



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Michèle La Roche

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (psychologie clinique)

GRADE / DEGREE

École de psychologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**Relation des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances
chez les jeunes de l'Ontario**

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Robert Flynn

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

Caroline Andrew

Tim Aubry

Ronald-Frans Melchers

Diane Turcotte (U.Q.A.M.)

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

Relations des facteurs de risque et de protection
avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances chez les jeunes de l'Ontario

Michèle La Roche

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et post-doctorales
dans le cadre des exigences
du programme de doctorat en psychologie

École de psychologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Michèle La Roche, Ottawa, Canada, 2010



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-79735-8
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-79735-8

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Remerciements

Pendant toutes ces années où je me suis investie dans cette aventure immense, je pensais à toi, qui n'as jamais pu vivre ton rêve. Reçois cet ouvrage comme un gage d'amour et de gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi durant les 16 années où j'ai eu le privilège de t'avoir pour mère. Papa, je sais aussi que tu aurais été fier de ta fille. Je vous aime.

Je n'aurais jamais pu entreprendre ce doctorat sans les deux hommes de ma vie. Mon grand amour, Antoine, qui a soutenu la consciencieuse et supporté la malcommode en ne lésinant jamais sur les sacrifices. Cette thèse, elle est aussi la tienne, mon amour. Je te remercie d'être là et de me faire confiance. Tu m'as donné une chance inestimable de poursuivre cette folie magnifique jusqu'au bout, et de m'accomplir, pour le meilleur et pour le pire. Mon Alexis, j'aimerais aussi te dire un énorme merci, parce que chaque jour, tu me ramènes à l'essentiel. Ta curiosité, ton émerveillement et ton désir de comprendre le monde, m'ont donné l'élan pour poursuivre ma propre quête. En retour, j'espère t'avoir donné la passion d'apprendre et le goût de persévérer. La vie n'est pas toujours facile, mais la satisfaction du travail bien fait en est d'autant plus merveilleuse! Tu as accepté avec beaucoup de grâce que ta maman ne soit pas toujours auprès de toi. Je suis maintenant de retour.

Je tiens aussi à remercier mon superviseur de thèse, Bob Flynn, qui a accepté avec une extrême générosité de me prendre sous son aile en cours de route. Sa gentillesse, son ouverture, sa confiance et ses judicieux conseils tout au long de ce travail de moine m'ont permis de me dépasser et d'avoir un sentiment d'accomplissement. Merci pour ces années riches en découvertes qui m'ont fait grandir en tant que chercheuse et en tant qu'être humain. Les membres de mon comité de thèse, Tim Aubry, Caroline Andrew (et son étudiante Nathalie

Riendeau) et Ronald Melchers, ont également largement contribué à rendre ma tâche moins ardue en offrant leurs commentaires et leurs suggestions lors de nos rencontres.

De nombreuses autres personnes m'ont apporté leur aide pendant toutes ces années. Grâce à leurs nombreux encouragements et leur bienveillance, mes collègues, mes professeurs, mes superviseurs cliniques, mes amis et ma famille m'ont beaucoup motivée. Un merci très spécial, du fond du cœur, à ma grande petite sœur Paule pour ses nombreux mots d'encouragement et son soutien inconditionnel. Merci sœurette d'être là.

J'aimerais également mentionner le soutien financier (et la tranquillité d'esprit) accordé par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, le régime de bourse d'études supérieures de l'Ontario et la bourse Morin, pendant ma maîtrise et mon doctorat.

Finalement, la participation d'un très grand nombre de jeunes du Nord-Est et de l'Est ontarien m'ont permis de travailler sur cette thèse avec confiance et enthousiasme. Je remercie aussi très sincèrement tous les moins jeunes que j'ai eu l'occasion de côtoyer, au sein des Services Enfants et Familles de Timmins et District et des Services aux enfants et adultes de Prescott-Russell, pour leur contribution et leur foi dans le programme *C'est ta communauté (CTC)*, et sans lesquels ce travail de recherche n'aurait pas eu de raison d'être.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures.....	x
Introduction.....	1
Contexte général.....	1
Cadre théorique.....	3
Questions de recherche.....	5
Prévalence de la dépression majeure et des symptômes dépressifs.....	7
Dépression majeure.....	7
Symptômes dépressifs.....	9
Facteurs de risque et de protection liés à la dépression majeure et aux symptômes dépressifs.....	11
Prévalence de l'usage de substances.....	18
Tabagisme.....	19
Alcool.....	22
Cannabis.....	24
Facteurs de risque et de protection liés à l'usage de substances.....	26
Hypothèses.....	34
Méthodologie.....	40
Participants.....	40
Procédures.....	43
Administration du sondage.....	43
Consentement passif.....	45
Nettoyage des données.....	48
Données manquantes.....	49
Données aberrantes.....	51
Emploi de données ordinales.....	52
Taille de l'échantillon	52
Mesures.....	53

Communities that Care Youth Survey (<i>CTC-YS</i>).....	53
Traduction du sondage	58
Sondage de l'échantillon du Nord.....	59
Sondage de l'échantillon de l'Est.....	60
Évaluation psychométrique des versions canadiennes	61
Variables indépendantes additionnelles : langue, sexe et âge.....	62
Variable dépendante : symptômes dépressifs dans l'échantillon du Nord.....	65
Variable dépendante : symptômes dépressifs dans l'échantillon de l'Est.....	66
Variables dépendantes : usage de substances.....	71
Analyses et considérations statistiques.....	72
Vérification des postulats.....	72
Analyses comparatives des niveaux (ANOVA).....	77
Analyses de régression linéaire.....	78
Analyses de régression logistique.....	80
Analyses complémentaires.....	82
Résultats.....	85
Partie I. Analyses préliminaires.....	85
Partie II. Analyses de variance (ANOVA).....	86
Comparaisons des niveaux de risque et de protection selon la langue.....	90
Comparaisons des niveaux de risque et de protection selon le sexe.....	99
Comparaisons des niveaux de risque et de protection selon le groupe d'âge... ..	107
Comparaisons des niveaux des variables dépendantes selon la langue, le sexe et le groupe d'âge.....	116
Comparaisons des niveaux de symptômes dépressifs.....	116
Comparaisons des niveaux d'usage de substances	117
Partie III. Analyses de régression.....	124
Relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs selon la langue, le sexe et l'âge.....	127
Relations des facteurs de risque et de protection avec le tabagisme selon la langue, le sexe et l'âge.....	131

Relations des facteurs de risque et de protection avec l'alcool selon la langue, le sexe et l'âge.....	135
Relations des facteurs de risque et de protection avec le cannabis selon la langue, le sexe et l'âge.....	137
Partie IV. Relations des domaines de risque et de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances.....	139
Relations des domaines de risque et de protection avec les symptômes dépressifs.....	140
Relations des domaines de risque et de protection avec le tabagisme.....	141
Relations des domaines de risque et de protection avec la consommation d'alcool.....	144
Relations des domaines de risque et de protection avec l'usage de cannabis...	145
Discussion.....	148
Différences des niveaux des facteurs de risque et de protection, des symptômes dépressifs et d'usage de substances.....	148
Différences de relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances.....	158
Implications pour la prévention	168
Limites.....	170
Études futures.....	175
Conclusion.....	176
Références.....	177
Annexes.....	226

Résumé

Plusieurs facteurs de risque et de protection influencent le parcours psychosocial des adolescents et l'émergence de problèmes de comportement ou de santé mentale. Ces facteurs peuvent apparaître dans différents milieux de vie (communauté, famille, école, pairs) et appauvrir le bien-être des jeunes, pendant l'adolescence et même au-delà.

Afin de mieux connaître l'importance de ces facteurs et de leurs relations avec les symptômes dépressifs et avec l'usage de substances (cigarette, alcool et cannabis), le sondage *CTC-YS (Communities That Care-Youth Survey)* a été administré en 2006 et 2007 dans deux régions de l'Ontario auprès de 4 600 élèves de la sixième à la douzième année fréquentant les écoles anglaises et françaises.

Cette première exploration en contexte bilingue de 23 facteurs de risque et 11 facteurs de protection et de leurs relations avec les symptômes dépressifs, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage de cannabis montre des différences, quoique modestes, entre les élèves des écoles anglaises et françaises. Dans les deux échantillons, les élèves des écoles anglaises avaient des niveaux plus élevés de facteurs de risque et de symptômes dépressifs que ceux des écoles françaises, et des niveaux plus faibles sur plusieurs facteurs de protection. Cependant, les relations individuelles entre ces facteurs et les problèmes s'équivalaient pour les deux groupes.

Les symptômes dépressifs et leurs relations avec une grande majorité de facteurs de risque s'avéraient plus élevés chez les filles que chez les garçons. En contrepartie, les facteurs de protection, dans les domaines de la famille, de l'école et des pairs, les avantageaient. Les adolescents plus jeunes semblaient plus vulnérables à l'usage de substances que les adolescents plus âgés, certaines relations avec les facteurs de risque étant plus marquées, mais les facteurs de protection dans les domaines de la famille et des pairs jouaient en leur faveur.

La discussion porte sur la pertinence de l'utilisation du sondage *CTC-YS* en milieu ontarien bilingue pour la prévention de difficultés comportementales et de santé mentale, et sur l'importance d'offrir des interventions multidimensionnelles favorisant à la fois l'augmentation des facteurs de protection et la diminution des facteurs de risque dans les divers milieux de vie des jeunes.

Liste des tableaux

Tableau 1	Langue parlée à la maison dans les écoles anglaises et françaises du Nord et de l'Est de l'Ontario (nombre d'élèves en pourcentage).....	42
Tableau 2	Items mesurant les symptômes dépressifs dans le Nord et dans l'Est.....	68
Tableau 3	Différences des niveaux des facteurs de risque par langue, sexe et âge dans le Nord et dans l'Est.....	87
Tableau 4	Différences des niveaux des facteurs de protection par langue, sexe et âge dans le Nord et dans l'Est.....	88
Tableau 5	Différences des niveaux de symptômes dépressifs et d'usage de substances par langue, sexe et âge dans le Nord et dans l'Est.....	89
Tableau 6	Comparaisons de la force des relations entre facteurs de risque, symptômes dépressifs et usage de substances selon la langue, le sexe et l'âge.....	125
Tableau 7	Comparaisons de la force des relations entre facteurs de protection, symptômes dépressifs et usage de substances selon la langue, le sexe et l'âge.....	126
Tableau 8	Régressions hiérarchiques des domaines de risque (famille, école, pairs et communauté) avec les symptômes dépressifs (changement de R^2) et l'usage de substances (Indice <i>Nagelkerke</i>) dans le Nord.....	142
Tableau 9	Régressions hiérarchiques des domaines de risque (famille, école, pairs et communauté) avec les symptômes dépressifs (changement de R^2) et l'usage de substances (Indice <i>Nagelkerke</i>) dans l'Est.....	143

Liste des figures

Figure 1	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises du Nord (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école.....	92
Figure 2	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises du Nord (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu.....	93
Figure 3	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école.....	94
Figure 4	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu.....	95
Figure 5	Différences des niveaux de protection (<i>d</i> de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises du Nord (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour tous les facteurs.....	96
Figure 6	Différences des niveaux de protection (<i>d</i> de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour tous les facteurs.....	97
Figure 7	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les filles et les garçons du Nord (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école.....	101
Figure 8	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les filles et les garçons du Nord (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu.....	102
Figure 9	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les filles et les garçons de l'Est (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école.....	103
Figure 10	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les filles et les garçons de l'Est (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu.....	104
Figure 11	Différences des niveaux de protection (<i>d</i> de Cohen) entre les filles et les garçons du Nord (contrôlées pour la langue et l'âge) pour tous les facteurs.....	106
Figure 12	Différences des niveaux de protection (<i>d</i> de Cohen) entre les filles et les garçons de l'Est (contrôlées pour la langue et l'âge) pour tous les facteurs.....	107

Figure 13	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école.....	110
Figure 14	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs des pairs et de l'individu.....	111
Figure 15	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école.....	112
Figure 16	Différences des niveaux de risque (<i>d</i> de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs des pairs et de l'individu.....	113
Figure 17	Différences des niveaux de protection (<i>d</i> de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord (contrôlées pour la langue et le sexe) pour tous les facteurs.	114
Figure 18	Différences des niveaux de protection (<i>d</i> de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe) pour tous les facteurs..	115
Figure 19	Différences des niveaux de symptômes dépressifs (<i>d</i> de Cohen) dans les écoles anglaises et françaises du Nord et de l'Est (contrôlées par la langue, le sexe et l'âge).....	119
Figure 20	Différences de fréquences pour l'usage de substances (différence de risque) entre les écoles anglaises et françaises du Nord et de l'Est.....	120
Figure 21	Différences de fréquences pour l'usage de substances (différence de risque) entre les filles et les garçons du Nord et de l'Est.....	121
Figure 22	Différences pour l'usage de substances (différence de risque) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord et de l'Est.....	122
Figure 23	Différences de la relation entre le faible encadrement familial et les symptômes dépressifs pour les filles et les garçons du Nord.....	129

L'adolescence est une période de transition jalonnée de multiples adaptations et de changements importants sur le plan psychologique et social (Eccles, Templeton, Barber, & Stone, 2003; Pumariega, Rodriguez, & Kilgus, 2004). Pour bon nombre de jeunes, le passage se vit sans difficulté majeure (Rutter, 2007) et si les embûches surviennent, elles ne persistent pas à l'âge adulte (Elder & Crosnoe, 2002; Simmons & Blyth, 1987). D'autres adolescents, par contre, éprouvent plus de difficultés, et les obstacles qu'ils rencontrent interfèrent avec leur développement (Jessor, 1991, 2006).

Ces obstacles potentiels - ou facteurs de risque - sont des caractéristiques individuelles ou environnementales qui peuvent influencer le parcours psychosocial des enfants et des adolescents et engendrer divers problèmes de comportement ou de santé mentale (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, & Baglioni, 2002). Ainsi, pour favoriser le développement sain et positif des jeunes, la science de la prévention préconise la diminution des facteurs de risque dans le but de prévenir à la source les problèmes de comportement (Pollard, Hawkins, & Arthur, 1999).

Contexte général

Depuis une vingtaine d'années, les chercheurs en science de la prévention ont mis en lumière une série de facteurs de risque liés à l'émergence de divers problèmes de comportement (Coie et al., 1993; Durlak, 1998, pour une recension; Hawkins & Weis, 1985; Rutter, 1987, 1990). On a remarqué entre autres que leur effet est cumulatif. Plus ces facteurs sont nombreux et intenses, plus ils contribuent à l'émergence de problèmes (Coie et al., 1993; Masten, 2001; Newcomb, Maddahian, & Bentler, 1986; Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001; van den Bree & Pickworth, 2005). En effet, les études ont souvent associé le nombre de facteurs de risque à des

difficultés d'adaptation et de santé mentale dans le parcours développemental des enfants et des adolescents (Appleyard, Egeland, van Dulmen, & Sroufe, 2005; Bond, Toumbourou, Thomas, Catalano, & Patton, 2005; Forehand, Biggar, & Kotchick, 1998; Gerard & Buehler, 2004; Sameroff, Gutman, & Peck, 2003) et ce, dans différentes populations (Atzaba-Poria, Pike, & Deater-Deckard, 2004; Gil, Vega, & Biafora, 1998; Ostaszewski & Zimmerman, 2006). Qui plus est, les problèmes d'une période développementale donnée peuvent provoquer en cascade l'apparition et l'accumulation d'autres facteurs de risque dans les phases suivantes et des problèmes de plus en plus sévères (Fergusson, Wanner, Vitaro, Horwood, & Swain-Campbell, 2003; Hotton & Haans, 2004; Toumbourou & Catalano, 2005). Cet effet cumulatif, insidieux et dévastateur, incite les chercheurs à identifier et à cibler le plus grand nombre de facteurs de risque possible afin d'élaborer des interventions de prévention efficaces (Arthur & Blitz, 2000).

Fort heureusement, des facteurs de protection peuvent affaiblir l'emprise des facteurs de risque (Coie et al., 1993; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Munoz, Mrazek & Haggerty, 1996; Reiss & Price, 1996). Ils sont en quelque sorte des atouts, individuels ou sociaux, qui permettent de diminuer ou d'éliminer l'effet potentiellement négatif des facteurs de risque (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Jessor, 2006; Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995; Masten, 2001; Rutter, 1993), quoique cela ait été remis en cause empiriquement (Boles, Biglan, & Smolkowski, 2006). Ils agiraient également de manière indépendante par rapport aux facteurs de risque plutôt que de représenter l'autre extrême d'un même continuum. Par exemple, l'absence d'un facteur de risque ne signifie pas la présence d'un facteur de protection, de la même manière que l'absence de maladie n'est pas synonyme de santé (Boles et al., 2006). Ainsi, une diminution de la discipline intransigeante des parents ne se traduit pas automatiquement par une augmentation de l'affection parentale (Durlak, 1998). Finalement, les facteurs de protection

auraient un effet cumulatif (Ostaszewski & Zimmerman, 2006; Scheier, Botvin, & Baker, 1997). Plus leur nombre est élevé, plus ils modèreraient les contrecoups des facteurs de risque (Masten, 2001) et la survenue de divers problèmes de comportement.

Cadre théorique

Selon le modèle du développement social (Hawkins et al., 1992; Hawkins & Weis, 1985), les facteurs de risque et les facteurs de protection opèrent dans divers domaines inhérents à la vie des jeunes, tels la communauté, la famille ou l'école. Ce modèle amalgame certaines notions des théories classiques de l'attachement, du contrôle social et de l'apprentissage social (pour une explication détaillée, voir Hawkins & Weis, 1985). Il considère que les relations sociales influencent les croyances, les valeurs et les comportements des enfants et des adolescents par le biais d'un processus d'identification à des personnes significatives dans la communauté, dans la famille, à l'école et avec les pairs. Il veut particulièrement rendre compte de la nécessité pour les jeunes de bénéficier d'occasions prosociales (*bonding*) et de la reconnaissance découlant de cet engagement, favorisant ainsi les comportements et le développement positifs. Le modèle de développement social valorise donc en priorité la contribution unique des facteurs de protection, notamment ceux qui encouragent la création de liens significatifs avec des adultes et le renforcement des comportements prosociaux (Catalano & Hawkins, 1996; Hawkins et al., 1992; Hawkins & Weis, 1985) pour que ceux-ci offrent une résistance vigoureuse aux facteurs de risque.

L'usage de substances et les symptômes dépressifs sont sans doute parmi les problèmes les plus fréquents à l'adolescence. Toutefois, encore aujourd'hui, les conséquences de ces deux phénomènes sur le développement et sur le fonctionnement psychosocial des adolescents

semblent mieux établies que ne l'est leur étiologie. La difficulté réside en partie dans leur nature multidimensionnelle (Hawkins & Weis, 1985). Tel que le suggère le modèle de développement social, les caractéristiques inhérentes aux différents contextes de vie (communauté, famille, école, pairs, etc.) peuvent marquer le parcours développemental et provoquer l'apparition de divers problèmes de comportement et de santé mentale. C'est pourquoi il importe d'examiner ces relations de manière écologique et inclusive en considérant les multiples influences des milieux de vie dans lesquels les jeunes évoluent, qu'elles soient négatives ou positives.

Les facteurs de risque issus des quatre domaines de vie, tels que décrits par Hawkins et ses collègues (1992) et mis en évidence dans le sondage *Communities that Care Youth Survey (CTC-YS)*, ont été reconnus pour leur valeur empirique par de multiples études, et ont servi de point d'ancrage à cette étude. Depuis sa conception, le *CTC-YS* a été administré à des centaines de milliers de jeunes dans plusieurs pays. Ce questionnaire évalue le profil des facteurs de risque et de protection d'une communauté donnée, ainsi que les problèmes de comportement, tels la délinquance, l'usage de substances ou les symptômes dépressifs, avec pour objectif ultime d'élaborer des interventions efficaces en fonction des besoins les plus pressants. Dans l'ensemble, cette approche s'apparente au modèle utilisé en santé publique et en épidémiologie pour contrer les problèmes cardiovasculaires ou le cancer, et fournit des balises pour la planification et la gestion d'un grand nombre d'activités de prévention dans la communauté (Arthur & Blitz, 2000). La présente étude avait donc pour premier objectif d'examiner une série de facteurs de risque et de protection et d'évaluer leur occurrence dans la population adolescente des régions de l'Est et du Nord-Est de l'Ontario.¹

Les niveaux des facteurs de risque et de protection fournissent des informations très utiles sur les caractéristiques propres à chaque communauté ou groupe d'intérêt, mais ils ne dévoilent

¹ Les termes « Est » et « Nord » sont employés dans le reste du document pour désigner les deux régions à l'étude.

qu'une partie de la réalité, ce que Wallace et Muroff (2002) appellent le degré d'exposition (*exposure*). Une relation entre les facteurs de risque et l'apparition des problèmes qui diffère de manière significative entre deux groupes, témoigne en plus de la vulnérabilité d'un groupe par rapport à un autre (Wallace & Muroff, 2002). La nature de ces relations joue donc un rôle primordial dans la mise en œuvre d'interventions optimales, élaborées en fonction des spécificités des populations à risque. En conséquence, le deuxième objectif de cette étude a été de déterminer auprès d'adolescents ontariens du secondaire s'il existait des éléments distinctifs entre francophones et anglophones², garçons et filles, et adolescents plus jeunes et plus âgés, dans les relations entre facteurs de risque et de protection et l'usage de substances et les symptômes dépressifs.

Questions de recherche

À la suite de ce qui a été énoncé précédemment, les questions de recherche suivantes ont été formulées en rapport avec le premier objectif :

1) Existe-t-il chez les jeunes Ontariens des différences de risque et de protection en fonction de la langue, du sexe et de l'âge?

2) Existe-t-il des différences dans l'intensité des symptômes dépressifs en fonction de la langue, du sexe et de l'âge?

3) Existe-t-il des différences de fréquences d'usage de substances en fonction de la langue, du sexe et de l'âge?

Les questions suivantes reflétaient le deuxième objectif :

² Les termes anglophones et francophones, écoles anglaises et écoles françaises ou groupe linguistique, sont utilisés indistinctement pour désigner la langue d'instruction à l'école.

4) Existe-t-il des différences dans les relations entre ces facteurs de risque et de protection et les symptômes dépressifs en fonction de la langue, du sexe et de l'âge?

5) Existe-t-il des différences dans les relations entre ces facteurs de risque et de protection et l'usage de substances en fonction de la langue, du sexe et de l'âge?

6) Dans quelle mesure chacun des domaines de facteurs de risque et de protection (communauté, famille, école, pairs/individu) contribue-t-il à la relation avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances?

Pour répondre à ces questions, cette étude utilise le *CTC-YS* pour une première fois au Canada, en français et en anglais, auprès d'environ 4 600 adolescents dans deux régions de l'Ontario, et participe, du même souffle, au processus de validation internationale. En plus de contribuer à la compréhension générale de ces phénomènes dans un nouveau contexte bilingue nord-américain, cette étude souhaitait aider à orienter concrètement les efforts locaux de prévention en fonction des besoins des groupes cibles vers les domaines de risque et de protection les plus susceptibles d'influer sur les problèmes de comportement et de santé mentale.

Le but ultime de cette thèse étant de mieux comprendre comment les facteurs de risque et de protection sont liés aux comportements problématiques d'usage de substances et aux symptômes dépressifs, les prochaines sections se proposent de faire un survol des caractéristiques de ces phénomènes (prévalence, durée, âge d'initiation, trajectoire et conséquences), suivi d'une synthèse de ce que la science de la prévention connaît de leur association respective avec divers facteurs de risque et de protection.

Prévalence de la dépression majeure et des symptômes dépressifs

La présence de la dépression et des symptômes dépressifs pendant l'adolescence a longtemps été sous-estimée (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998) et considérée comme un passage obligé de cette période transitoire (Sheeber, Hops, & Davis, 2001). En réalité, les problèmes associés à la dépression pendant l'enfance et l'adolescence ne sont reconnus que depuis deux ou trois décennies (Mouren-Siméoni & Klein, 1997; Shugart & Lopez, 2002). Pourtant, la dépression majeure est de loin la forme la plus fréquente de troubles affectifs chez les adolescents (Lewinsohn et al., 1998) et, avec l'anxiété, le problème le plus fréquemment traité par les psychologues scolaires (Marcotte, Cournoyer, Gagné, & Bélanger, 2005).

Dépression majeure.

La dépression majeure se caractérise, selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), par un ensemble de symptômes qui sont présents pendant une période d'au moins deux semaines, incluant l'un ou l'autre des deux critères suivants : 1) humeur dépressive ou 2) perte d'intérêt ou de plaisir, et quatre de ces symptômes : 1) perte ou gain de poids; 2) insomnie ou hypersomnie; 3) agitation ou ralentissement psychomoteur; 4) fatigue ou perte d'énergie; 5) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée; 6) diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions; et 7) pensées de mort récurrentes ou suicidaires. De plus, les symptômes sont distincts des critères d'un épisode mixte de trouble bipolaire, des effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou d'une affection médicale générale. Finalement, les symptômes induisent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autre. Les

critères demeurent les mêmes pour les enfants et les adolescents, mais on souligne que l'humeur dépressive fait parfois place à l'irritabilité.

Selon Lewinsohn et ses collègues (1998), 28 % des filles et 19 % des garçons sont touchés par un épisode dépressif avant l'âge de 19 ans. De nombreuses études dans la communauté ont rapporté une incidence annuelle variant entre 0,4 et 9 % chez les adolescents (Calles, 2007 pour une recension; Fleming & Offord, 1990; Lewinsohn et al., 1998; Merry, McDowell, Hetrick, Bir, & Muller, 2007 pour une revue systématique, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2007). En Ontario, un peu plus de 5 % des jeunes sont à risque de vivre une dépression (Adlaf, Paglia-Boak, Beitchman, & Wolfe, 2007). Le pourcentage varie selon les régions et les jeunes du Nord sont particulièrement touchés avec plus de 6 %. L'âge moyen du début de la dépression majeure se situerait autour de 15 ans (Lewinsohn et al., 1998).

Pendant l'enfance, l'occurrence des problèmes dépressifs est la même pour les deux sexes (Currie et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2001). Vers le milieu de l'adolescence, elle connaît une croissance plus marquée chez les filles (Angold, Costello, Erkanli, & Worthman, 1999; Baron & Campbell, 1993; Calles, 2007; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Lewinsohn et al., 1998), les affligeant au moins deux fois plus que les garçons (Birmaher, Ryan, Williamson, & Brent, 1996; Costello, Swendsen, Rose, & Dierker, 2008; Fleming & Offord, 1990; Garrison, Jackson, Marsteller, McKeown, & Addy, 1990; Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993; Kovacs, 2001; Nolen-Hoeksema, 2001; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo, & Pagani, 2001; Tandon & Solomon, 2009). Aux États-Unis, l'incidence annuelle oscillerait entre 4 et 5 % chez les garçons et entre 10 et 12 % chez les filles de 12 à 17 ans, (Lewinsohn et al., 1998; SAMHSA, 2007). Les données

ontariennes recueillies dans deux études distinctes donnent des pourcentages légèrement inférieurs, soit 8 et 2 % (Adlaf et al., 2007), et 9 et 3 % (Mitura & Bollman, 2004) pour les filles et les garçons respectivement. Quoi qu'il en soit, on rapporte invariablement des taux plus élevés de dépression majeure chez les femmes, de l'adolescence jusqu'à la ménopause (Deecher, Andree, Sloan, & Schechter, 2008; Nolen-Hoeksema, 2001; Sund & Wichstrom, 2002).

En ce qui a trait aux différences selon le groupe linguistique, une seule étude a comparé des élèves des écoles secondaires françaises et anglaises de l'Outaouais sur les niveaux de dépression et n'a trouvé aucune différence (Baron & Joly, 1988).

Finalement, les troubles de l'humeur peuvent avoir de nombreuses répercussions (Kann et al., 2000), entre autres, sur le rendement scolaire (Bhatia & Bhatia, 2007; Birmaher et al., 1996; Marcotte et al., 2005; Quiroga, Janosz, & Marcotte, 2006), les fonctions cognitives générales (den Hartog, Derix, van Bommel, Kremer, & Jolles, 2003) et les compétences sociales (Shugart & Lopez, 2002).

Symptômes dépressifs.

La recherche s'est également intéressée aux symptômes dépressifs puisqu'ils sont relativement communs chez les adolescents (Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995; Rushton, Forcier, & Schectman, 2002). Ces problèmes sont plus diffus et prennent diverses appellations (trouble subsyndromal, dépression légère, dépression mineure, etc.) (Lewinsohn et al., 1998), mais ils ne doivent pas être confondus avec les simples sentiments de tristesse ou d'abattement. Une étude a évalué que les adolescents ayant des moyennes élevées sur le *CES-D* sans toutefois rencontrer tous les critères de la dépression (« faux positifs »), ressemblaient aux adolescents diagnostiqués sur la plupart des mesures de dysfonctionnement psychosocial, incluant le risque

de dépression future. On constate également que le niveau de fonctionnement diminue au fur et à mesure que le nombre de symptômes dépressifs s'accroît (Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss, 2000) et que ces derniers, peu importe leur agencement, peuvent dans une certaine mesure prédire la survenue d'un trouble de dépression majeure (Kovacs & Lopez-Duran, 2010).

L'augmentation des symptômes dépressifs au début de l'adolescence est un fait établi (Vitaro, Pelletier, Gagnon, & Baron, 1995). En Ontario, 15 % des adolescents se sentaient « malheureux », la semaine précédant le sondage, selon Adlaf et ses collègues (2007), et 31 % vivaient de la détresse psychologique³. Comme pour la dépression, la majorité des études ont montré que les filles affichaient des taux généralement deux fois plus élevés (Bond et al., 2005; Breton, Légaré, Laverdure, & D'Amours, 2002; Boyce, 2004; Eaton et al., 2006; Lapointe & Marcotte, 2000; Scheidt, Overpeck, Wyatt, & Aszmann, 2000; Smith et al., 2009) et même jusqu'à trois fois plus élevés que les garçons (Garber, 2006; Poulin, Hand, Boudreau, & Santor, 2002). Aux États-Unis, une étude épidémiologique a estimé que, pendant les 12 mois précédant le sondage, 29 % des élèves à travers le pays se sont sentis très tristes ou désespérés presque tous les jours pendant une période de deux semaines, soit 38 % des filles et 20 % des garçons (Eaton et al., 2006). Dans un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Scheidt et ses collègues (2000) ont rapporté des taux canadiens d'environ 20 % et de 34 % chez les filles de 13 et 15 ans et un taux constant de 20 % chez les garçons. Boyce (2004) avance des résultats similaires. Un pourcentage de 23 % des filles de sixième année et de 21 % des garçons se sont sentis déprimés au moins une fois par semaine dans les six derniers mois et cette proportion grimpait à 36 et 25 % respectivement en dixième année, montrant bien que le nombre et la sévérité des symptômes dépressifs augmentent avec l'âge (Olson & Goddard, 2010; Hughes &

³ Le GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) mesure les symptômes d'anxiété, d'humeur dépressive et de dysfonctionnement social.

Gullone, 2008). Ils commencent d'ailleurs à être plus fréquents chez les filles dès la 8^e année, et cette différence entre les sexes se maintient pour tous les niveaux scolaires (Bond et al., 2005; Ge, Conger, & Elder, 2001).

Tout comme pour les épisodes de dépression majeure, la trajectoire des symptômes dépressifs est complexe (Rushton et al., 2002). Il est parfois difficile d'identifier clairement la frontière entre les manifestations normales du développement, les symptômes prodromaux et les conditions pathologiques (Shugart & Lopez, 2002). Quoiqu'il en soit, les symptômes dépressifs ont un impact certain sur le fonctionnement social, scolaire et émotionnel (Adlaf et al., 2007; Hughes & Gullone, 2008; Lewinsohn et al., 1998). Même si un diagnostic n'a pas été posé, on peut assurément considérer les adolescents manifestant des symptômes dépressifs élevés comme des jeunes à risque (Lewinsohn et al., 1998; Lewinsohn, Klein, Durbin, Seeley, & Rohde, 2003).

Compte tenu des conséquences de la dépression et des symptômes dépressifs sur la vie des adolescents, la recherche des dernières décennies a permis d'identifier des facteurs de risque et de protection pouvant être ciblées et modifiées lors des interventions. La prochaine section considère particulièrement les facteurs utilisés dans le *CTC-YS* pour cette étude en fonction de leur association avec la dépression et les symptômes dépressifs.

Facteurs de risque et de protection liés à la dépression majeure et aux symptômes dépressifs

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés en rapport avec le développement de la dépression majeure (Garber, 2006, Goldberg, 2006; Shortt & Spence, 2006 pour des revues détaillées). En premier lieu, on remarque que les symptômes dépressifs et la dépression majeure sont eux-mêmes des facteurs de risque puisqu'ils sont liés directement à l'occurrence ou à la

réurrence de la dépression à l'âge adulte (Harrington, 1996). Plusieurs études longitudinales ont montré que la dépression à l'adolescence peut avoir de multiples conséquences sur la vie adulte (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Keenan-Miller, Hammen, & Brennan, 2007; Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999). Elle augmenterait de deux à trois fois le risque de développer un trouble chronique (Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998). En perdurant, les symptômes dépressifs, de leur côté, peuvent entraîner un handicap sévère du fonctionnement (Gotlib et al., 1995) et mener à l'émergence d'un véritable trouble (Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1991). Des symptômes dépressifs importants vécus à l'adolescence prédiraient aussi bien les épisodes de dépression majeure à l'âge adulte que la dépression diagnostiquée (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999). Selon Shugart et Lopez (2002), de 40 à 70 % des adolescents ayant déjà vécu un épisode de dépression majeure en subiront un autre dans les cinq années suivantes, en plus d'être à risque pour d'autres difficultés telles l'abus d'alcool et les problèmes d'adaptation psychosociale à moyen terme (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen, & Lonnqvist, 2002).

Tel que mentionné précédemment, la majorité des études antérieures ont établi la vulnérabilité des filles à ce chapitre (Cortes, Fleming, Catalano, & Brown, 2006; Crawford, Cohen, Midlarsky, & Brook, 2001 ; Olson & Goddard, 2010). Ces différences s'expliqueraient en partie par une réactivité différente aux stressors de l'environnement (Leadbeater, Blatt, & Quinlan, 1995; McFarlane, Bellissimo, Norman, & Lange, 1994; Nolen-Hoeksema, 2001). Une étude transversale sur la relation des facteurs de risque et de protection du *CTC-YS* avec les symptômes dépressifs a rapporté que le quart des 35 relations étudiées étaient plus fortes pour les filles que pour les garçons (Bond et al., 2005). On a associé cette fragilité des filles dans plusieurs études longitudinales à divers facteurs de risque tels les changements hormonaux

(Angold et al., 1999), le style d'adaptation ou *coping* (Lapointe & Marcotte, 2000; Lewinsohn et al., 1995), l'augmentation des troubles anxieux (Nolen-Hoeksema, 2001) ou les relations avec la famille et l'environnement social (Steinhausen, Haslmeier, & Metzke, 2007). Une étude transversale a fait le lien entre l'occurrence simultanée de la maturation pubertaire et de la transition vers l'école secondaire et des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs (Marcotte, Fortin, Potvin, & Papillon, 2002). Un moment critique surviendrait à la fin de la septième année, lorsque les filles ont sans doute un plus grand besoin d'aide et de compréhension pour affronter les changements qui s'opèrent « dans leur vie et dans leur corps » (Boyce, 2004).

Bien que dans l'ensemble, les filles de 12 à 19 ans soient particulièrement vulnérables (Pour un avenir en santé, Santé Canada, 1999), on pointe également du doigt la vulnérabilité des adolescents plus jeunes. Greenberger et Chen (1996) ont observé que les relations parents-adolescents expliquaient plus de variance des symptômes dépressifs chez les plus jeunes que chez les plus âgés dans un échantillon d'adolescents américains, caucasiens et asiatiques. Cependant, on a également rapporté que les différences de relations entre les facteurs familiaux et les symptômes dépressifs en fonction de l'âge étaient négligeables (Vazsonyi & Belliston, 2006). L'échantillon de cette dernière étude était toutefois constitué de deux groupes d'adolescents de 15-16 ans et de 17-18 ans, des tranches d'âge plus ou moins représentatives de toute l'étendue de l'adolescence.

Depuis une quinzaine d'années, un nombre considérable d'études, dont il est impossible de faire la synthèse ici, s'est penché sur le rôle de la culture, de l'ethnie ou de la race dans le développement de divers problèmes à l'adolescence (voir Patel et al., 2007, pour une recension critique). Il ressort que l'influence culturelle sur la relation entre les symptômes dépressifs et les facteurs de risque ne fait pas consensus (Saluja et al., 2004). Certaines études ont estimé qu'il

n'y a aucune différence dans le lien entre des mesures de relations parents-enfants et l'humeur dépressive (Greenberger & Chen, 1996) ou ont constaté que des corrélats comme l'acceptation ou le rejet parental pourraient être universels (Rohner & Britner, 2002). Une étude comparant des jeunes de quatre pays occidentaux (Hongrie, Pays-Bas, Suisse et États-Unis) a évalué que les processus parentaux étaient associés de manière égale avec les problèmes internalisés, dont les symptômes dépressifs (Vazsonyi & Belliston, 2006). Par contre, les résultats suggèrent parfois des liens plus forts entre les symptômes dépressifs et les facteurs de risque, comme par exemple la qualité des relations familiales ou les résultats scolaires, chez les adolescents chinois par rapport aux jeunes américains (Greenberger, Chen, Tally, & Dong, 2000).

À notre connaissance, aucune étude n'a été publiée au sujet de la spécificité des jeunes anglophones et francophones d'un même environnement quant aux relations potentielles entre facteurs de risque et dépression. Une étude longitudinale ayant recueilli des données auprès d'adolescents québécois et néo-zélandais (Fergusson et al., 2003) a rapporté des associations similaires entre l'affiliation avec des pairs antisociaux et les symptômes dépressifs dans les deux cohortes, suggérant l'invariance de ces relations pour les deux groupes.

Tel que précisé antérieurement, l'association des caractéristiques familiales avec les symptômes dépressifs a été démontré dans de nombreuses études (Bond et al., 2005; Costello & al., 2008; Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004; Vazsonyi & Belliston, 2006; Vulic-Prtoric & Macuka, 2006; Windle & Maxon, 2004). Dans des études prospectives, les événements stressants comme le divorce parental (Ge et al., 2006; Pelkonen, Marttunen, Kaprio, Huurre, & Aro, 2008), l'histoire familiale de dépression (Eley et al., 2004), l'abus, la négligence et les maladies chroniques ont été clairement identifiés comme des facteurs de risque pouvant mener à moyen

terme au développement de symptômes dépressifs et à la dépression (voir revue Bhatia & Bhatia, 2007).

Selon plusieurs auteurs, le fonctionnement proprement dit au sein de la famille constitue un terreau fertile pour l'apparition de difficultés à l'adolescence. Un attachement insécurisant ou anxieux (Eberhart & Hammen, 2006; Sund & Wichstrom, 2002) et le manque de soutien familial (Garrison et al., 1990; Herman-Stahl & Petersen, 1999), particulièrement chez les filles (Davies & Windle, 1997; Stice, Ragan, & Randall, 2004), contribueraient au développement de symptômes dépressifs, mais d'autres chercheurs ont observé cet effet sur les garçons également (Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997). Dans plusieurs études transversales et longitudinales, les dysfonctions interpersonnelles (Eberhart & Hammen, 2006; Lewinsohn et al., 1995; Rudolph, Flynn, & Abaied, 2008, pour une recension) et les conflits parents-enfants ont été associés à la dépression (Brendgen, Wanner, Morin, & Vitaro, 2005; Lewinsohn et al., 1995; Sheeber et al., 1997; Van Voorhees et al., 2008) ou à l'augmentation de la sévérité des symptômes dépressifs (Rueter, Scaramella, Wallace, & Conger, 1999), et ce, dans diverses populations (Gil-Rivas, Greenberger, Chen, & Lopez-Lena, 2003; Greenberger & Chen, 1996; Vazsonyi & Belliston, 2006). Cette association serait généralement plus forte au début de l'adolescence (Greenberger et al., 1996).

À l'opposé, l'influence des parents (et des amis) pourrait aussi mener à plus de bien-être chez les adolescents (Costello et al., 2008; Field, Diego, & Sanders, 2002; Liu, 2002; Milne & Lancaster, 2001; Smith et al., 2009; Steinhausen & Metzke, 2000; Tandon & Solomon, 2009). Un lien a été établi entre un niveau élevé de soutien social et une faible incidence de dépression (Colarossi & Eccles, 2000; Cornwell, 2003), mais ce lien pourrait être bidirectionnel, la

dépression ayant aussi un impact sur le niveau du soutien (Colarossi & Eccles, 2000; Garber, 2006).

En ce qui a trait aux relations avec les pairs proprement dites, les symptômes dépressifs pourraient surgir à la suite d'un déficit de soutien des pairs (Stice et al., 2004), particulièrement ceux du même sexe (Brendgen et al., 2005). L'affiliation à des pairs déviants serait également liée à une présence accrue de symptômes dépressifs (Brendgen, Vitaro, & Bukowski, 2000; Fergusson et al., 2003). Par contre, les jeunes qui disent bien s'entendre avec leurs pairs (Bushnik, 2005; Costello et al., 2008) ou être acceptés par eux (Van Voorhees et al., 2008) affichent des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs ou de dépression.

Certains facteurs de risque et de protection de l'environnement scolaire ont également été identifiés. D'une part, on a associé les pressions et l'insatisfaction de la performance scolaire à des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs de manière transversale (Steinhausen & Metzke, 2000) et longitudinale (Lewinsohn et al., 1995; Pelkonen et al., 2008). D'autre part, des liens solides avec l'école (appartenance) semblent également associés à une plus faible intensité de symptômes (Costello et al., 2008) et prédiraient une meilleure santé à court et à moyen termes (Smith et al., 2009).

De manière générale, on semble dire que les sentiments d'affiliation avec les parents, avec les pairs et avec l'école (Costello et al., 2008) sont d'importants facteurs de protection, des dimensions qui sont mises en relief par le modèle de développement social (Hawkins & Weis, 1985). Le maintien de relations saines avec les parents et les pairs facilitent la transition de l'adolescence à l'âge adulte (Cornwell, 2003), mais pour les jeunes défavorisés, ces facteurs de protection multiplieraient les bénéfices (Jessor, Turbin, & Costa, 1998). Par exemple, Smith et ses collègues (2009) ont évalué que les plus vulnérables (ayant vécu des abus physiques ou

sexuels) couraient neuf fois moins de risque d'avoir des idées suicidaires s'ils ressentait un haut niveau d'affiliation avec leur école.

Au niveau de la communauté, les conditions de vie, le manque de ressources, ainsi que l'insécurité contribueraient à l'augmentation du stress et à la difficulté de former des liens avec des adultes, et conséquemment, pourraient mener à la dépression (pour une revue critique voir Cutrona, Wallace, & Wesner, 2006). Plus un voisinage est perçu comme dangereux, plus les symptômes de dépression (et autres troubles comme l'anxiété et les troubles de conduite) seraient élevés (Aneshensel & Sucoff, 1996). Ces auteurs ont également constaté que le manque de cohésion sociale était corrélé à la dépression, celle-ci étant moins élevée quand les individus de la communauté se connaissent les uns les autres. Dans une étude longitudinale, Abada, Hou et Ram (2007) ont estimé qu'une cohésion sociale plus forte dans la communauté produisait des niveaux moindres de dépression. La participation à des activités organisées (à l'école et dans la communauté) prédit également la diminution de symptômes dits « internalisés » un an plus tard chez les élèves de la neuvième à la onzième année (Bohnert, Kane, & Garber, 2008). L'environnement de la communauté pourrait donc agir positivement sur les symptômes dépressifs de diverses manières.

En résumé, plusieurs facteurs de risque et de protection sont associés à la dépression et aux symptômes dépressifs chez les jeunes et peuvent altérer leur trajectoire développementale et leur santé mentale. À notre connaissance, une seule étude a exploré formellement leur relation avec tous les facteurs de risque et de protection du sondage *CTC-YS* (Bond et al., 2005). Ces auteurs ont constaté que les symptômes dépressifs étaient fortement corrélés aux facteurs de tous les domaines, mais plus particulièrement du le domaine familial. La présente étude se propose d'examiner ces liens auprès de la population adolescente de l'Ontario.

Prévalence de l'usage de substances

La cigarette, l'alcool et l'usage de cannabis sont parmi les causes majeures de morbidité et de mortalité durant l'adolescence et au-delà (Boyce, 2004; Toumbourou et al., 2007; van den Bree & Pickworth, 2005). Les données épidémiologiques ne laissent aucun doute quant à leur usage répandu chez les jeunes du secondaire, que ce soit dans un contexte de simple expérimentation, d'usage régulier ou d'abus (Adlaf & Paglia-Boak, 2007; Botvin & Griffin, 2007; Currie et al., 2004; Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2009; Pumariega et al., 2004; Smith et al., 2009).

Partout dans le monde, l'usage de ces substances augmente graduellement pendant l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte (Currie et al., 2008; Pennsylvania State Youth Survey, PAYS, 2007), coïncidant avec l'apprentissage d'une plus grande indépendance, typique de cette période de la vie (Botvin & Griffin, 2007). Il n'est donc pas étonnant que le phénomène ne soit pas limité à un groupe restreint d'adolescents, et qu'il affecte beaucoup de jeunes « ordinaires », parfois même les pré-adolescents (Pumariega et al., 2004), et dans des cultures très diverses (Tot et al., 2004; Currie et al., 2008). Heureusement, la majorité ne s'aventure pas au-delà de la phase d'expérimentation (Botvin, & Griffin, 2007). Certains adolescents, par contre, ont un parcours plus problématique (Boyce, 2004; Marsh & Dale, 2005).

Le sondage ontarien sur l'usage de drogues chez les adolescents (Adlaf & Paglia-Boak, 2007), rapportant depuis 30 ans les données d'élèves de la septième à la douzième année, estimait qu'environ sept élèves sur 10 consommaient au moins un type de substances (incluant le tabac et l'alcool). Des études américaines ont fait un constat similaire (Greydanus & Patel, 2005; Pumariega et al., 2004). Une étude longitudinale (Costello et al., 2003) a révélé que plus de 14 % des garçons et 10 % des filles, évalués initialement entre 9 et 13 ans, avaient développé un

trouble d'abus de substances avant l'âge de 16 ans. La tendance marquée d'une convergence des patrons d'usage entre les filles et les garçons, autant pour la cigarette, l'alcool et le cannabis a, semble-t-il, réduit les écarts au minimum (Amaro, Blake, Schwartz, & Flinchbaugh, 2001).

Dans plusieurs pays, les substances les plus couramment utilisées chez les jeunes, sont le tabac, l'alcool et le cannabis (Currie et al., 2008; Greydanus & Patel, 2005; Johnston et al., 2009; Poulin & Elliott, 2007). C'est pourquoi la présente thèse s'est intéressée à leur usage spécifique. Pour circonscrire les enjeux relevant de l'usage de ces substances, voici un portrait plus détaillé de chacune d'elle.

Tabagisme.

Le tabagisme est de loin la préoccupation de santé publique la plus importante (World Health Organization, WHO, 2002), en plus d'être la cause de maladie la plus facile à prévenir (Adlaf & Paglia-Boak, 2007). Il se situe généralement au troisième rang de l'usage de substances utilisés chez les jeunes après l'alcool et le cannabis (Adlaf & Paglia-Boak, 2007; Currie et al., 2004). Selon une analyse publiée dans *The Lancet* (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007), le tabac se trouve parmi les drogues les plus néfastes pour la santé sur une échelle mesurant le risque pour la santé physique, le fonctionnement social et la dépendance, avant même le cannabis, les solvants, l'*Ecstasy* ou le *LSD*. Heureusement, le tabagisme a connu une diminution marquée depuis une ou deux décennies, autant pour l'essai sporadique que pour l'usage régulier, et cette tendance semble vouloir se poursuivre (Johnston et al., 2009; Smith et al., 2009). Adlaf et Paglia-Boak (2007) ont estimé qu'environ 12 % des Ontariens âgés de 12 à 17 ans ont fumé dans les 12 mois précédant le sondage comparativement à plus de 28 % en 1999. Une étude récente réalisée auprès d'adolescents québécois (Dubé et al., 2009) estimait à 15 % les élèves de la

première à la cinquième secondaire à avoir fumé la cigarette au cours du dernier mois. Cette proportion n'avait pas changé depuis le sondage précédent de 2006.

En Colombie-Britannique, une baisse exceptionnelle de 56 à 26 % de jeunes ayant déjà fumé a été rapportée entre 1998 et 2008 (Smith et al., 2009), et des études provinciales ont montré que près des trois quarts des jeunes n'avaient jamais essayé la cigarette (Adlaf & Paglia-Boak, 2007; Poulin & Elliott, 2007; Smith et al., 2009), un constat également rapporté aux États-Unis dans l'étude PAYS (2007) avec 76 % des jeunes n'ayant jamais fumé la cigarette.

Il semble que l'initiation au tabagisme est plus tardive qu'il y a 25 ans. Parmi les jeunes fumeurs, les Ontariens disaient avoir commencé en moyenne à 13,3 ans en 2007 comparativement à 11,9 ans en 1981 (Adlaf & Paglia-Boak, 2007). L'usage augmente cependant au cours du secondaire, passant de 3 % chez les élèves de septième année à 19 % en douzième année, selon Adlaf et Paglia-Boak (2007). L'étude québécoise de Dubé et ses collègues (2009) a fait à peu près les mêmes constatations (de 8 % en première secondaire à 21 % en cinquième secondaire). Si on examine l'usage quotidien, la moyenne ontarienne de 5 % (12% dans le Nord) rejoignait les données canadiennes recueillies pour l'étude internationale de l'OMS pour la même période (Currie et al., 2008). Les taux canadiens se situaient près de la moyenne mondiale pour les jeunes de 11 ans (environ 1 %) et de 13 ans (environ 4 %), mais bien en deçà de la moyenne pour les jeunes de 15 ans (10 % pour les filles et 7 % pour les garçons comparativement à 19 % et 18 % respectivement pour l'ensemble des 40 pays étudiés).

Par ailleurs, on semble dire depuis quelques années que le tabagisme affecterait autant les filles que les garçons. L'OMS estimait cependant dans son rapport de 2005/2006 (Currie et al., 2008) que l'usage hebdomadaire du tabac était plus élevé chez les filles dans la moitié de 40 pays. Des études canadiennes ont observé cette différence (Currie et al., 2004; Dubé et al.,

2009; Mitura & Bollman, 2004). Par exemple, Mitura et Bollman (2004) ont établi des taux de 15 % chez les filles et de 12 % pour les garçons (données de 2000-2001) et Dubé et ses collègues (2009), de 17 et 13 % respectivement. Par contre, certaines études épidémiologiques nord-américaines n'ont décelé aucune différence pour l'usage quotidien (Adlaf & Paglia Boak, 2007; Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2007; Smith et al., 2009) avec des taux d'environ 12 % pour les deux sexes. L'étude de Poulin et Elliott (2007) a, pour sa part, obtenu un taux équivalent pour les jeunes des deux sexes des quatre provinces atlantiques avec 15 % sur 12 mois. Des taux similaires entre filles et garçons (de 4% en sixième année à 18% en douzième année) ont également été remarqué pour l'usage sur 30 jours dans une étude utilisant le questionnaire CTC-YS (Fagan, Van Horn, Hawkins et Arthur (2007b).

Le tabagisme diffèrerait également selon les régions. En Ontario (Adlaf & Paglia-Boak, 2007), les élèves habitant au Nord étaient les plus susceptibles de fumer (20 %) après ceux de l'Est (12 %), de l'ouest (12 %) et de Toronto (10 %). Ces disparités entre régions urbaines, semi-urbaines et rurales sont comparables à celles estimées ailleurs au Canada (Mitura & Bollman, 2004; Smith et al., 2009) et dans d'autres pays (Ma et al., 2008).

Finalement, une rare étude (Dubé et al., 2009) rapporte également que les taux en fonction de la langue parlée à la maison (anglais, français et autres) ne sont pas significativement différents.

Bien que le tabagisme soit à la baisse et que le Canada se place au bas de la liste comparativement à de nombreux pays (Currie et al., 2008), le niveau de dépendance chez les jeunes fumeurs reste élevé. En Ontario, la majorité des jeunes fumeurs (53 %) confiait avoir essayé d'arrêter dans l'année précédant le sondage. Près du cinquième (18 %) avait développé une dépendance (première cigarette dans les 30 minutes après le lever) et cette proportion

grimait à 24 % dans le Nord de la province (Adlaf & Paglia-Boak, 2007). Le problème demeure inquiétant puisque la durée de la dépendance est estimée à 16 ans en moyenne chez les garçons et à 20 ans chez les filles (Pierce & Gilpin, 1996), ce qui peut entraîner des conséquences majeures et irréversibles pour la santé.

Alcool.

Selon l'échelle de risque de Nutt et ses collègues (2007), l'alcool se situe au cinquième rang des substances les plus dommageables, tout de suite après l'héroïne, la cocaïne, les barbituriques et la méthadone de rue. Pourtant, l'alcool est souvent la première substance « légale » que les adolescents expérimentent (Andrews, Hops, Ary, Lichtenstein, & Tildesley, 1991; Boyce, 2004). Selon une étude épidémiologique américaine, près de 39 % des élèves de huitième année en ont déjà consommé (Johnston et al., 2009), et cette proportion augmente avec l'âge (Johnston et al., 2009; Masten, Faden, Zucker, & Spear, 2008). Certaines études ont vu la plus grosse augmentation se produire entre l'âge de 13 et 15 ans (Currie et al., 2008), d'autres ont observé une croissance presque linéaire du début jusqu'à la fin de l'adolescence (Young et al., 2002). Selon une étude canadienne, la probabilité d'être intoxiqué dans les 12 derniers mois doublerait pour chaque année chronologique (Hotton & Haans, 2004).

Au Canada, environ 79 % des jeunes de 15 ans disaient avoir déjà bu de l'alcool (Currie et al., 2004). Le pourcentage de jeunes ayant déjà bu de l'alcool augmente avec l'âge (Poulin & Elliott, 2007) et l'Ontario ne fait pas exception, avec des pourcentages passant de 28 à 83 % entre la septième et la douzième année (Adlaf & Paglia-Boak, 2007). Selon Smith et ses collègues (2009), le pourcentage moyen de jeunes ayant bu de l'alcool (plus que quelques gorgées) avait diminué en Colombie-Britannique, de 65 % en 1992 à 54 % en 2008, mais la

proportion des élèves de douzième année demeurait équivalente à celle des autres sondages (78 %).

Les différences régionales étaient encore une fois très apparentes et comparables entre les provinces (Adlaf & Paglia-Boak, 2007; Tonkin, Murphy, Chittenden, Jackson, & Dostal, 2004). Par exemple, les jeunes de Toronto (55 %) avaient un taux relativement similaire de consommation à celui des adolescents de Vancouver (49 %). Ceux du Nord ontarien et du Nord-Ouest de la Colombie-Britannique affichaient des niveaux identiques (71 %). L'étude épidémiologique américaine de Johnston et ses collègues (2009) rapportaient pour 2008 un taux moyen de 29 % pour les 30 derniers jours, une diminution progressive depuis 1991 (40 %). Plus près de nous, un élève québécois sur trois (35 %) avait pris de l'alcool pendant cette même période (Dubé et al., 2009).

Historiquement, la consommation d'alcool a toujours été plus forte chez les garçons que chez les filles. Dans certaines études, la consommation d'alcool demeure plus élevée chez les garçons (Currie et al., 2008; Hibell et al., 2004; Mitura & Bollman, 2004). Par contre, d'autres chercheurs n'ont trouvé aucune différence ou une légère avance chez les filles (Fagan et al., 2007b; Hotton & Haans, 2004; Johnston et al., 2009; Ostaszewski & Pisarska, 2008; Smith et al., 2009; Williams et al., 2007).

La consommation d'alcool précoce ne cesse de causer des dommages (Shortt, Hutchinson, Chapman, & Toumbourou, 2007). Elle ouvre la voie à l'usage d'autres substances encore plus nocives (Andrews et al., 1991; Boyce, 2004) ainsi qu'à des comportements plus à risque. Par exemple, en Ontario, 12 % des jeunes conducteurs de la dixième à la douzième année ont pris leur véhicule au moins une fois dans la dernière année après avoir consommé deux boissons alcoolisées ou plus (Adlaf & Paglia-Boak, 2007). Ces comportements entraînent

malheureusement de nombreux décès dans cette tranche d'âge (Currie et al., 2004; Masten et al., 2008).

Cannabis.

Le cannabis se situe au deuxième rang pour l'usage de substances après l'alcool (Adlaf et Paglia-Boak, 2007; Boyce, 2004; Mitura & Bollman, 2004; Tonkin et al., 2004) et au premier rang des drogues illicites dans de nombreux pays (Hibell et al., 2004 ; Kingery, Alford, & Coggeshall, 1999). L'échelle de risque de Nutt et ses collègues (2007) le place au onzième rang des substances les plus dangereuses.

Plus du quart (26 %) des élèves du secondaire en Ontario (Adlaf & Paglia-Boak, 2007), 27 % au Québec (Dubé et al., 2009) et 29 % dans les provinces atlantiques (Poulin & Elliott, 2007) disaient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans les 12 mois précédant le sondage. Un pourcentage de 30 % en avait déjà fumé au moins une fois au cours de leur vie (Adlaf & Paglia-Boak, 2007). En Colombie-Britannique, la situation était à peu près équivalente alors qu'une égale proportion de filles et de garçons (30 %) disait avoir déjà essayé cette drogue (Smith et al., 2009), une baisse par rapport à 2003 (37 %). D'autres auteurs (Fagan, Van Horn, Antaramian, & Hawkins, 2010; Williams et al., 2007) n'ont pas trouvé non plus de différence entre les filles et les garçons à ce chapitre. Sur le plan mondial, le dernier rapport de l'OMS (Currie et al., 2008) a fait ressortir des disparités pour l'usage à vie dans la moitié des 40 pays sondés, mais pas dans ceux où les taux étaient les plus élevés incluant le Canada, qui se situait au tout premier rang pour l'usage à vie (34 %). Une étude américaine récente (PAYS, 2007) a cependant remarqué une baisse considérable depuis la fin des années 90 et rapporte un taux plus faible (16 %).

Par le passé, on a observé que les garçons se faisaient offrir de la drogue plus souvent et à un plus jeune âge que les filles (Robertson, David, & Rao, 1997) et qu'ils seraient possiblement plus vulnérables à la dépendance, comme en témoigne le nombre plus élevé de garçons qui consomment de façon régulière (Hibell et al., 2004; Smith et al., 2009). Ces derniers auteurs ont estimé que 16 % des garçons en avaient fumé à plus de 20 occasions dans le dernier mois, comparativement à 8 % chez les filles. Ces chiffres sont près de ceux rapportés par Johnston et ses collègues (2009) récemment, soit 13 % en moyenne pour 2008, et auraient atteint un plateau depuis 2006 après une diminution progressive depuis 1997.

Tout comme pour le tabagisme et l'alcool, l'usage de cannabis monte en flèche au cours du secondaire. Pour chaque année chronologique, le risque de faire usage de cannabis augmenterait de 1,7 fois (Hotton & Haans, 2004). Plusieurs études aux Pays-Bas, en Allemagne, en France et aux États-Unis rapportent de plus un abaissement de l'âge d'initiation (Johnston et al., 2007; Melchior, Chastang, Goldberg, & Fombonne, 2008; Monshouwer, Smit, de Zwart, Spruit, & van Ameijden, 2003; Perkonig et al., 2008) quoique certains auteurs parlent d'une stabilisation (Monshouwer, Smit, de Graaf, van Os, & Vollebergh, 2005).

Les disparités régionales pour l'usage de cannabis semblent minimales en Ontario (Adlaf & Paglia-Boak, 2007), mais en Colombie-Britannique, elles demeuraient appréciables et suivaient les mêmes patrons d'usage que pour l'alcool avec un plus fort pourcentage dans le Nord, l'intérieur de la province et l'Île de Vancouver (près de 40 %), comparativement à 25 % dans la vallée du Fraser et 21 % dans la région côtière de Vancouver (Smith et al., 2009).

Même si l'initiation au cannabis se produit généralement par effet d'entraînement ou pour assouvir sa curiosité, l'expérimentation candide peut tout de même avoir des conséquences persistantes. Une étude longitudinale récente (van den Bree & Pickworth, 2005) rapporte que les

jeunes ayant consommé du cannabis avaient conservé leur habitude un an plus tard. Parmi les jeunes qui ont consommé du cannabis de manière répétée (cinq fois ou plus), l'usage serait très stable et le taux de rémission relativement bas jusqu'à l'âge de 34 ans (Perkonigg et al., 2008). Toutes ces constatations ne sont pas sans rappeler la nécessité d'agir tôt sur les facteurs de risque et les facteurs de protection qui peuvent en influencer l'initiation.

Facteurs de risque et de protection liés à l'usage de substances

Divers facteurs de risque ont été identifiés depuis une trentaine d'années et sont considérés comme des prédicteurs importants de l'usage de substances (Hawkins et al., 1992; Lonczak et al., 2001; pour une recension récente, voir Marsh & Dale, 2005). Certains de ces facteurs sont communs à l'usage de la cigarette, de l'alcool et du cannabis (Poikolainen, 2002). En intégrant quatre des domaines les plus importants de la vie des jeunes, le modèle du développement social considère en priorité le caractère écologique des influences potentielles, incluant les éléments sociaux distaux (communauté et voisinage), les connexions plus proximales (école, famille, amis) et certaines caractéristiques individuelles. La prochaine section met l'accent sur les facteurs de risque et de protection du *CTC-YS* et leur association connue avec l'usage de substances.

Depuis peu, la recherche internationale ouvre des pistes de réflexion intéressantes à propos de l'invariance possible des relations entre les facteurs de risque et de protection et l'usage de substances. Une étude comparant plus de 3 000 jeunes Chinois et Américains (Jessor et al., 2003) a examiné les niveaux de différents facteurs de risque et de protection et leur relation avec l'alcool, la cigarette et la délinquance. La prévalence des problèmes de comportement était plus faible dans l'échantillon chinois et les niveaux de protection plus élevés,

reflétant peut-être certaines variations culturelles et sociales. Cependant, les problèmes étaient associés aux mêmes facteurs de risque et de protection dans les deux pays. D'autres comparaisons (entre Australiens et Américains) ont montré que les adolescents étaient exposés également aux facteurs de risque et de protection du *CTC-YS* et que la plupart des facteurs étaient généralement associés aux comportements problématiques de manière identique dans les deux pays (Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur, & Hawkins, 2004; Hemphill et al., 2007).

Par contre, des résultats contraires ont aussi été obtenus. Wallace et Muroff (2002) ont réfuté ce qu'ils appellent l'hypothèse de l'égalité d'exposition et de vulnérabilité (*equal exposure and vulnerability*), voulant que les niveaux des facteurs de risque et de protection et des comportements problématiques, ainsi que les relations entre eux, ne varient pas. En utilisant les facteurs de risque et de protection identifiés par Hawkins et ses collègues (1992), les auteurs ont d'abord observé des différences significatives d'exposition sur plus de la moitié des 55 facteurs étudiés dans un échantillon biracial, mais surtout, ils ont observé une plus grande vulnérabilité du côté des jeunes Caucasiens (Blancs) par rapport aux jeunes de race noire, sur le tiers des facteurs, particulièrement dans le domaine des pairs et de l'école. Dans le même sens, Oesterle, Hawkins, Steketee et Jonkman (2008) ont examiné récemment la relation de plusieurs facteurs de risque et de protection avec l'usage de substances et la délinquance aux États-Unis et aux Pays-Bas. Ils ont constaté que la majorité des facteurs étaient plus fortement associés aux problèmes de comportement aux États-Unis qu'aux Pays-Bas, rendant ainsi les jeunes Américains plus vulnérables.

On a constaté que les facteurs de risque sont souvent plus élevés chez les garçons que chez les filles (Fagan, Van Horn, Hawkins, & Arthur, 2007a; Hishinuma, Johnson, Kim, Nishimura, & Makini, 2005; van den Bree & Pickworth, 2005). Par contre, un bon nombre

d'études n'ont signalé aucune (ou peu de) différence de relations pour divers facteurs de risque et de protection entre les deux sexes (Bohnert et al., 2008; Fergusson, Swain-Campbell, & Horwood, 2002; Guo, Hill, Hawkins, Catalano, & Abbott, 2002; Jessor et al., 2003; van den Bree & Pickworth, 2005), mais certains chercheurs croient qu'elles existent (Amaro et al., 2001; Nolen-Hoeksema, 2006).

L'âge de l'initiation constitue également un facteur de risque significatif pour la consommation future (Ellickson, McGuigan, & Klein, 2001a; Ellickson, Tucker, Klein, & McGuigan, 2001b; Hawkins et al., 1997). En moyenne, l'initiation aux substances se produit entre 12 et 14 ans, mais retarder l'initiation à la consommation d'alcool jusqu'à 14 ou 15 ans par exemple réduirait significativement le risque que les adolescents s'engagent par la suite dans des patrons de consommation problématiques (Ellickson et al., 2001b). Les plus jeunes semblent particulièrement vulnérables aux facteurs de risque comparativement aux adolescents plus âgés. Fagan et ses collègues (2007b) ont noté que les facteurs de risque –tout comme les facteurs de protection– du *CTC-YS* dans les domaines de la communauté et de la famille étaient plus fortement associés aux différents problèmes d'usage de substances chez les plus jeunes. Une autre étude effectuée à l'aide de ce questionnaire (Arthur et al., 2007) sur un échantillon de près de 85 000 adolescents a montré que les relations de plusieurs facteurs de risque avec les problèmes de comportement étaient plus fortes en sixième et huitième années qu'en dixième et en douzième années. La diminution dans la force des relations se poursuivrait même au-delà de l'adolescence, comme l'ont constaté Fergusson et ses collègues (2002) dans une analyse comparant des adolescents de 14-15 ans et des jeunes adultes sur l'affiliation avec des pairs antisociaux et l'usage de l'alcool et du cannabis. Boles et ses collègues (2006) ont estimé cette vulnérabilité accrue des plus jeunes sur une série de facteurs de risque et de problèmes de

comportement. Le risque de développer d'autres comportements à risque serait aussi plus grand chez les plus jeunes s'ils affichent déjà un de ces comportements. Par exemple, si le jeune de huitième année a consommé de l'alcool dans les 30 derniers jours, il a 25 fois plus de chance de faire usage de drogues dures, tandis que l'adolescent de onzième année voit ce risque diminuer de moitié. La période critique s'étendrait ainsi jusqu'à l'âge de 20 ans (Guo et al., 2002), et passé ce cap, les jeunes n'ayant pas expérimenté la cigarette, l'alcool ou le cannabis courraient de moins en moins de risque d'en commencer l'usage (Kandel & Logan, 1984; Winters & Lee, 2008).

Certaines caractéristiques personnelles ont été associées à l'usage de substances (pour une revue, voir Poikolainen, 2002). Dans des études transversales, on a constaté que la recherche de sensations (Gabel, Stallings, Schmitz, Young, & Fulker, 1999), et de la nouveauté (Lynskey, Fergusson, & Horwood, 1998), ainsi que l'agressivité et l'impulsivité (Beman, 1995; Poikolainen, 2002) y étaient corrélées. L'attitude favorable à l'usage de substances (Carvajal, Wiatrek, Evans, Knee, & Nash, 2000; Hawkins et al., 1992; Loxley, Toumbourou, Ryder, Stockwell, Haines, & Scott, 2004) et l'intention d'usage (Ellickson et al., 2001b; Guxens, Nebot, & Ariza, 2007) contribueraient à l'initiation et à l'escalade de l'utilisation de ces substances. La perception du risque associée à ces pratiques serait également très liée à la consommation elle-même et les patrons de consommation fluctueraient en accord avec les changements de cette perception (Bachman, Johnston, O'Malley, & Humphrey, 1988; Guo, Collins, Hill, & Hawkins, 2000; Johnston et al., 2009; Pumariega et al., 2004).

En contrepartie, les habiletés sociales et la compétence émotionnelle (Hawkins et al., 1992; Loxley et al., 2004) auraient un effet protecteur, de même que l'objection à la consommation (Gau et al., 2007). De plus, la religiosité (en tant que croyance ou pratique)

semblerait exercer une influence positive. Des études transversales et longitudinales l'ont associée à des niveaux plus faibles de tabagisme, de consommation d'alcool et d'usage de drogues (Rew & Wong, 2006, pour une revue systématique; Wallace, Brown, Bachman, & Laveist, 2003b). Nonnemaker, McNeely et Blum (2006) ont trouvé que la pratique religieuse prédisait la réduction et la cessation de l'usage de la cigarette entre deux vagues successives de près de 15 000 jeunes Américains de la septième à la douzième année. Dans une étude menée sur quatre ans, Wills, Yaeger et Sandy (2003) ont remarqué un phénomène modérateur de la religiosité sur l'abus de substances. Par contre, les résultats ne sont peut-être pas généralisables. Par exemple, Rushton et ses collègues (2002) n'ont pas observé d'effet positif de la religiosité sur la consommation d'alcool, de cigarettes ou de drogues chez les jeunes d'orientation homosexuelle sur une période de six ans.

Sur le plan familial, plusieurs facteurs de risque et de protection semblent jouer un rôle déterminant dans l'usage futur de substances (Guo, Hawkins, Hill, & Abbott, 2001; Lewinsohn, Gotlib, & Seeley, 1995; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, & Paradis, 2000; Williams et al., 2007) et ce, dans divers groupes ethniques (Carvajal et al., 2000). Une étude longitudinale auprès de 2 700 jumeaux finlandais des deux sexes a clairement établi le rôle capital des facteurs liés à l'environnement familial (Rose et al., 2001). De plus, les conflits parents-enfants (Flay, Hu, & Richardson, 1998; Guo et al., 2002; Lewinsohn et al., 1995; Poikolainen, 2002, pour une revue des relations parents-enfants) sont vus comme de solides prédicteurs de l'usage de substances. Dans une étude longitudinale, Carvajal et ses collègues (2000) ont estimé que les normes parentales prédisaient le tabagisme. Le manque de surveillance a aussi été associé à une augmentation de l'usage de substances (Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen, & Trapl, 2003). Par ailleurs, des variables telles que l'attitude favorable des parents au tabagisme (Jackson &

Henriksen, 1997) ou à la consommation d'alcool (Monshouwer et al., 2003) ont également été associées à l'initiation et à la consommation chez les jeunes. Finalement, les habitudes de consommation des frères et sœurs (généralement plus vieux) ne sont pas négligeables. Plusieurs études ont établi un lien entre le comportement des jeunes et de leurs frères et sœurs, autant pour la cigarette (Currie et al., 2004; Gau et al., 2007), l'alcool (Windle, 2000) ou le cannabis (Fagan & Najman, 2005). Ces auteurs ont même conclu que cette association était plus forte que celle retrouvée entre ces jeunes et leurs parents.

D'un autre côté, la famille peut aussi avoir un effet protecteur contre l'usage de substances. L'attachement et l'harmonie dans la famille (Hawkins et al., 1992; Loxley et al., 2004), la participation à des activités familiales dans les premières années de l'adolescence (Coley, Votruba-Drzal, & Schindler, 2008) et la communication parent-enfant constituent des facteurs de protection pouvant prémunir contre la survenue de ces problèmes. Chilcoat et Anthony (1996) ont constaté que la surveillance et le soutien parental freinaient l'effet néfaste des facteurs de risque. Au cours de l'adolescence, les effets positifs de la famille semblent se maintenir pour commencer à réellement décliner après l'âge de 18 ans (Guo et al., 2002).

Malheureusement, l'effet de l'affiliation à des pairs ayant des comportements antisociaux débiterait pour sa part autour de l'âge de 15 ans (Guo et al., 2002). L'influence des pairs dans l'initiation et l'usage de substances a beaucoup été étudiée et généralement confirmée dans plusieurs études prospectives à travers le monde (Griffin, Botvin, Scheier, & Nichols, 2002; Guxens et al., 2007; Jenkins, 1996; Loxley et al., 2004; Monshouwer et al., 2003; Perkonigg et al., 2008; Urberg, Luo, & Pilgrim, & Degirmencioglu, 2003). Cette influence semble s'accroître au cours de l'adolescence et s'observe dans diverses populations (Carvajal et al., 2000; Choi, Harachi, & Catalano, 2006; Peterson, Hawkins, Abbott, & Catalano, 1995; Warheit et al., 1995).

Williams et ses collègues (2007) ont estimé que la mauvaise influence des pairs est de loin le plus grand facteur de risque des problèmes de comportement incluant l'usage de substances. Les pairs qui font usage de substances peuvent aussi avoir un impact sur l'usage futur, comme en font foi diverses études longitudinales sur le tabagisme (Brook, Pahl, & Ning, 2006; Carvajal et al., 2000; Currie et al., 2004; Griffin, Botvin, Doyle, Diaz, & Epstein, 1999), sur la consommation d'alcool (Ellickson et al., 2001b; Hotton & Haans, 2004) et sur l'usage de cannabis (Guo et al. 2002; Perkonig et al., 2008). D'un autre côté, l'affiliation avec des pairs aux comportements prosociaux peut engendrer un effet protecteur important et favoriser l'abstinence (Hawkins et al., 1992; Spoth, Redmond, Hockaday, & Yoo, 1996).

Par ailleurs, les jeunes peuvent subir les répercussions d'une expérience négative de l'école. Plusieurs études épidémiologiques ont remarqué que le faible sentiment d'appartenance à l'école (Hawkins et al., 1992; Smith et al., 2004) et les difficultés scolaires constituaient un facteur de risque potentiel dans diverses populations. Des études sur un an (Lewinsohn et al., 1995) et sur six ans (Griffin et al., 1999) ont constaté que des résultats scolaires médiocres prédisaient l'usage régulier de la cigarette. Williams et ses collègues (1999) ont par ailleurs établi le lien entre les résultats scolaires et l'usage de substances de la fin du primaire jusqu'au milieu du secondaire. Cette influence se ferait même sentir dès les premières années d'école (Hops, Davis, & Lewin, 1999). À l'opposé, on reconnaît également l'influence positive de l'école (Boyce, 2004). Entre autres, Guo et ses collègues (2001) ont observé en septième année l'effet protecteur d'une bonne performance scolaire sur une période de trois ans.

