., Huchting, K., Tawalbeh, S., Pedersen, E. R., Thompson, A. D., Shelesky, K., . . . Neighbors, C. (2008). A Randomized Motivational Enhancement Prevention Group Reduces Drinking and Alcohol Consequences in First-Year College Women. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 22(1), 149-155.

LaBrie, J. W., Huchting, K. K., Lac, A., Tawalbeh, S., Thompson, A. D., & Larimer, M. E. (2009). Preventing Risky Drinking in First-Year College Women: Further Validation of a Female-Specific Motivational-Enhancement Group Intervention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s16)*, 77-85.

LaBrie, J. W., Lamb, T. F., Pedersen, E. R., & Quinlan, T. (2006). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related consequences in adjudicated college students. *Journal of College Student Development*, 47(3), 267-280.

LaBrie, J. W., Pedersen, E. R., Lamb, T. F., & Quinlan, T. (2007). A campus-based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in freshmen male college students. *Addictive Behaviors*, 32(5), 889-901.

LaBrie, J. W., Thompson, A. D., Huchting, K., Lac, A., & Buckley, K. (2007). A group Motivational Interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related negative consequences in adjudicated college women. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2549-2562.

LaChance, H., Feldstein Ewing, S. W., Bryan, A. D., & Hutchison, K. E. (2009). What Makes Group MET Work? A Randomized Controlled Trial of College Student Drinkers in Mandated Alcohol Diversion. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23(4), 598-612.

- Larimer, M. E., Turner, A. P., Anderson, B. K., Fader, J. S., Kilmer, J. R., Palmer, R. S., & Cronce, J. M. (2001). Evaluating a brief alcohol intervention with fraternities. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 370-380.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T., & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15 (Structured abstract). *Addiction Research and Theory*, (1), 84-96.
- Leuven, E., & Sianesi, B. (2018). PSMATCH2: Stata module to perform full Mahalanobis and propensity score matching, common support graphing, and covariate imbalance testing.
- Lhaxhang, P., Lippke, S., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2015). Evaluating brief motivational and self-regulatory hand hygiene interventions: A cross-over longitudinal design. *BMC Public Health*, 15(1), 1-9.
- Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(5), 795-805.
- Lincourt, P., Kuettel, T. J., & Bombardier, C. H. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 27(3), 381-391.
- Lindqvist, H., Forsberg, L. G., Forsberg, L., Rosendahl, I., Enebrink, P., & Helgason, A. R. (2013). Motivational interviewing in an ordinary clinical setting: a controlled clinical trial at the Swedish National Tobacco Quitline. *Addictive behaviors*, 38(7), 2321-2324.
- Lindson-Hawley, N., Thompson Tom, P., & Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Longabaugh, R., Woolard, R. E., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R., . . . Gogineni, A. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 806-816.
- Longshore, D., Grills, C., & Annon, K. (1999). Effects of a culturally congruent intervention on cognitive factors related to drug-use recovery. *Substance Use & Misuse*, 34(9), 1223-1241.
- Macgowan, M. J., & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 19(3), 527-545.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., . . . Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 604.
- Martin, G., & Copeland, J. (2008). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(4), 407-414.
- Mastroleo, N. R., Murphy, J. G., Colby, S. M., Monti, P. M., & Barnett, N. P. (2011). Incident-Specific and Individual Level Moderators of Brief Intervention Effects with Mandated College Students. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(4), 616-624.
- Mbuagbaw, L., Ye, C., & Thabane, L. (2012). Motivational interviewing for improving outcomes in youth living with HIV. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).

- McCambridge, J., Day, M., Thomas, B. A., & Strang, J. (2011). Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors, 36*(7).
- McCambridge, J., Hunt, C., Jenkins, R. J., & Strang, J. (2011). Cluster randomised trial of the effectiveness of Motivational Interviewing for universal prevention. *Drug and Alcohol Dependence, 114*(2-3), 177-184.
- McCambridge, J., & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction, 99*(1), 39-52.
- McLouth, C. (2013). *An expanded bibliography of motivational interviewing*. Retrieved from <http://www.guilford.com/add/miller2/biblio.pdf>
- McNally, A. M., Palfai, T. P., & Kahler, C. W. (2005). Motivational interventions for heavy drinking college students: examining the role of discrepancy-related psychological processes. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(1), 79.
- Medabala, T., Rao, B. N., Glad Mohesh, M. I., & Kumar, P. (2013). Effect of cigarette and cigar smoking on peak expiratory flow rate. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 7*(9), 1886.
- Michael, K. D., Curtin, L., Kirkley, D. E., Jones, D. L., & Harris Jr, R. (2006). Group-based motivational interviewing for alcohol use among college students: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(6), 629-634.
- Miller, W.R., Moyers, T.B., Ernst, D., Amrhein, P. (2008). *Manual for the motivational interviewing skill code (Misc) Version 2.1*. Retrieved from <https://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York/London: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American psychologist, 64*(6), 527.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., . . . Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 989-994.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*.
- Moyers, T.B., Manuel, J.K., & Ernst, D. (2014). *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2.1*. Unpublished manual. Retrieved from https://casaa.unm.edu/download/MITI4_2.pdf
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), 19-26.
- Mun, E.-Y., Atkins, D. C., & Walters, S. T. (2015). Is motivational interviewing effective at reducing alcohol misuse in young adults? A critical review of Foxcroft *et al.* (2014). *Psychology of Addictive Behaviors, 29*(4), 836.

- Murphy, D. A., Chen, X., Naar-King, S., & Parsons, J. T. (2012). Alcohol and Marijuana Use Outcomes in the Healthy Choices Motivational Interviewing Intervention for HIV-Positive Youth. *AIDS Patient Care and STDs*, *26*(2), 95-100.
- Murphy, J. G., Duchnick, J. J., Vuchinich, R. E., Davison, J. W., Karg, R. S., Olson, A. M., . . . Coffey, T. T. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, *15*(4), 373.
- Murphy, R. T., Rosen, C. S., Cameron, R. P., & Thompson, K. E. (2002). Development of a group treatment for enhancing motivation to change PTSD symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*(4), 308-316.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J. T., Frey, M., Templin, T., Lam, P., & Murphy, D. (2006). Healthy Choices: Motivational Enhancement Therapy for Health Risk Behaviors In HIV-Positive Youth. *AIDS Education and Prevention*, *18*(1), 1-11.
- Nyamathi, A. M., Nandy, K., Greengold, B., Marfisee, M., Khalilifard, F., Cohen, A., & Leake, B. (2010). Effectiveness of Intervention on Improvement of Drug Use Among Methadone Maintained Adults. *Journal of Addictive Diseases*, *30*(1), 6-16.
- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., . . . Leake, B. (2010). Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*, *107*(1), 23-30.
- O'Leary, T. A., Brown, S. A., Colby, S. M., Cronce, J. M., D'Amico, E. J., Fader, J. S., . . . Monti, P. M. (2002). Treating Adolescents Together or Individually? Issues in Adolescent Substance Abuse Interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *26*(6), 890-899.
- Okuyemi, K. S., Goldade, K., Whembolua, G. L., Thomas, J. L., Eischen, S., Guo, H., . . . Owen, G. (2012). Smoking characteristics and comorbidities in the power to quit randomized clinical trial for homeless smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, *15*(1), 22-28.
- Ouimet, M. C., Dongier, M., Di Leo, I., Legault, L., Tremblay, J., Chanut, F., & Brown, T. G. (2013). A Randomized Controlled Trial of Brief Motivational Interviewing in Impaired Driving Recidivists: A 5-Year Follow-Up of Traffic Offenses and Crashes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *37*(11), 1979-1985.
- Pensuksan, W. C., Taneepanichskul, S., & Williams, M. A. (2010). A peer-drinking group motivational intervention among Thai male undergraduate students. *International Journal of Drug Policy*, *21*(5), 432-436.
- Perkins, H. W., & Berkowitz, A. D. (1986). Perceiving the community norms of alcohol use among students: Some research implications for campus alcohol education programming. *International Journal of the Addictions*, *21*(9-10), 961-976.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., Ludman, E. J., Liu, J., & Bricker, J. B. (2009). Group-randomized trial of a proactive, personalized telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. *Journal of the National Cancer Institute*, *101*(20), 1378-1392.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., & Sarason, I. G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention—results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, *92*(24), 1979-1991.
- Peterson, P. L., Baer, J. S., Wells, E. A., Ginzler, J. A., & Garrett, S. B. (2006). Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20*(3), 254.

- Pierson, H. M., Hayes, S. C., Gifford, E. V., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., . . . Fisher, G. (2007). An examination of the Motivational Interviewing Treatment Integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(1), 11-17.
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction, 92*(12), 1671-1698.
- Reid, A. E., & Carey, K. B. (2015). Interventions to reduce college student drinking: State of the evidence for mechanisms of behavior change. *Clinical Psychology Review, 40*, 213-224.
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Monti, P. M., Colby, S. M., Day, A. M., Abrams, D. B., . . . Swift, R. M. (2014). Motivational interviewing versus brief advice for cigarette smokers in residential alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(3), 346-355.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., . . . Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction, 99*(7), 862-874.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325-334.
- Rosenbaum, P. R., & Rubin, D. B. (1985), Constructing a Control Group Using Multivariate Matched Sampling Methods that Incorporate the Propensity Score. *The American Statistician, 39*(1), 33-38.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*(3), 94-127.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*(513), 305-312.
- SAMHSA. (2014). *Strategies and Interventions to Prevent Youth Marijuana Use: An At-a-Glance Resource Tool Using Prevention Research to Guide Prevention Practice*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/capt/sites/default/files/resources/prevention-youth-marijuana-use.pdf>
- SAMHSA. (2015). *Strategies to Prevent Binge or Heavy Episodic Drinking Among Adolescents and Young Adults*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/capt/sites/default/files/resources/strategies-prevent-binge-drinking.pdf>
- Santa Ana, E. J., Lamb, K., Morgan-Lopez, A., & LaRowe, S. (2014). Impact of group motivational interviewing (GMI) on dually diagnosed veterans with alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 140*, 194.
- Saunders, B., & Wilkinson, C. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction, 90*(3), 415-424.
- Schmiege, S. J., Broaddus, M. R., Levin, M., & Bryan, A. D. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 38-50.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*.

- Sobell, L. C., & Sobell, L. C. (2013). Motivational Techniques and Skills for Health and Mental Health Coaching/Counseling. Retrieved from <https://www.nova.edu/gsc/forms/mi-techniques-skills.pdf>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(4), 672.
- Stanton, A., & Grimshaw, G. (2013). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (8)*.
- Stern, S. A., Meredith, L. S., Gholson, J., Gore, P., & D'Amico, E. J. (2007). Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(2), 153-165.
- Strang, J., & McCambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(1), 83-88.
- Tait, R. J., & Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol review, 22*(3), 337-346.
- Terlecki, M. A. (2011). *The Long-term Effect of a Brief Motivational Alcohol Intervention for Heavy Drinking Mandated College Students* (Doctoral dissertation). Retrieved from LSU (1619).
- Terlecki, M. A., Larimer, M. E., & Copeland, A. L. (2010). Clinical Outcomes of a Brief Motivational Intervention for Heavy Drinking Mandated College Students: A Pilot Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(1), 54-60.
- Tevyaw, T. O. , & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction, 99*(s2), 63-75.
- Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 5*(3).
- Thomas, R., E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*.
- Tremblay, J., Bergeron, J., Landry, M., Cournoyer, L.-G., Brochu, S. (2003). *Identification des Techniques d'Entrevue Motivationnelle (ITEM)*. Recherche et Intervention sur les substances psychoactives - Québec.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *International standards on drug use prevention*. Vienna: UNODC.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*(3), 328-335.
- Viner, R. M., Christie, D., Taylor, V., & Hey, S. (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetic Medicine, 20*(9), 739-742.
- Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2012). *Motivational interviewing in groups*. New York/London: Guilford Press.
- Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K., & Berghuis, J. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 628-632.

- Walters, S. T., Bennett, M. E., & Miller, J. H. (2000). Reducing Alcohol Use in College Students: A Controlled Trial of Two Brief Interventions. *Journal of Drug Education, 30*(3), 361-372.
- Walters, S. T., Gruenewald, D. A., Miller, J. H., & Bennett, M. E. (2001). Early findings from a disciplinary program to reduce problem drinking by college students. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(1), 89-91.
- Walters, S. T., Ogle, R., & Martin, J. E. (2002). Perils and possibilities of group-based motivational interviewing. In W. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp. 377-390). New York/London : Guilford Press.
- Walters, S. T., Vader, A. M., Harris, T. R., Field, C. A., & Jouriles, E. N. (2009). Dismantling Motivational Interviewing and *Feedback* for College Drinkers: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 64-73.
- Walton, M. A., Goldstein, A. L., Chermack, S. T., McCammon, R. J., Cunningham, R. M., Barry, K. L., & Blow, F. C. (2008). Brief Alcohol Intervention in the Emergency Department: Moderators of Effectiveness. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(4), 550-560.
- Webber, K. H., Gabriele, J. M., Tate, D. F., & Dignan, M. B. (2010). The effect of a motivational intervention on weight loss is moderated by level of baseline controlled motivation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*(1), 4.
- Wells, S. A., Smyth, T., & Brown, T. G. (2012). Patient attitudes towards change in adapted motivational interviewing for substance abuse: A systematic review. *Substance abuse and rehabilitation, 3*, 61-72.
- White, H. R., Morgan, T. J., Pugh, L. A., Celinska, K., Labouvie, E. W., & Pandina, R. J. (2006). Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol, 67*(2), 309-317.
- White, H. R., Mun, E. Y., Pugh, L., & Morgan, T. J. (2007). Long-term effects of brief substance use interventions for mandated college students: Sleeper effects of an in-person personal *feedback* intervention. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(8), 1380-1391.
- Woodruff, S. I., Conway, T. L., Edwards, C. C., Elliott, S. P., & Crittenden, J. (2007). Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors, 32*(9), 1769-1786.
- Wu, D., Ma, G. X., Zhou, K., Zhou, D., Liu, A., & Poon, A. N. (2009). The effect of a culturally tailored smoking cessation for Chinese American smokers. *Nicotine & Tobacco Research, 11*(12), 1448-1457.

Annexe 1 / Calendrier du processus d'évaluation

I TABLEAU 36 I

Calendrier des étapes du processus d'évaluation

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DU PROCESSUS D'ÉVALUATION - PHASE "DIAGNOSTIC"		
Selon les programmes à évaluer et l'organisme supervisant son évaluation (Inpes ou OFDT), le calendrier pourra sensiblement varier mais l'organisation générale sera respectée		
AOUT 2015	ÉTAPE 1 : RECRUTEMENT DE 2 CHARGES D'ÉTUDE	✓
SEPT-FEV. 2016	ÉTAPE 2 : PHASE "DIAGNOSTIC" (6 mois) Cette phase "diagnostic" est indispensable à la définition de protocoles d'évaluation pertinents et adaptés. Elle nécessitera de rencontrer l'ensemble des parties prenantes et des personnes impliquées dans ces actions de prévention ainsi que de maîtriser la littérature scientifique sur les interventions.	✓
SEPT. 2015	a. Prise de connaissance des dossiers et organisation de la phase "diagnostic" 1. Réunion lancement Cipca Inpes-OFDT: répartition des projets et organisation 2. Prise de connaissance détaillée des dossiers 3. Prise de contact avec les équipes des projets : envoi mail, conférence téléphonique 4. Programmation des visites (Réunion avec l'équipe porteuse, rencontre intervenants terrain, visite terrain) 5. Rencontre Mildeca-Cipca	✓ ✓ ✓ ✓ ✓
OCT-NOV. 2015	b. Description détaillée des interventions Cette phase permettra de décrire précisément <u>les caractéristiques des intervenants, des bénéficiaires, du milieu ainsi que d'identifier et de détailler les différentes composantes de l'intervention (caractéristiques et mise en œuvre).</u>	
	c. Identification des mécanismes d'action Cette phase visera à déterminer quels sont les <u>processus et les mécanismes que l'intervention vise à activer pour obtenir les effets souhaités et quels sont les prérequis à leur mise en œuvre (adhésion/compétences des intervenants, des bénéficiaires ...).</u>	
Oct.	1. Élaboration d'un questionnaire pré-visite	✓
Oct.	2. Envoi des questionnaires	✓
Oct.	3. Pré-description des interventions	✓
Nov.	4. Visites	✓
Nov.	5. Identification des mécanismes d'action	✓
DEC.-JAN 2016	d. Revue de littérature Il s'agira de conduire une <u>revue de littérature portant sur l'évaluation de programmes similaires ou ayant des composantes d'intervention similaires. Cette phase permettra d'identifier les effets attendus, les caractéristiques, les conditions de mises en œuvre, les indicateurs et les protocoles déjà utilisés pour ces catégories d'intervention.</u>	✓
FEVRIER 2016	e. Construction des modèles logiques des interventions Présenter la logique d'articulation entre les objectifs de l'intervention, sa théorie d'action et les composantes et ressources mises en œuvre pour atteindre ces objectifs. Cela permettra d'apprécier l'adéquation entre l'intervention et les objectifs visés.	✓

FEVRIER 2016	f. Identification des besoins d'évaluation et design de l'évaluation Selon les caractéristiques et les objectifs des interventions, certains programmes <u>pourront faire l'objet d'une évaluation d'efficacité et d'autres non</u> (du fait par exemple d'une taille d'échantillon insuffisante). D'autres programmes présenteront des stades d'avancement nécessitant un questionnement et des études préalables avant de se prêter à une évaluation d'efficacité.	✓
Mars 2016	ÉTAPE 3 : PRÉSENTATION DU "DIAGNOSTIC" <u>Des scénarii de protocole d'évaluation seront proposés ou des recommandations d'optimisation des interventions. Les scénarii de protocole d'évaluation seront discutés au sein du comité de pilotage qui décidera des protocoles retenus.</u> À cette étape, le choix de la suite à donner à ces projets d'évaluation sera fait avec la Mildeca et l'OFDT. Le calendrier de la mise en œuvre et du suivi des évaluations sera alors déterminé en fonction des protocoles retenus. <ol style="list-style-type: none"> 1. Vérification de l'acceptabilité des propositions par les équipes 2. Présentation et concertation Inpes-OFDT 3. Présentation Mildeca-Cipca 	✓
CALENDRIER DU PROCESSUS D'ÉVALUATION - PHASE ÉVALUATION (2016-2017)		
AVRIL-SEPT 2016	Étape 4 : Associer les parties prenantes Un comité d'évaluation local sera constitué avec les parties prenantes.	✓
AVRIL-SEPT 2016	Étape 5 : Développer les outils de recueils, préparer le recrutement des publics enquêtés	✓
SEPT 2016- JUIN 2017	Étape 6 : Recueillir des données d'efficacité et de processus Il s'agira ici de recueillir des données d'enquête, d'observation, d'interrogation par entretien semi-directif ou groupe de discussion ciblée (focus groupe) ou données de type médico-administratives accessibles et pertinentes (flux de consultations, nombre de visites ou d'incidents, d'hospitalisations, etc.)	✓
JUILLET 2017 -JUILLET 2018	Étape 7 : Analyser les données et élaborer les conclusions et les recommandations	✓
Juillet 2017	Saisie des données	✓
Sept 2017	Nettoyage des bases de données	✓
Oct-Fev 18	Analyse des données	✓
Dec-Mai 18	Rédaction des résultats	✓
Juin 2018	Restitution des résultats aux porteurs de programme	✓
Juillet 2018	Remise du rapport	✓
	Étape 8 : s'assurer de l'utilisation des conclusions de l'évaluation	
	Cette étape sera de la responsabilité de la Mildeca avec le soutien de l'OFDT et de Santé publique France	

Annexe 2 / Exemples d'interventions efficaces (EM et consommation de SPA)

SPA (tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites)	Revue de la littérature scientifique	(Jensen <i>et al.</i> , 2011) [FI=5.279] (Barnett, Sussman, Smith, Rohrbach, & Spruijt-Metz, 2012) [FI=2.764]	Efficacité de l'entretien motivationnel sur la consommation de SPA chez les adolescents (Age < 21 ; Revue syst. méta-analytique) → effet significatif et durable sur la consommation de SPA (taille d'effet : faible) Interventions utilisant l'entretien motivationnel sur la consommation de SPA chez les adolescents (Age moyen < 18.5 ans ; Revue systématique) → efficacité des interventions dans 67% des études.
	Évaluation d'intervention utilisant l'EM	(Elizabeth J. D'Amico <i>et al.</i> , 2008) [FI=1.996]	ECR; pop : Adolescents vulnérables dans une clinique de soins de santé primaires ; 2 groupes : (Projet CHAT = BMI = Entretien motivationnel bref de 15-20 minutes) vs (GC = Traitement habituel) → 3 mois après l'intervention, les jeunes du groupe CHAT diminuent leur consommation de cannabis, le pourcentage perçu de fumeurs de cannabis dans leur entourage et l'intention de fumer du cannabis dans les 6 prochains mois, comparativement au GC (tailles d'effet : de modérées à fortes). Pas d'effet de l'intervention sur les mesures liées à l'alcool.
Tabac	Évaluation d'intervention utilisant l'EM	(Harris, Catley, Good, Cronk <i>et al.</i> , 2010) [FI=3.086]	ECR par groupes (fraternités ou sororités) ; pop : étudiants fumeurs (MI sur l'arrêt du tabac) vs (GC : MI 5 fruits et légumes par jour) → Efficacité sur la prévalence de tentatives d'arrêt et la réduction du nombre de jours durant lesquels les participants ont fumé (court terme)
Alcool	Revue systématique Cochrane	(Foxcroft <i>et al.</i> , 2014) [FI=6.035]	Revue systématique méta-analytique Efficacité de l'EM sur le mésusage d'alcool chez les jeunes adultes (Age < 25 ans) → effet significatif mais petite taille d'effet ; conclusion des auteurs assez sévère : stratégie inutile dans la pratique ; leur conclusion a entraîné beaucoup de réponses critiques dans la littérature scientifique mettant à mal la méthodologie et les conclusions de cette revue Cochrane (Grant, Pedersen, Osilla, Kulesza, & D'Amico, 2015; Mun, Atkins, & Walters, 2015). La dernière version de cette synthèse (Foxcroft <i>et al.</i> , 2015) a été retirée du site car des erreurs majeures ont été identifiées.
	Revue de la littérature scientifique et évaluations d'intervention	(Appiah-Brempong, Okyere, Owusu-Addo, & Cross, 2014) [FI=1.532]	Revue systématique méta-analytique : Interventions visant la réduction de la consommation d'alcool chez les étudiants (Age moyen < 22 ans) → efficacité de l'EM par rapport à des interventions alternatives ou à une absence d'intervention. Modérateurs = fidélité du praticien aux techniques de l'EM et raisons déclarées qu'a l'étudiant de boire

