



Comportements à risque

Alcool

Vulnérabilité
Drogues

Santé mentale

Prévention

Facteurs de protection

Délinquance

Situation sociale

Violence

Drogues

Cannabis

Promotion de la santé

Alcool

Situation sociale

Prise en charge précoce

Evaluation

Facteurs de risque

Vulnérabilité

Prise en charge précoce

Cigarettes

Situation sociale

Comportements

Facteurs de protection

Drogues

Prévention

Alcool

Qu'avons-nous appris?

> Prévention auprès
des jeunes vulnérables

Durant les douze dernières années (1992–2004), l'OFSP – dans le cadre du paquet de mesures destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie – a lancé, avec des partenaires nationaux, des programmes de prévention dans les milieux fréquentés par les jeunes. Les étapes importantes et les résultats seront relatés dans une série de publications

- > Prévention dans le sport
- > Prévention dans les institutions pour jeunes
- > Prévention dans le travail avec les jeunes
- > **Prévention auprès des jeunes vulnérables**
- > Prévention dans les communes

Impressum

Editeurs et rédaction:

■ Office fédéral de la santé publique OFSP

Photos:

■ Christoph Hoigné, Berne

Sources et informations:

■ Office fédéral de la santé publique, OFSP, Berne
Section Bases scientifiques et juridiques
Tél. 031 323 23 58
sandra.villiger@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Date de publication:

Septembre 2006

Tirages:

600 ex. allemand, 300 ex. français, 300 ex. anglais

Graphisme:

visu'I AG, Berne

Impression:

Merkur Druck AG, Langenthal

Diese Publikation ist auch in deutscher Sprache erhältlich.
This brochure is also available in English.

Imprimé sur du papier blanchi sans chlore.



> Préface

Les grands préjudices sociaux et pour la santé causés par l'abus d'alcool, de tabac et de drogues sont bien connus et pratiquement personne ne conteste l'importance de la prévention auprès des enfants et des adolescents. Il est alors essentiel d'élaborer des bases scientifiques pour une prévention efficace.

La recherche en prévention a livré jusqu'à maintenant des résultats importants. Ainsi nous savons aujourd'hui que les mesures politiques et structurelles (par ex. la politique des prix de l'alcool et du tabac, la limitation de l'accès aux substances, la protection de la jeunesse, la limitation de la consommation dans les lieux publics) sont relativement efficaces. Les mesures visant directement un changement du comportement individuel par le biais de méthodes éducatives et communicatives s'avèrent plus difficiles. Une cause réside dans le fait que les jeunes ne constituent pas un groupe homogène; le risque qu'ils développent des problèmes de drogues ou d'autres comportements à risque n'est pas identique pour tous.

Comment ces résultats peuvent-ils être transposés dans la pratique? La brochure présentée ici, de la série « Qu'avons-nous appris? », souhaite y apporter quelques suggestions. Quatre groupes de recherche, mandatés par l'OFSP, résument les principaux résultats de leurs études sur le thème « Jeunes vulnérables » et formulent des recommandations pour la prévention.



Dr Jörg Spieldenner
Office fédéral de la santé publique
Chef de Division Programmes nationaux de prévention

> Table des matières

Préface	3
1 Introduction En quoi vulnérabilité et prévention sont-elles liées? BERNHARD MEILI	5
2 Jeunes vulnérables en Suisse: Revue de la littérature et analyse secondaire des données SMASH JOAN-CARLES SURIS	9
3 Déterminants de comportements à risque chez les adolescents: suivi après deux ans JEANNETTE BRODBECK	19
4 Consommation de substances à l'adolescence: suivi et accès aux soins MONIQUE BOLOGNINI, BERNARD PLANCHEREL	27
5 Effets d'un programme d'intervention pour jeunes en situation de risque: <i>supra-f</i> GEBHARD HÜSLER	37
6 Situation sociale, vulnérabilité et consommation de substances: un instrument d'évaluation GEBHARD HÜSLER	48



1 > Introduction

BERNHARD MEILI

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DIVISION PROGRAMMES
NATIONAUX DE PRÉVENTION

En quoi vulnérabilité et prévention sont-elles liées?

De récentes études sur la santé des jeunes en Suisse révèlent un accroissement des comportements à risque, tels que consommation de drogues, mauvaise alimentation, sédentarisme, violence et délinquance. A noter toutefois que seule une minorité des jeunes sont gravement menacés par un comportement à risque massif et persistant et hypothèquent leurs chances de devenir des adultes en bonne santé, au plan physique, psychique et social. Ces jeunes sont qualifiés de vulnérables.

L'efficacité de la prévention repose avant tout sur la connaissance des facteurs contribuant à la vulnérabilité des jeunes en question. Au cours des dernières années, l'Office fédéral de la santé publique a donc chargé quatre groupes de recherche d'analyser la question de la vulnérabilité ainsi que les chances de succès de la prévention qui en découlent, et ce de différents points de vue. Les rapports finaux sont téléchargeables en format pdf sous www.bag.admin.ch (Drogues/recherche/études)

- *Suris, J.-C. et al. Jeunes vulnérables en Suisse. Faits et données.* Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2006.

Le rapport original de cette étude se divise en deux parties. La première est une revue de la littérature sur la prévalence des comportements à risque en Suisse et dans d'autres pays. Simultanément, une liste des facteurs de risque et de protection est établie pour les différents comportements à risque. La deuxième partie est une analyse basée sur l'enquête SMASH* dans le but de distinguer les jeunes selon leur degré de vulnérabilité: Quelles sont leurs caractéristiques et leurs prévalences des comportements à risque?

* Une enquête transversale sur la santé et les styles de vie des adolescents de 16 à 20 ans menée sur un échantillon national représentatif en 2002

- *Brodbeck, J. et al. Wohlbefinden, Belastungen und Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Eine Längsschnitt-Studie.* Service universitaire de psychiatrie, Berne, 2006.

Cette étude longitudinale, menée durant 2 ans sur un échantillon d'origine de 3000 jeunes gens entre 16 et 24 ans dans les villes de Bâle, Berne et Zurich, s'intéresse aux précurseurs de comportements à risque et aux éventuelles modifications de ces derniers, à savoir une augmentation, une réduction ou le maintien de comportements à risque.

- *Bolognini, M. et al. La consommation de substances à l'adolescence: problèmes associés, trajectoires individuelles et accès au soin.* Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Lausanne, 2004

Une autre étude longitudinale effectuée sur trois ans en Suisse romande, avec 102 adolescents consommateurs réguliers de substances, âgés entre 14 et 19 ans. Les analyses sont faites sur les trajectoires individuelles, l'accès au soin, ainsi que sur les problèmes associés à la consommation de substances.

- *Hüsler, G. et al. Etude 1: supra-f: Ein Suchtpräventions- und Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche. Centre de réhabilitation et de psychologie de la santé de l'Université de Fribourg, 2006. Etude 2: Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum bei gefährdeten Jugendlichen.*
- Le programme de recherche en prévention *supra-f* ouvre un vaste champ de recherche. La première de ces deux études présente des résultats d'efficacité des 12 programmes *supra-f* pour jeunes vulnérables, en fonction depuis 1999 dans sept cantons. La deuxième étude fait une comparaison d'un échantillon de 3300 jeunes dans trois contextes différents: écoles dans le canton de Fribourg, programmes *supra-f* et semestres de motivation pour des jeunes sans place d'apprentissage.

Pour la présente publication, les quatre groupes de chercheurs ont été priés de présenter leur étude et leurs conclusions sous une forme très concise et vulgarisée. Chacune de leurs contributions s'achève par des recommandations au niveau de la prévention. A l'échelle internationale, le thème de la vulnérabilité et des comportements à risque, surtout la consommation de drogues, a bénéficié jusqu'à présent d'un intérêt plus grand que chez nous (NIDA, UK Department of Health, EMCDDA, OMS Europe, p. ex.). Les résultats présentés ici et basés sur des données suisses confirment dans l'ensemble les observations effectuées à l'étranger.

Facteurs de risque et de protection

La recherche concernant les facteurs de risque et de protection a permis d'identifier, au cours des dernières années, certaines caractéristiques susceptibles d'influencer l'adoption et la chronicité des comportements à risque. Les facteurs de risque accroissent la probabilité de comportements à risque, tandis que les facteurs de protection la réduisent. La distinction entre facteurs de risque et facteurs de protection n'est pas toujours simple car il s'agit souvent de deux pôles d'une seule et même variable. Ainsi, les mauvais résultats scolaires peuvent être un facteur de risque, alors que les bons résultats sont un facteur de protection. La recherche révèle toutefois que les facteurs de protection présentent un intérêt tout particulier dans la mesure où ils peuvent aussi agir comme tampon pour ainsi dire et protéger des jeunes « à haut risque » d'une évolution problématique et négative.

Une prévention efficace appliquera donc deux stratégies: d'une part, réduire les facteurs de risque et ainsi la vulnérabilité des jeunes; d'autre part, renforcer les facteurs de protection qui rendent les jeunes plus résistants par rapport à une évolution problématique (« résilience »).

Les facteurs de risque et de protection peuvent se répartir en cinq groupes:

- Prédisposition individuelle et situation sociale initiale
- Facteurs individuels
- Facteurs familiaux
- Facteurs scolaires
- Facteurs sociaux

Le constat selon lequel certains facteurs sont associés à plus d'un comportement à risque revêt une grande importance pour la prévention (cf. tableaux 1 et 2 en annexe). Cela signifie que chaque comportement à risque ne requiert pas toujours la mise en place d'un programme de prévention individuel, mais qu'une approche intégrée est plus prometteuse de succès et s'avérera plus efficace au niveau des coûts. Pas tous les facteurs de risque ou de protection ne sont modifiables. Dans le cas des jeunes vulnérables, la prévention se concentrera donc sur les facteurs corrigibles et susceptibles d'agir simultanément sur plusieurs comportements indésirables. Les facteurs de risque en principe modifiables sont les suivants :

- Influence de jeunes à problème du même âge (*pairs*)
- Mauvaise relation avec les parents
- Mauvais résultats scolaires
- Adoption précoce d'un comportement à risque

Du côté de la protection, il convient de souligner les facteurs suivants :

- Bon état affectif
- Bonne relation avec les parents
- Bons résultats scolaires
- Bonne relation avec l'école resp. un bon climat scolaire

Conséquences pour la prévention

Les conclusions de la recherche sur les facteurs de risque et de protection peuvent contribuer à la mise en place d'une prévention efficace et économique. Bien que chacune des quatre études présentées ici propose ses propres recommandations, il est possible de formuler une conclusion générale concernant la prévention. Les programmes de prévention destinés au groupe des jeunes menacés auront tout intérêt à se concentrer sur l'influence susceptible d'être exercée au niveau des principaux facteurs de risque et de protection, qui s'avèrent importants pour plus d'un comportement à risque. Comme indiqué plus haut, il s'agit en premier lieu de la relation avec les parents, le climat scolaire, les compétences cognitives et affectives ainsi que les relations avec les jeunes du même âge. Une approche de prévention bien ancrée dans la communauté et orientée vers *la santé des jeunes* promet plus de succès et sera moins coûteuse que de multiples projets isolés et à court terme.

Identification des jeunes vulnérables

Celui qui préférera une prévention « sélective » et « indiquée » à une vaste prévention « universelle », devra s'attacher à identifier le groupe cible d'une manière pratique, aussi fiable que possible et non stigmatisante.

En principe, deux approches sont possibles : le dépistage systématique à l'aide des instruments standards ou la détection des jeunes vulnérables par le biais des structures normales telles que les écoles, offices de la jeunesse, services psychopédagogiques, professions de la santé, procureur des mineurs, bureaux de placement, semestres de motivation, etc. Dans leurs contributions contenues ici, les chercheurs font part de leurs expériences à travers ces deux approches.



Définitions

Certains concepts essentiels et récurrents sont ici définis; ils s'appliquent à l'ensemble des études.

Facteur de risque et de protection: Un *facteur de risque* est un élément, propre au jeune ou à son environnement, susceptible d'accroître la probabilité de la survenance d'un comportement à risque pour la santé.

Un *facteur de protection* est un élément, propre au jeune ou à son environnement, susceptible de réduire la probabilité de la survenance d'un comportement à risque pour la santé. Les facteurs de protection diminuent la vulnérabilité et augmentent la résilience; ils forment une sorte de *tampon* entre facteurs de risque et comportements à risque et leurs conséquences négatives.

Vulnérabilité: Disposition individuelle, qui facilite le développement de comportements à risque et de troubles psychiques. Elle est déterminée par des facteurs génétiques, psychiques et sociaux. L'inverse est la **résilience**.

Prévention: La *prévention* a pour objectif d'empêcher l'adoption de comportements à risque (*prévention primaire*) ou d'atténuer leur incidence négative (*prévention secondaire*).

Plutôt que de définir la prévention en fonction du *moment* de l'intervention, il est aujourd'hui de plus en plus courant de la définir en fonction des *groupes cibles* (Institute of Medicine) [1]:

- La prévention *universelle* s'adresse à l'ensemble de la population sans distinction entre les degrés de risque ou de menace.
- La prévention sélective s'adresse à des *groupes définis* particulièrement vulnérables (jeunes résidant en foyer ou en prison, enfants de parents toxicomanes, p. ex.).
- La prévention indiquée s'adresse à des *individus identifiés*, exposés à un risque accru (cf. la contribution dans cette brochure sur le programme *supra-f*).

Références bibliographiques

- 1 Institute of Medicine (1994): Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

ADRESSE DE CORRESPONDENCE:
BERNHARD MEILI
OFFICE FÉDÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DIVISION
PROGRAMMES NATIONALES DE PRÉVENTION
CH-3003 BERNE
TÉL. +41 (0) 31 323 87 15
E-MAIL: BERNHARD.MEILI@BAG.ADMIN.CH



2 > Jeunes vulnérables en Suisse: Revue de la littérature et analyse secondaire des données SMASH

JOAN-CARLES SURIS

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE, LAUSANNE

Résumé

* Une enquête transversale sur la santé et les styles de vie des adolescents de 16 à 20 ans menée sur un échantillon national représentatif en 2002

En utilisant la base de données SMASH02* nous avons défini un groupe de jeunes vulnérables. Ces jeunes se différencient de leurs pairs par des caractéristiques personnelles, familiales et scolaires/sociales. De plus, ils présentent des prévalences plus élevées de tous les comportements à risque étudiés et ces prévalences augmentent selon le degré de vulnérabilité.

Bien que ces jeunes profiteraient tous d'une approche globale axée sur le plan personnel, familial et scolaire/social, il semble que les filles vulnérables bénéficieraient surtout d'une approche au niveau personnel (amélioration du bien-être émotionnel) tandis que les garçons vulnérables profiteraient principalement d'interventions au niveau scolaire/social (amélioration du lien avec l'école).