Les caractéristiques de la communauté peuvent elles aussi inciter les jeunes à consommer diverses substances. La désorganisation sociale (Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997), la perception de la disponibilité (Carvajal et al., 2000), la disponibilité réelle des substances dans la

communauté (Robinson, Klesges, Zbikowski, & Glaser, 1997), les lois qui ne sont pas défavorables à la consommation, l'absence d'appartenance à la communauté et la mobilité ont été associées à l'usage de substances (Beyers et al., 2004). Dans un échantillon de jeunes Américains de race noire, la perception d'un voisinage désorganisé (p. ex. la violence, le sentiment d'insécurité et les activités liées à la drogue) en septième année prédisait une augmentation de l'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis chez les garçons de neuvième année (Lambert, Brown, Phillips, & Ialongo, 2004). La perception qu'ont les pairs des normes sociales peut aussi s'avérer déterminante dans l'escalade d'une substance à une autre chez les jeunes du secondaire (Jenkins, 1996). Par contre, les études ne sont pas toutes aussi concluantes à déceler des relations entre les facteurs de risque et l'usage de substances. Une étude récente a fait le lien entre la perception négative du voisinage et la délinquance, mais non avec l'usage d'alcool (Byrnes, Chen, Miller, & Maguin, 2007) et d'autres ont trouvé peu d'association entre les normes du quartier et l'usage de substances chez les jeunes (Musick, Seltzer, & Schwartz, 2008).

Dans la communauté, certains facteurs auraient des effets protecteurs sur l'usage de substances, tels l'engagement dans des activités avec des adultes et la reconnaissance de ces comportements prosociaux (Beyers et al., 2004; Loxley et al., 2004).

En résumé, de nombreux facteurs de risque et de protection agissent sur les comportements d'usage de substances selon les circonstances, la phase développementale et les caractéristiques de l'environnement. Ces facteurs de risque proviennent de divers domaines et engendrent des difficultés variées de comportement et de santé mentale.

Certaines analyses se sont également penchées sur l'importance relative de ces différents domaines dans le développement de problèmes de comportement et de santé mentale. Costa et ses collègues (2005) ont pu déterminer qu'aux États-Unis, les domaines de la famille et des pairs

étaient les plus associés aux difficultés des jeunes Américains, tandis que la relation était plus forte dans les domaines de l'école et des pairs pour les adolescents chinois. Toutefois, ils en sont venus à la conclusion que, dans l'ensemble, les facteurs de risque des quatre contextes (communauté, famille, école, pairs) étaient liés de manière indépendante aux problèmes de comportement pour les deux échantillons, suggérant que chacun de ces domaines avait une influence directe sur ces problèmes (Leatherdale & Mantske, 2005). Bond et ses collègues (2005) ont fait un constat semblable à propos de l'impact des multiples domaines de risque sur la présence de symptômes dépressifs. Pour tenter de situer la population adolescente francophone et anglophone des deux régions ontariennes du Nord et de l'Est de l'Ontario, un dernier objectif, de nature exploratoire, consistait à examiner l'influence des quatre domaines de vie sur les symptômes dépressifs et les problèmes d'usage de substances.

Des deux recensions précédentes sur les symptômes dépressifs et l'usage de substances ressort la nécessité de mieux comprendre comment ces phénomènes interviennent dans le développement pendant la période cruciale de l'adolescence et de cerner avec plus de précision leur relation avec les facteurs de risque et de protection des différents milieux de vie des jeunes. Aucune étude en fonction de la langue, du sexe et de l'âge n'a encore été effectuée à l'aide du *CTC-YS* pour comparer les facteurs de risque et de protection et leur lien avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances dans un échantillon bilingue de jeunes adolescents fréquentant les écoles de l'Ontario.

Hypothèses

La première série d'analyses se proposait de faire le bilan du niveau des facteurs de risque et de protection, du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'usage de cannabis,

mesurés à l'aide du *CTC-YS*, en fonction du groupe linguistique, du sexe et de l'âge. Étant donné la rareté des études au niveau des deux groupes linguistiques sur ces questions et le contexte exploratoire des analyses, aucune hypothèse n'a été formulée pour estimer les différences entre anglophones et francophones, tant pour les facteurs de risque et de protection que pour les problèmes de comportement et de santé mentale.

Par contre, les études antérieures décrites plus haut permettent de penser que certains patrons et tendances se manifesteront en fonction du sexe et de l'âge. Les garçons étant plus susceptibles de faire face à des problèmes externalisés, il est avancé que :

H_1 : En général, les facteurs de risque sont plus élevés et les facteurs de protection plus faibles chez les garçons que chez les filles;

En ce qui a trait aux symptômes dépressifs, les nombreuses études sur les différences entre les garçons et les filles ont amplement démontré la prédominance des filles à ce chapitre. Ainsi, il est attendu que :

H_2 : Les symptômes dépressifs sont plus élevés chez les filles.

Tel que décrit dans l'introduction, on assiste présentement à une convergence des patrons de consommation de substances licites et illicites entre les filles et les garçons, autant au Canada que dans le reste du monde. Cette tendance se serait accentuée dans les dernières années au point où on ne rapporte plus de différences entre les deux sexes dans certaines études plus récentes, sauf parfois pour le cannabis. Si nos échantillons suivent les tendances canadiennes, les niveaux de tabagisme et de consommation d'alcool devraient être équivalents pour les filles et les garçons, mais il est possible que certaines différences subsistent pour l'usage du cannabis. Une seule hypothèse est donc suggérée que :

H₃ : L'usage de cannabis demeure plus important chez les garçons que chez les filles.

Par ailleurs, il ressort très nettement de la recherche que les difficultés rencontrées par les adolescents augmentent avec l'âge. Ainsi, en accord avec ce constat :

H₄ : Les facteurs de risque sont plus élevés et les facteurs de protection plus faibles chez les adolescents plus âgés que chez les adolescents plus jeunes;

H₅ : Les symptômes dépressifs sont plus présents chez les adolescents plus âgés que chez les adolescents plus jeunes;

H₆ : Les problèmes d'usage de substances sont plus présents chez les adolescents plus âgés que chez les adolescents plus jeunes.

Dans un deuxième temps, les analyses se penchaient sur les relations entre les facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage du cannabis. Aucune étude, à notre connaissance, n'a comparé la manière dont ces relations opéraient en fonction des particularités linguistiques de l'Ontario. De plus, les études internationales citées précédemment ont généralement conclu que les ressemblances supplantent les différences dans plusieurs pays ou cultures. Étant donné que les francophones et les anglophones de l'Ontario vivent dans un même espace géographique, partageant nombre d'influences et contextes de vie, il est possible que l'hypothèse de la culture adolescente globale fasse pencher la balance du côté de l'invariance, c'est-à-dire qu'il n'existe aucune différence significative dans les relations entre facteurs de risque et problèmes de comportement et de santé mentale. Ainsi, aucune hypothèse spécifique n'a été formulée. Rappelons cependant que l'acceptation de l'hypothèse nulle n'est pas dénuée d'intérêt puisqu'elle rend compte de la probabilité d'une invariance parmi les groupes d'intérêt. Cela ajoute aux connaissances actuelles,

et peut simplifier l'application des mesures préventives en autorisant les interventions à caractère universel.

Par ailleurs, plusieurs hypothèses ont été envisagées pour les analyses en fonction du sexe et de l'âge. D'abord, les relations entre facteurs de risque et les symptômes dépressifs pourraient varier sensiblement selon le sexe. En accord avec certains résultats obtenus par Bond et ses collègues (2005), il est fort possible que certains facteurs de risque et de protection montrent des associations plus fortes avec les symptômes dépressifs chez les filles que chez les garçons. En ce sens, l'hypothèse suivante est proposée que :

H₇ : les relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs sont généralement plus fortes chez les filles que chez les garçons.

Il ressort également des nombreuses études que les influences familiales sur la présence de symptômes dépressifs sont prépondérantes. Cela nous amène à dire que :

H₈: les relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs sont plus fortes avec les facteurs de la famille qu'avec ceux des domaines de la communauté, de l'école et des pairs et de l'individu.

Finalement, plusieurs études, incluant celles ayant utilisé le *CTC-YS*, ont montré que l'association des facteurs de risque et de protection avec l'usage de substances avait souvent tendance à être plus forte chez les plus jeunes pour s'estomper par la suite. En ce sens, les hypothèses suivantes ont été envisagées :

H₉: dans l'ensemble, les relations des facteurs de risque avec l'usage de substances sont plus fortes chez les adolescents plus jeunes que chez les plus âgés;

H₁₀ : dans l'ensemble, les relations des facteurs de protection avec l'usage de substances sont plus fortes chez les adolescents plus jeunes que chez les plus âgés.

Une dernière analyse, de nature exploratoire, examinait la contribution globale des facteurs de risque et de protection du *CTC-YS* dans l'apparition de problèmes d'usage de substances et des symptômes dépressifs, et du même coup, l'invariance de ces relations pour nos deux échantillons. Étant donné que les études associent généralement plusieurs des facteurs de risque de chacun des domaines aux symptômes dépressifs, mais donnent généralement plus de poids aux facteurs de la famille, l'hypothèse suivante a été formulée :

H₁₁ : Les quatre domaines de la communauté, de la famille, de l'école et des pairs et de l'individu contribuent de manière indépendante à expliquer la variance des symptômes dépressifs, mais l'association avec le domaine de la famille est prédominante.

Les études mentionnées précédemment font état de l'étiologie multidimensionnelle des problèmes d'usage de substances tout en singularisant les facteurs liés au domaine des pairs. En ce sens :

H₁₂ : Les quatre domaines de la communauté, de la famille, de l'école et des pairs et de l'individu contribuent de manière indépendante aux problèmes d'usage de substances (tabagisme, alcool et cannabis séparément), mais le domaine des pairs y est plus fortement associé.

La présente thèse avait donc pour objectifs principaux : 1) d'examiner les niveaux des facteurs de risque, des facteurs de protection, d'usage de substances et de symptômes dépressifs et d'estimer les différences en fonction de la langue, du sexe et de l'âge et 2) d'explorer les relations entre les facteurs de risque et de protection et les problèmes d'usage de substances et de

symptômes dépressifs et les différences de ces relations en fonction de la langue, du sexe et de l'âge. Aucune étude n'a comparé toutes ces caractéristiques à l'aide du questionnaire *CTC-YS* auprès d'une population adolescente canadienne bilingue, provenant de deux régions distinctes de l'Ontario.

Méthodologie

Participants

Les deux échantillons de données secondaires provenaient de deux régions de l'Ontario. Le premier échantillon était constitué de 2 716 élèves âgés de 11 à 19 ans de la sixième à la douzième année, de 84 écoles des quatre commissions scolaires (anglaises et françaises, publiques et catholiques) du Nord de l'Ontario. Les élèves ont été sélectionnés au hasard à chaque niveau scolaire. L'échantillon de 1 409 filles (52 %) et 1 307 garçons (48 %) représentait approximativement le quart (25 %) de la population étudiante de cette région. La moyenne d'âge pour les filles était de 14,30 ans (écart-type de 2,06) et de 14,33 ans (écart-type de 2,05) pour les garçons. Les 948 élèves des écoles françaises (508 filles et 440 garçons) constituaient 35 % de l'échantillon et avaient en moyenne 13,92 ans (écart-type de 1,93), tandis que les 1 768 élèves des écoles anglaises (65 % de l'échantillon composé de 901 filles et 867 garçons) étaient âgés de 14,52 ans (écart-type de 2,08). Pour contrer un effet simple de l'âge ($d = 0,3$, $p < 0,001$) entre les deux groupes linguistiques, toutes les analyses ont été ajustées en fonction de l'âge. On ne notait aucune différence significative pour l'âge entre les filles et les garçons ($p = 0,72$).

Le deuxième échantillon était composé de 1 904 élèves âgés de 10 à 19 ans des sixième, huitième, dixième et douzième années de 24 écoles sur les 134, des quatre conseils scolaires de l'Est ontarien. Ce nombre équivalait à près des deux tiers (66 %) de la population étudiante de ces écoles pour ces niveaux⁴. On comptait 996 filles (52 %) et 908 garçons (48 %). La moyenne d'âge des filles était de 14,24 ans (écart-type = 2,01) et de 14,16 ans (écart-type = 2,06) pour les garçons. Les 1 367 élèves des écoles françaises (72 % de l'échantillon total) avaient en moyenne

⁴ Une seule école d'un quatrième conseil scolaire (*Upper Canada*) a participé au sondage. Ce conseil s'étend jusqu'à Cornwall et comprend plus de 100 écoles. Pour ne pas diluer faussement la représentativité de l'échantillon, ce conseil n'a pas été considéré dans les statistiques calculant le pourcentage de participation.

14,16 ans (écart-type = 2,06), tandis que les 537 élèves des écoles anglaises (28 % de l'échantillon) étaient âgés de 14,29 ans (écart-type = 1,96).

La composition des écoles sur le plan linguistique variait légèrement entre les deux régions. Dans l'Est, la majorité des élèves parlant une langue donnée à la maison fréquentait une école de même langue d'instruction. Dans le Nord, les écoles anglaises accueillaient des élèves qui ont rapporté majoritairement parler l'anglais à la maison, mais les écoles françaises étaient composées de jeunes ayant rapporté parler le français, l'anglais ou les deux à la maison dans une proportion à peu près égale (Tableau 1).

Puisqu'une partie des analyses se penchaient sur les différences entre écoles françaises et anglaises, nous avons voulu estimer dans quelle mesure le profil linguistique hétérogène des écoles françaises de l'échantillon du Nord pouvait avoir une incidence sur les résultats. Il semble que cette influence soit minime. La description de ces analyses est présentée dans la section sur les variables indépendantes additionnelles plus loin.

Sous l'effet de l'immigration, la composition ethnique des écoles francophones connaît de nombreux changements en Ontario (Boissonneault, 2004; Gérin-Lajoie & Jacquet, 2008) surtout en milieu urbain où les nombreuses communautés culturelles se côtoient désormais sur les bancs d'école (Gérin-Lajoie, 2004). Dans le Nord, une seule question (sur l'origine autochtone) nous renseignait sur cette dimension. On retrouvait 14 % d'élèves d'origine autochtone dans les écoles anglaises et 9 % dans les écoles françaises. Dans l'Est, une question détaillée, identique à celle du dernier recensement canadien (2006), a été ajoutée afin de mieux refléter les tendances démographiques qui pourraient s'intensifier dans un proche avenir. En examinant l'échantillon, on a constaté cependant que les changements observés ailleurs n'avaient pas encore modifié le profil homogène de cette région lors de l'administration du sondage en

Tableau 1. *Langue parlée à la maison dans les écoles anglaises et françaises du Nord et de l'Est (nombre d'élèves et pourcentage)*

Langue(s) à la maison	Nord (84 écoles)		Est (24 écoles)	
	Écoles anglaises	Écoles françaises	Écoles anglaises	Écoles françaises
Français	21 (1,2%)	335 (37,4%)	27 (5,0%)	1121 (82,9%)
Anglais	1551 (87,7%)	260 (27,4%)	496 (92,4%)	191 (14,0%)
Français et anglais	183 (10,4%)	333 (35,1%)	4 (0,7%)	39 (2,9%)
Autres	13 (0,7%)	0 (0%)	10 (1,9%)	16 (1,2%)
Total	1768 (100%)	948 (100%)	537 (100%)	1367 (100%)

2007. Parmi les anglophones, 6 % des élèves disaient ne pas être nés au Canada. Cette proportion chutait à 1 % chez les francophones. En ce qui a trait à l'appartenance ethnique, 92 % des jeunes ont rapporté être caucasiens et 2 % d'origine autochtone (Premières Nations, Inuit ou Métis) dans les écoles anglaises. Du côté des écoles françaises, 91 % des jeunes se sont identifiés comme caucasiens et 2 % en tant qu'autochtones. Les pourcentages restants, soit 5 % chez les écoles anglaises et 6 % chez les écoles françaises se retrouvent dans 11 autres groupes : Chinois, Asiatique du Sud (Indien, Sri Lankais, Pakistanais), Noir, Philippin, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est (Vietnamien, Cambodgien, Malaysien, Laotien) Arabe, Asiatique de l'Ouest (Iranien, Afghan), Coréen, Japonais ou autres.

Procédures

Administration du sondage.

Dans le Nord de l'Ontario, le sondage a été proposé dans le cadre du projet *Tri-District School-based Initiative (TD-SBI, 2006-2009)* coordonné par les services Enfants et Familles de Timmins et District. Ce projet avait été mis sur pied dans le but d'améliorer le développement sain des jeunes et résultait d'un partenariat entre trois organismes communautaires de services aux enfants et aux familles et les quatre conseils scolaires (écoles anglaises et françaises de dénomination catholique ou publique) de cette région. L'administration du sondage dans les écoles a été approuvée par les conseils participants et orchestrée par les organismes communautaires responsables du projet (plutôt que par le personnel scolaire). La cueillette de données a eu lieu en février et mars 2006.

Dans l'Est de l'Ontario, une coalition formée de trois organismes communautaires sous la gouverne des Services aux enfants et adultes de Prescott-Russell (SEAPR), était responsable de

la cueillette des données en collaboration avec les autorités scolaires du comté (écoles anglaises et françaises de dénomination catholique et publique). Le sondage a été administré dans le cadre de l'implantation sur trois ans (2006-2009) du système opérationnel *C'est ta communauté (CTC, Communities that Care)*. Ce système a été conçu par des chercheurs de l'Université de Washington pour favoriser la prise en charge de la communauté dans l'implantation de programmes de prévention fondés sur des données probantes. Mon superviseur et moi-même avons agi à titre de consultants pour la mise en œuvre de ce projet qui se déroule en cinq phases. La passation du sondage *CTC-YS* faisant partie de la troisième phase portant sur l'élaboration du profil de la communauté. La cueillette de données a eu lieu en mars et avril 2007.

Dans les deux régions, le but du sondage a été expliqué aux élèves quelques semaines avant l'administration. Un formulaire de consentement passif leur a été distribué, stipulant que les parents devaient contacter l'école pour signifier le retrait de leur enfant, soit par téléphone, par courrier ou par courriel. Toutes les écoles et conseils scolaires concernés ont accepté la procédure de consentement passif, ce qui a permis la participation d'un très grand nombre d'élèves (95 % des élèves sollicités dans le Nord⁵). Le consentement passif est expliqué plus en détail dans la section suivante.

Au début de l'administration en classe, les responsables du sondage expliquaient de nouveau le but de l'exercice et réitéraient la possibilité pour l'élève de refuser d'y prendre part sans aucune pénalité, afin d'assurer le libre arbitre des participants. On mentionnait également aux jeunes qu'ils pouvaient refuser de répondre à toute question qui les rendait inconfortables ou qu'ils pouvaient se retirer s'ils le désiraient. Les sondages étaient confidentiels et anonymes (aucun nom, aucun code chiffré) de telle sorte que les jeunes ne pouvaient pas être identifiés. Étant donné que certaines questions touchaient à des problématiques plus délicates ou qu'elles

⁵ Cette statistique n'était pas disponible pour l'échantillon de l'Est.

pouvaient susciter certains malaises, les participants recevaient une liste de personnes-ressources (infirmière, psychologue, conseiller, etc.) disponibles à l'école et dans la communauté.

Les échantillons ont été recueillis au cours d'une administration unique pendant l'équivalent d'une période de classe (environ 60 minutes), en français ou en anglais, selon la langue d'usage à l'école. Certains élèves des niveaux moins avancés, particulièrement en sixième année, ont eu besoin d'un peu plus de temps pour le compléter.

L'entrée de données a été faite dans les deux cas par une compagnie privée d'Ottawa. Les deux banques de données brutes (format *SPSS*) ont ensuite été nettoyées par la chercheure. L'entreposage des sondages relève des organismes communautaires responsables qui en sont les propriétaires. Ces documents sont conservés sous clé pendant une période de 5 ans.

L'utilisation de ces données secondaires a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en Sciences Sociales de l'Université d'Ottawa dans le cadre d'une évaluation du projet CTC dans l'Est ontarien et de l'implantation de programmes de prévention dans le Nord de l'Ontario, effectuées par des chercheurs du Centre de recherche sur les services éducatifs et communautaires (CRSEC) de l'Université d'Ottawa. Les deux organismes communautaires responsables du projet CTC dans ces deux régions ont autorisé l'utilisation des données pour l'ensemble de leur territoire.

Consentement passif.

La procédure de consentement passif est relativement controversée, mais elle est de plus en plus utilisée en recherche sur la prévention ici et ailleurs (Jason, Pokorny, & Katz, 2001; Lynne, Graber, Nichols, Brooks-Gunn, & Botvin, 2007). Par exemple, des chercheurs de l'Université de Waterloo ont utilisé cette procédure pour évaluer l'usage du tabac chez les élèves

de sixième et de huitième années (Leatherdale & Manske, 2005) avec l'approbation du comité de déontologie de cette université. L'étude en question ciblait environ 7 000 élèves et a pu rejoindre plus de 91 % de ceux qui avaient été sollicités.

L'utilisation de données représentatives s'avère cruciale pour la validité de telles études. Tel que mentionné dans le manuel du *CTC-YS*, la validité de l'évaluation des besoins, des profils de facteurs de risque et de protection et des problèmes de comportement découle, en grande partie, de la représentativité des données recueillies dans les écoles. Les procédures de consentement actif ne réussissent généralement à rejoindre qu'entre 50 et 70 % des participants (Sippola, 2006), parfois moins, ouvrant la voie aux biais potentiels. Le sondage réalisé auprès des adolescents de la Colombie-Britannique par la Société McCreary utilise les deux formes de consentement depuis quelques années (Smith et al., 2009). Lors de l'administration du sondage de 2005, l'usage du consentement passif (information aux parents et consentement de l'élève) a permis de rejoindre 84 % des élèves, tandis que le consentement actif n'a pu atteindre que 58 % des jeunes sollicités. Un faible pourcentage de ceux qui n'ont pas participé (2 %) avait refusé leur consentement par écrit.

Par ailleurs, l'utilisation du consentement passif a été examinée par une équipe de chercheurs des universités Queen's et Brock en Ontario (Baker, Yardley, & McPaul, 2001). Ils ont conclu, à l'instar d'autres chercheurs, que le consentement actif diminuait considérablement le niveau de représentativité d'un échantillon et que, conséquemment, il appauvrissait la généralisation des résultats ainsi que la sélection et l'implantation de services optimaux pour les populations visées. En bout de ligne, on considérait que les jeunes eux-mêmes en souffraient le plus. Ceux pour qui les interventions de prévention étaient particulièrement importantes (p. ex. membres de minorités, familles à faible revenu ou niveau d'éducation, élèves insatisfaits ou à

risque de problèmes de comportement) étaient justement les moins représentés dans de tels échantillons (Baker et al., 2001; Betan, Roberts, & McCluskey-Fawcett, 1995; Dent et al., 1993; Ellickson & Hawes, 1989; Severson & Ary, 1983). Conséquemment, on dérobaient aux jeunes leur droit fondamental d'exprimer leurs préoccupations et de manifester leurs besoins (Carroll-Lind, Chapman, Gregory, & Maxwell, 2006).

Le consentement passif ne requiert que peu d'action de la part des parents, ce qui a pour effet d'alléger le processus de passation. Toutefois, cela ne veut pas dire que les parents et les élèves doivent être moins informés du contexte de la recherche et de ses objectifs. Dans une étude comparant les parents d'adolescents ayant participé à un sondage par consentement actif avec les parents de ceux qui n'avaient pas participé, Baker et ses collègues (2001) ont constaté que la majorité des non-répondants (excluant ceux qui avaient explicitement refusé) disaient ne pas avoir retourné le formulaire par manque de motivation ou de temps (Baker et al., 2001; Ellickson & Hawes, 1989; Sippola, 2006). Étant donné le peu de différence entre les deux groupes, ces auteurs en ont conclu que le consentement passif constituait en quelque sorte un consentement « latent ».

En résumé, il est clair que le consentement passif garantit de meilleures chances de succès et présente de nombreux avantages pour certains types de recherche dans la communauté (de Meyrick, 2005). Il permet d'obtenir des informations plus justes, valides et transparentes, menant à des interventions mieux ciblées et plus efficaces. Cette procédure demeure dans les normes déontologiques dans la mesure où les chercheurs et les autorités scolaires assument leur rôle et leurs responsabilités de bien informer la clientèle des objectifs de la recherche.

Nettoyage des données.

Plusieurs des stratégies de nettoyages de données visant à assurer une meilleure validité étaient comparables à celles utilisées par les chercheurs de l'Université de Washington pour diverses études effectuées à l'aide du sondage *CTC-YS*. La première stratégie visait à retirer les élèves paraissant avoir considérablement exagéré leur usage de substances illicites. Les élèves ayant rapporté un usage élevé et vraisemblablement irréaliste (c'est-à-dire la fréquence maximale d'usage) sur trois substances ou plus n'ont pas été conservés. La deuxième stratégie éliminait les jeunes ayant rapporté avoir fait usage d'une drogue fictive appelée « Derbisol » (questions qr1 et qr2) dans le sondage du Nord et « phénoxydine » dans celui de l'Est (questions 74 et 75). Étaient ainsi exclus les jeunes ayant répondu avoir consommé cette drogue fictive au moins une fois, à l'une ou l'autre des deux questions évaluant l'usage « dans les 30 derniers jours » ou « durant ta vie ». Selon Poulin, MacNeil et Mitic (1993), cette méthode peut aussi réduire du même coup le nombre de jeunes ayant rapporté un usage de drogues exagéré.

En troisième lieu, les élèves dont les patrons de réponses au sujet de leur consommation de substances semblaient incohérents ou contradictoires (p. ex. rapporter d'une part n'avoir jamais consommé d'alcool durant sa vie et d'autre part avoir bu de l'alcool quatre ou cinq fois par semaine dans les derniers 30 jours) étaient rejetés d'emblée. La quatrième stratégie n'a été utilisée que pour l'échantillon de l'Est. Le sondage incluait une question directe sur l'honnêteté des répondants (question 130) libellée comme suit : « À quel point as-tu été honnête en répondant à ce sondage? ». Les jeunes ayant répondu « J'ai été honnête quelques fois. », « J'ai rarement été honnête. » ou « Je n'ai pas été honnête du tout. » ont été mis de côté. Finalement, les cas contenant moins de 85 % de réponses sur les variables continues ont été retirés. Cette procédure de nettoyage a mené à l'élimination de 220 cas dans le Nord et de 339 cas dans l'Est.

Données manquantes.

Pour les deux échantillons, les pourcentages de données manquantes se situaient généralement entre 5 et 10 % sur la grande majorité des variables, une norme très acceptable pour l'imputation (Schafer, 1999). Cependant, deux items de la question 97 associés au facteur de protection *Occasions de participation prosociale* du domaine de la communauté sont assez souvent demeurés sans réponse dans les deux échantillons. La question se lisait : « Lesquelles des activités suivantes sont disponibles dans ta communauté pour les jeunes de ton âge? ». Pour l'échantillon du Nord, la proportion de données manquantes pour les énoncés 97d (« Cercles 4-H ») et 97e (« Clubs de bienfaisance ») était de 23 % (623 élèves) et 15 % (415 élèves) respectivement. Pour l'échantillon de l'Est, ces pourcentages étaient évalués à 20 % (374 élèves) et 12 % (225 élèves) respectivement. Les non-répondants se retrouvaient à parts égales chez les deux sexes et les deux groupes linguistiques. Par contre, dans les deux échantillons, les non-répondants étaient significativement plus jeunes que les répondants pour les deux items indiquant que l'âge pouvait en être responsable et que le patron de données manquantes n'était sans doute pas aléatoire. En conséquence, les deux items ont été exclus des analyses afin de minimiser les biais possibles. Le facteur final pour les *Occasions de participation prosociale* était donc composé de quatre items. La syntaxe donnait un poids égal aux différents items de la question 97 dont la moyenne (pour cinq items) était ensuite ajoutée à la question 93 pour former le facteur final. Les cohérences internes de 0,56 et 0,55 pour le Nord et pour l'Est respectivement sont toutefois sujettes à caution.

Deux autres items (10b et 10c), présents dans la nouvelle version du sondage (Est) pour le facteur de risque *Faible appartenance à l'école*, ont également retenu l'attention. La question était écrite de la manière suivante : « Pendant les quatre dernières semaines, combien de journées

complètes de classe as-tu manquées...? » Les participants devaient alors donner leur réponse à trois énoncés : 1) « ...parce que tu étais malade? », 2) «...parce que tu as sauté (« skippé ») des cours? », et 3) « ...parce que tu as été suspendu(e) de l'école? », en choisissant parmi les possibilités suivantes : « Aucun », « 1 jour », « 2 jours », « 3 jours », « de 4 à 5 jours », « de 6 à 10 jours », « 11 jours ou plus ». Un pourcentage acceptable d'élèves n'a pas répondu au premier item (6 %), mais les données manquantes ont grimpé à 25 % (474 élèves) pour l'item 10b, et à 28 % (539 élèves) pour l'item 10c. Il est très probable que le contenu plus délicat de ces items ait été la source du refus de répondre. Ces données manquantes provenaient d'élèves de tous les groupes d'âge sans distinction de langue ou de sexe. Nous avons examiné s'il y avait des différences entre le groupe de non-répondants et le reste de l'échantillon (répondants) parmi les 33 autres variables prédictives et les quatre variables dépendantes avec correction de Bonferroni ($p < 0,0014$), (Tabachnick & Fidell, 2001, p.349). L'item 10c ne s'est avéré différent sur aucune des variables d'intérêt pour les deux groupes. Pour l'item 10b, aucune différence n'a été détectée ($p < 0,001$) parmi les variables prédictives, mais les deux groupes se distinguaient sur une des variables dépendantes, l'usage de cannabis, $\chi^2(1, N = 1904) = 15,90, p < 0,001$, avec une petite taille de l'effet ($\alpha = 0,09$). Même si ce coefficient était à la limite supérieure de la catégorie « négligeable » selon la convention établie (Rea & Parker, 2005), notre approche conservatrice nous dictait de minimiser le plus possible l'impact de ses données manquantes sur les résultats, d'autant plus qu'il s'agissait de l'une des quatre variables dépendantes à l'étude. Nous avons donc laissé de côté l'item b pour les analyses dans l'échantillon de l'Est. Avec ce retrait, la cohérence interne du facteur de risque de 8 items demeurait bonne ($\alpha = 0,75$) et équivalente à celle du Nord ($\alpha = 0,75$).

Les données continues ont été imputées l'aide du programme NORM (Schafer, 1997, 1999), un programme utilisant la méthode de l'imputation multiple pour la gestion des données manquantes. Tel que recommandé par Little et Rubin (1987), cinq banques de données ont été produites par imputation multiple pour chaque échantillon sur ces données. Les banques imputées différaient très peu les unes des autres, sans doute grâce au nombre limité de données manquantes, à la taille des échantillons et au grand nombre d'items. Selon Rubin (1996), un faible pourcentage de données manquantes (< 10 %) produit une distorsion minimale sur les erreurs types (p. ex. un facteur de 1,01 pour trois imputations). Les facteurs de risque et de protection créés à partir des cinq banques de données et comparés à l'aide d'ANOVA, avaient des valeurs presque identiques, autant dans le Nord que dans l'Est. Les corrélations atteignaient 0,998 en moyenne et quelques analyses supplémentaires, semblables à celles de la présente thèse, ont été effectuées sur une partie des facteurs de risque et de protection. Elles ont toutes donné les mêmes résultats. Il a donc été convenu de n'utiliser qu'une seule banque de données pour les analyses.

Données aberrantes.

Outre le nettoyage préliminaire des réponses incohérentes et des exagérations, chacune des analyses de régression a pris en compte la présence de données aberrantes. Une convention courante a établi le degré de déviation de la moyenne des résidus de cas extrêmes à $|z| > 3.3$, pour un niveau de probabilité de $p = 0,001$ (Tabachnick & Fidell, 2001). Les données au-delà de ce seuil ont été écartées afin de minimiser les biais sur les droites de régression. Nous avons pu remarquer cependant que ces données aberrantes –généralement $|z|$ entre 3,3 et 4,0 et en petit nombre– affectaient très peu les coefficients et ne faisaient aucune différence sur les niveaux de

signification des résultats, qu'elles soient ou non présentes dans les analyses. La grandeur de nos échantillons n'est pas étrangère à ce constat.

Emploi de données ordinales.

Un facteur de protection (*Religiosité*) comportait un seul item offrant cinq niveaux de réponses, soit le nombre minimalement acceptable de catégories pour être utilisée en analyse de variance (Zumbo & Zimmerman, 1993). Les autres facteurs du *CTC-YS* se composaient d'items de type Likert ayant entre deux à huit catégories (données ordinales) et ont été calculés à l'aide des syntaxes fournies par les concepteurs du sondage à l'Université de Washington. Plusieurs items (entre trois et neuf) étaient ensuite combinés pour former les facteurs. La pratique courante veut que les variables composites soient considérées comme des variables continues parce qu'elles contiennent un nombre de catégories suffisamment élevé pour refléter le continuum de risque dont il est préférable de tenir compte (Durlak, 1998).

Taille de l'échantillon

Les échantillons comptaient un nombre suffisant de cas, que ce soit pour les analyses ANOVA et les tests *t* (minimum de 30 cas par groupe) et les test du chi-carré (χ^2) (minimum de cinq cas par cellule). Pour les analyses de régression logistique, le nombre suggéré de participants positifs, c'est-à-dire ceux rapportant la présence du comportement visé (p. ex., la consommation d'une substance illicite), est de 10 par variable prédictrice (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, & Feinstein, 1996). Ces auteurs ont également estimé qu'en dessous de cinq cas positifs par variable prédictrice, les problèmes de convergence et les biais étaient particulièrement sévères.

Ainsi, selon cette norme, notre modèle de régression de base (voir description des analyses plus loin) incluant deux variables de contrôle et un facteur de risque nécessitait au minimum 30 cas positifs (trois variables x 10 cas). Comme il n'est pas rare de voir un nombre réduit de cas positifs chez les adolescents les plus jeunes, le nombre de cas dans chaque groupe méritait d'être vérifié. Nos échantillons se sont conformés au critère le plus restrictif pour les analyses ciblant chacun des groupes (par langue, sexe et âge) à l'exception de l'usage du cannabis chez les 10-14 ans ($n = 968$) dans l'échantillon de l'Est. Ce groupe comptait 18 cas positifs, soit six cas par variable prédictrice. Selon Peduzzi et ses collègues (1996), les dommages sont très limités pour les analyses comptant entre cinq et neuf cas positifs, et demeurent valides. Cette estimation a récemment été supportée par Vittinghoff et McCulloch (2007) évaluant que la mise de côté d'un modèle comprenant de cinq à neuf cas positifs par variable n'était pas justifiée.

Mesures

Communities that Care Youth Survey.

Le sondage *Communities that Care Youth Survey* (*CTC-YS*, Arthur et al., 2002) est un instrument d'auto-évaluation validé et standardisé qui a été utilisé auprès de centaines de milliers de jeunes dans plusieurs pays (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie et Pays-Bas). Tel que mentionné précédemment, le *CTC-YS* a été conçu dans le cadre de l'initiative *Communities that Care*, un système opérationnel en cinq phases permettant de choisir et de mettre en œuvre, dans un effort collectif et communautaire, des programmes validés répondant aux besoins spécifiques des jeunes d'une communauté donnée (voir les sondages français et anglais pour l'Est et le Nord aux annexes A.1, A.2, A.3. et A.4).

Depuis 1999, le sondage a subi plusieurs transformations en vue d'améliorer son contenu et ses propriétés psychométriques. En 2000, la version révisée incluait certains facteurs identifiés par le *Centre for Substance Abuse Prevention* comme étant prioritaires. Depuis, plusieurs études ont démontré les qualités psychométriques de l'instrument (Arthur et al., 2007; Arthur et al., 2002; Bond et al., 2005; Fagan et al., 2007a; Hawkins, Van Horn, & Arthur, 2004) et son invariance factorielle dans diverses populations (Afro-américains, Sino-américains, Autochtones et Caucasiens) et pour les deux sexes (Arthur et al., 2002; Glaser, Van Horn, Arthur, Hawkins, & Catalano, 2005). En utilisant un échantillon de plus de 172 000 élèves, l'analyse factorielle confirmatoire de Glaser et ses collègues (2005) supportait la validité de construit des facteurs de risque et de protection, établie par les auteurs du sondage.

La dernière version du *CTC-YS* (2006) mesure une série de 23 facteurs de risque et de 13 facteurs de protection dans quatre domaines de vie (communauté, famille, école, pairs/individu), des domaines reconnus pour leur influence dans l'apparition de problèmes comportementaux (Hawkins et al., 1992). Ces facteurs de risque et de protection ont été identifiés et sélectionnés à partir de résultats de nombreuses études portant sur la prévention de l'usage de drogues, de la délinquance et de la violence chez les jeunes (p. ex. Hawkins, Lishner, & Catalano, 1985; Hawkins et al., 1992). Deux facteurs de protection du domaine des pairs et de l'individu (*Participation prosociale* et *Reconnaissance prosociale*), ajoutés dans la version la plus récente du sondage (2006), ne faisaient pas partie du sondage du Nord, version conçue en 2004. Pour cette raison, ils n'ont pas été inclus dans les analyses. Les 23 facteurs de risque et 11 facteurs de protection utilisés pour cette thèse sont présentés à l'annexe B (items et domaines) et à l'annexe C (définitions).

Le domaine de la communauté compte cinq facteurs de risque. Le facteur *Faible appartenance* a trois items (p. ex. « J'aime mon voisinage. »), *Désorganisation* comprend cinq items (p. ex. « Je me sens en sécurité dans mon voisinage. »), *Mobilité et transition* en compte quatre (p. ex. « As-tu changé de domicile dans la dernière année? »), *Lois et normes favorables aux drogues* est constitué de six items (p. ex. « Si un jeune fumait de la marijuana dans ton voisinage, se ferait-il prendre par les policiers? ») et *Perception de la disponibilité des drogues* comprend quatre énoncés (p. ex. « Si tu voulais obtenir des cigarettes, à quel point est-ce que ce serait facile pour toi? »). Ce domaine inclut également deux facteurs de protection. Tel qu'expliqué plus haut, les *Occasions de participation prosociale* (comme par exemple « Lesquelles des activités suivantes sont disponibles dans ta communauté pour les jeunes de ton âge? ») a été réduite à quatre items et *Reconnaissance de la participation prosociale* comporte trois items (p. ex. « Il y a des gens dans mon voisinage qui sont fiers de moi quand je fais bien quelque chose. »).

Dans le domaine de la famille se trouvent cinq facteurs de risque : *Histoire familiale des comportements antisociaux* (cinq items dont « Est-ce qu'un membre de ta famille a déjà eu un grave problème d'alcool ou de drogues? » auxquels s'ajoutent cinq autres items si le répondant a des frères et/ou des sœurs plus vieux), *Attitude parentale favorable à l'usage de drogues* (trois items comme « Te ferais-tu prendre par tes parents si tu buvais de la bière, du vin ou des boissons fortes (p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers ») sans leur permission? »), *Faible encadrement familial* (sept items dont « Quand je ne suis pas à la maison, un des mes parents sait où je suis et avec qui. »), *Conflits familiaux* (trois items incluant « Les membres de ma famille ont de sérieuses disputes. »), et *Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux* (trois items comme « À quel point tes parents croient-ils qu'il serait mal pour toi de chercher la

bagarre avec quelqu'un? »). Trois facteurs de protection sont inclus dans ce domaine, soit *Attachement* (quatre items comme « Te sens-tu très proche de ta mère? »), *Occasions de participation prosociale* (trois items dont « Mes parents me donnent beaucoup d'occasions de faire des choses amusantes avec eux. ») et *Reconnaissance de la participation prosociale* (4 items dont « Mes parents remarquent quand je fais du bon travail et ils me le laissent savoir. »).

Pour ce qui est du domaine de l'école, deux facteurs de risque et deux facteurs de protection le composent, c'est-à-dire *Échec scolaire* (deux items dont « En moyenne, quels résultats scolaires as-tu obtenus l'an dernier? ») et *Faible appartenance à l'école* (neuf items incluant « À quel point trouves-tu la plupart de tes cours intéressants? »). Ce dernier facteur a été réduit de neuf à huit items dans l'Est, incluant les sept items de l'ancienne version du Nord. Le premier facteur de protection *Occasions de participation prosociale* comprenait quatre items dans le Nord et cinq dans l'Est dont « À mon école, les élèves ont beaucoup d'occasions de participer à des sports, des clubs ou d'autres activités parascolaires en dehors des heures de classe. ». L'item supplémentaire dans l'Est était : « À mon école, les élèves ont beaucoup d'occasions de parler en privé à leurs enseignants(es). La *Reconnaissance de la participation prosociale* (quatre items comme « Mes enseignants(es) me félicitent quand je travaille fort à l'école. ») représente l'autre facteur de protection du domaine de l'école.

Finalement dans le domaine des pairs et de l'individu, on retrouve 11 facteurs de risque, soit *Attitude de rébellion* (trois items comme par exemple « Je fais le contraire de ce que les gens me disent, simplement pour les faire fâcher. »), *Initiation précoce aux drogues* (quatre items dont « Quel âge avais-tu la première fois que tu as fumé de la marijuana ? »), *Initiation précoce aux comportements antisociaux* (quatre items incluant « Quel âge avais-tu la première fois que tu as été suspendu(e) de l'école? »), *Attitude favorable aux comportements antisociaux* (cinq items

comme « À quel point crois-tu qu'il est mal pour quelqu'un de ton âge d'attaquer quelqu'un dans l'idée de le blesser sérieusement? »), *Attitude favorable aux drogues* (quatre items incluant « À quel point crois-tu qu'il est mal pour quelqu'un de ton âge de fumer des cigarettes? »), *Intentions d'usage* (trois items dont « Quand je serai un adulte, je boirai de la bière, du vin ou des boissons fortes. »), *Perception du risque face aux drogues* (quatre items dont « Dans quelle mesure crois-tu qu'une personne risque de se faire du tort (physiquement ou autrement) si elle fume de la marijuana régulièrement? »), *Interactions avec des pairs antisociaux* (six items incluant « Dans la dernière année (12 mois), combien de tes meilleurs ami(e)s ont décroché de l'école? »), *Usage de drogues des pairs* (quatre items incluant « Dans la dernière année (12 mois), combien de tes meilleurs ami(e)s ont goûté à de la bière, à du vin ou à des boissons fortes (p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers ») sans que leurs parents le sachent? »), *Recherche de sensations fortes* (trois items dont « Combien de fois as-tu fait les choses suivantes? Des choses folles même si elles étaient un peu dangereuses? »), *Reconnaissance de la participation antisociale* (quatre items comme « Quelles sont les chances qu'on te trouve « cool » si tu fumais de la marijuana? ») et *Participation à un gang* (quatre items incluant « As-tu déjà fait partie d'un gang? »). Ce dernier facteur a été retiré des analyses en raison d'une interprétation erronée et normalisante du terme « gang » par les participants de langue française.

Les quatre facteurs de protection utilisés sont : *Religiosité* (1 item qui est « À quelle fréquence assistes-tu à des activités ou des services religieux? »), *Habilités sociales* (quatre items relatant un scénario pour lesquels le répondant choisissait une des quatre solutions proposées), *Interactions avec des pairs prosociaux* (cinq items dont « Pense à tes 4 meilleurs amis. Combien d'entre eux aiment l'école? ») et *Croyance dans un ordre moral* (quatre items

comme par exemple « Il est important d'être honnête avec tes parents même s'ils se fâchent ou te punissent. »).

Le *CTC-YS* mesure également l'incidence de divers problèmes de comportement (usage de substances, comportements antisociaux, délinquance) et de santé mentale (symptômes dépressifs). Les variables dépendantes utilisées pour cette thèse, c'est-à-dire les symptômes dépressifs, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage de cannabis sont décrites dans la section des mesures.

Traduction du sondage.

Dans le Nord de l'Ontario, les responsables du projet Tri-District ont préparé la version française du sondage utilisée en 2006. La version utilisée dans l'Est de l'Ontario a été adaptée par la chercheuse à partir de la version du Nord, en combinant les changements apportés entretemps à la version américaine, ainsi que certaines modifications correspondant mieux aux réalités locales. Quelques questions sur le niveau d'éducation des parents (père et mère) et sur l'appartenance ethnique ont été ajoutées pour compléter le profil démographique, ainsi qu'une échelle plus élaborée de symptômes dépressifs dont il sera question plus loin.

La nouvelle version française, traduite entre l'automne 2006 et le printemps 2007, a franchi les étapes de la validation transculturelle (Vallerand, 1989) et de la traduction inversée (Brislin, 1986) pour vérifier la justesse de la traduction et déceler les lacunes et les glissements de sens qui pouvaient en découler. Selon cette procédure, la traduction du sondage a d'abord été examinée par un autre chercheur œuvrant dans le même domaine avant d'être traduite en anglais par une personne bilingue qui ne connaissait ni le projet ni le sondage original. Les deux versions

anglaises ont ensuite été comparées l'une à l'autre et des corrections ont été apportées à la version française pour assurer la concordance.

L'étape suivante appelait la participation des responsables des milieux communautaires impliqués dans le projet. La version corrigée a été révisée de nouveau par un comité constitué de deux chercheurs (mon superviseur et moi-même) et des trois coordonnatrices du projet *CTC* dans les communautés de l'Est ontarien où le sondage a été administré. Cette collaboration réduisait le biais des chercheurs et permettait de vérifier la pertinence du vocabulaire et du niveau de langage pour la population cible (Vallerand, 1989). La version française a subi par la suite certaines corrections mineures et les ajustements concordants ont été apportés à la version anglaise.

Finalement, une dernière étape réunissait une douzaine d'adolescents de la région de l'Est pour l'évaluation du sondage, entraînant la reformulation de quelques énoncés qui leur paraissaient ambigus. La version utilisée en mars 2007 est considérée par les concepteurs du programme *CTC* à l'Université de Washington à Seattle comme étant la version officielle du sondage *CTC-YS* en français au Canada.

En résumé, les régions du Nord et de l'Est de l'Ontario disposaient de deux versions légèrement différentes du sondage. Ainsi, la version révisée en 2006 et adaptée à la clientèle locale a été administrée dans l'Est ontarien, tandis que la version précédente de 2004 a été administrée dans le Nord.

Sondage de l'échantillon du Nord.

Dans cette région, le questionnaire comportait 128 questions à plusieurs volets, pour un total de 198 items. La première partie comprenait des questions d'ordre démographique (lieu de

résidence, âge, sexe, etc.). Quelques-unes des questions du sondage étaient dichotomiques (« oui » ou « non »), mais la plupart offrait de quatre à neuf choix de réponses de type Likert.

Les questions étaient regroupées en une série de 23 facteurs de risque et 11 facteurs de protection qui examinaient des caractéristiques inhérentes aux quatre domaines de vie des adolescents tels que décrits par Hawkins et ses collègues (1992), soit la communauté, la famille, l'école et les pairs et l'individu. Les responsables du projet Tri-District ont choisi de modifier le format et l'ordre des questions du sondage. L'échelle mesurant les symptômes dépressifs était également tirée du sondage d'origine et comprenait quatre items.

Sondage de l'échantillon de l'Est.

Dans l'Est de l'Ontario, le questionnaire *CTC-YS* incluait 135 questions, dont certaines comportaient plusieurs énoncés, pour un total de 234 items. Les items composant les facteurs de risque et de protection étaient presque identiques à ceux du sondage du Nord, mais quelques questions ont été ajoutées sur l'origine ethnique, sur certaines caractéristiques familiales (nombre et âge des frères et sœurs, autres membres de la famille résidant dans le même domicile) et sur le niveau d'éducation des parents.

Finalement, deux questions sur la perception de l'importance du sondage et sur l'honnêteté de la passation étaient proposées à la fin du sondage. Tout comme pour le sondage du Nord, on y retrouvait quelques items dichotomiques, mais la majorité des questions, de type Likert, donnait de trois à huit choix de réponses. L'ordre des questions était identique au sondage original et correspondait essentiellement à la version anglaise la plus récente, à l'exception de certaines variables démographiques et de l'échelle de dépression de 13 items, dont il sera question plus loin.

Évaluation psychométrique des versions canadiennes.

Puisqu'il s'agissait de versions révisées et traduites du sondage, nous avons prêté une attention particulière à la cohérence interne des facteurs de risque et de protection des deux échantillons. Une échelle dont la fiabilité laisse à désirer produit des corrélations moins importantes et possiblement plus d'erreurs de type II.

George et Mallery (2003) considèrent cette règle de base : un alpha de Cronbach égal ou plus grand que 0,90 est excellent, entre 0,80 et 0,89, il est bon, de 0,70 à 0,79, il est acceptable, de 0,60 à 0,69, il est sujet à caution et de 0,50 à 0,59, il est pauvre. Par contre, on estime également qu'un niveau trop élevé (p.ex. plus grand que 0,90) témoignerait d'une certaine redondance des énoncés ou de la mesure d'un aspect très restreint du concept visé (Melver & Carmines, 1981). De manière générale, un alpha autour de 0,80 semble être un but raisonnable (Gliem & Gliem, 2003).

Dans le cas des traductions, Vallerand (1989) a établi la légitimité de valeurs entre 0,70 et 0,85 pour des coefficients ne dépassant pas ceux de l'original, le but de la validation transculturelle étant de reproduire le plus fidèlement possible les énoncés de la version originale. Les valeurs de l'alpha (Cronbach, 1951) étaient pour la plupart acceptables à bonnes pour nos échantillons. Par contre, dans l'échantillon de l'Est, le facteur de risque *Transition et mobilité* avait un alpha (α) de 0,26 pour les écoles anglaises et de 0,66 pour les écoles françaises. Une analyse exploratoire a révélé des corrélations négatives associées à l'item 100 pour les écoles anglaises. Un examen plus approfondi a montré que plus de 45 % ($n = 242$) de l'échantillon des écoles anglaises de l'Est avait rapporté sur cet item avoir changé d'école plus de sept fois, une fréquence anormalement élevée alors que les élèves des écoles françaises avaient choisi cette option dans 3 % des cas. Cette anomalie, et la difficulté sous-jacente à pouvoir faire des

comparaisons entre les deux groupes, a entraîné le retrait de l'item 100. Cela a eu pour effet d'augmenter l'alpha dans les écoles anglaises ($\alpha = 0,48$), mais de le réduire légèrement dans les écoles françaises ($\alpha = 0,53$). La cohérence interne du facteur global est passée de 0,46 à 0,51, un coefficient de qualité discutable. Les résultats de ce facteur de risque devraient être interprétés avec prudence.

La cohérence interne du facteur des *Conflits familiaux* était également très faible du côté de la version française dans le Nord ($\alpha = 0,35$), alors qu'elle était très acceptable pour les anglophones ($\alpha = 0,78$). L'item 127 (« Dans notre famille, nous avons de fortes discussions. ») n'était pas corrélé aux autres items. L'item en anglais (« People in my family have serious arguments.») avait été modifié dans la version française de l'Est par : « Les membres de ma famille ont de sérieuses disputes », ce qui a produit une cohérence interne nettement supérieure ($\alpha = 0,77$). Comme ce facteur ne comprenait que trois items d'importance égale, nous avons décidé de les conserver dans les deux échantillons. Les interprétations ont été faites en conséquence.

En résumé, la moyenne des alphas de Cronbach était de 0,76 dans le Nord et de 0,74 dans l'Est, ressemblant aux coefficients originaux (Arthur et al., 2002) dont la moyenne était de 0,78 (voir annexe D et E pour une comparaison avec le sondage original) et aux études récentes ayant utilisé le *CTC-YS* dont les alphas variaient entre 0,54 à 0,91 (Beyers et al., 2004; Bond et al., 2005; Fagan et al., 2007a; Patton et al., 2008; Shortt et al., 2007). Dans toutes les études examinées, y compris dans nos échantillons, les facteurs *Transition et mobilité* et *Occasions de participation prosociale* du domaine de la communauté et *Habilités sociales* dans le domaine des pairs étaient parmi les moins élevés.

Variables indépendantes additionnelles : langue, sexe et âge.

En plus des facteurs de risque et de protection, trois variables catégoriques complétaient le plan d'analyses, soit la langue parlée à l'école (français, anglais), le sexe (fille, garçon) et le groupe d'âge (10-14, 15-19 ans). Ces variables ont servi de variables d'intérêt (différences entre les deux catégories) et de variables de contrôle dans les analyses de régression.

Une variable supplémentaire a été envisagée pour rendre compte de certaines disparités sur le plan de la langue. Tel que décrit précédemment, la composition linguistique des écoles de langue française de l'échantillon du Nord n'était pas unidimensionnelle. Étant donné l'importance du facteur linguistique pour la présente thèse et la possibilité que cette particularité puisse influencer les résultats, nous avons procédé à certaines vérifications.

Des analyses exploratoires (ANOVA) des trois profils (anglais, français, bilingue) pour les facteurs de risque, de protection et les variables dépendantes des écoles françaises de l'échantillon du Nord nous ont appris que les élèves ayant rapporté l'anglais comme langue d'usage à la maison étaient différents des deux autres groupes sur sept des 34 facteurs (à $p < 0,0021$ pour les facteurs de risque et à $p < 0,0045$ pour les facteurs de protection). Deux facteurs (un facteur de risque et un facteur de protection) étaient associés à l'environnement scolaire (*Faible appartenance à l'école, Occasions de participation prosociale*), et les cinq autres facteurs provenaient du domaine des pairs (*Initiation précoce aux comportements antisociaux, Attitude favorable aux drogues, Religiosité, Habilités sociales, Croyance dans un ordre moral*). Ces différences défavorisaient les élèves parlant l'anglais à la maison (facteurs de risque plus élevés et facteurs de protection plus bas), mais les tailles de l'effet demeuraient petites (moyennes de $d = 0,32$). Les deux autres groupes (français ou les deux langues à la maison) étaient semblables sur tous les facteurs, incluant les variables dépendantes.

Même si la proportion de facteurs significatifs (21 %) et le nombre relatif d'élèves de ce groupe d'élèves bilingues (27 %) par rapport aux deux autres groupes ne représentaient pas la majorité, nous avons tout de même vérifié si l'appartenance à l'un de ces trois groupes pouvait avoir une influence sur les analyses subséquentes. À cette fin, nous avons ajouté une variable de contrôle (concordance de la langue à l'école avec la langue parlée à la maison) et effectué les analyses GLM et de régression avec l'échantillon complet pour les sept facteurs significatifs cités précédemment en incluant également la langue, le sexe, l'âge comme variables de contrôle. Les élèves dont la langue parlée à la maison et à l'école étaient la même, ainsi que les élèves parlant les deux langues à la maison étaient considérés concordants et recevaient la cote « 1 ». Les élèves parlant une langue différente à la maison de celle de l'école recevaient la cote de « 0 » de non-concordance. À la suite des analyses de variance, seulement quatre des 34 variables ont montré une différence significative impliquant la concordance et les résultats des analyses de régression n'étaient pas du tout affectés par l'inclusion de cette variable de contrôle, les coefficients produits et les niveaux de signification étant identiques. Puisque l'influence de cette variable était mineure, nous ne l'avons pas inclus dans les analyses.

Pour sa part, la variable catégorique de l'âge a été créée à partir de données continues. Cette approche avait pour but de faciliter les analyses et l'interprétation des résultats. La régression logistique peut produire de petits coefficients difficiles à interpréter (p. ex. un *odds ratio* de 1,09 pour chaque tranche d'une année), qui sont ensuite regroupés pour évaluer le changement de *odds ratio* sur plusieurs unités (c.-à-d. plusieurs années). L'approche catégorique, utilisée en prévention, permet de déterminer des créneaux appropriés et suffisamment larges pour des interventions à caractère universel ou sélectif (sous-groupes à risque).

Cette catégorisation offrait aussi la possibilité de comparer les résultats de la présente thèse avec des études effectuées dans le cadre de *Communities that Care* et plusieurs autres études épidémiologiques, incluant celles de la World Health Organisation (WHO) et de Statistique Canada. A priori, nous avons envisagé des groupes de 10 à 13 ans et de 14 à 19 ans, mais ce classement créait des inégalités numériques entre les deux groupes et ne donnait pas une stabilité minimale pour toutes les analyses (voir section sur la taille de l'échantillon). Ainsi, la division de la variable de l'âge en deux groupes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans en fonction d'une égalité de répartition de cas et du nombre minimal de cas nécessaire pour les analyses, représentait les meilleurs ratios pour les deux échantillons (1 470 chez les 10-14 ans et 1 246 chez les plus âgés dans le Nord; 968 chez les 10-14 ans et 936 chez les 15-19 ans dans l'Est). Dans le Nord, les élèves du groupe des 10 à 14 ans avait 12,70 ans en moyenne (écart-type de 1,07) et les 15 à 19 ans, 16,22 ans (écart-type de 1,05). Dans l'Est, la moyenne des plus jeunes se situait à 12,51 (écart-type de 1,09) et à 15,96 (écart-type de 1,06) pour les plus âgés.

Variable dépendante : symptômes dépressifs dans l'échantillon du Nord.

Dans le sondage original (et l'échantillon du Nord), une série de quatre énoncés (q46 à q49), évaluait les symptômes dépressifs. Ils se lisaient comme suit : « Parfois, je crois que la vie n'en vaut pas la peine. », « Parfois, je crois que je suis bon à rien. », « Somme toute, j'ai tendance à croire que je suis une personne ratée. », et « Au cours de la dernière année, étais-tu déprimé LA PLUPART du temps même si tu te sentais bien à l'occasion? ». Ces quatre items couvraient deux dimensions liés au diagnostic de la dépression, soit l'humeur dépressive et la dévalorisation. Il s'agissait d'une variable continue dont la valeur pouvait aller de 4 à 16.

L'échelle de symptômes dépressifs dans le Nord avait une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,85$). L'alpha était de 0,86 pour les anglophones et de 0,85 pour les francophones. Étant donné la vulnérabilité des filles aux symptômes dépressifs, nous avons pu également vérifier que la cohérence interne en fonction du sexe demeurait très stable chez les filles ($\alpha = 0,86$) et chez les garçons ($\alpha = 0,84$).

Variable dépendante : symptômes dépressifs dans l'échantillon de l'Est.

Afin d'étoffer la mesure des symptômes dépressifs sur le plan conceptuel, le sondage *Center for Epidemiologic Studies - Depression for Children (CES-DC; Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart, & Gresham, 1986)* incluant des critères de nature somatique (perte d'appétit, de sommeil ou de poids, fatigue et problèmes de concentration) tels que décrits dans le manuel diagnostique des symptômes psychiatriques (*DSM-IV-TR*), a été choisi pour l'échantillon de l'Est, étant donné que les quatre items du sondage du Nord se limitaient à l'évaluation de la tristesse et de la dévalorisation (Voir Tableau 2).

Le *CES-DC* est un des instruments d'auto-évaluation des symptômes dépressifs les plus utilisés pour les enfants et les adolescents dans la population générale. L'échelle *CES-DC* est dérivée de l'échelle *CES-D* de 20 items pour les adultes (Radloff, 1977; Radloff & Locke, 1986), qui a aussi été validée pour les adolescents (Radloff, 1991) et beaucoup utilisée auprès de la population infantile et adolescente (Adlaf, & Paglia-Boak, 2007; Beam, Gil-Rivas, Greenberger, & Chen, 2002; Fendrich, Weissman, & Warner, 1990; Garrison et al., 1990; Garrison et al., 1997; Roberts, Vernon, & Rhoades, 1989; Rushton et al, 2002; Steinhausen & Metzke, 2000). Elle a également servi en français au Canada pour l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (*ELNEJ*) et a été validée dans divers groupes ethniques (Nguyen, Kitner-

Triolo, Evans, & Zonderman, 2004; Noh, Avison, & Kaspar, 1992; Steinhausen et al., 2007), incluant des francophones (Riddle, Blais, & Hess, 2002). Ses propriétés psychométriques (alphas de Cronbach variant autour de 0,80 à 0,85) et l'invariance de sa structure se sont avérées satisfaisantes dans différentes populations (Golding & Aneshensel, 1989; McArdle, Johnson, Hishinuma, Miyamoto, & Andrade, 2001; McCauley et al., 2006; Meadows, Brown, & Elder, 2006; O'Rourke, 2005), à l'exception de quelques sous-groupes restreints (Perreira, Deeb-Sossa, Harris, & Bollen, 2005; Russell, Crockett, Shen, & Lee, 2008).

Une version de 12 items a également été utilisée avec les adolescents (Abada et al., 2007; Brown, Meadows, & Elder, 2007). En 2005, Poulin, Hand et Boudreau ont validé une version de 12 items de la *CES-D* en français et en anglais sur un échantillon de 13 000 élèves du secondaire dans les provinces de l'Atlantique du Canada pour une étude épidémiologique sur la dépression et les toxicomanies. Leur analyse révélait que la cohérence interne était très bonne ($\alpha = 0,85$) et que le pouvoir discriminant des items (sauf un qui se lit comme suit : « J'ai été confiant(e) en l'avenir. ») était très acceptable. La cohérence interne rapportée par l'étude sur la santé des enfants en Ontario (*ESEO*) était aussi respectable pour les versions à 12 et 20 items (0,85 et 0,89 respectivement). Par contre, un élément semblait toujours nuire à sa validité selon ces auteurs, soit l'absence d'un critère d'évaluation de l'irritabilité, souvent associée à la dépression chez les jeunes. Malgré ces lacunes, une étude de Gotlib et Cane (1989), comparant huit auto-questionnaires de dépression, concluait que les deux meilleures mesures des symptômes dépressifs étaient le *BDI* et le *CES-D*.

La version pour les enfants et les adolescents (*CES-DC*) a également été analysée par quelques auteurs (Olsson & von Knorring, 1997; Weissman, Orvaschel, & Padian, 1980). L'instrument a été utilisé une première fois lors d'une étude pilote auprès de 28 enfants et de

Tableau 2. *Items sur les symptômes dépressifs dans le Nord et dans l'Est*

Critères du DSM-IV	Nord (4 items)	Est (CES-D + 1 item)
1a) Tristesse	▪Au cours de la dernière année, étais-tu déprimé LA PLUPART du temps même si tu te sentais bien à l'occasion.	▪J'avais envie de pleurer. ▪Je me suis senti(e) déprimé(e). ▪J'étais heureux (se). (I) ▪Je ne me sentais pas heureux(se) même avec l'aide de ma famille et de mes amis (es). ▪Je me suis senti(e) seul(e).
1b) Irritabilité	-----	▪Je me suis senti(e) irritable.*
2) Perte d'intérêt	-----	•Je profitais de la vie. (I)
3) Manque d'appétit/poids	-----	▪J'ai perdu l'appétit.
4) Insomnie/hypersomnie	-----	▪J'ai mal dormi.
5) Agitation/ralentissement	-----	-----
6) Fatigue/perte d'énergie	-----	▪Je me sentais trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
7) Dévalorisation/culpabilité/faible estime de soi	▪Parfois, je crois que je suis bon à rien. ▪Somme toute, j'ai tendance à croire que je suis une personne ratée.	▪J'ai senti que les gens ne m'aimaient pas.
8) Difficultés de concentration	-----	▪J'ai eu des problèmes à me concentrer.
9) Sentiment de désespoir (plutôt que pensées suicidaires)	▪Parfois, je crois que la vie n'en vaut pas la peine.	▪J'étais plein d'espoir par rapport au futur. (I)

I = Item inversé pour la cotation

* = Item ajouté au CES-D

leurs parents et a démontré des corrélations significatives avec le *CDI (Children Depression Inventory)*, une mesure diagnostique de dépression, et le *Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children)*, une mesure d'évaluation de troubles psychiatriques dont la dépression. Par la suite, Faulstich et ses collègues (1986) ont évalué ses propriétés psychométriques auprès d'une clientèle clinique de 148 enfants et adolescents de 8 à 17 ans. La fiabilité test-retest, la cohérence interne et la validité convergente étaient adéquates, mais l'échelle semblait mieux adaptée aux adolescents qu'aux enfants. Une étude de validation de Fendrich et ses collègues (1990) a exploré l'utilisation du *CES-DC* auprès de 220 enfants, adolescents et jeunes adultes de 6 à 23 ans à haut et à faible risque de dépression (selon le diagnostic des parents) dans la population générale. Les résultats supportaient la fiabilité et la validité de l'échelle, plus spécialement pour les filles et les jeunes entre 12 et 18 ans.

À la lumière de ces conclusions, il a été convenu d'utiliser une version modifiée de la *CES-DC* qui inclurait certaines révisions. En gros, cette nouvelle version est basée sur tous les construits de la version de 12 items de la *CES-D* pour adultes (Poulin et al., 2005) en utilisant toutefois le vocabulaire des 12 items correspondants sur l'échelle *CES-DC* pour les enfants et adolescents. Les items en français ont été puisés dans une traduction non publiée de la *CES-DC* de 20 items (Salteris & Koestner, 1996).

De plus, il apparaissait primordial de tenir compte des recommandations de Poulin et de ses collègues (2005) en palliant l'absence d'un critère évaluant l'irritabilité. Beaucoup d'auteurs s'entendent sur le fait que la présence d'irritabilité est plus importante dans la dépression juvénile que dans la dépression adulte (Crowe, Ward, Dunnachie, & Roberts, 2006; Roberts, 1999) –particulièrement chez les plus jeunes et les garçons (Baron & Joly, 1988)– et que ses manifestations ne devraient pas être négligées (Lagges & Dunn, 2003). Le *DSM-IV-TR*

(American Psychiatric Association, 2000) spécifie que le premier critère d'un épisode de dépression majeure est l'humeur dépressive, mais que chez les enfants et les adolescents, il peut aussi s'agir d'irritabilité. Un nouvel item (49d), dont le style se rapprochait des autres items du *CES-DC* (« Je me suis senti(e) irritable. »), a donc été ajouté à l'échelle. Ainsi, la mesure finale comportait 13 items de type Likert. Les répondants indiquaient à quelle fréquence le symptôme s'était manifesté au cours de la dernière semaine, en cotant de 1 (« rarement ») à 4 (« presque toujours »). Le total de l'échelle pouvait ainsi varier de 13 à 52, un niveau élevé signifiant une présence plus grande de symptômes dépressifs. Quatre items étaient formulés de manière positive (« J'étais heureux », « J'étais plein d'espoir par rapport au futur » et « Je profitais de la vie ») et ont été inversés pour le calcul des moyennes.

L'alpha de Cronbach de l'échelle de 13 items était très bon pour l'ensemble de l'échantillon ($\alpha = 0,86$) et chaque item y contribuait de manière égale, y compris l'item ne faisant pas partie de l'échelle originale. La cohérence interne par groupe linguistique demeurait également très bonne ($\alpha = 0,87$ pour les écoles anglaises et $\alpha = 0,86$ pour les écoles françaises), ainsi que chez les filles ($\alpha = 0,88$) et chez les garçons ($\alpha = 0,84$).

Les données de l'échelle modifiée de 13 items ont été calculées en pourcentage de la valeur maximale du score de l'échelle. Cette procédure de transformation linéaire, également utilisée ici pour les facteurs de risque et de protection, permettait de conserver intacte la distribution initiale ainsi que les corrélations avec les autres facteurs. Elle comportait de réels avantages en simplifiant l'interprétation des résultats de régression linéaire et autorisait les comparaisons sommaires sur l'importance relative des facteurs puisque ces derniers se retrouvaient standardisés.

Enfin, mentionnons que le *CES-DC* n'est pas une mesure diagnostique (Mouren-Siméoni & Klein, 1997; Roberts et al., 1991) et qu'il rend compte du risque de dépression (symptômes dépressifs) et non de la dépression elle-même (Fechner-Bates, Coyne, & Schwenk, 1994). En ce sens, cet instrument convenait parfaitement aux besoins de cette thèse.

Variables dépendantes : usage de substances.

Trois questions provenant du *CTC-YS*, soit la consommation courante (30 derniers jours) de cigarettes, d'alcool et de cannabis constituaient les trois variables dépendantes de l'usage de substances. Elles ont été transformées en variables dichotomiques (occurrence ou absence du problème) en grande partie à cause de leur distribution asymétrique. Ce type d'opérationnalisation est rapporté dans de nombreuses études sur l'usage de substances et les facteurs de risque associés (Bailey, Hill, Oesterle, & Hawkins, 2006; Boles et al., 2006; Beyers et al., 2004; Chen et al., 2002; Williams et al., 2007). Ainsi, la valeur de la variable correspondait à « 0 » si un jeune répondait n'avoir jamais consommé et à « 1 » s'il avait déjà consommé⁶.

La question pour chacune de ces variables étaient comparables dans les questionnaires du Nord et de l'Est, mais présentaient quelques différences. Dans le Nord, la question portant sur l'usage de cigarettes (item 55), se lisait comme suit : « Combien souvent as-tu fumé des cigarettes ou des cigares dans les 30 derniers jours? » tandis que dans l'Est, la formulation était « À quelle fréquence as-tu fumé des cigarettes dans les 30 derniers jours? ». Les mêmes choix de réponses étaient codées de 1 à 7 (« Jamais » ou « Je n'ai pas fumé » dans le Nord et l'Est respectivement, « Moins d'une cigarette par jour », « Une à cinq cigarettes par jour », « Environ

⁶ Pour effectuer correctement une régression logistique binomiale dans SPSS, le groupe qui nous intéresse le plus (présence du problème) est toujours codé « 1 »

un demi-paquet par jour », « Environ un paquet par jour », « Environ un paquet et demi par jour », et « Deux paquets par jour ou plus ».

Pour l'alcool (item 58), la question se lisait comme suit dans le questionnaire du Nord : « À combien d'occasions (s'il y a lieu) as-tu bu des boissons alcooliques (bière, vin, « coolers » ou boissons fortes) – plus de quelques gorgées – dans les 30 derniers jours? » et dans l'Est : « À combien d'occasions as-tu bu de la bière, du vin, des boissons fortes ou des « coolers » dans les 30 derniers jours? ». Les jeunes devaient choisir l'une des options suivantes : « 0 occasion » ou « Aucune occasion » dans le Nord et l'Est respectivement, « 1-2 occasions », « 3-5 occasions », « 6-9 occasions », « 10-19 occasions », « 20-29 occasions », « 30-39 occasions », « 40 occasions ou plus ». Dans le questionnaire du Nord, les réponses pour « 20 et 29 occasions » et « 30 à 39 occasions » formaient une seule catégorie, ce qui n'avait toutefois aucune incidence sur le codage dichotomique.

La question s'intéressant à l'usage du cannabis (item 61) se lisait comme suit dans le Nord : « À combien d'occasions (s'il y a lieu) as-tu consommé de la marijuana (« weed », pot) ou du hachisch (hasch, huile de hachisch) dans les 30 derniers jours? » tandis que dans l'Est, elle se limitait à la marijuana (« À combien d'occasions (s'il y a lieu) as-tu consommé de la marijuana dans les 30 derniers jours? »). Les choix de réponses étaient les mêmes que pour l'alcool.

Analyses et considérations statistiques

Vérification des postulats.

Les postulats des différentes analyses ont été vérifiés pour les variables à l'étude. Tout d'abord, le postulat de l'indépendance des observations s'appliquait à toutes les analyses et nous avons assumé qu'il était rencontré pour les deux échantillons (plan inter-sujets). Les résultats du

test Durbin-Watson pour chaque analyse de régression (disponibles dans les résultats de l'analyse de régression de *SPSS*) nous ont également informés sur l'indépendance des résidus. Leur valeur se situait toujours dans les normes acceptables d'autocorrélation entre 1,5 et 2,5.

Les analyses de variance (ANOVA) doivent également prendre en compte la normalité des distributions. L'analyse de variance est une procédure statistique robuste et les dérogations au postulat de la normalité n'entraîne que des effets mineurs, particulièrement si les échantillons sont de grande taille (Howell, 1998; Tabachnick & Fidell, 2001). Conséquemment, nos échantillons remplissaient aisément cette condition d'application.

L'ANOVA considère de plus l'homogénéité de la variance. La régression permet de vérifier ce postulat à l'aide du test de l'égalité des variances de Levene. Il s'est avéré significatif (équivalant au rejet de l'hypothèse nulle, donc que les variances n'étaient pas équivalentes) dans plusieurs des analyses de régression sur les facteurs de risque et de protection. Ce test étant très conservateur et puissant, il détecte la moindre différence si les échantillons sont grands. C'est pourquoi le test du F_{\max} ou rapport des variances extrêmes (Tabashnik & Fidell, 2001; Hartley, 1950) constitue une alternative raisonnable pour vérifier ce postulat. Le F_{\max} compare la variance du plus petit groupe avec celle du plus grand groupe. Si les groupes sont relativement égaux (un ratio de 4 ou moins entre le n du plus petit groupe et le n du plus grand groupe), une valeur inférieure à 10 pour le F_{\max} demeure acceptable (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Plus les ratios pour la taille des groupes et pour les variances augmentent, plus il y a de risque d'erreurs de Type I (détecter une différence là où il n'y en a pas). Ainsi, les ANOVA de la présente thèse incluaient des groupes en fonction de la langue, du sexe et de l'âge. Dans le Nord, les huit sous-groupes variaient entre 173 (garçons francophones de 15-19 ans) et 482 (filles anglophones de 15-19 ans), pour un ratio de 2,79. Pour ces deux groupes, aucun des ratios pour les variances des

variables à l'étude ne dépassait 2,16 (moyenne de 1,09). Dans l'Est, ces 8 groupes variaient de 123 cas (filles anglophones de 10-14 ans) à 374 cas (filles francophones de 10-14 ans), avec un ratio de 3,04. Les F_{\max} étaient plus petits que 3,33 et la moyenne de 1,20. Ce deuxième échantillon satisfaisait donc également à la condition d'homogénéité de la variance selon cette convention. Notons également que les ANOVA demeurent robustes aux déviations même modérées de la variance (Box, 1954).

Pour les tests du chi-carré (2 x 2) pour la langue, le sexe ou l'âge, les observations étaient indépendantes puisqu'aucune ne se retrouvait dans plus d'une cellule de la table de contingence. Par ailleurs, chaque cellule avait un nombre suffisant d'observations (voir section sur les analyses statistiques).

La régression linéaire (pour l'analyse des symptômes dépressifs) doit également satisfaire les conditions d'application de la normalité, de l'homoscédasticité et de l'indépendance des résidus expliquées précédemment, en plus de devoir rencontrer le postulat de linéarité. La normalité, l'homoscédasticité et la linéarité ont pu être examinées à l'aide de diagrammes de dispersion [valeurs résiduelles de la variable indépendante en abscisse (x) en fonction des valeurs attendues de la variable dépendante en ordonnée (y)]. En général, l'ensemble des points pouvaient dans certains cas présenter de légères déformations, mais aucun patron ne laissait supposer de problème de non-normalité, d'hétéroscédasticité ou de non-linéarité nécessitant une transformation. De plus, les courbes de Lowess ont confirmé que ces écarts n'avaient rien de préoccupant puisqu'elles demeuraient relativement droites.

Les régressions linéaires incluant plusieurs variables indépendantes auraient pu également poser des problèmes liés à la multicollinéarité. Celle-ci survient quand deux ou plusieurs variables indépendantes ont une relation presque linéaire. La collinéarité doit être

limitée le plus possible puisqu'elle tend à gonfler l'erreur-type et à rendre l'évaluation de l'importance relative de chaque variable peu fiable. Les matrices de corrélations bivariées montraient peu de relation très élevées, mais cela n'excluait pas d'office la possibilité de relations colinéaires entre plusieurs variables.