	Évaluation d'intervention utilisant l'EM	(LaChance <i>et al.</i> , 2009) [FI=2.747]	ECR ; pop : étudiants ayant subi une sanction après avoir enfreint le règlement du campus sur l'alcool et dans l'obligation de participer au programme (Age moyen < 18.6 ans) ; 3 groupes (GMET = Balance décisionnelle + <i>Feedback</i> normatif + EM de groupe) vs (programme habituel « FAC » de traitement non judiciaire de l'infraction, délivré en groupe) vs (Groupe d'infos sur l'alcool) → A 6 mois, le groupe GMET a moins de symptômes de consommation excessive (AUDIT) que les 2 autres groupes, consomme moins par jour (DDD = <i>Average Drinks per Drinking Day</i>) et a moins de problèmes liés à l'alcool (RAPI) que le groupe d'infos sur l'alcool (tailles d'effet : forte). Seule l'auto-efficacité émerge comme médiateur parmi les 5 variables testées (<i>Self-Efficacy, Readiness to Change, Perceived Risk, Norm Estimates, Positive Drinking Expectancies</i>).
Drogues illicites	Revue de la littérature scientifique et évaluations d'intervention	(Li, Zhu, Tse, Tse, & Wong, 2015) [FI=4.829]	Interventions visant à réduire la consommation de drogues illicites chez les adolescents (revue systématique méta-analytique) → Pas d'effet sur la consommation, effet significatif sur l'intention
	Évaluation d'intervention utilisant l'EM	(Dupont, Candel, Kaplan, van de Mheen, & de Vries, 2015) [FI=1.996]	ECR ; jeunes consommateurs de cannabis dirigés vers un service de prévention (14-24 ans ; N = 131) ; 2 groupes (MOTI-4 = EM intégré = EM+TCC) vs (GC = traitement habituel) → A 6 mois, effet significatif du programme sur le niveau de dépense (en euros) allouée au cannabis comparativement au GC. Les participants du groupe MOTI-4 voient leur consommation diminuer (nombre de joints fumés par semaine) entre le temps T0 (avant l'intervention) et le temps T2 (6 mois après l'intervention).

FI = Facteur d'impact 2014 du journal (ISI) ; EM = Entretien motivationnel

**ANALYSE ET ÉVALUATION DES
ACTIVITÉS D'AVENIR SANS TABAC**

--

**LE STAND « SOUFFLE »
(FORUM LYCÉEN)**

Description de l'activité

Contexte de l'analyse

Première visite du Souffle 64 par les deux évaluateurs de SpF les 12 et 13 octobre 2015.

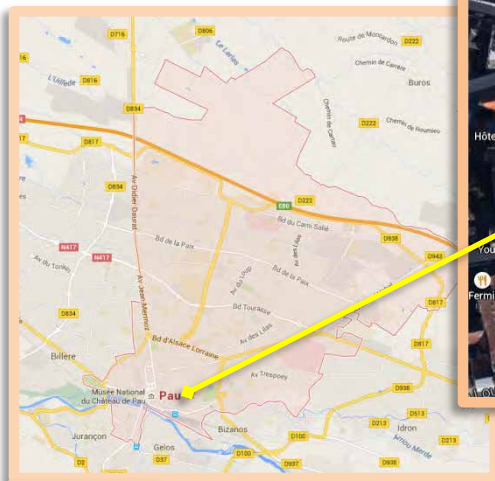
Lors de cette visite :

-observation d'un forum lycéen le 13 octobre à l'heure du déjeuner (les 2 évaluateurs sont présents)

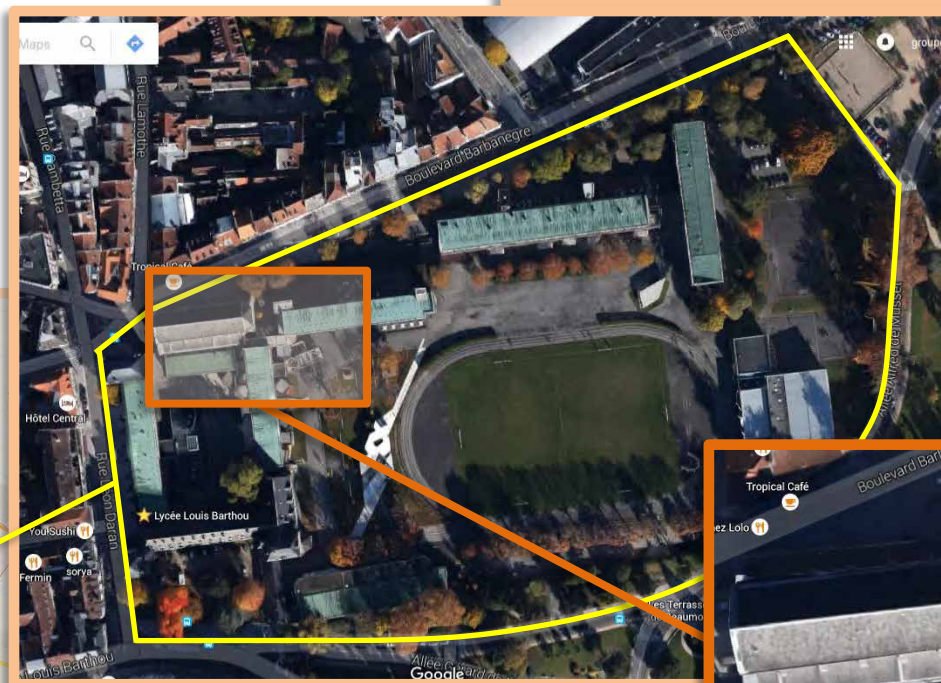
-entretiens avec les intervenants du forum lycéen

Description

Lieu	Date et horaires	Emplacement	Matériel
Lycée X, Lycée d'enseignement général situé dans le centre de Pau	Forum du 13 octobre 2015 entre 11h30 et 14h00	Lieu très passant, couvert et proche : -de l'entrée du lycée (Boulevard Y), -de la Vie Scolaire, -du CDI et -de la restauration scolaire. Placement des stands devant les bureaux de la vie scolaire	2 tables de classe, 2 chaises, 1 panneau d'affichage, deux affiches (« Mesurez votre souffle » et « Anonyme »), des questionnaires « Et comment va votre souffle ? », une grille d'observation « souffle », des brochures « tabac, Cannabis : J'arrête », 2 débitmètres de pointe, des embouts jetables, 4 tableaux des valeurs théoriques de DEP selon le sexe.



PAU



Lycée X

- ① Entrée du lycée
- ② Emplacement du stand
- ③ Vie scolaire
- ④ CDI
- ⑤ Restaurant scolaire



Emplacement du stand

Intervenants

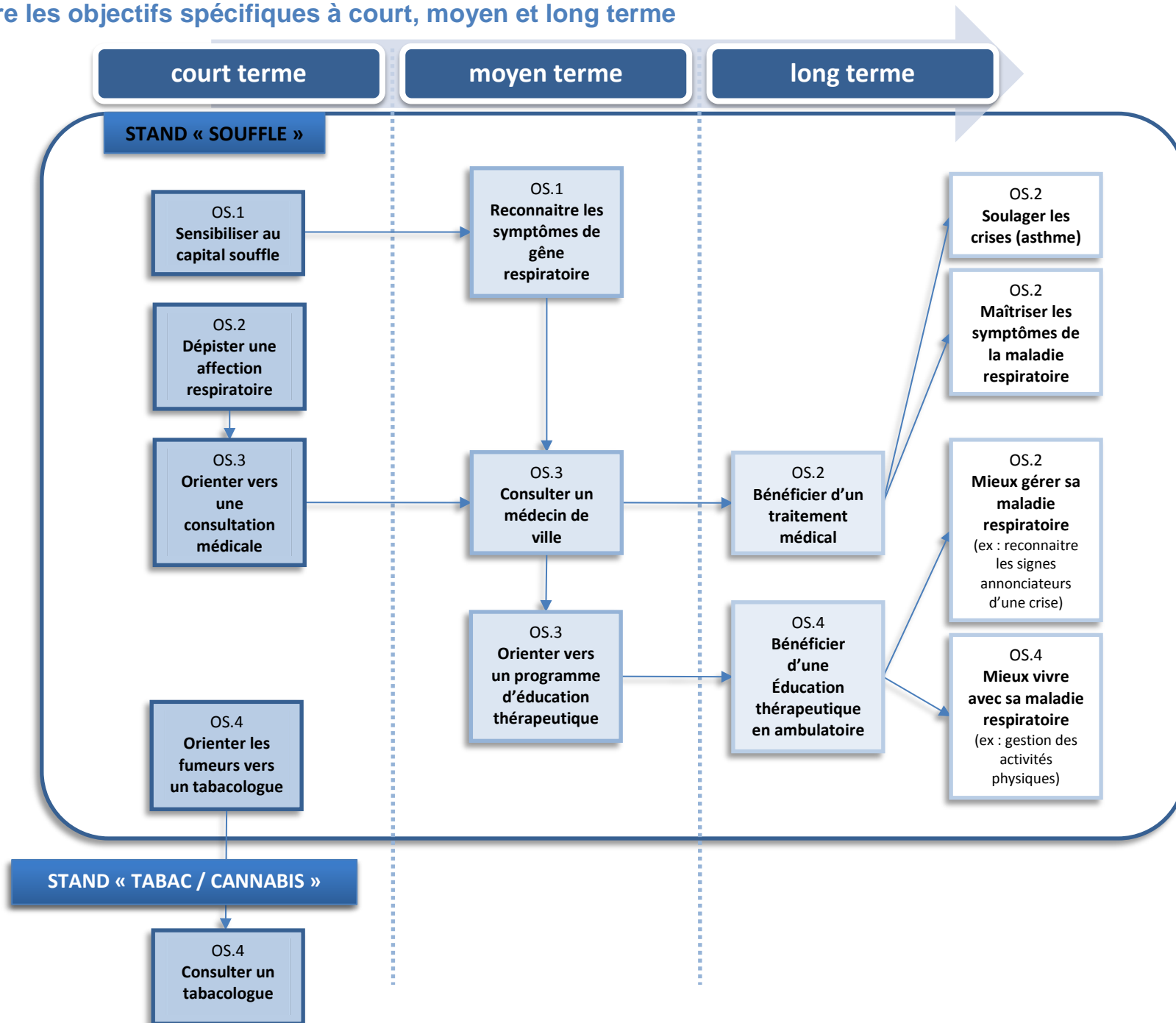
2 bénévoles (2 femmes retraitées) ayant l'expérience des forums organisés par le Souffle 64

Analyse des objectifs, évaluation et recommandations

Objectifs spécifiques à court, moyen et long terme

OBJECTIFS SPECIFIQUES (OS)			
À court terme	À moyen terme	À long terme	
Sensibiliser au capital souffle	Reconnaitre les symptômes de gêne respiratoire	Bénéficier d'un traitement médical	Soulager les crises (asthme)
Dépister une affection respiratoire	Consulter un médecin de ville	Bénéficier d'une Éducation thérapeutique en ambulatoire	Maîtriser les symptômes de la maladie respiratoire
Orienter vers une consultation médicale			Mieux gérer sa maladie respiratoire (ex : reconnaître les signes annonciateurs d'une crise)
Orienter vers un tabacologue			Mieux vivre avec sa maladie respiratoire (ex : gestion des activités physiques)

Liens entre les objectifs spécifiques à court, moyen et long terme



Objectifs opérationnels, évaluation de processus et recommandations

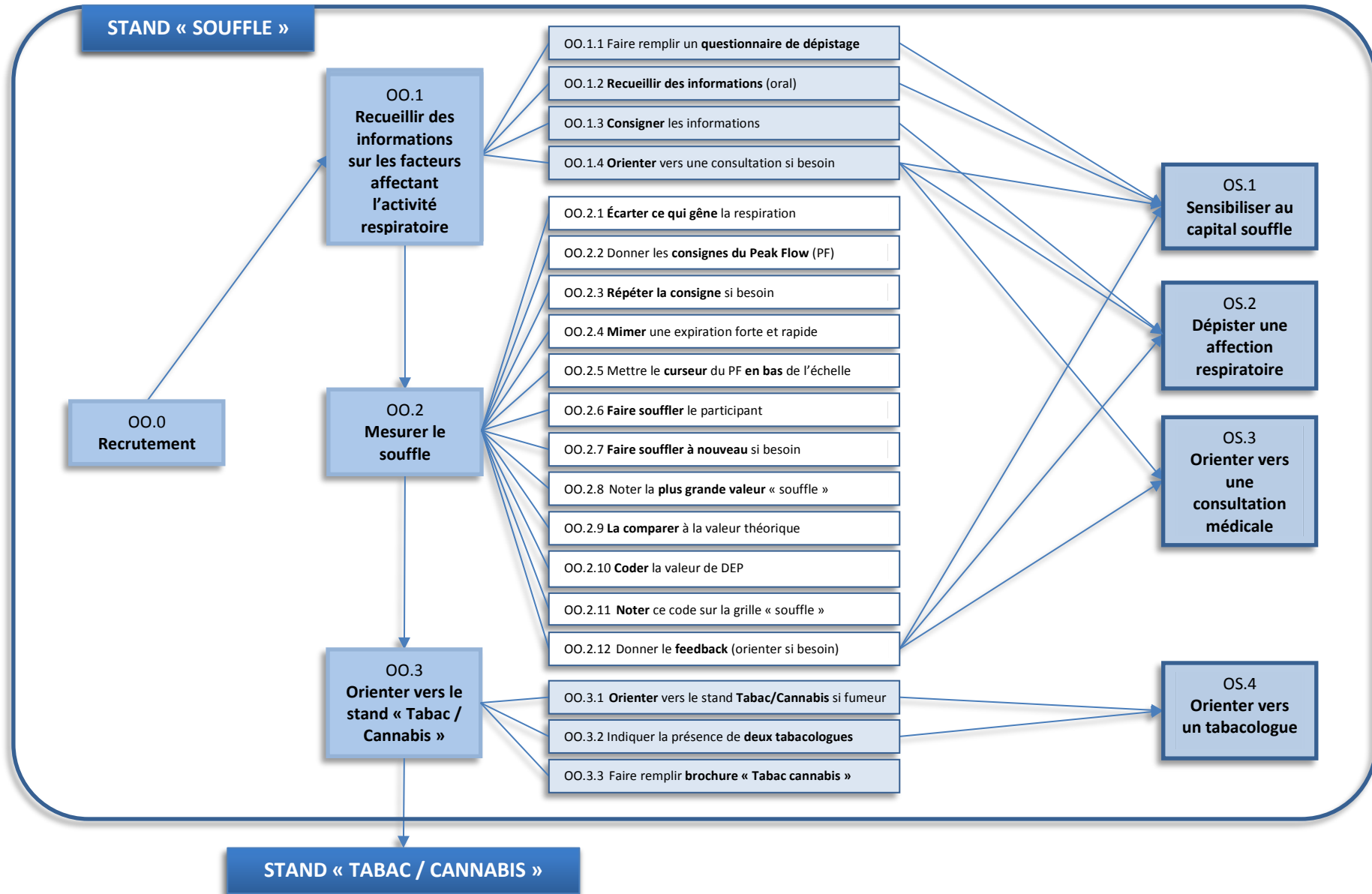
Code	Objectifs opérationnels	Outils/Matériels/Consignes	Données recueillies	Évaluation du processus et recommandations
OO.0	RECRUTEMENT DES PASSANTS			
OO.0.1	Interpeler un passant (hésitant ou non)			
OO.0.2	Accueillir un participant			
OO.0.3	Donner l'objectif opérationnel principal du stand	Consigne « Vous voulez mesurer votre souffle ? »		
OO.1	RECUEILLIR DES INFORMATIONS SUR LES FACTEURS AFFECTANT L'ACTIVITÉ RESPIRATOIRE			
OO.1.1	Faire remplir au participant un questionnaire de dépistage de l'asthme et des allergies respiratoires (papier/crayon)	<u>Outil</u> Questionnaire « Et comment va votre souffle » (annexe)	Symptômes de l'asthme Symptômes de la rhinite allergique	Évaluation 1 Questions écrites et orales insuffisamment justifiées au sein de l'activité (En quoi les données recueillies serviront à l'interprétation de la mesure du souffle qui suit ?)
OO.1.2	Recueillir des informations sur des facteurs pouvant affecter le souffle (questions orales)		Age, sexe, statut fumeur/non-fumeur/ex-fumeur, asthme (crise dans l'année ou sous traitement), allergies	Recommandation 1 Faire le lien entre les questions posées/les données recueillies et la mesure du souffle. Expliquer pourquoi les données peuvent permettre ou non de mieux interpréter la mesure qui suit. Évaluation 2 La première question orale est celle du statut de fumeur/non-fumeur/ex-fumeur. La placer en première position sans l'explicitier peut provoquer de la résistance, voire des faux négatifs. Recommandation 2 Ne pas placer la question en première position et expliquer pourquoi cette information est importante à recueillir avant la mesure du souffle.

OO.1.3	Consigner les informations recueillies (OO1.1 et OO1.2) dans une grille d'observation	<u>Outil</u> Grille d'observation « souffle » (annexe)		
OO.1.4	Orienter vers une consultation médicale si au moins un symptôme de l'asthme			
OO.2	MESURER LE SOUFFLE			
OO.2.1	Enlever tout ce qui pourrait gêner ou entraver la respiration (sacs à dos trop pesants, défaire col de chemise)			
OO.2.2	Donner les consignes d'utilisation du débitmètre de pointe	<u>Matériel</u> Débitmètre de pointe « Peek Flow Mini-Wright » Adulte Embouts à usage unique <u>Consignes</u> 1. Saisir l'appareil et le tenir à l'horizontale en dégageant les doigts du curseur 2. Prendre une inspiration profonde et maximale, bouche ouverte 3. Introduire l'embout dans la bouche, bien serrer les lèvres (étanchéité), et « croquer » dans l'embout 4. Souffler le plus fort et le plus vite possible en une seule fois		Évaluation 3 La mesure du souffle choisie (DEP, Débit Expiratoire de Pointe) n'est pas définie. Une définition permettrait au participant de mieux comprendre la consigne d'utilisation du débitmètre de pointe. Recommandation 3 Définir le Débit Expiratoire de Pointe. Évaluation 4 L'objectif de la mesure n'est pas expliqué au participant. Recommandation 4 Dire au participant à quoi sert la mesure. Évaluation 5 Les consignes d'hygiène concernant les embouts à usage unique ne sont pas suffisamment respectées. Recommandation 5 Ne pas placer les doigts à l'endroit de l'embout qui sera en contact avec la bouche du participant.
OO.2.3	Répéter la consigne d'utilisation du débitmètre de pointe si besoin			
OO.2.4	Mimer une expiration forte et rapide			

