

supra-f

Etude de cohorte

Comportements à risque

Santé mentale

Intégration sociale Drogues

Désavantage social Facteurs de risque

Facteurs de protection

Prise en charge précoce Cannabis

Délinquance

Service de consultation Alcool

Ancrage Fumer Innovation

Diagnostic psychosocial

Programme de prévention

Santé mentale Drogues

Délinquance

Prise en charge précoce Service de consultation

Ancrage Facteurs de risque

Facteurs de protection Désavantage social

Santé mentale Fumer Alcool

Drogues Etude de cohorte Cannabis



Qu'avons-nous appris ?

> 10 ans de *supra-f*

Acquis et perspectives pour l'intervention précoce

Dans le cadre du paquet de mesures destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé, avec des partenaires nationaux, des programmes de prévention qui ont duré plusieurs années. La série de publications « Qu'avons-nous appris ? » a le but de rassembler les connaissances les plus importantes et ainsi contribuer à la prévention basée sur l'évidence. Les destinataires de cette publication sont les décideurs auprès des autorités et des services de santé ainsi que les experts de la prévention, de la consultation et de l'aide aux jeunes.

Parus jusqu'à maintenant

- > Prévention dans le sport (2004)
- > Prévention dans les institutions pour jeunes (2005)
- > Prévention dans le travail avec les jeunes (2005)
- > Prévention auprès des jeunes vulnérables (2006)
- > « Realize-it » – Kurzintervention bei Cannabisabhängigkeit (2008)
(uniquement en allemand)
- > **10 ans de *supra-f*: Acquis et perspectives pour l'intervention précoce (2008)**

Impressum

Editeurs :

- Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Infodrog

Rédaction :

- Bernhard Meili, Infodrog

Photos :

- Christoph Hoigné, Berne

Commandes :

Office fédéral de la santé publique
Section Drogues
3003 Berne
walter.minder@bag.admin.ch

Date de publication :

Octobre 2008

Tirages :

600 ex. allemand, 250 ex. français

Graphisme :

visu'l AG, Berne

Impression :

Merkur Druck AG, Langenthal

Imprimé sur du papier blanchi sans chlore



> Préface

Au début des années 90, les scènes ouvertes de la drogue occupaient le haut de l'échelle des préoccupations de nombreux politiciens, professionnels et citoyens. Le Conseil fédéral s'est alors décidé pour un premier paquet de mesures envisageant la réduction des problèmes liés à la drogue (MaPaDro I). Dans le cadre du modèle des quatre piliers, la Confédération a soutenu des mesures dans tout le pays dans le domaine de la prévention, de la thérapie, de la réduction des risques et de la répression. La thérapie et la réduction des risques constituaient des champs de travail pour lesquels l'adaptation et l'optimisation de l'offre d'assistance aux toxicodépendants, dans les cantons, étaient prioritaires. La mission de la prévention a été plus difficile à formuler. En effet, les acteurs impliqués souhaitaient une amélioration de cette dernière, mais il manquait une idée claire pour l'organiser et la mettre en œuvre. Le résultat a été l'émergence d'un grand nombre de projets disparates qui n'ont que rarement trouvé un ancrage durable.

A la fin des années 90, les résultats fiables de l'épidémiologie de la dépendance ainsi que la recherche empirique sur la biographie et l'intervention, ont induit l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à définir un nouvel aspect important dans le domaine de la prévention de la dépendance : « *la prévention sélective et ciblée pour les jeunes en situation à risques* ». Le programme national de prévention et de recherche dans le domaine de la dépendance *supra-f* s'est inscrit dans cette nouvelle perspective. Le but de *supra-f* était d'établir un lien entre la recherche dans le domaine de la prévention et le terrain. Cantons, villes et organisations ont été invités à participer au programme.

Les conditions cadre étaient claires et intentionnellement restrictives : (1) il fallait s'adresser seulement aux jeunes « *en situation à risques* » ; (2) un programme structuré et avec une durée supérieure à 6 mois devait être proposé ; (3) l'équipe des collaborateurs devait être interdisciplinaire ; (4) le projet devait être bien intégré à la communauté ; (5) la propension à la coopération avec la recherche d'accompagnement devait être présente et (6) l'autofinancement croissant devait être assuré pendant la période de trois ans.

Dix ans après, la question suivante se pose : Que nous a apporté cette approche ? Les présents rapports de recherche et d'expériences tentent d'apporter une réponse à certains des aspects centraux de ce programme. Gebhard Hüsler, le responsable de la recherche, nous fait connaître quelques effets de cette intervention. L'analyse à long terme, sur plusieurs années, permet d'observer le développement des jeunes en situation à risques jusqu'à l'âge de jeune adulte. Un résultat important peut être ici anticipé : la majorité des jeunes qui présentent des risques élevés d'absence d'intégration initiale peuvent être intégrés ultérieurement avec succès et ceci grâce à l'intervention. Cela démontre que des programmes spécifiques orientés vers un groupe cible peuvent aboutir à de bons résultats.

Après un coup de pouce financier de l'OFSP durant quatre ans, le programme a été ancré avec succès au niveau local et régional et a été inclus dans l'offre permanente au niveau communal ou cantonal. Malgré les bons résultats de *supra-f*, Bernhard Meili mentionne

dans son rapport la difficulté de la diffusion des modèles dans de nouvelles communes et régions. Ici aussi, comme c'est le cas dans d'autres domaines de la promotion de la santé et de la prévention, un travail à long terme devient nécessaire afin d'atteindre les objectifs prévus.

Dans le cadre de la recherche *supra-f*, de nouveaux outils pour le terrain ont été développés et expérimentés. La reconnaissance du fait que les conditions de santé psychique revêtent une importance significative ; non seulement pour la consommation de drogues, mais également pour la suite du développement global des jeunes, a conduit au développement d'un programme de groupes sur les bases de la thérapie cognitivo-comportementaliste. Brigit Hertli, du point de vue des praticiens, présente le programme VIVA, ses possibles applications et son évaluation.

Un autre outil concerne le « diagnostic du risque » : la prévention sélective et ciblée s'adresse à une population bien définie. Gebhard Hüsler décrit dans sa contribution l'outil pour le diagnostic psychosocial testé sur 13 000 jeunes. Il permet de faciliter et de justifier l'assignation du jeune à la mesure la plus appropriée. Le même outil peut également être utilisé pour les cantons, les communes, les quartiers, les écoles, les foyers pour les jeunes, etc. Il montre aussi comment beaucoup de jeunes présentent ces problèmes spécifiques. De cette manière, les éventuelles mesures ou interventions nécessaires peuvent être planifiées et reposer sur un bon fondement.