Introduction

Beaucoup de jeunes souffrent de difficultés considérables pendant leur développement à cause de divers facteurs individuels, familiaux et environnementaux (1). Ce sont des jeunes qui ont des problèmes pour avoir du succès dans leur rôle d'adolescents et qui ont des désavantages du point de vue social, éducatif et économique par rapport à leurs pairs (2). La notion de vulnérabilité fait référence à la recherche et aux perspectives d'interventions orientées vers l'individu risquant de développer des problèmes d'adaptation (3).

L'adolescence est une période d'expérimentation, même si les activités impliquent un élément de risque (4). Le terme *comportement à risque* est utilisé pour se référer, conceptuellement, à certains comportements qui ont des effets négatifs sur la santé comme l'usage de drogues, la conduite sexuelle à risque, la conduite téméraire, les conduites violentes ou suicidaire, les troubles de la conduite alimentaire et la délinquance, entre autres. Les conséquences négatives potentielles de ces comportements incluent les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmises, les handicaps sévères et la mort (5).

Objectif

L'objectif de cette étude est double:

1. Définir les caractéristiques des jeunes vulnérables.
2. Etablir la prévalence de chacun des comportements à risque selon le degré de vulnérabilité.



Population et Méthodes

Pour cette étude, nous avons utilisé les données SMASH 2002 (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002) (6), une enquête transversale sur la santé et les styles de vie des adolescents de 16 à 20 ans menée sur un échantillon national représentatif (n=7548) d'étudiants et apprentis des trois régions linguistiques de la Confédération. La récolte des données s'est faite par le biais d'un questionnaire anonyme auto-administré (565 items) dans les classes.

Définitions des variables

Vulnérabilité: Pour la définition du concept de vulnérabilité, nous avons combiné une variable personnelle (bien-être émotionnel), une variable familiale (relation avec les parents) et une variable scolaire (lien avec l'école). Ces trois variables sont associées dans la littérature à tous les comportements à risque (7), soit comme marqueur de risque (c'est à dire, favorisant le comportement à risque), soit comme marqueur protecteur (prévenant le comportement à risque). Chacune de ces 3 variables se base sur une échelle avec des valeurs entre 1 et 4. Nous avons divisé chacune des échelles en trois catégories selon la distribution des valeurs:

- Marqueur de risque: pour les valeurs incluses dans le 10% plus bas de la distribution (< percentile 10).
- Moyenne: pour les valeurs intermédiaires comprises entre le 10% et le 90% de la distribution (percentile 10 à 90).
- Marqueur de protection: pour les valeurs incluses dans le 10% plus élevé (> percentile 90) de la distribution.

Selon le nombre de marqueurs de risque (de chacune des 3 variables), nous avons divisé notre population en 3 groupes: aucun marqueur (catégorie de référence), 1 marqueur et 2 ou 3 marqueurs qui définit les jeunes vulnérables (Tableau 1).

Tableau 1: Distribution de la population étudiée selon le nombre de marqueurs de risque

	Global		Filles		Garçons	
	N	%	N	%	N	%
Aucun marqueur	5665	75,0	2648	72,4	3017	77,6
1 marqueur	1403	18,6	725	19,8	678	17,4
2 ou 3 marqueurs	480	6,4	285	7,8	195	5,0

Caractéristiques des jeunes vulnérables:

Afin de discerner les traits qui différencient les jeunes vulnérables par rapport aux autres jeunes, nous avons analysé trois catégories de variables: personnelles, familiales, et scolaires/sociales (Tableau 2).



Comportements à risque: Nous avons défini 9 comportements à risque:

- Tabac: Consommation journalière de tabac (une cigarette par jour ou plus).
- Méusage d'alcool: 3 épisodes d'ivresse ou plus durant les 30 derniers jours.
- Consommation régulière de cannabis: 9 joints ou plus durant les 30 derniers jours.
- Consommation d'autres drogues illégales: Consommation d'autres drogues illégales durant les 30 derniers jours.
- Sexualité à risque: Au moins deux des quatre facteurs suivants: antécédent de grossesse; non utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel; 4 partenaires sexuels ou plus au cours de leur vie; premier rapport avant l'âge de 15 ans.
- Tentative de suicide: Au moins une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.
- Troubles de la conduite alimentaire (TCA): Manger énormément et avoir de la difficulté pour s'arrêter tous les jours et/ou se faire vomir tous les jours.
- Conduites violentes: Au moins une des conduites suivantes au cours des derniers 12 mois: Avoir attaqué un adulte; avoir arraché ou volé un sac ou un téléphone portable; porter une arme; avoir utilisé une arme dans une bagarre.
- Délinquance: Au moins une des conduites suivantes au cours des 12 derniers mois: avoir détruit volontairement quelque chose; avoir volé quelque chose; avoir mis le feu à quelque chose.

Résultats

1. Caractéristiques des jeunes vulnérables

Du point de vue personnel, la majorité des caractéristiques qui différencient les jeunes vulnérables sont communes aux deux sexes. Globalement, il est plus fréquent que ces jeunes aient une perception de mauvaise santé et soient fatigués la plupart du temps, soient sédentaires, étrangers, avec une image corporelle négative, aiment la prise de risques, aient une mauvaise relation avec leurs amis et un antécédent d'abus physique. Chez les filles, il est plus fréquent qu'elles aient un antécédent d'abus sexuel tandis que les garçons sont plus nombreux à habiter en milieu urbain.

Tableau 2: Caractéristiques des jeunes vulnérables

Jeunes vulnérables	Filles	Garçons
Variables personnelles		
Age	—	—
Perception de mauvaise santé	■	■
Ne fait pas de sport en dehors de l'école	■	■
Etranger	■	■
Habite en ville	—	■
Est fatigué(e) la plupart du temps	■	■
Image corporelle négative	■	■
Puberté précoce par rapport à ses camarades	—	—
Aime la prise de risques	■	■
Mauvaises relations avec les amis	■	■
Antécédent d'abus sexuel	■	—
Antécédent d'abus physique	■	■
Variables familiales		
Parents ne vivent pas ensemble	■	—
Bas niveau d'éducation du père	■	—
Bas niveau d'éducation de la mère	—	—
Peur d'être frappé(e) par ses parents	■	■
Peur que ses parents se séparent/divorcent	■	■
Variables scolaires/sociales		
Filière d'études: apprenti(e)	■	—
Mauvais résultats scolaires	—	■
Pense qu'il (elle) ne va pas finir ses études	■	■
Pense qu'il (elle) ne trouvera pas un travail après	■	■

Du point de vue familial, les filles vulnérables se différencient des autres filles de par la fréquence avec laquelle leurs parents ne vivent pas ensemble et par le bas niveau d'éducation de leur père (école obligatoire ou moins). Pour les deux sexes, ces jeunes indiquent plus souvent avoir peur d'être frappés par leurs parents ou que leurs parents se séparent.

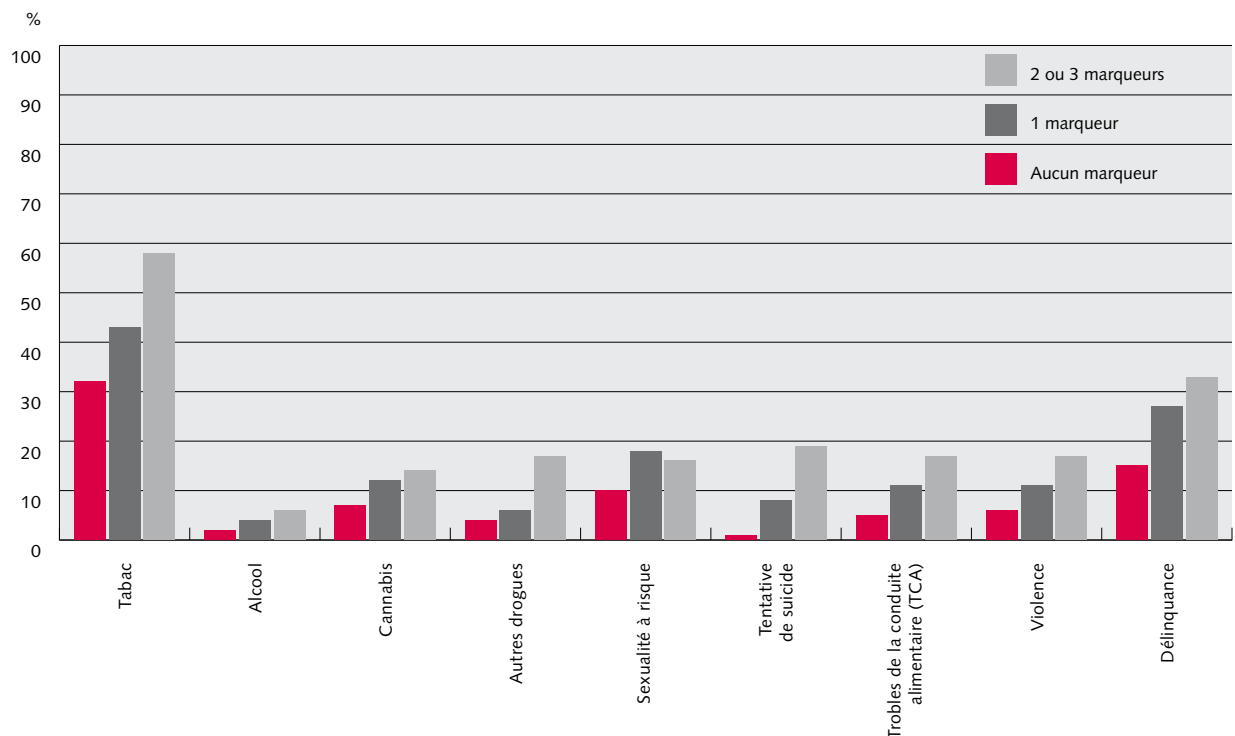
Du point de vue scolaire, il est plus fréquent que les filles vulnérables soient des apprenties tandis que les garçons vulnérables ont des mauvais résultats scolaires. Pour les deux sexes, ces jeunes pensent qu'ils ne vont pas finir leurs études et qu'ils ne trouveront pas de travail après (Tableau 2).

2. Prévalence des comportements à risque

Tant chez les filles que chez les garçons, les jeunes vulnérables (2 ou 3 marqueurs de risque) ont des prévalences plus élevées de tous les comportements à risque que ceux qui n'ont aucun marqueur, et les prévalences augmentent avec le degré de vulnérabilité.

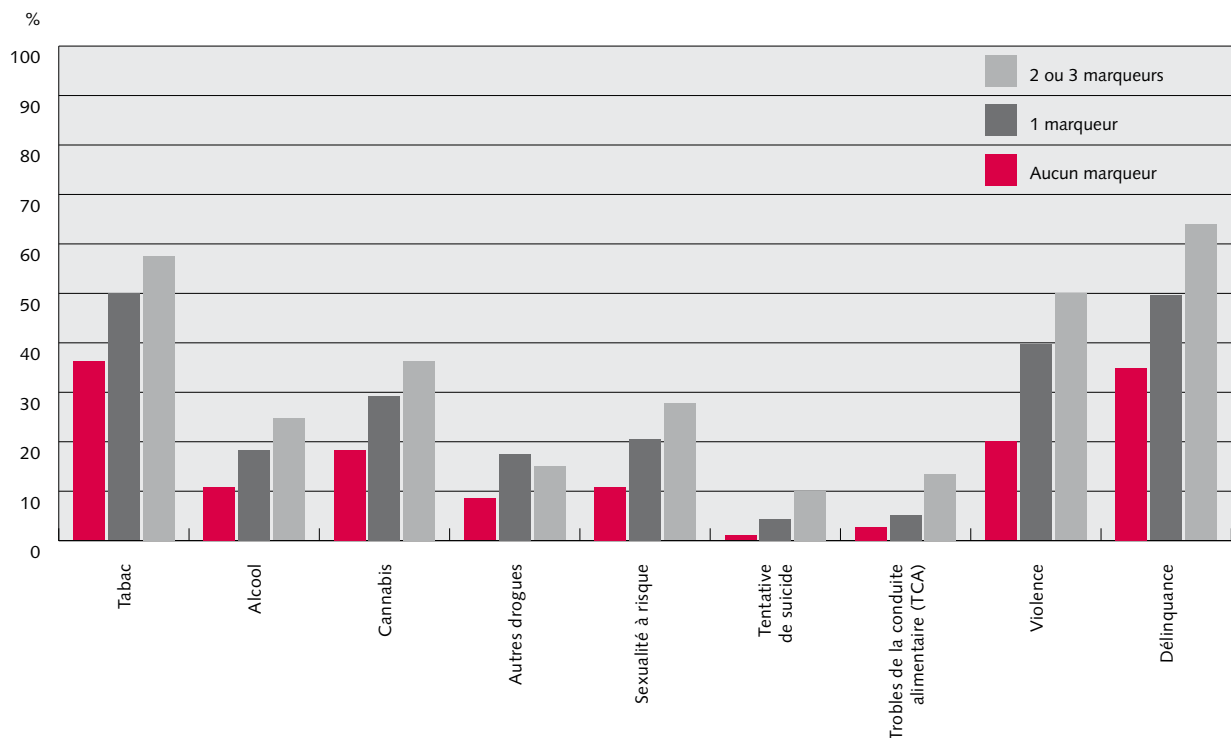
Ainsi, comparées avec celles qui n'ont aucun marqueur, les filles vulnérables ont une prévalence environ deux fois supérieure de consommation de tabac, cannabis, conduite violente ou délinquance, trois fois plus élevée pour le mésusage d'alcool ou les troubles de la conduite alimentaire, quatre fois plus pour l'usage d'autres drogues illégales, et 19 fois plus pour les tentatives de suicide (Graphique 1).

Graphique 1 : Prévalence des comportements à risque selon le degré de vulnérabilité. Filles de 16–20 ans



De même, les garçons vulnérables présentent des prévalences de mésusage d'alcool, consommation de cannabis, consommation d'autres drogues illégales, sexualité à risque, conduite violente ou délinquance deux fois plus élevées que ceux qui n'ont pas de marqueurs de risque. Ces prévalences sont 4 et 20 fois plus élevées, respectivement, pour les troubles de la conduite alimentaire et les tentatives de suicide (Graphique 2).

Graphique 2: Prévalence des comportements à risque selon le degré de vulnérabilité. Garçons de 16–20 ans



Recommandations pour la pratique

Selon la définition de vulnérabilité utilisée dans cette étude (mauvaise relation avec les parents, mauvais lien avec l'école, manque de bien-être émotionnel) un jeune sur 16 (6,4%) est vulnérable, avec une prévalence légèrement plus élevée chez les filles (7,8%) que chez les garçons (5%). Cependant, le fait que les résultats s'appuient sur un échantillon de jeunes scolarisés qui n'inclut pas ceux qui ne suivent aucune formation (et qui prennent plus de risques (8)) indique que ces résultats sont plutôt conservateurs. Une étude portant sur tous les adolescents (et non uniquement sur les jeunes scolarisés qui sont en quelque sorte intégrés dans le système) donnerait très probablement des taux de vulnérabilité beaucoup plus élevés. Le fait que nous ayons choisi une définition restrictive des marqueurs de risque (le 10% plus bas de chacune des échelles) peut aussi expliquer partiellement cette prévalence relativement basse.