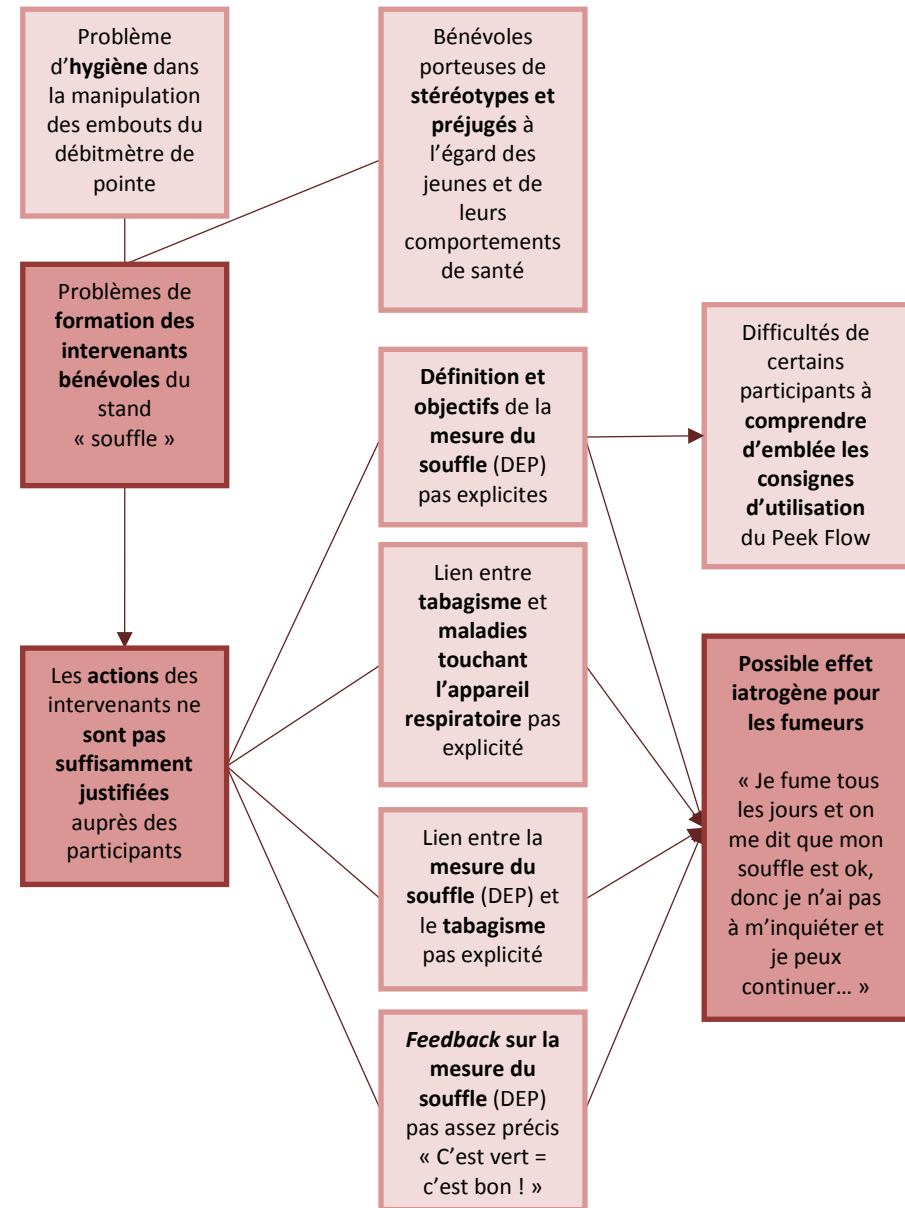
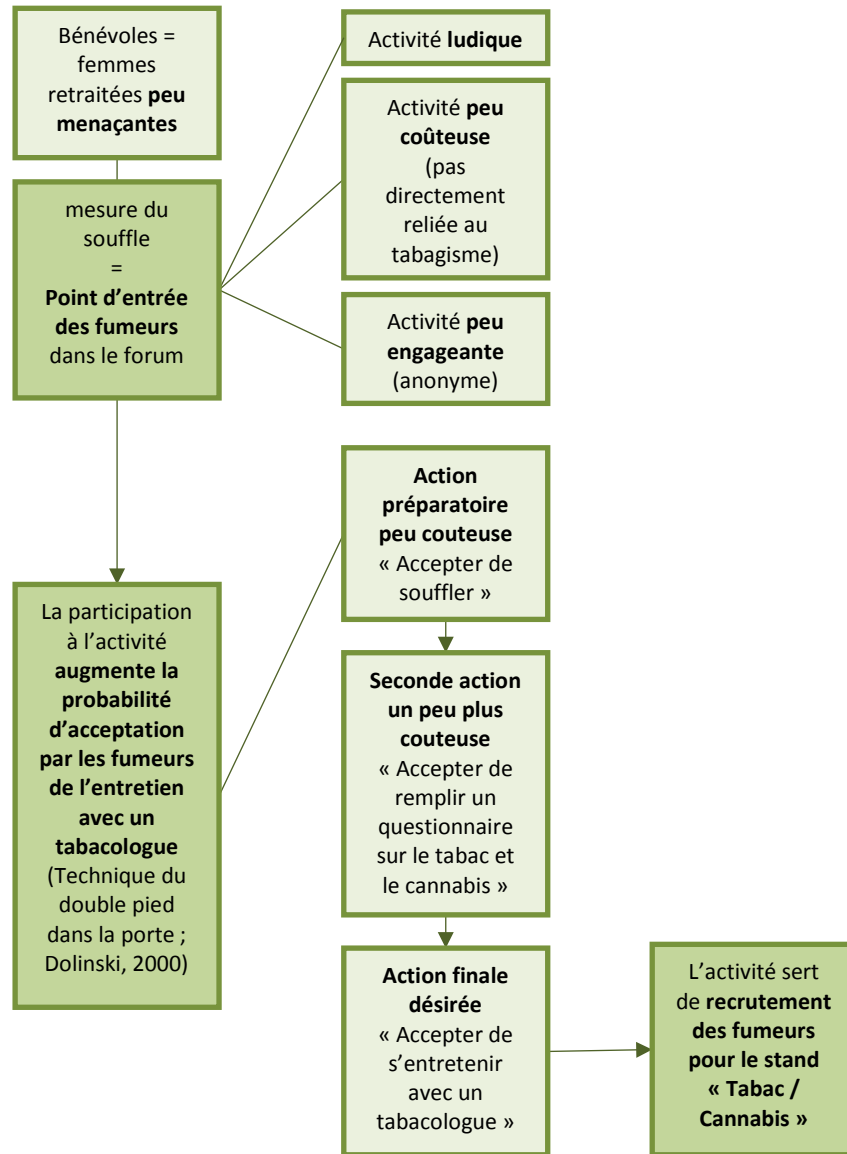
OO.2.5	Mettre le curseur du débitmètre de pointe en bas de l'échelle graduée			
OO.2.6	Faire souffler le participant dans le débitmètre de pointe			
OO.2.7	Faire souffler à nouveau le participant dans le débitmètre de pointe si besoin			
OO.2.8	Noter la plus grande valeur des essais dans la grille d'observation « souffle »	<u>Outil</u> Grille d'observation « souffle » (annexe)	Débit Expiratoire de Pointe (DEP) en litre par minute	
OO.2.9	Comparer cette valeur à la valeur théorique en fonction de l'âge, de la taille et du sexe du participant	<u>Outils</u> Tableaux (Garçon, fille) des valeurs théoriques selon l'âge et la taille (annexe)		
OO.2.10	Coder (vert, orange, rouge) la valeur de débit expiratoire de pointe (DEP) du participant	<u>Outils</u> Tableaux (Garçon, fille) des valeurs théoriques selon l'âge et la taille (annexe) <u>Consigne de codage</u> Vert si 100 à 80% du DEP THEORIQUE Orange si 80 à 60% du DEP THEORIQUE: Rouge si 60% du DEP THEORIQUE		
OO.2.11	Noter ce code sur la grille « souffle »	<u>Outil</u> Grille d'observation « souffle » (annexe)		
OO.2.12	Donner les consignes de <i>feedback</i> selon le code couleur (orienter vers un médecin si besoin)	<u>Consignes de feedback</u> VERT : « ça va », « c'est bon » ORANGE : à préciser ROUGE : à préciser		Évaluation Le <i>feedback</i> est peu précis, notamment lorsqu'il est codé vert. Recommandation VERT : fonctions respiratoires normales ou bien corrigées Ne veut pas dire que le tabagisme n'aura pas un effet à long terme sur les voies respiratoires... ORANGE : consulter un médecin, car instauration ou ajustement thérapeutique nécessaire ROUGE : appel immédiat d'un médecin pour mise en place d'un traitement de la crise

OO.3	ORIENTER VERS LE STAND « TABAC / CANNABIS »			
OO.3.1	Orienter vers le stand « tabac / cannabis » si le participant est fumeur			
OO.3.2	Dire au participant qu'il peut être vu par un des deux tabacologues			
OO.3.3	Faire remplir au participant la brochure « Tabac cannabis : J'arrête »	<u>Matériel</u> Brochure « Tabac cannabis : J'arrête » (annexe)		

Liens entre les objectifs opérationnels (OO) et les objectifs spécifiques (OS) à court terme



Points forts et points faibles de l'activité



Annexe 4 / Atelier pour les jeunes non motivés : argumentaire

Peut-on proposer les ateliers d'aide à la motivation aux lycéens qui ne sont pas prêts à s'arrêter ?

- À l'origine, l'EM a été conçu afin de générer moins de résistance chez des consommateurs ambivalents, voire non motivés face au changement. Pour les premiers (ambivalents), l'objectif de l'EM est d'explorer et de résoudre l'ambivalence, pour les seconds (non motivés), il s'agit d'instiller de l'ambivalence grâce au style et aux techniques de l'EM.
- de nombreuses études montrent que l'EM est efficace lorsqu'on cible des participants (généralement des étudiants ayant enfreint le règlement du campus relativement à l'usage de SPA) qui sont dans l'obligation de participer à l'intervention, qu'ils soient « *mandated* » (Barnett *et al.*, 2004; Borsari & Carey, 2005; Carey, Carey, Henson, Maisto, & DeMartini, 2011; Fromme & Corbin, 2004; Hustad *et al.*, 2014; Kelly & Lapworth, 2006; LaChance, Feldstein Ewing, Bryan, & Hutchison, 2009; Lincourt, Kuettel, & Bombardier, 2002; Mastroleo, Murphy, Colby, Monti, & Barnett, 2011; M. Terlecki, 2011; M. A. Terlecki, Larimer, & Copeland, 2010; White *et al.*, 2006; White, Mun, Pugh, & Morgan, 2007) ou « *adjudicated* » (N. P. Barnett *et al.*, 2004; Borsari & Carey, 2005; Carey *et al.*, 2011; Cimini, Martens, Larimer, & Kilmer, 2009; Conti, 2007; Doumas, Workman, Smith, & Navarro, 2011; Easton, Swan, & Sinha, 2000; Fromme & Corbin, 2004; LaChance *et al.*, 2009; Lincourt *et al.*, 2002; Mastroleo *et al.*, 2011; Ouimet *et al.*, 2013; Terlecki, 2011; Terlecki *et al.*, 2010; White *et al.*, 2006; White *et al.*, 2007).
- Une revue systématique Cochrane relative à l'effet de l'entretien motivationnel sur l'arrêt du tabac (Lindson-Hawley *et al.*, 2015) montre que la taille de l'effet des 5 interventions ne recrutant que des participants déjà motivés à faire une tentative d'arrêt (Cigrang *et al.*, 2002; Hollis *et al.*, 2007; Wu *et al.*, 2009; Bastian *et al.*, 2013; Lindqvist *et al.*, 2013; Okuyemi *et al.*, 2013) est similaire à celle de l'ensemble des interventions incluses dans la revue.
- Une revue systématique concernant la place de l'attitude à l'égard du changement dans l'EM adapté (AMI visant la consommation de SPA) (Wells, Smyth, & Brown, 2012) aboutit à la conclusion suivante : on ne peut dire avec certitude que l'attitude préalable à l'égard du changement (opérationnalisée de diverses manières : *Readiness to Change*, Motivation au changement, auto-efficacité, etc.) modère les effets de l'EM sur la consommation de SPA. Parmi les études testant cette modulation, 4 mettent en évidence une absence d'effet modérateur significatif (Mastroleo *et al.*, 2011; Rohsenow *et al.*, 2004; Walters, Vader, Harris, Field, & Jouriles, 2009; Walton *et al.*, 2008), 3 montrent que l'EM est d'autant plus efficace que les participants étaient préalablement peu motivés au changement (Peterson, Baer, Wells, Ginzler, & Garrett, 2006; Walton *et al.*, 2008). La dernière est la seule à mettre en évidence une efficacité plus grande de l'EM pour les participants personnellement les plus engagés (Rohsenow *et al.*, 2004).
- D'autres articles ont montré que l'attitude ou la motivation au changement préalable à l'intervention ne modérait pas les effets de l'EM ou bien que l'EM était d'autant plus efficace que les participants ressentaient de la colère (Project Match Research Group, 1997) ou étaient peu disposés au changement avant l'intervention (Baird *et al.*, 2007)

Ateliers collectifs d'aide à la motivation au changement/à l'arrêt

Déroulement des 2 ateliers d'1h.

Suivis éventuels pour ceux qui souhaitent engager un changement et être accompagnés.

Description de la séance 1 de l'atelier

Préparation de la salle et du matériel : tableau blanc, feutre, balance décisionnelle, stylos, poster chiffres tabac, feuille plan d'action changement / personne, fiche de suivi atelier

1. Engagement

Créer une atmosphère sécurisante et chaleureuse permettant l'engagement des participants.

- Objectifs : « Atelier fait suite aux forums, vous vous êtes inscrits pour réfléchir ensemble aux consommations de produits psychoactifs inhalés, et plus largement aux comportements qui visent à réduire les comportements à risque pour sa santé »
- Établir les règles en demandant aux groupes « Je vous demande de donner les lignes directrices de ce que nous pouvons faire et ne pas faire ici » : « Ne pas s'insulter, Ne pas s'interrompre, ne pas se juger, Ce qui est dit ici, ne sort pas d'ici, ne pas donner de conseils, ou demander l'avis ; L'animateur peut rajouter des règles en demandant ce qu'en pense le groupe.
- Se présenter et dire quelque chose de positif sur soi et un objectif que chaque personne a pour l'avenir. L'animateur commence par lui, il note les réponses des jeunes.

2. Explorer les situations

Exploration des perceptions sur la prévalence des comportements à risque et les normes sociales chez les jeunes sans créer de la résistance : exploration des comportements des « autres jeunes ». Nous allons chercher à savoir quels sont les suppositions des participants sur le nombre de jeunes qui fument (cannabis ou tabac) dans la région : « J'aimerais voir comment votre expérience se compare à celles des jeunes de votre région. Donc d'après vous, combien de jeunes de 17 ans fument régulièrement (plus de 10 usages dans le mois) ? » Faire des reflets, encourager les hypothèses.

3. Élargir les perspectives

➤ Susciter le doute : présentation du poster qui montrent les réponses au sondage : reprendre leurs estimations et présenter les données simplement : « Qu'en pensez-vous, comment cela s'accorde avec ce que vous pensiez ? » Si remise en cause des données ou autres, refléter les divergences.

Examiner les raisons de fumer de chacun et les effets délétères que ces comportements ont sur leur vie ou santé maintenant.

Résumer : Veiller à examiner les expériences de chacun puis résumer l'ambivalence collective du groupe.

Résumé sur la différence entre les données des études et ce qu'ils pensaient. « Y-a-t'il d'autre chose à ajouter ? »

➤ Explorer les raisons de changer

Comparaison des comportements de leurs pairs avec les leurs : « Comment la consommation de tabac de vos pairs se compare-t-elle avec vos propres situations ? ».

Résumer les expériences/réponses du groupe.

Explorer les normes/croyances/ comportements des pairs : « vos amis semblent fumer de manières diverses. Qu'est-ce que vos amis espèrent obtenir ? » « Que se passe-t-il pour ceux qui ne fument pas » « quels sont leurs raisons » « Qu'est ce qui se passerait si vous ne fumiez pas ? » « Qu'est ce qui se passe pour ceux qui fument trop ? »... explorer tous les angles

Si effets positifs ou difficulté à arrêter un comportement, les noter, pour y revenir la fois d'après et trouver des solutions.

Explorer les conséquences négatives en utilisant les messages des autres adultes. « Dites-nous ce que vos parents / enseignants ... vous disent sur les risques associés

Pr groupe de 2 ou 3 : explorer la balance puis mise en commun.

Balance décisionnelle :

Statu quo - je fume		Changement - J'arrête	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients

On identifie tous les points en terminant par les avantages du changement. On peut donner des informations concernant les freins à l'arrêt en utilisant la méthode *demander-fournir-demander*. Par exemple stress, prise de poids,

Explorer l'importance du changement :

« À quel point est-ce important pour vous de changer, d'arrêter de fumer ? »

Sur une échelle de 0 à 10. ? »

Les faire s'exprimer sur pourquoi x et pas 0. « Qu'est ce qui pourrait augmenter ce nombre ? »

Expliquer que nous reviendrons sur ces points et que nous allons passer à autre chose :

➤ Explorer les compétences / accroître leur confiance dans ce changement

Échelle de confiance

« Quel est votre degré de confiance dans votre capacité à réaliser actuellement ce changement ? »

Échelle de 0 à 10 avec pourquoi x et pas 0 ?

Demander au groupe comment aider à accroître leur confiance par rapport au changement.

Changement réussi : obtenir des histoires de changement réussi. Dire qu'il est bénéfique de se rappeler ce que nous avons réussi.

« Prenez un peu de temps pour réfléchir à des changements réussis de vos consommations, de vos comportements de santé, ou autres », invitez-les à les partager.

Une fois qu'elles ont été partagées, discuter sur la manière dont cela s'est fait, le processus...

Puis terminer en essayant de voir comment ces expériences pourraient leur resservir pour la suite.

Si difficultés pour certains à voir des changements : élargir à d'autres changement positif sinon inviter à donner son expérience plus tard. Ne pas insister.

Explorer les forces :

Expliquer au groupe qu'il est important de s'appuyer sur nos forces pour changer :

Notre boîte à outils est nos forces personnelles.

Distribuer la liste des forces et demander à chacun d'entourer les mots qui les décrivent à leur avis. Enfin, demander aux groupes d'en choisir 3 qu'ils veulent bien partager avec le groupe et les noter sur un morceau de papier.

Les jeunes viennent expliquer leurs choix. Refléter les forces du groupe puis demander à leurs camarades de mettre en avant les attributs positifs de leurs camarades dans le groupe.

Demander au groupe :

Qu'ont-ils déjà mis en route dans le changement ?

Comment peuvent-ils générer une plus grande impulsion vers le changement ?

4. Entrer dans l'action :

- Faire un résumé des thèmes et du contenu de la discussion du groupe qui vous laissent penser qu'au moins quelques-uns sont presque prêts à changer.

Règles d'animation : Encourager les personnes à exprimer ce dont elles ont besoin. Encourager les membres à s'aider les uns les autres. Focaliser sur les actions, mêmes les petits pas.

- Changement hypothétiques et planification de l'action :

Formuler une hypothèse sur ce qu'un jeune pourrait faire s'il voulait changer son comportement vis à vis des consommations tabac/cannabis.

Pour introduire cela : Appuyer sur les effets négatifs du comportement et sur les forces de chacun/du groupe.

À la suite du résumé sur les effets négatifs et les forces :

« Nous aimerions que vous réfléchissez ensemble aux manières de gérer la situation d'un jeune qui souhaiterait arrêter de fumer, comment faudrait-il s'y prendre pour arrêter ou diminuer sa consommation quand il se trouve au lycée » noter aux tableaux leurs idées

Si le groupe n'a pas d'idées : faire des suggestions : « Comment ne pas fumer en fête ? »

« Comment être sûr que les amis restent vos amis ? » « Comment gérer le stress ? »

Ouvrir la discussion avec D-F-D

Exemple : pour gérer le stress : respiration, sport, *craving* qui passe... ;

Qu'est ce qui marcherait le mieux pour vous ?

Avant la prochaine séance, pourriez-vous réfléchir individuellement à des changements que vous vous sentiriez prêts à faire ?

Description de la séance 2 de l'atelier

5. Élaborer un plan d'action

Résumer ce qui a été dit au 1er atelier et reprendre les points restés sans réponse afin d'y répondre avec leur accord.

- Faire un résumé des thèmes et du contenu de la discussion du groupe qui vous laissent penser qu'au moins quelques-uns sont presque prêts à changer
- Plan d'action

Ensuite, invitez les membres du groupe à construire « un plan hypothétique de changement » Donner le tableau « Ébauche du projet de changement » à chaque personne. Travailler ce plan 15 minutes seul. Présentation du projet au groupe, demander leur niveau de confiance pour leur plan mais aussi pour leur capacité à demander de l'aide.

« Plusieurs d'entre vous ont déjà fait quelques pas vers le changement et s'apprêtent à attaquer des changements plus importants. D'autres sont moins sûrs, il serait utile d'élaborer des plans hypothétiques et ensuite nous les mettront en commun afin que tous ensemble nous puissions nous entraider »

Analyse du plan en groupe

À ce stade-là, utile de donner des infos (toujours avec la méthode D-F-D) sur :

- Précisions sur les bénéfices à l'arrêt
 - Tactiques pour arrêter
 - Astuces pour gérer le manque
 - Se servir des expériences passées pour repérer les stimuli et trouver des solutions
 - Apprendre à gérer son stress pendant la période de manque
 - Proposer des aides internet ou applications (voir tabac et cannabis)
- Renforcer l'engagement vers le changement : en demandant au groupe de se placer d'un côté d'une ligne ou d'une table : ceux qui sont prêts à changer aujourd'hui, ceux qui ne sont pas encore prêts maintenant
 - Se lancer : la valeur du petit pas vers le changement

Établir un petit pas vers le changement, pendant 5 min, puis le partager en groupe ou sous-groupe. Reprendre le plan de changement.

Proposer à chaque groupe de se revoir. Pour ceux qui le souhaitent, on se voit pour échanger sur ce qui a été mis en place (pour ceux qui ont décidé de changer qqch), les difficultés puis les réussites, la programmation de la suite, l'aide à laquelle ils peuvent avoir accès s'ils le souhaitent.

INFORMATIONS

10 règles pour arrêter :

- Fixez **une date d'arrêt** et tenez-vous-y.
- Après l'arrêt, évitez absolument de reprendre **une cigarette**, même une seule bouffée: le risque de rechute est trop important.
- Débarrassez-vous de toutes les cigarettes, briquets et cendriers.
- Écrivez la liste des inconvénients du tabac et des **bénéfices de l'arrêt**.