Les dix ans de l'histoire de *supra-f* montrent que la collaboration entre la recherche et la pratique, entre autre grâce à leurs aspects différents, a été utile à tous les intéressés. La présente publication tâche de rendre accessible les connaissances acquises et les expériences à un cercle plus large de personnes intéressées. Le but étant également d'approfondir la discussion sur l'approche préventive. J'aimerais chaleureusement remercier tous les chercheurs, les praticiens, les autorités ainsi que les jeunes pour leur collaboration, pour leur patience et pour leur intérêt tout au long de l'histoire de *supra-f*. Un remerciement particulier est adressé à Bernhard Meili, chef du projet *supra-f* qui, avec son grand engagement et sa connaissance du domaine, a marqué de son empreinte les approches modernes et prometteuses dans le domaine de la prévention.



Dr. Roy Salveter

Office fédéral de la santé publique
Chef de la division Programmes nationaux de prévention

> Table des matières

Préface ROY SALVETER	3
1 Intégration sociale, état psychique et consommation de substances. Résultats des études d'intervention et de cohorte <i>supra-f</i> GEBHARD HÜSLER	6
2 La diffusion et la mise en œuvre d'un programme de prévention : de l'innovation à l'ancrage BERNHARD MEILI	28
3 Diagnostic psychosocial : un instrument pour évaluer le risque GEBHARD HÜSLER	38
4 VIVA – Un programme favorisant l'autorégulation BRIGIT HERTLI, GEBHARD HÜSLER	46



1 > Intégration sociale, état psychique et consommation de substances. Résultats des études d'intervention et de cohorte *supra-f*

GEBHARD HÜSLER

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

Résumé

Une étude longitudinale a suivi sur plusieurs années l'évolution de jeunes appartenant aux classes d'âge 11–15 ans et 16–20 ans. Observant leur état psychique, l'évolution de leurs problèmes et leur consommation de substances, elle s'est avant tout concentrée sur leur intégration scolaire ou professionnelle. La particularité des jeunes *supra-f* repose sur le fait qu'ils ont été dirigés vers un programme *supra-f* parce qu'ils ont été remarqués pour tel ou tel comportement déviant. Il s'agit donc de jeunes largement exposés au risque de ne pas s'intégrer sur les plans scolaire et professionnel. Grâce à différentes mesures de soutien et d'encouragement, les programmes *supra-f* tentent d'éviter leur exclusion scolaire ou professionnelle et de limiter leurs comportements problématiques.

Après 6 mois passés dans un centre *supra-f*, il apparaissait logique de demander aux jeunes comment ils allaient désormais. A notre connaissance, il n'existe à ce jour aucune étude de cohorte portant



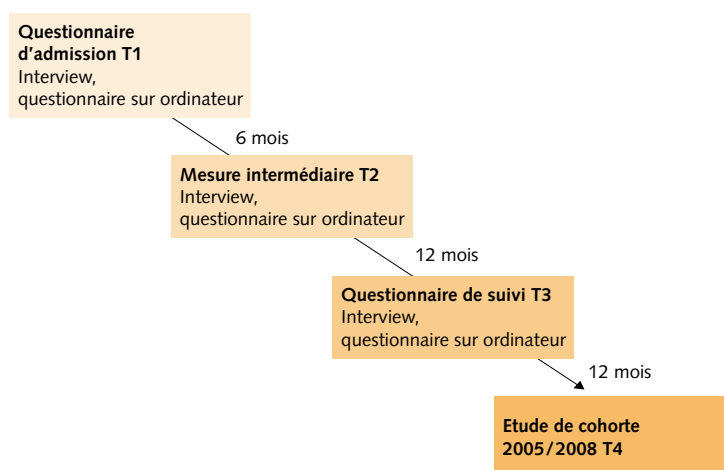
sur des jeunes en situation de risque, et plus spécifiquement sur la question de leur intégration sociale et professionnelle. Une étude de cohorte requiert beaucoup de temps, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes à problèmes. Cette étude, qui porte sur l'intégration des jeunes à l'école et au travail, prend en considération trois thèmes : la situation sociale de départ, l'évolution de l'état psychique (dépression, anxiété) et l'évolution de la consommation de substances.

Les résultats de l'étude de cohorte sont les suivants : s'agissant de l'intégration scolaire ou professionnelle, une situation sociale de départ favorable représente le meilleur atout pour une poursuite de l'intégration réussie à la sortie du centre *supra-f*. Les jeunes déjà bien intégrés ont de plus grandes chances de rester bien intégrés. Ces jeunes présentent d'ailleurs les meilleures valeurs, s'agissant de l'état psychique et de la consommation de substances. Nos modèles d'intégration montrent qu'au fil des mesures la consommation de substances et l'état psychique restent étroitement liés. Ainsi, les jeunes souffrant de forts déséquilibres psychiques sont ceux qui consomment le plus de substances, et vice-versa. Il apparaît néanmoins aussi que l'état psychique a tendance à s'améliorer au fil du temps, tandis que la consommation de substances reste stable. Une forte consommation de substances à elle seule reste un mauvais signe pour l'intégration future, que ce soit à l'école ou dans le monde du travail.

Le plan de recherche

L'étude de cohorte poursuit les travaux de l'étude d'intervention *supra-f* (figure 1). Elle a débuté mi-1999 pour s'achever fin 2004. Les groupes intervention et témoin existants ont ensuite été transférés dans l'étude de cohorte, achevée mi-2008.

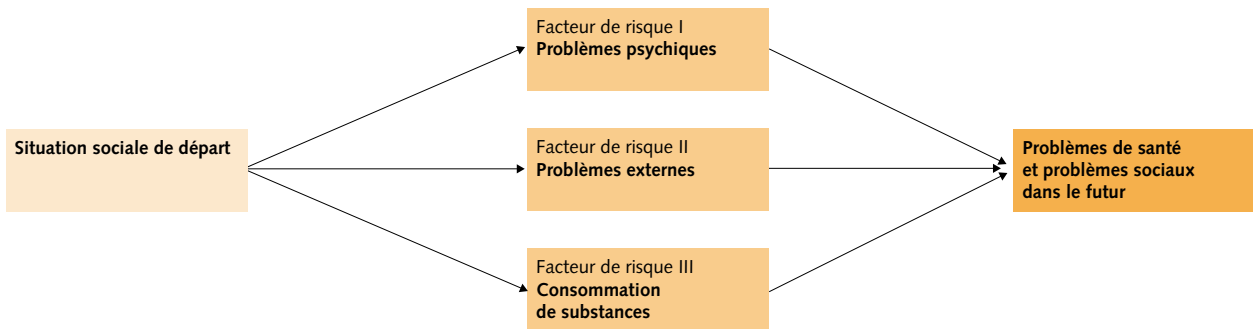
Figure 1 : Collecte de données dans les groupes intervention et témoin 1999–2008



Comment décrire le risque encouru ?