Globalement, les jeunes vulnérables vont moins bien que les autres dans la plupart des domaines analysés dans cette étude. Les caractéristiques de ces jeunes nous donnent des pistes concernant des sous-groupes de jeunes à risque de vulnérabilité qu'il faudrait suivre de près.

- Une des caractéristiques de l'adolescence est le distanciellement par rapport aux parents en faveur des amis pour acquérir l'indépendance. Il est donc remarquable que tant les filles que les garçons vulnérables aient une mauvaise relation avec leurs amis. Etant donné que notre définition de vulnérabilité s'appuie sur un mauvais lien avec la famille et avec l'école, ces jeunes ont peu (voire aucun) de points de soutien.
- Les antécédents d'abus (seulement physique pour les garçons) ont aussi une importance et devraient faire réfléchir d'un côté à l'importance que les victimes dénoncent ces faits (et puissent en parler) et de l'autre au suivi que ces victimes devraient avoir.
- Du point de vue familial, le fait de ne pas vivre avec le père et la mère biologiques a très peu de poids chez les filles vulnérables et aucun poids chez les garçons. Ce résultat coïncide avec ce qui est décrit dans la littérature: le lien avec la famille est plus important que la structure familiale. Bien que la littérature indique que vivre dans une famille monoparentale est un facteur de risque (9), il est aussi clair que l'ambiance familiale a un poids très important (10).



- Il est important de noter que pour les deux sexes il est beaucoup plus fréquent que les jeunes vulnérables craignent d'être frappés par leurs parents ou que ceux-ci se séparent. Ce résultat renforce la notion de l'importance de la relation avec les parents et montre que les jeunes faisant face à des cas de violence (verbale ou physique) intra-familiale devraient aussi être spécialement ciblés.
- Un bas niveau d'éducation du père (mais pas de la mère), qui peut être utilisé comme approximation du niveau socio-économique, est significatif seulement chez les filles. Ainsi donc, il semble globalement que le niveau socio-économique n'ait pas de grande influence sur la vulnérabilité et que celle-ci soit aussi fréquente dans toutes les couches sociales.
- Il n'y a pas de différences importantes selon la filière académique, ce qui indique que la vulnérabilité atteint tant les étudiants que les apprentis.
- Tant chez les filles que chez les garçons, les jeunes vulnérables sont beaucoup plus nombreux à ne pas croire qu'ils finiront leurs études ou qu'ils trouveront un travail plus tard. Dans ce cadre, on peut imaginer que les jeunes vulnérables scolarisés sont souvent très près d'abandonner leurs études et d'entrer dans un cycle de vulnérabilité encore plus important.
- La prévalence des comportements à risque, ainsi que la probabilité de les adopter, augmente avec le degré de vulnérabilité, tant pour les garçons que pour les filles.
- Le mésusage d'alcool, la consommation régulière de cannabis, la sexualité à risque, les conduites violentes et la délinquance sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles vulnérables. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les filles, tandis que la consommation journalière de tabac, l'usage d'autres drogues illégales et les troubles de la conduite alimentaire ont des prévalences très semblables pour les deux sexes parmi ces jeunes.

Dans une orientation vers la pratique, il est important de savoir si le fait de changer les valeurs des marqueurs de vulnérabilité utilisés (par exemple, passer d'une mauvaise relation avec les parents à une relation moyenne ou excellente) peut avoir une influence sur l'adoption des comportements à risque des jeunes vulnérables.

Les résultats des analyses de l'étude publiée dans le rapport *Jeunes vulnérables en Suisse: faits et données* (7) indiquent que le changement des marqueurs vers des valeurs moyennes ou positives impliquerait une diminution de la probabilité que ces jeunes adoptent des conduites à risque.



Bien qu'il soit clair que les jeunes vulnérables profiteraient d'une approche globale (c'est à dire, d'une action simultanée au niveau personnel, familial et scolaire/social), les approches spécifiques sont différentes selon le sexe.

- Pour les filles vulnérables, c'est une amélioration du marqueur personnel (bien-être émotionnel) qui va diminuer le plus la probabilité d'adopter des comportements à risque, surtout dans les domaines de la consommation de tabac et d'autres drogues illégales, sexualité à risque, tentatives de suicide, troubles de la conduite alimentaire et conduites violentes. L'amélioration de la relation avec les parents joue aussi un rôle, quoique moins important. Finalement, le lien avec l'école est le marqueur qui semble avoir le moins d'influence chez ces filles.
- Pour les garçons vulnérables, le marqueur le plus déterminant est le lien avec l'école, surtout dans les domaines du mésusage d'alcool, consommation de cannabis, sexualité à risque, troubles de la conduite alimentaire, conduites violentes et délinquance. Les deux autres marqueurs (relation avec les parents et bien-être émotionnel) ont une influence similaire mais moins essentielle.

Notre étude indique que dans les filières de formation, un jeune sur 16 est vulnérable. En chiffres absolus, ils représentent près de 17'000 jeunes en Suisse. Les résultats de cette étude sont un premier pas pour identifier les jeunes à risque de vulnérabilité et devraient permettre la mise en place de programmes de prévention.

Référence bibliographique

- 1 Wolkow KE, Ferguson HB. Community factors in the development of resiliency: considerations and future directions. *Comm Mental Health J* 2001 ; 37: 489–498.
- 2 Zweig JM. Vulnerable youth: identifying their need for alternative educational settings. Washington: The Urban Institute, 2003.
- 3 Trudel M, Puentes-Neuman G. The contemporary concepts of at-risk children: theoretical models and preventive approaches in the early years. Paper prepared for the Pan-Canadian Education Research Agenda Symposium, « Children and youth at risk », April 6th and 7th, 2000, Ottawa. http://www.cesc.ca/pceradocs/2000/00Trudel_Puentes-Neuman_e.pdf . 2005. 2-12-2005.
- 4 Galambos NL, Tilton-Weaver LC. Multiple-risk behaviour in adolescents and young adults. *Health Reports* 1998; 10: 9–20.
- 5 Igra V, Irwin CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. In: RJ DiClemente, WB Hansen, LE Ponton, editors. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press, 1996.

- 6 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). 2004. Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. Raisons de santé 95a.
- 7 Suris JC, Berchtold A, Jeannin A, Michaud PA. Jeunes vulnérables en Suisse: faits et données. 2006. Office fédéral de santé publique.
- 8 Delbos-Piot I, Narring F, Michaud PA. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans en Suisse Romande. Santé Publique 1995; 1: 59–72.
- 9 Wietoft GR, Hjern A, Haglund B, Rosen M. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. Lancet 2003; 361: 289–295.
- 10 Spruijt E, DeGoede M, Vandervalk I. The well-being of youngsters coming from six different family types. Patient Education and Counseling 2001; 45: 285–294.

Cette étude a été réalisée sur mandat et avec le soutien financier de l'OFSP.

Suris, J.-C. Berchtold, A. Jeannin, A. Michaud, P.-A. (2006). *Jeunes vulnérables en Suisse. Faits et données*. Groupe de recherche sur la santé des adolescents, Institut universitaire de médecine sociale préventive, Lausanne

ADRESSE DE CORRESPONDANCE:
 JOAN-CARLES SURIS
 GRSA/IUMSP
 17, RUE DU BUGNON
 CH-1005 LAUSANNE
 TÉL: + 41(0)21 314 73 75
 E-MAIL: JOAN-CARLES.SURIS@CHUV.CH



3 > Déterminants de comportements à risque chez les adolescents : suivi après deux ans

JEANNETTE BRODBECK

CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE, BERNE

Résumé

En 2003 et en 2005, environ 2000 adolescents et jeunes adultes de Bâle, de Berne et de Zurich ont participé à un entretien téléphonique sur les contraintes psychosociales, les aspects liés à la personnalité et les comportements à risque. Nous avons examiné dans quelle mesure leur comportement avait évolué au bout de deux ans, s'il était possible de savoir deux ans plus tôt qui atténuerait, maintiendrait ou accentuerait son comportement à risque et ce qui permettait de le prévoir.

Contexte

Les comportements à risque tels que la consommation de stupéfiants, les rapports sexuels non protégés ou la violence et le vol se manifestent en général pour la première fois chez les jeunes, avant de disparaître fréquemment (mais pas systématiquement) à l'âge adulte. Outre la menace aiguë ou chronique pesant sur la santé physique et psychique du jeune en question, le risque réside aussi dans une évolution problématique de la personnalité ou dans des difficultés d'intégration sociale. Par ailleurs, les comportements à risque peuvent aussi s'inscrire dans un processus normal d'évolution et dans un style de vie spécifique, que les jeunes abandonneront par la suite avec l'augmentation des responsabilités liées à la vie professionnelle, etc. On ne parle de comportement à problème que si les éléments préjudiciables sont prédominants (1). Pour pouvoir mettre au point des mesures de prévention ciblées, il importe d'identifier à temps les personnes présentant un plus grand risque de maintien ou d'accentuation du comportement à risque. Divers facteurs contribuent à l'apparition et à l'évolution de comportements à risque : attentes par rapport à l'impact du produit stupéfiant ou du comportement, processus d'apprentissage social parmi les jeunes du même âge ou dans la famille, rapports avec la famille et la société, ou des facteurs intrapersonnels, tels que variables de la personnalité et contraintes, ou une combinaison de plusieurs facteurs. Ces facteurs ont été confirmés comme étant susceptibles d'influencer l'apparition d'un comportement à risque (2). La présente étude s'est notamment intéressée aux facteurs intrapersonnels.



Objectif

Cette étude longitudinale auprès d'adolescents et de jeunes adultes issus d'un large public a permis d'identifier des caractéristiques destinées au dépistage précoce des personnes susceptibles de maintenir ou d'accentuer un comportement à risque, ainsi que des bases sur lesquelles définir des mesures préventives adaptées à ce groupe. Elle s'intéresse également aux personnes ayant atténué ou abandonné un comportement à risque habituel.

Echantillon et méthodologie

2844 adolescents et jeunes adultes, âgés de 16 à 24 ans, ont participé en 2003 à la première enquête téléphonique assistée par ordinateur. Les participants avaient été sélectionnés au hasard dans les registres des habitants des villes de Bâle, Berne et Zurich. Le taux de participation s'élevait à 71 %. Deux ans plus tard, 2031 de ces jeunes, c'est-à-dire à nouveau 71 %, ont pris part à l'étude de suivi. L'entretien portait notamment sur la fréquence et la motivation de la consommation de stupéfiant et du comportement sexuel à risque ainsi que sur la violence et le vol. Il prenait en compte certaines variables de contrainte, à savoir contraintes psychosociales dans divers domaines (école, travail, relations avec les parents ou temps libre), contraintes psychopathologiques et événements douloureux. Par ailleurs, des aspects de la personnalité, tels que l'hédonisme, c'est-à-dire l'importance du plaisir et d'un mode de vie axé sur le plaisir, ainsi que la propension au risque, c'est-à-dire la recherche consciente de situations à risque, ont été examinés.

Résultats sélectionnés

Fréquence des comportements à risque et évolution sur deux ans

Un bon tiers des adolescents et des jeunes adultes n'adoptaient aucun comportement à risque. Ils ne consommaient aucun stupéfiant, n'étaient pas violents, ne volaient pas et n'avaient pas de rapports sexuels à risque, ni au moment de la première enquête ni deux ans plus tard.

Le tableau 1 montre la fréquence des comportements à risque lors de la première enquête, le tableau 2 présente leur évolution durant les deux années suivantes. Près de la moitié des jeunes interrogés fumaient du tabac au moins une fois par mois avant l'enquête. La majorité des consommateurs de tabac en fumaient chaque jour. Le tabagisme constitue le comportement à risque qui a connu l'accroissement le plus fréquent et auquel les jeunes ont le moins renoncé. L'ivresse ponctuelle (au moins une fois par mois) était aussi très répandue (chez environ 23 % des femmes et 39 % des hommes). Les adeptes de l'ivresse ponctuelle ont déclaré s'y adonner entre une et trois fois par mois, mais la fréquence de ces excès d'alcool n'a augmenté que dans de rares cas en l'espace de deux ans. Une petite moitié des femmes et environ un tiers des hommes ont renoncé à l'ivresse ponctuelle ou l'ont réduite. Le cannabis était consommé par 17 % des femmes et 29 % des hommes, à raison d'une fois par mois, voire une à deux fois par semaine. Au cours de ces deux années, les consommateurs

occasionnels ont relativement souvent renoncé à la consommation de cannabis. Celle-ci n'est demeurée constante que chez les consommateurs réguliers (chaque jour). Moins de 2% des jeunes interrogés consommaient d'autres substances illégales telles que cocaïne, héroïne et autres hallucinogènes.

18% des jeunes femmes et 37% des jeunes hommes avaient commis des actes de violence ou des vols dans l'année précédant la première enquête. Environ la moitié de ces personnes ne présentait plus de comportement déviant au bout de deux ans. 7% des personnes interrogées avaient eu des rapports sexuels à risque, c'est-à-dire des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels ou une nouvelle relation avec un partenaire fixe sans test VIH, durant l'année précédant la première enquête. Environ un tiers d'entre elles ont maintenu ce schéma comportemental avec des partenaires fixes ou occasionnels, tandis que deux tiers renonçaient à tout rapport sexuel à risque.

Tableau 1: Fréquence des comportements à risque lors de la première enquête en 2003
(N=2023, 1075 femmes, 948 hommes)

	Femmes		Hommes	
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre
Tabac ¹	44	469	45	423
Cannabis ¹	17	183	29	273
Ivresse ponctuelle ¹	23	239	39	372
Violence/vol ²	18	193	37	353
Risque sexuel ²	7	75	7	66

¹ Au moins une fois par mois avant l'enquête

² Au moins une fois par an avant l'enquête

Tableau 2: Evolution constatée en % et en nombre de personnes à l'occasion de l'étude de suivi de 2005

	Nouveau comportement à risque ^a		Accentuation du comportement occasionnel ^b		Atténuation ou abandon d'un comportement à risque habituel ^{b) c}	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Tabac ¹	9% (96)	11% (105)	26% (63)	30% (57)	21% (62)	18% (51)
Cannabis ¹	5% (53)	5% (50)	14% (25)	17% (40)	48% (15)	36% (40)
Ivresse ponctuelle ¹	14% (143)	14% (136)	6% (15)	11% (42)	51% (122)	36% (132)
Violence/vol ²	9% (93)	9% (96)	—	—	56% (108)	41% (144)
Risque sexuel ²	6% (60)	7% (67)	—	—	68% (50)	69% (45)

¹ Au moins une fois par mois avant l'enquête

² Au moins une fois par an avant l'enquête

^a Pourcentage par rapport à l'ensemble de l'échantillonnage

^b Pourcentage par rapport aux personnes ayant adopté un comportement correspondant lors de la première enquête

^c Comportements pris en compte : consommation quotidienne de tabac, consommation régulière de cannabis (au moins trois fois par semaine), ivresse ponctuelle, violence/vol et comportement sexuel à risque à partir d'une fois par an.