À ce niveau, la première étape des analyses individuelles (par groupe, avec les variables de contrôle et un seul facteur à la fois) présentaient peu de risque. Par contre, la deuxième étape des analyses incluant une interaction méritait d'être examinée plus à fond. Étant donné la nature même du terme d'interaction (produit de deux variables déjà présentes dans la régression, soit le facteur étudié et la variable catégorique), la multicollinéarité était inévitable. Une manière d'atténuer ces effets sur le processus d'estimation est de centrer les variables (obtenue en soustrayant la moyenne de la variable d'intérêt pour chaque cas) et de calculer les termes d'interaction à l'aide des ces nouvelles variables centrées (Cohen et al., 2003). Ces transformations linéaires ont amélioré les indices de conditionnement, les FIV et les proportions de la variance. Même s'ils n'atteignaient pas pour la plupart le seuil critique avant ces changements, les indices les plus élevés ont largement diminué sous l'effet du centrage.

Les analyses de régression incluant les 34 facteurs de risque et de protection risquaient d'être beaucoup plus affectées par la multicollinéarité. Cependant, les résultats obtenus (à l'aide des variables centrées) donnaient peu d'indication en ce sens. Tel que le propose la convention (Belsley, Kuh, & Welsch, 1980, cité dans Tabashnik & Fidell, 2001), un indice de conditionnement (> 30) couplé à deux larges proportions de variance ($> 0,50$) sur une même valeur propre (*eigen value*) constitue une situation problématique. Pour toutes les analyses, les indices de conditionnement se trouvaient en dessous de la valeur critique et aucun facteur ne partageait avec une autre variable une proportion de variance égale ou supérieure à 0,50 sur la

même valeur propre. Le facteur d'inflation de la variance (FIV) est considéré comme une mesure très fiable de détection de la multicollinéarité puisqu'il permet de déterminer à la fois les variables problématiques et la sévérité du problème sur chacune d'elles. Si le FIV est plus élevé que 10, la multicollinéarité peut causer de sérieuses distorsions (Mason & Perreault, 1991). Dans nos échantillons, le FIV se trouvait généralement entre 1,0 et 3,0, bien en deçà du seuil établi de 10 et du seuil plus conservateur de 4,0.

Pour les analyses de régression logistique, l'unique postulat à respecter concerne la linéarité entre les variables indépendantes et le *logit* de la variable dépendante. Une des méthodes suggérées pour examiner la linéarité (Garson, 2009) est de diviser la variable indépendante d'intérêt en quelques catégories dont les intervalles sont équivalents (*binned variable* dans *SPSS*) et de l'introduire comme une variable catégorique dans la régression en remplacement de la variable d'origine. L'analyse produit alors un tableau des paramètres estimés avec un coefficient B pour chaque catégorie de cette nouvelle variable. Un graphique du *logit*, à l'aide des coefficients, permet ensuite d'examiner chacune des variables en fonction des trois variables dépendantes à l'étude. Pour satisfaire le postulat de linéarité, les points doivent montrer une relation à peu près linéaire, ce qui a été le cas de la majorité des graphiques. Quelques-uns montraient de légères déviations, mais elles n'étaient pas suffisantes pour nécessiter d'interventions spécifiques. Toutes les séries de coefficients allaient dans le sens attendu (en croissant pour les facteurs de risque et en décroissant pour les facteurs de protection) dans les deux échantillons.

Finalement, notons que les données disponibles pour cette thèse ne permettaient pas de considérer l'influence des différents niveaux (c.-à-d. la classe, l'école, la commission scolaire, etc.) dans les analyses. La variable identifiant les écoles était disponible dans le deuxième

échantillon, mais pas dans le premier, rendant toute comparaison difficile. La variable de la classe n'existait dans aucun des deux échantillons.

Analyses comparatives des niveaux (ANOVA).

Le premier objectif de cette thèse consistait à examiner individuellement les variables indépendantes (facteurs de risque et facteurs de protection) pour déterminer les différences entre les deux catégories de la langue d'instruction (écoles anglaises et écoles françaises), du sexe (garçons et filles) et de l'âge (10-14 ans et 15-19 ans). Une première série d'analyses de variance inter-sujets à trois facteurs ($2 \times 2 \times 2$) ont été effectuées à l'aide du module *GLM (General Linear Model)* du logiciel *SPSS 17.0*. À cause du grand nombre d'analyses, les critères de signification ont été ajustés par des corrections de Bonferroni afin de réduire les effets dus au hasard et par conséquent, les erreurs de type I. Cette correction a été calculée en divisant le seuil de signification usuel pour les analyses bilatérales de 0,05 par le nombre d'analyses effectuées. Ainsi, le seuil corrigé a été établi à $p < 0,0021$ (0,05 divisé par 23) pour les analyses des 23 facteurs de risque et à $p < 0,0045$ (0,05 divisé par 11) pour les analyses des 11 facteurs de protection.

Le coefficient d de Cohen a servi à mesurer la taille de l'effet des ANOVA significatives. Contrairement au test de signification qui est dépendant de la taille de l'échantillon, le coefficient d de Cohen (Cohen, 1988) est une mesure objective de la taille de l'effet. Un des avantages de cette mesure standardisée est de permettre les comparaisons d'effets entre plusieurs variables (Valentine & Cooper, 2003), ainsi que d'un échantillon à l'autre. Le coefficient d établit le degré de séparation entre deux moyennes. Il correspond à la différence des moyennes des deux catégories, divisée par la moyenne des écarts-types combinés (représentant l'erreur-type estimée

de la population). Plus le d est élevé (pouvant dépasser 1,00), plus la taille de l'effet est grande. Selon la convention établie (Cohen, 1988), un coefficient de 0,20 correspond à une petite taille de l'effet, 0,50 à une taille de l'effet moyenne et 0,80 et plus à une grande taille de l'effet. Un coefficient d de 0,20, par exemple, indique que les moyennes des deux distributions sont séparées par le cinquième d'un écart-type et que le non-chevauchement des deux distributions est de 15 %.

En plus des 34 facteurs de risque et de protection, les quatre variables dépendantes ont fait l'objet de comparaisons par groupe linguistique, par sexe et par groupe d'âge à l'aide d'ANOVA (symptômes dépressifs) et de tests de chi-carré (tabac, alcool, cannabis). Le seuil de signification a été établi à $p < 0,0125$ (0,05 divisé par 4) pour ces analyses. Le d de Cohen nous indiquait la taille de l'effet pour les ANOVA. Pour les tests du chi-carré, la différence de risque (*risk difference*) quantifiait les différences entre les groupes, cette étant recommandée par Rosenthal (2001, cité dans Gliner, Morgan, & Harmon, 2002), plutôt que le coefficient phi ou le *odds ratio*, parce qu'elle est la mesure la plus facile à interpréter pour les tests du chi-carré 2 x 2. Cette mesure (en pourcentage) correspond à la différence de fréquences pour les cas d'occurrences entre les deux catégories comparées.

Analyses de régression linéaire.

Le deuxième objectif était de comparer la force de la relation de facteurs de risque et de protection avec certains comportements problématiques entre nos groupes d'intérêt (langue, sexe, âge). Les relations entre chaque facteur de risque ou de protection et les symptômes dépressifs ont été établies à l'aide de la régression linéaire. Dans un premier temps, nous avons déterminé les coefficients de régression pour chaque groupe linguistique individuellement sur

chacun des facteurs. Ainsi, le modèle d'effets simples se lit comme suit pour l'analyse de chaque groupe linguistique :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 (\text{sexe}) + \beta_2 (\text{âge}) + \beta_3 (\text{facteur}) + e$$

où Y représente la variable dépendante (symptômes dépressifs), β_0 la constante, β_1 et β_2 , les coefficients de régression estimés pour les variables de contrôle sexe et âge respectivement, β_3 , le facteur de risque ou de protection choisi et e , le terme d'erreur (Fox, 2008, p.104). Le coefficient β_3 indique l'accroissement de Y pour chaque unité du facteur quand les autres variables sont maintenues constantes. Ainsi, pour chaque point de pourcentage d'un facteur donné, l'augmentation des symptômes dépressifs (en points de pourcentage également) équivaut à la valeur obtenue pour le coefficient β_3 . Les analyses étant faites séparément pour les écoles anglaises et françaises, nous avons obtenu un coefficient pour chacune. Ces coefficients de régression sont présentés dans les annexes F à U par facteur, variable dépendante et groupe d'intérêt.

Dans un deuxième temps, une régression linéaire était effectuée sur l'échantillon complet afin de déterminer si les deux coefficients obtenus individuellement différaient l'un de l'autre. Ainsi, tel qu'utilisé par Beyers et ses collègues (2004) et proposé par Fox (2008, p.132), en réintégrant la variable de contrôle de la langue et un terme d'interaction résultant du produit de la langue (codée comme une variable dichotomique « dummy » avec « 0 » pour une catégorie et « 1 » pour la deuxième) et du facteur choisi, le modèle permet de déterminer la contribution de la langue (agissant en quelque sorte comme variable modératrice) dans la relation entre le facteur et les symptômes dépressifs :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 (\text{sexe}) + \beta_2 (\text{âge}) + \beta_3 (\text{langue}) + \beta_4(\text{facteur}) + \beta_5(\text{facteur*langue}) + e$$

où β_0 est la constante, β_1 , β_2 et β_3 correspondent aux coefficients des variables de contrôle de la langue, du sexe et de l'âge, β_4 représente la variable indépendante et β_5 , la différence de valeur du coefficient B entre les deux catégories du facteur. Si cette valeur est significative, elle indique que les deux catégories sont différentes sur le plan statistique. Ces analyses ont été répétées en fonction des deux autres groupes d'intérêt, soit le sexe et l'âge et répliquées à l'aide du deuxième échantillon.

Analyses de régression logistique.

Les comparaisons de relations entre les facteurs de risque et les facteurs de protection et les variables dépendantes dichotomiques ont été effectuées à l'aide de régression logistique en contrôlant pour le sexe, la langue et l'âge, selon le cas. Ces analyses utilisaient la même procédure en deux temps, telle qu'expliquée précédemment, pour tester l'interaction. Afin de mesurer la magnitude de cette relation pour chacune des deux catégories, une analyse de régression logistique était d'abord faite séparément (pour les francophones et les anglophones, pour les filles et les garçons ou pour les adolescents plus jeunes et plus âgés), pour chacun des facteurs de risque et de protection. Ces analyses étaient reprises pour les trois comportements d'usage de substances. Par exemple, tel que cité par Hosmer et Lemeshow (2000, p.31), le *logit* du modèle de régression logistique général en fonction de la langue se définit comme suit:

$$\text{Logit}(p) = \beta_0 + \beta_1 (\text{sexe}) + \beta_2 (\text{âge}) + \beta_3 (\text{facteur}) + e$$

où p est la probabilité de la présence du comportement. Pour les régressions logistiques, la mesure d'association utilisée est le rapport de cote (*odds ratio*) correspondant à l'exponentielle du coefficient B (tel que présenté dans les résultats produits par *SPSS*). Le *odds ratio* étant centré autour de 1, cette valeur indique qu'il n'y a pas d'association. Les valeurs entre 0 et 1 montrent une association négative et les valeurs au dessus de 1, une relation positive. Ainsi, le *odds ratio* correspond au changement sur la variable dépendante pour chaque augmentation d'une unité (écart-type⁷) du facteur de risque ou de protection. Puisque la présence du comportement est codée « 1 », un *odds ratio* plus grand que 1 est associé à une augmentation de la présence du comportement, tandis que si le *odds ratio* est plus petit que 1, la probabilité diminue. Ainsi, un *odds ratio* de 2,0 indique que l'augmentation d'un écart-type sur le facteur de risque double la probabilité de la présence du comportement. Un *odds ratio* de 0,5 indique qu'une augmentation d'un écart-type sur le facteur (de protection) diminue de moitié (deux fois moins) la probabilité d'avoir ce comportement.

À la deuxième étape, les analyses étaient reprises sur tout l'échantillon en y ajoutant le terme d'interaction composé du facteur choisi et de la catégorie d'intérêt (langue, sexe ou âge) :

$$\text{Logit}(p) = \beta_0 + \beta_1(\text{sexe}) + \beta_2(\text{âge}) + \beta_3(\text{langue}) + \beta_4(\text{facteur}) + \beta_5(\text{facteur*catégorie}) + e$$

où β_5 indiquait la différence entre les deux catégories du facteur (Hosmer & Lemeshow, p.75). Encore une fois, le *odds ratio* a été utilisé pour quantifier cette différence. Une interaction significative indique que la relation entre ce facteur de risque particulier et le problème d'intérêt diffère significativement entre les deux catégories (codées « 0 » pour les écoles anglaises et « 1 »

⁷ Les variables indépendantes (facteurs) ont été transformées en score z pour les analyses de régression logistique afin de diminuer les risques associés à la collinéarité.

pour les écoles françaises; « 0 » pour les filles et « 1 » pour les garçons ; « 0 » pour les 10-14 ans et « 1 » pour les 15-19 ans). Ainsi, un *odds ratio* de l'interaction égal à 1 signifie que le comportement est indépendant de la catégorie. Un *odds ratio* plus grand que 1 indique une relation plus forte pour la catégorie codée « 1 ». Par exemple, un *odds ratio* de 2,0 pour l'interaction entre les groupes linguistiques veut dire que la relation est deux fois plus importante chez les francophones (codés 1) que chez les anglophones (codés 0). À l'inverse, si le *odds ratio* est égal à 0,5, la relation est deux fois plus forte pour les anglophones. Dans le cas des facteurs de protection (relation négative avec les variables dépendantes), un *odds ratio* de l'interaction plus grand que 1 indique que le facteur a une association plus forte avec les comportements chez les anglophones. Ces analyses ont été effectuées en fonction de chacun des groupes d'intérêt (langue, sexe, âge) et reprises pour réplification avec le deuxième échantillon.

Analyses complémentaires.

Une dernière série d'analyses a examiné l'importance relative des domaines (communauté, famille, école, pairs et individus) en fonction des comportements à l'étude (symptômes dépressifs, tabagisme, consommation d'alcool et usage de cannabis).

Des régressions linéaires (symptômes dépressifs) et logistiques (usage de substances), incluant tous les facteurs de risque et de protection, ont été effectuées sur les deux échantillons.

Nous avons choisi d'entrer les domaines d'intérêt selon une perspective développementale. Les premières années de la vie constituent une période critique pour la socialisation de l'enfant et la famille continue d'exercer son ascendant jusqu'à l'adolescence (Hawkins & Weis, 1985; Loeber, 1990). Avec l'entrée à l'école, le contexte scolaire vient agrandir le réseau d'influences. De nouvelles tâches et expériences (autonomie, discipline,

examens, etc.) contribuent au développement de l'enfant et de l'adolescent. Les interactions se multiplient et les pressions exercées par les pairs se manifestent de plus en plus (Kazdin & Weisz, 2003; Loeber, 1990). Il est à noter dans le *CTC-YS*, ce domaine contient également des facteurs liés à des caractéristiques individuelles (p. ex. *Attitude de rébellion*), qui peuvent se manifester plus tôt dans le développement, mais qui ont également une connotation interpersonnelle. Ils seront conservés tels quels pour faciliter les comparaisons avec les études effectuées à l'aide de ce même instrument. Éventuellement, l'adolescent plus âgé comprend mieux le contexte élargi de son entourage et interagit de plus en plus au sein de sa communauté et même au-delà. Pour reproduire cette trajectoire développementale, les variables prédictrices ont donc été considérées dans l'ordre suivant : famille, école, pairs/individu et communauté.

Pour la régression linéaire sur les symptômes dépressifs, les résultats ont été examinés en fonction du changement de R^2 (proportion de la variance expliquée) après l'ajout de chacun des blocs de variables. Cette procédure indique la contribution additionnelle de chaque groupe au modèle et conséquemment, la force résiduelle de la relation entre chaque domaine et la variable dépendante.

Pour la régression logistique sur les trois variables d'usage de substances, le pseudo R^2 (Nagelkerke, 1991) a servi de balises afin de déterminer l'apport de chacun des domaines au modèle. Ce coefficient n'est pas équivalent au R^2 des analyses *OLS* (*Ordinary Least Square*) de la régression linéaire (ce type de coefficient n'existant pas en régression logistique) et ne peut être interprété en termes de variance expliquée. Par contre, contrairement au R^2 de Cox et Snell, cet indice est ajusté pour varier entre 0 et 1 (Tabachnick & Fidell, 2000) et donne une idée générale de l'apport relatif et additif de chacun des domaines au modèle.

Finalement, toutes ces analyses de régression hiérarchique ont fait l'objet d'une réplique avec le deuxième échantillon dans l'optique de vérifier la robustesse des résultats obtenus pour les niveaux des facteurs de risque et de protection et pour les relations de ces facteurs avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances.

Résultats

Partie I. Analyses préliminaires

Une série d'analyses a permis de poursuivre la vérification de la validité des données des deux échantillons. Toutes les corrélations entre les variables à l'étude allaient dans la direction attendue (voir les tableaux de corrélations aux annexes V et W). Les relations des facteurs de risque entre eux, de même qu'avec les quatre variables dépendantes à l'étude, étaient positives. Toutes les corrélations entre les facteurs de protection étaient positives entre elles et négatives avec les variables dépendantes. Finalement, les variables dépendantes étaient corrélées positivement les unes avec les autres.

Les coefficients de corrélation avec la cigarette, l'alcool et le cannabis avaient des valeurs très similaires à celles d'Arthur et ses collègues (2002). Dans le Nord, seules *Initiation aux comportements antisociaux* et *Recherche de sensations fortes* étaient légèrement différentes dans nos échantillons (entre 0,20 et 0,30 plutôt que 0,50 et entre 0,30 et 0,40 plutôt que 0,20 respectivement). Dans l'échantillon de l'Est, les corrélations du facteur *Occasions de participation prosociale* dans la communauté avec l'usage de substances étaient également légèrement plus basses (0,10 et moins plutôt que 0,20). Les corrélations des divers facteurs avec les symptômes dépressifs variaient entre -0,37 et 0,37 dans les deux échantillons.

Sur un total de 722 corrélations, seulement 18 dans le Nord et 10 dans l'Est se situaient au dessus de 0,60. Les corrélations les plus élevées se trouvaient sur les trois facteurs liés au domaine de la famille variant entre 0,74 et 0,77. Tel que décrit dans la méthodologie, des mesures préventives ont été prises et un examen de la multicollinéarité effectué pour améliorer les analyses de régression.

Les facteurs du domaine des pairs et de l'individu étaient en général plus fortement corrélés avec les variables dépendantes que ceux des autres domaines, un patron apparent dans les deux échantillons et dans les analyses psychométriques des concepteurs du sondage (Arthur et al., 2002).

Par ailleurs, certains facteurs de risque et de protection et les variables dépendantes d'usage de substances ont pu être comparés aux variables équivalentes de la banque de données normatives de *CTC* aux États-Unis (SAMHSA, 2008), regroupant les données recueillies auprès de 310 171 jeunes entre 2000 et 2002. Les comparaisons de moyennes entre facteurs identiques à l'aide de tests-*t* ne présentaient pas d'écart substantiels et les tailles de l'effet étaient très petites (généralement $d < 0,10$). Les résultats des analyses préliminaires suggéraient que nos échantillons étaient robustes et que le profil des Ontariens ne se distinguait pas particulièrement de celui des adolescents américains.

Partie II. Analyses de variiances (ANOVA)

Cette section des analyses comparait le niveau des facteurs de risque, des facteurs de protection, de symptômes dépressifs et d'usage de substances selon la langue, le sexe et l'âge des participants. Les analyses de variance ont été effectuées sur chacun des facteurs de risque et de protection en contrôlant pour la langue, le sexe et l'âge. Les corrections de Bonferroni établissaient le seuil de probabilité à $p < 0,0021$ pour les analyses des 23 facteurs de risque, à $p < 0,0045$ pour les analyses des 11 facteurs de protection.

Les résultats de chaque groupe d'analyses sont présentés à l'aide de diagrammes à barres. De plus, trois synthèses résument les analyses comparatives des facteurs de risque (Tableau 3),

Tableau 3. Différences des niveaux des facteurs de risque par langue, sexe et âge dans le Nord et dans l'Est¹

Facteur	Langue ²		Sexe ³		Âge ⁴	
	Nord	Est	Nord	Est	Nord	Est
C – Faible appartenance à la communauté	■				■	●
C – Désorganisation	□	○			■	●
C – Transition et mobilité	□					
C – Lois et normes favorables	□				■ ■ ■	● ● ●
C – Perception de la disponibilité des drogues		○			■ ■ ■	● ● ●
F – Histoire familiale des comportements antisociaux	□				■ ■	● ●
F – Attitudes parentales envers les drogues			■		■ ■ ■	● ●
F – Faible encadrement familial			■	●	■ ■	● ●
F – Conflits familiaux	■	○ ○	□		■	●
F – Attitudes parentales/comportements antisociaux		○	■	●	■	●
E – Échec scolaire			■	●	■	
E – Faible appartenance à l'école		○	■	●	■	●
P – Attitude de rébellion	□	●	■	●	■	●
P – Initiation précoce à la drogue					■ ■	● ●
P – Initiation précoce aux comportements antisociaux		○	■ ■	●		
P – Attitudes favorables/comportements antisociaux	□	○	■	●	■	● ●
P – Attitudes favorables face aux drogues					■ ■ ■	● ● ●
P – Intentions d'usage		○	■	●	■ ■	● ●
P – Faible perception du risque face aux drogues			■	●	■	●
P – Pairs antisociaux		○	■	●	■	●
P – Usage de drogues des pairs	□				■ ■ ■	● ● ●
P – Recherche de sensations fortes		○	■	●	■ ■	●
P – Reconnaissance des comportements antisociaux	□	○			■	●

¹Le symbole rapporté dans le tableau représente le groupe dont la moyenne ajustée est la plus élevée (anglais ou français, filles ou garçons, jeunes ou âgés) Le nombre de symboles correspond à la taille de l'effet (■ = petite, $d < 0,5$, ■■ = moyenne, $0,5 < d < 0,8$, ■■■ = grande, $d > 0,8$), ²□ ○ = anglais, ■ ● = français, ³□ ○ = filles, ■ ● = garçons, ⁴□ ○ = 10-14 ans, ■ ● = 15-19 ans C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu Dans le Nord, n = 2716 et dans l'Est, n = 1904

Tableau 4. Différences des niveaux des facteurs de protection par langue, sexe et âge dans le Nord et dans l'Est¹

Facteur	Langue ²		Sexe ³		Âge ⁴	
	Nord	Est	Nord	Est	Nord	Est
C – Occasions de participation prosociale		●			□	○
C – Reconnaissance prosociale		●			□	○
F – Attachement					□	○
F – Occasions prosociales		●			□	○
F – Reconnaissance prosociale		●			□	○
E – Occasions prosociales	■			○	□	
E – Reconnaissance prosociale	■	●			□	○
P – Religiosité			□	○	□	○
P – Habiletés sociales			□	○	□□	○ ○
P – Interactions avec des pairs prosociaux	□	○	□	○	□	○
P – Croyance en un ordre moral	■		□	○	□□	○

¹Le symbole rapporté dans le tableau représente le groupe dont la moyenne ajustée est la plus élevée (anglais ou français, filles ou garçons, jeunes ou âgés) Le nombre de symboles correspond à la taille de l'effet (■ = petite, $d < 0,5$, ■■ = moyenne, $0,5 < d < 0,8$, ■■■ = grande, $d > 0,8$), ²□ ○ = anglais, ■ ● = français, ³□ ○ = filles, ■ ● = garçons, ⁴□ ○ = 10-14 ans, ■ ● = 15-19 ans C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu Dans le Nord, n = 2716 et dans l'Est, n = 1904

Tableau 5. Différences des niveaux de symptômes dépressifs et de fréquences de l'usage de substances par langue, sexe et âge dans le Nord et dans l'Est¹

Problème	Langue ²		Sexe ³		Age ⁴	
	Nord	Est	Nord	Est	Nord	Est
Symptômes dépressifs ⁵	□	○	□	○	■	●
Tabagisme					■	●
Consommation d'alcool					■	●
Usage de cannabis	□				■	●

¹Le symbole rapporté dans le tableau représente le groupe (anglais ou français, filles ou garçons, jeunes ou âgés) dont la moyenne ajustée est la plus élevée. Le nombre de symboles correspond à la taille de l'effet (■ = petite, $d < 0,5$, ■■ = moyenne, $0,5 < d < 0,8$, ■■■ = grande, $d > 0,80$) pour les symptômes dépressifs, ²□ ○ = anglais, ■ ● = français, ³□ ○ = filles, ■ ● = garçons, ⁴□ ○ = 10-14 ans, ■ ● = 15-19 ans, ⁵L'échelle des symptômes dépressifs compte 4 items dans le Nord et 13 items dans l'Est. Dans le Nord, n = 2716 et dans l'Est, n = 1904.

des facteurs de protection (Tableau 4), ainsi que de l'usage de substances et des symptômes dépressifs (Tableau 5).

Comparaisons des niveaux des facteurs de risque et de protection selon la langue.

Pour les analyses comparant les niveaux de facteurs de risque et de protection dans les écoles anglaises et françaises, les analyses de variance ont été contrôlées pour le sexe et l'âge.

Dans l'échantillon du Nord, huit facteurs de risque se sont avérés plus élevés dans les écoles anglaises ($p < 0,001$) sur un total de 23 facteurs. Dans le domaine de la communauté (Figure 1), les écoles anglaises montraient des moyennes plus élevées sur trois des cinq facteurs (*Désorganisation, Transition et mobilité, Lois et normes favorables aux drogues*), alors qu'un seul facteur défavorisait les écoles françaises (*Faible appartenance à la communauté, $p < 0,0021$*). Dans le domaine de la famille, deux facteurs étaient significativement différents. Les écoles anglaises étaient plus à risque pour *Histoire familiale des comportements antisociaux*, tandis que les écoles françaises étaient plus élevées pour les *Conflits familiaux*. Aucune différence n'a été détectée entre ces groupes pour les deux variables du domaine de l'école.

Dans le domaine des pairs et de l'individu (Figure 2), quatre différences significatives ont été observées (*Attitude de rébellion, Attitude favorable aux comportements antisociaux, Usage de drogues des pairs, Reconnaissance des comportements antisociaux*) alors que les élèves des écoles anglaises ont rapporté des niveaux de risque plus élevés. Pour tous les facteurs significatifs des quatre domaines, les tailles de l'effet étaient généralement petites (d de Cohen entre 0,11 et 0,36).

Dans le deuxième échantillon, provenant de l'Est de l'Ontario, plus de la moitié des facteurs de risque différaient entre les anglophones et les francophones (Figures 3 et 4). Onze de ces 12 facteurs étaient plus élevés chez les élèves des écoles anglaises que chez ceux des écoles françaises.

Ainsi, la figure 3 montre que les écoles anglaises ont obtenu des moyennes plus élevées ($p < 0,001$) sur deux facteurs du domaine de la communauté (*Désorganisation*, *Perception de la disponibilité des drogues*), deux facteurs de la famille (*Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux* et *Conflits familiaux*, ce dernier facteur dépassant le seuil de l'effet moyen) et un facteur dans le domaine de la famille (*Faible appartenance à l'école*).

Les différences entre écoles françaises et écoles anglaises étaient également présentes dans le domaine des pairs et de l'individu, tel qu'illustré à la Figure 4, alors que six facteurs de risque (*Initiation précoce aux comportements antisociaux*, *Attitude favorable aux comportements antisociaux*, *Intentions d'usage*, *Interactions avec des pairs antisociaux*, *Recherche de sensations fortes*, *Reconnaissance des comportements antisociaux*) étaient plus élevés pour les écoles anglaises comparativement aux écoles françaises. Un seul facteur de risque (*Attitude de rébellion*) défavorisait ces dernières ($p < 0,001$). Les tailles de l'effet (d de Cohen) étaient généralement petites pour les quatre domaines, fluctuant entre 0,15 et 0,54.

Pour les facteurs de protection de l'échantillon du Nord (Figure 5), aucun facteur ne différait dans les domaines de la communauté et de la famille. Par contre, les élèves des écoles françaises semblaient avantagés à l'école (*Occasions de participation prosociale*, *Reconnaissance prosociale* à $p < 0,001$) et ont obtenu une moyenne plus élevée sur un facteur du domaine des pairs et de l'individu (*Croyance dans un ordre moral*). Finalement, un seul facteur est ressorti plus fort dans les écoles anglaises, soit *Interactions avec des pairs prosociaux*. Les tailles de l'effet étaient généralement petites, entre 0,14 et 0,23.

Du côté de l'Est, on notait une présence plus forte des facteurs de protection dans les écoles françaises par rapport aux écoles anglaises (Figure 6). Cinq facteurs sur un total de 11 étaient plus élevés dans les écoles françaises dans trois domaines ($p < 0,001$), soit deux facteurs

Figure 1. Différences des niveaux de risque (d de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises du Nord (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école

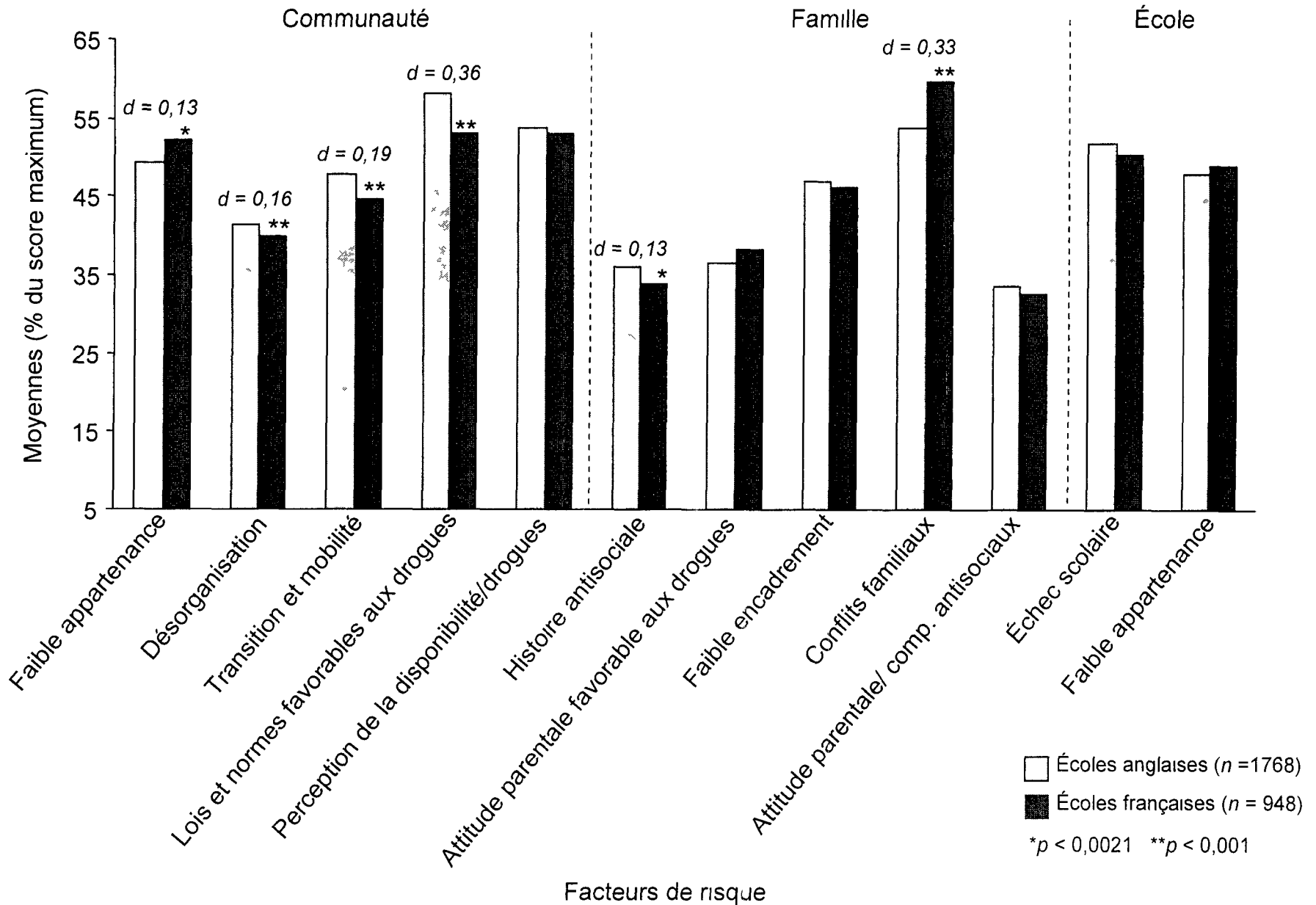


Figure 2. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises du Nord (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu

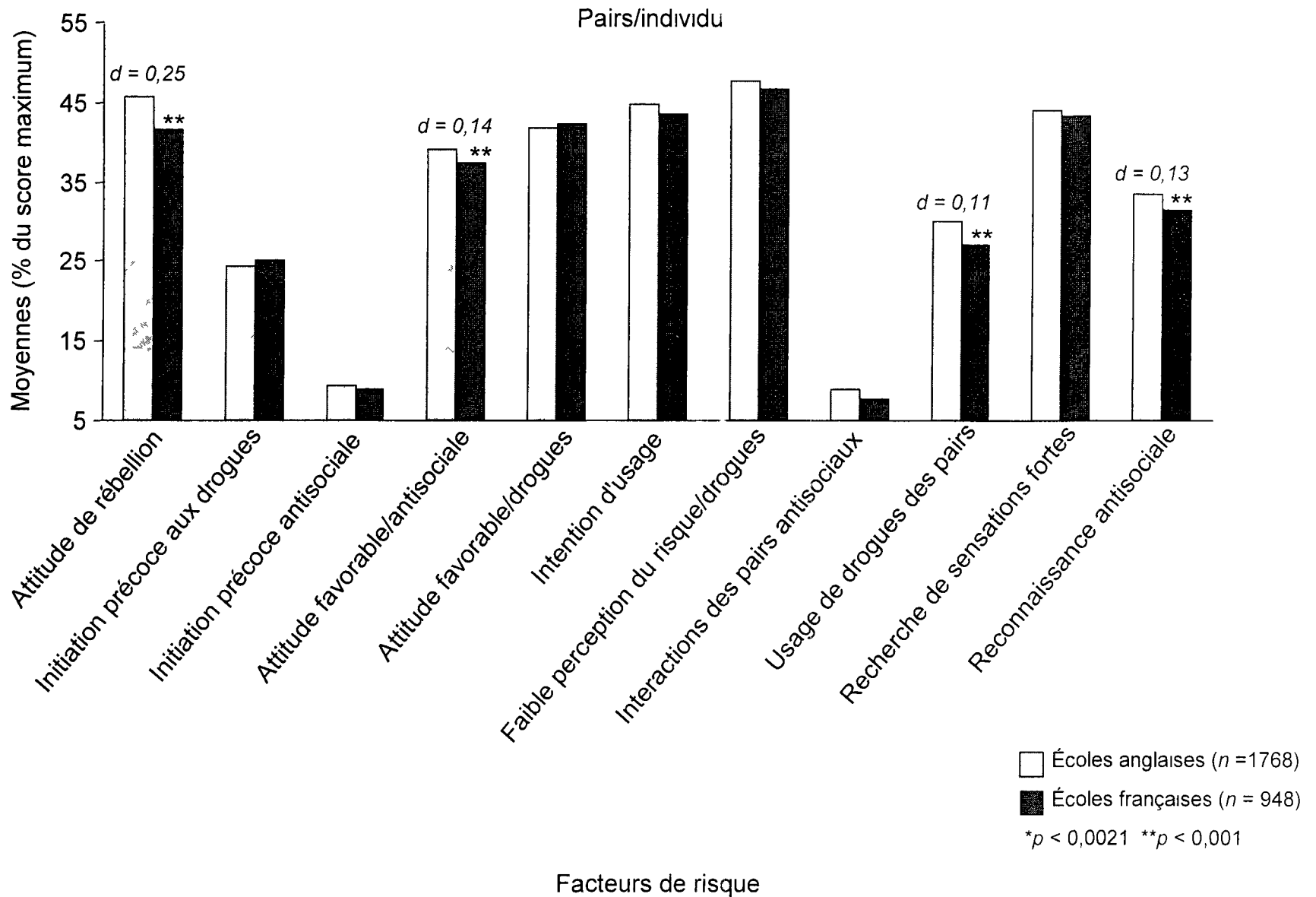


Figure 3. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école

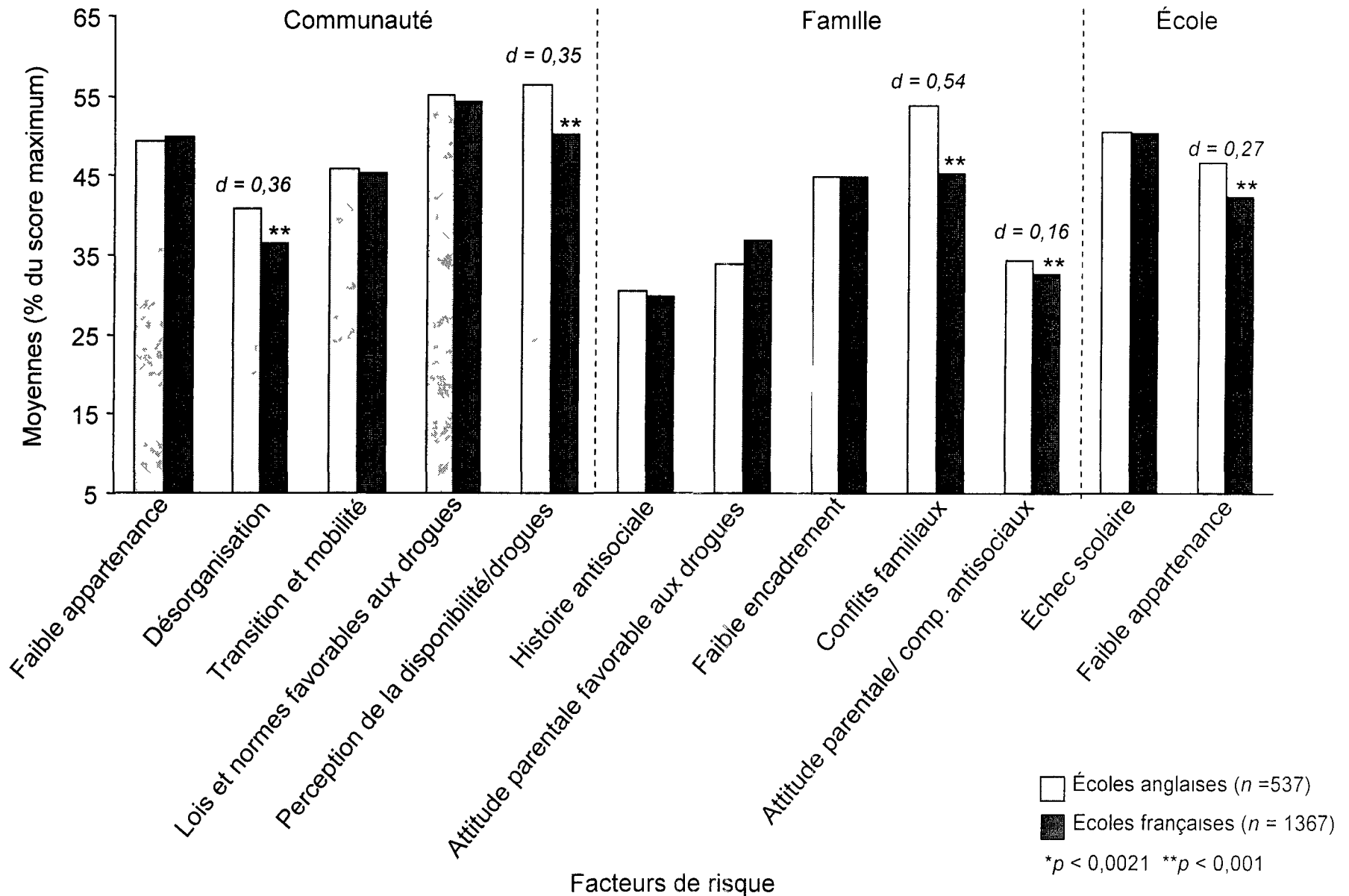


Figure 4. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu

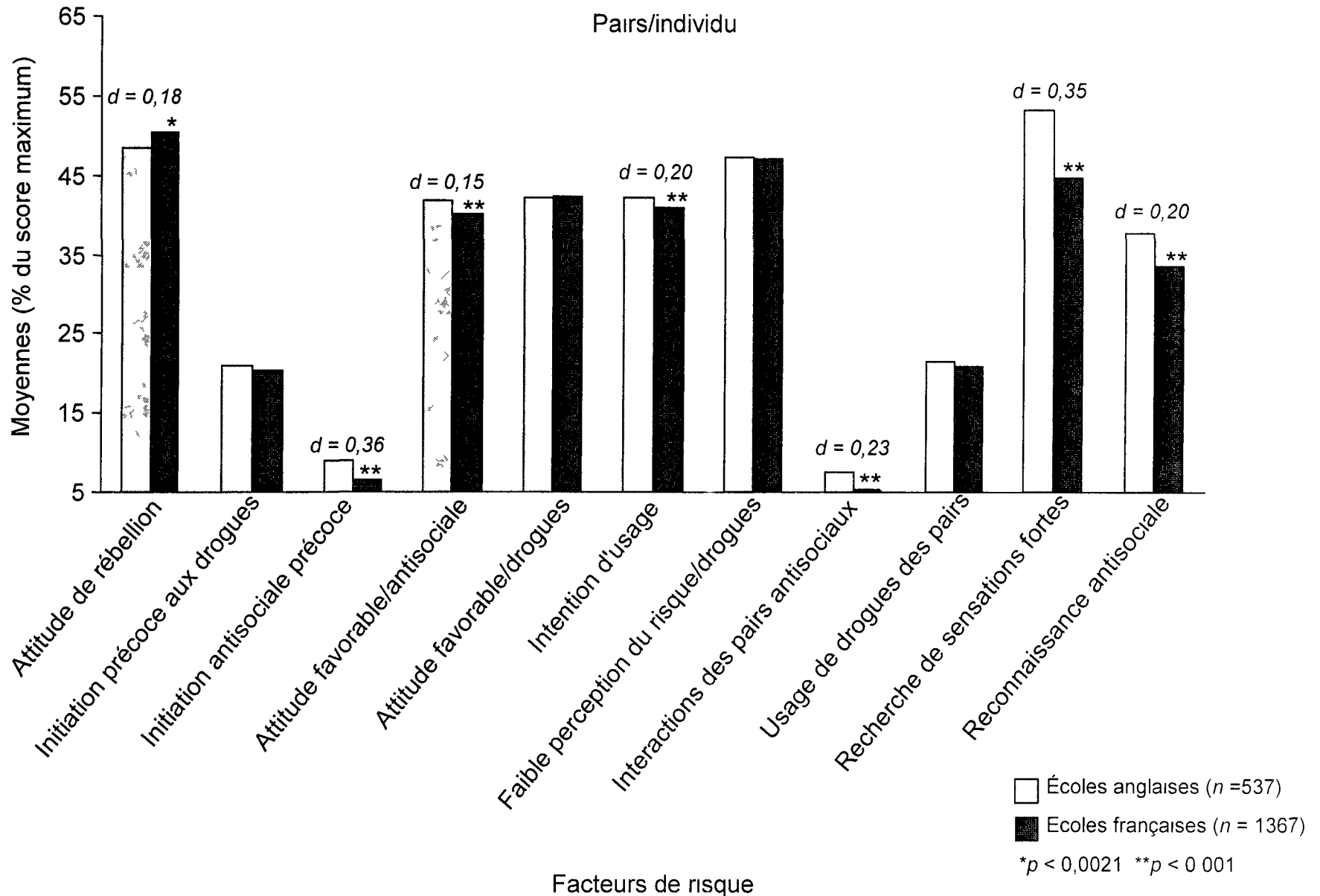


Figure 5. Différences des niveaux de protection (*d* de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises du Nord (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour tous les facteurs

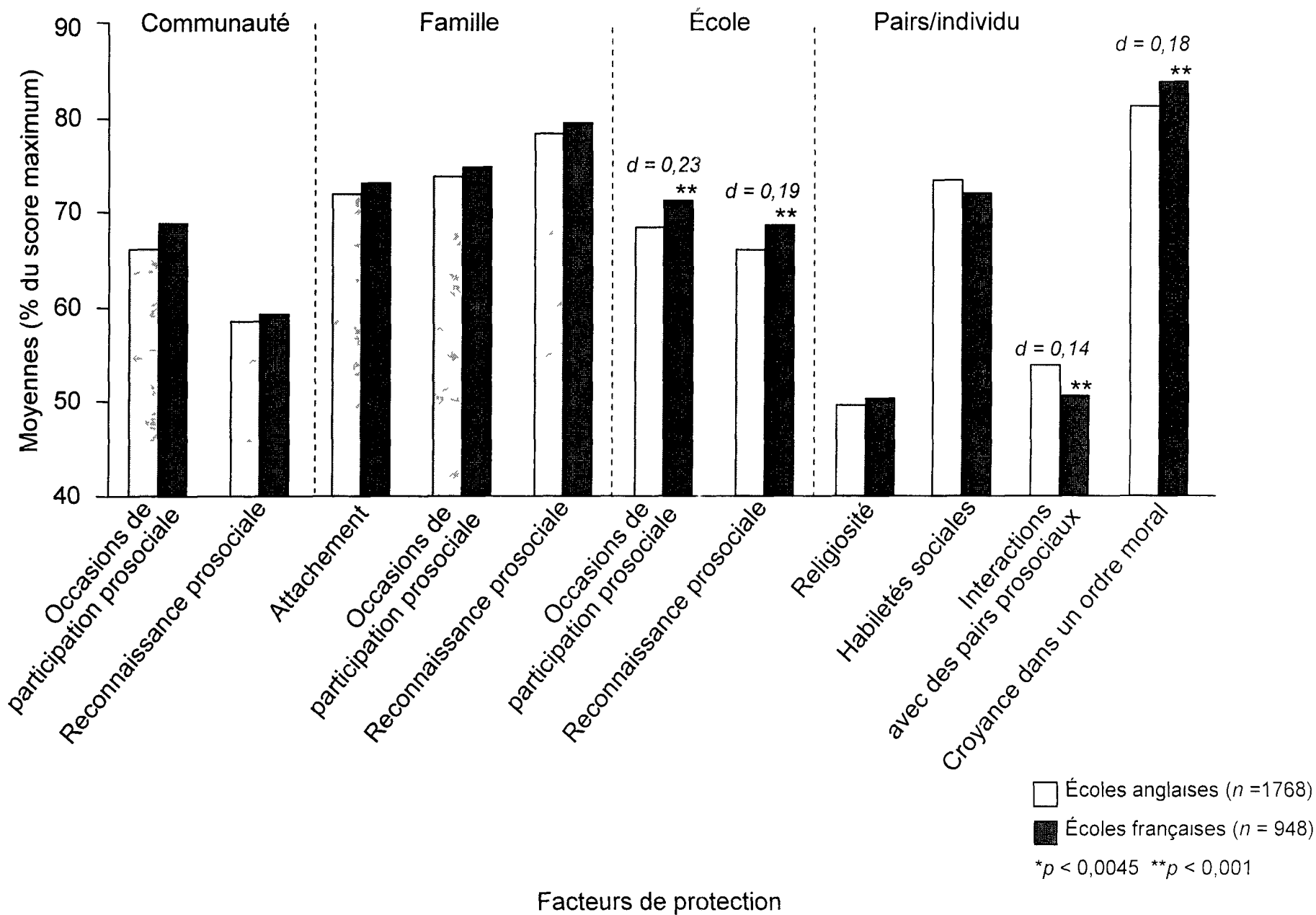
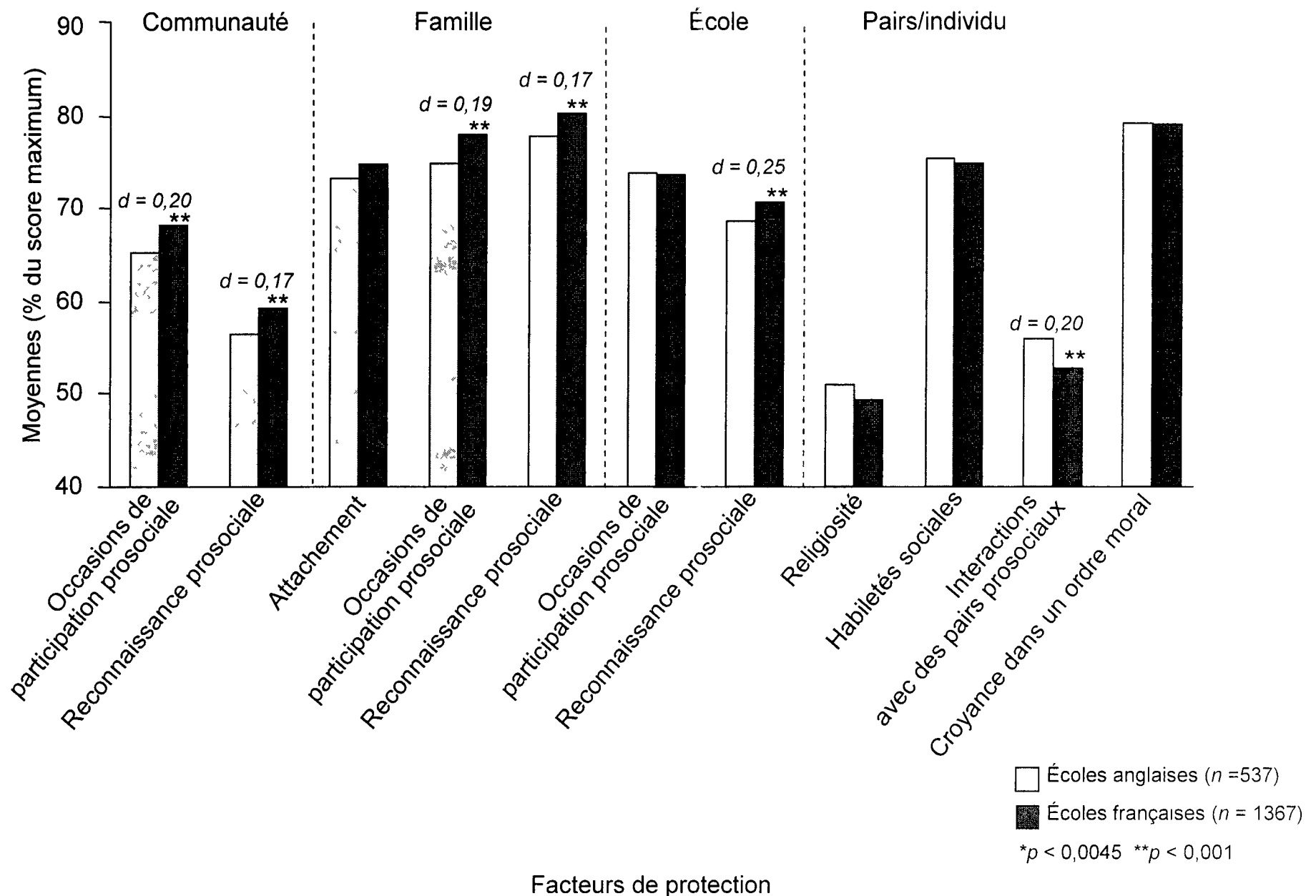


Figure 6. Différences des niveaux de protection (d de Cohen) entre les écoles anglaises et françaises de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge) pour tous les facteurs



de la communauté (*Occasions de participation prosociale, Reconnaissance prosociale*), deux des trois facteurs de la famille (*Occasions de participation prosociale, Reconnaissance prosociale*) et un des deux facteurs de l'école (*Reconnaissance prosociale*). Cependant, les élèves des écoles anglaises ont rapporté des niveaux plus élevés de protection pour le facteur *Interactions avec des pairs prosociaux* dans le domaine des pairs et de l'individu. Toutes les tailles de l'effet étaient relativement petites (entre 0,17 et 0,25).

En résumé, les écoles anglaises du Nord et de l'Est ont affiché des moyennes plus élevées sur plusieurs facteurs de risque comparativement aux écoles françaises, mais ces facteurs différaient sur les deux échantillons (voir la synthèse du tableau 2). Dans le Nord, le domaine de la communauté a fait ressortir le plus de différences entre les deux groupes linguistiques, alors que dans l'Est, le domaine des pairs et de l'individu s'est démarqué. Par ailleurs, les différences pour deux des facteurs de risque étaient inversées dans les échantillons du Nord et de l'Est. Dans celui du Nord, la perception des *Conflits familiaux* était plus forte pour les élèves des écoles françaises, alors que dans l'échantillon de l'Est, ce sont les élèves des écoles anglaises qui avaient une perception plus négative. Pour le facteur de l'*Attitude de rébellion*, les moyennes étaient plus hautes pour les écoles anglaises dans le Nord tandis que l'inverse se produisait dans l'Est où les élèves des écoles françaises ont rapporté plus fortement cette attitude. Enfin, pour les facteurs de protection, les différences pour *Reconnaissance prosociale à l'école* (à l'avantage des écoles françaises) et *Interactions avec des pairs prosociaux* (favorisant les écoles anglaises) ont été reproduites dans les deux échantillons.

Comparaisons des niveaux de risque et de protection selon le sexe.

Les analyses comparant les niveaux des facteurs de risque et de protection entre les filles et les garçons ont été contrôlées pour la langue et l'âge. La synthèse des différences entre les garçons et les filles est présentée dans les tableaux 2 et 3.

Dans l'échantillon du Nord, les filles et les garçons n'étaient pas différents pour les facteurs de risque du domaine de la communauté (Figure 7). Par contre, 13 différences ont été détectées sur les 18 facteurs de risque des trois autres domaines (voir aussi Figure 8).

Les garçons ont rapporté des moyennes plus élevées sur 12 d'entre eux. Dans la famille, on retrouvait trois facteurs plus élevés sur les cinq de ce domaine (*Attitude parentale favorable aux drogues, Faible encadrement, Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux*), les deux facteurs de risque de l'école (*Échec scolaire, Faible appartenance à l'école*), et dans le domaine des pairs et de l'individu, sept facteurs sur les 11 de ce domaine sont ressortis du lot. Le seul facteur désavantageant les filles se trouvait dans le domaine de la famille (*Conflits familiaux*). Pour l'ensemble des facteurs, les tailles de l'effet étaient assez petites, entre 0,15 et 0,35, à l'exception du facteur *Initiation précoce aux comportements antisociaux* dont la différence était de taille moyenne ($d = 0,53$).

Dans l'échantillon de l'Est, aucun des facteurs de la communauté ne s'est avéré significatif (Figure 9). Les garçons semblaient plus à risque sur deux des cinq facteurs de la famille (*Faible encadrement familial, Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux*).

Pour le domaine de l'école, les deux facteurs de risque (*Échec scolaire* et *Faible appartenance*) ont également produit une différence significative au détriment des garçons.

Dans le domaine des pairs et de l'individu, les garçons ont écopé sur les sept facteurs qui se sont avérés significatifs (Figure 10). Ces facteurs sont *Attitude de rébellion*, *Initiation précoce aux comportements antisociaux*, *Attitude favorable aux comportements antisociaux*, *Intentions d'usage*, *Faible perception du risque face aux drogues*, *Interactions avec des pairs antisociaux*, *Recherche de sensations fortes*. Les tailles de l'effet étaient généralement petites, mais deux facteurs se distinguaient par un effet frôlant le seuil de la taille moyenne, soit *Initiation précoce aux comportements antisociaux* ($d = 0,45$) et *Recherche de sensations fortes* ($d = 0,44$).

Du côté des facteurs de protection, l'échantillon du Nord a révélé quatre différences significatives ($p < 0,0045$) sur les 11 facteurs à l'étude. La figure 11 nous montre que ces différences se trouvaient toutes dans le domaine des pairs et de l'individu (*Religiosité*, *Habilités sociales*, *Interactions avec des pairs prosociaux*, *Croyance dans un ordre moral*). Dans ce domaine, les filles ont rapporté chaque fois des moyennes plus élevées que les garçons. Les tailles de l'effet variaient entre 0,12 et 0,36.

Les résultats de l'échantillon de l'Est (Figure 12) nous montrent qu'aucun facteur de protection n'était différent entre les deux sexes pour les domaines de la communauté et de la famille. Par contre, le facteur *Occasions de participation prosociale* du domaine de l'école avantageait légèrement les filles et les quatre facteurs du domaine des pairs et de l'individu étaient significatifs. La *Croyance dans un ordre moral* était l'unique facteur à s'approcher d'une taille de l'effet moyenne ($d = 0,48$).

Dans l'ensemble (voir tableaux 2 et 3), les analyses dans le Nord et dans l'Est ont détecté plusieurs différences d'intensité équivalente sur les mêmes facteurs de risque et de protection. À l'exception du domaine de la communauté où aucune différence n'a été signalée, plusieurs facteurs de risque et de protection des domaines de la famille, de l'école et des pairs et de

Figure 7. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les filles et les garçons du Nord (contrôlés pour la langue et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école

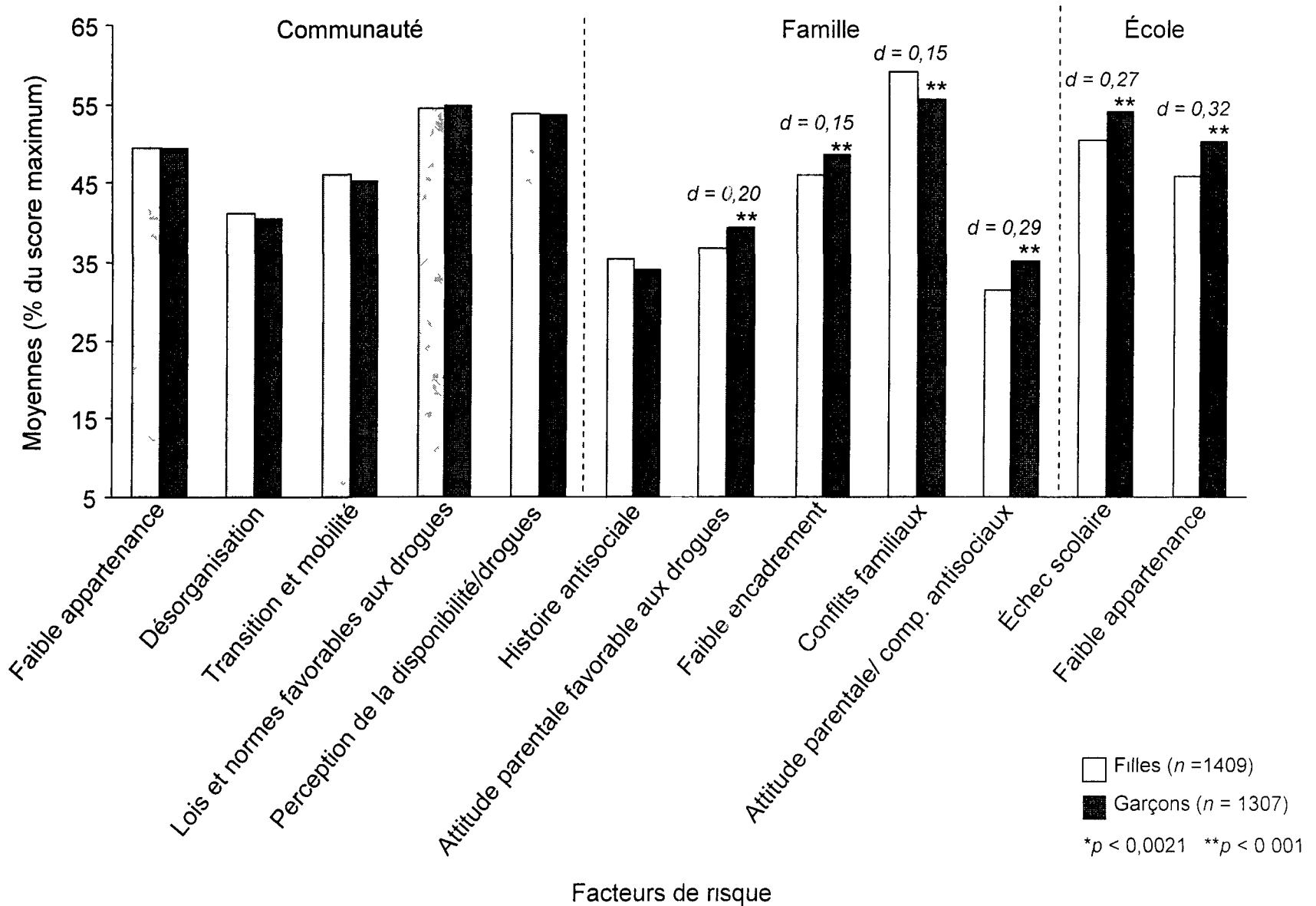


Figure 8. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les filles et les garçons du Nord (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu

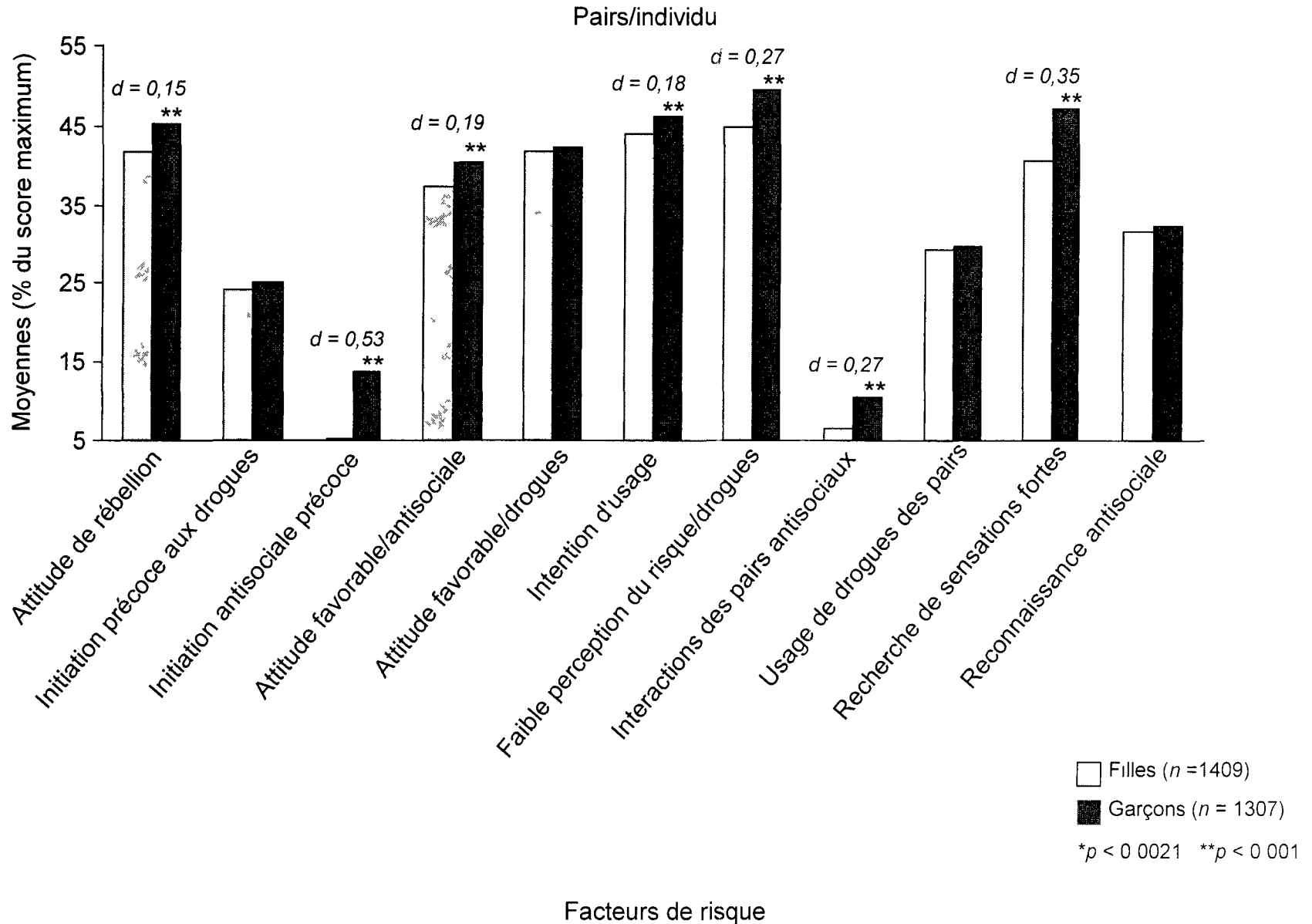


Figure 9. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les filles et les garçons de l'Est (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école

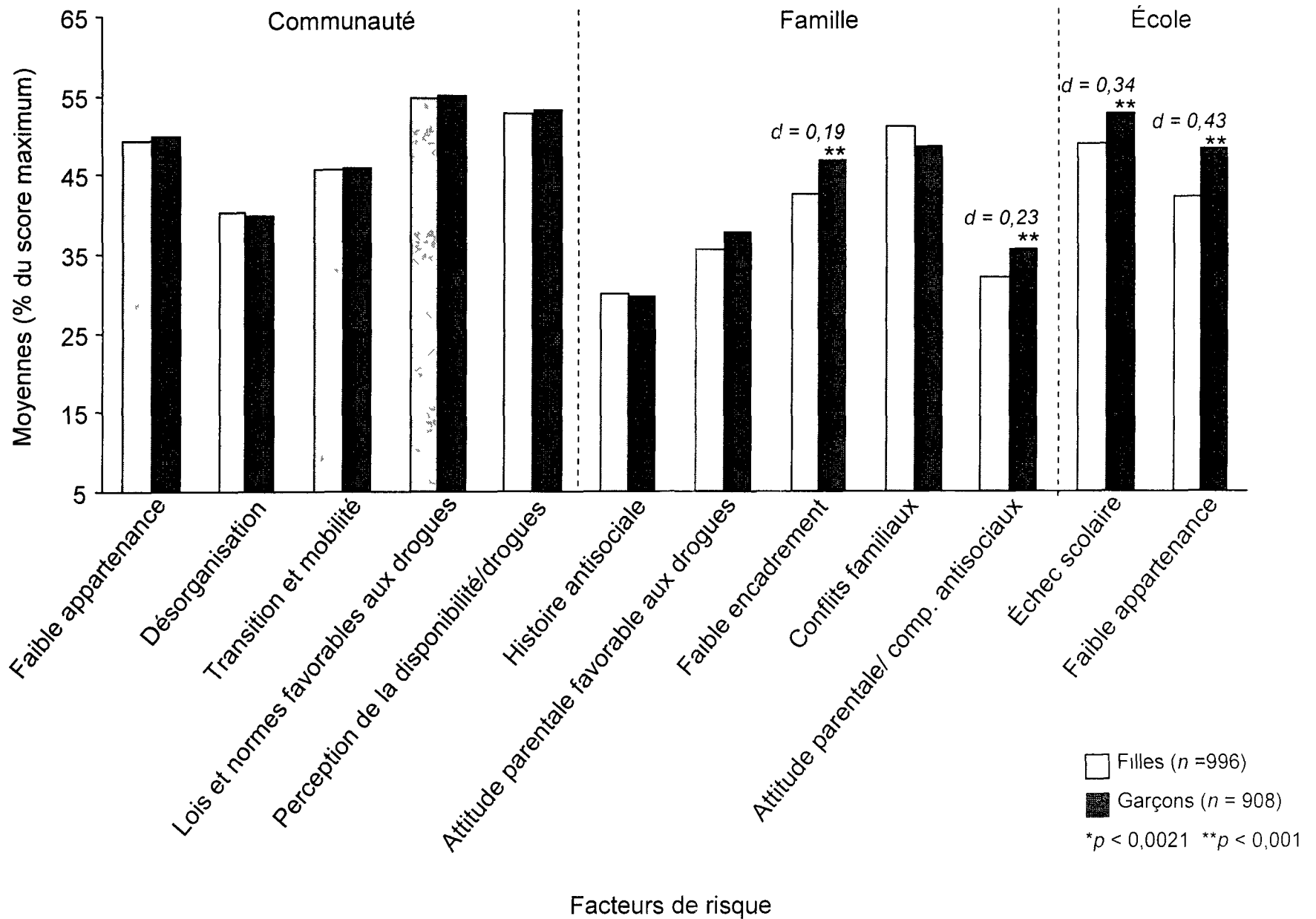
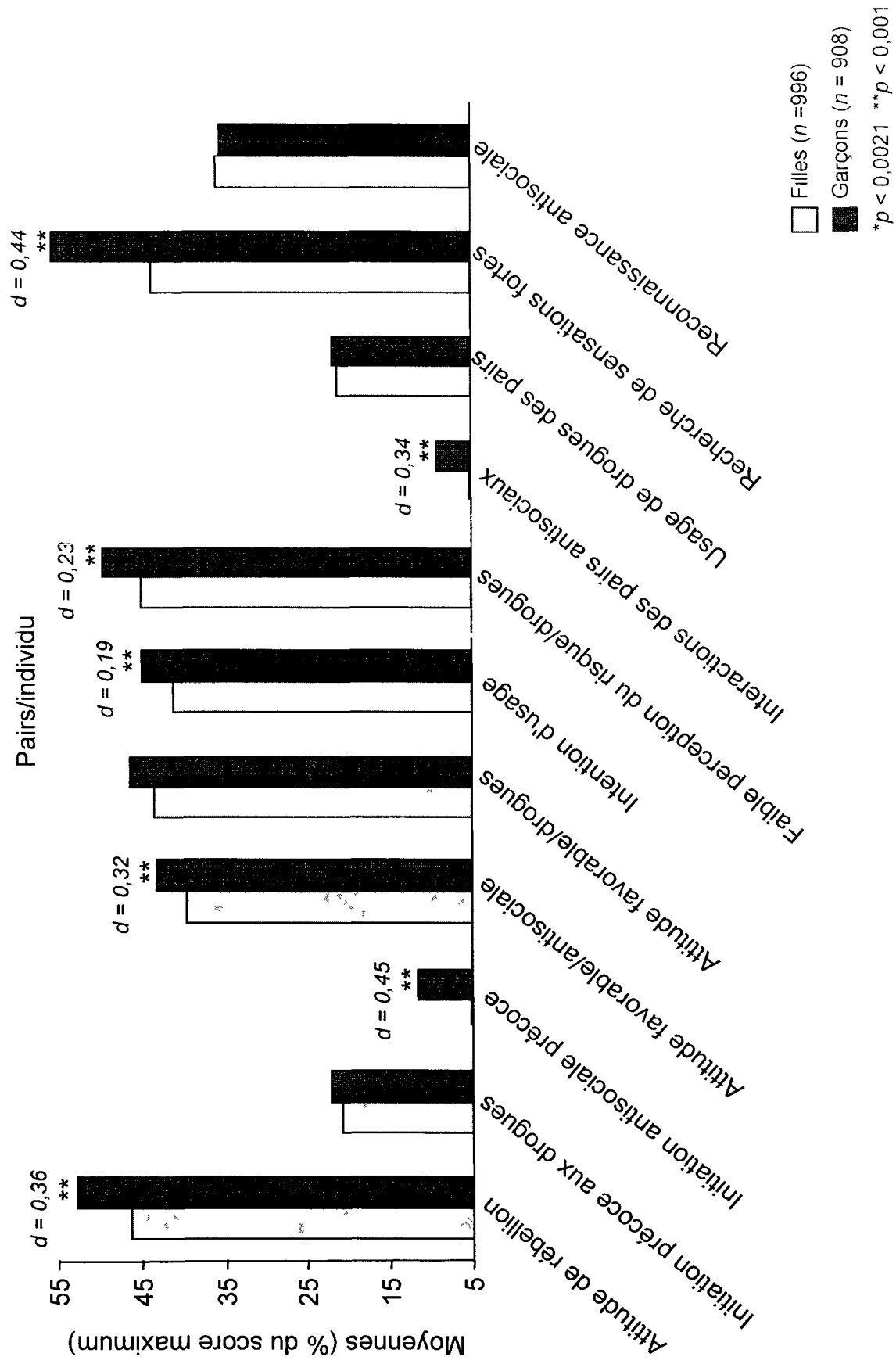


Figure 10. Différences des niveaux de risque (d de Cohen) entre les filles et les garçons de l'Est (contrôlées pour la langue et l'âge) pour les facteurs des pairs et de l'individu



Facteurs de risque

Figure 11. Différences des niveaux de protection (*d* de Cohen) entre les filles et les garçons du Nord (contrôlées pour la langue et l'âge) pour tous les facteurs

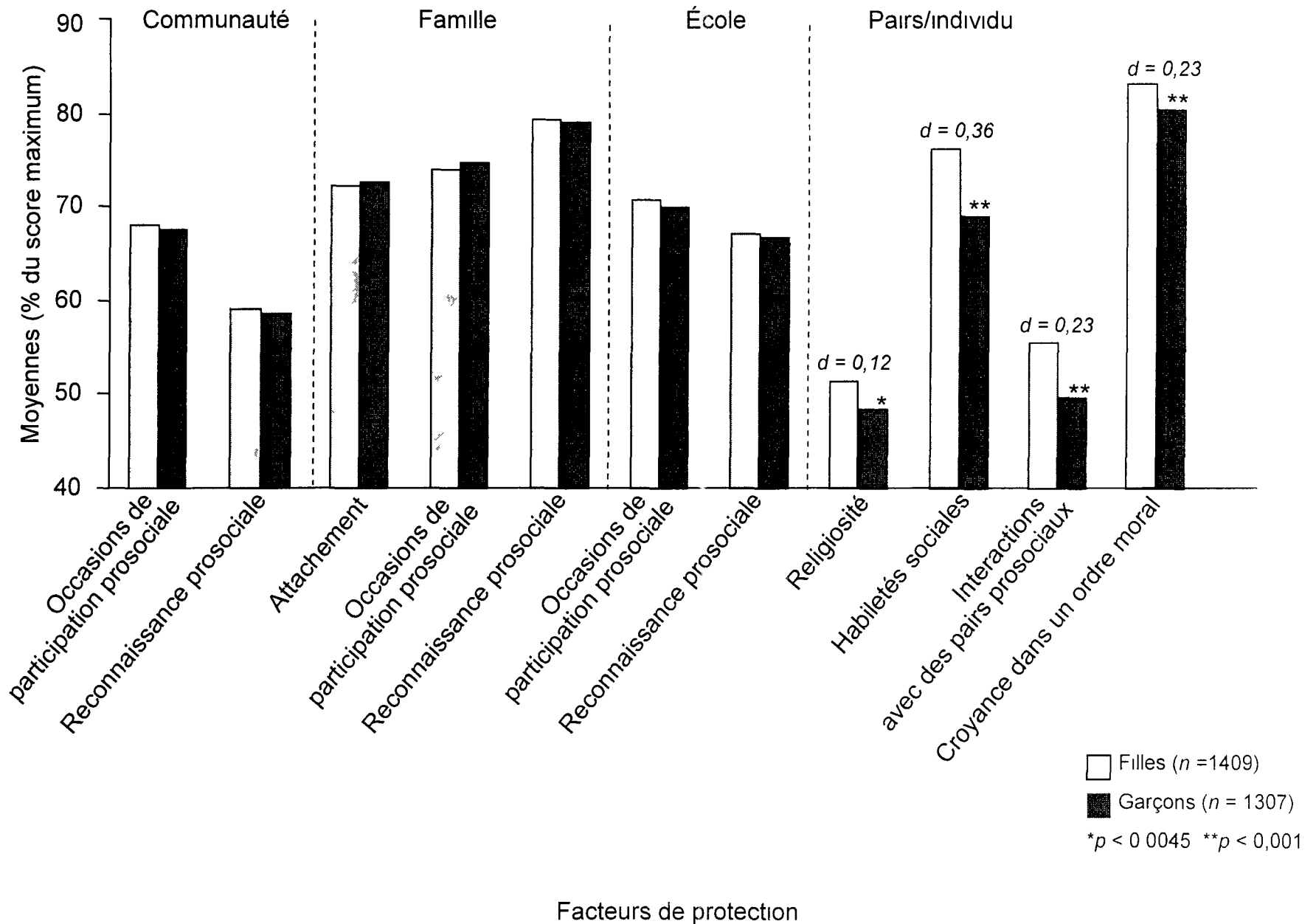
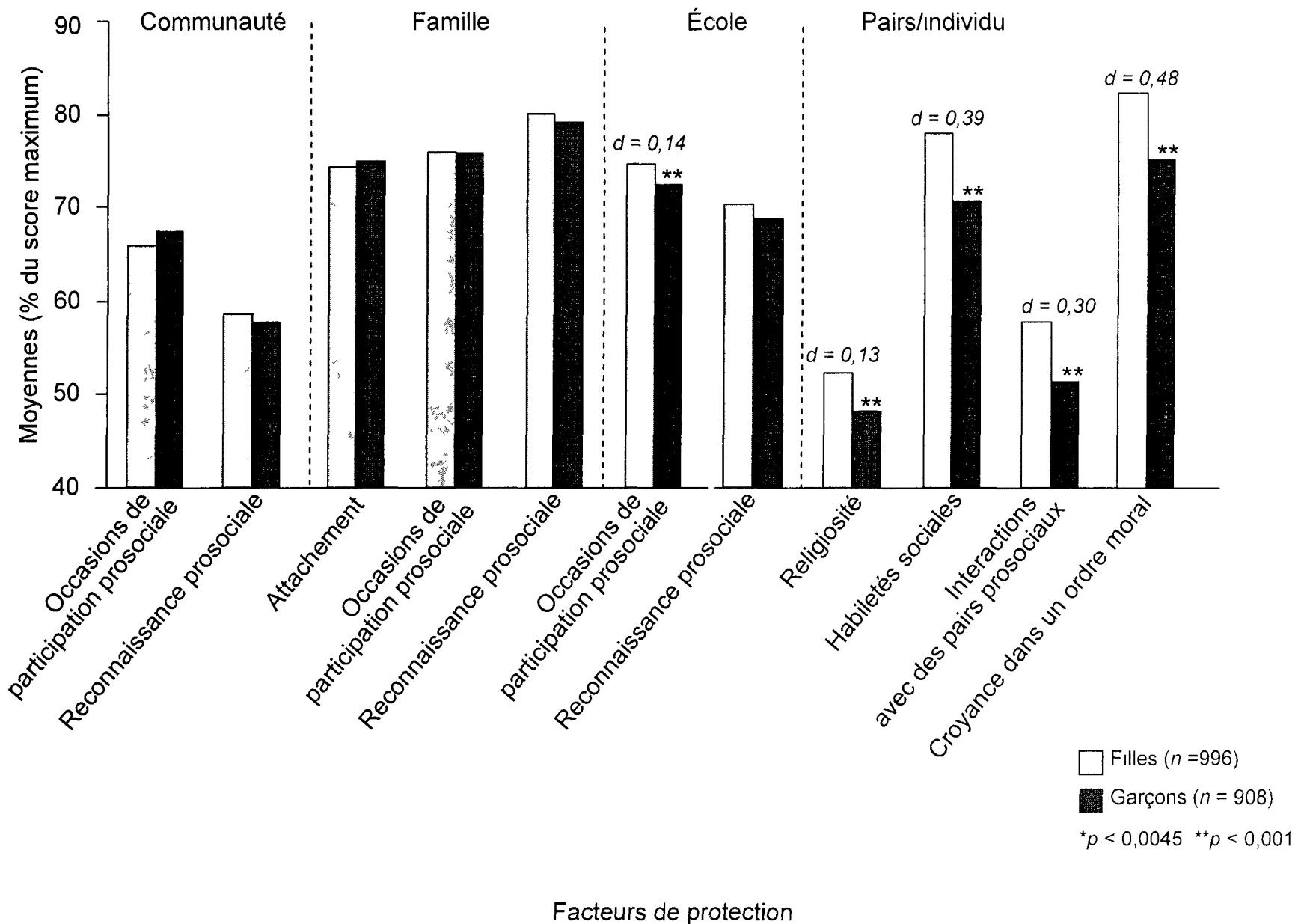


Figure 12. Différences des niveaux de protection (*d* de Cohen) entre les filles et les garçons de l'Est (contrôlés pour la langue et l'âge) pour tous les facteurs



l'individu défavorisaient les garçons. La différence relevée pour les *Conflits familiaux* (filles plus élevées) dans l'échantillon du Nord n'a pas été reproduite de manière significative dans l'Est ($p = 0,046$) et le facteur de risque *Attitude parentale favorable aux drogues*, qui a été endossé plus fortement par les garçons que par les filles dans le Nord, n'a pas fait ressortir de différence dans l'Est.