Risques et dangers peuvent être représentés sous différents angles. L'étude *supra-f* recourt à un modèle comportant quatre paramètres : situation sociale de départ, problèmes internes et externes ainsi que consommation de substances (figure 2).

Figure 2 : Le modèle de risque



La situation sociale de départ

Cette variable permet d'évaluer le contexte sociodémographique d'un jeune. Elle applique des pondérations au nombre de déménagements et de changements d'école. Exclusions d'établissements scolaires, redoublements, séjours dans des institutions telles que les services psychiatriques et les foyers pour jeunes, parents mariés ou divorcés, père ou mère décédé(e) ou inconnu(e) sont autant de réponses oui/non qui sont incorporées dans la variable. L'analyse des échantillons (N > 7000) montre que la variable est d'abord définie par le nombre de déménagements et de changements d'école, puis par le type d'environnement familial (parents mariés ou divorcés), suivis de l'exclusion scolaire et des redoublements (tableau 1). La situation sociale de départ est une dimension relativement stable qui ne peut subir que de faibles variations. Nous distinguons trois différentes situations sociales de départ (favorable, moyenne, défavorable), qui sont chacune en relation avec les facteurs de risque.



Tableau 1 : Situation sociale initiale. Pondération des variables

Situation sociale initiale	Bêta	r
Nombre de déménagements (> 2 ; > 5) *	.45	.71
Changement d'école (> 2 ; > 5) *	.32	.55
Famille monoparentale	.25	.48
Redoublement (une fois ou plus)	.23	.38
Séparation/divorce des parents	.19	.53
Avertissement/exclusion de l'école (une fois ou plus)	.11	.35
Interruption de l'apprentissage	.11	.11
Séjour en institution (prison, foyer, etc.)	.09	.38
Père inconnu ou décédé	.09	.22
Mère inconnue ou décédée	.06	.12

Pondération : déménagements <2=0, <5=1, >5=2 ;

Changement d'école : <2=0, <5=1, >5=2

Bêta : coefficient standardisé bêta, mesure du poids relatif des variables dans l'index général

r : coefficient de corrélation entre les variables et l'index

* : valeur moyenne sur 8 échantillons (N > 7000)

Problèmes internes et externes

Les questions posées sur la dépression et l'anxiété aident à définir les problèmes internes. Les problèmes externes regroupent cinq domaines différents (agressivité, comportement asocial, problèmes sociaux, problèmes d'attention et hyperactivité), qui font l'objet de questions lors de la quatrième mesure. Pour toutes les mesures, le comportement délinquant (violence, vol, dégradations) a été consigné dans un questionnaire supplémentaire.

Consommation de substances

On entend par « consommation de substances » avant tout la consommation d'alcool, de cannabis et de tabac. Les questions suivantes sont posées pour chaque substance : consommation oui/non (prévalence à vie) ; si oui, depuis quand ; consommation dans les 30 derniers jours. Une liste d'autres substances moins fréquemment consommées est également présentée.

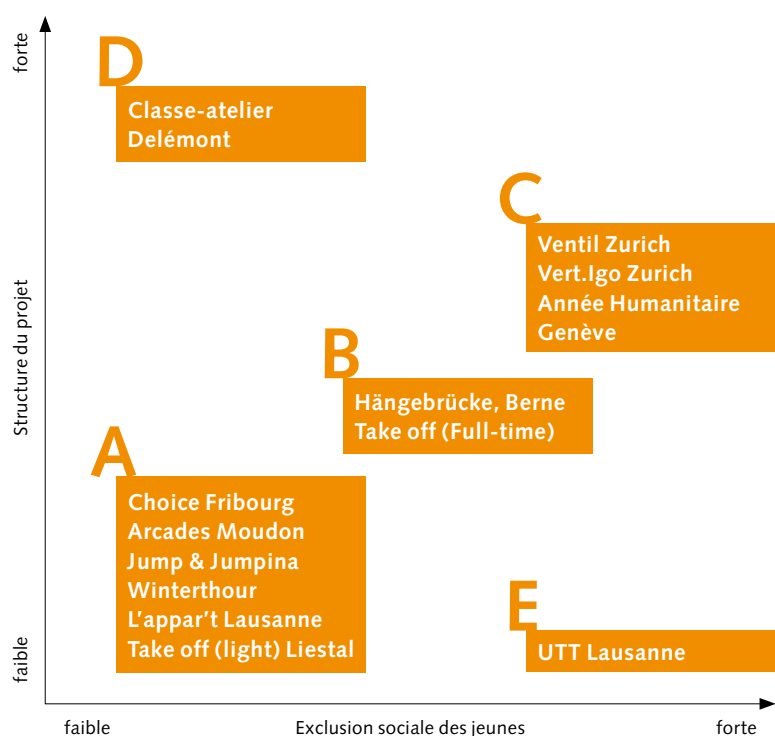
Le programme d'intervention et de recherche *supra-f*

Le programme *supra-f* avait pour objectif d'étudier l'efficacité des différentes formes d'encadrement mises en œuvre dans le cadre de la prévention des dépendances. Pour comparer l'efficacité des programmes *supra-f*, il faut se demander comment définir les facteurs d'efficacité. Les programmes de prévention secondaire concernent les jeunes qui présentent un risque élevé soit en raison de leur consommation de substances, soit en raison d'autres problèmes, qui peuvent se révéler significatifs en cas de forte consommation de substances *a posteriori*. Etablir des profils de risque s'avère délicat dans la mesure où plusieurs domaines peuvent être pris en compte (état psychique, facteurs sociodémographiques,

consommation de substances), ce qui laisse une certaine part d'aléatoire. Etant donné que *supra-f* porte sur une tendance au risque, de tels profils reposent sur une base théorique et sont établis en fonction d'un diagnostic d'admission qui comprend dans notre cas les domaines suivants : état psychique, estime de soi, gestion des problèmes, tendances suicidaires, délinquance et consommation de substances. Les grandes différences que présentent les centres *supra-f* dans leurs offres (activités de loisir, travail sur des projets, conseil, travail de groupe, travail à la maison, etc.) ont pour effet de différencier les jeunes participants en fonction de leurs risques et de leur intégration sociale. L'offre de chaque centre *supra-f* définit dès le départ quels jeunes sont susceptibles d'être acceptés dans ses rangs. Cette sélection se base sur une échelle d'intégration sociale : les jeunes socialement intégrés se retrouvent dans des projets scolaires, les moins intégrés dans les centres qui encouragent une intégration professionnelle ; les plus jeunes (11 à 15 ans) sont orientés vers les centres scolaires, les plus âgés (16 à 20 ans) sont quant à eux envoyés le plus souvent dans les centres d'intégration professionnelle.