Le renoncement à la consommation d'une substance psychoactive au cours de ces deux années dépend, dans une large mesure, de la fréquence de consommation recensée lors de la première enquête. Plus la consommation était fréquente en 2003, plus son abandon a été rare par la suite. De même, le type de substance joue également un rôle important. Le tabac est la substance à laquelle les jeunes ont le plus rarement renoncé : environ 80% des personnes qui fumaient déjà lors de la première enquête en 2003 fumaient encore deux ans plus tard. Une consommation mensuelle menait, selon toute vraisemblance, à une consommation quotidienne au bout de deux ans. L'ivresse ponctuelle et la consommation de cannabis se sont maintenues à la même fréquence chez environ la moitié des femmes et deux tiers des hommes.

Facteurs déterminant le déclenchement, l'accentuation ou la disparition de comportements à risque

Quelles sont les personnes susceptibles d'adopter un comportement à risque ?

Les hommes *qui ont commencé à fumer* étaient plus affectés sur le plan psychopathologique et avaient vécu davantage d'événements douloureux que les hommes restés non-fumeurs. Chez les femmes, le début du tabagisme coïncide davantage avec la recherche du plaisir qu'avec des contraintes. Concernant la *consommation de cannabis*, les conclusions sont inverses : chez les femmes, les contraintes psychosociales ont constitué un facteur de risque favorisant le déclenchement de la consommation de cannabis. Chez les hommes, ce processus est lié à un besoin hédoniste, mais non à des contraintes de vie. Cette recherche du plaisir est aussi à l'origine de l'*ivresse ponctuelle* chez les hommes. L'adoption d'un *comportement violent* et la décision de *commettre un vol* sont liées à un surcroît de situations difficiles et, surtout chez les femmes, à de nouvelles contraintes psychologiques, mais non à la recherche d'un mode de vie plus hédoniste. Les facteurs favorisant le *déclenchement d'un comportement sexuel à risque* sont : diminution de l'incitation à se protéger du virus VIH, consommation plus fréquente d'alcool chez les femmes et de cannabis chez les hommes. D'une manière générale, la consommation existante de stupéfiant constitue un facteur favorisant le développement d'autres comportements à risque.



Tableau 3 : Vue d'ensemble des facteurs d'adoption d'un comportement à risque, d'accentuation d'un comportement à risque occasionnel et d'atténuation ou d'abandon d'un comportement à risque habituel

	Tabac		Cannabis		Ivresse ponctuelle		Violence/ vol		Risque sexuel	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
Adoption d'un comportement à risque										
Contraintes		+	+				+	+		
Hédonisme	+			+		+				
Propension au risque										
Accentuation d'un comportement à risque										
Contraintes	+	+	+		a	a	a	a	a	a
Hédonisme	+	+								
Propension au risque	+		+							
Atténuation/abandon d'un comportement à risque										
Contraintes	–					–	–	–		
Hédonisme	–	–			–	–	–	–	–	–
Propension au risque	–			–			–	–	–	–

F = Femmes, M = Hommes

+ incidence positive, – incidence négative

^a Comme plus d'une ivresse ponctuelle par mois était rare et que les actes de violence/vols ainsi que les comportements sexuels à risque n'avaient été recensés que durant les années précédant l'enquête, aucun calcul n'a pu être effectué par rapport à l'accroissement du phénomène (zone grise).

Quelles sont les personnes susceptibles d'augmenter leur consommation occasionnelle de stupéfiants?

L'accroissement de la consommation occasionnelle de tabac était en corrélation avec, d'une part, de plus grandes contraintes psychopathologiques et, d'autre part, une personnalité plus axée sur la recherche du plaisir et un mode de vie correspondant. En outre, les femmes dans ce cas étaient plus disposées à s'exposer aux risques que celles s'adonnant à une consommation occasionnelle stable de tabac. Les hommes étaient en moyenne plus jeunes et consommaient davantage de cannabis.

Concernant la *consommation occasionnelle de cannabis*, les résultats révèlent de nettes différences entre les sexes : les femmes qui ont accru leur consommation occasionnelle de cannabis en l'espace de deux ans étaient, au moment de la première enquête, plus soumises aux contraintes dans tous les domaines recensés que les femmes ayant une consommation occasionnelle stable. Elles étaient aussi plus enclines au risque que les femmes dont la consommation de cannabis était moins fréquente. Chez les hommes, l'accroissement de la consommation occasionnelle de cannabis est sans corrélation avec les contraintes, l'hédonisme ou le goût du risque.

L'*ivresse ponctuelle* n'a guère augmenté en l'espace de deux ans ; il n'est donc pas possible de tirer des conclusions sur les personnes se livrant à des excès d'alcool plus fréquents.



Quelles sont les personnes susceptibles de réduire leur consommation régulière de stupéfiants ou d'atténuer un autre comportement à risque?

Le *renoncement à la consommation quotidienne de tabac ou sa réduction* étaient liés à une amélioration générale du comportement: les personnes évitant les situations de stress et plus soucieuses d'une alimentation saine, d'exercice physique et d'une durée suffisante de sommeil ont mieux réussi à renoncer au tabac.

De même, une attitude moins hédoniste se révèle propice à la réduction partielle ou à l'arrêt de la consommation de tabac.

Hommes et femmes renoncent plus facilement à leur consommation quotidienne de tabac quand ils fument pour des raisons sociales. Les femmes qui y ont renoncé ou qui l'ont réduite, étaient en outre moins affectées sur le plan psychopathologique et moins disposées à prendre des risques que les femmes qui ont continué à fumer tous les jours.

La réduction d'une *consommation régulière de cannabis* sur la base des caractéristiques observées était plus difficile à prévoir que la réduction du tabagisme. Les hommes qui ont diminué leur consommation de cannabis étaient moins enclins au risque et les femmes étaient moins soucieuses de repos, de détente et de sommeil. Les contraintes de vie n'avaient aucune incidence sur la réduction de la consommation de cannabis.

Les jeunes adultes qui étaient moins adeptes de l'hédonisme dès le début de l'enquête ont plutôt abandonné l'*ivresse ponctuelle* au cours des deux années. Des différences liées au sexe restent évidentes: les hommes soumis à moins de contraintes psychosociales et consommant moins de cannabis tendaient à renoncer aux excès d'alcool ponctuels. Les femmes y renonçaient plutôt si elles fumaient moins au moment de la première enquête.

Les personnes moins soumises aux contraintes au moment du premier entretien ont plus facilement réussi à abandonner leur *comportement déviant* durant les deux années suivantes. Cela est apparu plus nettement chez les femmes dans davantage de domaines recensés que chez les hommes. Au contraire du déclenchement, l'abandon ou le maintien d'un comportement déviant dépend d'aspects liés à la personnalité ou au mode de vie: les personnes qui ne commettaient plus d'actes de violence ou de

vols étaient moins hédonistes et moins enclines au risque. À l'inverse, les personnes qui ont maintenu leur comportement déviant présentaient un mode de vie plus hédoniste et plus ouvert au risque. Les personnes moins hédonistes et moins disposées à prendre des risques ont eu tendance à abandonner leur *comportement sexuel à risque*. La consommation de cannabis a également joué un rôle, dans la mesure où elle favorise moins probablement le renoncement à un comportement sexuel à risque.

Recommandations pour la prévention et les interventions

La théorie du comportement à problème de Jessor et Jessor (3) souligne que des comportements à risque différents peuvent avoir des causes communes, telles que situation psychosociale difficile ou structure de la personnalité affaiblie. D'autres études montrent aussi cependant que des comportements à risque différents ont des origines différentes. Nos résultats suggèrent en tout cas que certains facteurs de déclenchement ou de développement sont spécifiques à certains comportements et au sexe. Outre les facteurs communs, les mesures de prévention devraient aussi, par conséquent, prendre en considération les facteurs spécifiques liés aux différents comportements à risque et être élaborées sur mesures.

Priorité de la prévention du tabagisme: Le tabac était, avec l'alcool, le stupéfiant le plus souvent consommé. Tandis que l'alcool est toutefois consommé 1 à 3 fois par mois, le tabac fait l'objet d'une consommation quotidienne, ce qui explique que les consommateurs y renoncent plus rarement. Chez les hommes, les mesures de prévention universelles peuvent être axées sur les contraintes à surmonter; chez les femmes, elles doivent davantage porter sur le mode de vie hédoniste. Les mesures préventives qui sont censées réduire le déclenchement de la dépendance chez les fumeurs occasionnels consistent à transmettre des stratégies susceptibles d'améliorer la régulation des émotions et la gestion des contraintes psychiques et du stress, et à modifier l'association du tabagisme avec un mode de vie axé sur la recherche du plaisir.

Prévention universelle contre le cannabis dans le cadre d'un programme général de promotion de la santé et de prévention des dépendances: La consommation occasionnelle de cannabis a été abandonnée par la majorité des jeunes adultes en l'espace de deux ans. Si le cannabis était consommé, il l'était souvent en combinaison avec le tabac et l'alcool ou, chez les hommes, sous la forme combinée tabac, cannabis, ivresse ponctuelle et violence/vol. Ces conclusions plaident en faveur de l'intégration de la prévention du cannabis dans un programme général de promotion de la santé et de prévention des dépendances, et non en faveur de mesures préventives universelles intensives exclusivement axées sur le cannabis.

Prévention sélective pour consommatrices de cannabis soumises à de fortes contraintes: En matière d'accroissement de la consommation occasionnelle de cannabis, de grandes différences se sont révélées entre les deux sexes: les femmes psychologiquement et

socialement affectées augmentaient beaucoup plus fréquemment leur consommation de cannabis que les femmes moins exposées aux contraintes. Ces consommatrices occasionnelles devraient être spécifiquement prises en compte dans des mesures de prévention sélective ou indiquée, qui se baseraient aussi sur l'amélioration de la gestion des contraintes psychiques et psychosociales.

Prévention de l'ivresse ponctuelle: Environ 30% des jeunes adultes s'étaient enivrés au moins une fois durant le mois précédant les entretiens. Etant donné la menace relativement grave pour la santé que constitue une intoxication par l'alcool (empoisonnements, accidents), il conviendrait de prendre davantage en considération l'ivresse ponctuelle dans les mesures de prévention.

Prévention de la violence après des événements douloureux: Un grand besoin de prévention se fait sentir au niveau des actes de violence et des vols. L'adoption de ce comportement déviant était le phénomène le plus étroitement lié à de fortes contraintes et à des situations critiques. L'assistance proposée aux adolescents et aux jeunes adultes pour surmonter des événements douloureux comme la perte d'une personne proche, par exemple, peut aussi contribuer à la prévention de comportements violents ou de vols. Les mesures de réduction de la violence et du vol devraient toutefois aussi tenir compte de modes de vie caractérisés par l'hédonisme et le goût du risque.

Bibliographie

- 1 Raithel, J. (Hrsg.). *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention.* Opladen: Leske+Budrich; 2001.
- 2 Petraitis, J., Flay, BR & Miller, TQ. *Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle.* Psychol Bull 1995; 117: 67–86.
- 3 Jessor, R. & Jessor, SL. *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth.* New York: Academic Press; 1977.

La présente étude a été réalisée pour le compte de l'OFSP et du Fonds National Suisse.

Brodbeck, J., Matter, M., Artho, S., Röthlisberger M., Moggi, F. (2006). *Wohlbefinden, Belastungen und Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Eine Längsschnitt-Studie.* Rapport final. Clinique universitaire de psychiatrie, Berne.

ADRESSE:
JEANNETTE BRODBECK
CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
BOLLIGENSTRASSE 111
CH-3000 BERNE 60
TÉL. +41 (0)31 930 91 11
E-MAIL: BRODBECK@PUK.UNIBE.CH



4 > Consommation de substances à l'adolescence : suivi et accès aux soins

MONIQUE BOLOGNINI, BERNARD PLANCHEREL

SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT,
LAUSANNE

Résumé

Le but de l'étude vise à évaluer la consommation de substances dans une perspective longitudinale afin d'identifier les facteurs qui interagissent sur l'initiation de la consommation ainsi que sur son évolution. Par ailleurs, il s'agit d'identifier les filières de soins dont ont bénéficié les adolescents depuis le début de leur consommation de substances. Au total, 102 adolescents âgés de 14 à 19 ans ont été recrutés et suivis sur trois ans. Les résultats montrent que la consommation de substances n'est pas un désordre en soi, mais qu'il s'agit d'un problème multidimensionnel et complexe auquel les adolescents sont confrontés. L'augmentation et la diminution de la consommation de substances se déroulent en parallèle avec une augmentation et une diminution des problèmes dans les autres domaines (social, relationnel, familial et psychologique). Ceci implique que la prévention ne devrait pas être focalisée sur les substances mais devrait tenir compte des autres domaines de vie significatifs à l'adolescence. Concernant l'accès aux soins, les observations montrent que les intervenants sont nombreux, mais devraient agir dans une meilleure coordination afin de pouvoir aider les adolescents vulnérables, notamment par rapport à la consommation de substances.

Introduction

Il existe peu de recherches sur l'évolution de la consommation de substances dans la population générale. Les quelques études qui s'y sont intéressées ont pu montrer que l'usage de cannabis est lié à l'âge : il augmente durant l'adolescence, atteint son pic vers 20 ans et décline fortement par la suite ; un tel processus de maturation caractérise ainsi toutes les cohortes étudiées à ce jour (1–5). Plus spécifiquement, la période la plus à risque pour l'initiation tant de cigarettes, d'alcool, que de cannabis est le plus souvent terminée à l'âge de 20 ans. Les périodes de consommations les plus fortes se situent entre l'âge de 19–21 ans pour l'alcool et 19–22 ans pour le cannabis (3).

Les variables jouant un rôle significatif dans la persistance de la consommation de cannabis à l'âge adulte semblent se recouper avec celles qui jouent un rôle significatif dans l'initiation de la consommation à l'adolescence, un niveau d'éducation peu élevé, une consommation de substances multiple et des comportements délinquants. En revanche, la consommation chez les pairs et les

attitudes de l'entourage envers les substances ne sont pas associées à la persistance ultérieure de la consommation, de même que les attitudes vis-à-vis de la consommation de cannabis n'ont d'effet que sur l'initiation de la consommation. Wills et al. (6) ont montré qu'un plus grand stress, un support parental moindre, une consommation de substances plus élevée chez les parents, une plus grande fréquence d'attitudes déviantes, des stratégies de coping (« faire face ») mal adaptées et une affiliation plus marquée à un groupe de pairs consommateurs de substances caractérisaient des adolescents qui poursuivaient une consommation de substances.

Buts de l'étude

L'étude menée dans le canton de Vaud visait à mieux comprendre les circonstances dans lesquelles la consommation s'installe au cours de l'adolescence et devient problématique chez certains mais pas chez d'autres. Il s'agissait d'évaluer les relations entre la gravité de cette consommation et l'évolution de l'adolescent dans différents domaines: état de santé physique et psychologique, activités scolaires ou professionnelles, relations familiales et sociales, etc. Le deuxième objectif portait sur l'évaluation des filières de soins dont bénéficiaient les adolescents consommateurs. Les résultats présentés concernent ainsi un groupe particulier de la population, à savoir les adolescents qui consomment régulièrement des substances psychoactives, le plus fréquemment du cannabis.