Comparaisons de niveaux de risque et de protection selon le groupe d'âge.

Les analyses comparant les niveaux des facteurs de risque et de protection entre le groupe des plus jeunes (10-14 ans) et celui des plus âgés (15-19 ans) ont été contrôlées pour la langue et le sexe. En plus des figures 13 à 18, les tableaux 2 et 3 présentent la synthèse de ces résultats. Dans l'échantillon du Nord, il existait de nombreuses différences entre les deux groupes. Un total de 21 facteurs de risque était plus élevé chez les plus âgés ($p < 0,001$). Seuls les niveaux des facteurs *Transition et mobilité* dans le domaine de la communauté et *Initiation précoce aux comportements antisociaux* dans celui des pairs et de l'individu se sont avérés similaires pour les deux groupes d'âge. Dans le domaine de la communauté (Figure 13), les tailles de l'effet variaient entre 0,18 pour *Désorganisation* et 1,20 pour *Perception de la disponibilité des drogues*.

Dans le domaine de la famille, tous les facteurs comportaient des différences significatives, le facteur *Attitude parentale favorable aux drogues* étant le plus élevé avec une taille de l'effet de 0,86. Les différences pour les deux facteurs du domaine de l'école (*Échec scolaire*, *Faible appartenance à l'école*) étaient également significatives, les niveaux étant plus élevés chez les plus âgés.

Dans la figure 14, on peut voir que les facteurs du domaine des pairs et de l'individu étaient presque tous significatifs et que les tailles de l'effet allaient de petites à grandes (moyenne de $d = 0,53$). Dans l'ensemble, les tailles de l'effet étaient les plus grandes pour les facteurs liés aux perceptions de la drogue et de son usage (*Lois favorables aux drogues*, *Perception de la disponibilité des drogues*, *Attitude parentale favorable aux drogues*, *Attitude favorable aux drogues*, *Usage de drogues des pairs*), dont les coefficients d variaient entre 0,86 et 1,20.

Dans l'échantillon de l'Est, le niveau était plus élevé dans le groupe des plus âgés sur vingt des 23 facteurs de risque (Figures 15 et 16). Les tailles de l'effet variaient de 0,20 (*Interactions avec des pairs antisociaux*) à 0,98 (*Perception de la disponibilité des drogues*) avec une moyenne de 0,47 pour l'ensemble des facteurs.

Dans le domaine de la communauté, quatre facteurs étaient affectés (tous sauf *Transition et mobilité*). Les adolescents plus âgés avaient des niveaux de facteurs de risque plus élevés sur les cinq facteurs du domaine de la famille. Trois de ces facteurs (*Histoire familiale de comportements antisociaux*, *Attitude parentale favorable aux drogues* et *Faible encadrement familial*) avaient une taille de l'effet moyenne. Dans le domaine de l'école, la différence sur le facteur *Faible appartenance* s'est aussi avérée significative entre les deux groupes d'âge.

Pour le domaine des pairs et de l'individu (Figure 16), tous les facteurs de ce domaine montraient des différences significatives sauf *Initiation précoce aux comportements antisociaux*. Les facteurs les plus élevés étaient *Lois favorables aux drogues*, *Perception de la disponibilité des drogues*, *Attitude parentale favorable aux drogues*, *Attitude favorable aux drogues* et *Usage de drogues des pairs*, des facteurs associés de plus près aux perceptions et à l'usage des drogues.

Grosso modo, la réplication avec l'échantillon de l'Est était presque complète en ce qui concerne les différences en fonction du groupe d'âge (revoir les tableaux 2 et 3 pour la synthèse comparative). Celles-ci se sont retrouvées dans les deux échantillons sur vingt facteurs de risque. Seule la différence sur le facteur *Échec scolaire* n'a pas été reproduite dans l'Est. De plus, les différences pour quatre des facteurs associés à la perception des drogues étaient les plus grandes parmi tous les facteurs dans les deux échantillons, et les autres tailles de l'effet étaient assez similaires. Deux facteurs n'ont produit aucune différence entre les deux groupes d'âge, dans les deux échantillons, soit *Initiation précoce aux comportements antisociaux* et *Transition et mobilité*.

Pour les facteurs de protection, les 11 facteurs de l'échantillon du Nord étaient plus élevés ($p < 0,001$) chez les plus jeunes (Figure 17), avec une moyenne des taille de l'effet de 0,34. Les différences sur les facteurs liés à la reconnaissance, que ce soit dans la communauté, dans la famille ou à l'école, étaient les plus fortes de leur domaine respectif. Les tailles de l'effet allaient de petites à moyennes, les deux plus élevées se trouvant dans le domaine des pairs et de l'individu (*Habilités sociales*, *Croyance dans un ordre moral*).

Dans l'Est, 10 des 11 facteurs de protection étaient plus élevés chez les plus jeunes (Figure 18). Seules les *Occasions de participation prosociale* du domaine de l'école n'ont pas été perçues différemment par les deux groupes. Les tailles de l'effet étaient petites à moyennes, les deux plus élevées se trouvant dans le domaine des pairs et de l'individu (*Habilités sociales*, *Croyance dans un ordre moral*). La moyenne des effets se situait à 0,36.

Ainsi, dans les deux échantillons, les différences entre les groupes d'âge étaient nombreuses et défavorisaient principalement les plus vieux, que ce soit pour les facteurs de risque (moyennes plus élevées) ou pour les facteurs de protection (moyennes plus basses). Les

Figure 13. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école

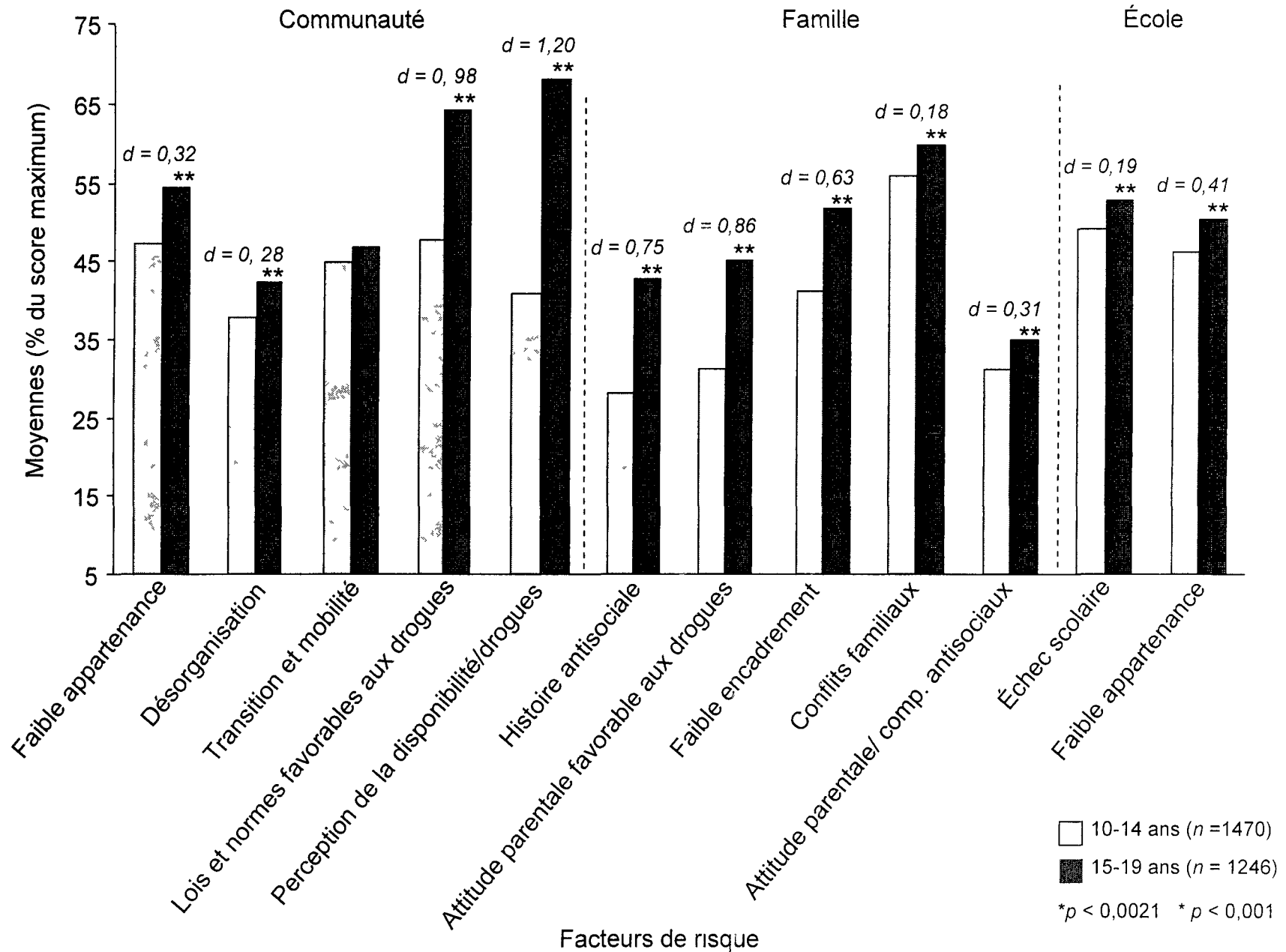


Figure 14. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord (contrôlés pour la langue et le sexe) pour les facteurs des pairs et de l'individu

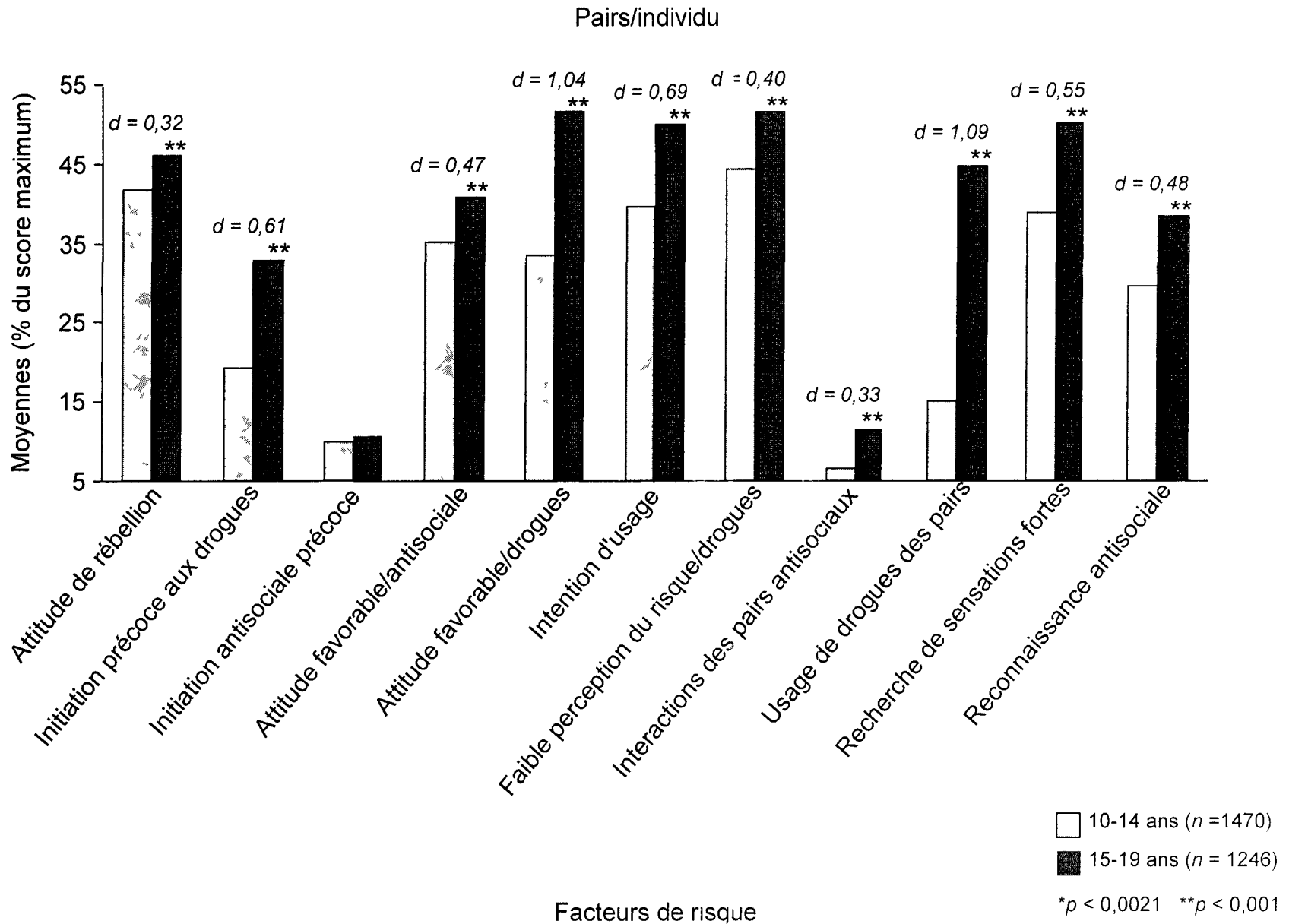


Figure 15. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs de la communauté, de la famille et de l'école

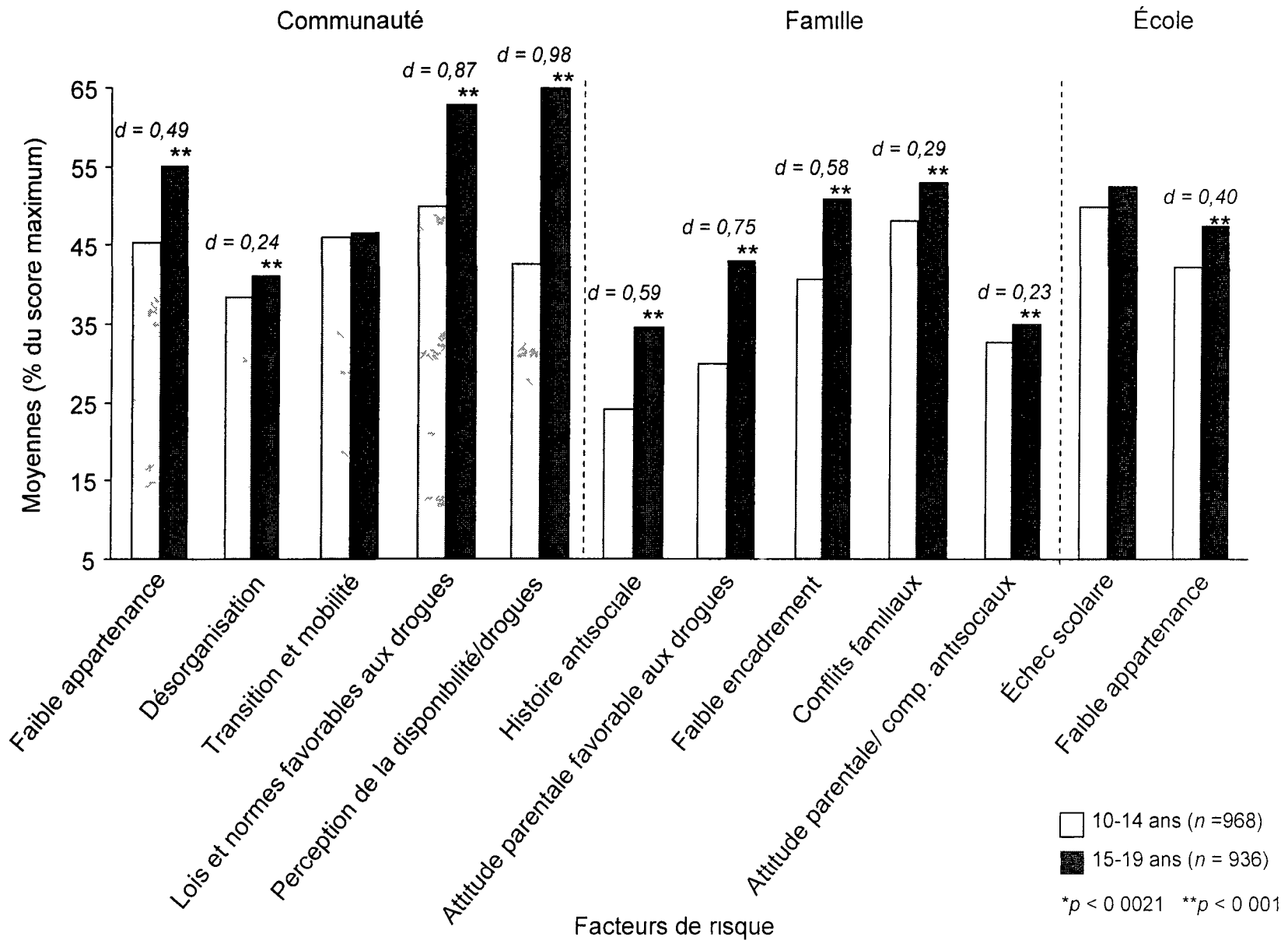


Figure 16. Différences des niveaux de risque (*d* de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe) pour les facteurs des pairs et de l'individu

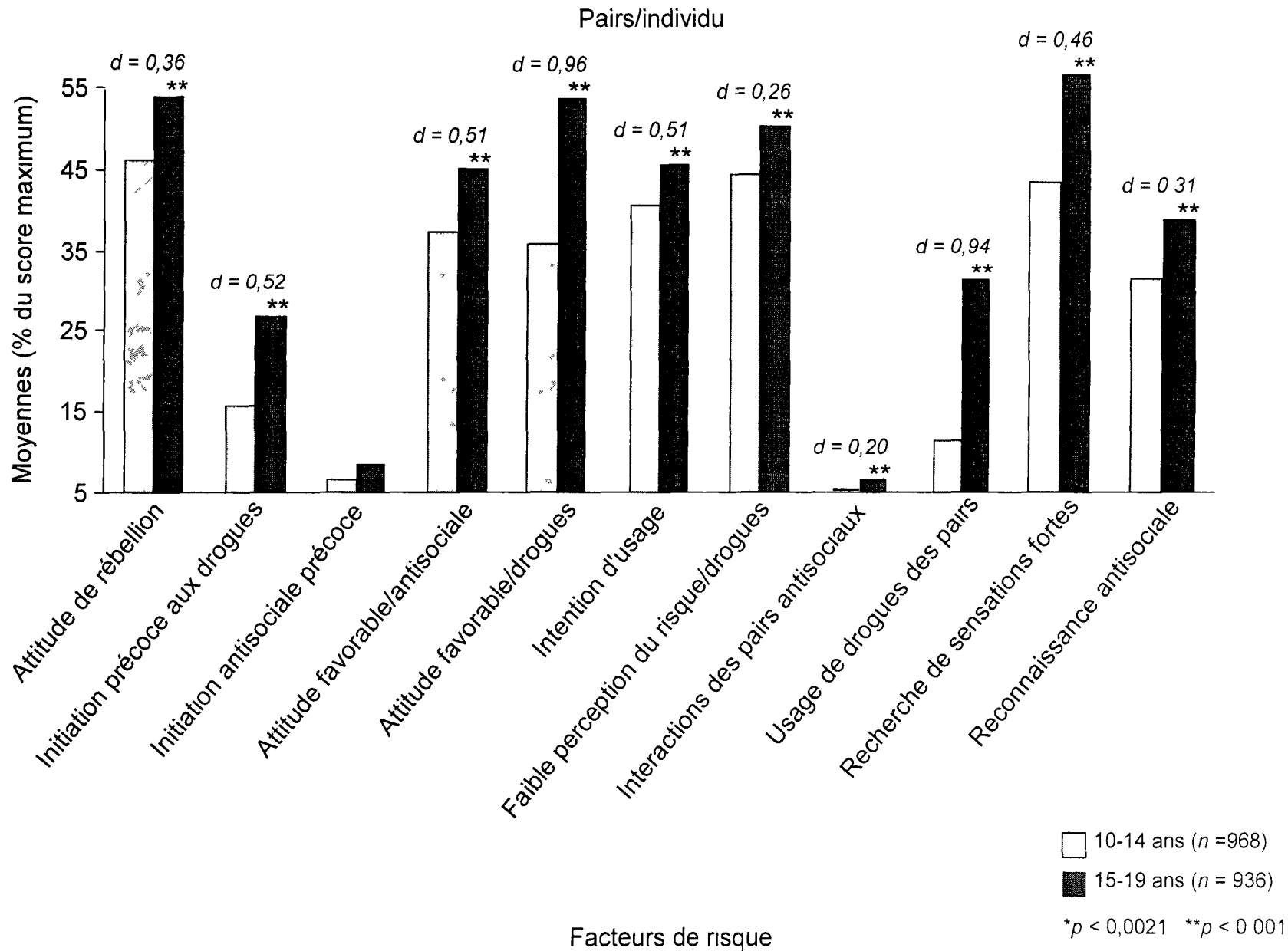


Figure 17. Différences des niveaux de protection (*d* de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés du Nord (contrôlés pour la langue et le sexe) pour tous les facteurs

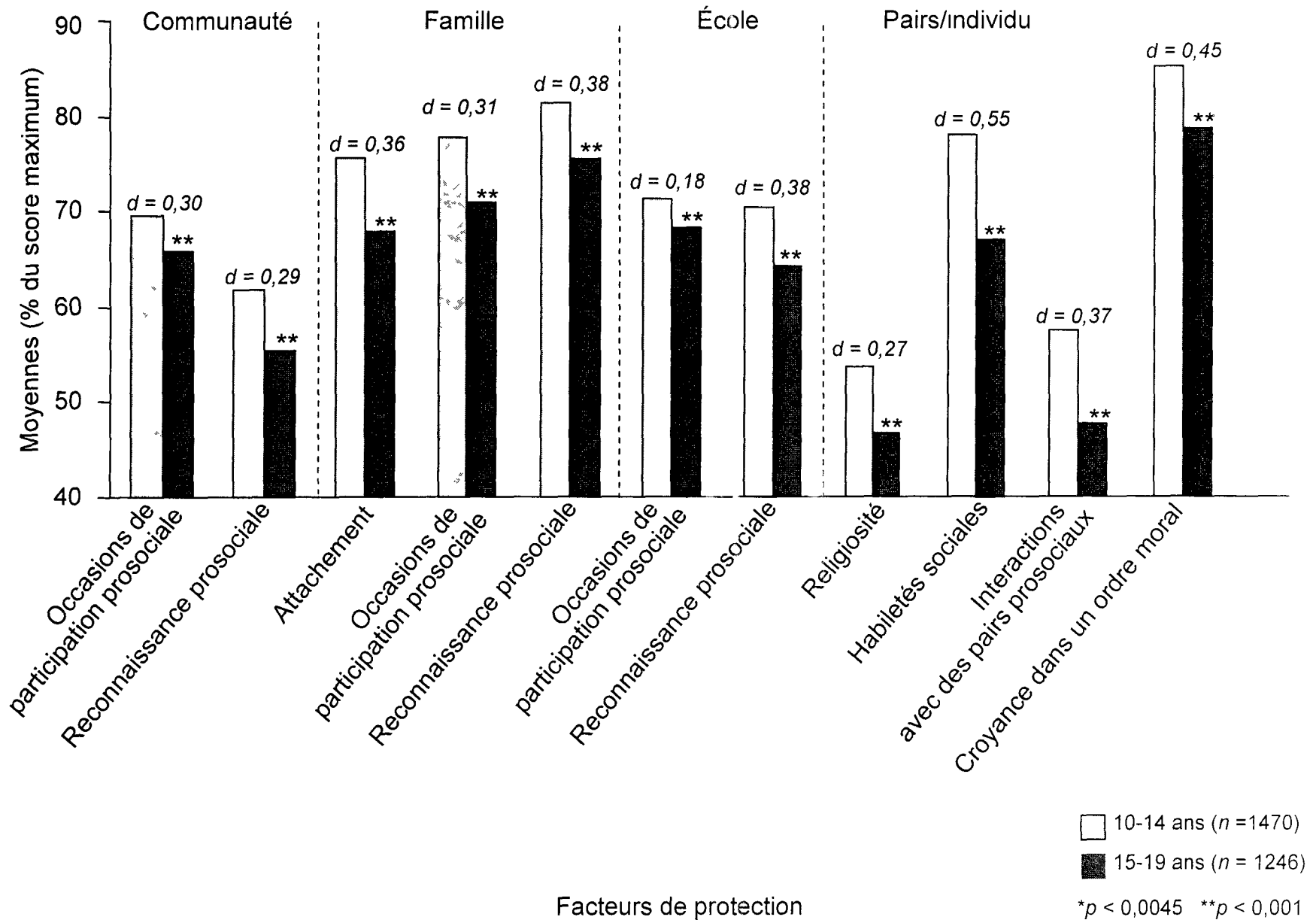
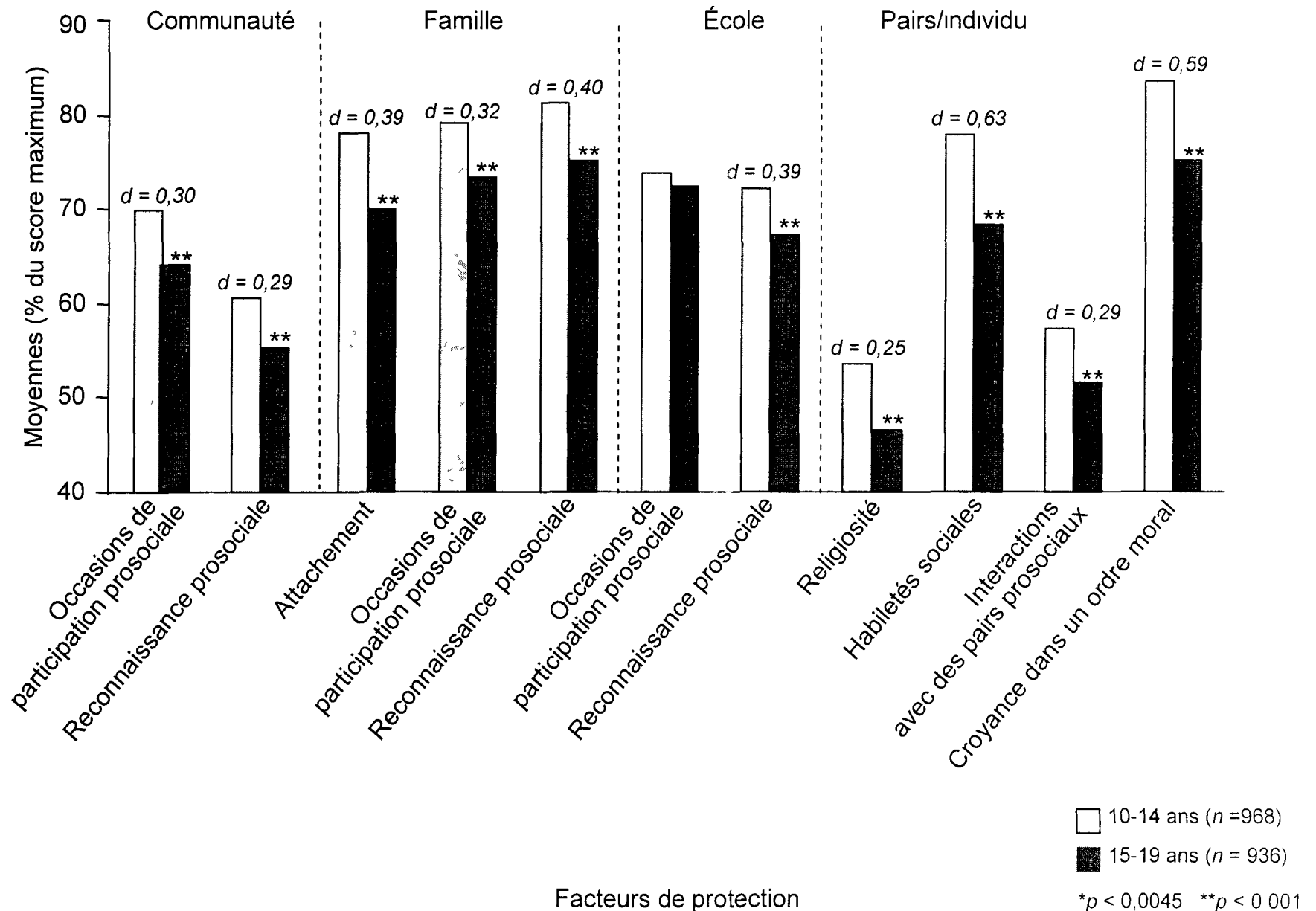


Figure 18. Différences des niveaux de protection (*d* de Cohen) entre les élèves plus jeunes et plus âgés de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe) pour tous les facteurs



différences ont produit des tailles de l'effet généralement assez prononcées entre les deux groupes d'âge.

Comparaisons des niveaux des variables dépendantes selon la langue, le sexe et le groupe d'âge.

En plus des facteurs de risque et de protection, les variables dépendantes (symptômes dépressifs, tabagisme, alcool et cannabis) ont également été comparées en fonction de la langue, du sexe et de l'âge dans les deux échantillons. Les différences pour les symptômes dépressifs sont exprimées à l'aide du d de Cohen, tandis que celles des trois variables dépendantes dichotomiques (tabagisme, alcool et cannabis) sont rapportées à l'aide d'un pourcentage.

Le seuil de signification pour les variables dépendantes (avec correction de Bonferroni) a été établi à $p < 0,0125$. Les analyses ont été contrôlées pour la langue, le sexe et l'âge selon le cas. Le tableau 4 présente la synthèse des résultats pour les quatre variables dépendantes.

Comparaisons des niveaux de symptômes dépressifs.

La figure 19 regroupe tous les résultats des niveaux de symptômes dépressifs selon les trois catégories d'intérêt (langue, sexe et âge) pour les deux échantillons.

Pour l'échantillon du Nord, on notait une légère différence entre les deux groupes linguistiques ($d = 0,10$, $p = 0,010$). Cette différence s'accroissait quelque peu dans l'Est, les anglophones ayant rapporté des moyennes plus élevées que les francophones ($d = 0,17$, $p < 0,0125$). Les différences entre les filles et les garçons étaient plus importantes. Les filles ont affiché des moyennes plus élevées que les garçons dans le Nord ($d = 0,35$, $p < 0,001$) et dans l'Est ($d = 0,37$, $p < 0,001$). Finalement, des différences significatives étaient présentes également

entre les deux groupes d'âge, les plus âgés ayant rapporté plus de symptômes que les plus jeunes, dans le Nord ($d = 0,13, p < 0,001$) et dans l'Est ($d = 0,16, p < 0,001$).

Dans l'ensemble, les symptômes dépressifs étaient plus présents chez les élèves anglophones, chez les filles et chez les adolescents plus âgés dans les deux échantillons, avec des petites tailles de l'effet.

Comparaisons des niveaux d'usage de substances.

La figure 20 présente les différences entre les écoles anglaises et les écoles françaises en fonction de la langue pour le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage de cannabis dans les deux échantillons.

Dans le Nord, autant d'élèves des deux groupes linguistiques disaient avoir fumé la cigarette dans les 30 jours précédant le sondage, soit un total de 18 % des élèves des écoles anglaises et de 16 % des jeunes des écoles françaises, $\chi^2(1, N = 2716) = 1,84, p = 0,18$. Dans l'Est de l'Ontario, le pourcentage d'élèves ayant rapporté ce comportement se situait au même niveau dans les écoles anglaises et dans les écoles françaises (10 %), $\chi^2(1, N = 1904) = 0,24, p = 0,63$.

Pour la consommation d'alcool dans le Nord, le pourcentage d'élèves ayant consommé plus de quelques gorgées d'alcool dans les 30 jours précédant le sondage était de 41 % dans les écoles anglaises et de 39 % dans les écoles françaises, une différence qui n'était pas significative, $\chi^2(1, N = 2716) = 1,57, p = 0,21$. Dans l'Est, la consommation pour ces deux groupes était très semblable, $\chi^2(1, N = 1904) = 0,004, p = 0,95$, avec 43 % des élèves dans les écoles anglaises et autant dans les écoles françaises.

Par contre, l'usage de cannabis a été rapporté plus souvent du côté des écoles anglaises (17 %) du Nord que dans les écoles françaises (11 %), $\chi^2(1, N = 2716) = 16,78, p < 0,001$, une différence significative de risque de 6 %. Aucune différence n'a été détectée dans l'échantillon de l'Est, $\chi^2(1, N = 1904) = 1,41, p = 0,24$, avec un pourcentage de 10 % dans les écoles anglaises et de 8 % dans les écoles françaises.

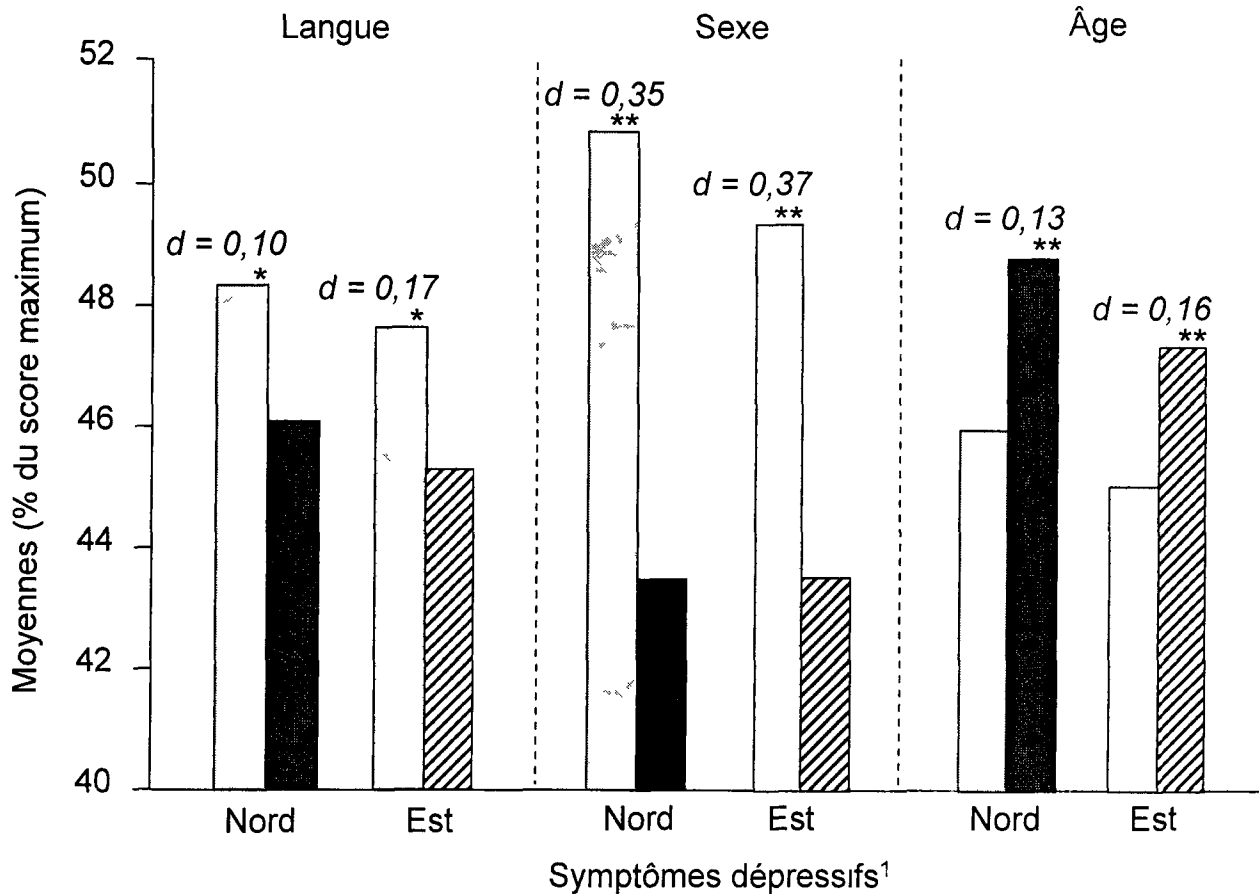
La figure 21 rapporte tous les résultats des deux échantillons pour les différences d'usage des trois substances à l'étude entre les filles et les garçons pour les 30 jours précédant le sondage. Dans le Nord, l'usage de la cigarette n'était pas différent entre les deux sexes, mais s'approchait du seuil de signification, $\chi^2(1, N = 2716) = 5,60, p = 0,018$ avec un pourcentage de 16 % chez les filles et de 19 % chez les garçons. Dans l'Est, le tabagisme ne différait pas non plus entre ces deux groupes, $\chi^2(1, N = 1904) = 0,39, p = 0,53$. On en comptait 10 % chez les filles et chez les garçons.

Dans le Nord, la consommation d'alcool a touché 40 % des filles et 41 % des garçons. Cette différence n'était pas significative, $\chi^2(1, N = 2716) = 0,57, p = 0,45$. Dans l'Est, on retrouvait la présence de ce comportement presque également chez les filles (42 %) et les garçons (44 %), $\chi^2(1, N = 2716) = 0,53, p = 0,47$.

L'usage de cannabis dans le Nord affectait 13 % des filles et 16 % des garçons, une différence qui n'était pas significative, $\chi^2(1, N = 2716) = 3,40, p = 0,07$. Dans l'Est, les pourcentages de 7 % chez les filles et de 11 % chez les garçons n'ont pas produit non plus de différence significative entre les deux sexes, $\chi^2(1, N = 1904) = 5,80, p = 0,016$.

La figure 22 illustre les fréquences d'usage pour le tabagisme, l'alcool et le cannabis en fonction du groupe d'âge pour les deux échantillons. Les différences entre les plus jeunes (10-14 ans) et les plus vieux (15-19 ans) étaient très présentes pour les trois substances étudiées. Dans le

Figure 19. Différences des niveaux de symptômes dépressifs (*d* de Cohen) dans le Nord et l'Est de l'Ontario (contrôlées pour la langue, le sexe et/ou l'âge)

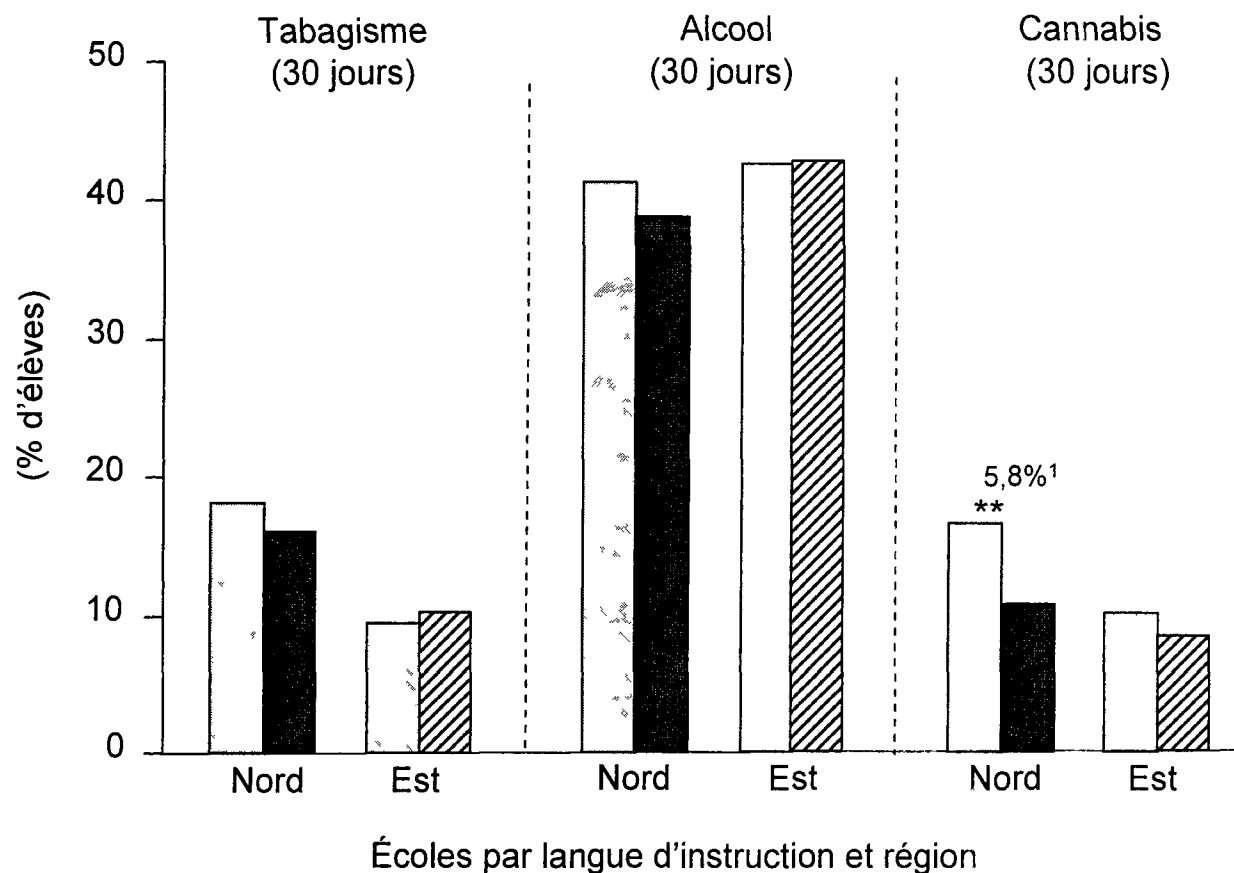


- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| Langue | Sexe | Âge |
| ☐ Nord - Écoles anglaises (<i>n</i> = 1768) | ☐ Nord - Filles (<i>n</i> = 1409) | ☐ Nord - Jeunes (<i>n</i> = 1470) |
| ■ Nord - Écoles françaises (<i>n</i> = 948) | ■ Nord - Garçons (<i>n</i> = 1307) | ■ Nord - Âges (<i>n</i> = 1246) |
| ☐ Est - Écoles anglaises (<i>n</i> = 537) | ☐ Est - Filles (<i>n</i> = 996) | ☐ Est - Jeunes (<i>n</i> = 968) |
| ▨ Est - Écoles françaises (<i>n</i> = 1367) | ▨ Est - Garçons (<i>n</i> = 906) | ▨ Est - Âges (<i>n</i> = 936) |

¹L'échelle compte 4 items dans le Nord et 13 dans l'Est

p* < 0,0125 *p* < 0,001

Figure 20. Différences de fréquences pour l'usage de substances (différence de risque) entre les écoles anglaises et françaises du Nord et de l'Est (contrôlées pour le sexe et l'âge)



- Nord - Ecoles anglaises (n = 1768)
- Nord - Ecoles françaises (n = 948)
- Est- Écoles anglaises (n = 537)
- ▨ Est- Ecoles françaises (n = 1367)

*p < 0,0125 **p < 0 001

¹Difference de risque en pourcentage

Figure 21 Différences de fréquences pour l'usage de substances (différence de risque¹) entre les filles et les garçons du Nord et de l'Est (contrôlées pour la langue et l'âge)

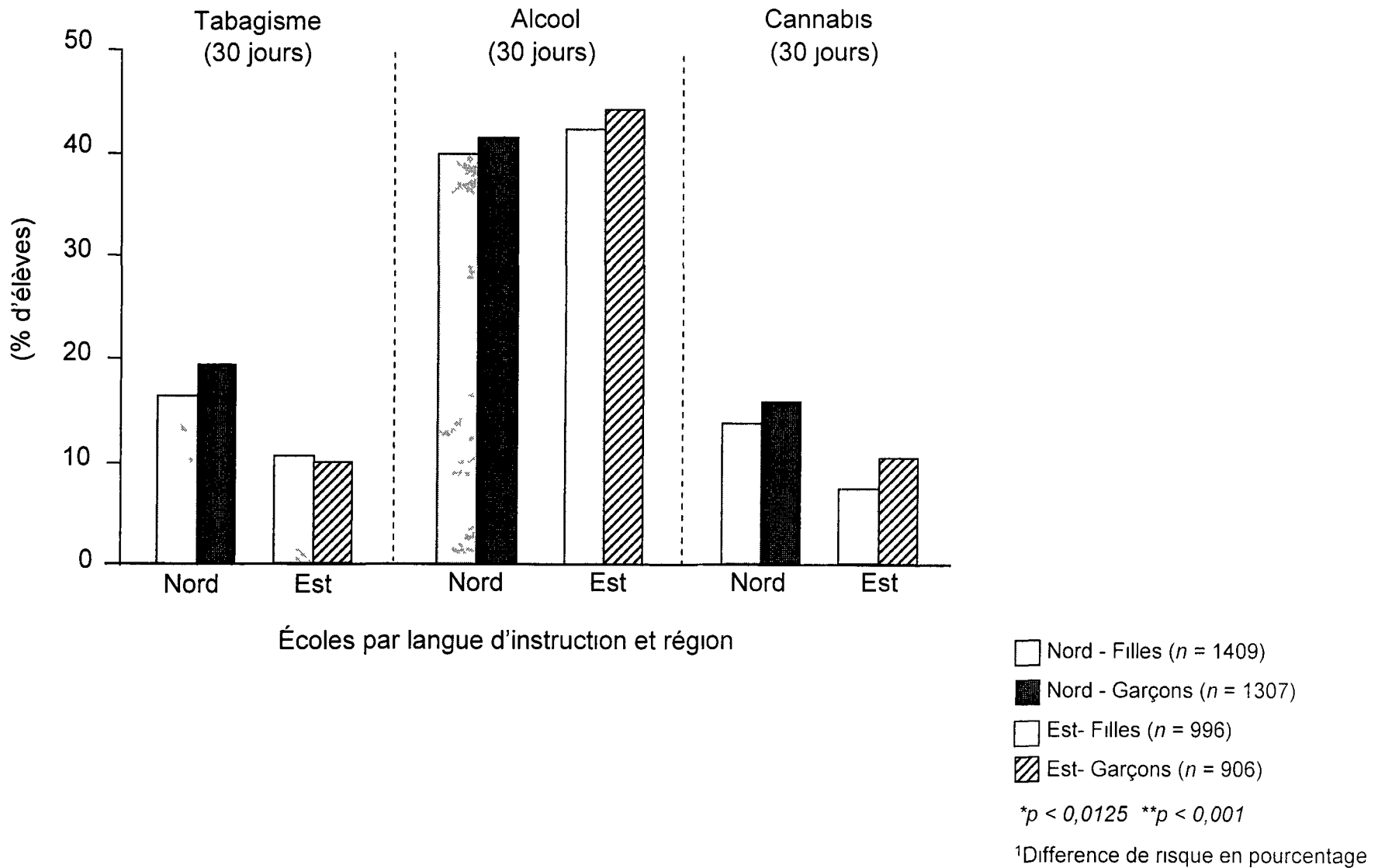
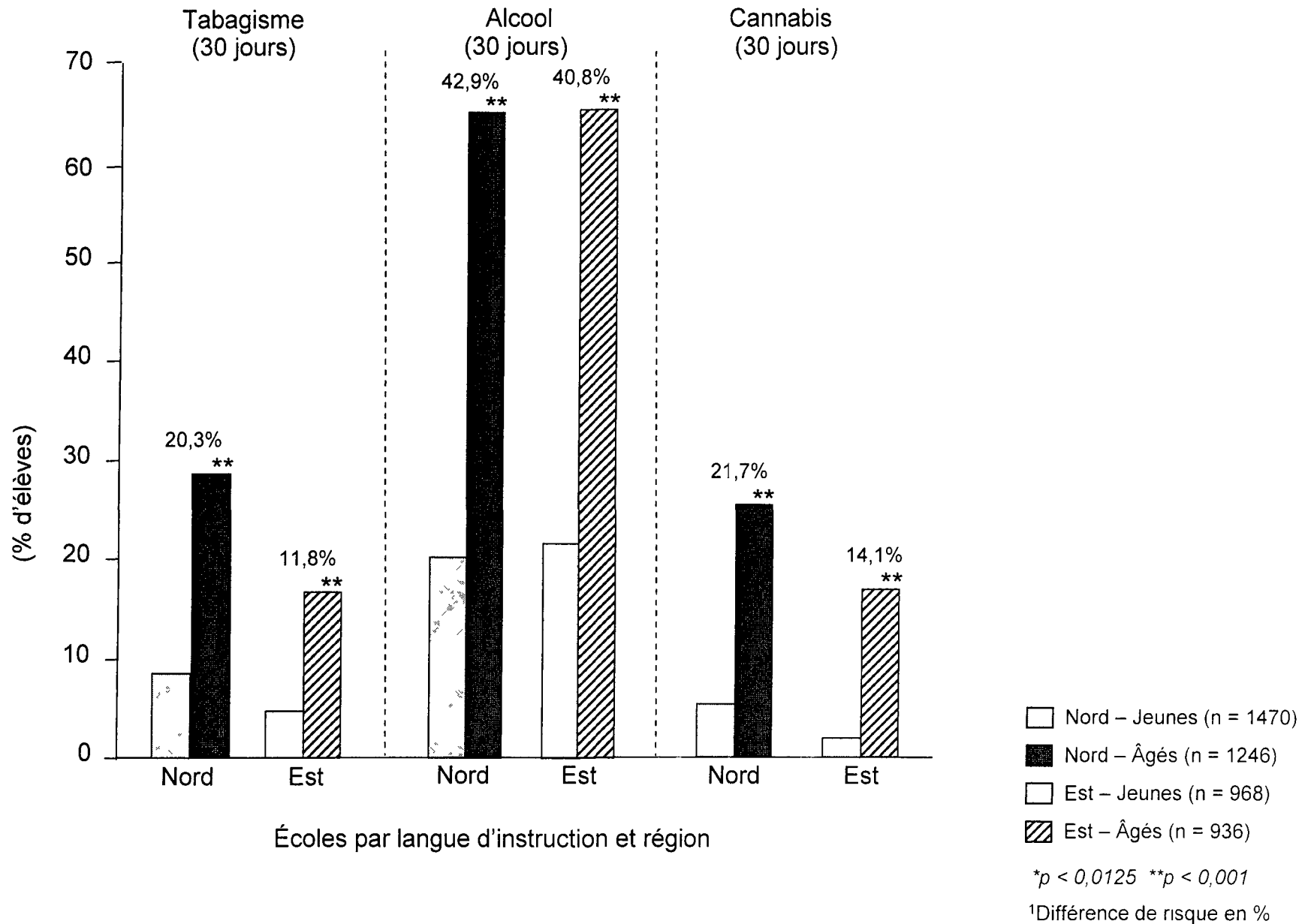


Figure 22. Différences pour l'usage de substances (différence de risque¹) entre les élèves plus jeunes (10-14 ans) et plus âgés (15-19 ans) du Nord et de l'Est (contrôlées pour la langue et le sexe)



Nord, un total de 29 % du groupe plus âgé (15-19 ans) disait avoir fumé alors qu'on en retrouvait 8 % chez les plus jeunes (10-14 ans), soit une différence de risque qui s'avérait significative (20 %), $\chi^2(1, N = 2716) = 193,11, p < 0,001$. Dans l'échantillon de l'Est, 4 % des plus jeunes et 16 % des plus vieux disaient avoir fumé, $\chi^2(1, N = 1904) = 73,29, p < 0,001$, soit une différence de risque significative de 12 %.

En ce qui a trait à l'alcool, le pourcentage de consommation dans le Nord était de 21 % chez les plus jeunes et grimpeait à 64 % chez les plus âgés, une différence de risque nettement significative de 43 %, $\chi^2(1, N = 2716) = 515,23, p < 0,001$. Dans l'Est, la différence était aussi grande entre les plus jeunes et les plus âgés, passant de 23 à 64 %, $\chi^2(1, N = 1904) = 322,62, p < 0,001$, une différence de risque de 41 %.

Enfin, pour le cannabis, 5 % des plus jeunes de l'échantillon du Nord disaient en avoir consommé, tandis qu'on retrouvait 26 % des plus vieux dans cette catégorie, $\chi^2(1, N = 2716) = 257,08, p < 0,001$, soit une différence de risque significative de 21 %. Finalement, dans l'Est, l'usage de cannabis passait de 2 % chez les plus jeunes à 16 % chez les plus vieux, soit une différence significative de 14 %, $\chi^2(1, N = 1904) = 118,70, p < 0,001$.

En général, la fréquence du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'usage de cannabis variait très peu en fonction du groupe linguistique ou du sexe. Seul l'usage de cannabis différait entre les deux groupes linguistiques. Par contre, les différences en fonction du groupe d'âge étaient généralisées et les fréquences particulièrement élevées pour la consommation d'alcool.

Cette partie des analyses présentait les différences de niveaux pour les facteurs de risque et de protection, les symptômes dépressifs, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage du

cannabis. Dans l'ensemble, certaines différences ont été décelées en fonction de la langue et du sexe, mais les contrastes les plus frappants se trouvaient entre les deux groupes d'âge.

Partie III. Analyses de régression

Cette section des analyses s'intéressait à la force des relations entre les facteurs de risque et de protection (variables prédictrices) et les variables dépendantes, soit les symptômes dépressifs, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'usage de cannabis, plus particulièrement aux différences de relations en fonction de la langue, du sexe et de l'âge. Deux synthèses présentent le résumé des résultats significatifs de toutes les analyses de régression pour les facteurs de risque (Tableau 6) et pour les facteurs de protection (tableau 7) des deux échantillons. Tous les détails des résultats (coefficients B pour les régressions linéaires sur les symptômes dépressifs et *odds ratio* pour les régressions logistiques sur les trois variables d'usage de substances) peuvent être consultés dans les annexes F à U. Les mêmes seuils de signification avec corrections de Bonferroni établis dans la partie II ont servi de références, soit $p < 0,0021$ pour les analyses des facteurs de risque et $p < 0,0045$ pour les analyses des facteurs de protection.

Pour toutes les analyses de la partie III, les facteurs de risque étaient associés à des symptômes dépressifs plus élevés (coefficients B positifs) ou à un plus grand usage de substances (*odds ratio* au dessus de 1). Par opposition, tous les facteurs de protection étaient associés à une présence moins grande de symptômes dépressifs (coefficients B négatifs) et à moins d'usage de substances (*odds ratio* plus petits que 1).

Tableau 6. Comparaisons de la force des relations entre facteurs de risque, symptômes dépressifs et usage de substances selon la langue, le sexe et l'âge¹

Facteur	Symptômes dépressifs ²			Tabagisme			Alcool			Cannabis		
	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵	Langue ³	Sexe ⁴	Age ⁵
C – Faible appartenance a la communaute												
C – Désorganisation						□			□			□
C – Transition et mobilite									□			
C – Lois et normes favorables		□ ○				□						
C – Perception/disponibilite des drogues		□ ○				□			□			
F – Histoire familiale/comp antisociaux		□	□ ○			□			□			□
F – Attitudes parentales envers drogues		□							□			
F – Faible encadrement familial		□ ○	○									
F – Conflits familiaux									□ ○			
F – Attitudes parentales/comp antisociaux		□				□						
E – Échec scolaire		□										
E – Faible appartenance à l'école		□ ○				□			□			□
P – Attitude de rebellion		□ ○			■	□			□	■		□
P – Initiation precoce a la drogue		□ ○	□			□						
P – Initiation précoce/comp antisociaux		□ ○							□			
P – Attitudes favorables/comp antisociaux		□ ○				□			□ ○			
P – Attitudes favorables/drogues		□ ○				□			□ ○			
P – Intentions d'usage		□ ○	□									
P – Faible perception du risque (drogues)						□			■			■
P – Pairs antisociaux		□	□			□			□			□
P – Usage de drogues des pairs		□ ○	□						□ ○			
P – Recherche de sensations fortes		□ ○	□									
P – Reconnaissance/comp antisociaux		□				□			□			□

¹Le symbole rapporté dans le tableau représente le groupe (anglais ou français, filles ou garçons jeunes ou âgés) ayant la plus forte relation avec le facteur

²L'échelle des symptômes dépressifs compte 4 items dans le Nord et 13 items dans l'Est, ³□ ○ = anglais, ■ ● = français, ⁴□ ○ = filles, ■ ● = garçons ⁵□ ○ = jeunes, ■ ● = âgés C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu.) Dans le Nord, n = 2716 et dans l'Est, n = 1904

Tableau 7. Comparaisons de la force des relations entre facteurs de protection, symptômes dépressifs et usage de substances selon la langue, le sexe et l'âge¹

Facteur	Symptômes dépressifs ²			Tabagisme			Alcool			Cannabis		
	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵	Langue ³	Sexe ⁴	Âge ⁵
C – Occasions de participation prosociale												
C – Reconnaissance prosociale		○										
F – Attachement		□ ○			□ ○			□ ○				□
F – Occasions prosociales		□ ○	○		□			□ ○				□
F – Reconnaissance prosociale		□ ○			□			□ ○				□ ○
E – Occasions prosociales		□										
E – Reconnaissance prosociales		□ ○			□			□				□
P – Religiosité	□	□										
P – Habiletés sociales		□ ○										
P – Interactions/ pairs prosociaux		□										
P – Croyance en un ordre moral		□ ○			□			□ ○				

¹Le symbole rapporté dans le tableau représente le groupe (anglais ou français, filles ou garçons, jeunes ou âgés) ayant la plus forte relation avec le facteur

²L'échelle des symptômes dépressifs compte 4 items dans le Nord et 13 items dans l'Est; ³□ ○ = anglais, ■ ● = français, ⁴□ ○ = filles, ■ ● = garçons, ⁵□ ○ = jeunes, ■ ● = âgés. C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu. Dans le Nord, n = 2716 et dans l'Est, n = 1904

Relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs selon la langue, le sexe et l'âge

Les analyses pour déterminer les relations des groupes linguistiques avec les symptômes dépressifs ont été contrôlées pour le sexe et l'âge. Dans le Nord, tous les facteurs de risque avaient une relation significative avec les symptômes dépressifs pour les deux groupes (voir Annexe F). Par contre, aucune différence pour la force de ces relations n'a été détectée entre les écoles anglaises et françaises. Le facteur *Faible appartenance à l'école* ($B = 0,52, p < 0,001$, et $B = 0,54, p < 0,001$, dans les écoles anglaises et françaises respectivement) représentait la relation la plus forte avec les symptômes dépressifs.

Pour les filles et les garçons, les relations entre facteurs de risque et symptômes dépressifs (contrôlées pour la langue et l'âge) étaient pour la plupart significatives (Annexe F). Les relations étaient plus fortes chez les filles que chez les garçons pour 18 des 23 facteurs de risque. Dans l'ensemble, le domaine de la communauté était le moins touché, avec des différences sur deux des cinq facteurs (*Lois et normes favorables aux drogues, Perception de la disponibilité des drogues*). Dans le domaine de la famille, tous les facteurs différaient sauf le facteur des *Conflits familiaux* qui était similaire pour les deux sexes. La figure 23 illustre la relation entre le facteur *Faible encadrement familial* et les symptômes dépressifs pour chaque sexe dans cet échantillon. Les données utilisées pour tracer les droites de régression ont été calculées à l'aide de la macro *MODPROBE* pour *SPSS* (Hayes & Matthes, 2009). Le coefficient pour les filles ($B = 0,48, p < 0,001$) était deux fois plus élevé que celui des garçons ($B = 0,25, p < 0,001$). La valeur du coefficient B pour le terme d'interaction ($-0,24, p < 0,001$) correspondait à la valeur ajoutée à la variable du sexe dans le modèle global (filles codées « 0 » et garçons

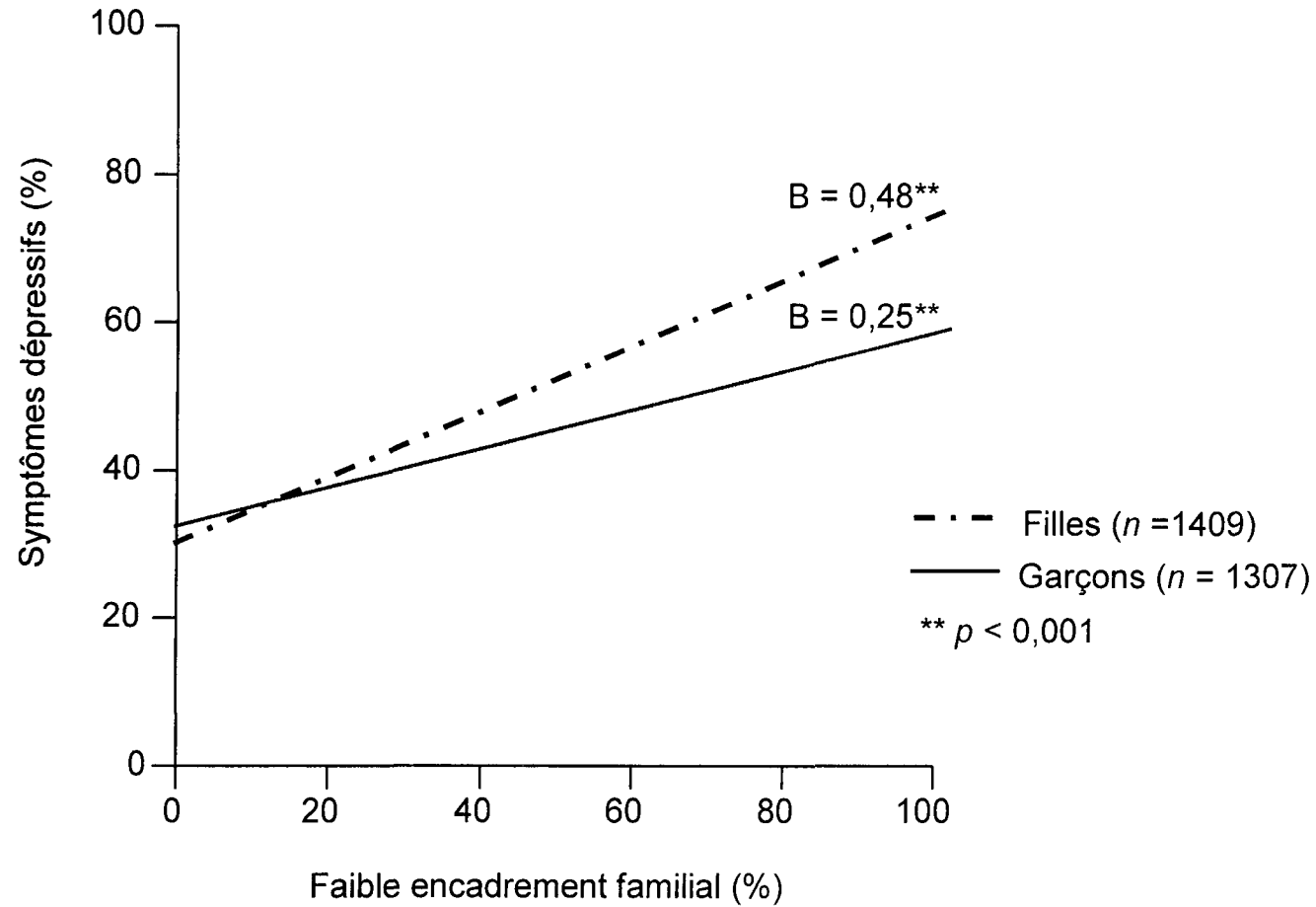
codés « 1 »), résultant en une diminution de Y (symptômes dépressifs) pour les garçons par rapport aux filles.

La différence la plus marquée se trouvait sur le facteur *Interactions avec des pairs antisociaux* où la relation était beaucoup plus forte chez les filles ($B = 0,54, p < 0,001$) que chez les garçons ($B = 0,13, p < 0,001$). De tous les facteurs, *Faible appartenance à l'école* s'avérait particulièrement élevé chez les filles ($B = 0,67, p < 0,001$).

Les analyses établissant les relations entre les groupes d'âge et les symptômes dépressifs ont été contrôlées pour la langue et le sexe. Dans l'échantillon du Nord, aucune différence n'émanait du domaine de la communauté, mais les autres domaines étaient affectés. Un facteur de risque de la famille (*Histoire familiale/comportements antisociaux*) avait une relation plus forte avec les symptômes dépressifs chez les plus jeunes, ainsi que cinq facteurs du domaine des pairs et de l'individu (*Initiation précoce aux drogues, Intentions d'usage, Interactions avec des pairs antisociaux, Usage de drogues des pairs et Recherche de sensations fortes*). Le facteur le plus associé aux symptômes dépressifs pour les deux groupes d'âge était *Faible appartenance à l'école* ($B = 0,55, p < 0,001$, et $B = 0,52, p < 0,001$ respectivement).

Les analyses reprises dans l'Est (Annexe G) pour les relations entre les facteurs de risque (selon la langue, le sexe et l'âge) et les symptômes dépressifs ont donné des résultats significatifs pour la grande majorité des relations à $p < 0,001$). Pour la langue, seuls les facteurs *Attitude parentale favorable aux drogues* dans les écoles anglaises et *Faible perception du risque face aux drogues* pour les deux groupes n'étaient pas significatifs. En ce qui a trait aux relations avec les symptômes dépressifs, elles étaient équivalentes pour tous les facteurs de risque et de protection entre anglophones et francophones. Le facteur le plus associé aux symptômes

Figure 23. Différences de la relation entre le faible encadrement familial et les symptômes dépressifs pour les filles et les garçons du Nord (contrôlées pour la langue et l'âge)



dépressifs pour les deux groupes linguistiques était *Faible appartenance à l'école* ($B = 0,40, p < 0,001$, et $B = 0,41, p < 0,001$ respectivement).

Si on examine les différences en fonction du sexe, les facteurs de risque étaient tous associés aux symptômes dépressifs chez les filles sauf la *Faible perception du risque face aux drogues*. Chez les garçons, quatre facteurs n'y étaient pas associés de manière significative (*Lois et normes favorables aux drogues, Attitude parentale favorable aux drogues, Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux* et *Faible perception du risque face aux drogues*). Par ailleurs, des différences se sont manifestées entre les deux sexes puisque 12 facteurs de risque étaient plus élevés chez les filles. Ces facteurs se retrouvaient dans les quatre domaines, mais celui des pairs et de l'individu était particulièrement touché. Le facteur où la différence était la plus notoire (*Faible encadrement familial*) défavorisait les filles ($B = 0,36, p < 0,001$), par rapport aux garçons ($B = 0,12, p < 0,001$). Enfin, la relation avec le facteur *Faible appartenance à l'école*, était le plus élevé chez les filles ($B = 0,50, p < 0,001$) et chez les garçons ($B = 0,32, p < 0,001$).

En ce qui concerne les différences selon le groupe d'âge, elles étaient présentes sur deux facteurs de risque du domaine familial au désavantage des plus jeunes (Annexe G). Le facteur *Faible encadrement familial* affichait la plus forte différence entre les plus jeunes ($B = 0,30, p < 0,001$) et les plus âgés ($B = 0,16, p < 0,001$).

L'association des facteurs de protection avec les symptômes dépressifs en fonction de la langue, du sexe et de l'âge ont donné des résultats assez similaires dans le Nord et dans l'Est. Dans le Nord, toutes les relations étaient significatives à l'exception de la religiosité pour les anglophones, les garçons et les adolescents plus âgés (Annexe H). Pour la langue, une seule différence a distingué les écoles anglaises des écoles françaises. Le facteur *Religiosité*, qui n'était

pas significatif pour les premières ($B = -0,02, p = 0,35$), l'était pour les deuxièmes ($B = -0,13, p < 0,001$), se traduisant par une différence significative entre les deux groupes ($B = -0,12, p < 0,001$). Pour le sexe, des différences ont été détectées sur neuf des 11 facteurs de protection à l'avantage des filles. Seuls les facteurs *Occasions de participation prosociale* et *Reconnaissance prosociale dans la communauté* semblaient similaires pour les deux sexes. Entre les plus jeunes et les plus âgés, aucune différence n'a été détectée dans cet échantillon.

Dans l'Est (Annexe I), toutes les relations étaient significatives à l'exception des *Occasions de participation prosociale* dans la communauté pour les deux types d'écoles et de la religiosité pour les anglophones, les garçons et les adolescents plus âgés. Les écoles anglaises et françaises avaient les mêmes forces de relations négatives pour les différents facteurs de protection avec les symptômes dépressifs. En ce qui a trait aux relations en fonction du sexe, les filles montraient de plus fortes relations avec les symptômes dépressifs que les garçons sur sept des 11 facteurs provenant des quatre domaines. Finalement, l'âge ne semblait pas un facteur déterminant dans la relation entre les facteurs de protection et les symptômes dépressifs puisqu'on a relevé une seule différence, soit *Occasions de participation prosociale* dans le domaine de la famille.

En résumé, on remarque dans la synthèse (Tableau 6) que, dans les deux échantillons, les domaines de la famille et de l'école semblaient généralement plus fortement associés aux symptômes dépressifs que les autres domaines, de même que les *Habilités sociales* et de la *Croyance dans un ordre moral* dans le domaine des pairs et de l'individu, chez les filles. Les différences de relation entre les facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs étaient assez semblables d'un échantillon à l'autre. Il n'existait pas de différence entre les facteurs et les symptômes dépressifs en fonction de la langue, et très peu en fonction de l'âge.

Par contre, le fait d'être une fille plutôt qu'un garçon augmentait la force de la relation de manière significative dans les deux échantillons.