Les centres peuvent se différencier par leur système d'action spécifique (« plan d'action ») (Hüsler et al., 2005) (figure 3). Les installations des centres A sont ouvertes aux jeunes 4 à 5 heures par semaine, alors que les centres B apportent à chaque jeune un encadrement de 18 heures par semaine et plus. Ces centres B proposent des offres plus nombreuses, au caractère plus intensif, et sont dotés d'une infrastructure plus complète que les centres A. Ils disposent, p. ex., de salles de formation et d'ateliers, et peuvent

Figure 3 : Centres classés selon l'exclusion sociale des jeunes et la structure des mesures apportées



accepter des mandats pour réaliser certains travaux. Cela leur permet de travailler avec des jeunes plutôt exclus, tels que les élèves renvoyés de l'école et les jeunes ayant interrompu leur apprentissage. Les centres C sont très semblables aux centres B. La différence principale est qu'ils proposent un encadrement plus étroit encore à des jeunes pour la plupart très exclus. Les centres D et E sont des prototypes. Le centre D est une classe d'école qui travaille avec des jeunes présentant des troubles du comportement et qui se trouvent, en outre, en difficulté sur le plan scolaire. Le centre E aide les jeunes plus âgés dans leur intégration professionnelle.

Les centres peuvent accueillir entre 15 et 20 jeunes en même temps sur une période de six mois environ. La majorité des jeunes leur sont envoyés par l'école, certains le sont également par le tribunal des mineurs ou par d'autres autorités et institutions. L'intégration au programme se fait en accord avec le jeune concerné et ses parents. La plupart des centres *supra-f* sont dirigés par une institution d'aide à la jeunesse.

Pour mieux cerner les jeunes qui se trouvent dans ces centres, nous avons choisi trois jeunes (Sophie, Kevin et Jacques) qui représentent chacun un type de centre. Sophie est une adolescente telle qu'on les trouve dans les centres A. On retrouve le profil de Kevin dans les centres B et celui de Jacques dans les centres C.



Sophie a 14 ans. Elle a de mauvais résultats scolaires et « sèche » parfois l'école. Elle fraude de temps en temps dans les transports en commun et commet des vols ici et là. Elle a cependant de bons rapports avec ses parents et ne souffre d'aucun problème psychique.



Kevin a 15 ans et est en dernière année d'école. Il a de gros problèmes scolaires. Il est légèrement dépressif, souffre d'anxiété et consomme régulièrement des drogues. Il est souvent livré à lui-même car sa famille s'occupe peu de lui. Il a néanmoins un oncle qui veille sur lui.



Jacques a 17 ans et a terminé l'école. Il n'a aucune place d'apprentissage, il consomme des drogues fréquemment et se laisse fortement aller à ses humeurs. Sa famille ne peut lui apporter aucun soutien car elle a elle-même beaucoup de difficultés.

Quelle est l'efficacité des centres *supra-f* sur 18–24 mois ?

Les tableaux suivants montrent l'intensité des effets sur l'état psychique (dépression, anxiété), la perception de sa propre efficacité, l'estime de soi, la délinquance, les problèmes de comportement et la consommation de substances (tabac, alcool et cannabis). Les effets sont classés par type de centre. De plus, y sont consignés les effets sur le groupe témoin (ligne « Témoin avec intervention »), qui a connu un autre cadre que *supra-f* et l'efficacité totale sur l'ensemble des centres (total *supra-f*). Les valeurs des effets qui vont dans la direction attendue (amélioration) sont marquées **en gras** dans les tableaux.

Comment comprendre la force des effets (FE) ? Pour ce faire, il faut se référer aux travaux de Cohen (1988). Le *d* de Cohen est la différence entre les deux valeurs moyennes divisée par l'écart standard du groupe intervention. Cohen définit les valeurs de *d* = .20 comme de petits effets, *d* = .50 comme des effets moyens et *d* = .80 comme de grands effets. Nous suivons la règle selon laquelle le *d* indiqué se comprend aussi comme un pourcentage de changement ($FE/2 = \% \text{ de changement}$). Les effets totaux (total *supra-f*) et les effets selon les différents centres sont énumérés au tableau 2. Il apparaît une fois encore qu'une représentation ainsi qu'une analyse en fonction des centres sont justifiées car les effets connaissent une forte dispersion. S'agissant des substances (tabac, alcool, cannabis), tous les effets s'orientent vers une baisse de la consommation. La plus faible est la diminution de la consommation de cannabis, la plus évidente celle de la consommation de tabac. Concernant l'état psychique, la perception de sa propre efficacité, l'estime de soi et la délinquance, les résultats sont moins clairs. Le total des effets concernant l'estime de soi augmente légèrement

Tableau 2 : Force des effets entre l'admission (T1) et après 18–24 mois (T3). Echantillon entier

T1–T3	dép	peu	anx	eff	soi	dél	com	tab	alc	can
Type A	.02	–.16	–.07	–.03	.14	–.04	.01	–.14	–.04	–.09
Type B	.18	.00	–.03	–.09	.18	–.25	.32	–.38	–.21	.04
Type C	–.18	–.24	–.25	.10	.35	–.40	–.05	–.64	–.39	–.49
Type D	.41	.30	.15	–.29	.01	.13	.45	–.21	–.27	–.07
Type E	–.07	.07	–.27	.22	.31	–.31	–.21	–.44	–.32	–.11
Témoin avec intervention	.08	–.10	–.13	.09	.24	–.35	–.07	–.24	–.28	–.05
Total <i>supra-f</i>	.06	–.08	–.07	–.01	.16	–.10	.09	–.26	–.15	–.12

Légende : dép = dépression (Hautzinger & Bailer, 1993), peu = échelle de peur SCL-90-R (Franke, 1995), anx = anxiété STAI trait (Laux et al., 1981), eff = perception de sa propre efficacité (Jerusalem & Schwarzer, 1991), soi = estime de soi (Harter, 1982), dél = comportement délinquant (construction de l'identité individuelle selon Loeber et al., 1989), com = problèmes de comportement (Alsaker et al., 1989), tab = consommation de tabac (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), alc = consommation d'alcool (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), can = consommation de cannabis (Arènes et al., 1998; Ferron et al., 1997; Narring et al., 1994).



(.16) et baisse un peu (-.10) pour la délinquance. L'état psychique ne subit pratiquement aucun changement.