- Utilisez des **substituts nicotiques**, du **Zyban** ou du **Champix**. Ces produits atténuent les **symptômes de manque** (irritabilité, nervosité, angoisse, dépression, problèmes de concentration, troubles du sommeil, appétit augmenté, prise de poids, envie irrésistible de fumer) et multiplient par deux vos chances de succès.
- Demandez aux autres de ne pas fumer en votre présence. Les premières semaines, **évitez les endroits où l'on fume**. Toutefois, si vous ne pouvez ou ne voulez pas éviter ces lieux, alors déclinez poliment mais avec fermeté toute offre de cigarette. Soyez fier-e de ne plus fumer!
- Avertissez votre entourage que vous avez arrêté de fumer. Obtenez du **soutien**.
- Changez de routine pour éviter les endroits et les situations où vous aviez l'habitude de fumer: ex. quittez la table aussitôt le repas fini.
- Utilisez des activités de diversion pour faire face au **besoin urgent de fumer** (ex. se promener, boire de l'eau, mâcher un chewing-gum, laver vos mains). L'envie de fumer augmente progressivement, atteint un "pic" et régresse spontanément. La forte envie de fumer ne dure pas plus de 5 minutes. Plus le temps passe, plus ces envies diminuent en nombre et en intensité, jusqu'à disparition complète.
- Dites-vous que s'habituer à vivre sans tabac peut prendre du temps et nécessite souvent plusieurs tentatives.

Astuces pour gérer le manque

Pour mettre toutes les chances de son côté, il faut une méthode à l'efficacité prouvée ainsi qu'une solide motivation. C'est à cette condition que les "trucs" deviendront vraiment utiles. En pratique, chaque personne doit trouver la combinaison méthode-motivation-trucs qui lui convient. Voici une liste de "trucs" qui se sont révélés utiles pour certaines personnes dans le cadre de leur sevrage tabagique.

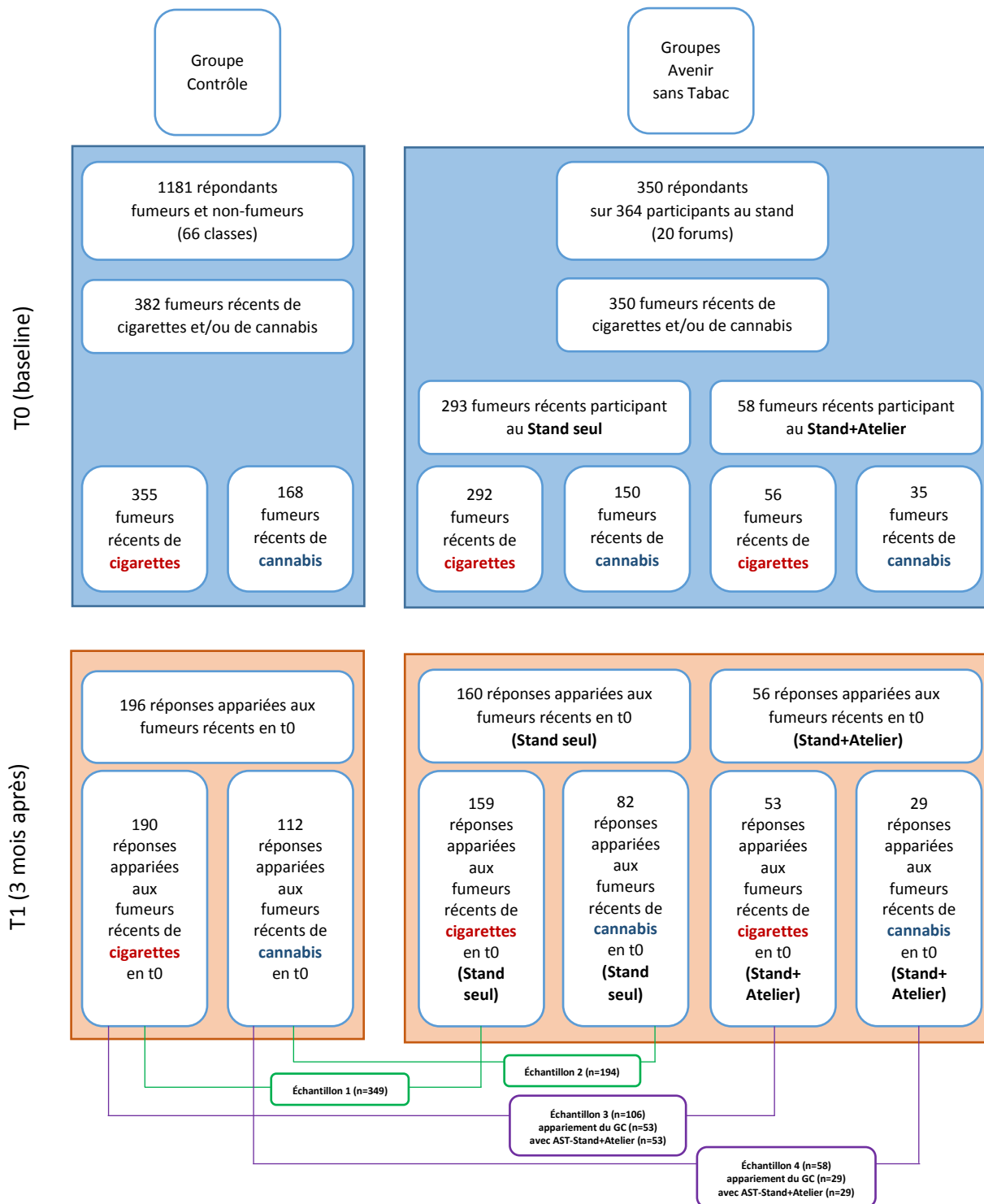
En cas d'envie urgente :

- Il est efficace s'envoyer (à soi-même) des messages positifs : "Si je tiens le coup encore cinq minutes, l'envie aura passé" (vrai: un épisode de besoin urgent de fumer ne dure que 3 à 5 minutes, puis s'en va de lui-même jusqu'au prochain épisode; plus les jours passent, plus les épisodes se font rares)
- Mâchez un chewing-gum - idéalement une gomme de nicotine si vous en avez un sous la main - ou alors un bonbon sans sucre ou un bâton de réglisse. Buvez un grand verre d'eau fraîche.
- Respirez profondément, remplissez vos poumons d'air lentement, retenez la respiration quelques secondes, ensuite expirez très lentement et répétez ceci 3 fois. La respiration abdominale relaxante permet de bien oxygéner le cerveau et de se détendre rapidement. Elle est très recommandée pour la gestion du stress.
- Mangez un fruit ou un yoghurt allégé, ou brossez-vous les dents.
Si ça ne suffit pas:
- Arrêtez ce que vous êtes en train de faire et quittez la pièce où vous vous trouvez.
- Occupez vos mains au moyen de n'importe quel objet (ex. avec une petite balle en caoutchouc, avec trois boules de la taille d'une cerise...).
- Allez vous promener, allez courir ou faites un petit exercice physique (élongations, abdominaux...).
- Fermez vos yeux et imaginez-vous un lieu de vacances.
- Prenez une douche.

Annexe 6 / Flux des répondants de l'étude

I FIGURE 30 I

Répondants de l'étude selon le groupe (Contrôle ; AsT-Stand seul ; AsT-Stand+Atelier), le moment de l'étude (t0, t1) et la consommation récente (cigarettes/cannabis)



Annexe 7 / Note d'information aux chefs d'établissement



En partenariat avec :



Contact : Jean-Michel Lecrique, chargé d'expertise scientifique
*Direction de la prévention et de la promotion de la santé,
Santé publique France*
Tél : +33 (0)1 49 33 22 26
Courriel : jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr

NOTE D'INFORMATION

**À l'attention des chefs d'établissement
du département des Pyrénées-Atlantiques
(Académie de Bordeaux)**

Objet : Évaluation 2016-2017 du programme **Avenir sans Tabac** (CDMR64)

Pièce jointe : Modélisation du programme Avenir sans Tabac

Saint-Maurice, le 1^{er} juin 2016

Madame, Monsieur,

Suite à un appel à candidatures national de la commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca), le programme de prévention **Avenir sans Tabac** (porté par le CDMR64) a été repéré comme prometteur et sélectionné pour être évalué.

Cette évaluation aura lieu durant la prochaine année scolaire 2016-2017 dans tous les établissements où le programme est délivré (lycées, universités des métiers). **Cette note d'information a pour but de vous présenter le contexte et les principes de l'évaluation d'Avenir sans Tabac**, évaluation qui sera mise en œuvre par Santé publique France et financée par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca).

Appel à candidatures Cipca : 80 programmes reçus, 5 programmes sélectionnés

La Cipca a été créée afin de mettre en œuvre le volet préventif du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives (voir Figure 1). Une de ses missions est de repérer et

d'évaluer les programmes de prévention prometteurs déjà mis en œuvre par les opérateurs locaux de prévention pour ensuite les promouvoir lorsqu'ils se révèlent efficaces.

Un premier appel à candidatures a été lancé en 2014 à un niveau national par la Cipca. Il concernait les programmes dirigés vers les publics prioritaires du plan gouvernemental (notamment les jeunes). C'est dans ce cadre que le comité départemental contre les maladies respiratoires des Pyrénées-Atlantiques (CDMR64) a proposé l'évaluation de son programme Avenir sans Tabac (AsT), programme de prévention en milieu scolaire (lycées, universités des métiers) visant à aider les adolescents fumeurs à arrêter ou diminuer leur consommation. Parmi les 80 dossiers reçus, AsT fait partie des 5 programmes qui ont finalement été sélectionnés pour être évalués.

Une convention a ensuite été signée entre la Mildeca (Financier) et Santé publique France (agence chargée de l'évaluation, avec le soutien de l'OFDT) pour fixer le cadre de la mise en œuvre des cinq évaluations.

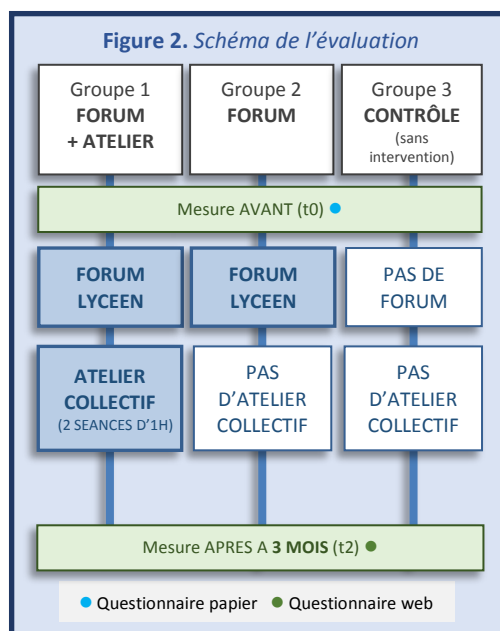
Les principes de l'évaluation d'efficacité du programme Avenir sans Tabac



Une première phase préparatoire à l'évaluation vient de s'achever. La description et le diagnostic détaillé du programme AsT (voir la modélisation du programme en PJ) nous ont permis de confirmer l'intérêt qu'il y avait à pousser plus loin l'investigation et à évaluer son efficacité dès la rentrée scolaire prochaine.

L'évaluation d'efficacité d'Avenir sans Tabac prendra la forme d'une **étude comparant 3 groupes d'adolescents** : 2 groupes d'élèves recevant soit les 2 volets du programme (Forum + Atelier collectif : groupe 1), soit une seule partie du programme (Forum seul : groupe 2) et 1 groupe « contrôle » (groupe 3) constitué d'élèves ne recevant pas le programme, ni aucune autre intervention de prévention structurée (voir Figure 2 pour le schéma de l'évaluation). Pour ces 3 groupes, on mesurera la **consommation de tabac et de produits psychoactifs avant** (t0) et **après** l'intervention (questionnaires anonymes) avec un **suivi à 3 mois** (t1) des élèves.

Ce dispositif d'évaluation permettra, grâce à l'analyse statistique des données recueillies, d'évaluer dans quelle mesure les 2 groupes recevant le programme AsT ont bien une **probabilité augmentée de réduire voire d'arrêter leur consommation de tabac ou de substances psychoactives inhalées**, comparativement au groupe contrôle. En d'autres termes,



il permettra de répondre à la question : Avenir sans Tabac est-il un programme d'aide à l'arrêt (ou à la réduction) efficace ?

Santé publique France a besoin de vous pour évaluer Avenir sans Tabac

Vous avez fait le choix d'Avenir sans Tabac et les élèves de votre établissement bénéficieront du programme l'année scolaire prochaine ? Vous pouvez jouer un rôle majeur dans l'évaluation de son efficacité et nous aider à plus d'un titre.

L'évaluation d'une intervention est toujours une démarche comparative : le groupe d'élèves qui bénéficie du programme doit être comparé à un groupe « contrôle » (ou groupe « témoin ») constitué d'élèves qui ne reçoivent pas le programme (ni aucune intervention de prévention structurée). **Nous avons besoin de vous pour constituer ce groupe contrôle** : concrètement, il s'agira de faire passer un questionnaire dans 5 ou 6 classes (classes sélectionnées de manière aléatoire dans votre établissement) durant la semaine qui suit le forum, et de relever le nom des élèves fumeurs qui n'auront pas participé au forum et qui acceptent de remplir un questionnaire 3 mois plus tard par internet (questionnaire web géré par notre prestataire). La passation du questionnaire en classe pourrait par exemple être menée par l'infirmière scolaire (à l'aide d'un guide standardisé de passation que nous lui fournirions).

D'autre part, la **soumission** en début d'année du protocole d'évaluation du programme (pour approbation) **au conseil d'administration** de votre établissement serait utile. Elle permettrait d'informer les représentants des différents acteurs du conseil et de leur faire valider les grands principes de notre étude. Cette soumission pourrait être suivie d'une lettre (ou courriel) d'information envoyée aux parents (accompagné d'un formulaire de consentement passif pour les parents de mineurs).

L'année scolaire 2016-2017 sera l'occasion pour nous d'évaluer l'efficacité d'Avenir sans Tabac, programme prometteur de prévention des addictions en milieu scolaire à destination des adolescents. Vous l'aurez compris, c'est avec vous et grâce à vous que nous pourrons mener à bien cette évaluation et avancer vers une prévention fondée sur les preuves et des programmes efficaces.

Vous remerciant par avance pour votre aide dans ce passionnant projet, nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Pierre ARWIDSON
Directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la
santé, Santé publique France



Annexe 8 / Note d'information aux parents avec consentement passif



NOTE D'INFORMATION aux parents concernant la participation de votre enfant à une enquête

Madame, Monsieur,

Durant l'année scolaire 2016-2017, votre enfant est susceptible de participer à une enquête dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité d'un programme de prévention des addictions délivré dans son établissement, intitulé « Avenir sans Tabac ». Les promoteurs de cette évaluation sont la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et Santé publique France. Cette évaluation est mise en œuvre par Santé publique France.

Nous vous demandons de lire attentivement cette note d'information. Vous pouvez poser toutes les questions nécessaires au responsable de l'évaluation (Jean-Michel Lecrique, jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr) pour comprendre les différentes étapes que la participation de votre enfant impliquera. Prenez le temps nécessaire pour réfléchir et prendre votre décision.

Le programme évalué : « Avenir sans Tabac »

L'enquête a pour objectif d'évaluer le programme « Avenir sans tabac » qui est composé :

- d'un forum annuel ayant lieu pendant une pause méridienne et durant lequel les lycéens peuvent librement tester leur souffle et s'entretenir avec un intervenant de prévention (tabacologue, addictologue),
- de deux ateliers de discussion (participation libre) autour de la consommation de tabac et de substances psychoactives inhalées ; ces deux ateliers collectifs ont lieu au lycée dans les semaines qui suivent le forum et sont animés par des professionnels de la prévention.

L'enquête d'évaluation

L'enquête a pour objectif d'évaluer si le programme « Avenir sans tabac » est efficace en matière de prévention des addictions. Elle consiste à mesurer la consommation et l'attitude des élèves à l'égard du tabac et des substances psychoactives inhalées à l'aide de deux questionnaires auto-administrés : le premier avant le programme et le deuxième 3 mois après la mise en œuvre du programme. À des fins de comparaison, certains élèves n'ayant pas participé au programme pourront également remplir ces questionnaires. Ces deux questionnaires sont anonymes. Aucun lien ne sera fait entre les réponses aux questions de votre enfant et son nom de famille ou toute autre information permettant de l'identifier.

Les données individuelles anonymes recueillies par questionnaire seront saisies dans un fichier informatique par un prestataire, pour le compte et sous la responsabilité de Santé publique France. Ces données seront analysées par les seuls agents de Santé publique France chargés de cette enquête dans des conditions assurant leur confidentialité. Les résultats globaux de l'enquête seront publiés dans un rapport écrit en fin d'étude qui sera transmis au chef d'établissement.

Si votre enfant est mineur et si vous acceptez qu'il participe à l'enquête, soyez informé que :

- L'enquête consiste à remplir deux questionnaires anonymes auto-administrés relatifs à leur consommation de tabac et de substances psychoactives inhalées
 - le premier dure 15 minutes environ (questionnaire papier)
 - le second dure 25 minutes environ (questionnaire internet) et a lieu 3 mois après le premier
- Vous pourrez interrompre la participation de votre enfant à l'enquête à tout moment, sans avoir à vous justifier et sans que vous ou votre enfant n'en supporte de conséquence, en vous adressant à l'adresse mail suivante : jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr, et en n'oubliant pas d'indiquer le nom de votre enfant et de son établissement.
- Les réponses aux questionnaires sont anonymes et ne pourront pas être liées à des informations permettant de l'identifier.

Si votre enfant est mineur et que vous ne souhaitez pas qu'il participe à l'enquête, vous pouvez vous opposer à sa participation en déposant ou en adressant le coupon réponse (voir plus bas) au bureau de la scolarité de son établissement scolaire



Coupon à déposer au bureau de la scolarité du lycée **EN CAS DE REFUS DE PARTICIPATION À L'ENQUÊTE**

Je soussigné(e) : (Nom, Prénom du parent) refuse que mon enfant mineur :
..... (Nom, Prénom de l'élève) participe à l'enquête « Évaluation du programme Avenir sans
Tabac » Date : Signature :



Santé
publique
France

NOTE D'INFORMATION destinée au participant de l'enquête

Bonjour,

Ce document est destiné à t'expliquer l'enquête à laquelle nous te proposons de participer. Cette enquête s'intitule :

« Évaluation du Programme Avenir sans Tabac »

Objectifs. Le Comité départemental contre les maladies respiratoires des Pyrénées Atlantiques (CDMR64) intervient aujourd'hui dans ton établissement en proposant un programme de prévention des addictions intitulé « Avenir sans Tabac ».

L'enquête que nous te proposons aujourd'hui a pour objectif principal **d'évaluer l'efficacité de ce programme** de prévention que les spécialistes du CDMR64 conduisent également auprès d'autres lycéens et apprentis des Pyrénées Atlantiques. Ce programme est constitué de deux composantes : le **forum** (stand « souffle » et stand « tabac ») et les **ateliers de discussion** sur la consommation qui ont lieu les semaines qui suivent le forum.

Méthodes. Afin d'évaluer les composantes du programme « Avenir sans Tabac », l'enquête va s'adresser à **3 groupes** :

- un groupe d'élèves participant au forum
- un groupe d'élèves participant au forum et aux ateliers de discussion
- un groupe d'élèves ne participant ni au forum ni aux ateliers de discussion

Dans le cadre de cette enquête, chaque groupe sera interrogé par questionnaire AVANT (aujourd'hui) et APRES (dans 3 mois) l'intervention du CDMR64. Ces questionnaires porteront sur ta consommation de tabac et de substances psychoactives inhalées.

Déroulement

Si tu acceptes de participer, l'enquête consistera donc à remplir 2 questionnaires sur ta consommation de tabac et de substances psychoactives inhalées.

Tes réponses resteront strictement confidentielles et anonymes.

Aujourd'hui, tu rempliras un formulaire permettant de créer un code anonyme qui sera associé au questionnaire. Il nous permettra de lier ce premier questionnaire à celui que tu rempliras dans 3 mois sans avoir à donner ton nom. Une fois rempli, tu insèreras le premier questionnaire et le code anonyme dans une urne. **Aucune personne de ton établissement ou de ton entourage n'aura donc accès à tes réponses.** Cette urne sera ensuite envoyée à un prestataire (BVA) qui saisira les données du questionnaire et le code anonyme dans un fichier informatique à des fins d'analyse statistique. Seuls

ce prestataire et le responsable de l'enquête détiennent la clé de l'urne et ils ne connaîtront jamais ton identité.

D'autre part, tu donneras à la personne qui fait passer le questionnaire aujourd'hui ton formulaire de consentement signé (en mentionnant ton nom) pour ta participation à l'enquête. Cette personne te donnera dans 3 mois un lien internet correspondant au 2^{ème} questionnaire que tu rempliras alors en ligne.



Bénéfices/contraintes de l'enquête

En participant à cette enquête, tu peux contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des interventions de préventions qui ont lieu dans ton établissement et plus largement dans les Pyrénées Atlantiques. La contrainte réside dans le fait de prendre de ton temps pour répondre à deux questionnaires.

Tes droits

Tu as le droit de te retirer à tout moment de l'enquête.

Les professionnels de cette enquête sont tenus au respect de leurs engagements concernant ton nom et les réponses aux questionnaires. En aucun cas les informations que tu auras fournies ne seront utilisées dans un autre cadre que cette enquête.

Si tu acceptes de participer à l'enquête, remplis d'abord le formulaire de consentement puis le questionnaire.

Lorsque tu auras fini de remplir le questionnaire :

- **tu remettras le formulaire de consentement signé à l'accompagnant**
- **et tu déposeras ensuite le questionnaire dans l'urne scellée**

Questions sur l'enquête

Le responsable de l'enquête (Jean-Michel Lecrique, Santé publique France) est à ta disposition pour répondre à tes questions (jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr).