Population et méthode

Les adolescents inclus dans l'échantillon de l'étude répondent aux critères suivants: être âgé entre 14 et 19 ans et consommer régulièrement une ou plusieurs substance(s) psycho-active(s) au moins une fois par semaine depuis 3 mois. Les 102 adolescents recrutés proviennent principalement du canton de Vaud et de l'arc lémanique. 74,5% sont de nationalité suisse, ce qui est comparable à la proportion observée dans l'ensemble de la population du canton de Vaud. 65% sont des garçons, 35% sont des filles, ce qui correspond aux proportions existantes dans la population des consommateurs de substances. Plus de la moitié sont issus de la classe moyenne, une très faible proportion de la classe supérieure (10%). Les adolescents ont été suivis sur une période de trois ans.

Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels semi-structurés d'une durée de deux heures environ, réalisés à trois reprises par des psychologues. Ces entretiens ont été conduits à l'aide du questionnaire ADAD (7, 8). Cet instrument permet d'aborder la vie de l'adolescent dans sept domaines différents: médical, scolaire, social, familial, psychologique, légal, drogue et alcool. Les difficultés répertoriées dans ces divers domaines constituent des facteurs de risque ou de vulnérabilité, tels avoir des problèmes de santé physique, échouer à l'école, être isolé socialement, avoir des problèmes de relations avec les proches, se sentir déprimé ou anxieux, avoir eu des problèmes avec la justice.



Résultats

Les substances consommées

Dans la majorité des cas, la consommation de substances a débuté entre 12 et 15 ans, généralement dans l'ordre suivant: tabac, alcool et cannabis. Pour toutes les substances sauf pour le cannabis, les filles commencent à consommer en moyenne plus tôt. Les substances les plus consommées sont le cannabis, le tabac et l'alcool et les hallucinogènes. Tous les jeunes de l'étude ont consommé du cannabis en tout cas une fois dans leur vie, ce qui n'est pas le cas pour les autres substances (35% pour l'ecstasy, 30% pour la cocaïne et 20% pour l'héroïne).

Les principaux problèmes associés à la consommation de substances

L'évaluation des différents aspects de la vie des adolescents montre que la consommation de substances n'apparaît généralement pas de façon isolée, mais s'accompagne de problèmes dans d'autres domaines. Les aspects les plus touchés sont la famille, les problèmes psychologiques et émotionnels, et le parcours scolaire. Plus les adolescents consomment de substances, et à de fortes doses, plus les problèmes dans les autres domaines sont importants (9).

Les problèmes scolaires: les adolescents consommateurs de substances sont confrontés à d'importants problèmes scolaires. Près de deux tiers ont redoublé en tout cas une classe, un adolescent sur cinq a été renvoyé de l'école et la moitié a été suspendu des cours à une ou plusieurs reprises. Les adolescents qui consomment plus n'enregistrent pas davantage d'échecs ou de ruptures scolaires que ceux qui consomment moins. En revanche, ils se disent moins motivés pour étudier, ils s'ennuient davantage à l'école et ont plus tendance à faire l'école buissonnière.

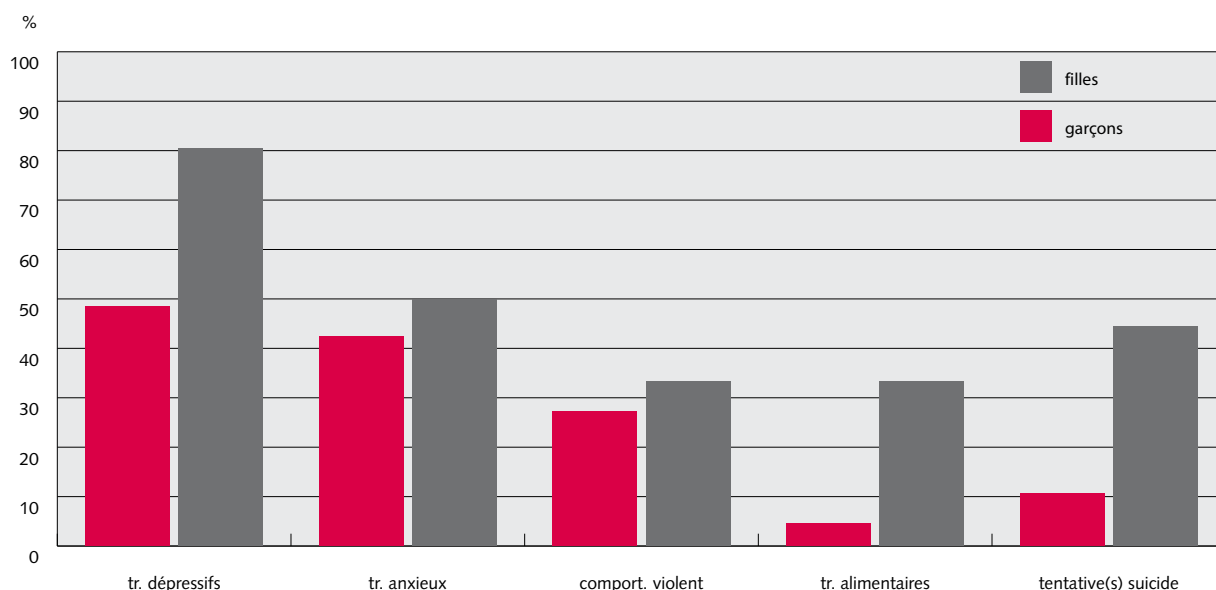
Les problèmes familiaux: la qualité des relations entre les adolescents et leurs parents varie selon l'importance de la consommation. Les adolescents qui consomment le plus rapportent davantage de conflits familiaux et de difficultés à communiquer



avec leurs parents. Ils se plaignent également plus souvent que leurs parents s'immiscent trop dans leur vie privée ou qu'ils essaient trop de les contrôler. La relation qu'ils ont avec leur père semble être plus problématique, surtout pour les garçons. Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, les adolescents qui consomment plus ne viennent pas davantage de familles où les parents sont séparés ou divorcés. En revanche, les adolescents qui consomment rapportent plus de problèmes de drogue, d'alcool ou des problèmes psychologiques chez un membre de leur famille. Près de 43% des filles mentionnent avoir « très souvent » des conflits familiaux ce qui n'est le cas que pour 30% des garçons. Ces derniers rapportent qu'ils ont une meilleure entente avec leur mère qu'avec leur père. 53% des filles ont été maltraitées physiquement par quelqu'un de leur famille proche. Dans neuf cas sur dix, il s'agit d'adolescentes qui disent avoir été frappées à plusieurs reprises par un de leurs parents ou les deux. Les cas d'agressions sexuelles ne représentent qu'un cas sur dix. Chez les garçons, ce pourcentage est beaucoup plus bas : 19% d'entre eux mentionnent avoir subi des violences physiques au cours de leur vie.

Les problèmes psychologiques : la dépression est le problème psychologique le plus souvent associé à la consommation de substances. 60% des adolescents disent avoir vécu en tout cas une période d'au moins une semaine au cours de leur vie où ils se sont sentis gravement déprimés. C'est surtout le cas chez les filles dont 80% rapportent un tel épisode. Elles sont également plus concernées par les épisodes anxieux, qui touchent une adolescente sur deux. De plus, on constate que les filles ont commis plus de tentatives de suicide que les garçons. Près de 45% d'entre elles ont tenté de mettre fin à leur vie une ou plusieurs fois. Les filles présentent également plus de troubles alimentaires (anorexie ou boulimie). Les résultats montrent également que la gravité de la consommation est liée à l'importance des troubles psychologiques ou émotionnels : les adolescents qui ont une consommation importante ont vécu davantage d'épisodes dépressifs ou anxieux, ainsi que des troubles du comportement. Ils rapportent également plus de troubles alimentaires et de tentatives de suicide (cf. fig. 1).

Fig. 1: Troubles psychiques associés



Les diverses trajectoires de la consommation de substances

Parmi les 102 adolescents retenus au début de l'étude, 85 ont pu être suivis pendant trois ans. A partir des comparaisons effectuées entre le premier et le troisième entretien, ils ont été répartis en quatre groupes reflétant l'évolution de leur consommation de substances: a) un groupe de 15 adolescents dont la consommation a augmenté; b) un groupe de 30 adolescents dont la consommation est restée stable mais élevée; c) un groupe de 18 adolescents dont la consommation est restée stable mais basse; d) un groupe de 22 adolescents dont la consommation a diminué. L'évolution de la consommation de substances est généralement associée à une évolution parallèle des problèmes rencontrés dans tous les domaines de la vie.

On observe que, quel que soit le niveau de consommation lors du premier entretien, tous les adolescents rapportent une *problématique médicale* relativement peu importante alors qu'ils consultent beaucoup leur généraliste. Les adolescents dont la consommation diminue ou reste à un niveau bas ont tendance à voir leurs problèmes médicaux diminuer également. Par contre, les problèmes médicaux semblent s'amplifier au fil du temps dans les groupes d'adolescents dont la consommation augmente ou se maintient à un niveau élevé. Pour tous les groupes, sauf pour le groupe dont la consommation augmente, les *problèmes scolaires* semblent stables, voire en légère baisse. Les problèmes scolaires les plus importants concernent le groupe d'adolescents dont la consommation augmente. La *problématique sociale* est plus marquée dans les groupes qui ont une consommation élevée lors du premier entretien. Ces problèmes ont tendance à persister sauf pour les adolescents dont la consommation diminue. Ces derniers voient

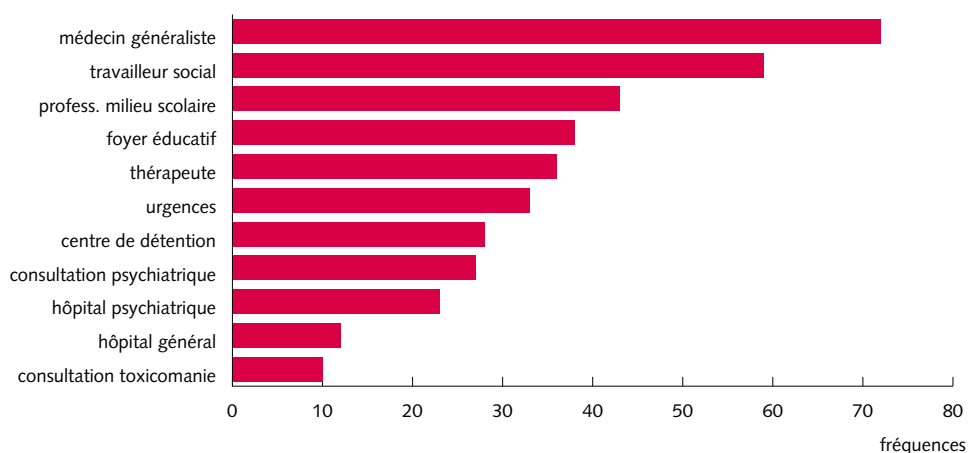
une amélioration au niveau de leurs relations sociales. Quel que soit le niveau de consommation lors du premier entretien, tous les adolescents ont une *problématique familiale* plutôt importante. Par contre, une évolution favorable de la consommation va de pair avec une diminution des problèmes familiaux. Seul le groupe d'adolescents dont la consommation augmente voit ses problèmes familiaux s'amplifier légèrement au fil du temps. Mis à part le groupe qui présente une consommation modérée, tous les autres groupes présentent des *problèmes psychologiques* importants lors du premier entretien. Une évolution favorable au niveau de la consommation semble cependant aller de pair avec une diminution des problèmes psychologiques. Pour les groupes dont la consommation reste à un niveau élevé, on ne constate aucune amélioration dans ce domaine. De façon générale, les *problèmes légaux* associés à une consommation élevée restent importants mais stables. On constate cependant que les problèmes légaux diminuent fortement dans le groupe dont la consommation de substances diminue.



L'accès aux soins des adolescents consommateurs de substances

La question de l'accès des adolescents au réseau d'aide et de soins est d'un intérêt particulier dans la mesure où le repérage précoce de conduites à risque peut prévenir une dégradation de la situation et d'éventuelles séquelles à long terme. Il faut reconnaître que la majorité des jeunes de l'étude déclarent ne pas être du tout gênés ou préoccupés par leur consommation, alors que celle-ci est relativement élevée. Parmi les jeunes dont la consommation nécessiterait un traitement, la plupart disent n'avoir besoin d'aucune aide dans ce domaine. Les contacts que les adolescents ont eus avec les divers professionnels et structures de prise en charge depuis qu'ils consomment régulièrement ont été répertoriés. L'investigation a été réalisée de manière systématique pour chaque type de contact (médical, social, éducatif, etc.). Les résultats se réfèrent au premier entretien (cf. fig. 2).

Fig. 2: Nombre d'adolescents qui ont eu au moins un contact avec un professionnel ou une structure de prise en charge au premier entretien (N=102)



Le nombre de contacts varie selon les adolescents, avec une fréquence plus grande chez les filles que chez les garçons. Par ailleurs, chez les filles le nombre de contacts est associé à l'importance des problèmes médicaux, scolaires, psychologiques ou légaux, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. Le nombre de contacts n'est lié ni à la gravité de la consommation de substances, ni à l'âge du début de la consommation. Les types de contacts les plus fréquents sont établis avec les médecins généralistes et les travailleurs sociaux en milieu ouvert, suivis par les professionnels du milieu scolaire et les foyers éducatifs. Les structures psychiatriques sont peu sollicitées, et encore moins les structures spécialisées en matière d'abus de substances.



Principales conclusions de l'étude

Chez des adolescents qui consomment régulièrement, les modes de consommation varient selon les substances: la plupart fument des cigarettes et du cannabis tous les jours, alors que l'alcool est plutôt consommé en fin de semaine, de façon ponctuelle mais excessive.

La consommation de substances évolue différemment d'un individu à l'autre: les adolescents dont la consommation reste modérée présentent généralement moins de problèmes dans leur vie, et en particulier ont nettement moins de problèmes psychologiques que les autres. A l'inverse, ceux dont la consommation est importante ou s'aggrave ont plus de problèmes et leur situation tend plutôt à se dégrader dans tous les domaines.

Concernant le recours aux soins, le médecin est la personne que la plupart des adolescents ont consultée depuis qu'ils consomment. Aborder le sujet de la consommation de substances à l'occasion d'une consultation médicale permettrait d'identifier ce type de comportement à risque et de proposer une aide adaptée.

Le déni concernant d'éventuels problèmes liés à la consommation de substances semble particulièrement important. La majorité des jeunes de l'étude disent qu'ils n'ont pas besoin d'aide et qu'ils ne sont pas gênés par leur consommation, alors que celle-ci est relativement élevée. Même si certains jeunes reconnaissent que leur consommation pose problème, ils ne sont pas forcément prêts à accepter une aide extérieure.