Relations des facteurs de risque et de protection avec le tabagisme selon la langue, le sexe et l'âge

Les analyses de régression logistique pour connaître les *odds ratio* des groupes linguistiques ont été contrôlées pour le sexe et l'âge. Presque toutes les associations avec le tabagisme ont donné des coefficients significatifs dans l'échantillon du Nord (voir Annexe J). Seulement deux facteurs de risque sur un total de 23 ont révélé une différence significative en fonction de la langue. Le facteur *Attitude de rébellion* montrait une relation plus forte avec le tabagisme dans les écoles françaises (OR = 2,93, $p < 0,001$) que dans les écoles anglaises (OR = 1,78, $p < 0,001$), par un facteur de 1,65 ($p < 0,001$). En d'autres mots, le risque de fumer chez les élèves francophones était multiplié par 2,93 pour chaque augmentation d'un écart-type sur *Attitude de rébellion*. Le risque était moins élevé chez les élèves des écoles anglaises et s'établissait à 1,78. Ainsi, la relation entre l'attitude de rébellion et le tabagisme était 1,65 fois plus forte dans les écoles françaises que dans les écoles anglaises ($2,93/1,78 = 1,65$). Un seul autre facteur se distinguait en défavorisant cette fois les anglophones (*Faible perception du risque face aux drogues*) dont le risque était 1,43 plus élevé que pour les francophones.

Autant pour les filles que pour les garçons, les relations des facteurs de risque avec le tabagisme étaient toutes significatives ($p < 0,001$) (Annexe J). Par contre, il n'y avait aucune différence dans la force des relations des facteurs de risque avec le tabagisme en fonction du sexe.

Au niveau de l'âge, toutes les relations étaient significatives pour les facteurs de risque des deux groupes d'âge avec le tabagisme (Annexe J). Douze relations sur 23 étaient plus élevées chez les plus jeunes ($p < 0,001$). Trois facteurs de la communauté (*Désorganisation, Lois et normes favorables aux drogues, Perception de la disponibilité des drogues*), deux facteurs de la famille (*Histoire familiale des comportements antisociaux, Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux*), un facteur de l'école (*Faible appartenance à l'école*) et six des 11 facteurs du domaine des pairs, affichaient des relations plus fortes avec le tabagisme chez les adolescents plus jeunes comparativement aux plus âgés. Les relations étaient en général d'une fois et demie à deux fois plus fortes dans le groupe des 10-14 ans. Par contre, la *Faible perception du risque* face aux drogues était le seul facteur où la relation avantageait les plus jeunes par un facteur de 1,54.

Dans l'échantillon de l'Est (Annexe K), la grande majorité des facteurs était significativement associée au tabagisme, mais aucune différence au seuil de signification proposé n'a été détectée quant aux relations de ces facteurs de risque en fonction de la langue, du sexe ou de l'âge.

En résumé, l'échantillon de l'Est n'a pas reproduit les différences du premier échantillon pour les relations des facteurs de risque avec le tabagisme. Cependant, les facteurs *Perception de la disponibilité des drogues, Initiation précoce aux drogues, Attitude favorable aux drogues, Intentions d'usage* et *Usage de drogues des pairs* avaient les associations les plus fortes avec le tabagisme dans le Nord comme dans l'Est.

Pour ce qui est des facteurs de protection, la majorité avait une association significative avec le tabagisme dans le Nord (Annexe L). Cependant, aucune différence de relation en fonction de la langue ou du sexe n'a été trouvée sur les 11 facteurs de protection. Les différences

entre les deux groupes d'âge s'avéraient cependant plus marquantes. Les plus jeunes étaient favorisés sur près de la moitié des facteurs de protection (les trois facteurs de la famille, un facteur de l'école et un facteur du domaine pairs/individu). Dans ce cas, plus *le odds ratio* est petit et s'éloigne de 1, plus le facteur de protection a un effet important sur le comportement problématique. Ainsi, un *odds ratio* de 0,38 pour *Croyance dans un ordre moral* chez les plus jeunes et de 0,57 chez les plus âgés indiquait que l'augmentation d'un écart-type (unité de base en score z) sur ce facteur diminuait d'une fois et demie ($0,57/0,38 = 1,5$) la probabilité de fumer chez les plus jeunes.

Du côté de l'Est, aucune différence de relation n'a été décelée entre les écoles anglaises et françaises ou le sexe (Annexe M). Une seule différence de relation en fonction de l'âge avec le facteur de l'*Attachement* dans le domaine de la famille (OR = 1,84, $p < 0,001$) qui était significatif chez les plus jeunes (OR = 0,43, $p < 0,001$), mais n'atteignait pas le seuil de signification chez les plus vieux (OR = 0,81, $p < 0,03$).

En résumé (revoir les tableaux récapitulatifs 6 et 7), le profil des deux échantillons pour les relations entre les facteurs de risque et de protection et le tabagisme se ressemblait sur plusieurs points. Les deux groupes linguistiques et les deux sexes ne se distinguaient d'aucune façon dans leurs relations entre les facteurs et le tabagisme. Les différences touchant les groupes d'âge, particulièrement dans le Nord, n'ont pas été reproduites dans l'Est. Par contre, les facteurs avaient généralement des *odds ratio* semblables et subissaient des variations équivalentes parmi les 34 facteurs. Par exemple, pour les deux groupes d'âge des deux échantillons, le facteur le plus fortement associé au tabagisme était *Habilités sociales* (OR entre 0,25 et 0,39, $p < 0,001$ dans le Nord et entre 0,26 et 0,40, $p < 0,001$ dans l'Est). Autrement dit, l'augmentation d'un

écart-type sur ce facteur multipliait de deux fois et demie ($1/0,40 = 2,5$) à quatre fois ($1/0,25 = 4$) la protection contre le tabagisme.

Relations des facteurs de risque et de protection avec l'alcool selon la langue, le sexe et l'âge

Encore une fois, la majorité des facteurs était reliée significativement à l'alcool ($p < 0,001$) à l'exception de quelques facteurs dont la *Faible appartenance à la communauté* chez les francophones dans les deux échantillons. Les analyses de l'échantillon du Nord n'ont pas relevé de différences entre les deux groupes linguistiques (Annexe N).

Les différences de relations en fonction du sexe n'étaient pas significatives elles non plus, sauf pour le facteur *Initiation précoce aux comportements antisociaux* (OR = 0,62, $p < 0,001$). Ce facteur défavorisait les filles (OR = 2,56, $p < 0,001$) par rapport aux garçons (OR = 1,65, $p < 0,001$).

Plusieurs différences en fonction de l'âge sont ressorties alors que 13 facteurs sur 23 étaient plus associés avec l'alcool chez les plus jeunes (trois facteurs sur cinq dans le domaine de la communauté, trois sur cinq de la famille, un facteur sur deux à l'école et six sur 11 dans le domaine des pairs et de l'individu). Tout comme pour la relation avec le tabagisme dans cet échantillon, la *Faible perception du risque face aux drogues* était le seul facteur dont la relation était significativement plus élevée chez les plus âgés (OR = 1,98 $p < 0,001$) que chez les plus jeunes (OR = 1,43 $p < 0,001$), par un facteur de 1,38 ($p < 0,001$).

Les *odds ratio* les plus élevés pour les trois groupes d'intérêt (langue, sexe ou groupe d'âge) affectaient les facteurs *Initiation précoce aux drogues*, *Attitude favorable aux drogues*, *Intention d'usage* et *Usage de drogues des pairs*, et variaient entre 3,14 et 5,99.

Dans l'Est (Annexe O), la presque totalité des *odds ratio* associant les facteurs à la consommation d'alcool par catégorie était significative. Par contre, aucune différence significative entre les groupes linguistiques et les deux sexes n'a été trouvée.

Pour ce qui est de l'âge, les analyses ont décelé quelques différences. Quatre facteurs s'avéraient plus fortement reliés à la consommation d'alcool chez les plus jeunes. Il s'agissait de *Conflits familiaux*, *Attitude favorable aux comportements antisociaux*, *Attitude favorable aux drogues* et *Usage de drogues des pairs*. Ce dernier facteur du domaine des pairs et de l'individu était également l'un des facteurs les plus fortement associés à l'alcool et mettait deux fois plus à risque (OR = 0,52, $p < 0,001$) les plus jeunes (OR = 5,46 $p < 0,001$) par rapport aux plus âgés (OR = 2,82, $p < 0,001$).

Les facteurs de protection, pour leur part, étaient associés à l'alcool de la même manière dans les deux types d'écoles et chez les deux sexes dans l'échantillon du Nord (Annexe P). Les différences se situaient uniquement dans les deux groupes d'âge. Les facteurs de protection étaient plus fortement associés chez les plus jeunes pour cinq des 11 facteurs, dont les trois du domaine de la famille. La différence la plus grande des relations par groupe d'âge se trouvait sur le facteur *Croyance dans un ordre moral* (OR = 1,69, $p < 0,001$), et favorisait les plus jeunes (OR = 0,33, $p < 0,001$) par rapport aux plus âgés (OR = 0,57, $p < 0,001$).

Dans l'Est, le profil était très semblable pour la langue et le sexe puisque les relations ne variaient pas de manière significative pour ces catégories (Annexe Q). On retrouvait cependant des différences de relations par groupe d'âge sur quatre facteurs de protection (dont les trois du domaine de la famille). Le facteur *Attachement* dans le domaine de la famille et *Croyance dans un ordre moral* dans celui des pairs et de l'individu (OR = 1,62, $p < 0,001$ et OR = 1,61, $p < 0,001$ respectivement) montraient les différences de relations les plus fortes entre plus jeunes et

plus âgés. Pour les deux échantillons, les *odds ratio* les plus fortement associés à la consommation d'alcool se retrouvaient sur les facteurs de risque *Initiation précoce aux drogues*, *Attitude favorables aux drogues*, *Intention d'usage* et *Usage de drogues des pairs* et sur le facteur de protection *Habilités sociales*. Les *Habilités sociales* avaient les plus fortes relations de protection avec l'alcool, pour tous les groupes. Toutes les différences de relations significatives entre les facteurs de risque et de protection et la consommation d'alcool présentes dans l'Est l'étaient également dans le Nord.

Relations des facteurs de risque et de protection avec le cannabis selon la langue, le sexe et l'âge

Dans l'échantillon du Nord (Annexe R), la majorité des associations des deux groupes linguistiques avec le cannabis étaient significatives à l'exception des facteurs *Faible appartenance à la communauté* et *Transition et mobilité* pour les francophones. Une seule différence de relations a été détectée (*Attitude de rébellion*) (OR = 1,69, $p < 0,001$). Les écoles anglaises avaient un *odds ratio* moins élevé (OR = 1,74, $p < 0,001$) que les écoles françaises (OR = 2,90, $p < 0,001$). Autrement dit, ces dernières avaient 1,69 fois plus de risque par rapport aux écoles anglaises.

Aucune différence n'a été trouvée entre les filles et les garçons quant à la relation respective de leurs facteurs de risque avec le cannabis. Pour ce qui était de l'âge, sept facteurs dans les quatre domaines ont fait ressortir des différences. Dans la communauté, la *Désorganisation* affectait davantage les plus jeunes (OR = 2,01, $p < 0,001$) que les plus âgés pour qui la relation n'était pas significative au seuil corrigé (OR = 1,14, $p = 0,03$), correspondant à une différence significative (OR = 0,57, $p < 0,001$). Dans le domaine de la famille, *Histoire*

familiale de comportements antisociaux avait également une association deux fois plus forte avec le cannabis (OR = 0,57, $p < 0,001$) chez les plus jeunes (OR = 4,20, $p < 0,001$) que chez les plus âgés (OR = 2,44, $p < 0,001$). Le facteur *Interactions avec des pairs antisociaux* se démarquait également avec un odds ratio de 4,14 ($p < 0,001$) pour les plus jeunes et de 1,93 ($p < 0,001$) pour les plus âgés, une différence significative importante (OR = 0,52, $p < 0,001$). Une seule relation désavantageait les plus âgés. Pour le facteur *Faible perception du risque face aux drogues*, la relation avec le cannabis était plus forte (OR = 3,20, $p < 0,001$) que celle des plus jeunes (OR = 1,87, $p < 0,001$), avec une différence significative appréciable (OR = 1,77, $p < 0,001$), suivant le même patron que pour le tabagisme et la consommation d'alcool.

Dans l'Est (Annexe S), la majorité des facteurs avaient une association à $p < 0,001$, à l'exception de quelques-uns dont *Transition et mobilité* (pour les deux groupes linguistiques et les deux groupes d'âge) et *Conflits familiaux* (pour les deux groupes linguistiques, les garçons et les deux groupes d'âge). Aucune différence significative n'a été décelée entre les groupes, que ce soit pour la langue, le sexe ou l'âge. Quant aux facteurs de protection (Annexe T), l'échantillon du Nord n'a pas détecté de différence selon la langue ou le sexe, mais a permis de dévoiler quatre différences entre les plus jeunes et les plus âgés. Les trois facteurs du domaine de la famille et la *Reconnaissance prosociale à l'école* étaient significativement différents entre les 10-14 ans et les 15-19 ans par un facteur de 1,54 à 1,71.

Dans l'Est (Annexe U), tous les facteurs avaient une relation équivalente avec le cannabis, sauf *Reconnaissance prosociale* dans le domaine de la famille, alors que les plus jeunes (OR = 0,40, $p < 0,001$) étaient presque deux fois plus protégés (OR = 1,91, $p < 0,001$) que les plus âgés (OR = 0,75, $p < 0,001$).

En résumé, on note très peu de différence dans les relations des facteurs de risque avec le cannabis entre les deux groupes linguistiques et les deux sexes. Par contre, l'âge a plus d'impact. Dans le Nord, les relations de facteurs de risque de trois des quatre domaines semblaient différentes entre les plus jeunes et les plus âgés, mais la majorité de ces différences n'ont pas été reproduites dans l'Est.

Les relations des facteurs de risque avec le cannabis étaient généralement fortes. Tout comme pour le tabagisme et la consommation d'alcool, les facteurs *Perception de la disponibilité des drogues*, *Initiation précoce aux drogues*, *Attitude favorable aux drogues*, *Intention d'usage* et *Usage de drogues des pairs* montraient des *odds ratio* plus élevés dans les deux échantillons, et encore une fois, les *Habilités sociales* avaient une relation plus forte avec le cannabis dans les trois catégories.

Cette partie des analyses présentait les résultats des régressions sur les relations entre les facteurs de risque et de protection et les quatre comportements à l'étude. En résumé, les deux échantillons comptaient de nombreuses ressemblances. Tel que présenté dans les tableaux récapitulatifs 6 et 7, les analyses mettaient particulièrement en évidence les différences de relations avec les symptômes dépressifs pour le sexe et dans une moindre mesure pour l'âge, les différences de relations entre les plus jeunes et les plus âgés pour les trois substances.

Partie IV. Relations des domaines de risque et de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances

Les 34 variables prédictrices utilisées pour les analyses étaient regroupées en quatre domaines d'intérêt, soit la communauté, la famille, l'école et les pairs et l'individu. Afin de cerner l'association de l'ensemble de ces domaines de risque et de protection avec chacune des

quatre variables dépendantes, des analyses de régression (linéaires pour les symptômes dépressifs et logistiques pour les variables d'usage de substances) ont été effectuées sur l'ensemble des facteurs. Tel qu'expliqué précédemment dans la méthodologie, les variables prédictrices ont été considérées dans une perspective développementale et entrées dans la régression hiérarchique dans l'ordre suivant : famille, école, pairs/individu et communauté.

Le niveau de signification a été établi à $p < 0,0125$. À moins d'avis contraire, les résultats rapportés ici pour chaque comportement concernent l'échantillon dans son ensemble. Les résultats sont également présentés par groupe linguistique pour l'échantillon du Nord (Tableau 7) et pour l'échantillon de l'Est (Tableau 8).

Relations des domaines de risque et de protection avec les symptômes dépressifs

Dans le Nord (Tableau 8), les variables de contrôle (langue, sexe et âge), entrées en premier dans la régression, contribuaient de manière significative au modèle ($R^2 = 0,05$, $p < 0,001$) avec un pourcentage de la variance de 5 %. L'ajout subséquent des huit variables du domaine de la famille apportait un changement plus important de 20 % de la variance ($p < 0,001$). En entrant ensuite les quatre variables du domaine de l'école, on modifiait légèrement la contribution générale avec 4 % de variance supplémentaire ($p < 0,001$). Ensuite, les 14 variables du domaine des pairs et de l'individu étaient entrées dans l'analyse. Cela apportait 2 % de variance additionnelle ($p < 0,001$) L'apport des sept variables du domaine de la communauté (2 %) demeurait significatif ($p < 0,001$) pour l'ensemble de l'échantillon, mais pas chez les élèves des écoles françaises, avec 1 % de variance ($p = 0,03$).

A posteriori, les problèmes liés à la multicollinéarité semblaient minimaux puisque les FIV (*Facteur d'inflation de la variance*) demeuraient dans des limites acceptables ($< 4,0$). Par mesure

de précaution, des analyses ont également été faites en excluant deux des trois variables les corrélations bivariées étaient plus grandes que 0,70). Les coefficients pour l'ensemble des variables changeaient très peu et les probabilités pour le changement de R^2 associées au test ne modifiaient pas l'interprétation des résultats, suggérant que la multicollinéarité n'avait pas d'impact évident. La contribution totale du modèle était de 33 % de la variance et semblait légèrement supérieure chez les anglophones (34 %) comparativement aux francophones (31 %).

Dans l'Est (Tableau 9), les résultats de l'analyse de régression linéaire sur les symptômes dépressifs avec l'ensemble des facteurs de risque et de protection par domaine reproduisaient fidèlement le portrait tracé dans le Nord. La contribution des variables de contrôle était de 5 % ($p < 0,001$). Le domaine de la famille expliquait ensuite 19 % de la variance ($p < 0,001$). L'ajout du domaine de l'école apportait une contribution additionnelle de 3 % ($p < 0,001$). Ensuite, le domaine des pairs et de l'individu ajoutait très peu de variance au modèle avec 2 % ($p < 0,001$), et finalement, celui de la communauté contribuait au modèle avec moins de 1 % ($p = 0,001$). Tous les FIV se situaient en dessous de 3,0 indiquant que la multicollinéarité n'était pas préoccupante. L'exclusion de deux des trois facteurs de protection du domaine de la famille modifiait peu les coefficients FIV et ne changeait rien aux résultats. La variance expliquée par le modèle final était de 30 % ($p < 0,001$), avec une proportion légèrement plus élevée chez les anglophones (34 %) que chez les francophones (30 %).

Relations des domaines de risque et de protection avec le tabagisme

Dans le Nord (Tableau 8), l'entrée initiale des variables de contrôle (langue, sexe et âge) a entraîné un changement significatif du pseudo R^2 (0,12, $p < 0,001$). L'ajout du domaine de la famille dans la régression, après les deux variables de contrôle, a lui aussi apporté un

Tableau 8. Régressions hiérarchiques (contrôlées pour la langue¹, le sexe et l'âge) des domaines de risque (famille, écoles, pairs et communauté) avec les symptômes dépressifs (changement de R²) et avec l'usage de substances (Indice Nagelkerke) dans le Nord

Domaine	Symptômes dépressifs			Tabagisme			Alcool			Cannabis		
	Anglais	Français	Total	Anglais	Français	Total	Anglais	Français	Total	Anglais	Français	Total
Contrôle	0,05**	0,03**	0,05**	0,11**	0,14**	0,12**	0,23**	0,27**	0,25**	0,18**	0,14**	0,17**
Famille	0,22**	0,19**	0,20**	0,23**	0,25**	0,23**	0,22**	0,23**	0,21**	0,21**	0,30**	0,22**
École	0,04**	0,04**	0,04**	0,05**	0,01	0,03**	0,01**	0,01	0,01**	0,04**	0,03**	0,03**
Pairs	0,02**	0,04**	0,02**	0,24**	0,24**	0,23**	0,15**	0,15**	0,15**	0,24**	0,25	0,23**
Communauté	0,02**	0,01	0,02**	< 0,01	0,02	< 0,01	< 0,01	0,01	< 0,01	0,01	0,02	0,01
Total	0,34**	0,31**	0,33**	0,63**	0,65**	0,62**	0,61**	0,65**	0,61**	0,66**	0,73**	0,67**

* $p < 0,0125$ ** $p < 0,001$ ¹Variable de contrôle utilisée seulement pour les résultats de la colonne « Total » Anglais, $n = 1768$, Français, $n = 948$

Tableau 9. Régressions hiérarchiques (contrôlées pour la langue¹, le sexe et l'âge) des domaines de risque (famille, écoles, pairs et communauté) avec les symptômes dépressifs (changement de R²) et avec l'usage de substances (Indice Nagelkerke) dans l'Est

Domaine	Symptômes dépressifs			Tabagisme			Alcool			Cannabis		
	Anglais	Français	Total	Anglais	Français	Total	Anglais	Français	Total	Anglais	Français	Total
Contrôle	0,06**	0,04**	0,05**	0,11**	0,08**	0,08**	0,22**	0,21**	0,21**	0,12**	0,14**	0,16**
Famille	0,19**	0,20**	0,19**	0,20**	0,24**	0,22**	0,22**	0,22**	0,21**	0,23**	0,18**	0,19**
École	0,04**	0,03**	0,03**	0,09**	0,07*	0,07**	0,03**	0,01*	0,01**	0,04**	0,02*	0,02**
Pairs	0,04**	0,02	0,02**	0,25**	0,20**	0,19**	0,16**	0,18**	0,17**	0,25**	0,23	0,23**
Communauté	0,01	0,01*	0,01**	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Total	0,34**	0,31**	0,30**	0,64**	0,59**	0,57**	0,64**	0,63**	0,61**	0,64**	0,62**	0,61**

* $p < 0,0125$ ** $p < 0,001$ ¹ Variable de contrôle utilisée seulement pour les résultats de la colonne « Total » Anglais, n = 537, Français, n = 1367

changement significatif (*pseudo* $R^2 = 0,23$, $p < 0,001$). Quand le domaine de l'école était inclus dans le modèle, le changement était significatif, mais minimal (*pseudo* $R^2 = 0,03$, $p < 0,001$). Cette addition n'était pas significative pour les écoles françaises (*pseudo* $R^2 = 0,01$, $p = 0,12$). Par contre, à l'addition du domaine des pairs et de l'individu, un changement plus important se produisait (*pseudo* $R^2 = 0,23$, $p < 0,001$). Le dernier groupe de variables (domaine de la communauté) n'apportait plus rien au modèle (*pseudo* $R^2 = 0,004$, $p = 0,17$).

Dans l'Est (Tableau 9), les variables de contrôle (langue, sexe et âge) avaient un effet significatif sur l'ensemble de l'échantillon (*pseudo* $R^2 = 0,08$, $p < 0,001$), mais le coefficient était plus élevé chez les anglophones (*pseudo* $R^2 = 0,11$, $p < 0,001$) que chez les francophones (*pseudo* $R^2 = 0,08$, $p < 0,001$). Tout comme dans l'échantillon du Nord, l'ajout du domaine de la famille constituait un changement significatif important (*pseudo* $R^2 = 0,22$, $p < 0,001$). Quand le domaine de l'école était ensuite entré dans le modèle, le changement était significatif, mais l'apport demeurait faible (*pseudo* $R^2 = 0,07$, $p < 0,001$). L'addition du domaine des pairs et de l'individu entraînait encore une fois un changement important (*pseudo* $R^2 = 0,19$, $p < 0,001$), mais il semblait plus important dans les écoles anglaises (*pseudo* $R^2 = 0,25$, $p < 0,001$) que dans les écoles françaises (*pseudo* $R^2 = 0,20$, $p < 0,001$). L'addition du dernier domaine (communauté) n'était pas significative. Le modèle global semblait refléter un peu mieux les relations entre le tabagisme et l'ensemble des facteurs chez les anglophones (*pseudo* $R^2 = 0,64$, $p < 0,001$) que chez les francophones (*pseudo* $R^2 = 0,59$, $p < 0,001$).

Relations des domaines de risque et de protection avec la consommation d'alcool

Dans le Nord (Tableau 8), les variables de contrôle (langue, sexe et âge) contribuaient de manière significative au modèle de départ ($p < 0,001$) avec un *pseudo* R^2 de 0,25, une

contribution provenant presque uniquement de l'âge. L'ajout du domaine de la famille dans la régression apportait un changement significatif presque aussi important (*pseudo* $R^2 = 0,21$, $p < 0,001$). Quand le domaine de l'école était inclus dans le modèle, le changement était significatif, mais minimal (*pseudo* $R^2 = 0,008$, $p < 0,001$), et s'avérait non-significatif dans les écoles françaises (*pseudo* $R^2 = 0,007$, $p < 0,15$). L'addition du domaine des pairs et de l'individu entraînait un changement plus important dans l'ensemble de l'échantillon (*pseudo* $R^2 = 0,15$, $p < 0,001$). Enfin, le domaine de la communauté, entré en dernier, ne contribuait pas de manière significative au modèle (*pseudo* $R^2 = 0,001$, $p < 0,07$). Le modèle global (*pseudo* $R^2 = 0,61$, $p < 0,001$) avait un indice un peu plus élevé chez les francophones (*pseudo* $R^2 = 0,65$, $p < 0,001$) que chez les anglophones (*pseudo* $R^2 = 0,61$, $p < 0,001$).

Dans l'Est (Tableau 9), l'apport des variables de contrôle (langue, sexe et âge) dans la régression sur l'alcool semblait assez important (*pseudo* $R^2 = 0,21$, $p < 0,001$). Tout comme dans l'échantillon du Nord, l'ajout du domaine de la famille était significatif et de même intensité (*pseudo* $R^2 = 0,21$, $p < 0,001$). Ensuite, le groupe de variables de l'école apportait un changement significatif qui contribuait peu au modèle (*pseudo* $R^2 = 0,01$, $p < 0,001$). Malgré le fait qu'il soit entré en quatrième, le domaine des pairs et de l'individu apportait, tout comme dans le Nord, un changement plus important (*pseudo* $R^2 = 0,17$, $p < 0,001$). Finalement, l'addition du domaine de la communauté ne produisait aucune différence significative (*pseudo* $R^2 = 0,005$, $p < 0,06$). Au total, l'indice de Nagelkerke était de 0,61 à $p < 0,001$.

Relations des domaines de risque et de protection avec l'usage de cannabis

Dans le Nord (Tableau 8), la contribution des variables de contrôle (langue, sexe et âge) était significative (*pseudo* $R^2 = 0,17$, $p < 0,001$) et légèrement plus élevée chez les anglophones

(*pseudo R*² = 0,18, *p* < 0,001) que les francophones (*pseudo R*² = 0,14, *p* < 0,001). L'ajout du domaine de la famille dans la régression sur le cannabis, après l'entrée des deux variables de contrôle, apportait également un changement significatif, et cette fois, il semblait plus élevé dans les écoles françaises (*pseudo R*² = 0,30, *p* < 0,001) que dans les écoles anglaises (*pseudo R*² = 0,21, *p* < 0,001). Quand le domaine de l'école était introduit dans le modèle, le changement était significatif, mais assez limité (*pseudo R*² = 0,03, *p* < 0,001). L'addition du domaine des pairs et de l'individu suscitait un changement plus important puisque le *pseudo R*² atteignait 0,23 (*p* < 0,001). L'entrée du domaine de la communauté changeait légèrement la contribution au modèle (*pseudo R*² = 0,01, *p* < 0,001) qui avait un *pseudo R*² total de 0,67 (*p* < 0,001) après l'entrée de toutes les variables. On notait une légère différence entre les francophones (*pseudo R*² = 0,73, *p* < 0,001) et les anglophones (*pseudo R*² = 0,66, *p* < 0,001).

Dans l'Est (Tableau 9), l'entrée des variables de contrôle (langue, sexe et âge) dans la régression sur le cannabis entraînait un changement significatif équivalent chez les anglophones (*pseudo R*² = 0,12, *p* < 0,001) que chez les francophones (*pseudo R*² = 0,14, *p* < 0,001). Tout comme pour l'échantillon du Nord, le domaine de la famille apportait un changement appréciable (*pseudo R*² = 0,19, *p* < 0,001), mais il semblait plus élevé chez les anglophones (*pseudo R*² = 0,23, *p* < 0,001) que chez les francophones (*pseudo R*² = 0,18, *p* < 0,001). Quand le domaine de l'école était ajouté au modèle, le changement était minime, mais significatif (*pseudo R*² = 0,02, *p* < 0,001). Pour sa part, le domaine des pairs et de l'individu, entré ensuite, contribuait de manière plus substantielle (*pseudo R*² = 0,23, *p* < 0,001). Enfin, le dernier domaine (communauté) ne changeait pas le niveau du *pseudo R*² de manière significative (*pseudo R*² = 0,006, *p* = 0,44). Le *pseudo R*² total était de 0,61 (*p* < 0,001).

En résumé, les relations avec les symptômes dépressifs mettaient en évidence le domaine de la famille dans les deux régions. Dans le cas du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'usage de cannabis, les domaines de la famille et des pairs et de l'individu marquaient les profils de relations pour les trois substances. La réplication dans l'échantillon de l'Est était identique à quelques décimales près.

Discussion

Cette thèse avait pour but d'examiner une série de facteurs de risque et de protection identifiés par la recherche en prévention, de même que les symptômes dépressifs et l'usage de trois substances, à l'aide du sondage *CTC-YS*, sur deux échantillons de la population adolescente de l'Ontario. Elle portait sur deux dimensions : les différences de niveaux de chacun de ces facteurs en fonction de la langue, le sexe ou l'âge, et les différences des relations avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances en fonction de ces mêmes catégories. Une exploration de l'ensemble des facteurs de risque et de protection par domaine sur leur association avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances complétait les analyses. Cette discussion veut surtout mettre l'accent sur les différences observées entre les groupes à l'étude, sur les tendances générales qui se dégagent des analyses, ainsi que sur leur impact en prévention.

Différences de niveaux des facteurs de risque et de protection, des symptômes dépressifs et d'usage de substances

La première question de recherche s'intéressait aux différences de niveaux des facteurs de risque et de protection en fonction de la langue, du sexe et de l'âge. Aucune hypothèse spécifique n'avait été formulée en ce qui a trait aux différences en fonction de la langue d'instruction puisque nous nous attendions à ce que les niveaux soient similaires. Contrairement à nos attentes, les élèves des écoles anglaises ont rapporté des niveaux plus élevés de risque et des niveaux plus bas de protection que les francophones sur la moitié des facteurs. Ces différences ont ressurgi dans les deux échantillons en dépit du seuil de signification conservateur et de la composition hétérogène des écoles françaises du Nord où plus du quart des élèves

parlaient uniquement l'anglais à la maison, deux éléments qui auraient pu contribuer à minimiser certains écarts.

Le domaine de la communauté semblait avoir été plus affecté dans le Nord de l'Ontario, alors que les analyses de réplication dans l'Est ont permis de détecter plus de différences sur les facteurs du domaine des pairs et de l'individu. Des particularités régionales pourraient expliquer ces différences, mais il peut aussi s'agir d'un effet de la traduction puisque les versions françaises étaient légèrement différentes dans les deux régions. Par contre, on a dénombré de part et d'autres plusieurs différences qui n'étaient pas significatives sur les différents facteurs, mais qui s'approchaient du seuil de signification de 0,0021. En ce sens, les tendances observées désavantageaient généralement les élèves des écoles anglaises. Bien que les tailles de l'effet soient modestes, le patron global de résultats mérite quelques tentatives d'explication.

Des chercheurs étudiant les différences de comportement entre jeunes de plusieurs pays (Breen & Buchman, 2002; Eisner, 2002) ont estimé que les comportements à risque plus élevés affichés par les jeunes anglo-saxons relevait de la culture individualiste et compétitive de leur pays d'origine (Grande-Bretagne, Irlande, Australie, États-Unis, Nouvelle-Zélande et Canada). Ces régimes plus libéraux axés sur la libre concurrence inciteraient les jeunes à prendre plus de risque, contribuant à l'éclosion de divers problèmes de comportement comme l'abus de substance et la délinquance. Ainsi, selon ce constat, on peut se demander si cette caractéristique spécifique aurait pu prédisposer les élèves des écoles anglaises à percevoir leur environnement de manière plus négative, à développer des attitudes plus agressives et à manifester des comportements malsains. Cet argument aurait peut-être suffi, n'eût été le nombre d'influences sociales et environnementales similaires auxquelles les jeunes francophones et anglophones de l'Ontario sont confrontés simultanément dans leur quotidien.

On pourrait donc également suggérer que des qualités propres à la culture francophone viennent contrer les effets néfastes des facteurs de risque communs aux deux groupes et les protègent davantage de certaines difficultés. Le réel pouvoir des facteurs de risque et de protection résiderait dans l'influence de leurs effets respectifs et combinés (Masten, 2001). Étant donné que nous n'avons pas mesuré les effets potentiels des interactions entre facteurs de risque et de protection, nous ne pouvons qu'émettre certaines hypothèses à ce propos.

Le réseau familial a souvent été cité à titre d'exemple de renforcement positif pour les minorités francophones. Ce milieu constitue encore aujourd'hui un pivot important pour l'intégration et l'épanouissement des jeunes sur le plan social (Duquette, 2004). Longtemps reconnue dans la communauté franco-ontarienne pour sa vitalité, la famille pourrait-elle influencer les perceptions de risque et de protection chez les jeunes? Dans nos deux échantillons, il ressort que les facteurs de protection de la famille étaient plus élevés chez les élèves des écoles françaises (tendances dans le Nord et 2 des 3 facteurs significatifs dans l'Est), ce qui laisserait entendre que les adolescents des écoles françaises ont une perception plus positive de leur environnement familial.

Évidemment, la spécificité de la famille franco-ontarienne n'a plus rien à voir avec la notion de la famille nombreuse « tricotée serrée » d'autrefois. Cette particularité familiale serait plus subtile, quoique bien réelle. Selon Bernier (1998), les dimensions démographiques et plus quantifiables (p. ex. le nombre d'enfants ou des membres de la parenté) sont désormais comparables dans les deux communautés. La différence reposerait plutôt sur la perception des dynamiques relationnelles au sein de la famille francophone, ce que l'auteure qualifie d'éthos familial. Dans une analyse comparative auprès de mères francophones et anglophones du Nord de l'Ontario, elle constate que, pour toutes les mères, la perception de la famille franco-

ontarienne apparaissait plus positive que l'image plutôt terne de la famille anglophone et n'ayant pas « d'identité particulière » telle que l'ont dépeintes les participantes anglophones elles-mêmes. Ainsi, la représentation et la perception qu'auraient les francophones de la famille (valorisation du fait français à la maison, efforts constants pour maintenir leur identité, conviction de liens plus étroits et de rencontres plus fréquentes entre les membres de la famille résultant en un plaisir renouvelé d'être ensemble) agiraient ni plus ni moins comme un baume protecteur. L'éthos familial réduirait les effets de l'individualisme inhérent aux sociétés occidentales. Une telle dynamique s'apparente au modèle familial plus sain proposé par Kagitçibasi (1996, 2005), d'une interdépendance émotionnelle et psychologique qui intègre les besoins fondamentaux de rapprochement (*relatedness*) et d'autonomie (*agency*). L'auteur soulève la possibilité que des variations se produisent sur ces deux dimensions au sein même des cultures occidentales. Les prémices de ce modèle paraît tout à fait approprié dans le contexte du développement social sain de l'adolescent puisqu'il s'intéresse à la fois au processus d'individuation et aux besoins d'attachement avec des adultes significatifs.

Les jeunes francophones de l'Ontario ne seraient d'ailleurs pas les seuls à récolter les fruits de ce sentiment positif d'appartenance. Smith et ses collègues (2009) ont examiné pour une première fois dans leur sondage quinquennal sur le profil des adolescents de la Colombie-Britannique l'appartenance culturelle (*cultural connectedness*). Ils ont estimé que les adolescents d'origines et d'ethnies diverses qui étaient plus « connectés » à leur culture ressentaient plus de bien-être et vivaient moins de difficultés de comportement que ceux qui ne ressentaient pas cette appartenance. Cela pourrait peut-être aussi expliquer en partie la légère différence de niveaux des symptômes dépressifs entre les élèves des écoles anglaises et françaises. En contrepartie de la vaste culture adolescente d'Arnett (2002), la famille se veut donc rassurante.

Parmi les influences positives, l'école jouerait elle aussi un rôle important. On remarque que les deux facteurs de protection de l'école étaient généralement plus élevés dans les écoles françaises (*Occasions de participation prosociale*, *Reconnaissance prosociale* dans le Nord et *Reconnaissance prosociale* dans l'Est). Ainsi, les élèves des écoles françaises auraient une meilleure perception de leur environnement scolaire que ceux des écoles anglaises. En ce sens, l'école agirait peut-être comme un lieu où les jeunes peuvent se modeler une identité francophone positive et une appartenance à la francophonie (Bordeleau, 1995).

Par contre, les écoles subissent des transformations importantes partout en province. Selon Cormier (2004), l'école n'est peut-être déjà plus l'abri espéré puisque « les frontières linguistiques et identitaires se chevauchent à l'intérieur des murs de l'école ». Ce phénomène touche pour le moment les milieux urbains (Gérin-Lajoie, 2004), mais il n'est pas dit que les autres régions seront épargnées. Il serait intéressant de suivre cette évolution, particulièrement dans l'Est de l'Ontario où certaines communautés (p. ex. Hawkesbury) voient leur composition ethnique et culturelle se diversifier rapidement.

Par ailleurs, certaines anomalies ressortent des résultats comparant les niveaux de risque et de protection des deux groupes linguistiques. Tout d'abord, les différences sur le facteur *Attitude de rébellion* ont pris une direction opposée dans les deux échantillons. Dans le Nord, les élèves des écoles anglaises ont rapporté une attitude plus rebelle, alors que dans l'Est, ce sont les élèves des écoles françaises qui ont le plus affiché ce comportement. Dans le Nord comme dans l'Est, les écoles de la langue de la majorité (anglaise dans le Nord et française dans l'Est) avaient un niveau plus élevé sur ce facteur comparativement à la minorité linguistique. On pourrait avancer l'hypothèse qu'une plus grande exposition au risque, du fait du plus grand nombre d'élèves, puisse rendre la perception de cette attitude plus normative et avoir un effet

d'entraînement de nature exponentielle dans leur contexte démographique et linguistique respectif.

Par ailleurs, le facteur des *Conflits familiaux* du domaine de la famille a également donné des résultats divergents, étant plus élevé chez les élèves des écoles françaises dans le Nord et plus élevé chez les élèves anglophones dans l'Est. La qualité psychométrique discutable de cette sous-échelle dans l'échantillon du Nord, telle que décrite dans la méthodologie, pourrait expliquer ce patron inusité. En effet, il est probable que dans le Nord, l'usage du mot « discussions » en français, moins radical que « disputes », qui a été utilisé dans l'Est pour traduire le mot anglais « *argument* », ait gonflé artificiellement le niveau de risque chez les francophones du Nord. Dans l'Est, l'écart entre les deux groupes était relativement marqué (taille de l'effet moyenne), les élèves des écoles françaises ayant rapporté des niveaux plus bas. Il paraît donc vraisemblable que la prédominance des répondants francophones sur ce facteur dans l'échantillon du Nord soit un artefact de la traduction.

Par ailleurs, les élèves des écoles anglaises ont estimé plus fortement la présence d'*Interactions avec des pairs prosociaux* dans les deux échantillons. Ce résultat ne reflète ni le profil des anglophones sur les autres facteurs de protection, ni l'hypothèse d'une société anglo-saxonne plus individualiste. Peut-être ces jeunes compensent-ils, dans leur univers immédiat, l'impact négatif de leurs perceptions à l'égard de la communauté ou de la famille en tentant d'établir des liens d'amitié plus solides ou à tout le moins, en entretenant cette perception?

En dernier lieu, nous n'écartons pas la possibilité que la traduction du sondage soit en partie responsable des différences obtenues entre les deux groupes linguistiques sur les facteurs de risque et de protection. Cependant, la similitude des coefficients de cohérence interne pour chacun des groupes dans les deux échantillons et de ceux des autres études psychométriques du

CTC-YS ne le suggère aucunement. Les différences n'étaient certes pas prononcées, mais elles pourraient tout de même refléter un aspect de la réalité des élèves des écoles anglaises qui n'a pas été pris en compte dans ces analyses, comme par exemple, la taille des classes et des écoles.

En ce qui a trait aux différences de niveaux de risque et de protection entre les filles et les garçons, elles se sont manifestées dans tous les domaines, à l'exception de la communauté. Ce patron a été reproduit dans les deux échantillons. Plus de la moitié des facteurs de risque et de protection dans le Nord et dans l'Est étaient à l'avantage des filles, confirmant les prédictions. De plus, les différences observées entre les deux sexes s'apparentaient à celles des études antérieures (Fagan et al., 2007a; Olson & Goddard, 2010; Rowe, Vazsonyi, & Flannery, 1995; van den Bree & Pickworth, 2005). Un seul facteur (*Conflits familiaux*) était plus élevé chez les filles (significatif dans le Nord seulement). Cette différence en faveur des garçons a été observée ailleurs (Fagan, Van Horn, Antaramian, & Hawkins, 2010; McGue, Elkins, Walden, & Iacono, 2005). Elle serait attribuable au processus distinct de socialisation des filles par rapport aux garçons, et qui les rend plus sensibles aux dimensions interpersonnelles (Cyranski, Frank, Young, & Shear, 2000; Fagan et al., 2010; Fagan et al., 2007a; Nolen-Hoeksema, 2001). Encore une fois, ce résultat doit être interprété avec prudence. Il est impossible d'estimer dans quelle mesure la notion de discussions (plutôt que disputes), qui paraît moins négative dans un contexte relationnel, a pu influencer à la hausse les réponses chez les filles francophones et augmenter leur moyenne en conséquence.

Dans le domaine des pairs et de l'individu, plusieurs facteurs de risque et tous les facteurs de protection désavantageaient les garçons, comme l'ont relaté de manière équivalente d'autres études sur la délinquance et l'usage de substances (Fagan et al., 2007a; Rowe et al., 1995). En plus d'être au diapason des études à l'échelle internationale, ces résultats paraissent

très robustes puisqu'ils ont été reproduits presque intégralement (15 facteurs sur 18) dans le deuxième échantillon. Malgré ces différences, les relations étaient généralement significatives pour les garçons, indiquant que les garçons sont vulnérables eux aussi, mais dans une moindre mesure, aux difficultés de santé mentale.

Tel qu'attendu, l'âge a spécialement affecté les niveaux de risque et de protection. Les tailles de l'effet obtenues (entre modérées et grandes) montraient sans équivoque que les facteurs de risque étaient plus bas chez les plus jeunes adolescents et les facteurs de protection plus présents dans ce groupe. Ces résultats concordent avec ceux de nombreuses études qui ont également observé une augmentation des influences et perceptions négatives au cours de l'adolescence (Fagan et al., 2010; Arthur et al., 2007; Fagan et al., 2007b; Fergusson et al., 2002; Hotton & Haans, 2004).

La deuxième question de recherche portait sur les différences d'intensité des symptômes dépressifs. Nous avons déjà fait mention plus haut du léger désavantage des élèves des écoles anglaises à ce chapitre. Les différences entre les filles et les garçons étaient nettement plus marquées, ce qui confirme de nouveau l'hypothèse voulant que les niveaux soient généralement plus élevés chez les filles. Dans le Nord et dans l'Est, les filles présentaient plus de symptômes dépressifs, à l'instar de la grande majorité des études effectuées au Canada (Adlaf et al., 2007; Mitura & Bollman, 2004; Poulin et al., 2002; Smith et al., 2009), et ailleurs dans le monde (Birmaher et al., 1996; Bond et al., 2005; Fleming & Offord, 1990; Garrison et al., 1990; Kessler et al., 1993; Kovacs, 2001; Nolen-Hoeksema, 2001; Steinhausen & Metzke, 2000), incluant celles faites avec ce même questionnaire (Olson & Goddard, 2010; Bond et al., 2005).

Par ailleurs, les adolescents plus âgés ont rapporté plus de symptômes dépressifs. La recherche a plus d'une fois démontré que les symptômes dépressifs augmentaient avec l'âge

(Adlaf et al., 2007; Bond et al., 2005; Boyce, 2004; Hughes & Gullone, 2008; Olson & Goddard, 2010; Smith et al., 2009). Nos analyses ont permis de valider ces différences en fonction de deux groupes d'âge pour les deux régions ontariennes.

La troisième question de recherche s'intéressait aux niveaux d'usage de substances. Les résultats obtenus en Ontario se rapprochaient des niveaux observés dans les différentes études épidémiologiques provinciales et nationales. En général, les niveaux de tabagisme étaient comparables à ce qu'on a évalué ailleurs (Dubé et al., 2009) pour la même période de 30 jours. L'étude récente de Hawkins et ses collègues (2009), à l'aide du sondage *CTC-YS*, rapportait des taux variant entre 6 et 8 % pour l'usage de la cigarette dans les 30 derniers jours chez les jeunes de la huitième année. Ces résultats vont dans le sens de la présente analyse qui comptait en moyenne 4 % des jeunes dans l'Est et 8 % dans le Nord chez les jeunes de 10 à 14 ans.

On note également qu'il n'existe aucune différence pour le tabagisme entre les deux groupes linguistiques, ce qui a également été observé par Dubé et ses collègues (2009) dans leur analyse sur les jeunes québécois parlant français ou anglais à la maison.

On remarque cependant certaines disparités régionales, le pourcentage de fumeurs étant plus élevé dans l'échantillon du Nord (18 %) par rapport à celui de l'Est (10 %). Ces différences ont également été mesurées à plusieurs reprises dans d'autres études canadiennes (Mitura & Bollman, 2004; Smith et al., 2009).

Par ailleurs, les différences entre filles et garçons pour l'usage de substances étaient inexistantes dans nos échantillons alors qu'elles semblent parfois persister ailleurs (Dubé et al., 2009; Mitura & Bollman; 2004). Il est possible que ces changements se produisent à un rythme différent selon les régions ou le profil socio-démographique, mais nos résultats confirment que la tendance vers une convergence entre les deux sexes prend de l'ampleur.

Pour la consommation d'alcool pour les 30 derniers jours, on ne note aucune variation en fonction des régions géographiques semi-rurales et rurales, ce qui a également été rapporté en Colombie-Britannique, mais la consommation était plus basse dans nos échantillons (40 % dans le Nord et 43 % dans l'Est) que celles Smith et ses collègues (2009) en Colombie-Britannique (68 %) pour la même période d'un mois. Dans le contexte d'une convergence entre les sexes, les données rapportées ici n'ont détecté aucune différence entre les filles et les garçons pour la consommation d'alcool.

Les niveaux d'usage de cannabis pour les 30 derniers jours étaient relativement similaires entre les écoles françaises et anglaises. L'usage de cannabis semblait légèrement plus élevé (différence significative) dans les écoles anglaises dans le Nord, comparativement aux écoles françaises, mais cette différence n'a pas été reproduite dans l'Est. Contrairement à l'hypothèse formulée d'un usage de cannabis plus élevé chez les garçons, on observe encore une fois une tendance au nivellement entre les deux sexes. En général, les pourcentages étaient légèrement plus élevés chez les garçons (sans être significatifs) pour les trois substances, mais l'avancée de la convergence est incontestable.

Ce constat est particulièrement troublant parce que les données ne révèlent que la pointe de l'iceberg chez les filles, particulièrement en ce qui a trait à la consommation d'alcool. Les filles atteignent plus facilement l'état d'ébriété que les garçons à cause de leur plus petite constitution et de leur sensibilité physiologique à de plus petites quantités d'alcool (Johnston et al., 2007; Masten et al., 2008). Une consommation comparable entre les deux sexes signifie donc un niveau d'intoxication et de dysfonctionnement plus élevé chez les filles, ce qui pourrait se traduire par une accentuation des comportements à risque. Ainsi, la consommation d'alcool

devient en elle-même un facteur de risque important et le catalyseur d'autres difficultés, tels l'abus physique, l'abus sexuel et la grossesse précoce.

Tel que prévu, la présence accrue du tabagisme, de la consommation d'alcool et de l'usage de cannabis chez les adolescents plus âgés dans nos deux échantillons va dans le sens des résultats d'un grand nombre d'études déjà citées. Cela reflète l'usage croissant de ces substances au cours de l'adolescence, autant chez les filles que chez les garçons, une réalité incontestable qui dépasse largement les frontières de la province.

Différences de relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances

La deuxième partie des analyses portait sur les différences de relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances en fonction de la langue, du sexe et de l'âge. Ainsi, la quatrième question de recherche s'intéressait aux relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs. On a constaté que ces relations étaient similaires pour les deux groupes linguistiques dans les deux échantillons, mais que les niveaux facteurs de risque étaient plus élevés chez les anglophones. On pouvait ainsi présumer que cette exposition (plutôt que la vulnérabilité émanant d'une relation plus forte), ait été responsable des niveaux supérieurs de symptômes dépressifs dans ce groupe, en accord avec Beam et ses collègues (2002), d'une relation plutôt directe entre les facteurs de risque et les symptômes dépressifs. On peut aussi penser que les facteurs de protection plus élevés chez les francophones aient contribué directement et simultanément à la baisse des symptômes dépressifs, augmentant l'écart entre les deux groupes linguistiques. Olson et Goddard (2010) ont estimé récemment que certains facteurs de protection du *CTC-YS* dans le domaine de la famille et de

l'école ne modéraient pas la relation avec les symptômes dépressifs, mais qu'ils avaient un lien direct avec leur diminution. En ce sens, ces facteurs n'agiraient pas à titre de facteurs de protection, en réduisant l'influence des facteurs de risque, mais plutôt comme facteurs de promotion, en agissant sans intermédiaire sur les symptômes dépressifs.

Pour leur part, les différences observées pour les relations des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs entre les filles et les garçons concordent avec les études antérieures, mais on dénombre plus de différences dans cette étude que dans celles de Bond et ses collègues (2005) faite à l'aide du même questionnaire en Australie. Il est possible que la nature des variables indépendantes de notre étude (continues plutôt que dichotomiques) ou de l'échelle utilisée pour les symptômes dépressifs ait permis de détecter plus de nuances. Ces auteurs ont noté plus de différences dans le domaine de la communauté que ne l'ont fait les deux échantillons de la présente étude, tandis que les analyses ontariennes ont relevé plus de disparités pour les facteurs des domaines de la famille, de l'école et des pairs et de l'individu, mais la tendance défavorisant les filles était la même dans tous les échantillons. Ces résultats mettent en relief l'exemple parfait de l'impact d'une plus grande vulnérabilité dans un groupe spécifique par rapport à une autre (Wallace & Muroff, 2002). Malgré les niveaux de risque nettement plus élevés chez les garçons dans plusieurs domaines, ce sont les filles qui accumulent le plus de symptômes dépressifs. Cette vulnérabilité exacerbée proviendrait de diverses sources, dont certaines n'ont pas été mesurées pour ces analyses, telles le style d'adaptation (Lapointe & Marcotte, 2000), les différences expérientielles (Nolen-Hoeksema, 2001) et l'importance accordée aux interactions interpersonnelles (Cyranski et al., 2000). La relation du facteur *Interactions avec des pairs antisociaux* avec les symptômes dépressifs étaient d'ailleurs beaucoup plus forte chez les filles que chez les garçons dans l'échantillon du Nord.

Par ailleurs, le *Faible encadrement familial* était un des facteurs les plus associés aux symptômes dépressifs. Il distinguait aussi les filles des garçons, autant dans nos analyses que dans celle de Bond et ses collègues (2005), suggérant que la présence parentale est particulièrement déterminante dans leur cas. Du côté des facteurs de protection, les *Habiletés sociales* et les *Croyance dans un ordre moral* étaient d'intensité différente pour les garçons et les filles dans cette étude, autant chez les jeunes d'origine ontarienne qu'australienne. Dans nos deux échantillons, les différences sur les facteurs de protection se concentraient également dans le domaine des pairs et de l'individu, ce qui est en accord avec la recherche antérieure.

De plus, certaines différences ont émergé entre les deux groupes d'âge pour la relation entre les facteurs de risque et les symptômes dépressifs, particulièrement dans le Nord. Deux de ces facteurs étaient issus du domaine de la famille et cinq du domaine des pairs et de l'individu, deux environnements souvent pointés du doigt (Beam et al., 2002; Bond et al., 2005; von Sydow, Lieb, Pfistera, Höflera, & Wittchen, 2002). Nous nous serions attendus cependant à plus de différences entre les deux groupes d'âge, les plus jeunes se sentant généralement plus vulnérables et impuissants devant les événements stressants. Cela pourrait peut-être s'expliquer par les diverses trajectoires possibles des symptômes dépressifs (Brendgen et al., 2005). S'il n'y a pas de différence de relation, la présence plus forte des symptômes dépressifs chez les plus âgés dans nos échantillons serait alors attribuable avant tout à une exposition plus grande aux facteurs de risque et plus petite aux facteurs de protection et à la relation plus directe entre les facteurs de risque et les symptômes (Beam et al., 2002) plutôt qu'à une vulnérabilité exacerbée.

La cinquième question de recherche se penchait sur les relations des facteurs de risque et de protection avec l'usage de substances. Aucune différence significative de relations n'a été décelée entre les garçons et les filles, comme l'ont signalé d'autres études pour différents

facteurs de risque et de protection Fergusson et al., 2002; Fergusson, Woodward, & Horwood, 1999). Étant donné que la vulnérabilité ne variait pas en fonction du sexe sur ces facteurs et qu'une majorité d'entre eux présentaient plus de risque pour les garçons, nous pouvions supposer que la plus grande exposition des garçons se traduise par un usage de substances plus important. Or, les niveaux d'usage presque identiques (celui des garçons étant plus élevé, mais non-significativement différent de celui des filles dans les deux échantillons) semblent suggérer autre chose.

Une première possibilité pour expliquer cette incongruité serait que les relations entre les facteurs de risque et le comportement d'usage de substances soient modifiés par un grand nombre de facteurs influents qui n'ont pas été mesurés dans ces analyses. On suggère que des croyances ou des motivations plus spécifiques et différentes quant à l'usage de substances feraient également partie de l'équation. Les garçons consommeraient ou fumeraient pour accroître les liens sociaux avec leurs pairs, tandis que les filles en feraient plus usage pour gérer les symptômes dépressifs (plus présents chez elles) ou pour contrôler leur poids (Larsen, Otten, & Engels, 2009; Ostaszewski & Pisarska, 2008). D'autres facteurs pourraient également caractériser ces relations pour les filles, comme par exemple les abus sexuels ou l'usage de substances du petit ami (Amaro et al., 2001). Avec l'accumulation des facteurs de risque et de protection, il se pourrait également que les filles subissent plus de préjudices que les garçons à la suite d'une exposition équivalente, les amenant ainsi à rattraper les garçons dans la fréquence d'usage. Cette explication serait en accord avec la recherche sur la réactivité accrue des filles aux stressors de l'environnement (Meadows et al., 2006; Nolem-Hoeksema, 2001). Le risque « net » de l'accumulation des facteurs de risque serait alors supérieur chez les filles, engendrant ainsi plus de difficultés. Ce phénomène a d'ailleurs été observé en ce qui a trait à la survenue des

symptômes dépressifs dans l'étude de Bond et ses collègues (2005). En plus de voir les risques de développer des symptômes dépressifs augmenter avec le nombre de facteurs de risque pour tous les jeunes, cette probabilité augmentait plus vite chez les filles que chez les garçons dans les deux domaines les plus influents (c.-à-d. la famille et les pairs), creusant ainsi un écart de plus en plus important entre les deux sexes. Heureusement, les facteurs de protection semblent également adopter la même tendance exponentielle, offrant plus de protection aux filles.

Tel qu'évoqué précédemment, il est possible que d'autres facteurs entrent en jeu pour modérer les relations avec l'usage de substances. Elles seraient à la fois directe et indirecte, et emprunteraient de multiples avenues (Beam et al., 2002; Wills & Yaeger, 2003). Par exemple, Beam et ses collègues (2002) ont constaté que l'impact positif des facteurs de protection d'un domaine donné pouvait modérer les effets de facteurs de risque d'un autre contexte sur l'usage de substances.

Un patron similaire à celui observé pour les filles et les garçons semblait prévaloir entre les deux groupes linguistiques. Les relations des facteurs de risque et de protection avec les problèmes d'usage de substances étaient indépendantes du groupe linguistique, et l'exposition plus grande aux facteurs de risque des élèves des écoles anglaises n'a pas apporté de niveaux d'usage de substances à la hausse, sauf pour le cannabis dans le Nord qui était significativement plus élevé chez les élèves des écoles anglaises. Encore une fois, il est possible que des facteurs non-mesurés, des influences croisées ou l'effet cumulatif d'une combinaison de facteurs de risque ou de protection soit venu obscurcir le patron de relations et ait de surcroît estompé les différences au chapitre de la consommation entre les élèves des écoles anglaises et françaises.

Les relations en fonction de l'âge sont plus claires. Elles étaient souvent plus fortes chez les adolescents plus jeunes, surtout pour le tabagisme et l'alcool, ce qui va dans le sens de

plusieurs études ayant examiné ces questions (Arthur et al., 2007; Ellickson et al., 2001a, 2001b; Fagan et al., 2007a; Fergusson, et al., 2002; Tucker, Ellickson, Orlando, Martino, & Klein, 2005). Comme le souligne Fergusson et ses collègues (2002), cette vulnérabilité qui décroît graduellement au cours de l'adolescence a du sens d'un point de vue développemental. Avec la maturité et les nouvelles expériences de vie, les jeunes se forgent une identité propre et sont de moins en moins influençables. Ainsi, en dépit des niveaux plus bas d'exposition aux facteurs de risque chez les plus jeunes, ils demeurent tout autant à risque parce que les relations entre les facteurs de risque et les problèmes sont plus fortes (Wallace & Muroff, 2002).

Au début de l'adolescence, les jeunes sont confrontés à de multiples transitions, que ce soit sur le plan scolaire, physiologique, psychologique et social. La recherche a démontré que les périodes cruciales de risque d'initiation aux drogues se produisaient pendant les transitions importantes (puberté, transition vers le secondaire, déménagement, divorce) (NIDA, 1997) et que l'accumulation de ces événements transitoires les mettrait encore plus à risque (Simmons & Blyth, 1987). Pour ces raisons, les jeunes adolescents ont besoin de plus d'encadrement et de soutien de la part des parents, des professeurs et des adultes présents dans leur vie pour mieux s'adapter pendant cette période de grande incertitude. La perception qu'ont les adolescents de l'écoute et du soutien de leurs parents dans cet apprentissage de leur autonomie serait associée positivement à leur adaptation pendant cette transition (Lord, Eccles, & McCarthy, 1994). La force des relations entre les facteurs de protection du domaine de la famille et l'usage de substances dans nos analyses rendait d'ailleurs bien compte de l'importance de ce domaine. En effet, tous les facteurs de protection du domaine de la famille dans le Nord et la majorité d'entre eux dans l'Est avaient des relations négatives significatives avec l'usage de substances plus importantes chez les plus jeunes que chez les plus âgés.

Par ailleurs, la transition, plus que l'âge proprement dit, comporterait des risques, ce que Simmons et Blyth (1987) ont constaté en comparant l'image de soi d'élèves de 11 et 12 ans de sixième année et de 12 et 13 ans de septième année. Ils n'ont trouvé aucune différence à l'intérieur de chaque niveau. Par contre, les jeunes âgés de 12 ans en septième année avaient moins d'estime d'eux-mêmes que ceux du même âge en sixième année, suggérant que l'environnement scolaire et la transition au secondaire avaient une plus grande influence que l'âge chronologique. N'ayant pas trouvé de différence chez les élèves avant et après la transition vers le *Senior High School* (dixième année), ces mêmes auteurs en ont conclu que le passage de l'école élémentaire à l'école secondaire était sans doute le plus éprouvant.

De fait, dans leur nouvel environnement scolaire, les nouveaux venus perdent leur statut de « plus vieux » de l'école pour se retrouver parmi les plus jeunes (Simmons & Blyth, 1987). Ils sont exposés à divers événements sociaux, à de nouveaux défis académiques ainsi qu'à des occasions plus fréquentes de consommation. Côté des plus âgés peut les inciter, par besoin de conformité et d'appartenance, à faire le saut prématurément de leur côté en initiant différents comportements à risque (Lowinson, Ruiz, Millman, & Langrod, 2005). Cette influence s'est manifestée dans certaines de nos analyses. Dans l'échantillon du Nord, l'influence des pairs (*Interactions avec des pairs antisociaux* et *Reconnaissance des pairs antisociaux*) était plus présente chez les plus jeunes sur les trois comportements d'usage de substances. Du côté des facteurs de protection, la *Reconnaissance prosociale* à l'école montrait des liens négatifs plus étroits avec l'usage de substances chez les plus jeunes de l'échantillon du Nord.

Certains patrons de relations plus spécifiques méritent également quelques commentaires. Dans les deux échantillons, les facteurs liés aux attitudes, aux perceptions, aux intentions et à l'initiation de l'usage de substances étaient en général les plus fortement associés

à l'usage lui-même, et ce pour les trois substances. Ce constat ressort également de l'étude d'Arthur et ses collègues (2002) utilisant le même questionnaire et réaffirme les dangers bien établis de l'attitude face aux drogues et de l'initiation précoce. De plus, on remarque la forte association négatives des habiletés sociales avec l'usage de substances dans nos deux échantillons, une observation corroborée par d'autres chercheurs (Fagan et al., 2007a). Il n'est donc pas surprenant que de nombreux programmes misent en priorité sur le changement de perception et l'amélioration de ces compétences essentielles (Botvin & Grigg, 2007).

Un seul des facteurs de risque, soit la *Faible perception du risque face aux drogues*, avait plus de poids chez les plus vieux par rapport aux plus jeunes dans sa relation avec l'usage de substances (coefficients significatifs dans le Nord et tendance perceptible dans l'Est). Cette appréciation du risque moins élevée chez les adolescents plus âgés a été observée ailleurs (Arthur et al., 2007; Essau, 2004; Millstein & Halpern-Felsher, 2002) suggérant qu'une perception du risque plus faible augmente la probabilité de voir se produire le comportement à risque. La perception du risque face aux drogues serait donc étroitement liée à la consommation elle-même et moins affectée par la présence concomitante d'autres facteurs (Bachman, et al., 1988; Danesco, Kingery et al., 1999; Novak, Reardon, & Buka, 2002). Ce facteur s'avère particulièrement utile en ce qu'il peut servir de baromètre des habitudes de comportement (Johnston et al., 2009).

Dans l'ensemble, les relations rapportées dans cette étude concordent bien avec les concepts évoqués dans la stratégie du développement social puisque la grande majorité des facteurs de risque et de protection étaient associés significativement, autant avec les symptômes dépressifs qu'avec l'usage de substances. Les fortes relations de facteurs de protection comme les *Habiletés sociales*, ou de facteurs de risque comme *l'Usage de drogues des pairs* avec

l'usage de substances rendent compte de l'impact de la création de liens, autant positifs que négatifs.

De plus, l'importance de développer des liens significatifs sains apparaît aussi très évidente dans les relations entre les facteurs de protection et les symptômes dépressifs. Dans nos analyses, l'*Attachement*, les *Occasions de participation sociale* et la *Reconnaissance prosociale* dans la famille, les *Occasions de participation prosociale* et la *Reconnaissance prosociale à l'école* contribuaient plus que tous les autres facteurs de protection à la diminution des symptômes dépressifs. Le modèle de développement social semble donc se prêter également à la compréhension de phénomènes intériorisés tels les symptômes dépressifs.

Par ailleurs, les relations significatives dans les quatre domaines à l'étude supportent le caractère écologique du modèle. Encore aujourd'hui, les conséquences souvent désastreuses de l'usage de substances et des symptômes dépressifs sur le développement et le fonctionnement psychosocial des adolescents semblent mieux établies que ne l'est leur étiologie. La difficulté –mais également une partie de la solution– résiderait justement dans la nature multidimensionnelle de ces problèmes à l'adolescence (Hawkins & Weis, 1985). Tel que le suggère le modèle de développement social, les caractéristiques inhérentes aux différents contextes de vie peuvent marquer le parcours développemental et provoquer l'apparition de divers problèmes de comportement et de santé mentale. C'est pourquoi il importe d'examiner ces relations de manière inclusive, en considérant les multiples influences, négatives et positives, des différents milieux de vie dans lesquels les jeunes évoluent et à diverses étapes de leur développement.

Cela apparaît encore plus probable à la lumière des analyses examinant globalement les relations par domaine (communauté, famille, école, pairs/individu) avec l'usage de substances et

les symptômes dépressifs. Les résultats obtenus sur les deux échantillons a fait ressortir le rôle incontestable de la famille en prévention. Les trois autres domaines ont montré une association plutôt faible (mais significative), mais une partie de la variance expliquée par la famille était sans doute partagée avec ces autres domaines. Ainsi, tous les domaines dans les deux échantillons apportaient une contribution supplémentaire dans l'association avec les symptômes dépressifs pour les deux échantillons. Cependant, malgré le nombre élevé de facteurs de risque et de protection, le modèle pour les symptômes dépressifs n'expliquait que le tiers de la variance pour les deux échantillons. Tel que discuté plus tôt, de nombreux autres facteurs psychosociaux entreraient en ligne de compte dans ces relations. De plus, on croit que plus de 40% de la variance de cette relation serait attribuable à des particularités génétiques (Goldberg, 2006). Au départ, le sondage *CTC-YS* a été conçu pour étudier des problèmes d'usage de substances et de délinquance, mais il a réussi à capter certains éléments non négligeables de la relation des facteurs de risque et de protection avec les symptômes dépressifs.

La famille se démarque également dans les analyses par son association aux problèmes d'usage de substances, mais le domaine des pairs et de l'individu semble exercer une influence aussi importante que celle de la famille pour les trois substances. Cette prédominance a été réaffirmée dans le deuxième échantillon. De plus, plusieurs relations des facteurs individuels de ce domaine comptent parmi les plus élevées, tout comme d'autres études internationales l'ont démontré auparavant (Beyers et al., 2004; Fagan et al., 2007a).

Dans l'ensemble, les domaines de pairs et de l'individu et de la famille contribuaient largement au modèle, de manière indépendante et combinée. L'apport principal de ces deux domaines a également été observé à maintes reprises (Beyers et al., 2005; Guo et al., 2002; Toumbourou & Catalano, 2005). Malgré le grand nombre de variables et le risque accru de

multicollinéarité, la réplication quasi exacte des résultats montrent bien la stabilité des échantillons et la robustesse des analyses.

Implications pour la prévention

À la lumière de ces résultats, il semble que la culture adolescente globale exerce déjà dans une certaine mesure son influence (Arnett, 2002). En effet, l'ensemble des résultats montre d'étonnantes ressemblances avec le travail fait à l'échelle internationale et plus de ressemblances que de différences entre les groupes à l'étude. Cela suggère que des interventions similaires (donc à caractère universel) auraient possiblement un impact comparable dans les différentes strates de la population adolescente, particulièrement pour l'usage de substances.

Il appert également que les facteurs de risque et de protection pour l'usage de substances sont pour la plupart non-spécifiques (Masten et al., 2008), ce qui veut dire que ces facteurs ne prédiraient pas exclusivement l'usage de l'alcool ou du cannabis, mais également des problèmes de conduite, de grossesse précoce ou de troubles de l'humeur. Nos résultats montrent effectivement que plusieurs facteurs sont corrélés autant avec les symptômes dépressifs qu'avec l'usage de substances. Ainsi, la diminution de différents facteurs de divers domaines pourraient avoir un impact sur de multiples problèmes (Durlak, 1998), autant sur les symptômes dépressifs (Garber, 2006) que sur l'usage de substances (Hawkins et al., 1992). Par exemple, les fortes relations entre les habiletés sociales et l'usage de substances, retrouvées ici, confirment l'importance d'orienter les interventions en conséquence (Botvin & Griggin, 2007), mais l'amélioration des aptitudes interpersonnelles peut également être très utile pour diverses difficultés comme la dépression (Boles et al., 2006).

La planification d'interventions doit tenir compte de plusieurs critères dont la prévalence des difficultés (facteurs de risque, facteurs de protection, symptômes dépressifs et usage de substances), les différences en fonction des populations, ainsi que les relations qui influencent l'occurrence de ces difficultés. Cette étude avait pour but de recueillir ce type d'informations afin de mieux connaître les enjeux de la population adolescente de deux régions de l'Ontario.

Cela dit, les niveaux de facteurs de risque et leurs relations avec les symptômes dépressifs mettent en évidence la priorité qui devrait être accordée aux filles dans la mise en œuvre d'interventions sélectives ou indiquées (selon les situations) prenant en compte simultanément la prévalence des multiples facteurs de risque dans l'environnement et leur vulnérabilité particulière. L'impact des facteurs de protection apparaît également plus important chez les filles que chez les garçons, ce qui justifie la nécessité de modifier à la fois les facteurs de risque et les facteurs de protection pour maximiser l'impact des interventions.

Quant aux moments les plus appropriés pour intervenir, il suffit d'examiner les différences de relations entre les facteurs et l'usage de substances par groupe d'âge pour découvrir les enjeux. Comme le décrit Randolph (2004), la nature des facteurs de risque et de protection semble varier dans le temps et au cours du développement. Dans nos analyses, tout comme dans d'autres études, les relations étaient souvent plus fortes chez les plus jeunes. La force de ces liens était particulièrement flagrante pour les facteurs de protection dans le domaine de la famille. Ces constats justifient à eux seuls la planification d'interventions précoces (Botvin & Griffin, 2007), comme en témoignent également les résultats de deux méta-analyses sur plusieurs dizaines d'interventions et qui montrent que plus les enfants et les adolescents grandissent, moins les interventions sont efficaces (Durlak & Wells, 1997; Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987). Ces interventions sont d'autant plus nécessaires que l'usage précoce de

substances, licites ou non, à l'adolescence est un prédicteur fiable d'un usage problématique au début de l'âge adulte (Toumbourou & Catalano, 2005). Des interventions universelles entreprises au moment de la période critique d'initiation à ces substances, généralement au début du secondaire, a le potentiel de prévenir l'usage de celles-ci et de réduire (ou même d'éliminer) le risque d'utiliser d'autres substances ultérieurement (Lowinson et al., 2005), d'autant plus que les relations des facteurs de protection sont également plus prononcées, particulièrement dans le domaine de la famille. Cette période de malléabilité offre sans contredit une opportunité incontournable et de meilleures chances de succès (Loeber, 1990).

Les relations des facteurs de risque et de protection avec les difficultés que vivent les jeunes ne sont pas unidimensionnelles. Considérant les résultats significatifs obtenus sur un très grand nombre de facteurs en rapport avec l'usage de substances et les symptômes dépressifs, il est possible d'espérer que des interventions ciblant la diminution des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs de protection aient la capacité d'améliorer, non seulement les problèmes extériorisés, mais également les problèmes intériorisés, tels que le suggère le grand nombre de relations significatives entre facteurs et les symptômes dépressifs.

Limites

Cette étude comportait certaines limites qu'il est important de mentionner. Tout d'abord, le plan de recherche transversal ne tenait pas compte du changement dans le temps, de la causalité des relations entre les variables indépendantes et dépendantes et de la direction de ces relations. Il s'agissait d'un profil ponctuel de la perception des adolescents de leur environnement. L'analogie de la « cible mouvante » employée par Holmbeck, Greenley et

Franks (2003) décrit bien le défi d'obtenir un portrait représentatif de la réalité des jeunes alors qu'ils sont en pleine croissance.

La méthode de sélection aléatoire utilisée dans le Nord pour la collecte des données optimisait la représentativité de la population étudiante de cette région, mais l'échantillon de convenance utilisé dans l'Est incluait une plus faible proportion d'écoles et un pourcentage moindre d'élèves dans chacune d'elles. L'échantillon était de taille respectable, mais il demeure impossible de connaître son véritable degré de représentativité. Cela expliquerait peut-être pourquoi la réplification n'a pas été complète. Par contre, ni l'un ni l'autre des échantillons ne représentait l'ensemble des jeunes de ces régions puisqu'ils ne regroupaient que des adolescents fréquentant l'école sur une base régulière. Étaient donc exclus les jeunes sur le marché du travail, ceux qui étaient absents pour diverses raisons et les décrocheurs, ce qui pouvait entraîner un décalage dans les résultats. En effet, les jeunes qui ne fréquentent plus l'école vers la fin du secondaire ont souvent quitté à cause de difficultés d'adaptation (p. ex. l'échec scolaire) ou de comportements problématiques (p. ex. consommation élevée) (Baker et al., 2001; Betan et al., 1995; Dent et al., 1993).

Pour tenter de mieux comprendre l'impact de l'absence des décrocheurs sur les résultats, les chercheurs de l'étude épidémiologique annuelle *Monitoring the Future*, sur la consommation de drogues chez les jeunes aux États-Unis (Johnston et al., 2007) ont étudié la question. Ils en ont conclu, à la suite de nombreuses analyses statistiques, qu'avec le taux de décrochage variant de 15 à 20% à travers les États-Unis, leur estimation d'incidence et de prévalence n'étaient pas affectées « substantiellement » et que « le degré de sous-estimation » était « plutôt limité ». Selon les données de 2005-2006 de Statistique Canada, un peu moins de 10% des jeunes, un des taux les bas au Canada, n'avait pas obtenu de diplôme d'études secondaires en Ontario à cette

époque. Il est donc possible que l'absence des décrocheurs n'ait pas affecté les résultats du sondage outre-mesure. Quoi qu'il en soit, l'adoption le 20 décembre 2006 du projet de loi 52 sur la scolarité obligatoire jusqu'à 18 ans permettra d'assurer une meilleure représentativité des jeunes ontariens dans les sondages à venir⁸.

De plus, les échantillons ciblaient deux régions particulières de l'Ontario, en l'occurrence des territoires ruraux et semi-ruraux, ce qui ne permet pas de généraliser à des contextes urbains.

L'utilisation d'un auto-questionnaire est également généralement perçue comme une menace à la validité des résultats. De fait, il est facile de douter du dévoilement honnête de certains comportements illégaux ou moins acceptables socialement, particulièrement chez les adolescents. Cependant, la fiabilité et la validité des données recueillies par auto-questionnaire a été démontrée (Huizinga & Elliott, 1986; Kingery et al., 1999; Smith, McCarthy, & Goldman, 1995), même chez les plus jeunes (Williams, Toomey, McGovern, Wagenaar, & Perry, 1995). En général, on estime que les réponses des adolescents sont plus fiables que celles de leurs parents autant pour l'usage de substances (Fisher et al., 2006) que pour les problèmes internalisés (Sourander, Helstela, & Helenius, 1999) en autant que les données demeurent anonymes et confidentielles (Brener, Collins, Kann, Warren, & Williams, 1995). Les diverses mesures prises pour contrôler l'exagération et la malhonnêteté avaient pour but de minimiser ces biais.