Annexe 10 / Formulaire de consentement de l'élève



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT destiné au participant à l'enquête

Titre de l'enquête : **Évaluation du programme « Avenir sans Tabac »**

Je soussigné(e) (Prénom et Nom) accepte de participer à l'enquête citée ci-dessus dont les promoteurs sont Santé publique France et la MILDECA.

J'ai reçu et lu la note d'information destinée au participant.

Les conditions de la réalisation de l'enquête m'ont clairement été expliquées. J'ai bien pris connaissance de l'objectif et de la durée de l'enquête, des bénéfices attendus et des contraintes.

J'ai compris que les données de cette étude resteront confidentielles et que leur traitement ne fera apparaître ni mon nom ni aucune information permettant de m'identifier. J'ai compris que les professionnels de cette enquête sont tenus au respect de leurs engagements concernant mes informations.

J'accepte de répondre aux deux questionnaires de cette enquête, l'un sur papier aujourd'hui, l'autre sur internet (dans trois mois).

J'ai bien noté que j'ai le droit d'être informé des résultats de cette enquête en en faisant la demande à Santé publique France (jean-michel.lecricque@santepubliquefrance.fr, n° tel. : 01 49 33 22 26).

Je connais la possibilité qui m'est réservée à tout moment d'interrompre ma participation à l'enquête, sans que cela me soit préjudiciable.

Fait à le

Signature

INDIQUE TA CLASSE DANS LA CASE :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.



Guide de passation en classe du questionnaire d'évaluation d'Avenir sans Tabac



Consignes aux accompagnants pour l'enquête AVANT l'action

Bonjour,

Le contexte de l'évaluation. Durant l'année scolaire 2016-2017, **Santé publique France** (nouvelle agence regroupant l'ex-INPES et l'ex-INVVS), en partenariat avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), **va évaluer les actions que conduit le CDMR64** auprès des lycéens et apprentis des Pyrénées Atlantiques afin de prévenir la consommation de tabac et de substances psychoactives inhalées.

Le principe de l'enquête. Cette évaluation va prendre la forme d'une **enquête par questionnaires** évaluant les conduites addictives des élèves. La passation des questionnaires s'effectuera lors du forum juste avant l'action des intervenants du CDMR64 (**questionnaire AVANT l'action**), puis 3 mois après ce forum. **Certaines classes rempliront également ces questionnaires et constitueront un groupe de comparaison.**

Votre mission. En tant qu'accompagnant d'une ou plusieurs de ces classes qui formeront le groupe de comparaison, **votre rôle dans cette évaluation est primordial.** Il consistera à :

- **préparer en amont la passation** du questionnaire et de vous assurer de son bon déroulement,
- **expliquer la démarche aux élèves** concernés et
- **vous assurer qu'ils puissent répondre au questionnaire dans de bonnes conditions.**

→ Ce guide vous fournit les consignes et informations nécessaires pour parvenir à une bonne passation du questionnaire AVANT l'action

Pour toute demande de renseignements concernant l'enquête et les passations, vous pouvez contacter le responsable de l'évaluation, Jean-Michel Lecrique, à l'adresse suivante : jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr

Je suis
accompagnant
d'une ou plusieurs
classes



QUE dois-je FAIRE avant la passation ?

1. **J'identifie les classes qui vont remplir le questionnaire. Je serai aidé(e) dans cette tâche par le CDMR64.** Il s'agira de choisir une ou deux classes par niveau selon la taille de votre établissement (à déterminer avec le CDMR64).
2. **Je fixe la date de passation du questionnaire pour chaque classe dans la semaine qui suit la date du forum du CDMR64.**
3. **J'informe les enseignants des créneaux horaires retenus pour la passation du questionnaire (½ heure environ).** Ils seront priés de libérer cette ½ heure de cours et ne seront pas présents pendant la passation pour des raisons de confidentialité.
4. **Je récupère, via le bureau de la scolarité, le nom des élèves qui ne rempliront pas le questionnaire (pour cause de refus des parents) et qui iront en permanence au moment de la passation.**
5. **Je récupère pour l'ensemble des classes que j'accompagne le rapport de passation (fourni par le CDMR64) sur lequel figure pour chaque classe un code « classe » pré-rempli que je donnerai aux élèves**

lors de la passation (voir l'Annexe 1 pour un exemple de rapport).

6. Je récupère le matériel d'évaluation, constitué principalement :

- des notes d'information destinées aux participants et des formulaires de consentement à l'enquête ,
- des questionnaires non remplis ,
- de l'urne et
- du présent guide .



QUE DOIS-JE FAIRE le jour de la passation ?

ÉTAPE 1. L'INSTALLATION DES ÉLÈVES

- J'installe le matériel dans la salle, notamment l'urne, les notes d'information, les formulaires de consentement et les questionnaires.
- Je me munis du rapport de passation fourni par le CDMR64 sur lequel est inscrit le nom de la classe et son code « classe » à 3 chiffres (voir en Annexe 1).
- J'oriente les élèves dont les parents auront refusé la participation à l'enquête vers la salle de permanence.
- Si des élèves ne souhaitent pas participer à l'enquête lors de la passation, ils resteront dans la salle.
- La passation se déroule sous ma seule surveillance mais je peux être assisté d'un intervenant du CDMR64.
- Je respecte la confidentialité. J'éviter de circuler dans la salle durant la passation et je me place de manière à ne pas pouvoir lire ce qu'écrivent les élèves.

ÉTAPE 2. LE DÉBUT DE LA PASSATION

- Je présente brièvement la démarche en lisant le texte suivant et en insistant sur l'anonymat et la confidentialité :

« Des spécialistes de la prévention des addictions et des maladies respiratoires sont intervenus récemment lors d'un forum pour parler du souffle et des usages de tabac et autres drogues inhalées.

Aujourd'hui, une **enquête par questionnaire** vous est proposée pour aider ces professionnels de la prévention à préparer et évaluer leur action. Si vous acceptez d'y participer, merci d'y répondre sérieusement.

SACHEZ QUE CETTE ENQUÊTE EST ANONYME ET CONFIDENTIELLE.

Lorsque vous aurez fini de remplir le questionnaire, vous l'insèrerez dans l'urne scellée prévue à cet effet **[MONTRER L'URNE]**.

Seul un prestataire chargé de saisir les données dans un fichier informatique pourra ouvrir l'urne. Personne de votre entourage ou de votre établissement n'aura accès à vos réponses.

Cette enquête n'est pas obligatoire. Si quelqu'un ne souhaite pas y répondre, il doit malgré tout rester en classe et patienter sans déranger les autres.

Je vais vous distribuer à tous le questionnaire et un formulaire de consentement.

Si vous acceptez, vous remplirez d'abord le formulaire de consentement **[MONTRER LE FORMULAIRE]** puis le questionnaire **[MONTRER LE QUESTIONNAIRE]**.

Vous me remettrez à la fin le formulaire de consentement signé et vous mettrez le questionnaire dans l'urne.

Tout cela est expliqué sur la note d'information que je vais vous demander de lire **[MONTRER LA NOTE]**.

- **Je distribue la note d'information. Je les laisse prendre connaissance de la note.**
- **Je distribue ensuite à tout le monde les questionnaires et les formulaires de consentement.**
- **Je leur dis :**



1. « Vous pouvez prendre connaissance du questionnaire en le feuilletant »
2. « Si vous acceptez de participer, vous remplissez d'abord le consentement et ensuite le questionnaire »

- Je lis les consignes relatives au questionnaire



« Inscrivez le code classe sur la première page du questionnaire dans l'encadré prévu » [INSCRIRE LE CODE CLASSE AU TABLEAU]

1. « Prenez le temps de lire les questions »
2. « Vous devez répondre sincèrement aux questions »
3. « Répondez aux questions dans l'ordre où elles apparaissent »

- Je leur explique quoi faire lorsqu'ils ont fini :

« Lorsque vous avez fini de remplir le questionnaire »

1. « Remettez-moi le formulaire de consentement signé »
2. « Pliez le questionnaire et déposez le dans l'urne »
3. « Retournez à votre place le temps que vos camarades aient terminé à leur tour, sans les perturber ».

- « Vous pouvez maintenant commencer à remplir le questionnaire »

ÉTAPE 3. PENDANT LA PASSATION

- J'adopte une attitude neutre.
- Je réponds à des demandes d'explication de façon brève **sans chercher à influencer la réponse des élèves.**
- Je remplis le rapport de passation fourni par le CDMR64 sur lequel figure déjà la classe et le code de la classe (voir Annexe 1). **Je précise notamment pour chaque classe les informations suivantes : date de passation, horaire de passation, nombre d'élèves présents dans la salle de passation et commentaires éventuels.**

ÉTAPE 4. LA FIN DE LA PASSATION



- Quand un élève a fini, je récupère en premier lieu son formulaire de consentement
- Et seulement ensuite je vérifie que chaque élève insère **bien** son questionnaire dans l'urne.
- Lorsque j'ai fini toutes les passations de l'enquête **AVANT action**, je transmets le rapport de passation rempli pour toutes les classes à :

jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr

Pour information, les élèves répondront au deuxième questionnaire sur internet dans 3 mois.

D'ici-là **gardez précieusement les formulaires de consentement** où figurent les noms des élèves qui ont accepté de participer à l'enquête. Le mieux est de garder ces formulaires dans un endroit fermé à clé. Dans 3 mois, votre mission sera de leur distribuer le lien internet permettant l'accès au questionnaire.

Merci
pour votre précieuse collaboration.

Pour toute demande de renseignements concernant l'enquête et les passations, vous pouvez contacter le responsable de l'évaluation à l'adresse suivante :

jean-michel.lecrique@santepubliquefrance.fr

Annexe 12 / Calendrier des phases du recueil de données en t1

Étapes	Délais de réalisation (rétroplanning)
<p>Validation finale :</p> <ul style="list-style-type: none"> De la mécanique complète du dispositif (entre autres : lettre à donner aux élèves, rôle de l'infirmière, planning des phases, création d'un login et mot de passe unique pour chaque répondant, questionnaire responsive smartphone ou non, envoi de la liste des répondants aux infirmières, distribution chèques cadeau) du questionnaire (contenu/forme, libellés, filtres, consignes, page d'arrivée/fin du questionnaire, prise de coordonnées) de la lettre d'information aux élèves distribuée par les infirmières (forme et contenu) <p>Transmission à BVA</p> <ul style="list-style-type: none"> des coordonnées des établissements (adresse, nom et prénom de l'infirmière en charge de l'enquête) des dates du forum et des ateliers de chaque établissement (si ces informations sont à intégrer dans le questionnaire) des dates d'enquête T1 par établissement du nombre d'élèves concernés par établissement du nom de domaine envisagé pour le questionnaire 	<p>Du 25 novembre au 2 décembre</p>
<ul style="list-style-type: none"> Conception graphique et validation de l'écran type du questionnaire par SPF Développement et programmation informatique du questionnaire, double base de données, module de suivi internet + tests informatiques 	<p>Du 5 au 23 décembre</p>
<ul style="list-style-type: none"> Impression des lettres avec code d'accès/date limite par élève Mise sous pli Envoi des lettres aux établissements concernés par la 1^{ère} vague d'enquête 	<p>Pour 1^{er} établissement : Du 26 au 30 décembre (pour autres établissements : réception des lettres prévue 5 jours avant le début de T1)</p>
<p>Test du questionnaire en ligne par SpF</p>	<p>Du 26 au 30 décembre</p>
<p>Intégration par BVA des dernières modifications sur le questionnaire en ligne Tests et recettes, recettes de bout en bout, validation définitive pour mise en ligne</p>	<p>Du 2 au 6 janvier</p>
<p>Mise en ligne du questionnaire</p>	<p>6 janvier</p>
<p>Période d'enquête, questionnaire T1 en ligne</p>	<p>10 janvier – 30 juin (date de clôture à définir)</p>
<p>Commande des chèques cadeau, mise sous pli et envoi à l'établissement</p>	<p>Dans les 2 semaines suivant la clôture de la mise en ligne de l'établissement concerné</p>
<p>Vérification et livraison de la base globale de données T1</p>	<p>1 semaine</p>



ENQUÊTE :
Évaluation du programme
« Avenir sans Tabac »

Bonjour,

En répondant à ce questionnaire, tu vas nous aider à mieux comprendre quelles sont les habitudes des jeunes de ton âge en matière de consommation de tabac et de substances psychoactives inhalées. Ce questionnaire permettra également d'**évaluer l'efficacité du programme « Avenir sans Tabac »**.

Ce questionnaire est **confidentiel** et **anonyme**. **Personne dans ton établissement scolaire ni dans ta famille ne pourra le lire.**

Prends ton temps pour bien lire chaque question, l'une après l'autre, et y répondre **le plus sincèrement possible**. Nous sommes seulement intéressés par ce que toi tu vis et penses. Il ne s'agit ni d'un test ni d'un contrôle, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses.

Nous espérons que tu aimeras répondre à ce questionnaire, encore merci de participer.

Jean-Michel Lecrique, responsable de l'enquête « Évaluation du programme Avenir sans Tabac »

Ce que tu dois savoir avant de commencer

Pour répondre aux questions, il te suffit de faire une croix comme ceci : .

Si tu t'es trompé(e), noircis complètement la case et coche la bonne case : .

Lorsque tu vois ce signe : | _____ |, écris ta réponse.

Tu dois répondre aux questions **dans l'ordre**.

Si tu trouves une question difficile, choisis la réponse qui te semble **vraie la plupart du temps**.

Merci.

FORMULAIRE de création d'un CODE « élève » ANONYME

L'objectif de cette feuille est de créer un **CODE « élève » ANONYME** à partir de tes réponses à 8 questions.

Ce code anonyme permettra de lier les questionnaires que tu rempliras **sans donner ton nom**.

Merci pour ta coopération 😊

1. Quelle est la COULEUR de TES YEUX ?

Inscris une seule lettre (V, M, N, B, G ou A) correspondant à la couleur de tes yeux dans la case située dans la marge droite de la feuille.

V	M	N	B	G	A
Vert	Marron	Noir	Bleu	Gris	Autre

1

2. Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE de TON PRÉNOM ?

Inscris la lettre correspondante dans la case située dans la marge droite de la feuille (*Surtout, NE compte PAS les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES*)

EXEMPLES	Si ton prénom est HUGO :	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>U</td> <td>G</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> </table>	H	U	G	O	1	2	3		Tu choisis G					
	H	U	G	O												
	1	2	3													
Si ton prénom est SONIA :	<table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>O</td> <td>N</td> <td>I</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	S	O	N	I	A	1	2	3			Tu choisis N				
S	O	N	I	A												
1	2	3														
Si ton prénom est MY-LINH :	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>Y</td> <td>-</td> <td>L</td> <td>I</td> <td>N</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	M	Y	-	L	I	N	H	1	2		3				Tu choisis L
M	Y	-	L	I	N	H										
1	2		3													

2

3. Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE de TON NOM DE FAMILLE ?

Inscris la lettre correspondante dans la case située dans la marge droite de la feuille (*Surtout, NE compte PAS les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES*)

EXEMPLES	Si ton nom de famille est MARTIN :	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td>A</td> <td>R</td> <td>T</td> <td>I</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	M	A	R	T	I	N							Tu choisis R					
	M	A	R	T	I	N														
Si ton nom de famille est LE GUEREC :	<table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>E</td> <td>-</td> <td>G</td> <td>U</td> <td>E</td> <td>R</td> <td>E</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	L	E	-	G	U	E	R	E	C	1	2		3						Tu choisis G
L	E	-	G	U	E	R	E	C												
1	2		3																	

3

4. Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE du PRÉNOM de TON PÈRE ?

Inscris la lettre correspondante dans la case située dans la marge droite de la feuille (Surtout, NE compte PAS les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES)

EXEMPLES

Si ton père a pour prénom CHRISTOPHE :	<table border="1"> <tr> <td>C</td><td>H</td><td>R</td><td>I</td><td>S</td><td>T</td><td>O</td><td>P</td><td>H</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	C	H	R	I	S	T	O	P	H	E	1	2	3								Tu choisis R
C	H	R	I	S	T	O	P	H	E													
1	2	3																				
Si ton père a pour prénom YA-SIN :	<table border="1"> <tr> <td>Y</td><td>A</td><td>-</td><td>S</td><td>I</td><td>N</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Y	A	-	S	I	N	1	2	3				Tu choisis S								
Y	A	-	S	I	N																	
1	2	3																				

4

5. Quel est le DERNIER CHIFFRE du JOUR DE TA NAISSANCE ?

Inscris le chiffre correspondant dans la case située dans la marge droite de la feuille

EXEMPLES

Si tu es né(e) le 25 avril 2003 :	<table border="1"> <tr> <td>2</td><td>5</td><td>avril 2003</td> </tr> </table>	2	5	avril 2003	Tu choisis 5
2	5	avril 2003			
Si tu es né(e) le 2 septembre 2004 :	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>2</td><td>septembre 2004</td> </tr> </table>	0	2	septembre 2004	Tu choisis 2
0	2	septembre 2004			

5

6. Quel est le NOMBRE DE LETTRES du PRÉNOM DE TA MÈRE ?

Inscris le chiffre correspondant dans la case située dans la marge droite de la feuille (Surtout, NE compte PAS les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES)

EXEMPLES

Si ta mère a pour prénom SOPHIE :	<table border="1"> <tr> <td>S</td><td>O</td><td>P</td><td>H</td><td>I</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> </tr> </table>	S	O	P	H	I	E	1	2	3	4	5	6	Tu choisis 6								
S	O	P	H	I	E																	
1	2	3	4	5	6																	
Si ta mère a pour prénom ANNE-MARIE :	<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>N</td><td>N</td><td>E</td><td>-</td><td>M</td><td>A</td><td>R</td><td>I</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td></td> </tr> </table>	A	N	N	E	-	M	A	R	I	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9		Tu choisis 9
A	N	N	E	-	M	A	R	I	E													
1	2	3	4	5	6	7	8	9														

6

7. Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE du PRÉNOM de TA MÈRE ?

Inscris la lettre correspondante dans la case située dans la marge droite de la feuille (Surtout, NE compte PAS les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES)

EXEMPLES

Si ta mère a pour prénom MELANIE :	<table border="1"> <tr> <td>M</td><td>E</td><td>L</td><td>A</td><td>N</td><td>I</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	M	E	L	A	N	I	E	1	2	3					Tu choisis L
M	E	L	A	N	I	E										
1	2	3														
Si ta mère a pour prénom JO-ANNE :	<table border="1"> <tr> <td>J</td><td>O</td><td>-</td><td>A</td><td>N</td><td>N</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	J	O	-	A	N	N	E	1	2	3					Tu choisis A
J	O	-	A	N	N	E										
1	2	3														

7

8. Quelle est la DEUXIÈME (2ème) LETTRE du PRÉNOM de TA MÈRE ?

Inscris la lettre correspondante dans la case bleue située dans la marge droite de la feuille (Surtout, NE compte PAS les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES)

EXEMPLES

Si ta mère a pour prénom VALÉRIE :	<table border="1"> <tr> <td>V</td><td>A</td><td>L</td><td>E</td><td>R</td><td>I</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	V	A	L	E	R	I	E	1	2						Tu choisis A		
V	A	L	E	R	I	E												
1	2																	
Si ta mère a pour prénom M'HIJIBA :	<table border="1"> <tr> <td>M</td><td>'</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>I</td><td>B</td><td>A</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	M	'	H	I	J	I	B	A	1	2							Tu choisis H
M	'	H	I	J	I	B	A											
1	2																	

8

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.



[Ces premières questions concernent ta situation personnelle et scolaire]

<p>01. Quelle est ton année de naissance ? _ _ _ _ </p> <p>02. Quel est ton mois de naissance ? _ _ (01 pour janvier, 02 pour février, ..., 12 pour décembre)</p> <p>03. Tu es... <input type="checkbox"/> Un garçon <input type="checkbox"/> Une fille</p>	<p>04. Dans quelle classe es-tu ?</p> <p><input type="checkbox"/> CAP, CAPA 1^{ère} année à _ _ ans</p> <p><input type="checkbox"/> CAP, CAPA 2^{ème} année</p> <p><input type="checkbox"/> Seconde</p> <p><input type="checkbox"/> Première</p> <p><input type="checkbox"/> Terminale</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement supérieur (Université, IUT, BTS, Prépa...)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précise _ _ _ _ </p>
---	--



[Ces questions concernent ta consommation de tabac et d'autres substances inhalées]

05. Au cours de ta VIE, combien de cigarettes as-tu déjà fumées ? (Coche une seule case)

- Je n'ai jamais fumé de cigarette, même pas une ou deux bouffées
- 1 bouffée ou plus, mais jamais une cigarette entière
- 1 cigarette entière
- 2 à 5 cigarettes
- 6 à 15 cigarettes (environ la moitié d'un paquet)
- 16 à 25 cigarettes (environ un paquet entier)
- 26 à 99 cigarettes (plus qu'un paquet, mais moins que 5 paquets)
- 100 cigarettes ou plus (5 paquets ou plus)

→ **06. Quel âge avais-tu lorsque tu as fumé une cigarette entière pour la première fois (si tu l'as déjà fait) ?**
|_|_| ans

07. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, à quelle fréquence as-tu fumé des cigarettes? (Coche une seule case)

- Je n'ai pas fumé de cigarettes
- Moins d'une cigarette par semaine
- Moins d'une cigarette par jour
- Entre 1 et 5 cigarettes par jour
- Entre 6 et 10 cigarettes par jour
- Entre 11 et 20 cigarettes par jour
- Plus de 20 cigarettes par jour

→ **08. Si tu fumes quotidiennement, à quel âge as-tu commencé à fumer tous les jours ?** |_|_| ans

09. Au cours de ta VIE, as-tu déjà fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit), même une bouffée ?

- Non Oui → **10A. Si oui, quel âge avais-tu la première fois ?** |_|_| ans

10. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de FOIS as-tu fumé...