Un examen effectué en fonction du centre se révèle bien plus ardu. Les centres A n'ont que de petits effets. Les centres B présentent de meilleurs résultats. La consommation de substances et la délinquance diminuent modérément, alors que l'estime de soi augmente. Les centres C font état de résultats plus homogènes. La consommation de substances et la délinquance baissent. L'estime de soi et la perception de sa propre efficacité augmentent et l'état psychique s'améliore. Les centres D n'ont des améliorations que dans le domaine des substances. Tous les autres paramètres restent inchangés ou s'aggravent. Les centres E présentent des résultats homogènes, à l'instar des centres C : la consommation de substances et la délinquance baissent tandis que l'estime de soi et la perception de sa propre efficacité augmentent. L'état psychique s'améliore (l'anxiété diminue). Les écarts sont dus au processus de sélection effectué par les centres, car ils se différencient par les jeunes qu'ils encadrent (âge, intégration sociale). Selon les paramètres relevés, les jeunes des centres A se trouvent largement dans la norme et donc, pour des raisons statistiques, il n'est pas possible d'atteindre de forts effets, à moins que le groupe témoin ne présente des aggravations dramatiques. La situation est tout autre dans les centres B et C. Ils se chargent de jeunes déjà fortement exclus, souffrant dans une large mesure de problèmes d'ordre psychique et révélant une forte consommation de substances. Ils sont en outre plus âgés. Alors que le tableau 2 présente l'intensité des effets indépendamment de l'état psychique des jeunes, le tableau 3 présente uniquement l'intensité des effets sur les jeunes *sans symptômes* (sans anxiété ni dépression). Le tableau 4, quant à lui, présente seulement l'intensité des effets sur les jeunes *avec symptômes*. Étant donné que les centres ne proposent pas un mode d'intervention classique, comme c'est le cas pour la psychothérapie, ils ne peuvent donc pas non plus

Tableau 3 : Force des effets ; jeunes *supra-f sans symptômes*

T1-T3	dép	peu	anx	eff	soi	dél	com	tab	alc	can
Type A	.13	-.04	-.06	-.06	.12	-.03	.14	-.07	-.04	-.09
Type B	.55	.21	.09	-.27	-.04	-.30	.73	-.38	-.12	.11
Type C	.01	-.15	-.45	.01	.35	-.30	.27	-.58	-.29	-.54
Type D	.36	.24	.07	-.44	.05	.30	.68	-.04	-.18	.09
Type E	.55	.96	.20	.26	.68	-.30	-.21	-.60	-.39	-.02
Témoin avec intervention	.05	-.06	-.29	-.09	.16	-.45	-.20	-.08	-.08	.15
Total <i>supra-f</i>	.21	.05	-.06	-.12	.13	-.06	.31	-.19	-.06	-.09

Légende : dép = dépression (Hautzinger & Bailer, 1993), peu = échelle de peur SCL-90-R (Franke, 1995), anx = anxiété STAI trait (Laux et al., 1981), eff = perception de sa propre efficacité (Jerusalem & Schwarzer, 1991), soi = estime de soi (Harter, 1982), dél = comportement délinquant (construction de l'identité individuelle selon Loeber et al., 1989), com = problèmes de comportement (Alsaker et al., 1989), tab = consommation de tabac (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), alc = consommation d'alcool (Arènes et al., 1998; Narring et al., 1994), can = consommation de cannabis (Arènes et al., 1998; Ferron et al., 1997; Narring et al., 1994).



s'attendre à des effets de cet ordre. Il est toutefois important de vérifier comment les programmes *supra-f* agissent sur les jeunes souffrant ou non de troubles psychiques. En ce qui concerne le groupe de jeunes n'ayant pas de symptômes, les effets totaux se rapportant à la consommation de substances sont un peu plus faibles ; pour l'estime de soi, ils sont similaires. Nous constatons pour l'état psychique une légère dégradation (les valeurs de dépression augmentent). Les effets sont également un peu plus faibles dans les différents types de centres. Ceci n'est guère surprenant. Généralement, les jeunes *sans symptômes* présentent de faibles variations pour les paramètres relevés et sont ainsi largement dans la norme. Des exceptions existent cependant, p. ex., les valeurs

Tableau 4 : Force des effets ; jeunes *supra-f* avec symptômes

T1-T3	dép	peu	anx	eff	soi	dél	com	tab	alc	can
Type A	-.04	-.13	.03	.20	.09	-.14	-.18	-.28	-.06	-.02
Type B	-.17	.00	-.21	.23	.30	-.35	-.11	-.34	-.48	.04
Type C	-.47	-.29	.00	.23	.36	-.59	-.36	-.76	-.78	-.24
Type D	.32	.49	.31	-.05	-.17	-.35	.19	-.65	-1.33	-.26
Type E	-.12	.14	-.07	.12	-.18	-.31	-.15	-.38	-.36	-.11
Témoïn avec intervention	.29	.30	.31	.27	.12	-.32	.03	-.41	-.31	.07
Total <i>supra-f</i>	-.08	-.04	.02	.17	.10	-.26	-.16	-.39	-.35	-.06

Légende : dép = dépression (Hautzinger & Bailer, 1993), peu = échelle de peur SCL-90-R (Franke, 1995), anx = anxiété STAI trait (Laux et al., 1981), eff = perception de sa propre efficacité (Jerusalem & Schwarzer, 1991), soi = estime de soi (Harter, 1982), dél = comportement délinquant (construction de l'identité individuelle selon Loeber et al., 1989), com = problèmes de comportement (Alsaker et al., 1989), tab = consommation de tabac (Arènes et al., 1998 ; Narring et al., 1994), alc = consommation d'alcool (Arènes et al., 1998 ; Narring et al., 1994), can = consommation de cannabis (Arènes et al., 1998 ; Ferron et al., 1997 ; Narring et al., 1994).

d'anxiété dans le centre C diminuent le plus pour les jeunes sans symptômes. Pour ce qui est des centres E, c'est dans ce groupe que l'estime de soi s'améliore le plus (tableau 3).

Les jeunes avec symptômes présentent les résultats les plus homogènes concernant les paramètres relevés et les différents types de centre. Les valeurs de dépression diminuent globalement (exceptions type A : aucun changement, type B : augmentation). S'agissant de la peur (SCL-90-R) et de l'anxiété (STAI), les résultats sont mitigés. L'estime de soi et la perception de sa propre efficacité augmentent, tandis que la délinquance diminue. Une diminution apparaît également sur l'échelle des problèmes de comportement (com). Les effets sont les plus manifestes pour la réduction de la consommation de tabac et d'alcool et sont en revanche moindres pour le cannabis (tableau 4).