Par ailleurs, on a récemment remis en cause la validité de données provenant de plus jeunes participants (Fisher et al., 2006). Le sondage, il est vrai, était plus difficile à comprendre pour les élèves de sixième année qui, dans certains cas, n'ont pas réussi à le terminer. Cette situation n'est pas unique à cette étude, puisque d'autres chercheurs utilisant le *CTC-YS* ont rencontré le même obstacle. Les concepteurs du questionnaire ont d'ailleurs envisagé la

⁸ Le projet de loi 52 est devenu le chapitre 28 de la Loi sur l'éducation. Ce changement législatif créera certaines difficultés de comparaisons entre les périodes précédant et suivant ce changement législatif.

possibilité d'utiliser un sondage différent pour les plus jeunes, mais les études psychométriques ultérieures ont démontré sa fiabilité et sa validité pour tous les groupes d'âge (Arthur et al., 2002).

Les analyses n'ont porté que sur les quatre domaines de vie des jeunes inclus dans le *CTC-YS*. Certes, ces domaines sont validés par la recherche en prévention, mais ils ne reflètent qu'une partie des sphères d'influence dans la vie des jeunes. Pensons seulement au marché du travail, à l'environnement du sport de compétition, aux médias, etc.

De plus, le sondage *CTC-YS* examine une trentaine de facteurs de risque et de protection. De nombreux autres facteurs liés aux problèmes de comportement et de santé mentale ne sont pas inclus, allant de caractéristiques générales comme le statut socioéconomique, à des aspects plus individuels comme les traits de personnalité, l'autorégulation des émotions, l'image corporelle, l'estime de soi (Constantine, Benard, & Diaz, 1999) ou encore les aspects génétiques (Glantz & Leshner, 2000; Goldberg, 2006). Tel que décrit plus haut, ce constat vise particulièrement l'étude des symptômes dépressifs. L'ajout de facteurs validés par la recherche comme l'intimidation et les troubles anxieux (Saluja et al., 2004) ou l'histoire familiale et parentale de problèmes dépressifs aurait sans doute permis d'augmenter la validité des résultats.

En terminant, nous avons concentré nos énergies sur les effets directs de chacun des facteurs de risque et de protection et analysé leur association individuelle avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances en contrôlant les analyses, selon le cas, pour la langue, le sexe et l'âge. Cela se conçoit peut-être moins bien dans la réalité, les facteurs étant souvent liés les uns aux autres. Par contre, cette procédure était une première étape nécessaire dans l'étude du *CTC-YS* en contexte francophone et anglophone et apportait des informations pertinentes sur les différences entre jeunes Ontariens de langue, de sexe et d'âge différents. Notons que l'on

s'intéresse de plus en plus à l'influence indépendante et directe des facteurs de protection sur les comportements puisqu'ils ne joueraient pas uniquement un rôle modérateur, comme en témoigne la récente étude de Olson et Goddard (2010).

Cette thèse comportait également plusieurs points forts. En premier lieu, la réplication de plusieurs résultats et leur similitude avec ceux des autres études à l'échelle internationale permettent d'en arriver à des conclusions plus robustes et de poursuivre la recherche avec plus d'assurance. La réplication des résultats sur deux échantillons de grande taille devrait être considérée plus utile, en termes de validité, que des niveaux plus élevés de signification sur une seule étude (Newman & Newman, 2000). De plus, cette étude a permis de déterminer des niveaux de base pour de nombreux facteurs de risque et de protection dans les deux régions ontariennes étudiées. Cette contribution donnera l'occasion d'amorcer convenablement la mise en place d'études longitudinales dans ces populations.

Ces analyses ont également permis de confirmer de nouveau la cohérence interne du *CTC-YS* dans sa langue originale et de contribuer à sa validation psychométrique en français. Le processus de validation culturelle employée pour peaufiner la traduction française, ainsi que les modifications apportées au contenu textuel du sondage français ont permis d'améliorer la qualité générale de l'instrument dans cette langue et de procurer une version définitive et approuvée du sondage. Finalement, l'exploration exhaustive des facteurs de risque et de protection du *CTC-YS* et de leurs liens avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances contribue non seulement à la compréhension générale de ces phénomènes, mais également à l'amélioration des initiatives locales de prévention.

Études futures

Dans le contexte ontarien, les études futures pourraient se pencher de nouveau sur les disparités entre les deux groupes linguistiques, particulièrement sur les différences de risque et de protection et de niveaux de symptômes dépressifs. Quoique modestes, il est possible que de petites différences sur un certain nombre de facteurs de risque évalués individuellement correspondent à un effet plus important sur l'ensemble des facteurs.

Puisque nos investigations se sont limitées à deux régions semi-rurales et rurales, il serait également intéressant de vérifier dans quelle mesure les différences notées dans les deux régions de notre étude persistent en milieu urbain.

Tel que décrit précédemment dans la méthodologie, les données disponibles ne permettaient pas de considérer l'influence des différents niveaux (c.-à-d. la classe, l'école, la commission scolaire, etc.). Étant donné que le tiers des élèves des écoles françaises dans l'échantillon du Nord parlaient uniquement l'anglais à la maison, que les commissions scolaires couvraient des territoires très étendus, il se pourrait que le microcosme de l'école fournisse des éléments nous permettant de mieux cerner ces phénomènes en fonction des dimensions géographiques, culturelles et linguistiques.

Les effets des facteurs de risque et de protection ne sont pas encore entièrement compris. Une pléthore de chercheurs s'intéresse de près à leurs influences cumulatives, réciproques, multiplicatrices, voire exponentielles (Beam et al., 2002; Bohnert et al., 2008; Coley et al., 2008; Fergusson, et al, 2003; Garber et al., 2006; Hotton & Haans, 2004; Hughes & Gullone, 2008; Lambert et al., 2004; Marshal & Chassin, 2000; Masten, 2001; Toumbourou & Catalano, 2005), mais la nature dynamique des facteurs de risque et de protection ajoute à la complexité de la tâche. Il n'en demeure pas moins que, sans intervention, les conséquences néfastes sont

généralement inévitables, que ce soit pour l'émergence de symptômes dépressifs (Fergusson et al., 2003) ou pour l'usage de substances (Hotton & Haans, 2004).

Conclusion

Les adolescents ontariens ont de nombreux points en commun avec les jeunes des autres pays, que ce soit pour la prévalence des facteurs de risque, des facteurs de protection, de l'usage de substances et des symptômes dépressifs. Cependant, les analyses ont permis de mettre en relief de légers écarts entre les élèves des écoles françaises et anglaises, une vulnérabilité plus prononcée des filles aux symptômes dépressifs et des adolescents plus jeunes l'usage de substances. Ces constats devraient permettre de mieux orienter les interventions.

Dans l'ensemble, l'influence de la famille et des pairs est prépondérante, mais on note que tous les milieux de vie des jeunes agissent à différents niveaux sur le développement et qu'ils sont étroitement liés à plusieurs problématiques, comme les problèmes de comportement ou de santé mentale.

Les relations des facteurs de risque et les facteurs de protection avec les symptômes dépressifs et l'usage de substances sont complexes, mais leur compréhension graduelle continue d'enrichir nos connaissances et notre expertise auprès des jeunes. En plus de contribuer sur le plan international à la validation du questionnaire *CTC-YS*, ce premier éclairage chez les adolescents de l'Ontario a permis, sur le plan local, de confirmer la pertinence de son utilisation en contexte ontarien francophone et anglophone, ce qui aura pour effet de faciliter la mise en œuvre d'activités de prévention adaptées et efficaces, et ultimement, de favoriser le sain développement et le mieux-être des jeunes.

Références

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1235-1237. doi:10.1176/appi.ajp.159.7.1235
- Abada, T., Hou, F., & Ram, B. (2007). Racially mixed neighborhoods, perceived neighborhood social cohesion, and adolescent health in Canada. *Social Science & Medicine*, *65*, 2004-2017. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.030
- Adlaf, E. M., & Paglia-Boak, A. (2007). *Drug Use Among Ontario Students 1977-2007: Ontario Student Drug Use Survey (OSDUS) Highlights*. Toronto, Ontario : Centre for Addiction and Mental Health.
- Adlaf, E. M., Paglia-Boak, A., Beitchman, J. H., & Wolfe, D. (2007). The Mental health and Well-being of Ontario Students 1991-2007. *(OSDUS) Highlights*. Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.
- Amaro, H., Blake, S. M., Schwartz, P. M., & Flinchbaugh, L. J. (2001). Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, *21*, 256-293. doi:10.1177/0272431601021003002
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*, 4e éd., Paris, Masson.
- Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, *37*, 293-310. doi:10.2307/2137258
- Andrews, J. A., Hops, H., Ary, D., Lichtenstein, E., & Tildesley, E. (1991). The construction, validation and use of a Guttman scale of adolescent substance use: An investigation of

family relationships. *Journal of Drug Issues*, 21, 557-572. Récupéré de :
<http://search.ebscohost.com/>

Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, 29, 1043-1053. doi:10.1017/S0033291799008946

Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235-245. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x

Arnett, J. J. (2002). The psychology of globalization. *American Psychologist*, 57, 774-783. doi: 10.1037//0003-066X.57.10.774

Arthur, M. W., Briney, J. S., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., Brooke-Weiss, B. L., & Catalano, R. F. (2007). Measuring risk and protection in communities using the Communities that Care Youth Survey. *Evaluation and Program Planning*, 30, 197-211. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.01.009

Arthur, M. W., & Blitz, C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology*, 28, 241-255. doi:10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<241::AID-JCOP2>3.0.CO;2-X

Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The Communities That Care-Youth Survey. *Evaluation Review*, 26, 575-601. doi: 10.1177/019384102237850

- Atzaba-Poria, N., Pike, A., & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 707-718. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00265.x
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Humphrey, R. H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Behavior*, *29*, 92-112. doi:10.2307/2137183
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S., & Hawkins, J. D. (2006). Linking substance use and problem behavior across three generations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *3*, 273-292. doi: 10.1007/s10802-006-9033-z
- Baker, J. R., Yardley, J. K., & McCaul, K. (2001). Characteristics of responding-, nonresponding-, and refusing-parents in an adolescent lifestyle choice study. *Evaluation Review*, *25*, 605-618. doi:10.1177/0193841X0102500602
- Baron, P., & Campbell, T. L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: An extension of earlier findings. *Adolescence*, *28*, 903-911.
- Baron, P., & Joly, E. (1988). Sex differences in the expression of depression in adolescents. *Sex Roles*, *18*, 1-7. doi:10.1007/BF00288013
- Beam, M. R., Gil-Rivas, V., Greenberger, E., & Chen, C. (2002). Adolescent problem behavior and depressed mood: Risk and protection within and across social contexts. *Journal of Youth and Adolescence*, *31*, 343-357. doi:10.1023/A:1015676524482

- Belsley, D.A., Kuh, E., & Welsch, R. E. (1980). *Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity*. New-York, NY : John Wiley and Sons.
- Beman, D. S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, 30, 201-208.
- Bernier, C. (1998). Éthos familial et contexte minoritaire: comparaison des représentations de la famille entre mères francophones et mères anglophones de la région de Sudbury. *Revue du Nouvel-Ontario*, 22, 9-42.
- Betan, E. J., Roberts, M. C., & McCluskey-Fawcett, K. (1995). Rates of participation for clinical child and pediatric psychology research: Issues in methodology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 227-235. doi:10.1207/s15374424jccp2402_10
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M. W., & Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescence substance use: The United States and Australia. *Journal of Adolescent Health*, 35, 3-16. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.08.015
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75, 73-84. Récupéré de : www.aafp.org/afp.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., & Brent, D. A. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439. doi:10.1097/00004583-199611000-00011
- Bohnert, A. M., Kane, P., & Garber, J. (2008). Organized activity participation and internalizing and externalizing symptoms: Reciprocal relations during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 239-250. doi 10.1007/s10964-007-9195-1

- Boissonneault, J. (2004). Se dire... mais comment et pourquoi? Réflexions sur les marqueurs d'identité en Ontario français. *Francophonies d'Amérique*, 18, 164-170. doi: 10.1353/fda.2005.0001
- Boles, S., Biglan, A., & Smolkowski, K. (2006). Relationships among negative and positive behaviours in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 33-52. doi:10.1016/j.adolescence.2005.01.007
- Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F., & Patton, G. (2005). Individual, Family, School, and Community Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms in Adolescents: A Comparison of Risk Profiles for Substance Use and Depressive Symptoms. *Prevention Science*, 6, 73-88. doi: 10.1007/s11121-005-3407-2
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C. E., Lovegreen, L. D., & Trapl, E. S. (2003). Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 33, 60-70. doi:10.1016/S1054-139X(03)00100-9
- Bordeleau, L.-G. (1995). Enseigner, c'est participer au devenir de notre francophonie. *Éducation et francophonie*, 22, 32-35.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19, 607-15. doi: 10.1080/09540260701797753
- Box, G. E. P. (1954). Some theorems on quadratic forms applied in the study of analysis of variance problems. *Annals of Statistics*, 25, 290-302. doi:10.1214/aoms/1177728786

- Boyce, W. (2004). *Young people in Canada: their health and well-being. Health Behavior in School-Aged Children. A World Health Organization Cross-National Study*. Health Canada.
- Breen, R., & Buchmann, M. (2002). Institutional variation and the position of young people: A comparative perspective. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 580, 288-305. doi:10.1177/0002716202580001012
- Brendgen, M., Wanner, B., Morin, A. J. S., & Vitaro, F. (2005). Relations with parents and with peers, temperament, and trajectories of depressed mood during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 579-594. doi: 10.1007/s10802-005-6739-2
- Brendgen, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (2000). Deviant friends and early adolescents' emotional and behavioral adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 173-189. doi:10.1207/SJRA1002_3
- Brener, N. D., Collins, J. L., Kann, L., Warren, C. W. & Williams, B. I. (1995). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141, 575-580. doi:10.1016/S1054-139X(02)00339-7
- Breton, J.-J., Légaré, G., Laverdure, J., & D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec, Québec : ISQ.
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. Dans W. J. Lonner, & J. W. Berry (Éds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-164). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Brown, J. S., Meadows, S. O., & Elder, G.H. Jr. (2007). Race-ethnic inequality and psychological distress: Depressive symptoms from adolescence to young adulthood. *Developmental Psychology, 43*, 1295-1311. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1295
- Brook, J. S., Pahl, K., & Ning, Y. (2006). Peer and parental influences on longitudinal trajectories of smoking among African Americans and Puerto Ricans. *Nicotine & Tobacco Research, 8*, 639-651. doi: 10.1080/14622200600789627
- Bushnik, T. (2005). *Les symptômes dépressifs des jeunes et les changements des relations avec les parents et amis. Série de documents de recherche sur les enfants et les jeunes.* Statistiques Canada. Récupéré de : <http://www.statcan.ca/francais/research/89-599-MIF/89-599-MIF2005002.pdf>
- Byrnes, H. F., Chen, M. J., Miller, B. A., & Maguin, E. (2007). The relative importance of mothers' and youths' neighborhood perceptions for youth alcohol use and delinquency. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 649-659. doi 10.1007/s10964-006-9154-2
- Calles, J. (2007). Depression in Children and Adolescents. *Primary Care - Clinics in Office Practice, 34*, 243-258. doi:10.1016/j.pop.2007.04.008
- Carroll-Lind, J., Chapman, J. W., Gregory, J., & Maxwell, G. (2006). The key to the gatekeepers: Passive consent and other ethical issues surrounding the rights of children to speak on issues that concern them. *Child Abuse & Neglect, 30*, 979-989. doi:10.1016/j.chiabu.2005.11.013
- Carvajal, S. C., Wiatrek, D. E., Evans, R. I., Knee, C. R., & Nash, S. G. (2000). Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: Cross sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health, 27*, 255–265. doi:10.1016/S1054-139X(00)00124-5

- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. Dans J. D. Hawkins, (Éd.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 149-197). New York, NY : Cambridge University Press.
- Chen, X., Unger, J. B., Palmer, P., Weiner, M. D., Johnson, C. A., Wong, M. M., & Austin, G. (2002). Prior cigarette smoking initiation predicting current alcohol use: Evidence for a gateway drug effect among California adolescents from eleven ethnic groups. *Addictive Behaviors, 27*, 799-817. doi:10.1016/S0306-4603(01)00211-8
- Chilcoat, H. D., & Anthony, J. C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 91-100. doi:10.1097/00004583-199601000-00017
- Choi, Y., Harachi, T. W., & Catalano, R. F. (2006). Neighborhoods, family, and substance use: Comparisons of the relations across racial and ethnic groups. *Social Service Review, 80*, 675-704. doi:10.1086/508380
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., & Marman, H. J., ... Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*, 1013-1022. doi:10.1037/0003-066X.48.10.1013

- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2000). A prospective study of adolescents' peer support: Gender differences and the influence of parental relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, *29*, 661-678. doi:10.1023/A:1026403922442
- Coley, R., Votruba-Drzal, E., & Schindler, H. (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 613-625. doi: 10.1007/s10802-007-9205-5
- Constantine, N.A., Benard, B., & Diaz, M. (1999). *Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment*. Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research, New Orleans, LA.
- Cormier, M. (2004). Finalités justes ou attentes démesurées? Le débat autour de l'école en milieu minoritaire. *Francophonies d'Amérique*, *17*, 55-63. doi:10.1353/fda.2004.0008
- Cornwell, B. (2003). The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*, *81*, 953-978. doi:10.1353/sof.2003.0029
- Cortes, R. C., Fleming, C. B., Catalano, R. F., & Brown, E. C. (2006). Gender differences in the association between maternal depressed mood and child depressive phenomena from grade 3 through grade 10. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*, 815-826. doi: 10.1007/s0964-006-9083-0
- Costa, F. M., Jessor, R., Turbin, M. S., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2005). The Role of Social Contexts in Adolescence: Context Protection and Context Risk in the United States and China. *Applied Developmental Science*, *9*, 67-85. doi:10.1207/s1532480xads0902_3

- Costello, D. M., Swendsen, J. Rose, J. S., & Dierker, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 173-183. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.173
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
- Crawford, T. N., Cohen, P., Midlarsky, E., & Brook, J. S. (2001). Internalizing symptoms in adolescents: Gender differences in vulnerability to parental distress and discord. *Journal of Research on Adolescence, 11*, 95-118. doi:10.1111/1532-7795.00005
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*, 297-334. doi:10.1007/BF02310555
- Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B., & Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing, 15*, 10-18. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00399.x
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal O., & Barnekow Rasmussen, V. (Éds.), (2004). *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D. ... Barnekow V. (Éds.) (2008). *2005/06 International Report: Inequalities in Young People's Health*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional

Office for Europe, Copenhagen. Récupéré de :
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1

- Cutrona, C. E., Wallace, G., & Wesner, K. A. (2006). Neighborhood Characteristics and Depression: An Examination of Stress Processes. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 188-192. doi:10.1111/j.1467-8721.2006.00433.x
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model. *Archives of General Psychiatry, 57*, 21-27. doi:10.1001/archpsyc.57.1.21
- Dansecu, E. R., Kingery, P. M., & Coggeshall, M. B. (1999). Perceived risk of harm from marijuana use among youth in the USA. *School Psychology International, 20*, 39-56. doi:10.1177/0143034399201004
- Davies, P. T., & Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology, 33*, 657-668. doi:10.1037/0012-1649.33.4.657
- Deecher, D. Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter, L. E. (2008). From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology, 33*, 3-17. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.10.006
- de Meyrick, J. (2005). Approval procedures and passive consent considerations in research among young people. *Health Education, 105*, 249-258. doi:10.1108/09654280510602471
- den Hartog, H. M., Derix, M. M. A., van Bommel, A. L., Kremer, B., & Jolles, J. (2003). Cognitive functioning in young and middle-aged unmedicated out-patients with major

- depression: Testing the effort and cognitive speed hypotheses. *Psychological Medicine*, 33, 1443-1451. doi: 10.1017/S003329170300833X
- Dent, C. W., Galaif, J., Sussman, S., Stacy, A., Burton, D., & Flay, B. R. (1993). Demographic, psychosocial and behavioral differences in samples of actively and passively consented adolescents. *Addictive Behaviors*, 18, 51-56. doi:10.1016/0306-4603(93)90008-W
- Dubé, G., Bordeleau, M., Cazale, L., Fournier, C., Traoré, I., Plante, N.,...Camirand, J. (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec : Institut de la statistique du Québec., 222p. Récupéré de : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/Tabac_alcool2008.pdf
- Duquette, G. (2004). Les différentes facettes identitaires des élèves âgés de 16 ans et plus inscrits dans les écoles de langue française de l'Ontario. *Francophonies d'Amérique*, 18, 77-92. doi:10.1353/fda.2005.0008
- Durlak, J.A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 512–520. doi:10.1037/h0080360
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152. doi:10.1080/09638239817842
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., ...Wechsler, H. (2006). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2005. *Journal of School Health*, 76, 353-372. doi:10.1111/j.1746-1561.2006.00127.x
- Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2006). Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood. *Personal Relationships*, 13, 195-206. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00113.x

- Eccles, J., Templeton, J., Barber, B., & Stone, M. (2003). Adolescence and emerging adulthood: The critical passage ways to adulthood. Dans M. H. Bornstein, & L. Davidson (Éds.), *Well-being: Positive development across the life course. Crosscurrents in contemporary psychology* (pp. 383-406). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Eisner, M. (2002). Crime, problem drinking, and drug use: Patterns of problem behavior in cross-national perspective. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 580, 201-225. doi:10.1177/0002716202580001009
- Elder, G.H. Jr., & Crosnoe, R. (2002). The influence of early behavior patterns on later life. Dans L. Pulkkinen & A. Caspi (Éds.), *Paths to Successful Development: Personality in the Life Course* (pp. 157-176). New York, NY: Cambridge University Press.
- Eley, T. C., Liang, H., Plomin, R., Sham, P., Sterne, A., Williamson, R. & Purcell, S. (2004). Parental familial vulnerability, family environment, and their interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 298-306. doi: 10.1097/01.chi.0000108624.24694.7a
- Ellickson, P. L., McGuigan, K. A., & Klein, D. J. (2001a). Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *Journal of Adolescent Health*, 29, 101-108. doi:10.1016/S1054-139X(00)00199-3
- Ellickson, P.L., Tucker, J.S., Klein, D.J., & Mcguigan, K.A. (2001b). Prospective risk factors for alcohol misuse in late adolescence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 773–782.
- Ellickson, P. L., & Hawes, J. A. (1989). An assessment of active versus passive methods for obtaining parental consent. *Evaluation Review*, 13, 45-55. doi:10.1177/0193841X8901300104

- Essau, C. A. (2004). Risk-taking Behaviour among German Adolescents. *Journal of Youth Studies*, 7, 499-512. doi:10.1080/1367626042000315248
- Fagan, A. A., Van Horn, M. L., Antaramian, S., & Hawkins, D. (2010). How Do Families Matter? Age and Gender Differences in Family Influences on Delinquency and Drug Use. *Youth Violence and Juvenile Justice*. Disponible en ligne avant publication. doi: 10.1177/1541204010377748
- Fagan, A. A., Van Horn, M. L., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2007a). Gender similarities and differences in the association between risk and protective factors and self-reported serious delinquency. *Prevention Science*, 8, 115-124. doi:10.1007/s11121-006-0062-1
- Fagan, A. A., Van Horn, M. L., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2007b). Using community and family risk and protective factors for community-based prevention planning. *Journal of Community Psychology*, 35, 535-555. doi:10.1002/jcop.20163
- Fagan, A. A., & Najman, J. M. (2005). The relative contributions of parental and sibling substance use to adolescent tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Issues*, 35, 869-884. Récupéré de <http://web.ebscohost.com.proxy.bib.uottawa.ca>
- Faulstich, M. E., Carey, M. P., Ruggiero, L., Enyart, P., & Gresham, F. (1986). Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 143, 1024-1027.
- Fechner-Bates, S., Coyne, J. C., & Schwenk, T. L. (1994). The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 550-559. doi:10.1037/0022-006X.62.3.550

- Fendrich, M., Weissman, M. M., & Warner, V. (1990). Screening for depressive disorder in children and adolescents: validating the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children. *American Journal of Epidemiology*, *131*, 538-51. Récupéré de: <http://aje.oxfordjournals.org.proxy.bib.uottawa.ca/cgi/reprint/131/3/538>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 66-72. doi:10.1001/archpsyc.62.1.66
- Fergusson, D. M., Wanner, B., Vitaro, F., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2003). Deviant Peer Affiliations and Depression: Confounding or Causation? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*, 605-618. doi:10.1023/A:1026258106540
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R., & Horwood, L. J. (2002). Deviant peer affiliations, crime and substance use: a fixed effects regression analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*, 419-30. doi:10.1023/A:1015774125952
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (1999). Gender differences in the relationship between early conduct problems and later criminality and substance abuse. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *8*, 179-191. doi:10.1002/mpr.69
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, *37*, 121-130.
- Fisher, S. L., Bucholz, K. K., Reich, W., Fox, L., Kuperman, S., Kramer, J., ... Bierut, L. (2006). Teenagers are right--parents do not know much: An analysis of adolescent-parent agreement on reports of adolescent substance use, abuse, and dependence. *Alcoholism:*

Clinical and Experimental Research, 30, 1699-1710. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00205.x

Flay, B. R., Hu, F. B., & Richardson, J. (1998). Psychosocial predictors of different stages of cigarette smoking among high school students. *Preventive Medicine*, 27, A9-A18.

Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580. doi:10.1097/00004583-199007000-00010

Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. A. (1998). Cumulative risk across stressors: short- and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 119-28. doi:10.1023/A:1022669805492

Fox, J. (2008). *Applied Regression Analysis and Generalized Linear Models*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Gabel, S., Stallings, M. C., Schmitz, S., Young, S. E., & Fulker, D.W. (1999). Personality dimensions and substance misuse: Relationships in adolescents, mothers and fathers. *American Journal of Addiction*, 8, 101-113. doi:10.1080/105504999305901

Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (Suppl.1), 104-125. doi:10.1016/j.amepre.2006.07.007

Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Marsteller, F., McKeown, R. E., & Addy, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 581-585. doi:10.1097/00004583-199007000-00011

- Garrison, C. Z., Waller, J. L., Cuffe, S. P., Mckeown, R. E., Addy, C. L., & Jackson, K. L. (1997). Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 458-465. doi:10.1097/00004583-199704000-00007
- Garson, G. D. (2009). Logistic Regression, from *Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*. Récupéré de : <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>
- Gau, S. F., Chong, M. Y., Yang, P., Yen, C. F., Liang, K. Y., & Cheng, A. T. A. (2007). Psychiatric and psychosocial predictors of substance use disorders among adolescents. *British Journal of Psychiatry, 190*, 42-48. doi:10.1192/bjp.bp.106.022871
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H. Jr. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology, 37*, 404-417. doi:10.1037/0012-1649.37.3.404
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Gerard, J. M., & Buehler, C. (2004). Cumulative Environmental Risk and Youth Maladjustment: The Role of Youth Attributes. *Child Development, 75*, 1832-1849. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00820.x
- Gérin-Lajoie, D., & Jacquet, M. (2008). Regards croisés sur l'inclusion des minorités en contexte scolaire francophone minoritaire au Canada. *Éducation et francophonie, 36*, 25-43.
- Gérin-Lajoie, D. (2004). La problématique identitaire et l'école de langue française en Ontario. *Francophonies d'Amérique, 18*, 171-179. doi:10.1353/fda.2005.0009

- Gil, A. G., Vega, W. A., & Biafora, F. (1998). Temporal influences of family structure and family risk factors on drug use initiation in a multiethnic sample of adolescent boys. *Journal of Youth and Adolescence, 27*, 373-393. doi:10.1023/A:1022807221074
- Gil-Rivas, V., Greenberger, E., Chen, C., & Lopez-Lena, M. (2003). Understanding depressed mood in the context of a family-oriented culture. *Adolescence, 38*, 93-109.
- Glantz, M., & Leshner, A. I. (2000). Drug abuse and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 12*, 795-814. doi:10.1017/S0954579400004120
- Glaser, R. R., Van Horn, M. L., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2005). Measurement properties of the *Communities That Care Youth Survey* across demographic groups. *Journal of Quantitative Criminology, 21*, 73-102. doi:10.1007/s10940-004-1788-1
- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting and reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. Communication orale présentée à *2003 Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. The Ohio State University, Columbus, OH, October 8-10, 2003. Récupéré de: <http://www.alumni-osu.org/midwest/midwest%20papers/Gliem%20&%20Gliem--Done.pdf>
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2002). The chi-square test and accompanying effect size indices. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*, 1510-1512. doi:10.1097/00004583-200212000-00024
- Goldberg, D. (2006). The aetiology of depression. *Psychological Medicine, 36*, 1341-1347. doi:10.1017/S0033291706007665
- Golding, J. M., & Aneshensel, C. S. (1989). Factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale among Mexican Americans and non-Hispanic Whites.

Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 163-168.

doi:10.1037/1040-3590.1.3.163

Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100. doi:10.1037/0022-006X.63.1.90

Gotlib, I. H., & Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. Dans P. C. Kendall, & D. Watson (Éds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 131-169). San Diego, CA : Academic Press.

Greenberger, E., Chen, C., Tally, S. R., & Dong, Q. (2000). Family, peer, and individual correlates of depressive symptomatology among U.S. and Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 209-219. doi:10.1037/0022-006X.68.2.209

Greenberger, E., & Chen, C. (1996). Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716. doi:10.1037/0012-1649.32.4.707

Greydanus, D. E., & Patel, D. R. (2005). The adolescent and substance abuse: Current concepts. *Disease-a-Month*, 51, 392-431. doi:10.1016/j.disamonth.2005.10.002

Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., & Nichols, T. R. (2002). Factors associated with regular marijuana use among high school students: a long-term follow-up study. *Substance Use & Misuse*, 37, 225-238. doi:10.1081/JA-120001979

Griffin, K. W., Botvin, G. J., Doyle, M. M., Diaz, T., & Epstein, J. A. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among of high-school seniors. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 271-284. doi:10.1023/A:1018772524258

- Guo, J., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2002). A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 838-845. doi:10.1097/00004583-200207000-00017
- Guo, J., Hawkins, J., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 754-762.
- Guo, J., Collins, L. M., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2000). Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 799-808.
- Guxens, M., Nebot, M., & Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: A cohort study. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, 234-243. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.018
- Haquin, F. C., Larraguibel, Q. M., & Cabezas, A. J. (2004). Protective and risk factors in mental health in children and adolescents in the city of Calama. *Revista Chilena de Pediatría, 75*, 425-433.
- Harrington, R. C. (1996). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: Influences on the risk for adult depression. *Psychiatric Annals, 26*, 320-325.
- Hartley, H. O. (1950). The Maximum F-Ratio as a Short-Cut Test for Heterogeneity of Variance. *Biometrika, 37*, 308-312. doi:10.2307/2332383
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., & Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of communities that care. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine, 163*, 789-798. Récupéré de : www.archpediatrics.com

- Hawkins, J. D., Van Horn, M. L., & Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, 5, 213-220. doi:10.1023/B:PREV.0000045355.53137.45
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976. S0 3 0 6 - 4 6 0 3 (0 2) 0 0298-8
- Hawkins, J.D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105. doi:10.1037/0033-2909.112.1.64
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97. doi:10.1007/BF01325432
- Hawkins, J. D., Lishner, D. M., & Catalano, R. F. (1985). Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse. Dans C. L. Jones, & R. J. Battjes (Éds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, pp. 75-126) (DHHS Publication No. ADM 85-1385). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Hayes, A. F., & Matthes, J. (2009). Computational procedures for probing interactions in OLS and logistic regression: SPSS and SAS implementations. *Behavior Research Methods*. *Behavior Research Methods*, 41, 924-936. doi:10.3758/BRM.41.3.924
- Hemphill, S. A., Herrenkohl, T. I., Lafazia, A. N., Mcmorris, B. J., Toumbourou, J. W., Arthur, M. W., ... Bond, L. (2007). Comparison of the structure of adolescent problem behavior in the United States and Australia. *Crime and Delinquency*, 53, 303-321. doi:10.1177/0011128705284682

- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress-buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*, 45-62. doi:10.1016/S0193-3973(99)80003-3
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries. The Swedish Council for information on alcohol and other drugs, Stockholm. Récupéré de :
http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
- Hishinuma, E. S., Johnson, R. C., Kim, S. P., Nishimura, S. T., & Makini, G. K. (2005). Prevalence and correlates of misconduct among ethnically diverse adolescents of native Hawaiian/part-Hawaiian and non-Hawaiian ancestry. *International Journal of Social Psychiatry, 51*, 242-258. doi:10.1177/0020764005057371
- Holmbeck, G. N., Greenley, R. N., & Franks, E. A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. Dans A. E. Kazdin, et J. R. Weisz (Éds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 21-40). New York, NY : Guilford Press.
- Hops, H., Davis, B., & Lewin, L. M. (1999). The development of alcohol and other substance use: A gender study of family and peer context. *Journal of Studies on Alcohol, 13*, 22-31.
- Hosmer, D., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. 2nd ed., 2000. New York, NY: Wiley & Sons. doi:10.1002/0471722146
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2008). Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clinical Psychology, 28*, 92-117. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.002

- Huizinga, D., & Elliott, D. S. (1986). Reassessing the reliability and validity of self-report delinquency measures. *Journal of Quantitative Criminology*, 2, 293–327.
- Hotton T., & Haans, D. (2004). Alcohol and drug use in early adolescence. *Health Reports*, 15, 9-19. Récupéré de : <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/2004/6846-fra.pdf>
- Howell, D.C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris, France : De Boeck Université.
- Jackson, C., & Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parent smoking, anti-smoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behaviors*, 22, 107-114. doi:10.1016/0306-4603(95)00108-5
- Jason, L. A., Pokorny, S., & Katz, R. (2001). Passive versus active consent: A case study in school settings. *Journal of Community Psychology*, 29, 53-68. doi:10.1002/1520-6629(200101)29:1<53::AID-JCOP4>3.0.CO;2-6
- Jenkins, J. E. (1996). The influence of peer affiliation and student activities on adolescent drug involvement. *Adolescence*, 31, 297-306.
- Jessor, R. (2006). Problem-Behavior Theory. A Brief Overview. Récupéré de : http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.html
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605. doi:10.1016/1054-139X(91)90007-K
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2003). Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Cross-National Study of

Psychosocial Protective Factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 329-360.
doi:10.1111/1532-7795.1303004

Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, M. S. (1998). Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 194-208.
doi:10.1207/s1532480xads0204_3

Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995) Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933. doi:10.1037/0012-1649.31.6.923

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2009). *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2008* (NIH Publication No. 09-7401). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2007). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2006: Volume I, Secondary School Students*. students (NIH Publication No. 07-6205). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kandel, D., & Logan, J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I: periods of initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666. doi:10.2105/AJPH.74.7.660

Kagitçibasi, C. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 403-422. DOI: 10.1177/0022022105275959

Kagitçibasi, C. (1996). The autonomous-relational self: A new synthesis. *European Psychologist*, 1, 180-186. doi:10.1027/1016-9040.1.3.180

- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B.I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J.A., & Kolbe, L. J. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *Journal of School Health, 70*, 271-85. doi:10.1111/j.1746-1561.2000.tb07252.x
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health, 41*, 256-262. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.03.015
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey: I. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders, 29*, 85-96. doi:10.1016/0165-0327(93)90026-G
- Kingery, P.M., Alford, A.A., & Coggeshall, M.B. (1999). Marijuana use among youth. Epidemiologic evidence from the US and other nations. *School Psychology International, 20*, 9-21. doi:10.1177/0143034399201002
- Kovacs, M., & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 472-496. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x
- Kovacs, M. (2001). Gender and the course of major depressive disorder through adolescence in clinically referred youngsters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 1079-85. doi:10.1097/00004583-200109000-00017
- Lagges, A. M., & Dunn, D. W. (2003). Depression in children and adolescents. *Neurologic Clinics, 21*, 953-60. doi:10.1016/S0733-8619(03)00008-2

- Lambert, S. F., Brown, T. L., Phillips, C. M., & Ialongo, N. S. (2004). The relationship between perceptions of neighborhood characteristics and substance use among urban African American adolescents. *American Journal of Community Psychology, 34*, 205-218. doi:10.1007/s10464-004-7415-3
- Lapointe, V., & Marcotte, D. (2000). Gender-typed characteristics and coping strategies of depressed adolescents. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 50*, 451-460.
- Larsen, J. K., Otten, R. & Engels, R. C. M. E. (2009). Adolescent depressive symptoms and smoking behavior: The gender-specific role of weight concern and dieting. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 305-308. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.006
- Leadbeater, B. J., Blatt, S. J., & Quinlan, D. M. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *Journal of Research on Adolescence, 5*, 1-29. doi:10.1207/s15327795jra0501_1
- Leatherdale, S. T., & Manske, S. (2005). The relationship between student smoking in the school environment and smoking onset in elementary school students. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 14*, 1762-1765. doi:10.1158/1055-9965.EPI-05-0065
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., Durbin, E. C., Seeley, J. R., & Rohde, P. (2003). Family study of subthreshold depressive symptoms: Risk factor for MDD? *Journal of Affective Disorders, 77*, 149-57. doi:10.1016/S0165-0327(02)00106-4
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 345-351. doi:10.1037/0021-843X.109.2.345

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*, 56-63. doi:10.1097/00004583-199901000-00020
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 18*, 765-794. doi:10.1016/S0272-7358(98)00010-5
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1221-1229.
- Little, R.J.A., & Rubin, D.B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York, NY: Wiley.
- Liu, Y. (2002). The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents' depressive tendency. *Adolescence, 37*, 823-834.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review, 10*, 1-41. doi:10.1016/0272-7358(90)90105-J
- Lonczak, H. S., Huang, B., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Hill, K. G., Abbott, R. D., ... Kosterman, R. (2001). The social predictors of adolescent alcohol misuse: A test of the Social Development Model. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 179-189.
- Lord, S. E., Eccles, J. S., & McCarthy, K. A. (1994). Surviving the junior high school transition: Family processes and self-perceptions as protective and risk factors. *The Journal of Early Adolescence, 14*, 162-199. doi:10.1177/027243169401400205

- Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G. (2005). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 4th ed.* Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Loxley, W., Toumbourou, J., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., ... Williams, J. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence.* Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Aging.
Récupéré de: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-publth-publicat-document-mono_prevention-cnt.htm
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 995-1005. doi:10.1111/1469-7610.00402
- Lynne, S. D., Graber, J. A., Nichols, T. R., Brooks-Gunn, J., & Botvin, G. J. (2007). Links between pubertal timing, peer influences, and externalizing behaviors among urban students followed through middle school. *Journal of Adolescent Health, 40*, 181.e7–181.e13. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.09.008
- McArdle, J. J., Johnson, R. C., Hishinuma, E. S., Miyamoto, R. H., & Andrade, N. N. (2001). Structural equation modeling of group differences in CES-D ratings of native Hawaiian and non-Hawaiian high school students. *Journal of Adolescent Research, 16*, 108-149. doi:10.1177/0743558401162002
- McCauley, S. R., Pedroza, C., Brown, S. A., Boake, C., Levin, H. S., Goodman, H. S., & Merritt, S. G. (2006). Confirmatory factor structure of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) in mild-to-moderate traumatic brain injury. *Brain Injury, 20*, 519-527. doi:10.1080/02699050600676651

- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., Norman, G.R., & Lange, P. (1994). Adolescent depression in a school-based community sample: Preliminary findings on contributing social factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *23*, 601-620. doi:10.1007/BF01537632
- McGue, M., Elkins, I., Walden, B., & Iacono, W. G. (2005). Perceptions of the Parent-Adolescent Relationship: A Longitudinal Investigation. *Developmental Psychology*, *41*, 971-984. doi: 10.1037/0012-1649.41.6.971
- Mclver, J. P., & Carmines, E. G. (1981). *Unidimensional scaling* (Monographie de la série: « Quantitative Applications in Social Sciences », no. 24). Beverly Hills, CA: Sage.
- Ma, H., Unger, J. B., Chou, C.-P., Sun, P., Palmer, P. H., Zhou, Y., ... Johnson, C. (2008). Risk factors for adolescent smoking in urban and rural China: Findings from the China seven cities study. *Addictive Behaviors*, *33*, 1081-1085. doi:10.1016/j.addbeh.2008.04.004
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M.-E., & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles internalisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, *8*, 57-67.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, *10*, 29-42. doi:10.1177/106342660201000104
- Marsh, A., & Dale, A. (2005). Risk factors for alcohol and other drug disorders: A review. *Australian Psychologist*, *40*, 73-80. doi:10.1080/00050060500094662
- Marshal, M. P., & Chassin, L. (2000). Peer influence on adolescent alcohol use: The moderating role of parental support and discipline. *Applied Developmental Science*, *4*, 80-88. doi:10.1207/S1532480XADS0402_3

- Mason, C. H., & Perreault, W. D. Jr. (1991). Collinearity, Power, and Interpretation of Multiple Regression Analysis. *Journal of Marketing Research*, 28, 268-80. doi:10.2307/3172863
- Masten, A. S., Faden, V. B., Zucker, R. A., & Spear, L. P. (2008). Underage drinking: A developmental framework. *Pediatrics*, 121, (Suppl4), S235-S251. doi: 10.1542/peds.2007-2243A
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. doi:10.1037/0003-066X.56.3.227
- Meadows, S. O., Brown, J. S., & Elder, G. H. Jr. (2006). Depressive symptoms, stress, and support: Gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 93-103. doi:10.1007/s10964-005-9021-6
- Melchior, M., Chastang, J.-F., Goldberg, P., & Fombonne, E. (2008). High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth Study. *Addictive Behaviors*, 33, 122-133. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.009
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., & Muller, N. (2007). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Milne, L. C., & Lancaster, S. (2001). Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*, 36, 207-223.
- Millstein, S. G., & Halpern-Felsher, B. L. (2002). Judgements about risk and perceived invulnerability in adolescents and young adults. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 399-422.

- Mitura, V., & Bollman, R. (2004). Health status and behaviours of Canada's youth: A rural-urban comparison Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin Catalogue no. 21-006-XIE, 5, *Statistics Canada*.
- Monshouwer, K., Smit, F., de Graaf, R., van Os, J., & Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: Does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction, 100*, 963-970. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01088.x
- Monshouwer, K., Smit, F., de Zwart, W. M., Spruit, I., & van Ameijden, E. J. C. (2003). Progress from a first drink to first intoxication: Age of onset, time-windows and risk factors in a Dutch national sample of secondary school students. *Journal of Substance Use, 8*, 155-163. doi:10.1080/14659890310001600133
- Mouren-Siméoni, M.-C., & Klein, R. (1997). *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent. Faits et questions*. 372 pp. France : Elsevier Masson. Récupéré de : <http://books.google.com/>
- Munoz, R. F., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *American Psychologist, 51*, 1116-1122. doi:10.1037/0003-066X.51.11.1116
- Musick, K., Seltzer, J. A., & Schwartz, C. R. (2008). Neighborhood norms and substance use among teens. *Social Science Research, 37*, 138-155. doi:10.1016/j.ssresearch.2007.02.003
- Nagelkerke, N. J. D. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika, 78*, 691-692. doi:10.1093/biomet/78.3.691

- Newcomb, M. D., Maddahian, E., & Bentler, P. M. (1986). Risk Factors for Drug Use among Adolescents: Concurrent and Longitudinal Analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 525-531. doi:10.2105/AJPH.76.5.525
- Newman, I., & Newman, C. (2000). A discussion of low r-squares: Concerns and uses. *Educational research quarterly*, 24(2), 3-9.
- Nguyen, H. T., Kitner-Triolo, M., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2004). Factorial invariance of the CES-D in low socioeconomic status African Americans compared with a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 126, 177-187. doi:10.1016/j.psychres.2004.02.004
- NIDA (1997). National Institute on Drug Abuse. *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, Second Edition. Récupéré de: <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>
- NHMRC (1997). National Health and Medical Research Council. *Depression in Young People: Clinical Practice Guidelines*. Australian Government Publishing Service, 1997.
- Noh, S., Avison, W. R., & Kaspar, V. (1992). Depressive symptoms among Korean immigrants: Assessment of a translation of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. *Psychological Assessment*, 4, 84-91. doi:10.1037/1040-3590.4.1.84
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176. doi:10.1111/1467-8721.00142
- Nonnemaker, J., McNeely, C. A., & Blum, R. W. (2006). Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. *Social Science & Medicine*, 62, 3084-3095. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.052

- Novak, S. P., Reardon, S. F., & Buka, S. L. (2002). How beliefs about substance abuse differ by socio-demographic characteristics, individual experiences, and neighborhood environments among urban adolescents. *Journal of Drug Education, 32*, 319-342. doi:10.2190/GJ7D-N0KF-NW64-KLW0
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet, 369*, 1047-1053. doi:10.1016/S0140-6736(07)60464-4
- Olson, J. & Goddard, W. H. (2010). An ecological risk/protective factor approach to understanding depressive symptoms in adolescents. *Journal of Extension, 48*.
- Olsson, G., & von Knorring, A.-L. (1997). Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC). *European Child & Adolescent Psychiatry, 6*, 81-87. doi:10.1007/BF00566670
- Ostaszewski, K., & Pisarska, A. (2008). Trends in adolescent substance use: The Mokotow study 1988-2004. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 15*, 378-394. doi:10.1080/09687630701599701
- Ostaszewski, K., & Zimmerman, M. A. (2006). The effects of cumulative risks and promotive factors on Urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency. *American Journal of Community Psychology, 38*, 237-249. doi:10.1007/s10464-006-9076-x
- Oesterle, S., Hawkins, J. D., Steketee, M., & Jonkman, H. (2008, June). *A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use*. Communication par affichage au Congrès annuel de la Society for Prevention Research, San Francisco, CA.

- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, *369*, 1302-1313. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Patton, G. C., Olsson, C., Bond, L., Toumbourou, J. W., Carlin, J. B., Hemphill, S. A., & Catalano, R. F. (2008). Predicting female depression across puberty: A two-nation longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*, 1424-1432. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181886ebe
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, *49*, 1373-1379. doi:10.1016/S0895-4356(96)00236-3
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Kaprio, J., Huurre, T., & Aro, H. (2008). Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *106*, 123-131. doi:10.1016/j.jad.2007.06.001
- Pennsylvania Youth Survey Report. PAYS. (2007). Pennsylvania CMSSN on Crime and Delinquency, 94 pp.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., Wittchen, H.-U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, *103*, 439-449. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02064.x
- Perreira, K. M., Deeb-Sossa, N., Harris, K. Mullan., & Bollen, K. (2005). What are we measuring? An evaluation of the CES-D across race/ethnicity and immigrant generation. *Social Force*, *83*, 1567-1602. doi:10.1353/sof.2005.0077

- Peterson, P. L., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (1995). Disentangling the effects of parental drinking, family management, and parental alcohol norms on current drinking by Black and White adolescents. Dans G. M. Boyd, J. Howard, & R. A. Zucker (Éds.), *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research* (pp. 33-57). Hillsdale, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Pierce, J. P., & Gilpin, E. (1996). How long will today's new adolescent smokers be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health, 86*, 253-256. doi:10.2105/AJPH.86.2.253
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*, 56-64. doi:10.1001/archpsyc.55.1.56
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry, 156*, 133-135.
- Poikolainen, K. (2002). Antecedents of substance use in adolescence. Substance misuse. *Current Opinion in Psychiatry, 15*, 241-245.
- Pollard, J. A., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research, 23*, 145-158.
- Poulin, C., & Elliot, D. (2007). Student drug use survey in the Atlantic provinces, 2007 : Atlantic technical report. Dalhousie University and Community Health and Epidemiology. Nova Scotia: Halifax, 161 pp.

- Poulin, C., Hand, D., & Boudreau, B. (2005). Validité d'une version à 12 items de l'échelle d'évaluation (CES-D) utilisée dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. *Maladies chroniques au Canada*, 26, 70-78.
- Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B., & Santor, D. (2002). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, 100, 525-535. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01033.x
- Poulin, C, MacNeil, P, & Mitic, W. (1993). The validity of a provincewide student drug survey: Lessons in design. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 259-64.
- Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. (1999). Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Ottawa, Ontario: Santé Canada. Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/toward/toward_a_healthy_french.PDF
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 287-298. doi:10.1093/jpepsy/26.5.287
- Pumariega, A. J., Rodriguez, L., & Kilgus, M. D. (2004). Substance Abuse Among Adolescents: Current Perspectives. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 3, 145-155. doi:10.1097/01.adt.0000142828.49203.b0
- Quiroga, C., Janosz, M., & Marcotte, D. (2006). Depression in adolescence: A differential risk factor in school drop-out in girls and boys from disadvantaged areas. *Revue de Psychoéducation*, 35, 277-300.

- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, *20*, 149-166. doi:10.1007/BF01537606
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measures*, *1*, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Radloff, L. S., & Locke, B. Z. (1986). The Community Mental Health Assessment Survey and the CES-D scale. Dans M. M. Weissman, J. K. Myers, & C. E. Ross (Éds.), *Community surveys of psychiatric disorders* (pp. 177-189). East Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Randolph, K. A. (2004). The dynamic nature of risk factors for substance use among adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *13*, 33-47. doi:10.1300/J029v13n04_03
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (2005). *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide*. (3rd ed.). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S., & Paradis, A.D. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*, 223-231. doi:10.1097/00004583-200002000-00023
- Reiss, D., & Price, R. H. (1996). National research agenda for prevention research: the National Institute of Mental Health Report. *American Psychologist*, *51*, 1109-1115. doi:10.1037/0003-066X.51.11.1109

- Rew, L., & Wong, Y. J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health, 38*, 433-442. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.02.004
- Riddle, A. S., Blais, M. R., & Hess, U. (2002). Static versus dynamic structural models of depression: The case of the CES-D. Série scientifique Cirano: Centre interuniversitaire de recherche en analyses des organisations. Montréal. Récupéré de : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2002s-37.pdf>
- Roberts, C. M. (1999). The prevention of depression in children and adolescents. *Australian Psychologist, 34*, 49-57. doi:10.1080/00050069908257425
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression: A comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*, 58-66. doi:10.1097/00004583-199101000-00009
- Roberts, R. E., Vernon, S. W., & Rhoades, H. M. (1989). Effects of language and ethnic status on reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale with Psychiatric Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*, 581-592. doi:10.1097/00005053-198910000-00001
- Robertson, E. B., David, S. L., & Rao, S. A. (1997). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, Second Edition. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. Récupéré de: <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf>
- Robinson, L. A., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., & Glaser, R. (1997). Predictors of risk for different stages of adolescent smoking in a biracial sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 653-662. doi:10.1037/0022-006X.65.4.653

- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science*, 36, 15-47. doi:10.1177/106939710203600102
- Romano, E., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Zoccolillo, M., & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 451-461. doi:10.1111/1469-7610.00739
- Rose, R. J., Dick, D. M., Viken, R. J., Pulkkinen, L., & Kaprio, J. (2001). Drinking or abstaining at age 14? A genetic epidemiological study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1594-1604. doi:10.1111/j.1530-0277.2001.tb02166.x
- Rowe, D. C., Vazsonyi, A. T., & Flannery, D. J. (1995). Sex differences in crime: Do means and within-sex variation have similar causes? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 32, 84-100. doi:10.1177/0022427895032001004
- Rubin, D.B. (1996). Multiple imputation after 18+ years. *Journal of the American Statistical Association*, 91, 473-489. doi:10.2307/2291635
- Rudolph, K. D., Flynn, M., & Abaied, J. L. (2008). A developmental perspective on interpersonal theories of youth depression. Dans J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Éds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 79-102). New York, NY: Guilford Press.
- Rueter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. E., & Conger, R.D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and

- parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 726-732.
doi:10.1001/archpsyc.56.8.726
- Rushton, J. L., Forcier, M., & Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 199-205. doi:10.1097/00004583-200202000-00014
- Russell, S. T., Crockett, L. J., Shen, Y., & Lee, S.-A. (2008). Cross-ethnic invariance of self-esteem and depression measures for chinese, filipino, and european american adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *37*, 50-61. doi:10.1007/s10964-007-9231-1
- Rutter, M. (2007). Psychopathological development across adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *36*, 101-110. doi:10.1007/s10964-006-9125-7
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, *14*, 626-31. doi:10.1016/1054-139X(93)90196-V
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. Dans A. Rolf, A.S., Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterien, & S. Weintraub (Éds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York, NY : Cambridge.University Press.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 316-331.
- Salteris, C., & Koestner, R. (1996). *Traduction française et adaptation du Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)*. Manuscrit inédit. Montréal, Québec: Département de psychologie, McGill University.

- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P.C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 760-765. Récupéré de: www.archpediatrics.com
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. Dans S. S. Luthar (Éd.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364-391). New York, NY : Cambridge University Press.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924. doi:10.1126/science.277.5328.918
- Schafer, J. L. (1997). *Analysis of Incomplete Multivariate Data*. Londres, Angleterre: Chapman & Hall.
- Schafer, J. L. (1999). NORM: *Multiple imputation of incomplete multivariate data under a normal model, version 2*. Logiciel pour Windows 95/98/NT récupéré de: <http://www.stat.psu.edu/~jls/misoftwa.html>
- Scheidt, P., Overpeck, M. D., Wyatt W., & Aszmann, A. (2000). Adolescents' general health and well being. Dans C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (Éds.), *Health and Health Behaviour Among Young People. WHO Policy Series: Health Policy For Children And Adolescents, Issue 1* (pp 24-38). Copenhagen.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Baker, E. (1997). Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use: A prospective analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 652-667.

- Severson, H. H., & Ary, D. V. (1983). Sampling bias due to consent procedures with adolescents. *Addictive Behaviors*, *8*, 433-437. doi:10.1016/0306-4603(83)90046-1
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 19-35. doi:10.1023/A:1009524626436
- Sheeber, L. Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*, 333-344. doi:10.1023/A:1025768504415
- Shortt, A. L., Hutchinson, D. M., Chapman, R., & Toumbourou, J. W. (2007). Family, school, peer and individual influences on early adolescent. Alcohol use: First-year impact of the resilient families programme. *Drug and Alcohol Review*, *26*, 625-634. doi:10.1080/09595230701613817
- Shortt, A. L., & Spence, S. H. (2006). Risk and protective factors for depression in youth. *Behaviour Change*, *23*, 1-30. doi:10.1375/behc.23.1.1
- Shugart, M. A., & Lopez, E. M. (2002). Depression in children and adolescents: When "moodiness" merits special attention. *Postgraduate Medicine*, *112*, 53-61. doi:10.3810/pgm.2002.09.1300
- Simmons, R. G., & Blyth, D. A (1987). *Moving into adolescence: The impact of pubertal change and school context*. Hawthorne, NY : Aldine de Gruyter.
- Sippola, L. (2006). Ivory tower ethics: Potential conflict between community organizations and agents of the Tri-Council. Dans Leadbeater, B., Banister, E., Benoit, C., Jansson, M., Marshall, A., & T. Riecken (Éds.), *Ethical Issues in Community-based Research with Children and Youth* (pp. 111-135). Toronto, Ontario : University of Toronto Press.

- Smith, A., Stewart, D., Poon, C., Saewyc, E. & the McCreary Centre Society (2010). What a difference a year can make: Early alcohol and marijuana use among 16 to 18 year old BC students. Vancouver, BC: McCreary Centre Society.
- Smith, A., Stewart D., Peled, M., Poon, C., Saewyc, E. & the McCreary Centre Society (2009). *A Picture of Health: Highlights from the 2008 BC Adolescent Health Survey*. Vancouver, BC: McCreary Centre Society.
Récupéré de : <http://www.mcs.bc.ca/pdf/AHS%20IV%20March%2030%20Final.pdf>
- Smith, G. T., McCarthy, D. M., & Goldman, M. S. (1995). Self-reported drinking and alcohol-related problems among early adolescents: Dimensionality and validity over 24 months. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 383–394.
- Sourander, A., Helstela, L., & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 657-663.
doi:10.1007/s001270050189
- Spoth, R., Redmond, C., Hockaday, C., & Yoo, S. (1996). Protective factors and young adolescent tendency to abstain from alcohol use: A model using two waves of intervention study data. *American Journal of Community Psychology*, 24, 749-770.
doi:10.1007/BF02511033
- Steinhausen, H.-C., Haslmeier, C., & Metzke, C. W. (2007). Psychosocial factors in adolescent and young adult self-reported depressive symptoms: Causal or correlational associations? *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 89-100. doi:10.1007/s10964-006-9145-3
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2000). Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 427-440.
doi:10.1023/A:1005106409022

- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 155-159. doi:10.1037/0021-843X.113.1.155
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2008). *Communities That Care Youth Survey Normative Database*. Récupéré de: <https://www.pmrts.samhsa.gov/pmrts/Default.aspx>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (2007). *The NSDUH Report: Depression and the Initiation of Alcohol and Other Drug Use among Youths Aged 12 to 17*. Rockville : MD. Récupéré de: <http://www.oas.samhsa.gov/2k7/newuserdepression/newuserdepression.htm>
- Sund, A. M., & Wichstrom, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*, 1478-85. doi:10.1097/00004583-200212000-00020
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics, Fourth Edition*. Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.
- Tandon, S. D. & Solomon, B. S. (2009). Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms in Urban African American Adolescents. *Youth & Society, 41*, 80-99. doi:10.1177/0044118X08327520
- Tonkin, R.S., Murphy, A., Lee, Z., Saewyc, E. & The McCreary Centre Society (2005). *British Columbia youth health trends: A retrospective, 1992-2003*. Vancouver, BC: The McCreary Centre Society.

- Tonkin, R. S., Murphy, A., Chittenden, M., Jackson, P., & Dostal, S. (2004). *Healthy Youth Development: Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey III*. Vancouver, BC: The McCreary Centre Society.
- Tot, S., Yazici, K., Yazici, A., Metin, Ö., Bal, N., & Erdem, P. (2004.) Psychosocial correlates of substance use among adolescents in Mersin, Turkey. *Yeni Symposium*, 42, 77-81. doi:10.1016/j.puhe.2004.02.009
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369, 1391-1401. doi:10.1016/S0140-6736(07)60369-9
- Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2005). Predicting Developmentally Harmful Substance Use. Dans T. Stockwell, P. J. Gruenewald, J. W. Toumbourou, & W. Loxley (Éds.), *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice* (pp. 53-65). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Tucker, J. S., Ellickson P. L., Orlando M., Martino, S. C., & Klein, D. J. (2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: a comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 35, 307-32.
- Urberg, K. A., Luo, Q., Pilgrim, C., & Degirmencioglu, S. M. (2003). A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addictive Behaviors*, 28, 1243-1256. doi:10.1016/S0306-4603(02)00256-3
- Valentine, J. C., & Cooper, H. (2003). *Effect size substantive interpretation guidelines: Issues in the interpretation of effect sizes*. Washington, DC : What Works Clearinghouse.

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle des questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *30*, 662-680.
- van den Bree, M. B. M., & Pickworth, W. B. (2005). Risk Factors Predicting Changes in Marijuana Involvement in Teenagers. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 311-319. doi:10.1001/archpsyc.62.3.311
- Vazsonyi, A. T., & Belliston, L. M. (2006). The Cultural and Developmental Significance of Parenting Processes in Adolescent Anxiety and Depression Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*, 491-505. doi:10.1007/s10964-006-9064-3
- Vitaro, F., Pelletier, D., Gagnon, C., & Baron, P. (1995). Correlates of depressive symptoms in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *3*, 241-251. doi:10.1177/106342669500300406
- Vittinghoff, E., & McCulloch, C. E. (2007). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American Journal of Epidemiology*, *165*, 710-718. doi:10.1093/aje/kwk052
- von Sydow, K., Lieb, R., Pfistera, H., Höflera, M., & Wittchen, H.-U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *68*, 49-64.
- Van Voorhees, B. W., Paunesku, D., Kuwabara, S. A., Basu, A., Gollan, J. & Hankin, B. L. ... Reinecke, N. (2008). Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *42*, 605-616. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.11.135

- Vulic-Prtoric, A., & Macuka, I. (2006). Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*, 199-214. doi:10.1348/147608305X52676
- Wallace, J. M., Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Cooper, S. M., & Johnston, L. D. (2003). Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976-2000. *Addiction, 98*, 225-234. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00282.x
- Wallace, J. M., Brown, T. N., Bachman, J. G., & Laveist, T. A. (2003). The Influence of Race and Religion on Abstinence from Alcohol, Cigarettes and Marijuana among Adolescents. *Journal of Studies on Alcohol, 64*, 843-848.
- Wallace, J. M., & Muroff, J. R. (2002). Preventing substance abuse among African American children and youth: Race differences in risk factor exposure and vulnerability. *The Journal of Primary Prevention, 22*, 235-261. doi:10.1023/A:1013617721016
- Warheit, G. J., Biafora, F. A., Zimmerman, R. S., Gil, A. G., Vega, W. A., & Apospori, E. (1995). Self rejection/derogation. Peer factors, and alcohol, drug, and cigarette use among a sample of Hispanic, African-American, and white Non-Hispanic adolescents. *International Journal of Addiction, 30*, 97-116. doi:10.3109/10826089509060736
- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous & Mental Disease, 168*, 736-40. doi:10.1097/00005053-198012000-00005
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 542-549. doi:10.1037/0022-006X.55.4.542

- Williams, C. L., Toomey, T. L., McGovern, P., Wagenaar, A. C., & Perry, C. L. (1995). Development, Reliability, and Validity of Self-Report Alcohol-Use Measures with Young Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 4*, 17-40.
- Williams, J. H., Van Dorn, R. A., Ayers, C. D., Bright, C. L., Abbott, R. D., & Hawkins, J. D. (2007). Understanding race and gender differences in delinquent acts and alcohol and marijuana use: a developmental analysis of initiation. *Social Work Research, 31*, 71-81.
- Wills, T. A., & Yaeger, A. M. (2003). Family Factors and Adolescent Substance Use: Models and Mechanisms. *Current Directions in Psychological Science, 12*, 222-226.
- Wills, T. A., Yaeger, A. M., & Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 24-31. doi:10.1037/0893-164X.17.1.24
- Windle, M., & Maxon, W. A. (2004). General and specific predictors of behavioral and emotional problems among adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*, 49-61. doi:10.1177/10634266040120010601
- Windle, M. (2000). Parental, sibling, and peer influences on adolescent substance use and alcohol problems. *Applied Developmental Science, 4*, 98-110. doi:10.1207/S1532480XADS0402_5
- Winters, K. C., & Lee, C.-Y. S. (2008). Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age. *Drug and Alcohol Dependence, 92*, 239-247. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.08.005
- Wittchen, H.-U., Behrendt, S., Hofler, M., Perkonigg, A., Lieb, R., Buhringer, G., & Beesdo, K. (2008). What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse

and dependence? Implications for early intervention and prevention. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 11, S16-S29. doi: 10.1002/mpr.254

World Health Organization (WHO). (2002). *World health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland : World Health Organization.

Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, S. H., Crowley, T. J., & Hewitt, J. K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322. doi:10.1016/S0376-8716(02)00225-9

Zumbo, B. D., & Zimmerman, D. W. (1993). Is the selection of statistical methods governed by level of measurement? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 34, 390-400. doi:10.1037/h0078865

2007

UNE COMMUNAUTÉ ENSEMBLE

SONDAGE AUPRÈS DES JEUNES

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Les questions de ce livret visent à connaître ton opinion sur un certain nombre de choses à ton sujet, sur tes amis, ta famille, ton voisinage et ta communauté. Dans un sens, tes réponses compteront comme un « vote » sur une multitude d'enjeux importants.

Pour que cette étude soit utile, il est important que tu répondes à chaque question aussi soigneusement et honnêtement que possible. Toutes tes réponses demeureront strictement confidentielles et personne de ton école n'y aura jamais accès. Cette étude est entièrement volontaire, c'est-à-dire que tu peux sauter toute question à laquelle tu préfères ne pas répondre.

Si un sujet abordé ou une question te rend inconfortable et que tu souhaites parler à quelqu'un, il existe des ressources et des services dans ta communauté. N'hésite pas à te renseigner auprès des intervenants de ton école si tu as besoin d'aide.

Assure-toi de bien lire les instructions ci-dessous avant de commencer. Ta participation est importante pour ce projet. Merci encore de bien vouloir participer!

I nstructions

1. Ceci n'est pas un examen, donc il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Nous aimerions cependant que tu travailles rapidement afin de pouvoir terminer.
2. Tu dois répondre aux questions en noircissant un des cercles. Si aucune des réponses ne correspond exactement à ce que tu crois, choisis celle qui s'en approche le plus. Si une question ne s'applique pas à toi, ou si tu n'es pas certain(e) du sens de la question, laisse les cercles vides.
3. S'il te plaît, suis attentivement ces instructions :
 - Utilise seulement un stylo à bille ou un crayon, noir ou bleu.
 - Noircis bien l'intérieur des cercles.
 - Efface proprement ou marque d'un gros « X » toute réponse que tu désires changer.
 - Ne fais aucune marque ou commentaire sur les pages de réponses. Si tu veux ajouter un commentaire, utilise l'espace prévu à cette fin à la page 12.
4. Le format des réponses pour certaines questions est le suivant :

NON! non oui OUI!

Noircis le cercle qui décrit le mieux ton sentiment à propos de cet énoncé. Voici un exemple :

L'équipe des Sénateurs d'Ottawa est une bonne équipe de hockey.

NON! non oui OUI!

Si tu penses que c'est entièrement faux, noircis le cercle du gros « NON! ».

Si tu penses que c'est pas mal faux, noircis le cercle du petit « non ».

Si tu penses que c'est pas mal vrai, noircis le cercle du petit « oui ».

Si tu penses que c'est entièrement vrai, noircis le cercle du gros « OUI! ».

Dans cet exemple, l'élève a noirci le petit « oui », parce qu'il ou elle pense que c'est pas mal vrai.

5. S'il te plaît, noircis seulement une réponse par question (à moins d'avis contraire).

AVANT DE COMMENCER LE SONDAGE :

S'il te plaît, écris dans les cases de droite les chiffres que te fournira la personne responsable du sondage

--	--	--	--

Ces questions permettent de recueillir de l'information générale sur les personnes qui complètent ce sondage. S'il te plaît, noircis le cercle de la réponse qui te décrit le mieux.

1. Quel âge as-tu?

- 10 ans 12 ans 14 ans 16 ans 18 ans
 11 ans 13 ans 15 ans 17 ans 19 ans ou plus

2. En quelle année es-tu?

- 6^e 7^e 8^e 9^e 10^e 11^e 12^e

3. De quel sexe es-tu?

- Féminin Masculin

4. Es-tu né(e) au Canada?

- Oui Non

5. Es-tu :

(Tu peux noircir plus d'un cercle et préciser s'il y a lieu.)

- Blanc
 Autochtone (Première Nation, Inuit ou Métis)
 Chinois
 Sud-Asiatique (p. ex., Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri-lankais, etc.)
 Noir
 Philippin
 Latino-Américain
 Asiatique du Sud-est (p. ex. Vietnamien, Cambodgien, Malaisien, Laotien, etc.)
 Arabe
 Asiatique occidental (p. ex. Iranien, Afghan, etc.)
 Coréen
 Japonais
 Autre (Laquelle?) _____

6 a. Quelle langue parles-tu le plus souvent à la maison?

- Français Autre (Laquelle?) _____
 Anglais

b. Parles-tu régulièrement d'autres langues à la maison?

- Non Anglais
 Français Autre (Laquelle?) _____

c. Quelle est la langue officielle de ton école?

- Français Anglais

7 a. Quel est le code postal de ton domicile?

--	--	--	--	--	--	--	--

7 b. Dans quelle communauté habites-tu ou laquelle est la plus près de chez toi?

- Cité de Clarence-Rockland
 Ville de Hawkesbury
 Village de Casselman
 Canton d'Alfred et Plantagenet
 Canton de Champlain
 Canton de Hawkesbury-Est
 Canton de la Nation (Limoges (Sud), Cambridge Forest Estates, Fournier, St-Bernardin, Riceville, Caledonia Springs, McAlpine, Routhier, Ettyville, Pendleton, Westminster, Séguinbourg, St-Isidore, Ste-Rose, St-Albert, Forest Park)
 Canton de Russell (Embrun, Russell, Limoges (Nord), Marionville)

8. Où demeures-tu maintenant?

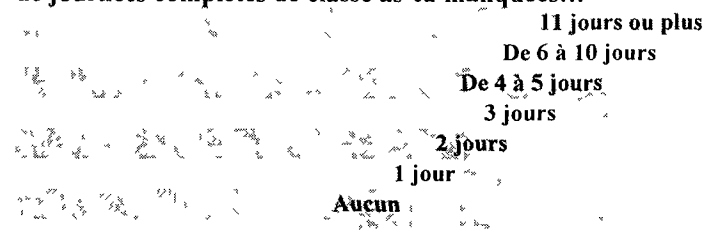
- Sur une ferme
 À la campagne, mais pas sur une ferme
 Dans une ville, un village ou une banlieue

La prochaine section se penche sur tes expériences à l'école.

9. En moyenne, quels résultats scolaires as-tu obtenus l'an dernier?

- 0%-49% (Niveau R) F
 50%-59% (Niveau 1) D
 60%-69% (Niveau 2) C
 70%-79% (Niveau 3) B
 80%-100% (Niveau 4) A

10. Pendant les QUATRE DERNIÈRES SEMAINES, combien de journées complètes de classe as-tu manquées...



a. *parce que tu étais malade?*

b. *parce que tu as sauté (« skippé ») des cours?*

c. *parce que tu as été suspendu(e) de l'école?*

11. Est-ce que ton école met à la disposition des élèves un(e) conseiller(ère), un(e) spécialiste en intervention ou un autre membre du personnel pour discuter des problèmes causés par l'alcool, le tabac ou d'autres drogues?

- Oui Non Je ne suis pas certain(e)

	OUI!			
	non		oui	
	NON!			
12. À mon école, les élèves ont beaucoup d'occasions d'aider aux prises de décisions sur des choses comme les activités de classe et les règlements.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mes enseignants(es) me demande(nt) de travailler sur des projets spéciaux en classe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Mon enseignant(e) ou mes enseignants(es) remarquent quand je fais du bon travail et me le laissent savoir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. À mon école, les élèves ont beaucoup d'occasions de participer à des sports, des clubs ou d'autres activités parascolaires (en dehors des heures de classe).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. À mon école, les élèves ont beaucoup d'occasions de parler en privé à leurs enseignants(es).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je me sens en sécurité à mon école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. L'école informe mes parents quand j'ai bien fait quelque chose.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mes enseignants(es) me félicitent quand je travaille fort à l'école.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Est-ce que tes résultats scolaires sont meilleurs que ceux de la plupart des élèves de ta classe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Il y a beaucoup d'occasions de participer à des discussions ou à des activités en classe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. À quelle fréquence trouves-tu valables et importants les travaux scolaires exigés à l'école?

- Jamais Parfois Presque toujours
 Rarement Souvent

23. À quel point trouves-tu la plupart de tes cours intéressants?

- Très intéressants et stimulants Un peu ennuyants
 Intéressants Très ennuyants
 Moyennement intéressants

24. À quel point crois-tu que les choses que tu apprends à l'école seront importantes pour toi plus tard dans la vie?

- Très importantes Un peu importantes
 Importantes Pas importantes du tout
 Moyennement importantes

25. Maintenant, si tu penses à ta dernière année à l'école, à quel point as-tu :

	Presque toujours				
	Souvent				
	Parfois				
	Rarement				
	Jamais				
a. aimé être à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. détesté être à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. essayé de faire le meilleur travail possible à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les prochaines questions s'intéressent à tes sentiments et à tes expériences dans d'autres domaines de ta vie.

26. Pense à tes quatre meilleur(e)s ami(e)s (tes ami(e)s les plus proches). Dans la dernière année (12 mois), combien de tes meilleurs ami(e)s ont :

	4 de mes ami(e)s				
	3 de mes ami(e)s				
	2 de mes ami(e)s				
	1 de mes ami(e)s				
	Aucun(e) de mes ami(e)s				
a. participé à des clubs, à des organisations ou à des activités à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. fumé des cigarettes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. goûté à de la bière, à du vin ou à des boissons fortes (p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers ») sans que leurs parents le sachent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. pris l'engagement de ne pas consommer de drogues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. consommé de la marijuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. fait un effort pour réussir à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. consommé du LSD, de la cocaïne, des amphétamines ou d'autres drogues illicites?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. été suspendus(es) de l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. aimé l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. porté une arme de poing (p. ex. pistolet)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. vendu des drogues illicites?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. assisté régulièrement à des services religieux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. volé ou essayé de voler un véhicule à moteur, comme une automobile ou une motocyclette?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. été mis(es) en état d'arrestation par les policiers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. décroché de l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. été membre(s) d'un gang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. porté une arme blanche (p. ex. couteau) ou un bâton à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Quel âge avais-tu la première fois que tu as

Cela ne m'est jamais arrivé
17 ans ou plus
16
15
14
13
12
11
10 ans ou moins

- a. fumé de la marijuana?

- b. fumé une cigarette, même seulement une bouffée?

- c. a bu plus d'une gorgée ou deux de bière, de vin ou de boissons fortes (p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers »)?

- d. commencé à boire des boissons alcoolisées régulièrement, c'est-à-dire au moins une ou deux fois par mois?

- e. été suspendu(e) de l'école?

- f. été mis(e) en état d'arrestation par les policiers?

- g. porté une arme de poing (p. ex. pistolet)?

- h. attaqué quelqu'un dans l'idée de le blesser sérieusement?

- i. fait partie d'un gang?

28. À quel point crois-tu qu'il est mal pour quelqu'un de ton âge :

Ce n'est pas mal
C'est un peu mal
C'est mal
C'est très mal

- a. d'apporter une arme de poing (p. ex. pistolet) à l'école?

- b. de voler quelque chose de plus de 5 \$?

- c. de chercher la bagarre avec quelqu'un?

- d. d'attaquer quelqu'un dans l'idée de le blesser sérieusement?

- e. de s'absenter de l'école toute la journée alors que ses parents pensent qu'il/elle y est?

Ce n'est pas mal
C'est un peu mal
C'est mal
C'est très mal

- f. de boire de la bière, du vin ou des boissons fortes (p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers ») régulièrement, c'est-à-dire au moins une ou deux fois par mois?

- g. de fumer des cigarettes?

- h. de fumer de la marijuana?

- i. de prendre du LSD, de la cocaïne, des amphétamines ou une autre drogue illicite?

29. J'ignore les règles qui m'empêchent de faire ce que je veux.

- Tout a fait faux Un peu vrai
- Un peu faux Tout a fait vrai

30. C'est correct de battre quelqu'un si cette personne a commencé la bagarre.

- NON! non oui OUI!

31. Il est important d'être honnête avec tes parents même s'ils se fâchent ou te punissent.

- NON! non oui OUI!

32. Je fais le contraire de ce que les gens me disent, simplement pour les faire fâcher.

- Tout à fait faux Un peu vrai
- Un peu faux Tout a fait vrai

33. Je pense que c'est correct de prendre quelque chose sans le demander si tu ne te fais pas prendre.

- NON! non oui OUI!

34. Combien de fois as-tu fait les choses suivantes?

Une fois par semaine ou plus
2 ou 3 fois par mois
À peu près une fois par mois
Moins d'une fois par mois
Jé l'ai fait, mais pas dans la dernière année
Jamais

- a. Des choses folles même si elles étaient un peu dangereuses?