(Coche une seule case par ligne)	0 fois	1 fois	2-5 fois	6-9 fois	10-19 fois	20-29 fois	30 fois ou +	Je ne consomme pas ce produit
... des cigarettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du tabac avec une chicha (ou narguilé) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de fois as-tu arrêté... (Coche une seule case par ligne)

(Coche une seule case par ligne)	0 fois	1 fois	2 fois ou +	Je ne consomme pas ce produit
...la CIGARETTE PENDANT UN JOUR ou PLUS parce que tu essayais d'arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...le CANNABIS PENDANT UN JOUR ou PLUS parce que tu essayais d'arrêter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Dans les 12 PROCHAINS MOIS, j'ai l'intention... (Coche une seule case par ligne)

	PAS DU TOUT l'intention d'arrêter	PLUTÔT PAS l'intention d'arrêter	NI l'intention NI pas l'intention d'arrêter	PLUTÔT l'intention d'arrêter	TOUT À FAIT l'intention d'arrêter	Je ne consomme pas ce produit
... d'ARRÊTER de fumer des CIGARETTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... d'ARRÊTER de fumer du CANNABIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Concernant ma consommation de CIGARETTES, JE PENSE QUE DANS 1 AN... (Coche une seule case)

- Je fumerai encore + de CIGARETTES
- Je fumerai toujours autant de CIGARETTES
- J'aurai UN PEU diminué ma consommation de CIGARETTES

- 4 J'aurai BEAUCOUP diminué ma consommation de CIGARETTES
 5 J'aurai arrêté de fumer des CIGARETTES
 6 Je ne suis pas concerné, je ne fume pas de CIGARETTES

14. Concernant ma consommation de CANNABIS, JE PENSE QUE DANS 1 AN...

(Coche une seule case)

- 1 Je fumerai encore plus de CANNABIS
 2 Je fumerai toujours autant de CANNABIS
 3 J'aurai UN PEU diminué ma consommation de CANNABIS
 4 J'aurai BEAUCOUP diminué ma consommation de CANNABIS
 5 J'aurai arrêté de fumer du CANNABIS
 6 Je ne suis pas concerné, je ne fume pas de CANNABIS

15. Dans quelle mesure te sens-tu capable de faire les choses suivantes dans les 3 prochains mois ?

DANS LES 3 PROCHAINS MOIS, JE ME SENS

CAPABLE...

(Coche une seule case par ligne)

	Pas du tout CAPABLE	Plutôt pas CAPABLE	Ni capable ni pas CAPABLE	Plutôt CAPABLE	Tout à fait CAPABLE	Je ne consomme pas ce produit
... d'ARRÊTER de fumer des CIGARETTES	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... de DIMINUER ma consommation de CIGARETTES	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... d'ARRÊTER de consommer du CANNABIS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... de DIMINUER ma consommation de CANNABIS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

16. As-tu participé au forum (stands « tabac et cannabis » et « souffle) organisé par le CDMR64...

(Coche une seule case par ligne)

		Oui	Non
... cette année (depuis la rentrée de septembre 2016)	Stand « Souffle »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Stand « tabac et cannabis »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
... les années scolaires précédentes	Stand « Souffle »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Stand « tabac et cannabis »	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

17. Ta classe a-t-elle reçu une information ou une intervention concernant le tabac, l'alcool, le cannabis ou une autre drogue (autres que celles organisées par le CDMR64) ? (Coche une seule case par ligne)

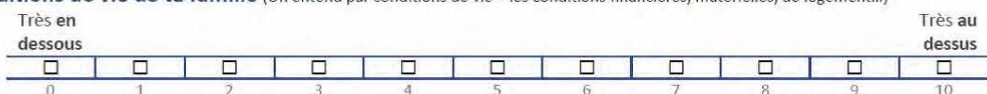
	Oui	Non
... depuis la rentrée de septembre 2016	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
... l'année dernière (année scolaire 2015-2016)	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

18. As-tu participé à un atelier de discussion autour de la consommation de tabac ou de cannabis (organisé par le CDMR64) les années scolaires précédentes 2 Non 1 Oui Si oui, en quelle année ? | | | | |



[Ces questions concernent ta famille et tes proches]

19. Par rapport à celles des autres familles en France, sur cette échelle de 0 à 10, comment perçois-tu les conditions de vie de ta famille (On entend par conditions de vie = les conditions financières, matérielles, de logement...)



20. Pour répondre aux questions suivantes, pense AUX JEUNES DE TON ÂGE.

(Coche une seule case par ligne)

	Aucun	Moins de la moitié	Environ la moitié	Plus de la moitié	Tous
Combien d'entre eux fument des cigarettes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Combien d'entre eux consomment du cannabis ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

21. Est-ce qu'au moins un de tes

parents fume... (Coche une seule case par ligne)

	Oui	Non	Je ne sais pas	Je n'ai pas ou ne vois pas ces personnes
...des cigarettes ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
...du tabac avec une chicha (ou narguilé) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
...du cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

22. Réponds aux questions suivantes si tu fumes actuellement des cigarettes (même occasionnellement).

(Coche une seule case par ligne)

	Oui	Non
As-tu déjà essayé d'arrêter de fumer mais sans y arriver?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Fumes-tu actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
T'es-tu déjà senti(e) « accro » au tabac ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
As-tu déjà ressenti un fort besoin de fumer?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
As-tu déjà senti que tu avais vraiment besoin d'une cigarette ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Est-il difficile de ne pas fumer dans les endroits où tu ne peux pas fumer (exemples: à l'école, au lycée...)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Quand tu as essayé d'arrêter ou quand tu n'as pas pu fumer pendant un certain temps...		
Était-ce difficile de te concentrer ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
As-tu été plus irritable ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
As-tu senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
T'es-tu senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que tu ne pouvais pas fumer?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

23. Réponds aux questions suivantes si tu as fumé au moins une fois du cannabis au cours des 12 DERNIERS MOIS.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

(Coche une seule case par ligne)

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
As-tu fumé du cannabis avant midi ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
As-tu fumé du cannabis lorsque tu étais seul(e) ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
As-tu eu des problèmes de mémoire quand tu fumais du cannabis ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Des amis ou des membres de ta famille t'ont-ils dit que tu devrais réduire ta consommation de cannabis ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
As-tu essayé de réduire ou d'arrêter ta consommation de cannabis sans y arriver ?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
As-tu eu des problèmes à cause de ta consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

24. Dans les 3 PROCHAINS MOIS, J'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer...

(Indique ton intention en cochant une seule case par ligne)

	PAS DU TOUT l'intention d'arrêter	PLUTÔT PAS l'intention d'arrêter	NI l'intention NI pas l'intention d'arrêter	PLUTÔT l'intention d'arrêter	TOUT À FAIT l'intention d'arrêter	Je ne consomme pas ce produit
	1	2	3	4	5	0
...des cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


25. Dans les 3 PROCHAINS MOIS, J'ai l'intention de DIMINUER ma consommation...

(Indique ton intention en cochant une seule case par ligne)

	PAS DU TOUT l'intention de diminuer	PLUTÔT PAS l'intention de diminuer	NI l'intention NI pas l'intention de diminuer	PLUTÔT l'intention de diminuer	TOUT À FAIT l'intention de diminuer	Je ne consomme pas ce produit
	1	2	3	4	5	0
...de cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Merci pour ta coopération

Annexe 14 / Fiche « forum »



FICHE FORUM

PARTIE à remplir par l'intervenant



CODE de l'intervenant | _____ |
 INCIDENTS lors de l'entretien | _____ |
 ATELIER : OUI NON

Durant l'entretien, avez-vous utilisé les outils suivants ? (plusieurs réponses possibles) Échelle de motivation Échelle de confiance Balance décisionnelle Échelle de dépendance CAST Autre(s) : _____ |

Répondez aux questions suivantes en pensant à l'entretien que vous venez de terminer. Indiquez simplement ce que vous avez fait durant l'entretien.	Non pertinent	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
J'ai souligné les qualités ou l'effort fait par le participant pour changer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai valorisé l'autonomie du participant, le fait que c'est lui seul qui décide du changement à faire ou non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai valorisé les réussites du participant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non pertinent	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
J'ai clairement indiqué au participant ce qu'il doit faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai partagé une information ou un conseil avec le participant sans lui demander la permission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FICHE FORUM

PARTIE à remplir par le participant



CO | _____ |
 CLASSE | _____ |

CODE « élève » :

1

2

3

4

5

6

7

8



Évaluation du programme Avenir sans Tabac



PROG : Les éléments indiqués en rouge sont liés à la programmation informatique et sont non visibles pour le répondant. Une réponse à chaque question est obligatoire sauf mention contraire. Par défaut, une seule réponse par question est attendue sauf mention contraire. Les numéros des questions ne seront pas visibles pour le répondant. Pas de retour arrière possible. Les périodes de référence seront en couleur.

Titre de l'étude dans le bandeau : (tout en bleu et sans guillemet)
Evaluation du programme
Avenir sans tabac

Informations automatiquement enregistrées :

- Code établissement (en fonction du code d'accès saisi)
- Date et heure de l'arrivée sur la page d'accueil de l'évaluation
- Date et heure de validation du 1^{er} questionnaire
- Date et heure de validation du prénom/nom/classe du répondant (si formulaire complété)
- Période du stand au sein de l'établissement (en fonction du code d'accès saisi)
- Période des ateliers au sein de l'établissement (en fonction du code d'accès saisi)
- Date clôture de mise en ligne de l'établissement (en fonction du code d'accès saisi)
- Date chèque cadeau (en fonction du code d'accès saisi, 15 jours après la date de clôture)

Bienvenue sur le 2^{ème} questionnaire de l'enquête Évaluation du programme Avenir sans Tabac

Le **questionnaire** que tu vas remplir aujourd'hui en ligne constitue la **2^{ème} et dernière étape de cette enquête.**

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL** et **ANONYME**.

Pour commencer le questionnaire, indique le **CODE D'ACCÈS qui est précisé sur la lettre que l'on t'a remise dans le cadre de cette étude** (sur la même feuille que le lien internet du questionnaire).

CODE D'ACCÈS : / _____ /

Si code d'accès non valide (<>6 positions ou code non existant), afficher message : "Ce code d'accès n'est pas valide. Merci de saisir le code d'accès présent sur la lettre qui t'a été remise en tenant compte des chiffres, des lettres en faisant attention aux minuscules et majuscules."

Si code d'accès déjà utilisé et questionnaire déjà complété/coordonnées validées, afficher message : "Le questionnaire a déjà été entièrement complété et validé. Merci pour ta participation."

Je valide le code d'accès

Ecran suivant

Les questions peuvent se ressembler mais elles sont bien toutes différentes. **Sois bien attentif(ve) et lis entièrement la question et les réponses possibles** avant de choisir ta réponse.

Réponds le plus sincèrement possible. Nous sommes seulement intéressés par ce que toi tu vis et penses. Il ne s'agit ni d'un test ni d'un contrôle, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses.

Une fois que tu auras répondu à une question, tu n'auras pas la possibilité de revenir à la question précédente.

Tu peux, à tout moment, interrompre le questionnaire en fermant la fenêtre et reprendre au même point en utilisant le même code. Ce code d'accès est personnel et unique. Merci de ne pas le communiquer à une autre personne.

Après avoir entièrement complété ton questionnaire, si tu indiques ton prénom, ton nom et ta classe, tu pourras recevoir personnellement **un chèque cadeau d'une valeur de 10 euros**. Il te sera remis en mains propres par l'infirmière scolaire (ou la personne référente de l'étude au sein de ton établissement). Avant de te le remettre, elle vérifiera que tu avais bien signé le formulaire de consentement il y a 3 mois.

Ces informations serviront uniquement à te remettre ton chèque cadeau. Elles ne seront en aucun cas reliées aux réponses de ton questionnaire.

Je commence le questionnaire

CODE « élève » ANONYME

Comme la dernière fois, les réponses à ces 8 questions permettront de générer ton code « élève » anonyme. Merci de bien vérifier tes réponses.

COD1- Quelle est la COULEUR de TES YEUX ?

1. BLEU
2. GRIS
3. MARRON
4. NOIR
5. VERT
6. AUTRE

Recod COD1- 1^{ère} lettre de la couleur des yeux

1. B
2. G
3. M
4. N
5. V
6. A

COD2- Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE de TON PRÉNOM ?

NE PAS compter les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES

[Liste déroulante (réponses de « A » à « Z » + « Je ne peux pas répondre »)]

COD3- Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE de TON NOM DE FAMILLE ?

NE PAS compter les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES

[Liste déroulante (réponses de « A » à « Z » + « Je ne peux pas répondre »)]

COD4- Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE du PRÉNOM de TON PÈRE ?

NE PAS compter les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES

[Liste déroulante (réponses de « A » à « Z » + « Je ne peux pas répondre »)]

COD5- Quel est le DERNIER CHIFFRE du JOUR DE TA NAISSANCE ?

[Liste déroulante (réponses de « 0 » à « 9 »)]

COD6- Quel est le NOMBRE DE LETTRES du PRÉNOM DE TA MÈRE ?

NE PAS compter les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES

[Liste déroulante (réponses de « 2 » à « 20 » + « Je ne peux pas répondre »)]

COD7- Quelle est la TROISIÈME (3ème) LETTRE du PRÉNOM de TA MÈRE ?

NE PAS compter les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES

[Liste déroulante (réponses de « A » à « Z » + « Je ne peux pas répondre »)]

COD8- Quelle est la DEUXIÈME (2ème) LETTRE du PRÉNOM de TA MÈRE ?

NE PAS compter les ESPACES, TIRETS OU APOSTROPHES

[Liste déroulante (réponses de « A » à « Z » + « Je ne peux pas répondre »)]

À propos de toi

Q001- Quelle est ton année de naissance ?

[Liste déroulante décroissante (réponses de « 1990 » à « 2003 »)]

Q002- Quel est ton mois de naissance ?

[Liste déroulante (réponses de « janvier (01) » à « décembre (12) »)]

Q003- Tu es...

- 1 Un garçon
- 2 Une fille

À propos du tabac

Q004- Au cours de ta vie, as-tu déjà fumé une cigarette entière (c'est-à-dire au moins une cigarette et pas uniquement 1 ou 2 bouffées) ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q004 : Si a déjà fumé au moins une cigarette entière dans sa vie (Q004 = 1)

Q005- Repense à la dernière fois où tu as fumé une cigarette, c'était il y a...

- 1 1 mois ou moins
- 2 plus d'1 mois jusqu'à 1 an
- 3 plus d'1 an jusqu'à 2 ans
- 4 plus de 2 ans

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'un mois jusqu'à un an » (Q005 = 1 ou 2)

Q006- Combien de fois as-tu fumé des cigarettes au cours des 12 derniers mois ?

- 1 1 fois
- 2 2 à 5 fois
- 3 6 à 9 fois
- 4 10 à 19 fois
- 5 20 à 29 fois
- 6 30 fois ou +

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » (Q005 = 1)

Q007- Combien de fois as-tu fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours ?

- 1 1 fois
- 2 2 à 5 fois
- 3 6 à 9 fois
- 4 10 à 19 fois
- 5 20 à 29 fois
- 6 30 fois ou +

FILTRE sur Q005 et Q007 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » (Q005 = 1) et pas uniquement 1 fois au cours des 30 derniers jours (Q007 < 1)

Q008- Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence as-tu fumé des cigarettes ?

- 1 Moins d'1 cigarette par semaine
- 2 Moins d'1 cigarette par jour
- 3 Entre 1 et 5 cigarettes par jour
- 4 Entre 6 et 10 cigarettes par jour
- 5 Entre 11 et 20 cigarettes par jour
- 6 Plus de 20 cigarettes par jour

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q005 = 1 ou 2)

Ta consommation de tabac sur les 3 derniers mois (depuis le 1er questionnaire de l'enquête)

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q005 = 1 ou 2)

Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » (Q005 = 1), coder directement Q009=1 sans poser la question

Q009- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête (il y a 3 mois environ), as-tu fumé au moins 1 cigarette entière ?

- 1 Oui
- 2 Non

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q005 = 1 ou 2)

Q010- Depuis le 1er questionnaire de l'enquête il y a 3 mois environ, as-tu arrêté la cigarette PENDANT UN JOUR OU PLUS parce que tu l'avais décidé ?

- 1 Non
- 2 Oui, 1 fois
- 3 Oui, 2 fois ou +

FILTRE sur Q010 : Si a arrêté la cigarette 1 fois ou plusieurs fois (Q010 = 2 ou 3)

Q012- Combien de temps a duré cet arrêt de la cigarette ?

Si tu as fait plusieurs tentatives d'arrêt, réponds par rapport à la tentative la plus longue que tu as faite

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q010 : Si a arrêté la cigarette 1 fois ou plusieurs fois (Q010 = 2 ou 3)

Q014- Actuellement, fumes-tu de nouveau des cigarettes ?

- 1 Oui, je refume
- 2 Non, je n'ai pas refumé

FILTRE sur Q014 : Si est toujours abstiné de la cigarette (Q014 = 2)

Filtre sur la Q005 : si a fumé une cigarette il y a un mois ou moins (Q005=1) alors NE PAS PROPOSER les modalités 5, 6 et 7

Q015- Depuis combien de temps ne fumes-tu plus de cigarettes ?

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q009 : Si a fumé au moins 1 cigarette pendant cette période (Q009 = 1)

Q016A- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête (il y a 3 mois environ), as-tu eu ENVIE DE DIMINUER ta consommation de cigarettes ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q016A : Si a eu envie de diminuer sa consommation de cigarettes (Q016A = 1)

Q016B- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête, as-tu ESSAYE de diminuer ta consommation de cigarettes ?

- 1 NON
- 2 OUI, 1 fois
- 3 OUI, 2 fois ou +

FILTRE sur Q016B : Si a diminué la cigarette 1 fois ou plusieurs fois (Q016B = 2 ou 3)

Q018- Combien de temps as-tu réussi à fumer moins de cigarettes ?

Si tu as essayé plusieurs fois de diminuer ta consommation de cigarettes, réponds par rapport à la tentative la plus longue que tu as faite

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q016B : Si a diminué la cigarette 1 fois ou plusieurs fois (Q016B = 2 ou 3)

Q019- Durant cette période où tu as fumé moins de cigarettes, tu as fumé...

Si tu as essayé plusieurs fois de diminuer ta consommation de cigarettes, réponds par rapport à la tentative la plus longue que tu as faite

- 1 moins de la moitié de ce que tu fumais avant
- 2 à peu près la moitié de ce que tu fumais avant
- 3 plus de la moitié de ce que tu fumais avant

FILTRE sur Q016B : Si a diminué la cigarette 1 fois ou plusieurs fois (Q016B = 2 ou 3)

Q022- Actuellement, fumes-tu autant de cigarettes qu'avant (comme il y a 3 mois environ) ?

- 1 OUI, je refume autant qu'avant
- 2 NON, je continue à fumer moins qu'avant

FILTRE sur Q022 : Si toujours en période de réduction de la cigarette (Q022 = 2)

Q023- Depuis combien de temps as-tu diminué ta consommation de cigarettes ?

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

À propos du cannabis

Q024- Au cours de ta vie, as-tu déjà fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit), même une bouffée ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q024 : Si a déjà fumé du cannabis dans sa vie (Q024 = 1)

Q025- Repense à la dernière fois où tu as fumé du cannabis, c'était il y a...

- 1 1 mois ou moins
- 2 plus d'1 mois jusqu'à 1 an
- 3 plus d'1 an jusqu'à 2 ans
- 4 plus de 2 ans

FILTRE sur Q025 : Si a fumé du cannabis la dernière fois il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q025 = 1 ou 2)

Q026- Combien de fois as-tu fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?

- 1 1 fois
- 2 2 à 5 fois
- 3 6 à 9 fois
- 4 10 à 19 fois
- 5 20 à 29 fois
- 6 30 fois ou +

FILTRE sur Q025 : Si a fumé du cannabis la dernière fois il y a « 1 mois ou moins » (Q025 = 1)

Q027- Combien de fois as-tu fumé du cannabis au cours des 30 derniers jours ?

- 1 1 fois
- 2 2 à 5 fois
- 3 6 à 9 fois
- 4 10 à 19 fois
- 5 20 à 29 fois
- 6 30 fois ou +

FILTRE sur Q025 et sur Q027 : Si a fumé du cannabis la dernière fois il y a « 1 mois ou moins » (Q025 = 1) et pas uniquement 1 fois au cours des 30 derniers jours (Q027<>1)

Q028- Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence as-tu fumé du cannabis ?

- 1 Moins d'1 fois par semaine
- 2 Moins d'1 fois par jour mais plusieurs fois par semaine
- 3 1 fois par jour
- 4 Plus d'1 fois par jour

FILTRE sur Q025 : Si a fumé dernière fois il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q025 = 1 ou 2)

Ta consommation de cannabis sur les 3 derniers mois (depuis le 1er questionnaire de l'enquête)

FILTRE sur Q025 : Si a fumé dernière fois il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q025 = 1 ou 2)

Si a fumé dernière fois il y a « 1 mois ou moins » (Q025 = 1), coder directement Q029=1 sans poser la question

Q029- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête (il y a 3 mois environ), as-tu fumé au moins 1 fois du cannabis ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q025 : Si a fumé dernière fois il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q025 = 1 ou 2)

Q030- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête il y a 3 mois environ, as-tu arrêté de fumer du cannabis PENDANT UN JOUR OU PLUS parce que tu l'avais décidé ?