Le tableau 5 donne une vue d'ensemble des changements par type de centre. La consommation de substances diminue dans tous les centres, mais dans des proportions différentes. S'agissant de l'état psychique et de l'estime de soi, il y a des augmentations et des diminutions. Cela vaut également pour la délinquance et les problèmes de comportement.

Appliqués aux jeunes pris en exemple (cf. p. 11), ces résultats pourraient signifier ceci : les résultats scolaires de Sophie se sont améliorés suite à son séjour dans un centre de type A. Kevin a posé sa candidature pour une place d'apprentissage et a de bonnes chances d'être choisi. Il a pu se stabiliser sur le plan psychique et consomme moins de drogues. Jacques a pu canaliser ses changements d'humeur et consomme moins de drogues. Et si ses résultats scolaires ne suffisent pas pour obtenir une place d'apprenti, il a néanmoins trouvé un emploi.

Tableau 5 : Changements par centre

Centres	Perception de sa propre efficacité	Etat psychique	Délinquance/ Problèmes de comportement	Consommation de substances
Type A	Légère amélioration	Légère amélioration	Aucun changement	Légère diminution
Type B	Légère amélioration	Légère aggravation	Légère diminution de la délinquance, augmentation des problèmes de comportement	Légère diminution
Type C	Légère amélioration	Légère aggravation	Diminution de la délinquance, aucun changement des problèmes de comportement	Recul significatif
Type D	Légère aggravation	Aggravation	Légère diminution de la délinquance	Légère diminution
Type E	Légère amélioration	Diminution de la peur	Diminution	Diminution

Passage de *supra-f* à l'étude de cohorte

L'étude de cohorte correspond à la suite de l'étude d'intervention *supra-f*. Elle étudie plus spécifiquement l'intégration des jeunes à l'école et dans le monde du travail. Trois thèmes importants pour l'intégration sont placés au premier plan : la situation sociale de départ, l'évolution de l'état psychique (dépression, anxiété) et le changement observé dans la consommation de substances. L'étude a débuté avec 1230 jeunes issus de la recherche *supra-f*. Etant donné que le taux d'interruption était très élevé au début, et ce pour différentes raisons, la cohorte n'a pu véritablement commencer qu'avec 831 participants. Le taux d'interruption sur toute la durée de l'étude est de 68 % (tableau 6).

Une comparaison entre la cohorte et *supra-f* montre que les valeurs de référence de l'échantillon *supra-f* telles que le sexe, la situation sociale de départ et la nationalité n'ont pas changé (tableau 7). Les résultats de la cohorte reflètent ceux de *supra-f*, même si près de 400 désistements sont à noter. Dans le groupe « abandons », les jeunes à la situation sociale de départ défavorable, les jeunes étrangers et les étrangers de 2^{ème} génération sont légèrement surreprésentés. De plus, la part des étrangers de 1^{ère} génération est plus élevée.

Tableau 6 : Nombre de jeunes dans la cohorte

Point de mesure	<i>supra-f</i>	Perte cohorte	Cohorte
T1+T2	1230		
T3-T4		399	
T1-T2-T3-T4			831 (68%)

Légende : T1, T2 = Etude *supra-f*; T1, T2, T3, T4 = Cohorte

Tableau 7 : Comparaison de la cohorte, de *supra-f* et des « abandons »

	<i>supra-f</i>	cohorte	abandons	
N	1230	831	399	
Age	15.73	15.52	16.17	***
Sexe (f)	33%	32%	35%	
Situation sociale de départ favorable	42%	45%	35%	**
Situation sociale de départ moyenne	34%	33%	36%	
Situation sociale de départ défavorable	24%	22%	29%	**
Suisses	44%	46%	41%	
Etrangers	47%	45%	49%	
Double nationalité	9%	9%	10%	
1 ^{ère} génération d'étrangers	35%	33%	39%	*
2 ^{ème} génération d'étrangers	21%	21%	20%	

* p < 0.05; ** p > 0.01; *** p < 0.001



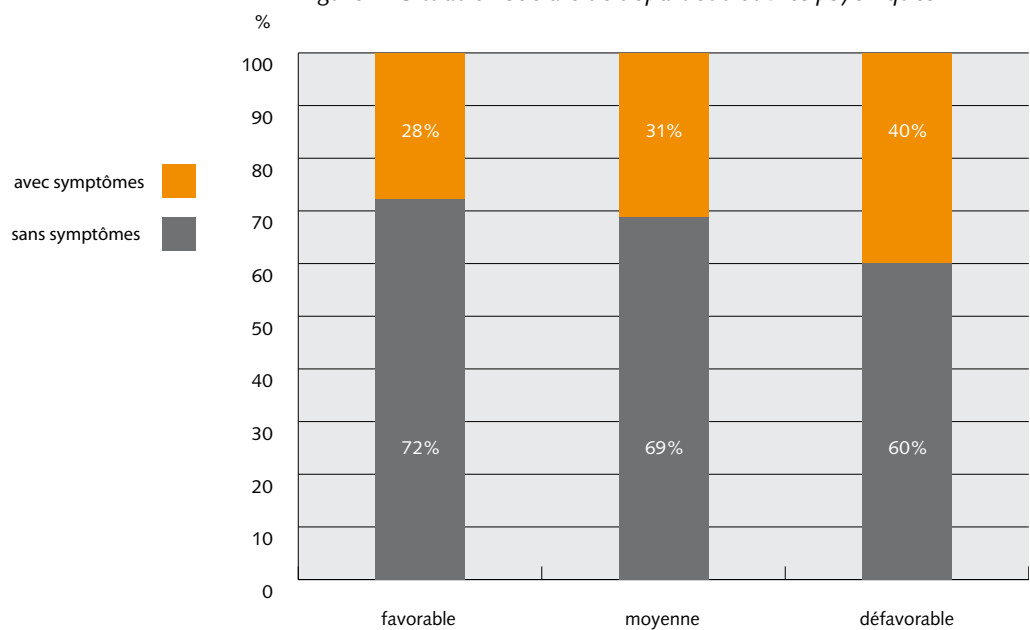
Incidence de la situation sociale de départ

Il résulte globalement que la situation sociale de départ (cf. p. 8) est en corrélation étroite avec les troubles psychiques, les problèmes externes et la consommation de substances (Hüsler et al., 2004).

Situation sociale de départ et troubles psychiques

Les jeunes à la situation sociale de départ défavorable souffrent davantage de troubles psychiques (figure 4).