- b. Quelque chose de dangereux parce que quelqu'un t'avait lancé un défi?

- c. Quelque chose qui te fait du bien, peu importe les conséquences?

35. Dans la DERNIERE ANNÉE (12 MOIS), combien de fois :
- 40 fois et plus
30 a 39 fois
20 à 29 fois
10 à 19 fois
6 à 9 fois
3 à 5 fois
1 ou 2 fois
Jamais
- a. as-tu été suspendu(e) de l'école?
- b. as-tu porté une arme de poing (p. ex. pistolet)?
- c. as-tu vendu des drogues illicites?
- d. as-tu volé ou essayé de voler un véhicule à moteur, comme une automobile ou une motocyclette?
- e. as-tu participé à des clubs, à des organisations ou à des activités à l'école?
- f. été mis(e) en état d'arrestation par les policiers?
- g. as-tu fait des travaux scolaires supplémentaires par toi-même?
- h. as-tu attaqué quelqu'un dans l'idée de le blesser sérieusement?
- i. as-tu été soûl ou « high » à l'école?
- j. as-tu fait du bénévolat dans des organismes communautaires?
- k. as-tu apporté une arme de poing (p. ex. pistolet) à l'école?
- l. as-tu été mêlé(e) à une bagarre sur le terrain de l'école?
- m. est-ce qu'on t'a offert, donné ou vendu de la drogue sur le terrain de l'école?
- n. as-tu volé quelque chose de plus de 5 \$?
- o. as-tu endommagé ou détruit volontairement le bien d'autrui (sans compter ce qui appartient à ta famille)?
- p. as-tu pris quelque chose dans un magasin sans le payer?
- q. as-tu apporté une arme blanche (p.ex. couteau) ou un bâton à l'école?

36. As-tu déjà fait partie d'un gang?
 Oui Non
37. Si tu as déjà fait partie d'un gang, est-ce que ce gang avait un nom?
 Je n'ai jamais fait partie d'un gang Oui Non
38. Quelles sont les chances qu'on te trouve « cool » si tu :
- De très bonnes chances
D'assez bonnes chances
Une certaine chance
Peu de chance
Aucune ou très peu de chance
- a. fumais des cigarettes?
- b. travaillais fort à l'école?
- c. commençais à boire des boissons alcoolisées régulièrement, c'est-à-dire au moins une ou deux fois par mois?
- d. défendais quelqu'un qui subit de l'abus verbal à l'école?
- e. fumais de la marijuana?
- f. faisais du bénévolat régulièrement dans des organismes communautaires?
- g. portais une arme de poing (p. ex. pistolet)?
- h. prenais l'engagement de ne pas consommer de drogues?
39. Tu regardes des CD dans un magasin avec une amie. Tu lèves les yeux et la vois glisser un CD sous son manteau. Elle sourit et te dit : « Lequel veux-tu? Vas-y, prends-le pendant qu'il n'y a personne autour. » Il n'y a personne en vue, ni employé, ni client. Que ferais-tu à ce moment-là?
 J'ignorerais mon amie
 Je prendrais un CD et je sortirais du magasin
 Je lui dirais de remettre le CD à sa place
 Je ferais comme si c'était une blague, et je lui demanderais de remettre le CD à sa place
40. Il est 8 heures, un soir de semaine, et tu te prépares à aller chez un(e) amie(e), quand ta mère te demande où tu t'en vas. Tu lui dis : « Oh, je vais seulement rejoindre des ami(e)s. » Elle te dit : « Non, tu vas seulement te mettre dans le trouble si tu sors. Reste à la maison ce soir. » Que ferais-tu à ce moment-là?
 Je quitterais la maison quand même
 J'expliquerais ce que j'avais l'intention de faire avec mes ami(e)s; je lui dirais à quelle heure j'avais l'intention de revenir, et je lui demanderais si je peux sortir
 Je ne dirais rien et je m'installerais devant la télévision
 Je finirais par me disputer avec elle

41. Tu visites une autre partie de la ville ou tu ne connais personne de ton âge. Tu marches dans la rue et un adolescent que tu ne connais pas se dirige vers toi. Il est à peu près de ta taille. Quand il passe à côté de toi, il te bouscule par expresse et tu en perds presque l'équilibre. Que dirais-tu ou que ferais-tu?

- Je le repousserais
 Je dirais « Excuse-moi » et je continuerais à marcher
 Je dirais « Regarde où tu vas » et je continuerais à marcher
 Je l'insulterais et je m'en irais

42. Tu es à une fête chez quelqu'un, et un(e) de tes ami(e)s t'offre une boisson contenant de l'alcool. Que dirais-tu ou que ferais-tu?

- Je la boirais
 Je dirais à mon ami(e) « Non merci Je ne bois pas » et je suggérerais que l'on fasse autre chose
 Je dirais simplement « Non merci » et je m'en irais
 J'inventerais une bonne excuse Je dirais à mon ami(e) que j'ai quelque chose d'autre à faire et je partirais

43. Je crois que c'est parfois correct de tricher à l'école.

- NON! non oui OUI!

44. À quelle fréquence assistes-tu à des activités ou des services religieux?

- Jamais 1-2 fois par mois
 Rarement Environ une fois par semaine ou plus

45. J'aime voir jusqu'à quel point je peux profiter de la situation.

- Tout a fait faux Un peu vrai
 Un peu faux Tout a fait vrai

La série de questions qui suit s'attarde à ta façon de te sentir et d'agir pendant la dernière semaine.

46. Au cours de la dernière semaine :

- | | Beaucoup |
|---|---|
| | Moyennement |
| | Un peu |
| | Pas du tout |
| a. <i>J'avais envie de pleurer.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. <i>Je me suis senti(e) déprimé(e).</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. <i>J'étais heureux (se).</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

47. Au cours de la dernière semaine :

- | | Beaucoup |
|--|---|
| | Moyennement |
| | Un peu |
| | Pas du tout |
| a. <i>Je ne me sentais pas heureux(se) même avec l'aide de ma famille et de mes amis (es).</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. <i>J'étais plein d'espoir par rapport au futur.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. <i>Je profitais de la vie.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

48. Au cours de la dernière semaine :

- | | Beaucoup |
|--|---|
| | Moyennement |
| | Un peu |
| | Pas du tout |
| a. <i>J'ai eu des problèmes à me concentrer.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. <i>J'ai perdu l'appétit.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. <i>J'ai mal dormi.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

49. Au cours de la dernière semaine :

- | | Beaucoup |
|--|---|
| | Moyennement |
| | Un peu |
| | Pas du tout |
| a. <i>Je me sentais trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. <i>J'ai senti que les gens ne m'aimaient pas.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. <i>Je me suis senti(e) seul(e).</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| d. <i>Je me suis senti(e) irritable.</i> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

Les prochaines questions se penchent sur ton expérience du tabac, de l'alcool et des autres drogues. Souviens-toi que tes réponses sont anonymes.

50. Dans quelle mesure crois-tu qu'une personne risque de se faire du tort (physiquement ou autrement) si elle :

	Grand risque	Risque moyen	Léger risque	Aucun risque
a. fume un paquet de cigarettes ou plus par jour?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. essaie la marijuana une ou deux fois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. fume de la marijuana régulièrement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. prend un ou deux verres de boissons alcoolisées (bière, vin, boissons fortes ou « coolers ») presque chaque jour?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. est exposée à la fumée de cigarettes d'autres personnes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. As-tu déjà consommé du tabac sans fumée (tabac à chiquer, à priser, en carotte, à mâcher)?

- Jamais
- Une ou deux fois
- De temps en temps, mais pas régulièrement
- Régulièrement dans le passé
- Régulièrement maintenant

52. À quelle fréquence as-tu consommé du tabac sans fumée dans les 30 derniers jours?

- Jamais
- Une ou deux fois
- De temps en temps, mais pas régulièrement
- Régulièrement dans le passé
- Régulièrement maintenant

53. As-tu déjà fumé des cigarettes?

- Jamais
- Une ou deux fois
- De temps en temps, mais pas régulièrement
- Régulièrement dans le passé
- Régulièrement maintenant

54. Quel âge avais-tu quand tu as fumé une cigarette complète pour la première fois?

- Je n'ai jamais fumé
- 8 ans ou moins
- 9 ans
- 10 ans
- 11 ans
- 12 ans
- 13 ans
- 14 ans
- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- Plus de 17 ans

55. À quelle fréquence as-tu fumé des cigarettes dans les 30 derniers jours?

- Je n'ai pas fumé
- Moins d'une cigarette par jour
- Une à cinq cigarettes par jour
- Environ un demi-paquet par jour
- Environ un paquet par jour
- Environ un paquet et demie par jour
- Deux paquets ou plus par jour

56. As-tu fumé au moins 100 cigarettes durant toute ta vie?

- Oui
- Non

57. À combien d'occasions (s'il y a lieu) as-tu bu des boissons alcoolisées (bière, vin, boissons fortes ou « coolers ») -plus de quelques gorgées- durant ta vie?

- Aucune occasion
- 1-2 occasions
- 3-5 occasions
- 6-9 occasions
- 10-19 occasions
- 20-29 occasions
- 30-39 occasions
- 40 occasions ou plus

58. À combien d'occasions as-tu bu de la bière, du vin, des boissons fortes ou des « coolers » dans les 30 derniers jours?

- Aucune occasion
- 1-2 occasions
- 3-5 occasions
- 6-9 occasions
- 10-19 occasions
- 20-29 occasions
- 30-39 occasions
- 40 occasions ou plus

59. Pense aux deux dernières semaines. Combien de fois as-tu pris cinq boissons alcoolisées ou plus l'une après l'autre?

- Aucune
- 1 fois
- 2 fois
- 3-5 fois
- 6-9 fois
- 10 fois ou plus

105. Parmi tes frères et sœurs, est-ce qu'il y en a qui ont déjà :
Je n'ai ni frère ni sœur
- OUI!
oui
non
NON!
- Non Oui
- a. bu de la bière, du vin ou des boissons fortes
(p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers »)?
- b. fumé de la marijuana?
- c. fumé des cigarettes?
- d. apporté une arme de poing (p. ex. pistolet) à l'école?
- e. été suspendu(s) ou expulsé(s) de l'école?
-
106. Les règles dans ma famille sont claires.
 NON! non oui OUI!
107. Est-ce qu'un membre de ta famille a déjà eu un grave problème d'alcool ou de drogue?
 Non Oui
- OUI!
oui
non
NON!
108. Les membres de ma famille s'insultent souvent les uns les autres ou se crient souvent par la tête.
109. Quand je ne suis pas à la maison, un des mes parents sait où je suis et avec qui.
110. Dans ma famille, nous nous disputons sans arrêt à propos des mêmes choses.
111. Te ferais-tu prendre par tes parents si tu buvais de la bière, du vin ou des boissons fortes (p. ex. vodka, whiskey, gin ou « coolers ») sans leur permission?
112. Ma famille a des règles claires au sujet de la consommation d'alcool et de drogues.
113. Te ferais-tu prendre par tes parents si tu portais une arme de poing (p. ex. pistolet) sans leur permission?
114. Si tu n'allais pas à l'école, est-ce que tu te ferais prendre par tes parents?
115. Mes parents remarquent quand je fais du bon travail et ils me le laissent savoir.
 Jamais ou presque jamais Souvent
 Parfois Toujours
-
116. Te sens-tu très proche de ta mère?
117. Partages-tu tes pensées et tes sentiments avec ta mère?
118. Mes parents me demandent ce que je pense avant de prendre la plupart des décisions familiales qui m'affectent.
-
119. À quelle fréquence est-ce que tes parents te disent qu'ils sont fiers de toi quand tu fais quelque chose?
 Jamais ou presque jamais Souvent
 Parfois Toujours
- OUI!
oui
non
NON!
120. Partages-tu tes pensées et tes sentiments avec ton père?
121. Aimes-tu passer du temps avec ta mère?
122. Aimes-tu passer du temps avec ton père?
123. Si j'avais un problème personnel, je pourrais demander l'aide de ma mère ou de mon père.
124. Te sens-tu très proche de ton père?
125. Mes parents me donnent beaucoup d'occasions de faire des choses amusantes avec eux.
126. Mes parents me demandent si j'ai fait mes devoirs.
127. Les membres de ma famille ont de sérieuses disputes.
128. Tes parents sauraient-ils si tu ne rentrais pas à la maison à l'heure prévue?
-
129. À quel point ces questions étaient-elles importantes?
 Pas vraiment importantes Importantes
 Assez importantes Très importantes
130. À quel point as-tu été honnête en répondant à ce sondage?
 J'ai été très honnête
 J'ai été honnête la plupart du temps
 J'ai été honnête quelques fois
 J'ai rarement été honnête
 Je n'ai pas été honnête du tout

131. Pense à l'endroit où tu demeures la plupart du temps. Quelle(s) personne(s) parmi les suivantes y vivent avec toi? (Inscris toutes les réponses qui s'appliquent.)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |
| <input type="radio"/> Belle-mère
(conjointe de ton père) | <input type="radio"/> Beau-père
(conjoint de ta mère) |
| <input type="radio"/> Mère
(famille d'accueil) | <input type="radio"/> Père
(famille d'accueil) |
| <input type="radio"/> Grand-mère | <input type="radio"/> Grand-père |
| <input type="radio"/> Tante | <input type="radio"/> Oncle |
| <input type="radio"/> Sœur(s) | <input type="radio"/> Frère(s) |
| <input type="radio"/> Demi-sœur(s) | <input type="radio"/> Demi-frère(s) |
| <input type="radio"/> Autres enfants | <input type="radio"/> Autres adultes |

132. Combien as-tu de sœurs et de frères plus âgés que toi, incluant les demi-sœurs et les demi-frères?

- 0 1 2 3 4 5 6 ou plus

133. Combien as-tu de sœurs et de frères plus jeunes que toi, incluant les demi-sœurs et les demi-frères?

- 0 1 2 3 4 5 6 ou plus

134. Quel est le plus haut niveau d'études complété par ton père?

- École primaire complétée ou moins
 Quelques années du secondaire
 Études secondaires complétées
 Quelques sessions d'études collégiales
 Études collégiales complétées
 Quelques sessions universitaires
 Études universitaires complétées
 Études supérieures ou école de perfectionnement professionnel après l'université
 Je ne sais pas
 Cela ne s'applique pas

135. Quel est le plus haut niveau d'études complété par ta mère?

- École primaire complétée ou moins
 Quelques années du secondaire
 Études secondaires complétées
 Quelques sessions d'études collégiales
 Études collégiales complétées
 Quelques sessions universitaires
 Études universitaires complétées
 Études supérieures ou école de perfectionnement professionnel après l'université
 Je ne sais pas
 Cela ne s'applique pas

Merci beaucoup!

Nous apprécions énormément le temps que tu as pris pour remplir ce sondage et nous aimerions avoir tes commentaires. S'il te plaît, prends un moment pour écrire dans l'espace ci-dessous ce que tu penses de ce sondage.

2007 COMMUNITIES THAT CARE YOUTH SURVEY

Thank you for accepting the invitation to participate in this study. The questions contained in this booklet are designed to obtain your opinion about a number of things concerning you, your friends, your family, your neighbourhood and your community. In a sense, your answers will count as "votes" on a wide range of important issues.

In order for this study to be useful, it is important that you answer each question as thoughtfully and honestly as possible. All of your answers will be kept strictly confidential and will never be seen by anyone at your school. This study is completely voluntary so you may skip any question that you do not wish to answer.

If any topic or question makes you feel uncomfortable and you want to talk to someone about it, there are resources and services available in your community. Ask your school's counsellor if you need any help or guidance.

Be sure to read the instructions below before you begin to answer. Thank you very much for being an important part of this project!

I nstructions

1. This is not a test, so there are no right or wrong answers; we would like you to work quickly, so that you can finish.
2. All of the questions should be answered by filling one of the circles. If you don't find an answer that fits exactly, use one that comes closest. If any question does not apply to you, or you are not sure of what it means, just leave it blank.
3. Please follow these instructions carefully.
 - Use only a black or blue pen or pencil.
 - Darken carefully inside the circles.
 - Erase cleanly or mark a big "X" over any answer you wish to change.
 - Make no other marking or comments on the answer pages. If you want to add a comment, please use the space provided on page 12.
4. Some of the questions have the following format:

NO! no yes YES!
 Darken the circle that best describes your feeling about the statement.

Here is an example:

The Ottawa Senators team is a good hockey team.

NO! no yes YES!
 If you think that this statement is definitely false, mark the big "NO!".
 If you think that this statement is mostly false, mark the small "no".
 If you think that this statement is mostly true, mark the small "yes".
 If you think that this statement is definitely true, mark the big "YES!"

In this example, the student darkened the small "yes" because he or she thought that it is mostly true.
5. Please mark only one answer for each question unless indicated otherwise.

BEFORE BEGINNING THE SURVEY:

Please write in the boxes the numbers provided to you by the person administering the survey.

--	--	--

	NO!	no	yes	YES!
12. In my school, students have lots of chances to help decide things like class activities and rules.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Teachers ask me to work on special classroom projects.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. My teacher(s) notices when I am doing a good job and let(s) me know about it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. There are lots of chances for students in my school to get involved in sports, clubs, or other school activities outside of class.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. There are a lot of chances for students in my school to talk with a teacher one-to-one.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I feel safe at my school.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. The school lets my parents know when I have done something well.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. My teachers praise me when I work hard in school.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Are your school grades better than the grades of most students in your class?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. There are a lot of chances to be part of class discussions or activities.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. How often do you feel that the school work you are assigned is meaningful and important?				
<input type="radio"/> Never	<input type="radio"/> Sometimes	<input type="radio"/> Almost always		
<input type="radio"/> Seldom	<input type="radio"/> Often			
23. How interesting are most of your courses to you?				
<input type="radio"/> Very interesting and stimulating	<input type="radio"/> Slightly dull			
<input type="radio"/> Quite Interesting	<input type="radio"/> Very dull			
<input type="radio"/> Fairly interesting				
24. How important do you think the things you are learning in school are going to be for your later life?				
<input type="radio"/> Very important	<input type="radio"/> Slightly important			
<input type="radio"/> Quite important	<input type="radio"/> Not at all important			
<input type="radio"/> Fairly important				

25. Now, thinking back over the past year in school, how often did you...

	Never	Seldom	Sometimes	Often	Almost Always
a. <i>enjoy being in school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>hate being in school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>try to do your best work in school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

These questions ask about your feelings and experiences in other parts of your life.

26. Think of your **four best friends** (the friends you feel closest to). In the past year (12 months), how many of your best friends have:

	None of my friends	1 of my friends	2 of my friends	3 of my friends	4 of my friends
a. <i>participated in clubs, organizations or activities at school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>smoked cigarettes?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>tried beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, gin or coolers) when their parents didn't know about it?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <i>made a commitment to stay drug-free?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <i>used marijuana?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. <i>tried to do well in school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. <i>used LSD, cocaine, amphetamines, or other illegal drugs?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. <i>been suspended from school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. <i>liked school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. <i>carried a handgun?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. <i>sold illegal drugs?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. <i>regularly attended religious services?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. <i>stolen or tried to steal a motor vehicle such as a car or a motorcycle?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. <i>been arrested by the police?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. <i>dropped out of school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. <i>been members of a gang?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. <i>carried an edged weapon (like a knife) or a bat?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. How many times IN THE PAST YEAR (12 MONTHS) have you:

40+ Times
30 to 39 Times
20 to 29 Times
10 to 19 Times
6 to 9 Times
3 to 5 Times
1 or 2 Times
Never

- a. *been suspended from school?*
- b. *carried a handgun?*
- c. *sold illegal drugs?*
- d. *stolen or tried to steal a motor vehicle such as a car or motorcycle?*
- e. *participated in clubs, organizations or activities at school?*
- f. *been arrested by the police?*
- g. *done extra work on your own for school?*
- h. *attacked someone with the idea of seriously hurting them?*
- i. *been drunk or high at school?*
- j. *volunteered to do community service?*
- k. *taken a handgun to school?*
- l. *been involved in a fight on school property?*
- m. *been offered, sold, or given drugs on school property?*
- n. *stolen something worth more than \$5?*
- o. *purposely damaged or destroyed property that did not belong to you (not counting family property)?*
- p. *taken something from a store without paying for it?*
- q. *taken an edged weapon (like a knife) or a bat to school?*

36. Have you ever belonged to a gang?
 Yes No

37. If you have ever belonged to a gang, did the gang have a name?
 I have never belonged to a gang Yes No

38. What are the chances you would be seen as cool if you:

- | | |
|--|----------------------------|
| | Very Good Chance |
| | Pretty Good Chance |
| | Some Chance |
| | Little Chance |
| | None or Very Little Chance |
- a. *smoked cigarettes?*
 - b. *worked hard at school?*
 - c. *began drinking alcoholic beverages regularly, that is, at least once or twice a month?*
 - d. *defended someone who was being verbally abused at school?*
 - e. *smoked marijuana?*
 - f. *regularly volunteered to do community service?*
 - g. *carried a handgun?*
 - h. *made a commitment to stay drug-free?*

39. You're looking at CD's in a music store with a friend. You look up and see her slip a CD under her coat. She smiles and says "Which one do you want? Go ahead, take it while nobody's around." There is nobody in sight, no employees and no other customers. What would you do now?
 Ignore her
 Grab a CD and leave the store
 Tell her to put the CD back
 Act like it's a joke, and ask her to put the CD back

40. It's 8:00 on a weeknight and you are about to go over to a friend's home when your mother asks you where you are going. You say, "Oh, just going to go hang out with some friends." She says, "No, you'll just get into trouble if you go out. Stay home tonight." What would you do now?
 Leave the house anyway
 Explain what you are going to do with your friends, tell her when you'd get home, and ask if you can go out
 Not say anything and start watching TV
 Get into an argument with her

41. You are visiting another part of town and you don't know any of the people your age there. You are walking down the street, and some teenager you don't know is walking toward you. He is about your size, and as he is about to pass you, he deliberately bumps into you and you almost lose your balance. What would you say or do?

- Push the person back
- Say "Excuse me" and keep on walking
- Say "Watch where you are going" and keep on walking
- Swear at the person and walk away

42. You are at a party at someone's house and one of your friends offers you a drink containing alcohol. What would you say or do?

- Drink it
- Tell your friend "No thanks, I don't drink" and suggest that you and your friends go and do something else
- Just say "No thanks" and walk away
- Make up a good excuse, tell your friend you had something else to do and leave

43. I think sometimes it's okay to cheat at school.

- NO!
- no
- yes
- YES!

44. How often do you attend religious services or activities?

- Never
- 1-2 times a month
- Rarely
- About once a week or more

45. I like to see how much I can get away with.

- Very False
- Somewhat True
- Somewhat False
- Very True

This section is a series of questions about the ways you might have felt or acted during the past week.

46. During the past week:

- | | Not at all | A little | Some | A lot |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. <i>I felt like crying.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. <i>I felt down and unhappy.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. <i>I was happy.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

47. During the past week:

- | | Not at all | A little | Some | A lot |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. <i>I wasn't able to feel happy, even when my family or friends tried to help me feel better.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. <i>I felt like something good was going to happen.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. <i>I had a good time.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

48. During the past week:

- | | Not at all | A little | Some | A lot |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. <i>I felt like I couldn't pay attention to what I was doing.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. <i>I did not feel like eating, I wasn't very hungry.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. <i>I didn't sleep as well as I usually sleep.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

49. During the past week:

- | | Not at all | A little | Some | A lot |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. <i>I felt like I was too tired to do things.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. <i>I felt people didn't like me.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. <i>I felt lonely, like I didn't have any friends.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. <i>I felt irritable.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

The next section asks about your experiences with tobacco, alcohol, and other drugs. Remember, your answers are anonymous.

50. How much do you think people risk harming themselves (physically or in other ways) if they:

		Great Risk	Moderate Risk	Slight Risk	No Risk
a. <i>smoke one or more packs of cigarettes per day?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>try marijuana once or twice?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>smoke marijuana regularly?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <i>take one or two drinks of an alcoholic beverage (beer, wine, liquor, or cooler) nearly every day?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <i>are exposed to other people's cigarette smoke?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Have you ever used smokeless tobacco (chew, snuff, plug, dipping tobacco, chewing tobacco)?

- Never
 Once or twice
 Once in a while, but not regularly
 Regularly in the past
 Regularly now

52. How frequently have you used smokeless tobacco during the past 30 days?

- Never
 Once or twice
 Once or twice per week
 About once a day
 More than once a day

53. Have you ever smoked cigarettes?

- Never
 Once or twice
 Once in a while, but not regularly
 Regularly in the past
 Regularly now

54. How old were you when you smoked a whole cigarette for the first time?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> I never have | <input type="radio"/> 13 years old |
| <input type="radio"/> 8 years old or younger | <input type="radio"/> 14 years old |
| <input type="radio"/> 9 years old | <input type="radio"/> 15 years old |
| <input type="radio"/> 10 years old | <input type="radio"/> 16 years old |
| <input type="radio"/> 11 years old | <input type="radio"/> 17 years old |
| <input type="radio"/> 12 years old | <input type="radio"/> Older than 17 |

55. How frequently have you smoked cigarettes during the past 30 days?

- Not at all
 Less than one cigarette per day
 One to five cigarettes per day
 About one-half pack per day
 About one pack per day
 About one and one-half pack per day
 Two packs or more per day

56. Have you smoked at least 100 cigarettes in your entire life?

- Yes No

57. On how many occasions (if any) have you had alcoholic beverages (beer, wine, hard liquor, or coolers) to drink in your lifetime – more than just a few sips?

- 0 occasions
 1-2 occasions
 3-5 occasions
 6-9 occasions
 10-19 occasions
 20-29 occasions
 30-39 occasions
 40 or more occasions

58. On how many occasions (if any) have you had beer, wine, hard liquor or coolers during the past 30 days?

- 0 occasions
 1-2 occasions
 3-5 occasions
 6-9 occasions
 10-19 occasions
 20-29 occasions
 30-39 occasions
 40 or more occasions

59. Think back over the last two weeks. How many times have you had five or more alcoholic drinks in a row?

- None
 Once
 Twice
 3-5 times
 6-9 times
 10 or more times

These questions ask about the neighbourhood and community where you live.

78. If you wanted to get some beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, gin or coolers), how easy would it be for you to get some?

- Very Hard Sort of Easy
 Sort of Hard Very Easy

79. If you wanted to get some cigarettes, how easy would it be for you to get some?

- Very hard Sort of Easy
 Sort of Hard Very Easy

80. If a kid smoked marijuana in your neighbourhood, would he or she be caught by the police?

- NO! no yes YES!

81. If you wanted to get drugs like cocaine, LSD, or amphetamines, how easy would it be for you to get some?

- Very Hard Sort of Easy
 Sort of Hard Very Easy

82. If a kid drank some beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, gin or coolers) in your neighbourhood, would he or she be caught by the police?

- NO! no yes YES!

83. If you wanted to get a handgun, how easy would it be for you to get one?

- Very Hard Sort of Easy
 Sort of Hard Very Easy

84. If a kid carried a handgun in your neighbourhood, would he or she be caught by the police?

- NO! no yes YES!

85. If you wanted to get some marijuana, how easy would it be for you to get some?

- Very Hard Sort of Easy
 Sort of Hard Very Easy

86. If a kid smoked a cigarette in your neighbourhood, would he or she be caught by the police?

- NO! no yes YES!

87. How wrong would most adults (over 21) in your neighbourhood think it is for kids your age:

- | | |
|-------------------------|---|
| | Not wrong at all |
| | A little bit wrong |
| | Wrong |
| | Very wrong |
| a. to use marijuana? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. to drink alcohol? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. to smoke cigarettes? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

88. About how many adults (over 21) have you known personally who in the past year have:

- | | |
|--|---|
| | 5 or more adults |
| | 3 or 4 adults |
| | 2 adults |
| | 1 adult |
| | None |
| a. used marijuana, crack, cocaine, or other drugs? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. sold or dealt drugs? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. done other things that could get them into trouble with the police like stealing, selling stolen goods, mugging or assaulting others, etc.? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| d. gotten drunk or high? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

89. Sometimes we don't know what we will do as adults, but we may have an idea. Please tell me how true these statements may be for you.

- | | |
|--|---|
| | YES! |
| | yes |
| | no |
| | NO! |
| a. When I am an adult, I will smoke cigarettes. | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b. When I am an adult, I will drink beer, wine, or liquor. | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| c. When I am an adult, I will smoke marijuana. | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

	NO!	no	yes	YES!
90. If I had to move, I would miss the neighbourhood I now live in.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. My neighbours notice when I am doing a good job and let me know about it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. I like my neighbourhood.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. There are lots of adults in my neighbourhood I could talk to about something important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

94. How much do each of the following statements describe your neighbourhood?

	NO!	no	yes	YES!
a. <i>Crime and/or drug selling</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>Fights</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>Lots of empty or abandoned buildings</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <i>Lots of graffiti</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

95. How many times have you changed homes since kindergarten?

Never 3 or 4 times 7 or more times
 1 or 2 times 5 to 6 times

96. There are people in my neighbourhood who are proud of me when I do something well.

NO! no yes YES!

97. Which of the following activities for people your age are available in your community?

	Yes	No
a. <i>Sports teams</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>Scouting</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>Boys and girls clubs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <i>4-H clubs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <i>Service clubs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

98. Have you changed schools (including changing from elementary to middle or middle to high school) in the past year?

No Yes

99. I feel safe in my neighbourhood.

NO! no yes YES!

100. How many times have you changed schools (including changing from elementary to middle or middle to high school) since kindergarten?

Never 1 or 2 times
 3 or 4 times 5 to 6 times
 7 or more times

101. I'd like to get out of my neighbourhood.

NO! no yes YES!

102. Have you changed home in the past year?

No Yes

103. There are people in my neighbourhood who encourage me to do my best.

NO! no yes YES!

The next set of questions asks about your family. When answering these questions, please think about the people you consider to be your family. For example, parents, stepparents, grandparents, aunts, uncles, etc.

104. How wrong do your parents feel it would be for you to:

	Very Wrong	Wrong	A Little Bit Wrong	Not Wrong at All
a. <i>drink beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, gin or coolers) regularly (at least once or twice a month)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>smoke cigarettes?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>smoke marijuana?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <i>steal something worth <u>more</u> than \$5?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <i>draw graffiti, or write things or draw pictures on buildings or other property (without the owner's permission)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. <i>Pick a fight with someone?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

105. Have many of your brothers or sisters ever:
I Don't Have Any Brothers or Sisters

	Yes		
	No		
a. <i>drunk beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, gin or coolers) regularly (at least once or twice a month)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. <i>smoked marijuana?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. <i>smoked cigarettes?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. <i>taken a handgun to school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. <i>been suspended or expelled from school?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

106. The rules in my family are clear.
 NO! no yes YES!

107. Has anyone in your family ever had a severe alcohol or drug problem?
 No Yes

	YES!		
	no	yes	
	NO!		
108. People in my family often insult or yell at each other.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

109. When I am not at home, one of my parents knows where I am and who I am with.

110. We argue about the same things in my family over and over.

111. If you drank some beer, wine or hard liquor (for example vodka, whiskey, gin or coolers) without your parents' permission, would you get caught by your parents?

112. My family has clear rules about alcohol and drug use.

113. If you carried a handgun without your parents' permission, would you be caught by your parents?

114. If you skipped school, would you be caught by your parents?

115. My parents notice when I am doing a good job and let me know about it.
 Never or almost never Often
 Sometimes All the time

	YES!		
	no	yes	
	NO!		
116. Do you feel very close to your mother?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

117. Do you share your thoughts and feelings with your mother?

118. My parents ask me what I think before most family decisions affecting me are made.

119. How often do your parents tell you they're proud of you for something you've done?
 Never or almost never Often
 Sometimes All the time

	YES!		
	no	yes	
	NO!		
120. Do you share your thoughts and feelings with your father?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

121. Do you enjoy spending time with your mother?

122. Do you enjoy spending time with your father?

123. If I had a personal problem, I could ask my mom or dad for help.

124. Do you feel very close to your father?

125. My parents give me lots of chances to do fun things with them.

126. My parents ask if I've gotten my homework done.

127. People in my family have serious arguments.

128. Would your parents know if you did not come home on time?

129. How important were these questions?
 Not very important Important
 Fairly important Very important

130. How honest were you in filling out this survey?
 I was very honest
 I was honest pretty much of the time
 I was honest some of the time
 I was honest once in awhile
 I was not honest at all

Sondage auprès des jeunes : *Communities That Care*®

Ce sondage est volontaire. Cela signifie que tu n'as pas à y répondre. Si tu choisis de participer au sondage, tu peux sauter toute question à laquelle tu ne veux pas répondre.

Merci d'avoir accepté de participer à ce sondage. Le sondage demande ton opinion à propos de bon nombre de choses dans ta vie, y compris tes amis, ta famille, ton voisinage et ta communauté. Tes réponses à ces questions demeureront confidentielles. Cela signifie que personne ne connaîtra tes réponses. Afin de nous aider à garder tes réponses secrètes, s'il vous plaît n'écris pas ton nom sur la formule du sondage.

Directives

1. Ceci n'est pas un test. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
2. Si tu ne trouves pas une réponse qui convient exactement, choisis celle qui est la plus près. Si aucune question ne s'applique dans ton cas ou si tu n'es pas certain de la signification, laisse-la en blanc.
3. Note tes réponses clairement.
 - Il est préférable d'utiliser un crayon mais tu peux utiliser un stylo à encre bleue ou noire également.
 - Remplis les cercles complètement.
 - Efface complètement toute réponse que tu veux changer.
 - Ne fais aucune autre marque ou commentaire sur les pages de réponses.

4. Certaines questions suivent le format ci-bas :

S.v.p. remplis le cercle du mot qui décrit le mieux tes sentiments.

Exemple : La pizza au pepperoni est un de mes mets préférés.

NON!



non



oui



OUI!



Marque le GROS "NON" si tu crois que l'affirmation n'est définitivement pas vraie pour toi.

Marque le petit "non" si tu crois que l'affirmation n'est généralement pas vraie pour toi.

Marque le petit "oui" si tu crois que l'affirmation est généralement vraie pour toi.

Marque le GROS "OUI" si tu crois que l'affirmation est définitivement vraie pour toi.

NOTE : Dans ce texte, le masculin est utilisé aux fins de commodité et comprend le féminin et le masculin lorsqu'il se rapporte à des personnes.

<p>Ces questions demandent de l'information générale à ton sujet. S'il vous plaît, marque la réponse qui te décrit le mieux.</p>	<p>Cette partie demande des questions au sujet de tes expériences à l'école.</p>
<p>Q1 Quel âge as-tu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 11 ans <input type="radio"/> 12 ans <input type="radio"/> 13 ans <input type="radio"/> 14 ans <input type="radio"/> 15 ans <input type="radio"/> 16 ans <input type="radio"/> 17 ans <input type="radio"/> 18 ans <input type="radio"/> 19 ans ou plus <p>Q2 En quelle année es-tu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 6e <input type="radio"/> 7e <input type="radio"/> 8e <input type="radio"/> 9e <input type="radio"/> 10e <input type="radio"/> 11e <input type="radio"/> 12e <p>Q3 Quel est ton sexe?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin <p>Q134a Quelle langue parles-tu le plus souvent à la maison?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> anglais <input type="radio"/> français <input type="radio"/> français et anglais <p>Q134b une autre langue (S.v.p. préciser. _____)</p> <p>Q5 Es-tu autochtone?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non 	<p>Q9 En général, quelles notes as-tu obtenues l'an dernier?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> niveau R (0% - 49%) F <input type="radio"/> niveau 1 (50% - 59%) D <input type="radio"/> niveau 2 (60% - 69%) C <input type="radio"/> niveau 3 (70% - 79%) B <input type="radio"/> niveau 4 (80% - 100%) A <p>Q10 Pendant les QUATRE DERNIÈRES SEMAINES, combien de journées complètes étais-tu absent parce que tu as manqué ou « sauté » des classes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> aucune <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4-5 <input type="radio"/> 6-10 <input type="radio"/> 11 ou plus <p>Q22 Combien souvent trouves-tu les travaux scolaires assignés utiles et importants?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> presque toujours <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> quelquefois <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> jamais <p>Q23 Combien intéressant trouves-tu la plupart de tes cours?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> très intéressants et stimulants <input type="radio"/> assez intéressants <input type="radio"/> passablement intéressants <input type="radio"/> un peu ennuyeux <input type="radio"/> très ennuyeux <p>Q24 Combien importantes crois-tu seront les choses que tu apprends à l'école, plus tard dans ta vie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> très importantes <input type="radio"/> assez importantes <input type="radio"/> passablement importantes <input type="radio"/> un peu importantes <input type="radio"/> pas importantes du tout

						Cette partie demande des questions au sujet de tes sentiments et expériences ailleurs dans ta vie.					
						4					
						3					
						2					
						1					
						Aucun					
Presque toujours											
Souvent											
Quelquefois											
Rarement											
Jamais											
Maintenant, en songeant a ta dernière année a l'école, combien souvent as-tu						Pense a tes 4 meilleurs amis (tes amis les plus proches) Dans la dernière année (12 mois), combien de tes meilleurs amis ont					
Q25a jour d être a l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26b fume cigarettes ou cigares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q25b deteste d être a l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26c bu biere, vin « coolers » ou des boissons fortes (par exemple, vodka whiskey ou gin) sans que leurs parents le sachent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q25c tente de faire ton meilleur travail a l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26e consomme de la marijuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OUI!						Q26g consomme LSD, cocaine amphetamines ou autres drogues illegales?					
ou						Q26h été suspendus de l'école?					
non											
NON!											
Q12 A mon école, les élèves ont plusieurs occasions d'aider a décider de questions telles les activités de classe et les règlements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26j porte une arme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q13 Mes enseignants me demandent de travailler sur des projets spéciaux en classe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26k vendu des drogues illégales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q14 Mes enseignants s'aperçoivent lorsque je fais un bon travail et me le font savoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26m vole ou tente de voler un véhicule tel une auto, moto-cyclette, VTT ou motoneige?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q15 A mon école, les élèves ont plusieurs occasions de participer a des sports, des clubs et autres activités parascolaires (hors les heures de classes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26n été arrêté (par la police)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						Q26o quitte l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q17 Je me sens en sécurité a mon école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q26p fait partie d'un gang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q18 L'école avise mes parents lorsque j'ai bien fait quelque chose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Q19 Mes enseignants me félicitent quand je travaille fort a l'école	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très bonne chance					
Q20 Est-ce que tes notes sont meilleures que les notes de la plupart des élèves dans ta classe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Assez bonne chance					
Q21 J'ai beaucoup d'occasions a participer aux discussions ou aux activités de classe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Un certain montant de chance					
						Peu de chance					
						Aucune ou très peu de chance					
						Quelles sont les chances que tu paraîtrais « cool » si :					
						Q38a tu fumais cigarettes ou cigares?					
						Q38c tu commençais a boire des boissons alcooliques régulièrement, c'est a dire, au moins 1 ou 2 fois par mois?					
						Q38e tu fumais de la marijuana?					
						Q38g tu portais une arme?					

<p>La prochaine partie demande des questions au sujet de ton expérience avec le tabac, l'alcool et autres drogues, ainsi que d'autres questions personnelles. Souviens-toi que tes réponses sont confidentielles. Ceci signifie que tes réponses demeureront secrètes.</p>	40 occasions ou plus 20 a 39 occasions 10 a 19 occasions 6 a 9 occasions 3 a 5 occasions 1 a 2 occasions 0 occasion								
<p>Q51 As-tu deja consomme du tabac sans fume (tabac a chiquer, a priser, en carotte, a mâcher)?</p> <p><input type="radio"/> jamais</p> <p><input type="radio"/> une ou deux fois</p> <p><input type="radio"/> de temps en temps, mais pas regulierement</p> <p><input type="radio"/> regulierement dans le passe</p> <p><input type="radio"/> regulierement a present</p> <p>Q52 Combien souvent as-tu consomme du tabac sans fume dans les 30 derniers jours?</p> <p><input type="radio"/> jamais</p> <p><input type="radio"/> une ou deux fois</p> <p><input type="radio"/> une ou deux fois par semaine</p> <p><input type="radio"/> environ une fois par jour</p> <p><input type="radio"/> plus d'une fois par jour</p> <p>Q53 As-tu deja fume des cigarettes ou des cigares?</p> <p><input type="radio"/> jamais</p> <p><input type="radio"/> une ou deux fois</p> <p><input type="radio"/> de temps en temps, mais pas regulierement</p> <p><input type="radio"/> regulierement dans le passe</p> <p><input type="radio"/> regulierement a present</p> <p>Q55 Combien souvent as-tu fume des cigarettes ou des cigares dans les 30 derniers jours?</p> <p><input type="radio"/> jamais</p> <p><input type="radio"/> moins d'une cigarette par jour</p> <p><input type="radio"/> une a cinq cigarettes par jour</p> <p><input type="radio"/> environ un demi-paquet par jour</p> <p><input type="radio"/> environ un paquet par jour</p> <p><input type="radio"/> environ un paquet et demi par jour</p> <p><input type="radio"/> deux paquets par jour ou plus</p>	<p>A combien d'occasions (s'il y a lieu) as-tu</p>	<p>Q57 bu des boissons alcooliques (biere vin « coolers » ou boissons fortes) – plus de quelques gorges – <u>durant ta vie?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	
		<p>Q58 bu des boissons alcooliques (biere, vin, « coolers » ou boissons fortes) – plus de quelques gorges – <u>dans les 30 derniers jours?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Q68 inhale de la colle le contenu d'une bombe aerosol ou inhale d'autres gaz ou d'autres vapeurs afin d'être « high » <u>durant ta vie?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Q69 inhale de la colle, le contenu d'une bombe aerosol ou inhale d'autres gaz ou d'autres vapeurs afin d'être « high » <u>dans les 30 derniers jours?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Q64 consomme de la cocaine <u>durant ta vie?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Q65 consomme de la cocaine dans les <u>30 derniers jours?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Q60 consomme de la marijuana (« weed », pot) ou du hachisch (hasch, huile de hachisch) <u>durant ta vie?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Q61 consomme de la marijuana (« weed », pot) ou du hachisch (hasch, huile de hachisch) <u>dans les 30 derniers jours?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Qr1 consomme du derbisol <u>durant ta vie?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Qr2 consomme du derbisol dans les <u>30 derniers jours?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Qr3 consomme de l'heroine <u>durant ta vie?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
		<p>Qr4 consomme de la heroine dans les <u>30 derniers jours?</u></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>

40 occasions ou plus 20 a 39 occasions 10 a 19 occasions 6 a 9 occasions 3 a 5 occasions 1 a 2 occasions 0 occasion								40 fois ou plus 30 a 39 fois 20 a 29 fois 10 a 19 fois 6 a 9 fois 3 a 5 fois 1 or 2 fois Jamais								
A combien d'occasions (s'il y a lieu) as-tu								Combien de fois depuis un an (12 mois) as-tu								
Q62 consomme du LSD (acide) ou autres psychedeliques (peyotl PCP) <u>durant ta vie?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35a ete suspendu de l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q63 consommé du LSD (acide) ou autres psychedeliques (peyotl PCP) dans les <u>30 derniers jours?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35b porte une arme pour un autre but que la chasse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q66 consomme de « 1 Ecstasy » <u>durant ta vie?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35c vendu des drogues illegales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q67 consomme de « 1 Ecstasy » dans les <u>30 derniers jours?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35d vole ou tente de voler un vehicule tel une auto moto cyclette VTT ou motoneige?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q70 consomme des méthamphetamines (« meth » « crystal meth » crack) <u>durant ta vie?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35f ete arrete (par la police)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q71 consomme des methamphetamines (« meth » « crystal meth » crack) dans les <u>30 derniers jours?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35h attaque quelqu'un dans le but de le blesser gravement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QA72 consomme des analgesiques prescrits tels Vicodin® OxyContin® ou Tylox® sans ordre d'un medecin <u>durant ta vie?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q35j ete ivre ou « high » a l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
								Q35k apporte une arme a l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
QA73 consomme des analgesiques prescrits tels Vicodin®, OxyContin® ou Tylox®, sans ordre d'un medecin, dans les <u>30 derniers jours?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q36 As-tu déjà fait partie d'un gang? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui								
QB72 consommé des calmants tels Xanax®, Valium® ou Ambien®, sans ordre d'un medecin, <u>durant ta vie?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q37 Si tu as déjà fait partie d'un gang, ce gang avait-il un nom? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> Je n'ai jamais fait partie d'un gang								
QB73 consomme des calmants tels Xanax®, Valium® ou Ambien®, sans ordre d'un medecin, dans les <u>30 derniers jours?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q59 Rappelle-toi les 2 dernieres semaines Combien souvent as-tu bu cinq boissons alcooliques ou plus de file? <input type="radio"/> aucune <input type="radio"/> une fois <input type="radio"/> deux fois <input type="radio"/> 3 a 5 fois <input type="radio"/> 6 a 9 fois <input type="radio"/> 10 fois ou plus								
QC72 consommé des stimulants prescrits tels Ritalin® ou Adderall® sans ordre d'un medecin, <u>durant ta vie?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
QC73 consomme des stimulants prescrits, tels Ritalin® ou Adderall® sans ordre d'un medecin, dans les <u>30 derniers jours?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									

17 ans ou plus

16 ans

15 ans

14 ans

13 ans

12 ans

11 ans

10 ans ou moins

Je n'ai jamais fait cela.

Quel âge avais-tu lorsque, pour la première fois, tu as :									
Q27a fumé de la marijuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27b fumé une cigarette ou un cigare?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27c bu plus d'une petite gorgée ou deux de bière, vin, « coolers » ou boisson forte (par exemple, vodka, whiskey, ou gin)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27d commencé à consommer des boissons alcooliques régulièrement, c'est à dire, au moins une ou deux fois par mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27e été suspendu de l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27f été arrêté (par la police)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27g porté une arme pour un autre but que la chasse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27h attaqué quelqu'un dans le but de le blesser gravement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q27i fait partie d'un gang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q44 Combien souvent participes-tu à des services religieux ou à des activités religieuses? <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> une ou deux fois par mois <input type="radio"/> environ une fois par semaine ou plus									
Q45 J'aime voir combien je puis abuser de la situation. <input type="radio"/> très faux <input type="radio"/> un peu faux <input type="radio"/> un peu vrai <input type="radio"/> très vrai									
OUI!									
oui									
non									
NON!									
Q46 Parfois, je crois que la vie n'en vaut pas la peine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q47 Parfois, je crois que je suis bon à rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q48 Somme toute, j'ai tendance à croire que je suis une personne ratée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q49 Au cours de la dernière année, étais-tu déprimé LA PLUPART du temps même si tu te sentais bien à l'occasion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q30 Il est acceptable de donner une raclée à une personne qui commence la bagarre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q33 Je crois qu'il est acceptable de prendre quelque chose sans le demander, si je réussis à m'en tirer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q31 Il est important d'être honnête avec tes parents, même s'ils se fâchent ou tu te fais punir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q 43 Je crois qu'il est acceptable de tricher à l'école à l'occasion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Q29 Je ne tiens pas compte des règlements qui m'empêchent d'agir librement.

très faux

un peu faux

un peu vrai

très vrai

Q32 Je fais le contraire de ce que les gens me disent, simplement pour les faire fâcher.

très faux

un peu faux

un peu vrai

très vrai

Une fois par semaine ou plus

Environ une fois par mois

Moins d'une fois par mois

Je l'ai déjà fait, mais pas dans la dernière année.

Jamais

Combien souvent as-tu fait les choses suivantes?					
Q34c J'ai fait ce qui me fait sentir bien, n'importe le reste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q34b J'ai fait une chose dangereuse parce que quelqu'un m'a lancé le défi de le faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q34a J'ai fait des choses folles même si elles sont un peu dangereuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parfois, nous ne savons pas ce que nous ferons comme adultes, mais nous en avons peut-être une idée. S'il vous plaît dis-moi combien vrai sont ces déclarations dans ton cas.

	OUI!				
	NON!			oui	
	non				
Quand je serai une personne adulte :					
Q89a Je fumerai des cigarettes ou des cigares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q89b Je consommerai bière, vin, « coolers » ou boissons fortes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q89c Je fumerai de la marijuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ces questions demandent comment tu agirais en certaines situations. Elles demandent également ton opinion au sujet de certaines choses.

Q39 Tu examines des CD dans un magasin avec une amie. Tu lèves les yeux et l'aperçois qui glisse un CD sous son manteau. Elle sourit et dit : « Lequel veux-tu? Vas-y, prends-en un tandis qu'il n'y a personne. » Il n'y a personne en vue, pas d'employés et pas d'autres clients. Que ferais-tu maintenant?

Je l'ignorerais

Je prendrais un CD et je quitterais le magasin

Je lui dirais de remettre le CD à sa place

Je prétendrais que c'est une blague et je lui demanderais de remettre le CD à sa place

Q40 Il est 20 heures un soir de semaine. Tu te prépares à te rendre chez un ami quand ta mère te demande où tu vas. Tu dis « Oh, je vais simplement traîner avec des amis. » Elle dit « Non, tu vas te mettre dans un pétrin si tu sors. Reste à la maison ce soir. » Que ferais-tu maintenant?

Je quitterais la maison quand même

J'expliquerais ce que je vais faire avec mes amis, je lui dirais quand je reviendrais et je demanderais de sortir

Je ne dirais rien et je regarderais la TV

Je me disputerais avec elle

Q41 Tu visites une autre partie de la ville où tu ne connais aucune autre personne de ton âge. Tu marches le long de la rue et un adolescent que tu ne connais pas marche vers toi. Il est environ de ta taille et, quand vous vous rencontrez, il fait exprès pour se cogner contre toi et tu en perds presque l'équilibre. Que dirais-tu ou ferais-tu?

Je le repousserais

Je dirais « Excuse-moi » et je continuerais à marcher

Je dirais « Regarde où tu vas » et je continuerais à marcher

Je lui lancerais un juron et je m'en irais en marchant

Q42 Tu es à une fête en quelque part. Un de tes amis t'offre une boisson qui contient de l'alcool. Que dirais-tu ou ferais-tu?

Je la boirais

Je dirais à mon ami « Non, merci, je ne bois pas » et je suggérerais d'aller faire autre chose

Je dirais simplement « Non, merci » et je m'en irais

J'inventerais une bonne excuse, je dirais à mon ami que j'ai autre chose à faire et je partirais

Combien mal crois-tu qu'il est pour quelqu'un de ton âge :	Pas mal du tout Un peu mal Mal Tres mal				Ces questions demandent des renseignements sur le voisinage et la communauté où tu demeures.				
					Tres facile Assez facile Un peu difficile Tres difficile				
Q28a d'apporter une arme a l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q28b de voler n'importe quoi qui vaut plus de 5,00 \$?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q78 Si tu voulais obtenir biere, vin, « coolers » ou boissons fortes (par exemple, vodka, whiskey ou gin), combien facile serait-il pour toi d'en obtenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q28c de chercher a te quereller avec quelqu'un?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q28d d'attaquer quelqu'un dans le but de le blesser serieusement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q28e de t'absenter de l'ecole toute la journee quand tes parents croient que tu es a l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q79 Si tu voulais obtenir des cigarettes ou des cigares, combien facile serait-il pour toi d'en obtenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q28f de boire biere, vin, « coolers » ou boissons fortes (par exemple, vodka, whiskey ou gin) regulierement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q81 Si tu voulais obtenir de la drogue telle LSD, cocaine ou amphetamines, combien facile serait-il pour toi d'en obtenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q28g de fumer des cigarettes ou des cigares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q28h de fumer de la marijuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q85 Si tu voulais obtenir de la marijuana, combien facile serait-il pour toi d'en obtenir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q28i de consommer LSD, cocaine, amphetamines ou tout autre drogue illegale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
					Q83 Si tu voulais obtenir une arme, combien facile serait-il pour toi d'en obtenir une?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À ton avis, combien les gens risquent-ils de se faire du tort (physiquement ou autrement) s'ils :	Grand risque Risque moyen Un peu de risque Aucun risque				OUI! oui non NON!				
	Q50a fument un paquet (ou plus) de cigarettes ou de cigares par jour?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q80 Si un enfant fumait de la marijuana dans ton voisinage, serait-il arrêté par la police?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q50b consomment de la marijuana une ou deux fois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q82 Si un enfant buvait biere, vin, « coolers » ou boissons fortes (par exemple, vodka, whiskey ou gin) dans ton voisinage, serait-il arrêté par la police?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q50c fument de la marijuana regulierement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Q50d consomment une ou deux boissons alcooliques (biere, vin, « coolers » ou boisson forte) chaque jour ou presque?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q84 Si un enfant portait une arme dans ton voisinage, serait-il arrêté par la police?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pas mal du tout Un peu mal Mal Très mal					NON! oui non NON!											
Dans ton voisinage, la plupart des adultes (plus de 21 ans) croiraient qu'il est combien mal pour quelqu'un de ton âge :					Q90 Si je devais demenager, le voisinage ou je demeure presentement me manquerait				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Q87a de consommer de la marijuana?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q91 Mes voisins s'aperçoivent quand je fais un bon travail et me le disent				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q87b de boire de l'alcool?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q92 J'aime mon voisinage				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q87c de fumer des cigarettes ou des cigares?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q93 Mon voisinage compte plusieurs adultes avec qui je pourrais discuter de choses importantes				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 adultes ou plus 3 ou 4 adultes 2 adultes 1 adulte Aucun					Q96 Mon voisinage compte des gens qui sont fiers de moi quand je fais quelque chose de bien				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
					Q99 Je me sens en securite dans mon voisinage				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
					Q101 J'aimerais sortir de mon voisinage				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Combien d'adultes (plus de 21 ans) as-tu connu personnellement qui, dans la dernière année :					Q103 Mon voisinage compte des gens qui m'encouragent à faire de mon mieux				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Q88a ont consomme marijuana, crack, cocaine, ou autres drogues?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui Non						
Q88b ont vendu des drogues?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Q88c ont fait d'autres choses qui pourraient leur causer des ennuis avec la police, tel voler, vendre des objets volés, agresser et voler quelqu'un, etc ?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles des activités suivantes sont disponibles aux personnes de ton âge dans ta communauté?						
Q88d se sont saoulés ou ont été « high »?					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
					Q97a Sports d'équipe				<input type="radio"/>					<input type="radio"/>		
					Q97b Scoutisme				<input type="radio"/>					<input type="radio"/>		
					Q97c Clubs pour garçons et filles				<input type="radio"/>					<input type="radio"/>		
					Q97d Cercles 4-H				<input type="radio"/>					<input type="radio"/>		
					Q97e Clubs de bienfaisance				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
									NON! oui non NON!							
					Combien les déclarations suivantes décrivent-elles ton voisinage?											
					Q94a Crime et/ou vente de drogues				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
					Q94b Bagarres				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
					Q94c Plusieurs immeubles vides ou abandonnés				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
					Q94d Beaucoup de graffiti				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Combien mal tes parents croiraient-ils qu'il soit <u>pour toi</u> :	Pas mal du tout				Je n'ai pas de freres ou de sœurs				
	Un peu mal				Oui				
	Mal				Non				
Tres mal				Tes freres ou tes sœurs ont-ils deja :					
Q104a de boire biere, vin, « coolers » ou boissons fortes (par exemple, vodka, whiskey ou gin) regulierement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q105a bu biere, vin, « coolers » ou boissons fortes (par exemple, vodka, whiskey ou gin)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q104b de fumer des cigarettes ou des cigares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q105b fume de la marijuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q104c de fumer de la marijuana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q105c fume des cigarettes ou des cigares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q104d de voler n'importe quoi qui vaut plus de 5,00 \$?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q105d apporte une arme a l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q104e de dessiner des graffiti, d'ecrire des choses ou de dessiner des images sur des bâtiments ou autre propriete (sans la permission du proprietaire)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Q105e ete suspendus ou expulsés de l'ecole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q104f de chercher a te quereller avec quelqu'un?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NON!				
Q102 As-tu changé de domicile depuis un an? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui					Q106 Les reglements sont clairs dans ma famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q95 Combien de fois as-tu changé de domicile depuis le jardin d'enfants? <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> 1 ou 2 fois <input type="radio"/> 3 ou 4 fois <input type="radio"/> 5 ou 6 fois <input type="radio"/> 7 fois ou plus					Q108 Les membres de ma famille s'insultent ou se crient souvent par la tête l'un l'autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q98 As-tu changé d'école (y compris changement d'école élémentaire à école intermédiaire et d'école intermédiaire à école secondaire) depuis un an? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui					Q110 Dans ma famille, nous avons des discussions répétées au sujet des mêmes choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q100 Combien de fois as-tu changé d'école (y compris changement d'école élémentaire à école intermédiaire et d'école intermédiaire à école secondaire) depuis le jardin d'enfants? <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> 1 ou 2 fois <input type="radio"/> 3 ou 4 fois <input type="radio"/> 5 ou 6 fois <input type="radio"/> 7 fois ou plus					Q111 Si tu buvais bière, vin, « coolers » ou boissons fortes (par exemple, vodka, whiskey ou gin) sans la permission de tes parents, est-ce que tu te feras prendre par tes parents?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q107 Est-ce qu'un membre de ta famille a déjà eu un grave problème relié à l'alcool ou aux drogues? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui					Q112 Il y a des reglements clairs au sujet de l'abus d'alcool et de drogues dans ma famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Q113 Si tu portais une arme sans la permission de tes parents, est-ce que tu te feras prendre par tes parents?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					Q114 Si tu n'allais pas à l'ecole, est-ce que tu te feras prendre par tes parents?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

These questions ask for some general information about you. Please mark the response that best describes you.

How old are you?

- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19 or older

What grade are you in?

- 6th
- 7th
- 8th
- 9th
- 10th
- 11th
- 12th

Are you:

- Female
- Male

What do you consider yourself to be? (choose all that apply)

- White
- Black or African American
- American Indian/Native American, Eskimo or Aleut
- Spanish/Hispanic/Latino
- Asian or Pacific Islander
- Other (Please specify: _____)

What is the language you use most often at home?

- English
- Spanish
- Another language (Please specify: _____)

This section asks about your experiences at school.

Putting them all together, what were your grades like last year?

- Mostly F's
- Mostly D's
- Mostly C's
- Mostly B's
- Mostly A's

During the LAST FOUR WEEKS, how many whole days have you missed because you skipped or "cut"?

- None
- 1
- 2
- 3
- 4-5
- 6-10
- 11 or more

How often do you feel that the schoolwork you are assigned is meaningful and important?

- Almost always
- Often
- Sometimes
- Seldom
- Never

How interesting are most of your courses to you?

- Very interesting and stimulating
- Quite interesting
- Fairly interesting
- Slightly dull
- Very dull

How important do you think the things you are learning in school are going to be for your later life?

- Very important
- Quite important
- Fairly important
- Slightly important
- Not at all important

Almost always
Often
Sometimes
Seldom
Never

These questions ask about your feelings and experiences in other parts of your life.

Now, thinking back over the past year in school, how often did you:

Enjoy being in school?

Hate being in school?

Try to do your best work in school?

4
3
2
1
None

Think of your four best friends (the friends you feel closest to). In the past year (12 months), how many of your best friends have:

Smoked cigarettes?

Tried beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey or gin) when their parents didn't know about it?

Used marijuana?

Used LSD, cocaine, amphetamines, or other illegal drugs?

Been suspended from school?

Carried a handgun?

Sold illegal drugs?

Stolen or tried to steal a motor vehicle such as a car or motorcycle?

Been arrested?

Dropped out of school?

Been members of a gang?

In my school, students have lots of chances to help decide things like class activities and rules.

Teachers ask me to work on special classroom projects.

My teacher(s) notices when I am doing a good job and lets me know about it.

There are lots of chances for students in my school to get involved in sports, clubs, and other school activities outside of class.

There are lots of chances for students in my school to talk with a teacher one-on-one.

I feel safe at my school.

The school lets my parents know when I have done something well.

My teachers praise me when I work hard in school.

Are your school grades better than the grades of most students in your class?

I have lots of chances to be part of class discussions or activities.

YES!
yes
no
NO!

Very good chance
Pretty good chance
Some chance
Little chance
No or very little chance

What are the chances you would be seen as cool if you:

Smoked cigarettes?

Began drinking alcoholic beverages regularly, that is, at least once or twice a month?

Smoked marijuana?

Carried a handgun?

The next section asks about your experience with tobacco, alcohol, and other drugs. It also asks some other personal questions. Remember, your answers are confidential. This means your answers will stay secret.

- 40 or more occasions
- 20 to 39 occasions
- 10 to 19 occasions
- 6 to 9 occasions
- 3 to 5 occasions
- 1 or 2 occasions
- 0 occasions

Have you ever used smokeless tobacco (chew, snuff, plug, dipping tobacco, chewing tobacco)?

- Never
- Once or twice
- Once in a while but not regularly
- Regularly in the past
- Regularly now

How frequently have you used smokeless tobacco during the past 30 days?

- Never
- Once or twice
- Once or twice per week
- About once a day
- More than once a day

Have you ever smoked cigarettes?

- Never
- Once or twice
- Once in a while but not regularly
- Regularly in the past
- Regularly now

How frequently have you smoked cigarettes during the past 30 days?

- Not at all
- Less than one cigarette per day
- One to five cigarettes per day
- About one-half pack per day
- About one pack per day
- About one and one-half packs per day
- Two packs or more per day

On how many occasions (if any) have you:

Had alcoholic beverages (beer, wine or hard liquor) to drink—more than just a few sips—in your lifetime?

Had alcoholic beverages (beer, wine or hard liquor) to drink—more than just a few sips—during the past 30 days?

Sniffed glue, breathed the contents of an aerosol spray can, or inhaled other gases or sprays in order to get high in your lifetime?

Sniffed glue, breathed the contents of an aerosol spray can, or inhaled other gases or sprays in order to get high during the past 30 days?

Used cocaine in your lifetime?

Used cocaine during the past 30 days?

Used marijuana (weed, pot) or hashish (hash, hash oil) in your lifetime?

Used marijuana (weed, pot) or hashish (hash, hash oil) during the past 30 days?

Used derbisol in your lifetime?

Used derbisol during the past 30 days?

Used heroin in your lifetime?

Used heroin during the past 30 days?

40 or more occasions
 20 to 39 occasions
 10 to 19 occasions
 6 to 9 occasions
 3 to 5 occasions
 1 or 2 occasions
 0 occasions

40+ times
 30 to 39 times
 20 to 29 times
 10 to 19 times
 6 to 9 times
 3 to 5 times
 1 or 2 times
 Never

On how many occasions (if any) have you:

Used LSD (acid) or other psychedelics (peyote, PCP) in your lifetime?

Used LSD (acid) or other psychedelics (peyote, PCP) during the past 30 days?

Used Ecstasy in your lifetime?

Used Ecstasy during the past 30 days?

Used methamphetamine (meth, crystal meth, crank) in your lifetime?

Used methamphetamine (meth, crystal meth, crank) during the past 30 days?

Used prescription pain relievers, such as Vicodin®, OxyContin® or Tylox®, without a doctor's orders, in your lifetime?

Used prescription pain relievers, such as Vicodin®, OxyContin® or Tylox®, without a doctor's orders, during the past 30 days?

Used prescription tranquilizers, such as Xanax®, Valium® or Ambien®, without a doctor's orders, in your lifetime?

Used prescription tranquilizers, such as Xanax®, Valium® or Ambien®, without a doctor's orders, during the past 30 days?

Used prescription stimulants, such as Ritalin® or Adderall®, without a doctor's orders, in your lifetime?

Used prescription stimulants, such as Ritalin® or Adderall®, without a doctor's orders, during the past 30 days?

How many times in the past year (12 months) have you:

Been suspended from school?

Carried a handgun?

Sold illegal drugs?

Stolen or tried to steal a motor vehicle such as a car or motorcycle?

Been arrested?

Attacked someone with the idea of seriously hurting them?

Been drunk or high at school?

Taken a handgun to school?

Have you ever belonged to a gang?

No
 Yes

If you have ever belonged to a gang, did that gang have a name?

No
 Yes

I have never belonged to a gang.

Think back over the last two weeks. How many times have you had five or more alcoholic drinks in a row?

None
 Once
 Twice
 3-5 times
 6-9 times
 10 or more times

17 or older

16

15

14

13

12

11

10 or younger

Never have

How often do you attend religious services or activities?

Never

Rarely

1-2 times a month

About once a week or more

I like to see how much I can get away with.

Very false

Somewhat false

Somewhat true

Very true

How old were you when you first:

Smoked marijuana?

YES'

Smoked a cigarette, even just a puff?

yes

no

NO'

Had more than a sip or two of beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, or gin)?

Sometimes I think that life is not worth it.

At times I think I am no good at all.

Began drinking alcoholic beverages regularly, that is, at least once or twice a month?

All in all, I am inclined to think that I am a failure.

Got suspended from school?

In the past year have you felt depressed or sad MOST days, even if you feel OK sometimes?

Got arrested?

It is all right to beat up people if they start the fight.

Carried a handgun?

I think it is okay to take something without asking if you can get away with it.

Attacked someone with the idea of seriously hurting them?

It is important to be honest with your parents, even if they become upset or you get punished.

Belonged to a gang?

I think sometimes it's okay to cheat at school.

I ignore rules that get in my way.

- Very false
- Somewhat false
- Somewhat true
- Very true

I do the opposite of what people tell me, just to get them mad.

- Very false
- Somewhat false
- Somewhat true
- Very true

- Once a week or more
- 2 or 3 times a month
- About once a month
- Less than once a month
- I've done it, but not in the past year
- Never

How many times have you done the following things?

Done what feels good no matter what.

Done something dangerous because someone dared you to do it.

Done crazy things even if they are a little dangerous.

Sometimes we don't know what we will do as adults, but we may have an idea. Please tell me how true these statements may be for you.

- YES!
- yes
- no
- NO!

When I am an adult:

I will smoke cigarettes.

I will drink beer, wine, or liquor.

I will smoke marijuana.

These questions ask about how you would act in certain situations. They also ask your opinion about certain things.

You're looking at CDs in a music store with a friend. You look up and see her slip a CD under her coat. She smiles and says, "Which one do you want? Go ahead, take it while nobody's around." There is nobody in sight, no employees and no other customers. What would you do now?

- Ignore her.
- Grab a CD and leave the store.
- Tell her to put the CD back.
- Act like it's a joke, and ask her to put the CD back.

It's 8:00 on a weeknight and you are about to go over to a friend's home when your mother asks you where you are going. You say, "Oh, just going to go hang out with some friends." She says, "No, you'll just get into trouble if you go out. Stay home tonight." What would you do now?

- Leave the house anyway.
- Explain what you are going to do with your friends, tell her when you'd get home, and ask if you can go out
- Not say anything and start watching TV.
- Get into an argument with her.

You are visiting another part of town, and you don't know any of the people your age there. You are walking down the street, and some teenager you don't know is walking toward you. He is about your size, and as he is about to pass you, he deliberately bumps into you and you almost lose your balance. What would you say or do?

- Push the person back.
- Say "Excuse me" and keep on walking.
- Say "Watch where you're going" and keep on walking.
- Swear at the person and walk away.

You are at a party at someone's house, and one of your friends offers you a drink containing alcohol. What would you say or do?

- Drink it.
- Tell your friend "No thanks, I don't drink" and suggest that you and your friend go and do something else.
- Just say "No, thanks" and walk away.
- Make up a good excuse, tell your friend you had something else to do, and leave.

These questions ask about the neighborhood and community where you live.

Not wrong at all
A little bit wrong
Wrong
Very wrong

Very easy
Sort of easy
Sort of hard
Very hard

How wrong do you think it is for someone your age to:

- Take a handgun to school?
- Steal anything worth more than \$5?
- Pick a fight with someone?
- Attack someone with the idea of seriously hurting them?
- Stay away from school all day when their parents think they are at school?
- Drink beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey or gin) regularly?
- Smoke cigarettes?
- Smoke marijuana?
- Use LSD, cocaine, amphetamines or another illegal drug?

If you wanted to get some beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, or gin), how easy would it be for you to get some?

If you wanted to get some cigarettes, how easy would it be for you to get some?

If you wanted to get a drug like cocaine, LSD, or amphetamines, how easy would it be for you to get some?

If you wanted to get some marijuana, how easy would it be for you to get some?

If you wanted to get a handgun, how easy would it be for you to get one?

Great risk
Moderate risk
Slight risk
No risk

YES!
yes
no
NO!

How much do you think people risk harming themselves (physically or in other ways) if they:

- Smoke one or more packs of cigarettes per day?
- Try marijuana once or twice?
- Smoke marijuana regularly?
- Take one or two drinks of an alcoholic beverage (beer, wine, liquor) nearly every day?

If a kid smoked marijuana in your neighborhood, would he or she be caught by the police?

If a kid drank some beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey, or gin) in your neighborhood, would he or she be caught by the police?

If a kid carried a handgun in your neighborhood, would he or she be caught by the police?

Not wrong at all
A little bit wrong
Wrong
Very wrong

YES!
yes
no
NO!

How wrong would most adults (over 21) in your neighborhood think it was for kids your age:

To use marijuana?

To drink alcohol?

To smoke cigarettes?

5 or more adults
3 or 4 adults
2 adults
1 adult
None

About how many adults (over 21) have you known personally who in the past year have:

Used marijuana, crack, cocaine, or other drugs?

Sold or dealt drugs?

Done other things that could get them in trouble with the police, like stealing, selling stolen goods, mugging or assaulting others, etc.?

Gotten drunk or high?

If I had to move, I would miss the neighborhood I now live in.

My neighbors notice when I am doing a good job and let me know.

I like my neighborhood.

There are lots of adults in my neighborhood I could talk to about something important.

There are people in my neighborhood who are proud of me when I do something well.

I feel safe in my neighborhood.

I'd like to get out of my neighborhood.

There are people in my neighborhood who encourage me to do my best.

Which of the following activities for people your age are available in your community?

- Sports teams
- Scouting
- Boys and girls clubs
- 4-H clubs
- Service clubs

How much do each of the following statements describe your neighborhood:

Crime and/or drug selling

Fights

Lots of empty or abandoned buildings

Lots of graffiti

Yes
No

YES!
yes
no
NO!



I don't have any brothers or sisters

Yes
No

The next few questions ask about your family.

Not wrong at all
A little bit wrong
Wrong
Very wrong

Have any of your brothers or sisters ever:

Drunk beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey or gin)?

Smoked marijuana?

Smoked cigarettes?

Taken a handgun to school?

Been suspended or expelled from school?

YES!
yes
no
NO!

How wrong do your parents feel it would be for you to:

Drink beer, wine or hard liquor (for example, vodka, whiskey or gin) regularly?

Smoke cigarettes?

Smoke marijuana?

Steal anything worth more than \$5?

Draw graffiti, or write things or draw pictures on buildings or other property (without the owner's permission)?

Pick a fight with someone?

Have you changed homes in the past year?

No
Yes

How many times have you changed homes since kindergarten?

Never
1 or 2 times
3 or 4 times
5 or 6 times
7 or more times

Have you changed schools (including changing from elementary to middle and middle to high school) in the past year?

No
Yes

How many times have you changed schools (including changing from elementary to middle and middle to high school) since kindergarten?

Never
1 or 2 times
3 or 4 times
5 or 6 times
7 or more times

Has anyone in your family ever had a severe alcohol or drug problem?

No
Yes

The rules in my family are clear.

People in my family often insult or yell at each other.

When I am not at home, one of my parents knows where I am and who I am with.

We argue about the same things in my family over and over.

If you drank some beer or wine or liquor (for example, vodka, whiskey, or gin) without your parents' permission, would you be caught by your parents?

My family has clear rules about alcohol and drug use.

If you carried a handgun without your parents' permission, would you be caught by your parents?

If you skipped school, would you be caught by your parents?

All the time
Often
Sometimes
Never or almost never

These questions ask for more information about your friends.

4 of my friends
3 of my friends
2 of my friends
1 of my friends
None of my friends

My parents notice when I am doing a good job and let me know about it.

How often do your parents tell you they're proud of you for something you've done?

YES!
yes
no
NO!

Think about your four best friends (the friends you feel closest to). In the past year (12 months), how many of your best friends have:

Do you feel very close to your mother?

Do you share your thoughts and feelings with your mother?

My parents ask me what I think before most family decisions affecting me are made.

Do you share your thoughts and feelings with your father?

Do you enjoy spending time with your mother?

Do you enjoy spending time with your father?

YES!
yes
no
NO!

Participated in clubs, organizations or activities at school?

Made a commitment to stay drug-free?

Liked school?

Regularly attended religious services?

Tried to do well in school?

If I had a personal problem, I could ask my mom or dad for help.

Do you feel very close to your father?

My parents give me lots of chances to do fun things with them.

My parents ask if I've gotten my homework done.

People in my family have serious arguments.

Would your parents know if you did not come home on time?



You may be asked to answer some additional questions. If so, those questions will be handed to you on a sheet of paper or written where everyone taking the survey can see them. In the spaces that follow, record your answer to each additional question.

1

2

3

4

5

6

7

8.

9

10.