Recommandations pour la pratique

Que peut-on tirer des observations mises en évidence dans le cadre de cette recherche? Trois principaux axes peuvent être envisagés:

- a Concernant le *dépistage* et la mise en évidence de la problématique de consommation de substances, un instrument comme l'ADAD semble particulièrement adéquat (10, 11). Son utilisation devrait être recommandée afin d'identifier le problème de consommation dans une perspective globale permettant ainsi de mieux cibler la prise en charge.
- b Concernant la *prévention*, les résultats de l'étude soulignent la nécessité d'une approche centrée notamment sur les aspects psychologiques, sociaux et familiaux qui sont des prédicteurs importants de l'augmentation de la consommation à l'adolescence. Ainsi, il paraît essentiel lorsqu'une consommation abusive est détectée, d'investiguer systématiquement le contexte social, les antécédents familiaux ainsi que les problèmes psychiques associés, notamment les troubles dépressifs qui caractérisent souvent l'adolescent abuseur de substances (12,13).
- c Concernant la *prise en charge*, la recherche a montré que les intervenants du réseau médico-socio-éducatif fonctionnaient de

manière dispersée et sans coordination. Sur la base de ces constats, une expérience originale a été initiée, visant à établir des liens entre professionnels afin de mieux répondre aux besoins des adolescents consommateurs (14). Il s'agit d'un projet intitulé DEPART (Dépistage, Evaluation et Parrainage d'Adolescents consommateurs de substances), un projet pilote de prise en charge ouvert à la fois aux jeunes et à leur entourage. Ce projet, émanation de cinq institutions du champ médico-social de la région lausannoise, propose d'améliorer le repérage, l'accompagnement et la prise en charge d'adolescents qui présentent une consommation de substances jugée problématique, en renforçant le lien médico-social et la cohérence à long terme des suivis proposés (15). Les premiers résultats du travail de renforcement des liens du réseau existant, privilégié par rapport à la création de nouvelles structures de prise en charge, semblent prometteurs, ce qui encourage les initiateurs de l'expérience à poursuivre et à élargir leur projet.



Références bibliographiques

- 1 O'Malley P.M., Bachman J.G. & Johnston L.D. (1988). Period, age, and cohort effects on substance use among young Americans: a decade of change, 1976–86. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1315–1321.
- 2 SAMHSA (1996). *Preliminary estimates from the 1995 National Household Survey on Drug Abuse. Advanced Report Number 18*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, August 1996.
- 3 Chen K. & Kandel D. B. (1995). The natural history of drug-use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85 (1), 41–47.
- 4 Chen K. & Kandel D.B. (1998). Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 50 (2), 109–121.
- 5 Jeannin A., Narring F., Tschumper A., Inderwildi Boniventa L., Addor V., Bütikofer A., Suris J.-C., Diserens C., Alsaker F., van Melle G. & Michaud P.-A. (2005). Self-reported health needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post-mandatory schools or vocational training programmes in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 135, 11–18.
- 6 Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D. & Hirky, A.E. (1996). Escalated Substance Use: A Longitudinal Grouping Analysis From Early to Middle Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 166–180.
- 7 Friedman A.S. & Utada A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) Instrument). *Journal of Drug Education* 19 (4), 285–312.
- 8 Bolognini M., Plancherel B., Laget J., Chinet L., Rossier V., Cascone P., Stéphan P. & Halfon O. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction* 96 (10), 1477–1484.

- 9 Bolognini M., Plancherel B., Laget J., Stéphan P., Chinet L., Bernard M., Halfon O. (2005). Adolescent drug use escalation and de-escalation : a 3-year follow-up study. *Addiction Research and Theory*, 13 (1), 19–33.
- 10 Chinet, L., Plancherel, B., Bolognini, M., Holzer, L., Halfon, O. (2005). Adolescent substance-use assessment: methodological issues in the use of the ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis). *Substance Use and Misuse*, 40, 405–425.
- 11 Instrument ADAD. <http://www.infoset.ch/inst/supea/adad/index.html>
- 12 Chinet L., Plancherel B., Bolognini M., Bernard M., Laget J., Daniele G., Halfon O. (2006). Substance use and depression. Comparative course in adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15 (3), 149–155.
- 13 Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Halfon, O., Corcos, M., Jeammet, P. (2003). Depression and dependency: which relationship? *Psychology*, 10 (2–3). 270–278.
- 14 Romailleur M., Graap C., Khosrov P., Charpentier P. (2005). L'expérience de DEPART, un projet pilote de prise en charge. *Dépendances*, 27, 11–14.
- 15 Projet DEPART. <http://www.infoset.ch/inst/depart/>

Cette étude a été réalisée sur mandat et avec le soutien financier de l'OFSP.

Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Daniele, G., Stéphan, P., Rossier, V., Zimmermann, G., Cascone, P., Laget J., Halfon, O. (2004). La consommation de substances à l'adolescence : Problèmes associés, trajectoires individuelles, accès aux soins. SUPEA et OFSP.

ADRESSE DE CORRESPONDANCE:
 MONIQUE BOLOGNINI
 SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
 DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT,
 UNITÉ DE RECHERCHE
 25 A, RUE DU BUGNON
 CH-1005 LAUSANNE
 TÉL.: +41(0)21 314 74 92
 E-MAIL: MONIQUE.BOLOGNINI@CHUV.CH



5 > Effets d'un programme d'intervention pour jeunes en situation de risque: *supra-f*

GEBHARD HÜSLER

CENTRE DE RÉHABILITATION ET DE PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ
DE L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG

Résumé

supra-f est un programme de prévention et de recherche sur les dépendances qui offre des programmes locaux de prévention aux adolescents en situation de risque dans sept cantons de Suisse. Le risque ne se conçoit pas en premier lieu comme un risque de dépendance, mais plutôt comme un risque de désintégration sociale des points de vue scolaire et professionnel. L'évaluation des programmes révèle que ce sont surtout les jeunes risquant d'échouer dans leurs études ou à l'entrée dans la vie professionnelle qui présentent des modifications positives au niveau de leur état psychique, de leur comportement externe et parfois de leur consommation de stupéfiants.

Contexte

Avec *supra-f*, l'OFSP s'est investi durablement, à la fin des années 90, dans le domaine jusque-là négligé de la prévention secondaire. Son objectif était d'évaluer les formes d'intervention précoce de proximité en faveur des jeunes en situation de risque. Les communes et cantons participants se sont vus prescrire un cadre contraignant, qui permettait toutefois une différenciation relativement élevée des projets. Cette prise en compte des besoins régionaux était certes un obstacle pour la recherche, mais une nécessité pour l'aboutissement à long terme de *supra-f*. Même depuis la fin de l'aide accordée par la Confédération, en 2003, les douze programmes de prévention existent toujours.

Objectif

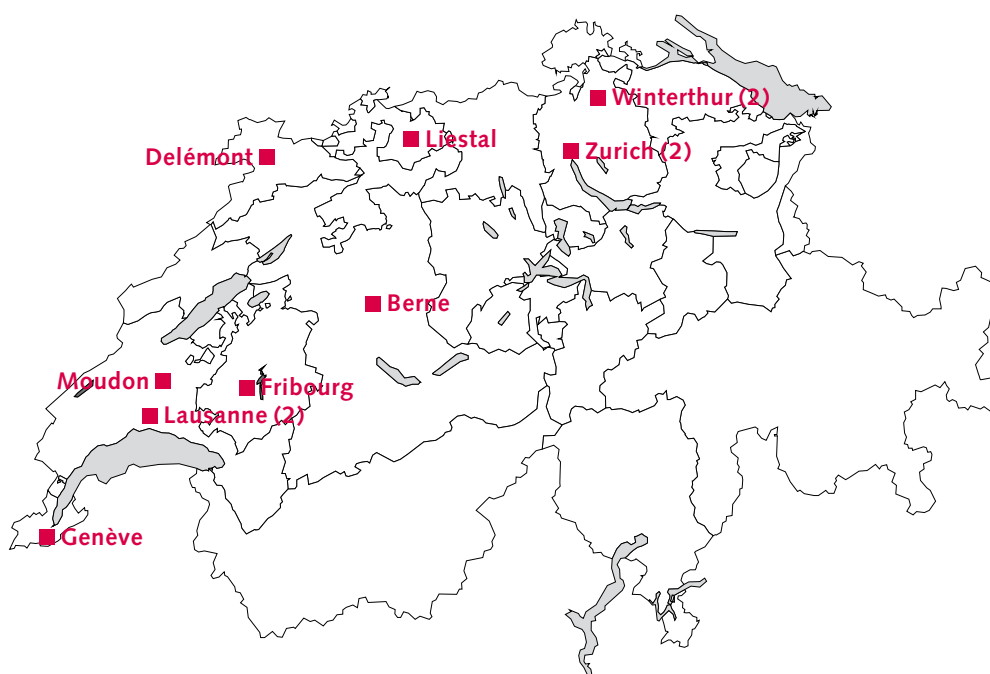
Le mandat confié aux chercheurs de *supra-f* consistait à vérifier la faisabilité et l'efficacité des interventions à l'aide de méthodes scientifiques. Il répondait aussi à la volonté de promouvoir auprès des décideurs et des personnes du terrain la sensibilisation aux questions d'efficacité. Etant donné les ressources limitées et le scepticisme croissant et justifié concernant l'utilité de certains programmes de prévention primaire, la pression ne tardera sans doute pas à s'accroître bientôt en ce qui concerne la légitimation de la prévention. Dans le vaste éventail des programmes de prévention, les décideurs souhaiteront pouvoir mieux choisir entre les offres efficaces et les offres inefficaces.



Programmes *supra-f*

Les douze programmes *supra-f* sont répartis sur l'ensemble de la Suisse (cf. fig. 1). Ils fonctionnent pendant la journée du lundi au vendredi et offrent une multitude de mesures de promotion scolaire et sociopédagogique. Certains programmes offrent en outre aux élèves « intenable », exclus du système scolaire, la possibilité de suivre intégralement une formation scolaire normale. Les programmes se distinguent par les prestations offertes et leur degré de structuration (notamment le temps accordé aux jeunes par le programme (cf. fig. 2)).

Fig. 1: Programmes *supra-f* en Suisse



Les 12 programmes *supra-f* et leur site:

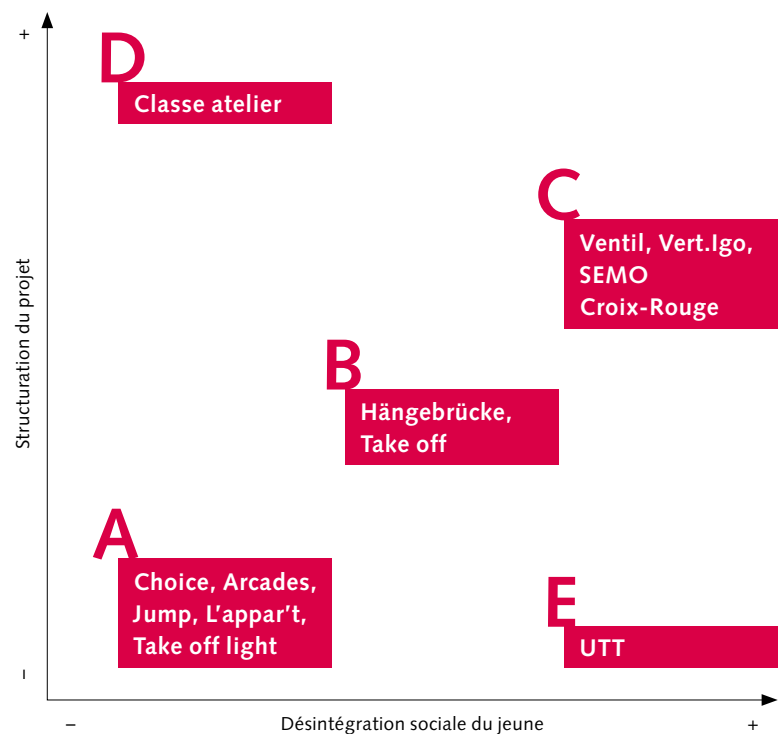
Winterthur: Jumpina & Jump
Zurich: Ventil & Vert.Igo
Liestal: Take off
Delémont: Classe Atelier
Berne: Hängebrücke
Fribourg: Choice
Moudon: Arcades
Lausanne: L'Appar't & UTT
Genève: SEMO Croix-Rouge

Méthodologie

Pour pouvoir comparer les différentes structures des projets *supra-f*, un *plan d'action* a été mis au point (1), c'est-à-dire un instrument permettant la saisie des activités et du temps consacré à leur exécution. Cet instrument est utilisé par tous les programmes *supra-f* pour le recensement de leurs activités. De cette manière, il est possible de décrire les différents schémas d'intervention. La structure du plan d'action présente différentes catégories et sous-catégories. Les catégories comprennent les domaines d'activité suivants: information, école et apprentissage, travail et temps libre. Les activités d'information englobent, par exemple, le conseil individuel, qui peut porter sur tous les thèmes et s'effectuer selon un planning ou de manière spontanée (par téléphone aussi). Parmi les activités relevant de l'école et de l'apprentissage figurent des cours individuels et collectifs dans les locaux du programme, des cours axés sur un traitement spécifique du contenu (cours de langues pour jeunes exclus du système scolaire, p. ex.). La catégorie

travail regroupe des engagements à durée limitée dans des institutions municipales ou privées, des travaux d'atelier internes ainsi que des travaux d'aménagement. Les activités de temps libre comprennent des camps et des séjours dans des centres *supra-f* sans programme spécifique. Les programmes *supra-f* peuvent être comparés du point de vue de la structure, du contenu et de l'intensité. Pour ce qui est des jeunes concernés, il est possible de distinguer le sexe, l'âge, la situation sociale de départ (nationalité, structure familiale, etc.) et les domaines à problème. Sur le plan de l'impact, on attend des programmes qu'ils aient une incidence positive sur l'état psychologique (humeur instable, dépression, angoisse, etc.) et le comportement des jeunes (consommation de stupéfiants, comportement délinquant, intégration scolaire et professionnelle).

Fig. 2: Programmes proposés le long des axes Désintégration sociale et Structuration



Les institutions désignées sous le terme de *programmes A* mettent 4–5 heures par semaine à la disposition des jeunes, tandis que les *programmes B* offrent 18 heures ou plus d'encadrement. Les programmes B proposent des activités plus nombreuses et plus intensives que les programmes A, ainsi qu'une infrastructure plus complète. Ils disposent, par exemple, de salles de cours et de travaux pratiques, et peuvent prendre en charge des commandes de travaux. Cela leur permet de travailler avec des jeunes en phase de désintégration, c'est-à-dire ayant interrompu leur scolarité ou leur apprentissage, par exemple. Les *programmes C* sont très

semblables aux programmes B. La principale différence réside dans le fait qu'ils fournissent un encadrement encore plus étroit et que les jeunes concernés souffrent d'une plus forte désintégration. Les deux *programmes D* et *E* sont des prototypes. Le *programme D* est une neuvième année, qui regroupe des jeunes au comportement perturbé et en proie à des difficultés scolaires. Le *programme E* offre une assistance à l'intégration professionnelle pour des adolescents plus âgés. Les programmes peuvent encadrer simultanément 15 à 20 jeunes pendant environ six mois. La plupart des jeunes sont adressés par l'école; quelques-uns sont envoyés par le parquet des mineurs ou d'autres instances. L'admission dans le programme requiert l'approbation du jeune et de ses parents. La plupart des programmes *supra-f* sont menés par une institution d'assistance aux jeunes déjà établie.