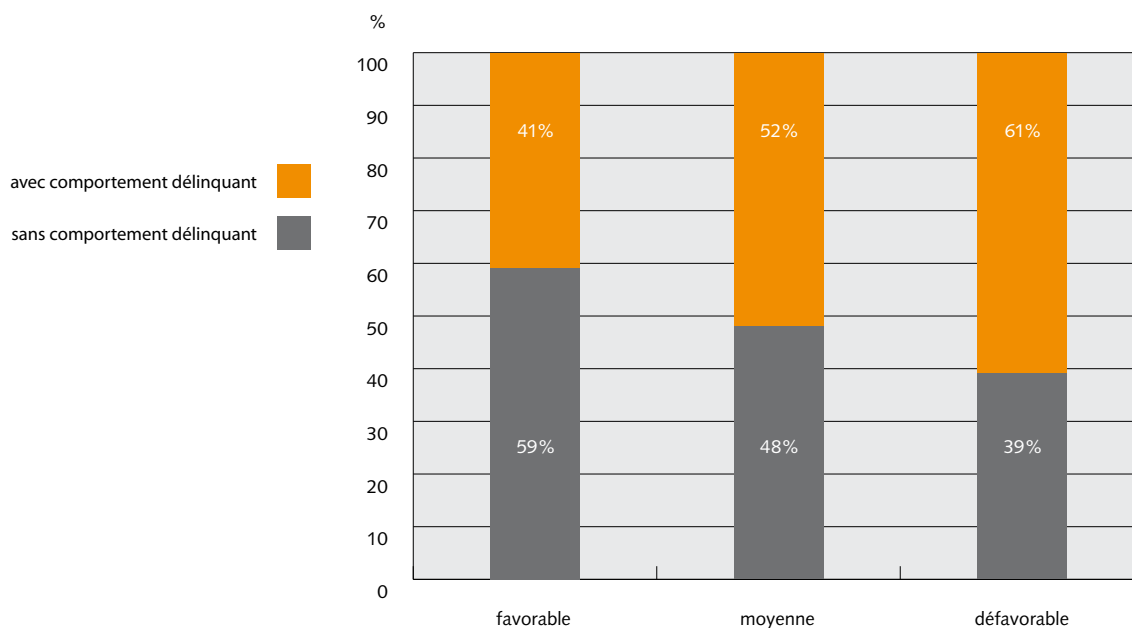
Figure 4 : Situation sociale de départ et troubles psychiques



Situation sociale de départ et problèmes externes

Les problèmes externes sont aussi en rapport avec la situation sociale de départ. Les jeunes à la situation sociale de départ défavorable forment la plus grande proportion dans le comportement délinquant. La figure 5 présente la part de jeunes ayant un comportement délinquant (= deux délits ou plus parmi onze possibles).

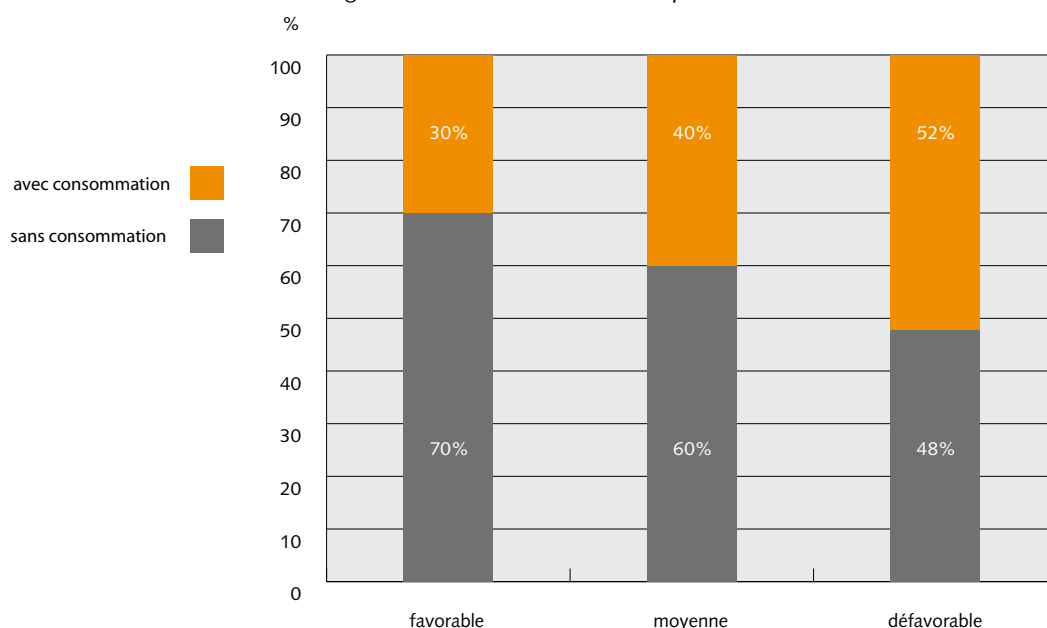
Figure 5 : Situation sociale de départ et comportement délinquant



Situation sociale de départ et consommation de substances

Comme le montre la figure 6 dans l'exemple du cannabis, la consommation de substances dépend également de la situation sociale de départ : plus la situation sociale de départ est défavorable, plus la consommation de substances est forte.

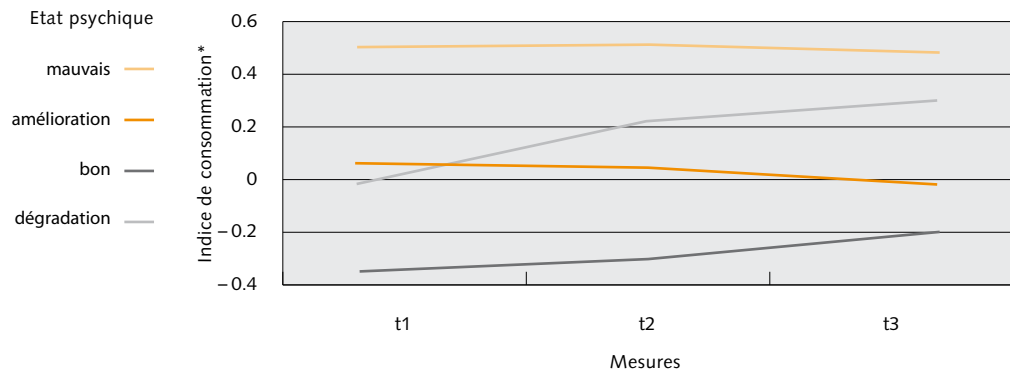
Figure 6 : Situation sociale de départ et consommation de cannabis



Rapport entre la consommation de substances et l'état psychique sur la durée

D'une manière générale, nous pouvons constater que les paramètres d'état psychique (anxiété, dépression, tendances suicidaires) ont tendance à se normaliser sur toute la population *supra-f*. Nous relevons pour les substances une légère augmentation avec l'âge. Se référant à l'état psychique, il est possible de différencier quatre groupes en fonction de leur évolution (Hüsler et al., en cours de publication) : 1) *élevé* : un groupe qui présente des valeurs élevées de dépression et/ou de peur pendant toute la durée d'observation (33 % de garçons, 67 % de filles) ; 2) *faible* : le groupe témoin dont les personnes restent dans la norme au fil du temps (66 % de garçons, 34 % de filles) ; 3) *croissant* (61 % de garçons, 39 % de filles) et 4) *décroissant* (65 % de garçons, 35 % de filles). Comme le montre la figure 7, il existe un rapport étroit entre l'évolution de l'état psychique et celle de la consommation de substances (tabac, alcool et cannabis).