- 1 NON
- 2 OUI, 1 fois
- 3 OUI, 2 fois ou +

FILTRE sur Q030 : Si a arrêté le cannabis 1 fois ou plusieurs fois (Q030 = 2 ou 3)

Q032- Combien de temps a duré cet arrêt du cannabis ?

Si tu as fait plusieurs tentatives d'arrêt, réponds par rapport à la tentative la plus longue que tu as faite

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q030 : Si a arrêté le cannabis 1 fois ou plusieurs fois (Q030 = 2 ou 3)

Q034- Actuellement, fumes-tu de nouveau du cannabis ?

- 1 OUI, je refume
- 2 NON, je n'ai pas refumé

FILTRE sur Q034 : Si est toujours abstinent du cannabis (Q034 = 2)

Filtre sur la Q025 : si a fumé une cigarette il y a un mois ou moins (Q025=1) alors NE PAS PROPOSER les modalités 5, 6 et 7

Q035- Depuis combien de temps ne fumes-tu plus de cannabis ?

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q029 : Si a fumé du cannabis pendant cette période (Q029 = 1)

Q036A- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête (il y a 3 mois environ), as-tu eu ENVIE DE DIMINUER ta consommation de cannabis ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q036A : Si a eu envie de diminuer sa consommation de cannabis (Q036A = 1)

Q036B- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête, as-tu ESSAYE de diminuer ta consommation de cannabis ?

- 1 NON
- 2 OUI, 1 fois
- 3 OUI, 2 fois ou +

FILTRE sur Q036B : Si a diminué le cannabis 1 fois ou plusieurs fois (Q036B = 2 ou 3)

Q038- Combien de temps as-tu réussi à fumer moins de cannabis ?

Si tu as essayé plusieurs fois de diminuer ta consommation de cannabis, réponds par rapport à la tentative la plus longue que tu as faite

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q036B : Si a diminué le cannabis 1 fois ou plusieurs fois (Q036B = 2 ou 3)

Q039- Durant cette période où tu as fumé moins de cannabis, tu as fumé...

Si tu as essayé plusieurs fois de diminuer ta consommation de cannabis, réponds par rapport à la tentative la plus longue que tu as faite

- 1 moins de la moitié de ce que tu fumais avant
- 2 à peu près la moitié de ce que tu fumais avant
- 3 plus de la moitié de ce que tu fumais avant

FILTRE sur Q036B : Si a diminué sa consommation de cannabis (Q036B = 2 ou 3)

Q042- Actuellement, fumes-tu autant de cannabis qu'avant (comme il y a 3 mois environ) ?

- 1 OUI, je refume autant qu'avant
- 2 NON, je continue à fumer moins qu'avant

FILTRE sur Q042 : Si toujours en période de réduction du cannabis (Q042 = 2)

Q043- Depuis combien de temps as-tu diminué ta consommation de cannabis ?

- 1 1 jour
- 2 Entre 2 et 7 jours
- 3 Entre 8 et 14 jours
- 4 Plus de 14 jours jusqu'à 1 mois
- 5 Plus d'1 mois jusqu'à 2 mois
- 6 Plus de 2 mois jusqu'à 3 mois
- 7 Plus de 3 mois

FILTRE sur Q005 et Q025:

Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » (Q005=1)

OU si a fumé du cannabis il y a « 1 mois ou moins » (Q025=1)

Et pour l'avenir ?

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » (Q005=1)

Q044- Actuellement, t'arrive-t-il de fumer une cigarette, même occasionnellement ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q044 : si fume actuellement la cigarette (Q044=1)

Q045- Dans les 12 prochains mois, j'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer des cigarettes

- 1 Tout à fait l'intention d'arrêter
- 2 Plutôt l'intention d'arrêter
- 3 Ni l'intention d'arrêter, ni pas l'intention d'arrêter
- 4 Plutôt pas l'intention d'arrêter
- 5 Pas du tout l'intention d'arrêter

FILTRE sur Q044 : si fume actuellement la cigarette (Q044=1)

Q046- Concernant ma consommation de cigarettes, je pense que dans 1 an...

- 1 j'aurai ARRÊTÉ de fumer
- 2 j'aurai BEAUCOUP DIMINUÉ ma consommation
- 3 j'aurai UN PEU DIMINUÉ ma consommation
- 4 je fumerai TOUJOURS AUTANT
- 5 je fumerai ENCORE +

FILTRE sur Q044 : si fume actuellement la cigarette (Q044=1)

Q047- Dans les 3 prochains mois, je me sens capable d'ARRÊTER de fumer des cigarettes

- 1 Tout à fait capable
- 2 Plutôt capable
- 3 Ni capable, ni pas capable
- 4 Plutôt pas capable
- 5 Pas du tout capable

FILTRE sur Q044 : si fume actuellement la cigarette (Q044=1)

Q048- Dans les 3 prochains mois, je me sens capable de DIMINUER ma consommation de cigarettes

- 1 Tout à fait capable
- 2 Plutôt capable
- 3 Ni capable, ni pas capable
- 4 Plutôt pas capable
- 5 Pas du tout capable

FILTRE sur Q025 : si a fumé du cannabis il y a « 1 mois ou moins » (Q025=1)

Q049- Actuellement, t'arrive-t-il de fumer du cannabis, même occasionnellement ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q049 : si fume actuellement du cannabis (Q049=1)

Q050- Dans les 12 prochains mois, j'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer du cannabis

- 1 Tout à fait l'intention d'arrêter
- 2 Plutôt l'intention d'arrêter
- 3 Ni l'intention d'arrêter, ni pas l'intention d'arrêter
- 4 Plutôt pas l'intention d'arrêter
- 5 Pas du tout l'intention d'arrêter

FILTRE sur Q049 : si fume actuellement du cannabis (Q049=1)

Q051- Concernant ma consommation de cannabis, je pense que dans 1 an...

- 1 j'aurai ARRÊTÉ de fumer
- 2 j'aurai BEAUCOUP DIMINUÉ ma consommation
- 3 j'aurai UN PEU DIMINUÉ ma consommation
- 4 je fumerai TOUJOURS AUTANT
- 5 je fumerai ENCORE +

FILTRE sur Q049 : si fume actuellement du cannabis (Q049=1)

Q052- Dans les 3 prochains mois, je me sens capable d'ARRÊTER de consommer du cannabis

- 1 Tout à fait capable
- 2 Plutôt capable
- 3 Ni capable, ni pas capable
- 4 Plutôt pas capable
- 5 Pas du tout capable

FILTRE sur Q049 : si fume actuellement du cannabis (Q049=1)

Q053- Dans les 3 prochains mois, je me sens capable de DIMINUER ma consommation de cannabis

- 1 Tout à fait capable
- 2 Plutôt capable
- 3 Ni capable, ni pas capable
- 4 Plutôt pas capable
- 5 Pas du tout capable

À propos de la chicha

Q054- Au cours des 30 derniers jours, tu as fumé la chicha (pipe à eau, narguilé...)...

- 1 0 fois
- 2 1 fois
- 3 2 à 5 fois
- 4 6 à 9 fois
- 5 10 à 19 fois
- 6 20 à 29 fois
- 7 30 fois ou +

Qu'en penses-tu ?

Q055- Quel risque penses-tu que les gens courent pour leur santé s'ils fument des cigarettes occasionnellement ?

- 1 Aucun risque
- 2 Un risque léger
- 3 Un risque modéré
- 4 Un risque important

Q056- Quel risque penses-tu que les gens courent pour leur santé s'ils fument UN OU PLUSIEURS PAQUETS DE CIGARETTES PAR JOUR ?

- 1 Aucun risque
- 2 Un risque léger
- 3 Un risque modéré
- 4 Un risque important

Q057- Quel risque penses-tu que les gens courent pour leur santé s'ils essayent une ou deux fois du cannabis (shit, joint, haschich, marijuana) ?

- 1 Aucun risque
- 2 Un risque léger
- 3 Un risque modéré
- 4 Un risque important

Q058- Quel risque penses-tu que les gens courent pour leur santé s'ils fument OCCASIONNELLEMENT du cannabis (shit, joint, haschich, marijuana) ?

- 1 Aucun risque
- 2 Un risque léger
- 3 Un risque modéré
- 4 Un risque important

Q059- Quel risque penses-tu que les gens courent pour leur santé s'ils fument régulièrement du cannabis (shit, joint, haschich, marijuana) ?

- 1 Aucun risque
- 2 Un risque léger
- 3 Un risque modéré
- 4 Un risque important

Q060 à Q065 : rotation aléatoire de questions

Q060- Après une cigarette, on arrive mieux à se concentrer.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q061- La fumée des cigarettes laisse des odeurs désagréables.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q062- Dans les moments de stress, une cigarette aide à se calmer.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q063- Fumer un joint peut être une activité amusante.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q064- Les écoles devraient enseigner les véritables dangers du cannabis.

- 1 Tout à fait d'accord

- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q065- Fumer du cannabis permet de ressentir les choses plus intensément.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Que fais-tu d'habitude ?

Q066 à Q069 : rotation aléatoire

Q066- Quand je ne suis pas d'accord avec un(e) ami(e), je le lui dis.

- 1 Le plus souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Presque jamais
- 5 Jamais

Q067- Quand je décide de faire quelque chose, je vais jusqu'au bout.

- 1 Le plus souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Presque jamais
- 5 Jamais

Q068- Quand j'ai des problèmes, je demande de l'aide à mes amis.

- 1 Le plus souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Presque jamais
- 5 Jamais

Q069- Quand je prends des décisions, je réfléchis au pour et au contre.

- 1 Le plus souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Presque jamais
- 5 Jamais

FILTRE sur Q005 : Si a fumé sa dernière cigarette il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'un mois jusqu'à un an » (Q005 = 1 ou 2)

Q070- Lorsqu'un(e) ami(e) te propose une cigarette en soirée, c'est généralement pour toi...

- 1 Très facile de refuser

- 2 Facile de refuser
- 3 Ni facile, ni difficile de refuser
- 4 Difficile de refuser
- 5 Très difficile de refuser

FILTRE sur Q025 : Si a fumé du cannabis la dernière fois il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q025 = 1 ou 2)

Q071- Lorsqu'un(e) ami(e) te propose de fumer un joint en soirée, c'est généralement pour toi...

- 1 Très facile de refuser
- 2 Facile de refuser
- 3 Ni facile, ni difficile de refuser
- 4 Difficile de refuser
- 5 Très difficile de refuser

Q072- Parmi les jeunes de ton âge, combien fument des cigarettes ?

- 1 Aucun
- 2 Moins de la moitié
- 3 Environ la moitié
- 4 Plus de la moitié
- 5 Tous

Q073- Parmi les jeunes de ton âge, combien fument du cannabis ?

- 1 Aucun
- 2 Moins de la moitié
- 3 Environ la moitié
- 4 Plus de la moitié
- 5 Tous

FILTRE sur Q025 : Si a fumé du cannabis la dernière fois il y a « 1 mois ou moins » ou « plus d'1 mois jusqu'à 1 an » (Q025 = 1 ou 2)

Q074- Fais-tu partie d'un groupe d'ami(e)s avec lequel(le)s vous fumez du cannabis ensemble ?

- 1 OUI
- 2 NON

À propos des évènements en lien avec la santé

Q075- [Période du stand au sein de l'établissement], as-tu participé dans ton lycée au stand « souffle » durant lequel on mesure son souffle (stand tenu par le Comité contre les maladies respiratoires, CDMR64) ?

- 1 OUI
- 2 NON

Q076- [Période du stand au sein de l'établissement], as-tu participé dans ton lycée au stand « Tabac et cannabis » durant lequel on voit un tabacologue et on mesure son taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré (taux de CO) ?

- 1 OUI
- 2 NON

Q077- [Période des ateliers au sein de l'établissement], as-tu participé dans ton lycée à un atelier collectif de discussion (organisé par le CDMR64) autour de la consommation de tabac ou de cannabis ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q077 : Si a participé à l'atelier (Q077= 1)

Q078- Dans le cadre de cet atelier collectif de discussion (organisé par le CDMR64) autour de la consommation de tabac ou de cannabis, as-tu participé à...

- 1 1 séance
- 2 2 séances

Q079- Depuis le 1^{er} questionnaire de l'enquête (il y a environ 3 mois), au lycée ou ailleurs, as-tu reçu des informations ou une intervention concernant le tabac, le cannabis ou une autre drogue (autres que celles organisées par le CDMR64) ?

- 1 OUI
- 2 NON

Q080- As-tu participé à l'opération « Moi(s) sans tabac » durant le mois de novembre 2016 ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q080 : Si a participé à « Moi(s) sans tabac (Q080 = 1)

Q081- Dans le cadre de ta participation à « Moi(s) sans tabac », as-tu fait une ou plusieurs tentatives d'arrêt de la cigarette ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q080 : Si a participé à « Moi(s) sans tabac (Q080 = 1)

Q082- Dans le cadre de ta participation à « Moi(s) sans tabac », as-tu diminué ta consommation de cigarettes ?

- 1 OUI
- 2 NON

Ta famille et tes proches

Q083- Tes parents vivent-ils ensemble ?

- 1 OUI
- 2 NON

FILTRE sur Q083 : Si parents ne vivent pas ensemble (Q083 = 2)

Q084- Si tes parents ne vivent pas ensemble, c'est parce que...

Plusieurs réponses possibles

- 1 Ils sont divorcés ou séparés
- 2 Ton père est décédé
- 3 Ta mère est décédée
- 4 Autre raison

Q085- Quelles sont toutes les personnes ADULTES qui vivent avec toi ?

Réponds par rapport au lieu où tu vis la plupart du temps

Plusieurs réponses possibles

- 1 Mère
- 2 Père
- 3 Belle-mère (partenaire, copine ou amie du père)
- 4 Beau-père (partenaire, copain ou ami de la mère)
- 5 Grand-mère
- 6 Grand-père
- 7 Petit(e) ami(e), conjoint(e)
- 8 Autre personne
- 9 Je vis dans une famille de placement, un foyer ou dans un autre endroit

Q086- Sans te compter, combien de frères et sœurs vivent avec toi (compte aussi tes demi-frères ou sœurs, les autres enfants de tes parents et les enfants adoptifs).

Réponds par rapport au lieu où tu vis la plupart du temps

Ne te compte pas toi. Choisis 0 si tu n'en as pas.

- 1 0
- 2 1
- 3 2
- 4 3
- 5 4
- 6 5
- 7 6 ou +

Q087- Quel est le niveau d'études le plus élevé de ton père ?

Si ce n'est pas ton père qui t'a élevé, réponds par rapport à la personne de sexe masculin qui a le plus participé à ton éducation (beau-père, père adoptif, grand-père...)

- 1 École primaire
- 2 Collège
- 3 Lycée
- 4 Bac
- 5 Diplôme universitaire
- 6 Je ne sais pas
- 7 Non concerné(e) (décédé, inconnu, perdu de vue...)

Q088- Quel est le niveau d'études le plus élevé de ta mère ?

Si ce n'est pas ta mère qui t'a élevé, réponds par rapport à la personne de sexe féminin qui a le plus participé à ton éducation (belle-mère, mère adoptive, grand-mère...)

- 1 École primaire
- 2 Collège
- 3 Lycée
- 4 Bac
- 5 Diplôme universitaire
- 6 Je ne sais pas
- 7 Non concerné(e) (décédée, inconnue, perdue de vue...)

Filtre sur Q087 : si Non concerné en Q087 (=7), coder directement Q089=6 sans poser la question

Q089- Quelle est la situation actuelle de ton père ?

Si ce n'est pas ton père qui t'a élevé, réponds par rapport à la personne de sexe masculin qui a le plus participé à ton éducation (beau-père, père adoptif, grand-père...)

- 1 Travaille
- 2 Au chômage, à la recherche un emploi
- 3 Au foyer ou sans activité professionnelle
- 4 En invalidité ou en longue maladie
- 5 Retraité
- 6 Non concerné(e) (décédé, inconnu, perdu de vue...)

Filtre sur Q088 : si Non concerné en Q088 (=7), coder directement Q090=6 sans poser la question

Q090- Quelle est la situation actuelle de ta mère ?

Si ce n'est pas ta mère qui t'a élevé, réponds par rapport à la personne de sexe féminin qui a le plus participé à ton éducation (belle-mère, mère adoptive, grand-mère...)

- 1 Travaille
- 2 Au chômage, à la recherche un emploi
- 3 Au foyer ou sans activité professionnelle
- 4 En invalidité ou en longue maladie
- 5 Retraitee
- 6 Non concerné(e) (décédée, inconnue, perdue de vue...)

Q091- Dans quelle mesure tes parents te permettent de fumer une cigarette si tu veux le faire ?

- 1 Ils me le permettent
- 2 Ils ne me le permettent pas à la maison
- 3 Ils ne me le permettent pas

Q092- Dans quelle mesure tes parents te permettent de fumer du cannabis si tu veux le faire ?

- 1 Ils me le permettent
- 2 Ils ne me le permettent pas à la maison
- 3 Ils ne me le permettent pas

Q093- Tes parents savent-ils avec qui tu sors le soir ?

- 1 Presque toujours
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

Q094- Tes parents savent-ils où tu es le soir quand tu sors ?

- 1 Presque toujours
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

Filtre sur Q088 : si Non concerné en Q088 (=7), coder directement Q095=6 sans poser la question

Q095- Généralement, à quel point es-tu satisfait(e) de ta relation avec ta mère ?

- 1 Tout à fait satisfait(e)
- 2 Plutôt satisfait(e)
- 3 Ni satisfait(e), Ni pas satisfait(e)
- 4 Plutôt pas satisfait(e)
- 5 Pas du tout satisfait(e)
- 6 Non concerné(e) (décédée, inconnue, perdue de vue...)

Filtre sur Q087 : si Non concerné en Q087 (=7), coder directement Q096=6 sans poser la question

Q096- Généralement, à quel point es-tu satisfait(e) de ta relation avec ton père ?

- 1 Tout à fait satisfait(e)
- 2 Plutôt satisfait(e)
- 3 Ni satisfait(e), ni pas satisfait(e)
- 4 Plutôt pas satisfait(e)
- 5 Pas du tout satisfait(e)
- 6 Non concerné(e) (décédé, inconnu, perdu de vue...)

À propos de ton lycée

Q097 à Q99 : Rotation aléatoire des questions

Q097- Les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q098- Les autres élèves m'acceptent comme je suis.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q099- J'ai l'impression que mes professeurs se préoccupent de moi.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Ni d'accord ni pas d'accord
- 4 Plutôt pas d'accord
- 5 Pas du tout d'accord

Q100- Comment sont tes notes cette année ?

- 1 Plutôt basses
- 2 Plutôt moyennes
- 3 Plutôt bonnes
- 4 Plutôt élevées

FILTRE sur Q044 et Q049 : si fume actuellement la cigarette ou le cannabis (Q044=1 ou Q049=1)

Pour finir

FILTRE sur Q44 : si fume actuellement la cigarette (Q044=1)

Q101- Dans les 3 prochains mois, j'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer des cigarettes

- 1 Tout à fait l'intention d'arrêter
- 2 Plutôt l'intention d'arrêter
- 3 Ni l'intention d'arrêter, ni pas l'intention d'arrêter
- 4 Plutôt pas l'intention d'arrêter
- 5 Pas du tout l'intention d'arrêter

FILTRE sur Q049 : si fume actuellement du cannabis (Q049=1)

Q102- Dans les 3 prochains mois, j'ai l'intention d'ARRÊTER de fumer du cannabis

- 1 Tout à fait l'intention d'arrêter
- 2 Plutôt l'intention d'arrêter
- 3 Ni l'intention d'arrêter, ni pas l'intention d'arrêter
- 4 Plutôt pas l'intention d'arrêter
- 5 Pas du tout l'intention d'arrêter

FILTRE sur Q044 : si fume actuellement la cigarette (Q044=1)

Q103- Dans les 3 prochains mois, j'ai l'intention de DIMINUER ma consommation de cigarettes

- 1 Tout à fait l'intention de diminuer
- 2 Plutôt l'intention de diminuer
- 3 Ni l'intention de diminuer, ni pas l'intention de diminuer
- 4 Plutôt pas l'intention de diminuer
- 5 Pas du tout l'intention de diminuer

FILTRE sur Q049 : si fume actuellement du cannabis (Q049=1)

Q104- Dans les 3 prochains mois, j'ai l'intention de DIMINUER ma consommation de cannabis

- 1 Tout à fait l'intention de diminuer
- 2 Plutôt l'intention de diminuer
- 3 Ni l'intention de diminuer, ni pas l'intention de diminuer
- 4 Plutôt pas l'intention de diminuer
- 5 Pas du tout l'intention de diminuer

Je valide mes
réponses

Fin QUESTIONNAIRE

Comptage questionnaire complet à partir du bouton "Je valide mes réponses "

Merci pour ta coopération.

Dans le cadre de cette enquête, nous avons prévu de te remettre un chèque cadeau d'une valeur de 10 euros à utiliser dans de nombreux magasins.

Pour cela, il est indispensable que tu indiques ci-après ton prénom, ton nom et ta classe pour que l'infirmière scolaire (ou la personne référente de l'étude au sein de ton établissement) puisse te le remettre en mains propres. Avant de te le remettre, elle vérifiera que tu avais bien signé le formulaire de consentement il y a 3 mois.