Situation sociale

La situation sociale de départ (domicile parental, parcours scolaire, séjour en centre spécialisé) exerce une influence *modératrice* sur le risque global: en présence de facteurs de risque (consommation de substance, problèmes comportementaux externes, sentiment de mal-être), une situation sociale favorable peut protéger le jeune. Si les parents vivent ensemble et si le jeune suit l'école sans difficultés majeures, nous considérons que la situation sociale de départ est bonne. D'autres jeunes soumis aux mêmes facteurs de risque et faisant face à une mauvaise situation sociale sont, au contraire, considérablement menacés dans leur développement ultérieur.

Ce constat renvoie à l'importance de la prévention *sélective*, qui consiste à s'adresser plus précisément aux segments de la population qui en ont tout particulièrement besoin.

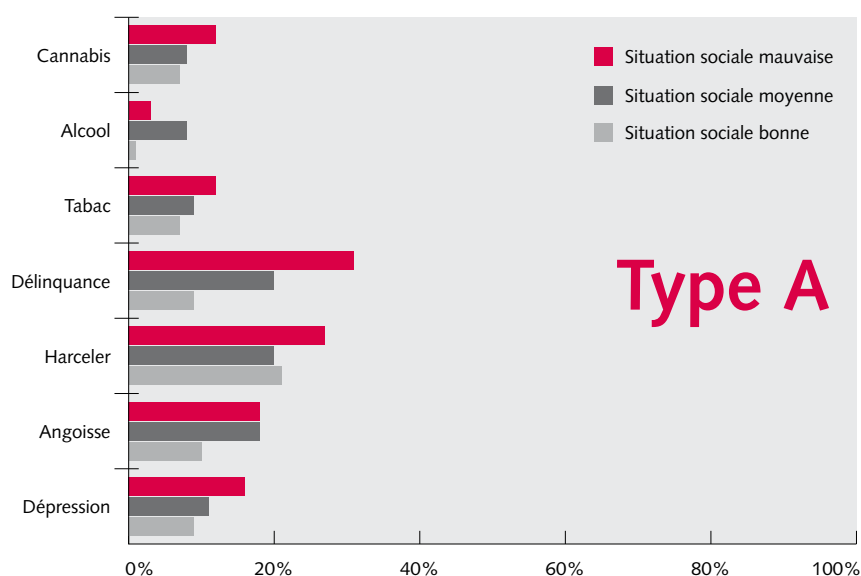


Résultats

L'impact des programmes *supra-f* est présenté sur la base de la situation sociale de départ (bonne, moyenne, mauvaise) et selon le type de programme. Différents paramètres sont mis en évidence : état psychologique (dépression, angoisse), comportement externe (problèmes de comportement, délinquance) et stupéfiants (tabac, alcool, cannabis) (cf. fig. 3 à 8). Les variables sont opérationnalisées de la même manière dans toutes les figures : dépression (2), avec une échelle à 15 items et 5 niveaux. Angoisse (STAI) (3), avec une échelle à 20 items et 4 niveaux. Harceler (4) avec 4 items et 4 niveaux. Délinquance : instrument adapté (5) avec 13 items, réponse oui/non. Tabac (6), avec 1 question et 6 niveaux. Alcool (6), avec une échelle à 5 items et 5 niveaux. Cannabis (6), avec 1 question et 5 niveaux. Critère commun à toutes les variables de consommation : consommation durant les 30 derniers jours (cf. aussi 7,8). Les résultats se réfèrent aux mesures de suivi effectuées environ 1 an après le terme du programme.

Les variations relatives à la dépression et à l'angoisse sont minimales dans les *programmes A*. Concernant les problèmes de comportement et la délinquance, elles sont un peu plus fortes (>20%). S'agissant de la consommation de substance, les améliorations se sont aussi révélées faibles. Mais il est à noter que ce sont à chaque fois des jeunes issus d'une situation sociale mauvaise qui présentent les plus fortes améliorations (cf. fig. 3).

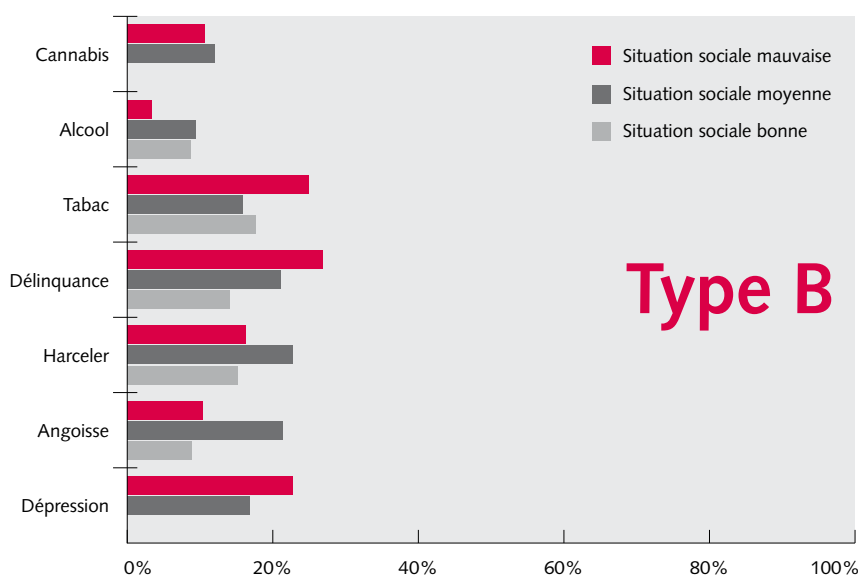
Fig. 3 : Proportion des jeunes présentant des améliorations dans les programmes A un an après l'achèvement du programme, en %





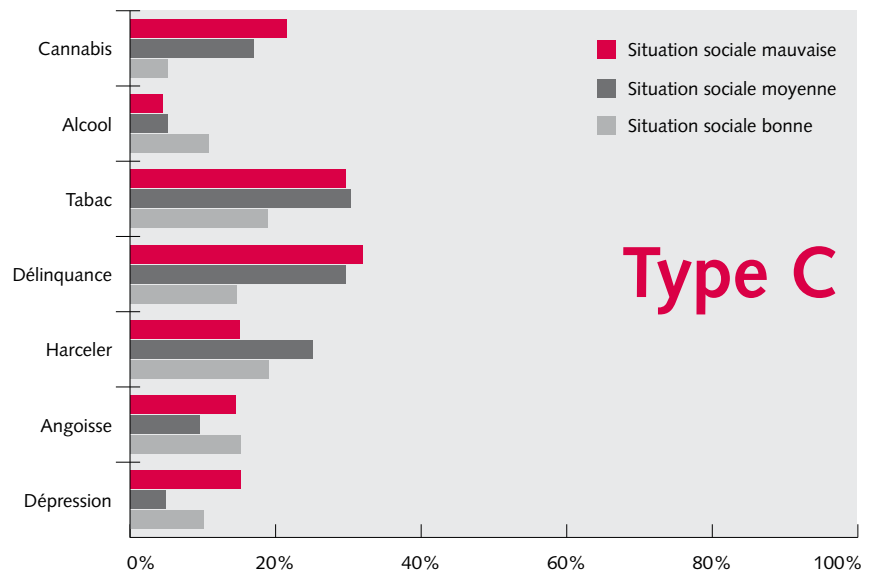
Les *programmes B* offrent de faibles variations en ce qui concerne l'état psychologique (< 20%), mais les effets sont plus nets sur le plan du comportement externe. Au niveau des stupéfiants, seules les variations de la consommation de tabac méritent d'être mentionnées. Là encore, il est à noter que les jeunes dont la situation sociale de départ était moyenne ou mauvaise présentent les plus fortes variations (cf. fig. 4).

Fig. 4: Proportion des jeunes présentant des améliorations dans les programmes B un an après l'achèvement du programme, en %



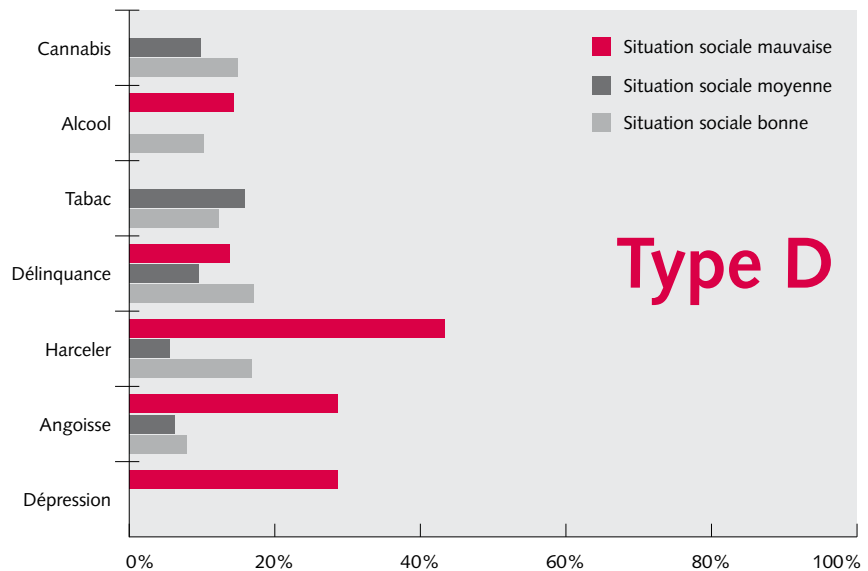
Les *programmes C* présentent de faibles variations concernant l'état psychologique, des améliorations un peu plus sensibles sur le plan du comportement externe (>20%), et de nettes variations pour ce qui est de la consommation de substances, surtout de tabac et de cannabis. Là encore, il s'avère que les jeunes dont la situation sociale de départ était moyenne ou mauvaise en tirent un plus grand bénéfice (cf. fig. 5).

Fig. 5: Proportion des jeunes présentant des améliorations dans les programmes C un an après l'achèvement du programme, en %



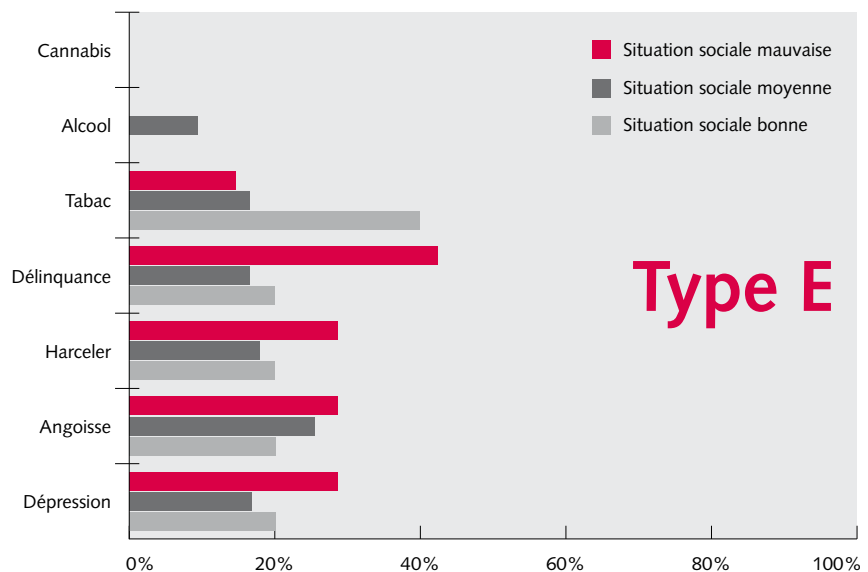
Le *programme D* montre un impact surtout chez les jeunes dont la situation sociale est mauvaise (cf. fig. 6).

Fig. 6: Proportion des jeunes présentant des améliorations dans le programme D un an après l'achèvement du programme, en %



Le *programme E* présente des variations moyennes (>20%), par rapport aux autres programmes, dans les paramètres psychologiques et comportementaux. Le recul est sensible concernant la consommation de tabac ; en revanche, aucune amélioration n'est à observer au niveau de la consommation de cannabis (cf. fig. 7).

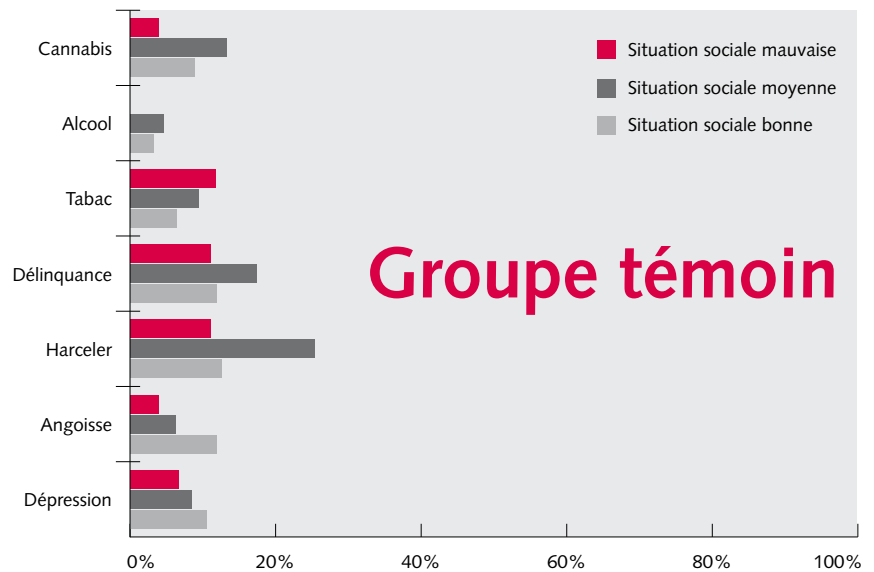
Fig. 7: Proportion des jeunes présentant des améliorations dans le programme E un an après l'achèvement du programme, en %.



Nous pouvons en conclure que : a) les programmes présentent des pourcentages de variation différents; b) dans pratiquement tous les programmes, les jeunes connaissant une mauvaise situation sociale tirent davantage parti de l'intervention que ceux issus d'une situation bonne ou moyenne. Comme les programmes effectuent une sélection indirecte des jeunes en raison de leur contenu, ils accueillent des parts différentes de jeunes ayant une situation sociale bonne, moyenne ou mauvaise. Par conséquent, les améliorations ne peuvent avoir la même ampleur dans tous les types de programmes.