SERIAL #

12-

Annexe B. Facteurs de risque et de protection par domaine

Domaine	Risque ou protection	Facteur	Items
Communauté	Risque	Faible appartenance	90r ¹ , 92r, 101
Communauté	Risque	Désorganisation	94a, 94b, 94c, 94d, 99r
Communauté	Risque	Transition et mobilité	102r, 95, 98r, 100
Communauté	Risque	Lois et normes favorables aux drogues	87a, 87b, 87c, 80r, 82r, 84r
Communauté	Risque	Perception de la disponibilité des drogues	78, 79, 85, 81
Communauté	Protection	<i>Occasions de participation prosociale</i>	97ar, 97br, 97cr, (97dr, 97er) ² , 93
Communauté	Protection	<i>Reconnaissance prosociale</i>	91, 103, 96
Famille	Risque	Histoire de comportements antisociaux	88a, 88b, 88c, 88d, 105ar, 105br, 105cr, 105dr, 105er, 107r
Famille	Risque	Attitude parentale favorable aux drogues	104a, 104b, 104c
Famille	Risque	Faible encadrement	106r, 109r, 111r, 112r, 113r, 114r, 126r, 128r
Famille	Risque	Conflits familiaux	108, 127, 110
Famille	Risque	Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux	104d, 104e, 104f
Famille	Protection	<i>Attachement</i>	116, 117, 124, 120
Famille	Protection	<i>Occasions de participation prosociale</i>	125, 118, 123
Famille	Protection	<i>Reconnaissance prosociale</i>	115, 119, 121, 122
École	Risque	Échec scolaire	9r, 20r
École	Risque	Faible appartenance à l'école	22r, 23, 24, 25ar, 25b, 25cr, 10ar, 10br, 10cr
École	Protection	<i>Occasions de participation prosociale</i>	12, 13, 15, 16, 21
École	Protection	<i>Reconnaissance prosociale</i>	14, 18, 17, 19
Pairs/individu	Risque	Attitude de rébellion	32, 29, 45
Pairs/individu	Risque	Initiation précoce aux drogues	27ar, 27br, 27cr, 27dr
Pairs/individu	Risque	Initiation précoce aux comportements antisociaux	27er, 27fr, 27gr, 27hr
Pairs/individu	Risque	Attitude favorable aux comportements antisociaux	28a, 28b, 28c, 28d, 28e
Pairs/individu	Risque	Attitude favorable aux drogues	28f, 28g, 28h, 28i
Pairs/individu	Risque	Intentions d'usage	89a, 89b, 89c
Pairs/individu	Risque	Faible perception du risque/drogues	50ar, 50br, 50cr, 50dr
Pairs/individu	Risque	Interactions avec des pairs antisociaux	26h, 26j, 26k, 26m, 26n, 26o
Pairs/individu	Risque	Usage de drogues des pairs	26b, 26c, 26e, 26g
Pairs/individu	Risque	Recherche de sensations fortes	34a, 34b, 34c
Pairs/individu	Risque	Reconnaissance des comportements antisociaux	38a, 38c, 38e, 38g
Pairs/individu	Protection	<i>Religiosité</i>	44
Pairs/individu	Protection	<i>Habilités sociales</i>	39r, 40r, 41r, 42r
Pairs/individu	Protection	<i>Interactions avec des pairs prosociaux</i>	26a, 26d, 26f, 26i, 26l
Pairs/individu	Protection	<i>Croyances dans un ordre moral</i>	33r, 43r, 30r, 31
Comportement	-----	Dépression	46a, 46b, 46cr, 47a, 47br, 47cr, 48a, 48b, 48c, 49a, 49b, 49c, 49d
Comportement	-----	Tabagisme (30 jours)	55
Comportement	-----	Consommation d'alcool (30 jours)	58
Comportement	-----	Usage de cannabis (30 jours)	61

¹Items inversés ²L'échelle a été réduite de 6 à 4 items pour les analyses

Annexe C. Définitions des facteurs de risque et de protection du CTC-YS

Facteur de risque ou de protection		Définitions (perceptions rapportées)
Communauté	Faible appartenance	Degré d'attachement émotif à son voisinage
Communauté	Désorganisation	Communauté caractérisée par une haute densité de population, le manque de surveillance des endroits publics, la détérioration physique des lieux et le taux élevé de crime chez les adultes
Communauté	Transition et mobilité	Fréquence des changements résidentiels et scolaires durant l'enfance et l'adolescence
Communauté	Lois et normes favorables aux drogues ¹	Laxisme dans l'application des lois régissant la vente d'alcool et autres drogues; message des parents à l'effet que cela est normal ou acceptable pour des mineurs d'en faire usage
<i>Communauté</i>	<i>Perception de la disponibilité des drogues</i>	<i>Facilité avec laquelle les jeunes peuvent obtenir cigarettes, alcool, marijuana et autres drogues</i>
<i>Communauté</i>	<i>Occasions de participation prosociale</i>	<i>Occasions de participation dans des activités et interactions positives et disponibilité des adultes prosociaux dans la communauté</i>
<i>Communauté</i>	<i>Reconnaissance prosociale</i>	<i>Reconnaissance par des adultes pour la participation positive des jeunes dans les activités de la communauté</i>
Famille	Histoire de comportements antisociaux	Histoire de problèmes de comportement (p. ex. crime, violence, abus d'alcool ou dépendance) parmi les membres de la famille
Famille	Attitude parentale favorable aux drogues	Tolérance des parents envers la consommation d'alcool ou de drogues
Famille	Faible encadrement	Attentes et règles imprécises quant aux comportements; peu de surveillance et/ou discipline punitive stricte, sévère ou inconsistante
Famille	Conflits familiaux	Degré de conflit ou de violence au sein de la famille et conflit permanent ou piètrement résolu
Famille	Attitude parentale favorable aux comportements antisociaux	Tolérance des parents envers les mauvais comportements, incluant la violence et la délinquance
<i>Famille</i>	<i>Attachement</i>	<i>Degré du lien émotif avec les parents</i>
<i>Famille</i>	<i>Occasions de participation prosociale</i>	<i>Occasions de participation positives et significatives dans les activités et les responsabilités familiales</i>
<i>Famille</i>	<i>Reconnaissance prosociale</i>	<i>Reconnaissance et encouragement par les autres membres de la famille pour les comportements sains</i>
École	Échec scolaire	Notes scolaires et comparaisons avec les autres élèves
École	Faible appartenance à l'école	Degré d'importance quant à la réussite à l'école et de l'engagement
<i>École</i>	<i>Occasions de participation prosociale</i>	<i>Occasions de participation significatives dans les activités de la classe et de l'école</i>
<i>École</i>	<i>Reconnaissance prosociale</i>	<i>Reconnaissance pour les contributions, les efforts et le progrès à l'école</i>
Pairs/individu	Attitude de rébellion	Degré de désobéissance aux règles et de la rébellion contre la société et ses normes
Pairs/individu	Initiation précoce aux drogues	Âge de l'initiation de l'usage de drogues pendant l'enfance

¹ Les termes drogues et substances sont utilisés sans distinction pour identifier la cigarette, l'alcool et le cannabis.

Pairs/individu	Initiation precoce aux comportements antisociaux	Âge de l'initiation de comportements violents ou delinquants pendant l'enfance
Pairs/individu	Attitude favorable aux comportements antisociaux	Degré d'acceptation des comportements antisociaux chez les jeunes du même âge
Pairs/individu	Attitude favorable aux drogues	Degré d'acceptation de l'usage de drogues chez les jeunes du même âge
Pairs/individu	Intentions d'usage	Niveau d'intention de l'usage de drogues a l'âge adulte
Pairs/individu	Faible perception du risque/drogues	Perception du faible risque de dommages causes par l'usage de drogues
Pairs/individu	Interactions avec des pairs antisociaux	Association avec des pairs manifestant des comportements violents et delinquants
Pairs/individu	Usage de drogues des pairs	Association avec des pairs faisant usage de drogues
Pairs/individu	Recherche de sensations fortes	Degré d'engagement dans des comportements a risque pour le simple plaisir
Pairs/individu	Reconnaissance des comportements antisociaux	Degré de reconnaissance de l'usage de drogues ou de comportements delinquants aupres des pairs
<i>Pairs/individu</i>	<i>Religiosité</i>	<i>Degré de pratique religieuse</i>
<i>Pairs/individu</i>	<i>Habiletés sociales</i>	<i>Comportements sociaux adaptés, tels que la resolution de problème, une meilleure communication et la capacité à dire non</i>
<i>Pairs/individu</i>	<i>Interactions avec des pairs prosociaux</i>	<i>Établissement de liens avec des pairs engagés dans des activités saines et positives</i>
<i>Pairs/individu</i>	<i>Croyances dans un ordre moral</i>	<i>Système de valeurs positif, distinguant le « bien » du « mal »</i>

Annexe D. Cohérence interne et moyennes brutes des facteurs de risque du CTC-YS des versions originale, du Nord et de l'Est de l'Ontario¹ 276

Facteur	# items	Original (α)	Nord (n = 2716)						Est (n = 1904)					
			Anglais (α)	Moyenne (E-t)	Français (α)	Moyenne (E-t)	Total (α)	Moyenne (E-t)	Anglais (α)	Moyenne (E-t)	Français (α)	Moyenne (E-t)	Total (α)	Moyenne (E-t)
C - Faible appartenance ²	3	0,84	0,84	1,99 (0,85)	0,69	2,06 (0,76)	0,79	2,01 (0,82)	0,85	2,02 (0,83)	0,75	1,99 (0,74)	0,78	1,99 (0,77)
C - Désorganisation	5	0,79	0,82	1,67 (0,65)	0,80	1,54 (0,56)	0,82	1,62 (0,62)	0,81	1,63 (0,59)	0,77	1,45 (0,48)	0,78	1,50 (0,52)
C - Transition et mobilité ³	3-4	0,73	0,59	1,92 (0,70)	0,55	1,77 (0,62)	0,58	1,86 (0,68)	0,48	1,70 (0,68)	0,53	1,64 (0,69)	0,51	1,66 (0,69)
C - Lois et normes favorables aux drogues	6	0,80	0,79	2,36 (0,68)	0,77	2,04 (0,66)	0,79	2,25 (0,69)	0,78	2,24 (0,59)	0,76	2,19 (0,61)	0,76	2,20 (0,61)
C - Perception de la disponibilité/drogues	4	0,87	0,88	2,21 (1,00)	0,88	2,00 (0,97)	0,88	2,14 (1,00)	0,85	2,31 (0,95)	0,84	2,01 (0,89)	0,85	2,09 (0,92)
F - Histoire familiale antisociale	9	0,82	0,80	1,84 (1,02)	0,80	1,60 (0,94)	0,80	1,76 (1,00)	0,80	1,51 (0,94)	0,76	1,42 (0,82)	0,77	1,44 (0,86)
F - Attitude parentale favorable/drogues	3	0,82	0,73	1,48 (0,65)	0,70	1,46 (0,60)	0,72	1,48 (0,63)	0,68	1,42 (0,57)	0,64	1,49 (0,61)	0,67	1,47 (0,60)
F - Faible encadrement	8	0,83	0,80	1,89 (0,63)	0,77	1,82 (0,58)	0,79	1,87 (0,61)	0,81	1,81 (0,58)	0,80	1,79 (0,57)	0,80	1,80 (0,57)
F - Conflits familiaux	3	0,76	0,78	2,16 (0,79)	0,35	2,37 (0,57)	0,67	2,24 (0,73)	0,80	2,17 (0,78)	0,74	1,79 (0,67)	0,77	1,90 (0,72)
F - Attitude parentale favorable /antisociale	3	0,70	0,69	1,35 (0,51)	0,78	1,28 (0,51)	0,72	1,33 (0,51)	0,69	1,39 (0,50)	0,77	1,30 (0,51)	0,75	1,32 (0,51)
E - Échec scolaire	2	0,70	0,71	2,08 (0,65)	0,72	1,99 (0,61)	0,71	2,05 (0,64)	0,73	2,01 (0,63)	0,66	1,99 (0,56)	0,68	1,99 (0,58)
E - Faible appartenance à l'école ⁴	7-8	0,81	0,77	2,40 (0,67)	0,70	2,41 (0,59)	0,75	2,40 (0,65)	0,76	2,31 (0,59)	0,73	2,15 (0,55)	0,75	2,20 (0,56)
P - Attitude de rébellion	3	0,76	0,77	1,84 (0,72)	0,58	1,63 (0,59)	0,72	1,77 (0,69)	0,72	1,93 (0,71)	0,60	2,02 (0,65)	0,64	2,00 (0,69)
P - Initiation précoce aux drogues	4	0,78	0,82	2,01 (1,90)	0,80	1,87 (1,81)	0,82	1,96 (1,87)	0,74	1,71 (1,74)	0,74	1,63 (1,65)	0,75	1,65 (1,68)
P - Initiation précoce antisociale	4	0,64	0,52	0,75 (1,25)	0,61	0,67 (1,29)	0,55	0,72 (1,27)	0,45	0,81 (1,25)	0,65	0,41 (1,01)	0,60	0,52 (1,10)
P - Attitude favorable/antisociale	5	0,82	0,79	1,58 (0,55)	0,78	1,46 (0,51)	0,78	1,54 (0,54)	0,79	1,69 (0,55)	0,77	1,60 (0,53)	0,78	1,63 (0,54)
P - Attitude favorable aux drogues	4	0,86	0,83	1,71 (0,77)	0,82	1,61 (0,73)	0,83	1,68 (0,76)	0,79	1,79 (0,72)	0,78	1,76 (0,72)	0,79	1,77 (0,72)
P - Intentions d'usage	3	---	0,63	1,81 (0,62)	0,61	1,69 (0,56)	0,63	1,77 (0,60)	0,51	1,77 (0,55)	0,53	1,66 (0,51)	0,52	1,69 (0,52)
P - Faible perception du risque/drogues	4	0,77	0,73	1,92 (0,69)	0,79	1,83 (0,76)	0,75	1,89 (0,71)	0,75	1,90 (0,67)	0,82	1,86 (0,78)	0,80	1,87 (0,75)
P - Pairs antisociaux	6	0,83	0,80	0,37 (0,60)	0,78	0,27 (0,50)	0,79	0,34 (0,57)	0,75	0,26 (0,46)	0,72	0,16 (0,35)	0,73	0,19 (0,39)
P - Usage de drogues des pairs	4	0,85	0,85	1,27 (1,24)	0,83	0,95 (1,11)	0,85	1,16 (1,21)	0,81	0,88 (1,00)	0,73	0,80 (0,93)	0,75	0,83 (0,95)
P - Recherche de sensations fortes	3	0,78	0,74	2,23 (1,04)	0,72	2,09 (0,99)	0,74	2,18 (1,03)	0,78	2,69 (1,36)	0,80	2,23 (1,26)	0,80	2,36 (1,30)
P - Reconnaissance antisociale	4	0,86	0,80	1,70 (0,86)	0,77	1,53 (0,72)	0,79	1,64 (0,82)	0,83	1,86 (0,95)	0,85	1,68 (0,87)	0,84	1,73 (0,90)

¹Les coefficients alpha de cohérence interne sont en caractères gras. ²C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu ³l'échelle du Nord comporte 4 items et celle de l'Est a 3 items

⁴Ces valeurs correspondent à l'échelle de 7 items dans le Nord et de 8 items dans l'Est

Annexe E. Cohérence interne et moyennes des facteurs de protection du CTC-YS des versions originale, du Nord et de l'Est de l'Ontario¹

Facteur	# items	Nord (n = 2716)								Est (n = 1904)					
		Original (α)	Anglais (α)	Moyenne (É-t)	Français (α)	Moyenne (É-t)	Total (α)	Moyenne (É-t)	Anglais (α)	Moyenne (É-t)	Français (α)	Moyenne (É-t)	Total (α)	Moyenne (É-t)	
C - Occasions de participation prosociale ²	4	0,78	0,58	2,67 (0,78)	0,52	2,78 (0,71)	0,56	2,70 (0,76)	0,60	2,60 (0,78)	0,53	2,74 (0,74)	0,55	2,70 (0,75)	
C - Reconnaissance prosociale	3	0,85	0,86	2,32 (0,88)	0,84	2,41 (0,83)	0,85	2,35 (0,87)	0,80	1,63 (0,59)	0,81	2,38 (0,78)	0,80	2,34 (0,79)	
F - Attachement	4	0,76	0,78	2,86 (0,76)	0,81	2,95 (0,75)	0,79	2,89 (0,76)	0,76	2,93 (0,74)	0,75	3,00 (0,70)	0,76	2,98 (0,71)	
F - Occasions de participation prosociale	3	0,76	0,77	2,94 (0,77)	0,76	3,02 (0,72)	0,77	2,96 (0,76)	0,75	2,98 (0,72)	0,72	3,12 (0,66)	0,73	3,08 (0,68)	
F- Reconnaissance prosociale	4	0,78	0,80	3,11 (0,72)	0,80	3,21 (0,66)	0,80	3,15 (0,70)	0,78	2,08 (0,68)	0,76	3,21 (0,63)	0,77	3,17 (0,64)	
E - Occasions prosociales ³	4-5 ¹	0,68	0,54	2,73 (0,50)	0,46	2,86 (0,45)	0,52	2,78 (0,49)	0,53	2,92 (0,39)	0,49	2,92 (0,40)	0,47	2,92 (0,40)	
E - Reconnaissance prosociale	4	0,73	0,66	2,63 (0,58)	0,66	2,77 (0,55)	0,66	2,68 (0,57)	0,69	2,71 (0,55)	0,68	2,85 (0,53)	0,68	2,81 (0,54)	
P - Religiosité ⁴	1	---	---	1,97 (1,02)	---	2,05 (0,89)	---	2,00 (0,93)	---	2,06 (1,00)	---	1,96 (0,86)	---	1,98 (0,90)	
P - Habiletés sociales	4	0,65	0,59	2,92 (0,72)	0,56	2,93 (0,71)	0,58	2,92 (0,71)	0,60	2,98 (0,72)	0,65	2,98 (0,71)	0,61	2,98 (0,71)	
P- Interactions avec des pairs prosociaux ⁵	5	---	0,77	2,15 (1,02)	0,67	2,11 (0,99)	0,74	2,11 (0,99)	0,61	2,24 (0,81)	0,49	2,10 (0,77)	0,53	2,14 (0,79)	
P - Croyances dans un ordre moral	4	0,68	0,63	3,23 (0,61)	0,61	3,38 (0,56)	0,63	3,28 (0,60)	0,70	3,13 (0,60)	0,70	3,16 (0,60)	0,70	3,15 (0,60)	

¹Les coefficients alpha de cohérence interne sont en caractères gras ²C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu ³Un item de la sous-échelle originale ne fait pas partie de l'échantillon du Nord. Elle comprend quatre items au lieu de cinq ⁴La cohérence interne de cette échelle ne peut être calculée parce qu'elle ne contient qu'un seul item ⁵Nouvelle échelle

Annexe F. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec les symptômes dépressifs entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord : coefficients B² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Faible appartenance à la communauté	0,26**	0,25**	<-0,01	0,29**	0,23**	-0,06	0,28**	0,24**	-0,03
C- Désorganisation	0,33**	0,32**	<-0,01	0,37**	0,30**	-0,08	0,39**	0,27**	-0,11
C- Transition et mobilité	0,17*	0,17**	<-0,01	0,20**	0,12**	-0,09	0,17**	0,16**	-0,01
C- Lois et normes favorables aux drogues	0,21**	0,22**	0,03	0,31**	0,12	-0,18**	0,26**	0,15**	-0,12
C- Perception de la disponibilité des drogues	0,18**	0,18**	0,02	0,25**	0,11**	-0,13**	0,23**	0,15**	-0,08
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	0,25**	0,31**	0,06	0,35**	0,19**	-0,17**	0,34**	0,21**	-0,13*
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	0,27**	0,22**	-0,02	0,33**	0,19	-0,17**	0,35**	0,22**	-0,14
F- Faible encadrement familial	0,40**	0,30**	-0,06	0,48**	0,25**	-0,24**	0,41**	0,33**	-0,09
F- Conflits familiaux	0,39**	0,30**	-0,04	0,41**	0,32**	-0,09	0,36**	0,38**	0,03
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	0,32**	0,20**	-0,09	0,40**	0,20**	-0,22**	0,32**	0,25*	-0,10
E- Échec scolaire	0,35**	0,33**	<-0,01	0,45**	0,24**	-0,22**	0,37**	0,32**	-0,07
E- Faible appartenance à l'école	0,52**	0,54**	0,02	0,67**	0,40**	-0,29**	0,55**	0,52**	-0,05
P- Attitude de rébellion	0,35**	0,44**	0,10	0,46**	0,28**	-0,20**	0,43**	0,32**	-0,12
P- Initiation précoce aux drogues	0,23**	0,27**	0,04	0,30**	0,19**	-0,13**	0,29**	0,19**	-0,10*
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	0,32**	0,26**	-0,04	0,49**	0,23**	-0,27**	0,36**	0,25**	-0,11
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	0,39**	0,33**	-0,04	0,50**	0,29**	-0,25**	0,44**	0,34**	-0,12
P- Attitude favorable aux drogues	0,26**	0,28**	0,03	0,38**	0,16**	-0,22**	0,38**	0,21**	-0,18
P- Intentions d'usage	0,30**	0,32**	0,05	0,45**	0,18**	-0,29**	0,41**	0,23**	-0,19**
P- Faible perception du risque face aux drogues	0,23**	0,16**	-0,06	0,25**	0,16**	-0,11	0,21**	0,19**	-0,04
P- Interactions avec des pairs antisociaux	0,28**	0,27**	0,02	0,54**	0,13**	-0,42**	0,48**	0,20**	-0,30**
P- Usage de drogues des pairs	0,16**	0,15**	<-0,01	0,24*	0,07**	-0,16**	0,21**	0,12**	-0,09*
P- Recherche de sensations fortes	0,25**	0,28**	0,04	0,37**	0,18**	-0,20**	0,31**	0,20**	-0,11**
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	0,20**	0,23**	0,04	0,28**	0,14**	-0,17**	0,27**	0,15**	-0,12

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École, P = Pairs/individu; ²Le coefficient B correspond à la valeur ajoutée aux symptômes dépressifs, résultant en une diminution ou une augmentation de ceux-ci pour un facteur donné. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation d'un facteur avec les symptômes dépressifs pour ce groupe. Le coefficient B pour le terme d'interaction correspond à la différence entre les deux groupes cotés par « 0 » et « 1 » (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Un B négatif signifie que le groupe cote par « 0 » (Anglais, filles, plus jeunes) est désavantagé. Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe G. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec les symptômes dépressifs entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est : coefficients B² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14	15-19 ans	Interaction
C ¹ Faible appartenance à la communauté	0,15**	0,19**	0,04	0,19**	0,16**	-0,05	0,18**	0,17**	-0,01
C- Désorganisation	0,19**	0,21**	0,02	0,24**	0,16**	-0,09	0,23**	0,17**	-0,06
C- Transition et mobilité	0,11*	0,12**	0,02	0,11**	0,14**	0,02	0,14**	0,10**	-0,04
C- Lois et normes favorables aux drogues	0,18**	0,13**	-0,05	0,21**	0,10	-0,13*	0,20**	0,06**	-0,14
C- Perception de la disponibilité des drogues	0,14**	0,14**	<-0,01	0,20**	0,09**	-0,12**	0,18**	0,11**	-0,06
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	0,15**	0,19**	0,03	0,21**	0,13**	-0,11	0,25**	0,12**	-0,13*
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	0,06	0,15**	0,08	0,18**	0,07	-0,12	0,19**	0,09**	-0,11
F- Faible encadrement familial	0,29**	0,20**	-0,08	0,36**	0,12**	-0,24**	0,30**	0,16**	-0,15**
F- Conflits familiaux	0,29**	0,30**	<0,01	0,33**	0,25**	-0,09	0,34**	0,26**	-0,08
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	0,17**	0,12**	-0,04	0,17**	0,09	-0,10	0,17**	0,11*	-0,06
E- Échec scolaire	0,23**	0,18**	-0,03	0,22**	0,17**	-0,06	0,18**	0,20**	<-0,01
E- Faible appartenance à l'école	0,40**	0,41**	0,03	0,50**	0,32**	-0,20**	0,41**	0,39**	-0,04
P- Attitude de rébellion	0,31**	0,24**	-0,06	0,33**	0,19**	-0,14**	0,27**	0,25**	-0,04
P- Initiation précoce aux drogues	0,14**	0,15**	0,01	0,21**	0,08**	-0,14**	0,19**	0,11**	-0,08
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	0,20**	0,18**	<-0,01	0,30**	0,14**	-0,18**	0,20**	0,18**	-0,04
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	0,23**	0,19**	-0,03	0,32**	0,13**	-0,21**	0,23**	0,19**	-0,06
P- Attitude favorable aux drogues	0,18**	0,17**	<-0,01	0,26**	0,09**	-0,17**	0,24**	0,13**	-0,11
P- Intentions d'usage	0,28**	0,20**	-0,07	0,32**	0,13**	-0,21**	0,28**	0,18**	-0,10
P- Faible perception du risque face aux drogues	0,03	0,05	0,03	0,08	0,03	-0,06	0,04	0,06	<0,01
P- Interactions avec des pairs antisociaux	0,22**	0,19**	-0,01	0,29**	0,16**	-0,15	0,23**	0,19**	-0,06
P- Usage de drogues des pairs	0,13**	0,12**	-0,01	0,17*	0,07**	-0,11**	0,18**	0,09**	-0,09
P- Recherche de sensations fortes	0,15**	0,16**	0,01	0,22**	0,11**	-0,13**	0,18**	0,14**	-0,05
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	0,16**	0,08**	-0,08	0,13**	0,10*	-0,05	0,11**	0,11**	<-0,01

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Le coefficient B correspond à la valeur ajoutée aux symptômes dépressifs, résultant d'une diminution ou d'une augmentation de ceux-ci pour un facteur donné ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation d'un facteur avec les symptômes dépressifs pour ce groupe Le coefficient B pour le terme d'interaction correspond à la différence entre les deux groupes cotés par « 0 » et « 1 » (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans) Un B négatif signifie que le groupe coté par « 0 » (Anglais, filles, plus jeunes) est désavantagé Les différences significatives sont en caractère gras

Annexe H. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec les symptômes dépressifs entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord coefficients B^2 ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	-0,22**	-0,15**	0,06	-0,25**	-0,14**	0,08	-0,21**	-0,18**	0,03
C - Reconnaissance prosociale	-0,20*	-0,19**	<-0,01	-0,22**	-0,17**	0,06	-0,20**	-0,18*	0,02
F - Attachement	-0,37**	-0,29**	0,07	-0,40**	-0,26**	0,16**	-0,34**	-0,34**	<0,01
F - Occasions de participation prosociale	-0,41**	-0,36**	0,04	-0,45**	-0,31**	0,15**	-0,39**	-0,40**	<0,01
F - Reconnaissance prosociale	-0,41**	-0,38**	0,02	-0,47**	-0,32**	0,16**	-0,41**	-0,40**	0,01
E - Occasions de participation prosociale	-0,33**	-0,29*	0,03	-0,45**	-0,19*	0,27**	-0,34**	-0,29**	0,08
E - Reconnaissance prosociale	-0,34**	-0,30**	0,03	-0,44**	-0,21**	0,25*	-0,32**	-0,34**	<-0,01
P - Religiosité	-0,02	-0,13**	-0,12**	-0,11**	-0,02	0,14**	-0,05**	-0,05	<-0,01
P - Habiletés sociales	-0,27**	-0,26**	0,01	-0,39**	-0,17*	0,23**	-0,31**	-0,22**	0,10
P - Interactions avec des pairs prosociaux	-0,23**	-0,23**	<-0,01	-0,27**	-0,18**	0,10**	-0,24**	-0,22**	0,03
P - Croyance en un ordre moral	-0,39**	-0,48**	-0,11	-0,48**	-0,36**	0,16**	-0,46**	-0,36**	0,11

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$ ¹C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu, ²Le coefficient B correspond à la valeur ajoutée aux symptômes dépressifs, résultant en une diminution ou une augmentation de ceux-ci pour un facteur donné ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation d'un facteur avec les symptômes dépressifs pour ce groupe. Le coefficient B pour le terme d'interaction correspond à la différence entre les deux groupes cotés par « 0 » et « 1 » (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Un B négatif signifie que le groupe coté par « 0 » (Anglais, filles, plus jeunes) est désavantagé. Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe I. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec les symptômes dépressifs entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est coefficients B^2 ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	-0,10	-0,10	<-0,01	-0,14	-0,07	0,08	-0,09**	-0,10**	-0,01
C - Reconnaissance prosociale	-0,11*	-0,14**	-0,02	-0,18**	-0,09**	0,10*	-0,12**	-0,14*	-0,02
F - Attachement	-0,28**	-0,23**	0,05	-0,31**	-0,16**	0,16**	-0,28**	-0,20**	0,08
F - Occasions de participation prosociale	-0,30**	-0,25**	0,05	-0,33**	-0,19**	0,15**	-0,32**	-0,21**	0,11*
F - Reconnaissance prosociale	-0,32**	-0,30**	0,02	-0,41**	-0,20**	0,22**	-0,36**	-0,26**	0,10
E - Occasions de participation prosociale	-0,27**	-0,12*	0,13	-0,20**	-0,12*	0,08	-0,20**	-0,10	0,10
E - Reconnaissance prosociale	-0,32**	-0,23**	0,08	-0,32**	-0,20**	0,13*	-0,28**	-0,20**	0,08
P - Religiosité	-0,05	-0,08**	-0,03	-0,09**	-0,04	0,06	-0,08**	-0,05	0,04
P - Habilités sociales	-0,21**	-0,16**	0,04	-0,29**	-0,07*	0,22**	-0,21**	-0,14**	0,08
P - Interactions avec des pairs prosociaux	-0,15**	-0,13**	0,01	-0,18**	-0,11**	0,08	-0,15**	-0,13**	0,03
P - Croyance en un ordre moral	-0,30**	-0,18**	-0,09	-0,31**	-0,13**	0,20**	-0,23**	-0,21**	0,05

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$ ¹C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu, ²Le coefficient B correspond à la valeur ajoutée aux symptômes dépressifs résultant en une diminution ou une augmentation de ceux-ci pour un facteur donné ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation d'un facteur avec les symptômes dépressifs pour ce groupe Le coefficient B pour le terme d'interaction correspond à la différence entre les deux groupes cotés par « 0 » et « 1 » (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans) Un B négatif signifie que le groupe coté par « 0 » (Anglais, filles, plus jeunes) est désavantagé Les différences significatives sont en caractère gras

Annexe J. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec le tabagisme entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Faible appartenance à la communauté	1,32**	1,36**	1,03	1,40**	1,26**	0,92	1,53**	1,25**	0,81
C- Désorganisation	1,39**	1,86**	1,32	1,49**	1,53**	1,03	2,02**	1,31**	0,64**
C- Transition et mobilité	1,57**	1,53**	0,97	1,57**	1,55**	0,96	1,75**	1,47**	0,83
C- Lois et normes favorables aux drogues	2,28**	2,62**	1,17	2,12**	2,69**	1,33	3,61**	1,90**	0,54**
C- Perception de la disponibilité des drogues	2,78**	3,04**	1,11	2,93**	2,80**	1,05	4,14**	2,21**	0,53**
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	2,52**	2,96**	1,17	2,87**	2,47**	0,90	4,31**	2,09**	0,48**
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	2,26**	2,42**	1,10	2,28**	2,32**	1,06	2,98**	2,08**	0,72
F- Faible encadrement familial	2,03**	1,91**	0,96	2,13**	1,87**	0,85	2,31**	1,81**	0,79
F- Conflits familiaux	1,32**	1,72**	1,29	1,36**	1,42**	1,05	1,72**	1,26**	0,72
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	1,57**	1,56**	1,01	1,67**	1,50**	0,91	2,09**	1,34**	0,67**
E- Échec scolaire	1,90**	1,52**	0,82	2,01**	1,58**	0,78	2,21**	1,63**	0,75
E- Faible appartenance à l'école	2,09**	1,84**	0,91	2,17**	1,88**	0,87	2,77**	1,72**	0,64**
P- Attitude de rébellion	1,78**	2,93**	1,65**	2,12**	1,91**	0,90	3,01**	1,64**	0,56**
P- Initiation précoce aux drogues	5,09**	6,97**	1,34	6,08**	5,16**	0,82	8,34**	4,47**	0,52**
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	2,06**	2,08**	1,01	2,52**	1,92**	0,72	2,40**	1,89**	0,89
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	2,29**	2,07**	0,92	2,39**	2,05**	0,85	2,81**	1,89**	0,69**
P- Attitude favorable aux drogues	3,55**	4,39**	1,24	3,82**	3,74**	1,02	5,33**	3,17**	0,59**
P- Intentions d'usage	5,05**	5,39**	1,09	4,85**	5,45**	1,12	6,81**	4,46**	0,66
P- Faible perception du risque face aux drogues	2,49**	1,73**	0,70**	2,19**	2,11**	0,95	1,77**	2,70**	1,54**
P- Interactions avec des pairs antisociaux	2,42**	2,91**	1,19	3,01**	2,24**	0,75	4,11**	2,25**	0,58**
P- Usage de drogues des pairs	5,16**	4,75**	0,95	5,70**	4,43**	0,84	5,80**	4,49**	0,77
P- Recherche de sensations fortes	1,93**	2,16**	1,14	2,23**	1,84**	0,85	2,47**	1,78**	0,76
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	1,65**	1,86**	1,13	1,57**	1,82**	1,17	2,39**	1,41**	0,59**

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de fumer est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de fumer est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur.

³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec le tabagisme; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe K. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec le tabagisme entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Faible appartenance à la communauté	1,59**	1,45*	0,90	1,71**	1,27	0,73	1,33	1,55**	1,16
C- Désorganisation	1,71**	1,26**	0,74	1,37**	1,42**	1,01	1,45	1,38**	0,97
C- Transition et mobilité	1,46	1,48**	1,02	1,44**	1,52*	1,06	1,79**	1,38**	0,78
C- Lois et normes favorables aux drogues	1,99**	1,80**	0,89	1,83**	1,85**	0,95	2,27**	1,65**	0,74
C- Perception de la disponibilité des drogues	2,45**	2,90**	1,10	3,13**	2,44**	0,71	5,07**	2,27**	0,52
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	1,94**	2,56**	1,30	2,39**	2,29**	0,91	2,92**	2,15**	0,75
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	2,05**	2,01**	0,96	2,30**	1,79**	0,76	1,87**	2,10**	1,10
F- Faible encadrement familial	2,30**	1,85**	0,82	2,20**	1,77**	0,78	2,18**	1,85**	0,84
F- Conflits familiaux	1,34	1,38**	1,01	1,47**	1,25	0,83	1,56	1,31	0,88
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	1,35	1,26*	0,95	1,20	1,36**	1,11	1,27	1,28**	1,01
E- Échec scolaire	2,66**	2,28**	0,93	2,36**	2,43**	1,02	2,34**	2,39**	1,00
E- Faible appartenance à l'école	2,02**	2,08**	1,08	2,30**	1,85**	0,78	1,94**	2,11**	1,05
P- Attitude de rébellion	1,68**	2,09**	1,28	2,04**	1,87**	0,91	2,24**	1,86**	0,80
P- Initiation précoce aux drogues	5,01**	3,97**	0,83	5,29**	3,53**	0,70	3,97**	4,36**	1,12
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	1,99**	1,67**	0,89	1,66**	1,83**	1,08	1,64**	1,83**	1,07
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	2,13**	1,84**	0,93	2,33**	1,69**	0,71	1,96**	1,90**	0,93
P- Attitude favorable aux drogues	4,36**	3,58**	0,83	4,20**	3,40**	0,77	4,13**	3,59**	0,85
P- Intentions d'usage	4,13**	5,22**	1,28	5,51**	4,27**	0,75	5,59**	5,79**	1,03
P- Faible perception du risque face aux drogues	2,67**	1,80**	0,72	2,10**	1,81**	0,88	1,69**	2,18**	1,24
P- Interactions avec des pairs antisociaux	1,65**	1,75**	1,08	2,03**	1,55**	0,76	1,56**	1,77**	1,09
P- Usage de drogues des pairs	2,92**	3,41**	1,13	3,68*	3,00**	0,73	3,59**	3,23**	0,93
P- Recherche de sensations fortes	2,05**	2,27**	1,13	2,39**	2,10**	0,70	3,22**	1,94**	0,61
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	1,30	1,56**	1,19	1,36	1,63**	1,18	1,51**	1,50**	1,02

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de fumer est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de fumer est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur.

³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec le tabagisme; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe L. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec le tabagisme entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	0,67**	0,81	1,21	0,68**	0,74**	1,09	0,67	0,74	1,10
C - Reconnaissance prosociale	0,71**	0,74*	1,04	0,69**	0,74**	1,06	0,67**	0,74**	1,10
F - Attachement	0,69**	0,65**	0,95	0,60**	0,78*	1,28	0,55**	0,75**	1,38*
F - Occasions de participation prosociale	0,68**	0,66**	0,97	0,63**	0,73**	1,04	0,51**	0,78**	1,56**
F - Reconnaissance prosociale	0,65**	0,67**	1,03	0,62**	0,70**	1,12	0,47**	0,76**	1,61**
E - Occasions de participation prosociale	0,67**	0,77	1,15	0,68**	0,72**	1,08	0,62**	0,74**	1,18
E - Reconnaissance prosociale	0,76**	0,73*	0,95	0,70**	0,81	1,15	0,59**	0,87	1,45*
P - Religiosité	0,72**	0,50**	0,69	0,64**	0,66**	1,04	0,54**	0,71**	1,30
P - Hâbleries sociales	0,33**	0,35**	1,05	0,28**	0,39**	1,38	0,25**	0,39**	1,44
P - Interactions avec des pairs prosociaux	0,46**	0,61**	1,33	0,48**	0,53**	1,13	0,46**	0,53**	1,13
P - Croyance en un ordre moral	0,51**	0,45**	0,86	0,46**	0,53**	1,16	0,38**	0,57**	1,49**

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de fumer est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de fumer est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec le tabagisme; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe M. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec le tabagisme entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	0,56**	0,84	1,50	0,71*	0,80	1,15	0,76	0,75*	0,97
C - Reconnaissance prosociale	0,54**	0,87	1,62	0,67**	0,89	1,36	0,68	0,81	1,19
F - Attachement	0,70	0,68**	1,00	0,65**	0,72*	1,14	0,43**	0,81	1,84**
F - Occasions de participation prosociale	0,63**	0,62**	0,99	0,64**	0,59**	0,94	0,50**	0,67**	1,31
F - Reconnaissance prosociale	0,57**	0,66**	1,15	0,57**	0,70**	1,27	0,46**	0,71**	1,52
E - Occasions de participation prosociale	0,75	0,72**	0,94	0,69**	0,76	1,10	0,79	0,70**	0,91
E - Reconnaissance prosociale	0,69	0,82	1,19	0,75	0,82	1,12	0,71	0,82	1,16
P - Religiosité	0,55**	0,68**	1,24	0,54**	0,77	1,46	0,54*	0,67**	1,26
P - Habilités sociales	0,38**	0,35**	0,88	0,36**	0,35**	1,01	0,26**	0,40**	1,56
P - Interactions avec des pairs prosociaux	0,41**	0,55**	1,26	0,47**	0,55**	1,19	0,65**	0,46**	0,75
P - Croyance en un ordre moral	0,52**	0,45**	0,85	0,50**	0,43**	0,92	0,34**	0,53**	1,59

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de fumer est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de fumer est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec le tabagisme; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe N. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec l'alcool entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Faible appartenance à la communauté	1,27**	1,08	0,87	1,26**	1,14	0,92	1,35**	1,10	0,81
C- Désorganisation	1,29**	1,71**	1,32	1,38**	1,42**	1,03	1,65**	1,21*	0,73**
C- Transition et mobilité	1,25**	1,37**	1,09	1,41**	1,15	0,81	1,47**	1,13	0,76*
C- Lois et normes favorables aux drogues	2,21**	2,25**	1,06	1,96**	2,56**	1,34	2,62**	1,90**	0,72
C- Perception de la disponibilité des drogues	2,42**	2,82**	1,20	2,49**	2,59**	1,09	3,45**	1,99**	0,57**
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	2,48**	2,87**	1,17	2,51**	2,71**	1,09	3,21**	2,18**	0,67**
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	2,79**	2,81**	1,04	2,65**	2,94**	1,12	3,66**	2,37**	0,67*
F- Faible encadrement familial	1,93**	1,99**	1,05	2,00**	1,88**	0,95	2,18**	1,71**	0,79
F- Conflits familiaux	1,32**	1,32*	0,99	1,27**	1,38**	1,09	1,55**	1,15	0,75*
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	1,71**	1,68**	0,99	1,71**	1,70**	0,99	1,93**	1,50**	0,79
E- Échec scolaire	1,34**	1,26*	0,94	1,35**	1,28**	0,95	1,36**	1,28**	0,95
E- Faible appartenance à l'école	1,86**	1,71**	0,93	1,87**	1,76**	0,94	2,27**	1,50**	0,68**
P- Attitude de rébellion	1,90**	2,28**	1,18	2,09**	1,89**	0,90	2,49**	1,62**	0,66**
P- Initiation précoce aux drogues	4,28**	5,10**	1,17	4,47**	4,58**	1,01	5,03**	4,02**	0,80
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	1,86**	1,82**	0,96	2,56**	1,65**	0,62**	2,04**	1,61**	0,85
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	2,38**	2,12**	0,90	2,36**	2,23**	0,94	2,79**	1,87**	0,68**
P- Attitude favorable aux drogues	4,07**	4,32**	1,10	4,24**	4,05**	0,98	5,99**	3,24**	0,54**
P- Intentions d'usage	3,55**	5,63**	1,58	4,79**	3,34**	0,70	4,24**	3,71**	0,87
P- Faible perception du risque face aux drogues	1,76**	1,43**	0,81	1,66**	1,58**	0,96	1,43**	1,98**	1,38**
P- Interactions avec des pairs antisociaux	2,55**	3,19**	1,19	3,00**	2,28**	0,75	3,73**	1,92**	0,53**
P- Usage de drogues des pairs	3,81**	4,89**	1,33	3,99*	4,17**	1,07	5,80**	3,14**	0,53**
P- Recherche de sensations fortes	2,45**	2,47**	1,01	2,64**	2,32**	0,86	2,90**	2,10**	0,75
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	1,76**	2,11**	1,20	1,73**	1,97**	1,14	2,16**	1,58**	0,73**

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de consommer de l'alcool OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de boire de l'alcool est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'alcool; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras

Annexe O. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec l'alcool entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est *odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge*

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Faible appartenance à la communauté	1,35*	1,15	0,86	1,21	1,21	1,01	1,37**	1,10	0,81
C- Désorganisation	1,33**	1,40**	1,06	1,31**	1,44**	1,11	1,62**	1,20	0,75
C- Transition et mobilité	1,10	1,23**	1,11	1,16	1,22	1,05	1,37**	1,06	0,77
C- Lois et normes favorables aux drogues	2,03**	2,23**	1,06	2,24**	2,08**	0,96	2,35**	1,98**	0,85
C- Perception de la disponibilité des drogues	2,75**	2,87**	1,02	2,90**	2,75**	0,97	3,29**	2,52**	0,79
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	2,18**	2,40**	1,10	2,34**	2,30**	0,99	2,86**	1,97**	0,69
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	2,74**	2,24**	0,88	2,72**	2,05**	0,78	2,66**	2,18**	0,82
F- Faible encadrement familial	2,15**	2,20**	1,02	2,60**	1,87**	0,73	2,35**	2,03**	0,88
F- Conflits familiaux	1,32*	1,35**	1,02	1,41**	1,27	0,92	1,67**	1,12	0,68**
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	1,96**	1,59**	0,82	1,70**	1,69**	1,00	1,93**	1,50**	0,79
E- Échec scolaire	1,22	1,39**	1,14	1,37**	1,29**	0,94	1,28*	1,38**	1,08
E- Faible appartenance à l'école	1,99**	1,71**	0,87	1,99**	1,63**	0,82	2,09**	1,56**	0,78
P- Attitude de rébellion	1,76**	2,08**	1,18	2,15**	1,81**	0,84	2,28**	1,73**	0,77
P- Initiation précoce aux drogues	4,46**	5,19**	1,18	5,29**	4,58**	0,86	6,10**	4,04**	0,67
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	1,83**	1,58**	0,87	1,85**	1,61**	0,86	1,88**	1,46**	0,82
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	2,22**	2,11**	0,96	2,64**	1,84**	0,70	2,69**	1,77**	0,67*
P- Attitude favorable aux drogues	3,05**	3,43**	1,09	3,70**	2,96**	0,82	4,40**	2,68**	0,61*
P- Intentions d'usage	3,47**	4,07**	1,17	3,93**	3,74**	0,96	4,02**	3,61**	0,91
P- Faible perception du risque face aux drogues	1,92**	1,40**	0,73	1,63**	1,40**	0,86	1,39**	1,71**	1,24
P- Interactions avec des pairs antisociaux	1,63**	1,89**	1,14	1,78**	1,79**	1,00	1,80**	1,77**	1,00
P- Usage de drogues des pairs	3,35**	3,66**	1,09	3,80*	3,34**	0,86	5,46**	2,82**	0,52**
P- Recherche de sensations fortes	2,19**	2,93**	1,33	2,84**	2,50**	0,89	2,96**	2,41**	0,86
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	1,52**	1,44**	0,95	1,35**	1,61**	1,21	1,58**	1,33**	0,85

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$, ¹C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu, ²Un OR > 1 pour un facteur donne signifie que la probabilité de consommer de l'alcool OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur Un OR < 1 signifie que la probabilité de boire de l'alcool est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'alcool, les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans) Les différences significatives sont en caractère gras

Annexe P. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec l'alcool entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	0,78*	0,91	1,16	0,80	0,84	0,84	0,78**	0,86	1,11
C - Reconnaissance prosociale	0,79**	0,81*	1,03	0,76**	0,83*	1,08	0,75**	0,84*	1,12
F - Attachement	0,69**	0,58**	0,83	0,62**	0,70*	1,14	0,54**	0,79**	1,48**
F - Occasions de participation prosociale	0,73**	0,65**	0,88	0,68**	0,75**	1,08	0,58**	0,84*	1,45**
F - Reconnaissance prosociale	0,73**	0,57**	0,78	0,67**	0,69**	1,03	0,54**	0,82**	1,53**
E - Occasions de participation prosociale	0,80**	0,91	1,14	0,86	0,81**	0,94	0,77**	0,90	1,17
E - Reconnaissance prosociale	0,73**	0,69**	0,94	0,70**	0,74**	1,04	0,61**	0,85	1,40**
P - Religiosité	0,69**	0,59**	0,86	0,67**	0,64**	0,95	0,61**	0,70**	1,16
P - Hâbleries sociales	0,30**	0,34**	1,14	0,28**	0,35**	1,24	0,30**	0,34**	1,09
P - Interactions avec des pairs prosociaux	0,66**	0,72**	1,02	0,68**	0,68**	1,02	0,59	0,76	1,26
P - Croyance en un ordre moral	0,47**	0,39**	0,84	0,43**	0,46**	1,09	0,33**	0,57**	1,69**

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de consommer de l'alcool est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de boire de l'alcool est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'alcool; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe Q. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec l'alcool entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	0,86	0,83**	0,96	0,84	0,85	1,00	0,77**	0,90	1,18
C - Reconnaissance prosociale	0,75*	0,93	1,24	0,85	0,92	1,06	0,84	0,91	1,08
F - Attachement	0,70**	0,72**	1,02	0,69**	0,74**	1,07	0,55**	0,89	1,62**
F - Occasions de participation prosociale	0,67**	0,73**	1,08	0,68**	0,74**	1,08	0,59**	0,85	1,44**
F - Reconnaissance prosociale	0,71**	0,75**	1,05	0,70**	0,78**	1,10	0,57**	0,91	1,58**
E - Occasions de participation prosociale	0,87	0,85	0,98	0,85	0,85	1,00	0,85	0,85	1,00
E - Reconnaissance prosociale	0,77	0,74**	0,97	0,70**	0,80*	1,13	0,67**	0,83	1,23
P - Religiosité	0,75**	0,71**	0,98	0,72**	0,72**	1,00	0,61**	0,81	1,31
P - Habilités sociales	0,30**	0,27**	0,90	0,28**	0,28**	1,01	0,29**	0,28**	0,96
P - Interactions avec des pairs prosociaux	0,72**	0,68**	0,95	0,63**	0,75**	1,18	0,66**	0,71**	1,07
P - Croyance en un ordre moral	0,36**	0,44**	1,20	0,44**	0,39**	0,90	0,31**	0,51**	1,61**

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$; ¹ = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de consommer de l'alcool est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de boire de l'alcool est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'alcool; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe R. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec le cannabis entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Faible appartenance à la communauté	1,31**	1,27	0,95	1,25*	1,38	1,14	1,51**	1,25**	0,82
C- Désorganisation	1,24**	1,52**	1,02	1,18	1,47**	1,26	2,01**	1,14	0,57**
C- Transition et mobilité	1,34**	1,34	0,99	1,33**	1,37**	1,01	1,71**	1,25**	0,74
C- Lois et normes favorables aux drogues	2,41**	2,62**	1,05	2,28**	2,73**	1,30	3,72**	2,14**	0,62
C- Perception de la disponibilité des drogues	3,45**	3,92**	1,08	3,52**	3,53**	1,17	4,99**	3,01**	0,59
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	2,45**	4,04**	1,60	3,09**	2,54**	0,87	4,20**	2,44**	0,57**
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	2,36**	2,37**	1,00	2,30**	2,42**	1,13	2,91**	2,19**	0,77
F- Faible encadrement familial	1,89**	2,01**	1,06	2,02**	1,86**	0,96	2,30**	1,80**	0,81
F- Conflits familiaux	1,32**	1,51*	1,13	1,40**	1,30*	0,94	1,60**	1,30**	0,77
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	1,59**	1,82**	1,18	1,66**	1,67**	1,00	2,11**	1,51**	0,77
E- Échec scolaire	1,62**	1,75*	1,10	1,68**	1,61**	0,96	2,05**	1,56**	0,81
E- Faible appartenance à l'école	2,21**	2,23**	1,03	2,11**	2,30**	1,10	3,44**	1,92**	0,61**
P- Attitude de rébellion	1,74**	2,90**	1,69**	2,00**	1,89**	0,93	2,85**	1,72**	0,65*
P- Initiation précoce aux drogues	4,69**	7,10**	1,55	5,58**	5,39**	0,82	6,89**	4,69**	0,67
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	1,82**	1,91**	1,08	2,25**	1,73**	0,72	2,31**	1,71**	0,89
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	2,36**	2,44**	1,06	2,44**	2,33**	0,93	3,12**	2,10**	0,72
P- Attitude favorable aux drogues	4,67**	5,12**	1,07	5,10**	4,49**	0,95	6,10**	4,28**	0,70
P- Intentions d'usage	5,07**	7,78**	1,53	6,46**	4,81**	0,74	6,27**	5,61**	0,95
P- Faible perception du risque face aux drogues	2,91**	1,92**	0,69	2,48**	2,53**	0,96	1,87**	3,20**	1,77**
P- Interactions avec des pairs antisociaux	2,08**	2,81**	1,35	2,25**	2,18**	0,97	4,14**	1,93**	0,52**
P- Usage de drogues des pairs	5,13**	6,97**	1,28	5,52*	5,60**	1,09	6,48**	5,14**	0,80
P- Recherche de sensations fortes	2,04**	3,00**	1,47	2,37**	2,15**	0,89	3,03**	2,03**	0,75
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	1,74**	2,06**	1,18	1,70**	1,91**	1,13	2,48**	1,59**	0,66**

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$, ¹C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu, ²Un OR > 1 pour un facteur donne signifie que la probabilité de prendre du cannabis est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur Un OR < 1 signifie que la probabilité de consommer du cannabis est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'usage de cannabis, les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans) Les différences significatives sont en caractère gras

Annexe S. Comparaison de la force des relations des facteurs de risque avec le cannabis entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ Faible appartenance à la communauté ¹	1,36*	1,32*	1,00	1,35	1,30	0,96	1,12	1,37**	1,26
C- Désorganisation	1,66**	1,31*	0,78	1,49**	1,39*	0,90	1,35	1,45**	1,02
C- Transition et mobilité	1,42	1,19	0,83	1,45**	1,11*	0,76	1,73	1,19	0,68
C- Lois et normes favorables aux drogues	1,96**	1,80**	0,98	1,84**	1,88**	1,07	2,30**	1,73**	0,75
C- Perception de la disponibilité des drogues	3,19**	3,15**	1,05	4,50**	2,49**	0,55	4,66**	2,83**	0,59
F- Histoire familiale des comportements antisociaux	2,22**	2,57**	1,17	2,56**	2,31*	0,89	3,62**	2,22**	0,60
F- Attitudes parentales favorables aux drogues	2,27**	1,85**	0,85	2,14**	1,83**	0,89	2,26**	1,90**	0,87
F- Faible encadrement familial	2,39**	1,83**	0,80	2,63**	1,68**	0,65	2,51**	1,87**	0,77
F- Conflits familiaux	1,34	1,30	0,96	1,49**	1,17	0,76	1,90	1,23	0,62
F- Attitudes parentales/comportements antisociaux	1,56**	1,24	0,82	1,38**	1,28**	0,93	1,67**	1,26**	0,76
E- Échec scolaire	2,01**	1,77**	0,94	1,91**	1,80**	0,92	1,98*	1,80**	0,91
E- Faible appartenance à l'école	2,11**	1,82**	0,91	2,19**	1,64**	0,77	2,46**	1,75**	0,75
P- Attitude de rébellion	1,34	1,75**	1,24	1,66**	1,32	0,83	2,41**	1,33*	0,58
P- Initiation précoce aux drogues	4,49**	3,65**	0,78	4,46**	3,62**	0,79	6,81**	3,69**	0,58
P- Initiation précoce aux comportements antisociaux	1,77**	1,37**	0,82	1,56**	1,47**	0,90	1,84**	1,43**	0,80
P- Attitude favorable aux comportements antisociaux	1,84**	1,59**	0,96	2,29**	1,41**	0,62	2,27**	1,52**	0,69
P- Attitude favorable aux drogues	4,04**	3,60**	0,94	4,39**	3,26**	0,76	4,87**	3,48**	0,77
P- Intentions d'usage	4,42**	4,17**	0,97	3,59**	5,14**	1,37	4,22**	4,10**	0,95
P- Faible perception du risque face aux drogues	2,67**	1,89**	0,72	2,12**	2,00**	0,94	1,69*	2,20**	1,33
P- Interactions avec des pairs antisociaux	1,85**	1,73**	0,95	2,17**	1,60**	0,71	2,01**	1,72**	0,86
P- Usage de drogues des pairs	3,53**	4,20**	1,23	3,99*	3,89**	0,97	4,67**	3,77**	0,81
P- Recherche de sensations fortes	2,02**	2,08**	1,13	2,46**	1,84**	0,80	3,28**	1,89**	0,60
P- Reconnaissance des comportements antisociaux	1,45**	1,50**	1,03	1,47**	1,51**	1,02	1,70**	1,44**	0,82

* $P < 0,0021$ ** $P < 0,001$, ¹C = Communauté, F = Famille, E = École, P = Pairs/individu, ²Un OR > 1 pour un facteur donne signifie que la probabilité de prendre du cannabis est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur Un OR < 1 signifie que la probabilité de consommer du cannabis est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'usage de cannabis, les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans) Les différences significatives sont en caractère gras

Annexe T. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec le cannabis entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon du Nord : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	0,73**	0,91	1,24	0,75**	0,80	1,06	0,69	0,80**	1,13
C - Reconnaissance prosociale	0,65**	0,71*	1,10	0,60**	0,73*	1,18	0,58**	0,69**	1,17
F - Attachement	0,70**	0,59**	0,85	0,62**	0,73**	1,15	0,47**	0,75**	1,65**
F - Occasions de participation prosociale	0,69**	0,56**	0,82	0,63**	0,69**	1,08	0,44**	0,74**	1,71**
F - Reconnaissance prosociale	0,71**	0,59**	0,86	0,68**	0,68**	0,98	0,46**	0,78**	1,61**
E - Occasions de participation prosociale	0,65**	0,78**	1,19	0,67**	0,70**	1,06	0,66**	0,69**	1,00
E - Reconnaissance prosociale	0,68**	0,61**	0,91	0,66**	0,67**	1,01	0,47**	0,75	1,54*
P - Religiosité	0,71**	0,53**	0,74	0,62**	0,72**	1,15	0,60**	0,68**	1,10
P - Habilités sociales	0,31**	0,27**	0,85	0,27**	0,33**	1,24	0,23**	0,33**	1,27
P - Interactions avec des pairs prosociaux	0,45**	0,66**	1,39	0,47**	0,53**	1,20	0,42**	0,53**	1,24
P - Croyance en un ordre moral	0,47**	0,39**	0,82	0,42**	0,47**	1,11	0,34**	0,50**	1,43

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de prendre du cannabis est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de consommer du cannabis est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'usage de cannabis; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe U. Comparaison de la force des relations des facteurs de protection avec le cannabis entre les écoles anglaises et françaises, les filles et les garçons et les plus jeunes et les plus âgés de l'échantillon de l'Est : odds ratio (OR)² ajustés pour la langue, le sexe et l'âge

	Anglais ³	Français	Interaction	Filles	Garçons	Interaction	10-14 ans	15-19 ans	Interaction
C ¹ - Occasions de participation prosociale	0,73	0,83	1,07	0,78	0,81	1,05	0,71	0,82	1,19
C - Reconnaissance prosociale	0,56**	0,85	1,47	0,76	0,75	1,00	0,59	0,78	1,34
F - Attachement	0,59*	0,84*	1,42	0,71**	0,77	1,08	0,45**	0,81	1,87
F - Occasions de participation prosociale	0,65**	0,80**	1,22	0,72	0,77	1,07	0,53**	0,79	1,53
F - Reconnaissance prosociale	0,58**	0,75**	1,25	0,59**	0,78	1,34	0,40**	0,75**	1,91*
E - Occasions de participation prosociale	0,80	0,86	1,05	0,86	0,83	0,97	0,55*	0,91	1,62
E - Reconnaissance prosociale	0,73	0,75	0,99	0,76	0,74	0,99	0,59	0,78	1,32
P - Religiosité	0,64*	0,71	1,07	0,59**	0,76	1,26	0,51	0,71**	1,38
P - Habilités sociales	0,32**	0,35**	0,97	0,32**	0,36**	1,08	0,21**	0,37**	1,76
P - Interactions avec des pairs prosociaux	0,37**	0,54**	1,36	0,41**	0,55**	1,31	0,46**	0,49**	1,03
P - Croyance en un ordre moral	0,51**	0,61**	1,06	0,57**	0,58**	1,01	0,37**	0,63**	1,65

* $P < 0,0045$ ** $P < 0,001$; ¹C = Communauté; F = Famille; E = École; P = Pairs/individu; ²Un OR > 1 pour un facteur donné signifie que la probabilité de prendre du cannabis est OR fois plus grande pour chaque unité additionnelle du facteur. Un OR < 1 signifie que la probabilité de consommer du cannabis est 1/OR fois plus petite pour chaque unité additionnelle du facteur. ³Les colonnes par groupe montrent la force de la relation du facteur avec l'usage de cannabis; les colonnes des interactions montrent la différence dans la force de la relation entre les deux groupes précédents (Anglais/Français, fille/garçons et 10-14 ans /15-19 ans). Les différences significatives sont en caractère gras.

Annexe V. Corrélations (*r* de Pearson) des variables prédictrices et dépendantes : échantillon du Nord¹

	Canabis	Alcool	T tabagisme	Symptômes dépressifs	Croyances dans un ordre moral	Interactions avec des pairs prosociaux	Habiletés sociales	Religiosité	Reconnaissance antisociale	Recherche de sensations fortes	Usage de drogues des pairs	Interactions avec des pairs antisociaux	Faible perception du risque/drogues	Intentions d'usage	Attitude favorable aux drogues	Attitude favorable antisociale	Initiation antisociale précoce	Initiation précoce aux drogues	Attitude de rébellion	Reconnaissance prosociale	Occasions de participation prosociale	Faible appartenance	Échec scolaire	Reconnaissance prosociale	Attachement	Attitude parentales antisociale	Conflits familiaux	Faible encadrement familial	Attitude parentale favorable aux drogues	Histoire familiale antisociale	Reconnaissance prosociale	Occasions de participation prosociale	Disponibilité des drogues	Lois et normes favorables aux drogues	Transition et mobilité	Désorganisation	Faible appartenance			
C ² - Faible appartenance	1																																							
C- Désorganisation	.41	1																																						
C- Transition et mobilité	.16	.15	1																																					
C- Lois et normes fav. aux drogues	.26	.34	.13	1																																				
C- Disponibilité des drogues	.25	.33	.17	.60	1																																			
C- Occasions(participation prosociale)	-.40	-.25	-.14	-.24	-.18	1																																		
C- Reconnaissance prosociale	-.53	-.27	-.15	-.29	-.24	.53	1																																	
F- Histoire familiale antisociale	.23	.35	.22	.52	.58	-.21	-.25	1																																
F- Attitude favorable aux drogues	.19	.25	.15	.50	.51	-.15	-.19	.49	1																															
F- Faible encadrement familial	.34	.33	.13	.48	.44	-.31	-.37	.42	.46	1																														
F- Conflits familiaux	.22	.24	.12	.21	.23	-.12	-.18	.28	.17	.24	1																													
F- Attitude favorable/antisociale	.17	.29	.09	.36	.32	-.16	-.18	.33	.58	.38	.15	1																												
F- Attachement	-.33	-.24	-.14	-.30	-.27	.32	.40	-.26	-.21	-.49	-.26	-.21	1																											
F- Occasions(participation prosociale)	-.35	-.27	-.13	-.30	.25	.36	.40	-.26	-.21	-.54	-.31	-.24	.76	1																										
F- Reconnaissance prosociale	-.36	-.28	-.13	-.32	-.28	.32	.42	-.28	-.26	-.56	-.31	-.25	.77	.75	1																									
E- Échec scolaire	.19	.16	.14	.14	.16	-.20	-.20	.21	.22	.28	.10	.20	-.20	-.23	-.27	1																								
E- Faible appartenance à l'école	.29	.25	.10	.33	.36	-.26	-.29	.32	.33	.42	.19	.30	-.36	-.38	-.41	.43	1																							
E- Occasions(participation prosociale)	-.21	-.16	-.08	-.25	-.19	.28	.29	-.16	-.15	-.28	-.06	-.15	.28	.33	.31	-.21	-.43	1																						
E- Reconnaissance prosociale	-.23	-.22	-.07	-.35	-.30	.26	.36	-.25	-.22	-.36	-.15	-.22	.35	.39	.42	-.18	-.46	.52	1																					
P- Attitude de rébellion	.22	.33	.16	.39	.39	-.19	-.24	.38	.34	.39	.29	.34	-.31	-.30	-.33	.23	.42	-.20	-.27	1																				
P- Initiation précoce aux drogues	.20	.27	.22	.48	.54	-.20	-.23	.59	.52	.44	.22	.37	-.25	-.28	-.28	.26	.39	-.19	-.25	.45	1																			
P- Initiation antisociale précoce	.11	.22	.16	.21	.23	-.11	-.10	.30	.24	.24	.17	.29	-.13	-.14	-.17	.24	.30	-.15	-.15	.35	.42	1																		
P- Attitude favorable antisociale	.20	.30	.14	.48	.46	-.20	-.24	.45	.44	.46	.23	.50	-.30	-.33	-.34	.23	.44	-.26	-.33	.57	.52	.42	1																	
P- Attitude favorable aux drogues	.21	.25	.15	.57	.63	-.19	-.25	.56	.62	.49	.22	.39	-.30	-.30	-.33	.23	.40	-.21	-.29	.47	.67	.29	.65	1																
P- Intentions d'usage	.18	.24	.16	.49	.53	-.16	-.23	.52	.55	.44	.20	.35	-.25	-.26	-.28	.24	.39	-.21	-.25	.45	.67	.33	.54	.72	1															
P- Faible perception du risque/drogues	.18	.15	.12	.31	.29	-.20	-.18	.30	.35	.38	.10	.27	-.21	-.23	-.26	.27	.30	-.18	-.17	.31	.37	.23	.35	.45	.43	1														
P- Interactions/pairs antisociaux	.16	.23	.21	.33	.37	-.17	-.16	.44	.37	.31	.15	.29	-.18	-.19	-.21	.25	.34	-.19	-.19	.33	.46	.46	.42	.44	.44	1														
P- Usage de drogues des pairs	.19	.27	.21	.53	.65	-.20	-.25	.61	.54	.43	.19	.32	-.27	-.26	-.29	.25	.39	-.21	-.26	.41	.67	.30	.47	.70	.63	.37	.60	1												
P- Recherche de sensations fortes	.16	.25	.15	.39	.44	-.16	-.18	.43	.38	.36	.24	.34	-.23	-.23	-.26	.20	.37	-.15	-.25	.56	.51	.38	.53	.49	.49	.27	.37	.46	1											
P- Reconnaissance antisociale	.16	.24	.12	.37	.42	-.15	-.16	.36	.32	.29	.19	.22	-.17	-.19	-.22	.10	.26	-.16	-.21	.35	.40	.22	.39	.44	.42	.23	.35	.45	.35	1										
P- Religiosité	-.13	-.11	-.08	-.17	-.19	.18	-.20	-.20	-.23	-.04	-.16	.18	.14	.18	-.14	.22	.15	.15	-.15	-.24	-.11	-.21	-.26	-.25	-.19	-.16	-.24	-.17	-.15	1										
P- Habiletés sociales	-.23	-.27	-.14	-.42	-.44	.21	.24	-.43	-.46	-.51	-.20	-.40	.32	.32	.35	-.30	-.46	.25	.29	-.50	-.57	-.37	-.57	-.58	-.57	-.42	-.41	-.52	-.50	-.34	.28	1								
P- Interactions/ pairs prosociaux	-.28	-.23	-.10	-.28	-.28	.30	.32	-.26	-.31	-.42	-.16	-.26	.33	.36	.37	-.31	-.46	.29	.29	-.30	-.33	-.25	-.33	-.35	-.33	-.31	-.28	-.36	-.24	-.23	.30	.39	1							
P- Croyances en un ordre moral	-.25	-.31	-.12	-.42	-.41	.20	.28	-.39	-.37	-.49	-.28	-.40	.38	.38	.41	-.24	-.47	.29	.34	-.56	-.47	-.34	-.67	-.55	-.52	-.37	-.34	-.44	-.50	-.36	.23	.58	.34	1						
VD- Symptômes dépressifs	.26	.27	.16	.18	.20	-.19	-.21	.27	.17	.25	.33	.15	-.32	-.37	-.34	.24	.29	-.19	-.23	.31	.27	.17	.23	.22	.21	.16	.17	.21	.22	.17	-.06	-.19	-.26	-.28	1					
VD- Cigarettes	.14	.19	.18	.34	.40	-.16	-.15	.41	.42	.31	.13	.24	-.18	-.18	-.21	.24	.29	-.16	-.15	.30	.56	.30	.36	.54	.57	.33	.43	.56	.31	.28	-.17	-.41	-.27	-.31	.20	1				
VD- Alcool	.15	.19	.13	.43	.50	-.13	-.16	.47	.47	.37	.15	.26	-.24	-.20	-.23	.16	.31	-.12	-.21	.33	.59	.24	.39	.58	.53	.27	.33	.60	.42	.34	-.21	-.48	-.27	-.39	.17	.42	1			
VD- Cannabis	.13	.14	.12	.35	.44	-.12	-.17	.41	.43	.29	.12	.26	-.18	-.19	-.19	.21	.31	-.16	-.19	.28	.52	.23	.37	.58	.57	.35	.40	.57	.33	.31	-.15	-.41	-.25	-.33	.13	.53	.42	1		

¹ Les facteurs de protection sont en italiques. Les corrélations plus fortes que 0,60 sont en caractères gras. ²C = Communauté; F = Famille, E = École; P = Pairs/individu; VD = Variables dépendantes

Annexe W. Corrélations (*r* de Pearson) entre variables prédictrices et dépendantes : échantillon de l'Est¹

	Cannabis	Alcool	Tabagisme	Symptômes dépressifs	Croyances dans un ordre moral	Interactions avec des pairs	Habiletés sociales	Religiosité	Reconnaissance antisociale	Recherche de sensations fortes	Usage de drogues des pairs	Interactions avec des pairs antisociaux	Faible perception du risque/drogues	Intentions d'usage	Attitude favorable aux drogues	Attitude favorable antisociale	Initiation antisociale précoce	Initiation précoce aux drogues	Attitude de rébellion	Reconnaissance prosociale	Occasions de participation prosociale	Faible appartenance	Échec scolaire	Reconnaissance prosociale	Attachement	Attitude parentales antisociales	Conflits familiaux	Faible encadrement familial	Attitude parentale favorable aux	Histoire familiale antisociale	Reconnaissance prosociale	Occasions de participation	Disponibilité des drogues	Lois et normes favorables aux	Transition et mobilité	Désorganisation	Faible appartenance						
C ² - Faible appartenance	1																																										
C- Désorganisation	.31	1																																									
C- Transition et mobilité	.20	.12	1																																								
C- Lois et normes fav. aux drogues	.25	.28	.06	1																																							
C- Disponibilité des drogues	.25	.31	.11	.56	1																																						
C- Occasions(participation prosociale)	-.42	-.14	-.14	-.23	-.16	1																																					
C- Reconnaissance prosociale	-.46	-.16	-.08	-.24	-.21	.50	1																																				
F- Histoire familiale antisociale	.25	.28	.18	.43	.51	-.14	-.18	1																																			
F- Attitude favorable aux drogues	.18	.17	.07	.48	.43	-.12	-.13	.43	1																																		
F- Faible encadrement familial	.33	.28	.09	.43	.43	-.24	-.28	.36	.42	1																																	
F- Conflits familiaux	.24	.30	.16	.20	.26	-.13	-.16	.32	.14	.27	1																																
F- Attitude favorable/antisociale	.14	.21	.11	.29	.27	-.09	-.10	.30	.53	.34	.21	1																															
F- Attachement	-.32	-.24	-.15	-.29	-.30	.26	.30	-.26	-.19	-.46	-.39	-.19	1																														
F- Occasions(participation prosociale)	-.33	-.24	-.13	-.27	.28	.29	.34	-.25	-.16	-.51	-.40	-.18	.74	1																													
F- Reconnaissance prosociale	-.34	-.26	-.13	-.28	-.29	.31	.34	-.29	-.20	-.53	-.40	-.21	.74	.75	1																												
E- Échec scolaire	.14	.14	.12	.08	.16	-.13	-.10	.21	.12	.22	.14	.13	-.17	-.18	-.23	1																											
E- Faible appartenance à l'école	.28	.26	.11	.31	.39	-.21	-.27	.32	.27	.43	.24	.24	-.32	-.34	-.40	.39	1																										
E- Occasions(participation prosociale)	-.17	-.09	-.02	-.13	-.12	.22	.22	-.07	-.08	-.18	-.06	-.07	.19	.23	.24	-.13	-.32	1																									
E- Reconnaissance prosociale	-.24	-.20	-.03	-.28	-.29	.26	.36	-.19	-.17	-.29	-.17	-.14	.28	.32	.38	-.17	-.42	.50	1																								
P- Attitude de rébellion	.22	.18	.13	.31	.34	-.12	-.14	.29	.25	.40	.27	.23	-.32	-.31	-.34	.23	.43	-.14	-.25	1																							
P- Initiation précoce aux drogues	.23	.23	.18	.43	.54	-.18	-.19	.52	.46	.46	.21	.30	-.28	-.29	-.28	.26	.41	-.12	-.23	.38	1																						
P- Initiation antisociale précoce	.16	.20	.15	.15	.22	-.11	-.10	.26	.15	.22	.16	.19	-.15	-.16	-.18	.23	.30	-.10	-.13	.28	.40	1																					
P- Attitude favorable antisociale	.24	.19	.11	.41	.45	-.20	-.19	.35	.35	.45	.22	.42	-.32	-.31	-.35	.22	.45	-.17	-.26	.43	.46	.30	1																				
P- Attitude favorable aux drogues	.27	.24	.10	.54	.58	-.20	-.20	.47	.56	.52	.21	.34	-.32	-.30	-.36	.24	.42	-.15	-.26	.40	.63	.25	.63	1																			
P- Intentions d'usage	.22	.24	.11	.42	.50	-.15	-.17	.46	.45	.38	.20	.30	-.24	-.25	-.25	.25	.36	-.10	-.21	.39	.59	.29	.45	.61	1																		
P- Faible perception du risque/drogues	.21	.13	.08	.21	.23	-.17	-.12	.24	.26	.36	.10	.19	-.18	-.19	-.23	.22	.28	-.09	-.13	.25	.30	.19	.31	.40	.31	1																	
P- Interactions/pairs antisociaux	.13	.22	.19	.20	.30	-.10	-.09	.31	.21	.25	.13	.21	-.16	-.16	-.19	.20	.30	-.12	-.15	.25	.38	.45	.32	.33	.34	.22	1																
P- Usage de drogues des pairs	.23	.23	.16	.45	.61	-.17	-.17	.54	.47	.43	.19	.27	-.29	-.28	-.29	.25	.39	-.11	-.25	.34	.67	.30	.44	.64	.56	.31	.54	1															
P- Recherche de sensations fortes	.16	.25	.13	.37	.49	-.09	-.12	.40	.33	.40	.27	.32	-.26	-.27	-.28	.22	.39	-.09	-.23	.48	.50	.34	.47	.48	.48	.23	.34	.49	1														
P- Reconnaissance antisociale	.11	.16	.10	.26	.27	-.14	-.13	.22	.18	.21	.13	.17	-.15	-.16	-.18	.03	.15	-.05	-.17	.20	.27	.14	.23	.27	.30	.13	.17	.31	.23	1													
P- Religiosité	-.21	-.08	-.07	-.19	-.23	.17	.19	-.18	-.18	-.26	-.10	-.11	.21	.20	.23	-.16	-.25	.10	.15	-.18	-.24	-.12	-.23	-.24	-.21	-.10	-.11	-.23	-.22	-.07	1												
P- Habiletés sociales	-.27	-.22	-.12	-.42	-.50	.20	.20	-.41	-.39	-.53	-.21	-.32	.32	.33	.35	-.28	-.47	.17	.26	-.44	-.57	-.33	-.52	-.59	-.54	-.33	-.33	-.55	-.53	-.27	.28	1											
P- Interactions/pairs prosociaux	-.28	-.16	-.08	-.21	-.22	.21	.23	-.23	-.23	-.36	-.13	-.15	.27	.27	.33	-.30	-.44	.24	.29	-.29	-.31	-.19	-.31	-.33	-.25	-.27	-.22	-.30	-.23	-.13	.28	.35	1										
P- Croyances en un ordre moral	-.26	-.22	-.08	-.43	-.47	.19	.19	-.35	-.33	-.51	-.25	-.37	.35	.35	.40	-.26	-.51	.18	.30	-.55	-.46	-.27	-.61	-.52	-.47	-.30	-.28	-.45	-.49	-.24	.26	.57	.35	1									
VD- Symptômes dépressifs	.23	.21	.14	.16	.21	-.14	-.18	.22	.12	.21	.37	.11	-.30	-.31	-.33	.15	.26	-.09	-.23	.25	.21	.13	.17	.20	.18	.05	.11	.19	.22	.15	-.08	-.17	-.16	-.18	1								
VD- Cigarettes	.16	.13	.13	.22	.30	-.02	-.10	.33	.33	.24	.11	.11	-.14	-.17	-.18	.24	.24	-.10	-.10	.21	.46	.22	.24	.43	.45	.23	.25	.44	.27	.16	-.14	-.32	.21	-.24	.13	1							
VD- Alcool	.17	.17	.08	.42	.51	-.02	-.11	.42	.43	.41	.17	.25	-.22	-.21	-.21	.14	.31	-.08	-.19	.33	.58	.20	.38	.54	.50	.23	.22	.54	.43	.23	-.19	-.53	-.21	-.42	.15	.26	1						
VD- Cannabis	.14	.14	.07	.23	.34	-.02	-.11	.34	.33	.25	.11	.14	-.13	-.12	-.16	.18	.24	-.05	-.13	.15	.43	.18	.22	.43	.44	.23	.29	.49	.28	.17	-.13	-.34	-.23	-.22	.09	.44	.29	1					

¹ Les facteurs de protection sont en italiques. Les corrélations plus fortes que 0,60 sont en caractères gras. ²C = Communauté; F = Famille, E = École; P = Pairs/individu. VD = variables dépendantes