Ces informations serviront uniquement à te remettre ton chèque cadeau. Elles ne seront en aucun cas reliées aux réponses de ton questionnaire.

Q200-Acceptation réception chèque cadeau

- 1 J'accepte de préciser mon prénom, mon nom et ma classe
- 2 Je refuse de préciser ces informations et je ne pourrai donc pas recevoir le chèque cadeau

**FILTRE sur Q200 : Si accepte de donner ses coordonnées (Q200=1)
(Même écran que Q200)**

Q201-Coordonnées

Merci de compléter les 3 informations ci-dessous puis d'appuyer sur le bouton « Je valide ces informations ».

Mon prénom : / _____/

Mon nom de famille : / _____/

Ma classe : / _____/

(exemple : 2nde C)

Ton chèque cadeau sera disponible **UNIQUEMENT A PARTIR DU [date chèque cadeau]** auprès de l'infirmière scolaire (ou la personne référente de l'étude au sein de ton établissement). Il te sera remis en mains propres. Avant de te le remettre, elle vérifiera que tu avais bien signé le formulaire de consentement il y a 3 mois.

Si champ "mon prénom" ou "mon nom de famille" ou "ma classe" vide, afficher message : "Merci de compléter l'ensemble de ces informations."

Je valide ces informations

Comptage coordonnées complétées à partir du bouton "Je valide ces informations "

FILTRE sur Q200 : Si Q200=1

Le questionnaire est maintenant terminé.

Ton chèque cadeau sera disponible UNIQUEMENT A PARTIR DU [date chèque cadeau] auprès de l'infirmière scolaire (ou la personne référente de l'étude au sein de ton établissement). Il te sera remis en mains propres. Avant de te le remettre, elle vérifiera que tu avais bien signé le formulaire de consentement il y a 3 mois.

Merci pour ta coopération.

FILTRE sur Q200 : Si Q200=2

Le questionnaire est maintenant terminé.

Merci pour ta coopération.

Message quand T1 est clôturé pour un établissement (période d'enquête terminée) :

Cette enquête est désormais terminée.

Annexe 16 / Procédure d'appariement des données

Lors de notre procédure d'appariement, nous avons suivi les étapes suivantes

1. Création d'un identifiant unique pour chaque ligne de notre base de données nettoyée.
2. Écriture d'une macro Excel permettant d'apparier les identifiants uniques en t0 et en t1 en calculant la similarité entre 2 codes d'appariement (à partir du calcul de la distance de Levenshtein entre 2 chaînes de caractères).
 - Pour chaque identifiant création d'un code d'appariement (propre à chaque répondant) par la concaténation de variables alphanumériques (voir Tableau suivant)

	Nb de caractères du code d'appariement en t0 ou t1 (concaténation de 4 variables)
Code élève anonyme auto généré	8 ou 9
Sexe	1
Mois de naissance	1 ou 2
Année de naissance	4

- Création de 2 feuilles Excel (une pour T0 et une pour T1) contenant chacune les variables suivantes :
 - identifiant unique
 - Code d'appariement
 - Groupe
 - Choix de la distance de Levenshtein comme mesure de la distance entre nos codes d'appariement. La distance de Levenshtein mesure le degré de similarité entre deux chaînes de caractères. Elle est égale au nombre minimal de caractères qu'il faut supprimer, insérer ou remplacer pour passer d'une chaîne à l'autre. C'est une distance au sens mathématique du terme : c'est un nombre positif ou nul, et deux chaînes sont identiques si et seulement si leur distance est nulle.
 - Choix d'un indice similarité entre 2 codes d'appariement de tailles potentiellement différentes :
$$\text{Indice de similarité (en\%)} = [1 - \text{Distance de Levenshtein} * 2 / (\text{nb de caractères du code en t0} + \text{nb de caractères du code en t1})] * 100$$
 - Détermination de 3 seuils de similarité entre les codes d'appariement :
 - 100% (distance de Levenshtein de 0 = correspondante exacte)
 - 88% (distance de Levenshtein de 2 ou moins)
 - 72.2% (distance de Levenshtein de 5 ou moins)
 - Écriture de la macro Excel composée de 2 parties (voir plus bas la macro sous Excel) :
 - la fonction permettant le calcul de la distance de Levenshtein entre 2 chaînes de caractères alphanumériques
 - l'algorithme utilisant cette fonction permettant :
 - de comparer la similarité entre chaque code d'appariement en t0 avec tous les codes d'appariement en t1,
 - de repérer le code d'appariement le plus similaire et qui dépasse le seuil de similarité fixé (3 seuils)
 - d'inscrire, dans la feuille de données en t0 et en regard de chaque identifiant en t0, l'identifiant dont le code d'appariement est le plus similaire en fonction du seuil de similarité fixé
3. Exécution de la macro d'appariement mettant en correspondance l'identifiant en t0 avec l'identifiant en t1 avec un degré de similarité entre codes d'appariement :

4. Dédoublonnage dans le cas où plusieurs identifiants en t0 sont appariés à un seul identifiant en t1, la règle étant de garder l'appariement pour lequel la similarité est la plus grande.

Macro Excel permettant d'apparier les mesures d'un même participant à 2 temps de l'étude

```
Function Levenshtein(ByVal string1 As String, ByVal string2 As String) As Long
    Dim i As Long, j As Long, bs1() As Byte, bs2() As Byte
    Dim string1_length As Long
    Dim string2_length As Long
    Dim distance() As Long
    Dim min1 As Long, min2 As Long, min3 As Long
    string1_length = Len(string1)
    string2_length = Len(string2)
    ReDim distance(string1_length, string2_length)
    bs1 = string1
    bs2 = string2
    For i = 0 To string1_length
        distance(i, 0) = i
    Next
    For j = 0 To string2_length
        distance(0, j) = j
    Next
    For i = 1 To string1_length
        For j = 1 To string2_length
            'slow way: If Mid$(string1, i, 1) = Mid$(string2, j, 1) Then
            If bs1((i - 1) * 2) = bs2((j - 1) * 2) Then ' *2 because Unicode every 2nd byte is 0
                distance(i, j) = distance(i - 1, j - 1)
            Else
                'distance(i, j) = Application.WorksheetFunction.Min _
                (distance(i - 1, j) + 1, _
                distance(i, j - 1) + 1, _
                distance(i - 1, j - 1) + 1)
                ' spell it out, 50 times faster than worksheetfunction.min
                min1 = distance(i - 1, j) + 1
                min2 = distance(i, j - 1) + 1
                min3 = distance(i - 1, j - 1) + 1
                If min1 <= min2 And min1 <= min3 Then
                    distance(i, j) = min1
                ElseIf min2 <= min1 And min2 <= min3 Then
                    distance(i, j) = min2
                Else
                    distance(i, j) = min3
                End If
            End If
        Next
    Next
    Levenshtein = distance(string1_length, string2_length)
End Function

Sub apparierement()
    Set ws1 = Worksheets("sheet1")
    Set ws2 = Worksheets("sheet2")
    Set ws3 = Worksheets("paramètres")
    dl1 = ws1.Range("a" & Rows.Count).End(xlUp).Row
```

```

dl2 = ws2.Range("a" & Rows.Count).End(xlUp).Row
For i = 2 To dl1
  mins1 = 9999: mins2 = 9999: mins3 = 9999: jmin1 = 0: jmin2 = 0: jmin3 = 0: score1 = 9999:
score2 = 9999: score3 = 9999
  For j = 2 To dl2
    c1 = Levenshtein(ws1.Cells(i, 1), ws2.Cells(j, 1)) * 2 / (Len(ws1.Cells(i, 1)) +
Len(ws2.Cells(j, 1)))
    If c1 <= ws3.Cells(2, 3) Then
      score3 = c1
      If c1 <= ws3.Cells(2, 2) Then
        score2 = c1
        If c1 <= ws3.Cells(2, 1) Then
          score1 = c1
        End If
      End If
    End If
    If score3 < mins3 Then jmin3 = j: mins3 = score3
    If score2 < mins2 Then jmin2 = j: mins2 = score2
    If score1 < mins1 Then jmin1 = j: mins1 = score1
    If score1 = 0 Then Exit For
  Next j
  If jmin1 <> 0 Then
    ws1.Cells(i, 9) = ws2.Cells(jmin1, 8)
    ws1.Cells(i, 10) = Format(1 - mins1, "0.00%")
    ws1.Cells(i, 11) = ws2.Cells(jmin1, 1)
    ws1.Cells(i, 12) = Levenshtein(ws1.Cells(i, 1), ws2.Cells(jmin1, 1))
  End If
  If jmin2 <> 0 Then
    ws1.Cells(i, 13) = ws2.Cells(jmin2, 8)
    ws1.Cells(i, 14) = Format(1 - mins2, "0.00%")
    ws1.Cells(i, 15) = ws2.Cells(jmin2, 1)
    ws1.Cells(i, 16) = Levenshtein(ws1.Cells(i, 1), ws2.Cells(jmin2, 1))
  End If
  If jmin3 <> 0 Then
    ws1.Cells(i, 17) = ws2.Cells(jmin3, 8)
    ws1.Cells(i, 18) = Format(1 - mins3, "0.00%")
    ws1.Cells(i, 19) = ws2.Cells(jmin3, 1)
    ws1.Cells(i, 20) = Levenshtein(ws1.Cells(i, 1), ws2.Cells(jmin3, 1))
  End If
Next i
Set ws1 = Nothing
Set ws2 = Nothing
Set ws3 = Nothing
End Sub

```

Annexe 17 / Détail des variables sociodémographiques et autres variables

Mesure en baseline	Question	Modalités de réponses	Création de variable	Type
Age	Quelle est ton année de naissance ?	_ _ _ _	AGE : Âge du participants au moment du prétest (t0) + ou - 15 jours	Continue
	Quel est ton mois de naissance ?	_ _ De 1= « janvier » à 12= « décembre »		
Sexe	Tu es :	<input type="checkbox"/> Un garçon <input type="checkbox"/> Une fille	SEXE : 0=filles/1=garçon	Binaire
Niveau de formation	En quelle classe es-tu ?	<input type="checkbox"/> Dans quelle classe es-tu ? <input type="checkbox"/> CAP, CAPA 1e année à _ _ ans <input type="checkbox"/> CAP, CAPA 2nde année <input type="checkbox"/> Seconde <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Terminale <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur (Université, IUT, BTS, Prépa...) Autre, précise _ _ _ _ _	NIVFORM : codage selon la nomenclature Insee 6=Niveau VI : sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale. 5=Niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première). 4=Niveau IV : sorties des classes de terminale de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandons des études supérieures sans diplôme.	Catégorielle
Age de la première consommation de cigarette/cannabis	Quel âge avais-tu lorsque tu as fumé une cigarette entière pour la première fois (si tu l'as déjà fait) ?	_ _ ans	AGECIG	Continue
	Au cours de ta vie, as-tu déjà fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit), même une bouffée ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel âge avais-tu la première fois ?	_ _ ans		
Nombre de tentatives sérieuses d'arrêt dans les 12 derniers mois	Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de fois as-tu arrêté... (Coche une seule case par ligne) ...la CIGARETTE PENDANT UN JOUR ou PLUS parce que tu essayais d'arrêter ? ...le CANNABIS PENDANT UN JOUR ou PLUS parce que tu essayais d'arrêter ?	0 fois 1 fois 2 fois ou + Je ne consomme pas ce produit	CIGTA et CANTA : de 0= « aucune tentative » à 2= « 2 tentatives au + »	Catégorielle Traitée en continue
Consommation parentale de cigarettes/cannabis/chicha	Est-ce qu'au moins un de tes parents fume... (Coche une seule case par ligne) ...des cigarettes ? ...du tabac avec une chicha (ou narguilé) ? ...du cannabis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je n'ai pas ou ne vois pas ces personnes	CIGPAR, CANPAR et CHIPAR : 1= « au moins 1 des parents consomme »/ 0= « Aucun parent ne consomme »	Binaire
Usage problématique du cannabis (échelle Cast, Cannabis Abuse Screening Test, OFDT)	Réponds aux questions suivantes si tu as fumé au moins une fois du cannabis au cours des 12 DERNIERS MOIS (Coche une seule case par ligne) :	De 0= « Jamais » à 4= « Très souvent » As-tu fumé du cannabis avant midi ? As-tu fumé du cannabis lorsque tu étais seul(e) ? As-tu eu des problèmes de mémoire quand tu fumais du cannabis ? Des amis ou des membres de ta famille t'ont-ils dit que tu devrais réduire ta consommation de cannabis ? As-tu essayé de réduire ou d'arrêter ta consommation de cannabis sans y arriver ? As-tu eu des problèmes à cause de ta consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ?	Cast : Score de 0 à 24 usagers sans risque lorsqu'ils présentent un score inférieur à 3, usagers avec un risque faible pour un score égal à 3 et inférieur à 7 et enfin ceux avec un risque élevé de dépendance pour un score égal ou supérieur à 7	Ordinale traitée en continue

<p>Dépendance à la nicotine (test de Honc, Hooked on Nicotine Checklist, DiFranza <i>et al.</i>, 2002)</p>	<p>Réponds aux questions suivantes si tu fumes actuellement des cigarettes (même occasionnellement). (Coche une seule case par ligne)</p> <p>Quand tu as essayé d'arrêter ou quand tu n'as pas pu fumer pendant un certain temps...</p>	<p>As-tu déjà essayé d'arrêter de fumer mais sans y arriver? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fumes-tu actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON T'es-tu déjà senti(e) « accro » au tabac? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON As-tu déjà ressenti un fort besoin de fumer? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON As-tu déjà senti que tu avais vraiment besoin d'une cigarette? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Est-il difficile de ne pas fumer dans les endroits où tu ne peux pas fumer (exemples: à l'école, au lycée...)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Était-ce difficile de te concentrer? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON As-tu été plus irritable? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON As-tu senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON T'es-tu senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que tu ne pouvais pas fumer? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Honc : score de 0 à 10 De 1 à 6 points : Une réponse positive suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac. Plus le total de points est élevé, plus le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance. De 7 à 10 points : Forte dépendance à la nicotine</p>	<p>Ordinale traitée en continue</p>
<p>Aisance financière perçue</p>	<p>Par rapport à celles des autres familles en France, sur cette échelle de 0 à 10, comment perçois-tu les conditions de vie de ta famille (On entend par conditions de vie = les conditions financières, matérielles, de logement...)</p>	<p>De 0 = « Très en dessous des autres » à 10= « Très au-dessus des autres »</p>	<p>AISFIN : de 0 à 10</p>	<p>Ordinale traitée en continue</p>

Annexe 18 / Liste des variables d'ajustement des modèles multiniveaux

I TABLEAU 37 I

Liste des variables d'ajustement des modèles multiniveaux pour l'échantillon 1

<i>Indicateurs d'efficacité</i>	CIG30	CIGTA	CIGABS	CIGINT	CIGCAPA	CIGCAPD	CIGPAIRS
Sexe	X			X			
Age	X	X	X				X
Niveau de formation	X					X	
Niveau de consommation de cig en t0	X	X	X	X	X		X
Niveau de consommation de can en t0	X	X	X	X	X		
Consommation parentale/cigarettes	X	X		X	X		
Consommation parentale/chicha						X	
Consommation parentale/cannabis					X	X	
Nombre de tentatives d'arrêt passées	X	X	X	X	X	X	
Aisance financière perçue					X		
Dépendance à la nicotine (Honc)	X		X		X	X	
Consommation probl. de can (Cast)							
Age de la première cigarette							
Indicateur en t0	X			X	X	X	X

I TABLEAU 38 I

Liste des variables d'ajustement des modèles multiniveaux pour l'échantillon 2

<i>Indicateurs d'efficacité</i>	CAN30	CANTA	CANABS	CANINT	CANCAPA	CANCAPD	CANPAIRS
Sexe	X		X				
Age							
Niveau de formation	X		X	X	X	X	
Niveau de consommation de cig en t0	X						
Niveau de consommation de can en t0	X	X	X	X	X	X	
Consommation parentale/cigarettes							
Consommation parentale/chicha						X	
Consommation parentale/cannabis	X	X		X	X	X	
Nombre de tentatives d'arrêt passées	X	X	X	X	X	X	
Aisance financière perçue	X						X
Dépendance à la nicotine (Honc)							
Consommation probl. de can (Cast)	X			X	X	X	X
Age de la première cigarette							
Indicateur en t0	X			X	X	X	X

I TABLEAU 39 I

Liste des variables d'ajustement des modèles multiniveaux pour l'échantillon 3

<i>Indicateurs d'efficacité</i>	CIG30	CIGTA	CIGABS	CIGINT	CIGCAPA	CIGCAPD	CIGPAIRS
Sexe							
Age							
Niveau de formation							
Niveau de consommation de cig en t0	X	X	X		X	X	X
Niveau de consommation de can en t0	X	X		X	X	X	X
Consommation parentale/cigarettes		X					
Consommation parentale/chicha						X	
Consommation parentale/cannabis						X	
Nombre de tentatives d'arrêt passées		X	X		X	X	
Aisance financière perçue							
Dépendance à la nicotine (Honc)	X	X	X	X		X	
Consommation probl. de can (Cast)							
Age de la première cigarette							
Indicateur en t0	X			X	X	X	X


I TABLEAU 40 I

Liste des variables d'ajustement des modèles multiniveaux pour l'échantillon 4

<i>Indicateurs d'efficacité</i>	CAN30	CANTA	CANABS	CANINT	CANCAPA	CANCAPD	CANPAIRS
Sexe	X						
Age							
Niveau de formation							
Niveau de consommation de cig en t0	X						
Niveau de consommation de can en t0	X	X	X	X	X	X	X
Consommation parentale/cigarettes						X	
Consommation parentale/chicha							
Consommation parentale/cannabis					X	X	
Nombre de tentatives d'arrêt passées		X	X	X	X	X	
Aisance financière perçue						X	
Dépendance à la nicotine (Honc)							
Consommation probl. de can (Cast)	X				X	X	X
Age de la première cigarette							
Indicateur en t0	X			X	X	X	X

Annexe 19 / Fiche « atelier »

Partie 1 : Evaluation des comportements consistants et non consistants avec l'EM



FICHE ATELIER

à remplir par l'intervenant

DATE de l'atelier : |__|_|_|_|_|
ETABLISSEMENT | _____ |
HORAIRES |__|_| - |__|_|
INITIALES de l'intervenant |____| (remplir une fiche par intervenant)

Veuillez dire dans quelle mesure les deux intervenants ont utilisé chacun des cinq comportements qui suivent pendant l'atelier qu'ils viennent d'animer. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Soyez spontané(e), indiquant simplement ce que **les intervenants ont GLOBALEMENT fait durant l'atelier (sans distinguer l'un ou l'autre)**, au meilleur de votre souvenir.
 Si vous étiez seul(e) à animer l'atelier, évaluez seulement vos comportements.

	Pas du tout	Très peu	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. CONFRONTATION (CO) Les intervenants (ou l'intervenant) ont confronté un ou plusieurs participants, de façon directe et sans ambiguïté, par une des attitudes suivantes : montrer son désaccord, argumenter, corriger, humilier, blâmer, critiquer, étiqueter, mettre en garde, faire la morale, ridiculiser, ou remettre en question l'honnêteté du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. PERSUASION (PE) Les intervenants (ou l'intervenant) ont tenté activement de changer l'opinion, l'attitude, ou le comportement d'un ou plusieurs participants en recourant à la logique, à l'argumentation, à des faits, ou en parlant de soi (et en faisant un lien explicite entre ces stratégies et la nécessité de changer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. RECHERCHE DE LA COLLABORATION (CC) Les intervenants (ou l'intervenant) ont cherché explicitement à partager le pouvoir ou à valider l'expertise d'un ou plusieurs participants. Ils ont par exemple recherché de façon authentique un consensus avec un ou plusieurs participants au sujet des tâches, des objectifs ou de la direction de l'atelier, leur ont demandé ce qu'ils pensaient d'une information fournie ou ont demandé la permission de partager une information ou un conseil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. VALORISATION (VA) Les intervenants (ou l'intervenant) ont mis en valeur un aspect positif d'un ou plusieurs participants. Ils ont fait référence à des forces, des efforts ou des mérites d'un ou plusieurs participants. L'intervention a été sincère et a reflété quelque chose d'authentique chez le ou les participants. Elle n'était pas forcément centrée sur le changement cible et a pu « récompenser » le ou les participants par rapport à un trait, un comportement, un accomplissement, une compétence, ou une force.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ACCENTUATION DE L'AUTONOMIE (AA) Les intervenants (ou l'intervenant) ont mis clairement en évidence la responsabilité d'un ou plusieurs participants quant aux décisions et aux actions liées au changement. Ils ont insisté sur la sensation de contrôle, de liberté de choix, d'autonomie personnelle, de capacité ou d'obligation à décider de leurs attitudes et actions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste des codes « élèves » :

Partie 2 : Evaluation de la dynamique de groupe

Établissement	
Nombre de participants	
Durée de l'atelier	
Participation	très active - assez active - peu active - pas active du tout
Répartition de la parole	très équilibrée - assez équilibrée - peu équilibrée - pas équilibrée du tout
Richesse des échanges	très riche - assez riche - peu riche - pas riche du tout
Ambiance du groupe	très bonne - assez bonne - peu bonne - pas bonne du tout
Un ou plusieurs participants sont résistants	Oui / non Commentaires :
La résistance affecte la dynamique de groupe	Négativement - neutre - Positivement
Soutien des pairs entre eux	pas du tout important - un peu important - moyennement important - important - très important