Les changements à l'intérieur du groupe témoin sont nettement plus faibles que dans le groupe *supra-f* (cf. fig. 8). En outre, le groupe témoin révèle que la part des jeunes qui connaissent une amélioration est plus faible parmi ceux issus d'une situation sociale défavorable que parmi ceux dont la situation sociale de départ est bonne.

Fig. 8: Proportion des jeunes présentant des améliorations dans le groupe témoin, en %



Résumé

Les programmes A à E couvrent des besoins différents chez les jeunes et dans les communes. Les *programmes de type A* offrent une assistance aux jeunes encore intégrés dans le système scolaire, afin que leur intégration scolaire soit maintenue. Ils facilitent ainsi la tâche de l'école et des parents. Les *programmes de type B et C* s'adressent aux jeunes déjà exclus du système scolaire et non encore intégrés sur le plan professionnel, afin que leur intégration professionnelle puisse aboutir. Le *programme de type D* associe deux aspects: il a pour but de faciliter l'accès à la vie professionnelle de jeunes non encore exclus du système scolaire mais fortement perturbés sur le plan social. Le *programme de type E* offre une aide à l'insertion professionnelle aux jeunes exclus du système scolaire mais encore bien intégrés sur le plan social. Il est apparu à plusieurs reprises que les jeunes faisant face à une situation sociale difficile tiraient nettement plus profit des programmes que les autres.

Recommandations pour la prévention

Les conclusions des chercheurs du programme *supra-f* suggèrent de quelle manière les communes et les cantons peuvent concevoir leur système de prévention au profit des jeunes en situation de risque. Les mesures destinées à donner une *structure* aux jeunes souvent instables revêtent une importance capitale. Le degré de structuration du programme et l'intensité de l'offre psychosociale devraient être adaptés au degré de risque encouru par les jeunes en question. Il est donc fortement recommandé de procéder à une description des jeunes par rapport à leur intégration sociale, à leur situation sociale de départ et à leurs troubles psychologiques et comportementaux.



Bibliographie

- 1 Hüsler, G., Werlen, E. Sigrist, M. & Rehm, J.E. (2005a). The action plan: *Substance use and misuse*, 40(6), 761–777.
- 2 Hautzinger, M. & Bailer, M. (1983). ADS. Allgemeine Depressionsskala. Weinheim. Beltz.
- 3 Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STAI), Weinheim. Beltz.
- 4 Alsaker, D.F. & Brunner, A. (1999). Plagen. *School Psychology International*. 10, 147–158.
- 5 Leober, R., Stouthamer-Loeber, M. Van Kammen, W & Farrington, D. (1989). Development of a new measurement of self-reported antisocial behavior for young children prevalence and reliability. In M.W. Klein (Ed). *Cross-National Research in self-reported crime and Delinquency*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- 6 Arènes, J. Janvrin, M.P. & Baudier, F. (1998). Baromètre Santé jeunes 97/98. Paris. Editions CFES.
- 7 Hüsler, G. Blakeney, R. & Werlen, E (2005c). Evaluation of a national indicated preventive intervention program. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 705–725.
- 8 Hüsler, G. & Werlen, E. (2005). *supra-f: Ein Suchtpräventions-Forschungsprogramm*. Rapport final. Centre de réhabilitation et de psychologie de la santé de l'Université de Fribourg.

La présente étude a été réalisée pour le compte de l'OFSP.
Hüsler, G. & Werlen, E. (2005). *supra-f: Ein Suchtpräventions- und Forschungsprogramm für gefährdete Jugendliche*. Rapport final.
Centre de réhabilitation et de psychologie de la santé.

ADRESSE:
GEBHARD HÜSLER
CENTRE DE RÉHABILITATION ET
DE PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ
DE FRIBOURG
RTE ENGLISBERG 7
CH-1763 GRANGES-PACCOT
TÉL. +41 (0)26 300 76 54
E-MAIL: GEBHARD.HUESLER@UNIFR.CH



6 > Situation sociale, vulnérabilité et consommation de substances : un instrument d'évaluation

GEBHARD HÜSLER

CENTRE DE RÉHABILITATION ET DE PSYCHOLOGIE
DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG

Résumé

En matière de prévention secondaire, il est encore peu répandu de travailler sur une vaste échelle à l'aide de méthodes diagnostiques. Nous proposons ici une méthode diagnostique multidimensionnelle, susceptible de déterminer le degré de risque à l'échelle de la population et au niveau individuel. Le diagnostic multidimensionnel repose sur la combinaison de quatre paramètres : situation sociale initiale, symptômes internes, comportement externe et consommation de substances. La situation sociale initiale et les troubles psychiques présentent une certaine corrélation. Ainsi, les jeunes se trouvant dans une situation sociale médiocre sont plus facilement affectés par un trouble psychique. En outre, le sexe joue ici un rôle certain. Les filles se montrent plus résistantes que les garçons face à l'évolution de leur situation sociale. La situation initiale est en tout cas un bon prédicteur de la consommation de produits à risque de dépendance, notamment de cannabis : plus la situation est mauvaise, plus la consommation sera élevée.

Contexte

Le diagnostic multidimensionnel a été mis au point dans le cadre de l'étude *supra-f* (cf. article dans la présente brochure). Comme les comportements à risque ne se répartissent pas uniformément parmi les jeunes, il est nécessaire d'identifier les jeunes *effectivement menacés*. En fonction de certaines caractéristiques psychiques et sociodémographiques, les jeunes se distinguent par un comportement à risque plus ou moins marqué. La prévention primaire néglige cet état de fait. Quant à la prévention secondaire, elle n'est toutefois pas encore en mesure, à l'heure actuelle, d'identifier avec un certain degré de fiabilité les jeunes sur lesquels se concentre une bonne partie des risques.

Objectif

Le diagnostic multidimensionnel a pour but de recenser et de décrire la diffusion de divers schémas de risque à l'intérieur d'une population de jeunes. Il est censé fournir un instrument permettant de définir en temps opportun les mesures adaptées aux adolescents et aux jeunes adultes en situation de risque.

Méthodologie et population

Il est largement admis que les risques et les menaces peuvent être représentés en plusieurs dimensions. Cela permet, par exemple, de différencier risques structurels et risques personnels. Par ailleurs, il est possible de distinguer différents types de risques personnels en fonction de divers paramètres psychologiques. Quatre paramètres sont pris en compte dans le diagnostic multidimensionnel. La *situation sociale initiale* décrit les aspects suivants: parents et famille (famille monoparentale, parents divorcés ou séparés, père/mère inconnu/e ou décédé/e), école (nombre de changements d'établissement, redoublements) ou travail (apprentissage interrompu), circonstances de la vie (nombre de déménagements, séjour en centre d'éducation, prison ou établissement psychiatrique).

Symptômes internes: caractère dépressif, angoisses, suicidalité.

Le *comportement externe* comprend cinq variables différentes: agressivité, comportement antisocial, problèmes sociaux, difficultés de concentration et hyperactivité. Par ailleurs, un autre questionnaire s'intéresse au comportement délinquant.

Consommation de substances: les principaux produits concernés sont l'alcool, le cannabis et le tabac. Chaque substance fait l'objet des questions suivantes: consommation oui/non; si oui, depuis quand (prévalence à vie); consommation durant les trente derniers jours. Une liste d'autres substances moins fréquemment consommées est également présentée.

Fig. 1: Modèle d'évaluation du risque

Situation sociale	Symptômes internes	Symptômes externes	Consommation de substances	Risque global
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3



Les quatre paramètres décrits plus haut permettent ensuite d'établir une mesure qui a) autorise une évaluation globale du degré de risque (Situation sociale nul = 1, moyen = 2, élevé = 3) et b) indique le degré de menace par rapport à un paramètre. Les jeunes qui ne suivent pas un parcours linéaire (école, formation professionnelle, entrée sur le marché du travail et plan de carrière), mais se heurtent à des obstacles liés à leur constitution psychique ou à leur environnement problématique (il s'agit souvent d'une combinaison des deux facteurs) ont du mal à trouver leur place dans la société. C'est pourquoi l'évaluation des risques doit porter sur des personnes jeunes en voie de désinsertion scolaire ou professionnelle. Une phase de test pourrait donc concerner en priorité les jeunes issus des 12 programmes *supra-f*, qui encadrent des personnes aux caractéristiques de risque variées, ainsi que les jeunes provenant des semestres de motivation (programmes relais pour jeunes quittant l'école sans place d'apprentissage). Afin de contrôler la validité externe et interne, il est possible de procéder à des relevés de données dans les écoles ou de comparer les données avec les enquêtes représentatives menées par les services compétents en matière d'alcool et de drogue (1) ou avec l'étude SMASH (2) et l'ESPAD (3).

Résultats

Relevé des données: Depuis septembre 2004, des jeunes sont interrogés en permanence dans les structures mentionnées. L'enquête a porté sur environ 3300 jeunes issus des 12 programmes *supra-f*, de divers semestres de motivation du seco (4) ainsi que d'écoles du canton de Fribourg.

Analyse des données: L'analyse des données accorde la priorité aux risques, notamment le risque psychosocial pour les jeunes: état de santé, troubles du comportement et consommation de substances. Le modèle présenté à la fig. 1 oriente également l'analyse des données. Celle-ci porte à chaque fois sur les aspects suivants: situation sociale initiale, troubles psychiques et consommation de substances. Il ressort du tableau 1 que la majorité de l'échantillon provenant des écoles se situe, comme prévu, dans le domaine « bonne situation sociale initiale », alors que cette part est moindre dans les autres échantillons. Aucune différence n'apparaît entre les sexes.

Tableau 1 : Comparaison des situations sociales initiales (école, *supra-f*, semestre de motivation)

Sexe	Situation sociale initiale	Ecole	<i>supra-f</i> 11–15	<i>supra-f</i> 16–20	Semestre de motivation
masculin	bonne	161 (54%)	195 (45%)	175 (36%)	232 (31%)
	moyenne	108 (36%)	147 (35%)	156 (32%)	260 (35%)
	mauvaise	30 (10%)	83 (20%)	152 (32%)	252 (34%)
féminin	bonne	149 (52%)	87 (50%)	101 (36%)	248 (39%)
	moyenne	112 (40%)	53 (31%)	87 (32%)	208 (32%)
	mauvaise	22 (8%)	33 (19%)	87 (32%)	185 (29%)
Total		582	598	758	1385
manquant		0	32	82	2

Les troubles psychiques sont définis selon les critères de dépression et d'angoisse, les valeurs seuils étant définies pour chaque sexe et chaque âge. Il ressort du tableau 2 que l'échantillon des jeunes issus de l'école et celui des 11–15 ans de l'étude *supra-f* présentent les parts les plus faibles de perturbations psychiques. Conformément aux attentes, les filles présentent davantage de troubles psychiques que les garçons.

Tableau 2: Comparaison des troubles psychiques (école, *supra-f*, semestre de motivation)

Sexe	Troubles psychiques	Ecole	<i>supra-f</i> 11–15	<i>supra-f</i> 16–20	Semestre de motivation
masculin	sans	250 (85%)	333 (76%)	356 (69%)	459 (63%)
	avec	43 (15%)	107 (24%)	158 (31%)	265 (37%)
féminin	sans	210 (75%)	111 (62%)	160 (52%)	380 (60%)
	avec	70 (25%)	68 (38%)	150 (48%)	255 (40%)
Total		573	619	824	1359
manquant		9	12	16	28



Consommation de tabac

Dans un deuxième temps, il convient d'examiner la corrélation entre la situation sociale et la consommation de substances. Il existe un lien entre la situation sociale initiale et la consommation de tabac des trente derniers jours. Les jeunes dont la situation sociale initiale est mauvaise présentent toujours la proportion la plus importante de fumeurs, quel que soit l'échantillon. Les jeunes bénéficiant d'une bonne situation initiale fument nettement moins que ceux dont la situation initiale est *mauvaise* (école: 14 % contre 38 % ; *supra-f* 11–15 ans: 44 % contre 61 % ; *supra-f* 16–20 ans: 66 % contre 81 % ; semestre de motivation: 49 % contre 65 %). La différence est surtout sensible chez les plus jeunes personnes interrogées issues de l'école et chez les 11–15 ans de l'étude *supra-f*.

Consommation d'alcool

Les chiffres relatifs à la consommation d'alcool des trente derniers jours confirment la tendance que nous avons déjà observée pour la consommation de tabac. Les jeunes bénéficiant d'une bonne situation sociale initiale ont un taux de consommation moindre que ceux dont la situation est *mauvaise* (école: 50 % contre 76 % ; *supra-f* 11–15 ans: 59 % contre 74 % ; *supra-f* 16–20 ans: 74 % contre 80 % ; semestre de motivation: 60 % contre 75 %).

Consommation de cannabis

S'agissant de la consommation de cannabis, les jeunes bénéficiant d'une bonne situation sociale initiale se distinguent nettement de ceux dont la situation est *mauvaise* (école: 10 % contre 36 % ; *supra-f* 11–15 ans: 23 % contre 49 % ; *supra-f* 16–20 ans: 46 % contre 63 % ; semestre de motivation: 24 % contre 42 %).

Recommandations pour la prévention

Tous les jeunes ne sont pas concernés au même titre par un problème. Nous observons de plus en plus que les troubles psychiques, la consommation élevée de substances ou la violence n'affectent, dans une large mesure, que certains enfants et adolescents. Les signes avant-coureurs de ces troubles sont décrits dans la psychopathologie du développement. Il existe deux mots-clés dans ce secteur: la vulnérabilité et la résilience. La vulnérabilité décrit les facteurs qui rendent les jeunes sensibles aux risques. La résilience englobe les facteurs constituant une certaine forme de résistance, permettant de sortir renforcé des adversités. C'est pourquoi il est recommandé de mettre l'accent de la prévention sur les groupes d'adolescents qui risquent *effectivement* de développer un comportement déviant grave. Le diagnostic multidimensionnel présenté ici permet une différenciation des jeunes sur le plan du risque encouru et devrait donc être largement appliqué dans la prévention secondaire.

Bibliographie

- 1 Kuendig, H., Kuntsche, E., Delgrande Jordan, M., & Schmid, H. (2003). Enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 16 ans. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (sfa/ispa).
- 2 Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris J.C., Diserens, C., Alsaker, F., & Michaud, P.-A. (2004). Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 95b).
- 3 Gmel, G., Rehm, J., Kuntsche, E., Wicki, M. & Grichting, E. (2003). Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (sfa/ispa).
- 4 seco; www.seco.admin.ch

La présente étude a été réalisée pour le compte de l'OFSP.
Hüsler, G., Werlen, E. & Bär, M. (2006). Soziale Ausgangslage, Vulnerabilität und Substanzkonsum bei gefährdeten Jugendlichen. Rapport final. Centre de réhabilitation et de psychologie de la santé de l'Université de Fribourg.

ADRESSE:
GEBHARD HÜSLER
CENTRE DE RÉHABILITATION ET
DE PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ
DE L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG
RTE ENGLISBERG 7
CH-1763 GRANGES-PACCOT
TÉL. +41 (0)26 300 76 54
E-MAIL: GEBHARD.HUESLER@UNIFR.CH