Figure 7: Evolution de la consommation de substances en fonction de l'état psychique (de Hüsler et al., en cours de publication)



* variable latente standardisée (facteur) qui regroupe la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis

Le tableau 8 récapitule la répartition des quatre degrés d'évolution de consommation de substances en fonction des quatre schémas évolutifs des troubles psychologiques. 49 % des jeunes du groupe sans troubles psychiques révèlent dans le même temps une faible consommation de substances. Dans le groupe présentant une dégradation de l'état psychique, 22 % ont une consommation de substances qui va croissante et 26 % une consommation qui reste élevée. En ce qui concerne le groupe pour lequel l'état psychique s'améliore, la consommation de substances diminue pour 26 % d'entre eux. Elle était déjà faible pour 36 %. Au sein du groupe qui souffre de troubles psychiques pendant toute l'étude, 39 % ont une consommation de substances élevée et constante. Si l'on compare les groupes dont l'état psychique a connu des évolutions différentes, on observe aucune différence entre les Suisses et les étrangers. Parmi les jeunes qui souffrent de troubles psychiques sur toute la durée de l'étude, 30 % font état d'une situation sociale de départ défavorable.

Tableau 8: Evolution de la consommation de substances en fonction de l'état psychique

		Consommation de substances				total
		élevée	faible	décroissante	croissante	
Troubles psychiques	élevés	39,06%	18,75%	28,13%	14,06%	100%
	décroissants	26,73%	35,64%	25,74%	11,88%	100%
	faibles	15,12%	49,38%	20,37%	15,12%	100%
	croissants	26,32%	28,95%	22,37%	22,37%	100%
	total	21,42%	40,71%	22,48%	15,40%	100%

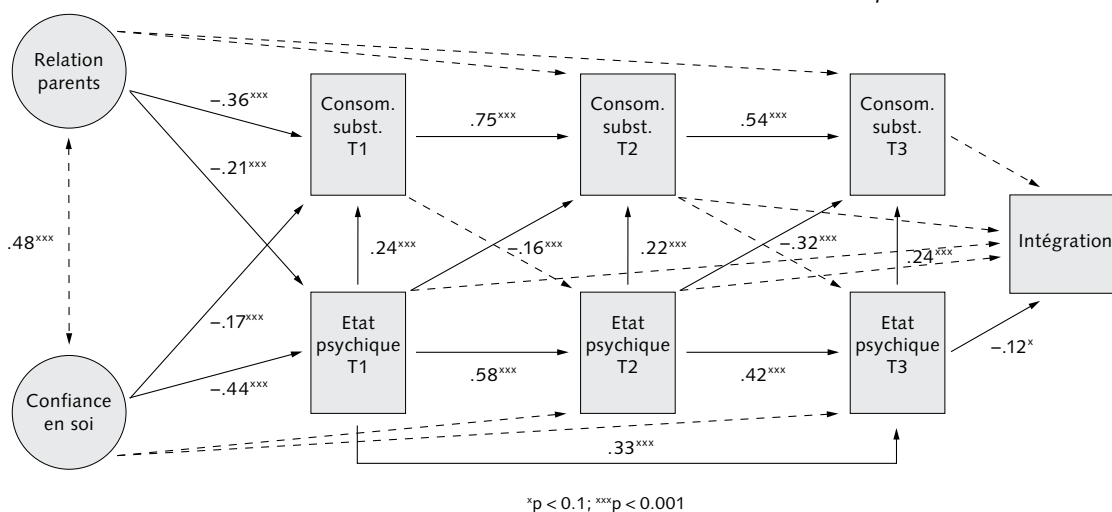


Quels sont les facteurs déterminants pour l'intégration ?

Nous considérons la structure des rapports entre les facteurs de protection (relation avec les parents et situation sociale de départ), les facteurs de risque (consommation de substances et état psychique) et l'intégration sociale (Hüsler et al., 2007). Notre modèle part du principe que l'intégration dans le milieu scolaire ou dans le monde du travail est définie par la structure sociale (situation sociale de départ), la relation avec la famille et les ressources personnelles (confiance en soi) (figure 8). Comme cela a pu être prouvé à maintes reprises et dans différents contextes, une situation sociale de départ favorable est associée à un grand nombre de conditions favorables. Aussi l'estime de soi ou une plus grande confiance en soi y sont-elles meilleures que pour une situation sociale de départ défavorable. Inversement, tous les troubles psychiques tels que la dépression, l'anxiété et les tendances suicidaires sont dans la norme. La consommation de substances (alcool, cigarettes, cannabis) y est faible. La majorité des jeunes à la situation sociale de départ favorable n'ont pas de problèmes sur le plan psychique.

Le modèle présente la situation concernant les jeunes à la situation sociale de départ *défavorable*. La relation avec les parents et le niveau de confiance en soi au début de l'étude déterminent l'évolution future. Ainsi, il existe un rapport négatif entre la relation avec les parents et la consommation de substances. En outre, la confiance en soi détermine l'état psychique au cours du temps. La consommation de substances et l'état psychique restent relativement stables au fil du temps. L'état psychique (dépression et anxiété) continue d'influencer la consommation de substances aux moments des mesures T2 et T3.

Figure 8 : Modèle pour l'intégration pour jeunes ayant une mauvaise situation sociale de départ (selon Hüsler et al., 2007)



Une analyse de régression supplémentaire (sans tableau) montre que l'âge et la situation sociale de départ sont des facteurs permettant de prévoir l'intégration sociale. Plus le jeune est âgé et sa situation sociale de départ défavorable, plus difficile sera vraisemblablement son intégration professionnelle ou scolaire. En outre, des variables internes telles que la dépression et l'anxiété jouent un rôle important.



Comment a évolué l'intégration sur le long terme ?

L'intégration sociale a été définie comme suit dans *supra-f* : suivre, même temporairement, un cycle scolaire, une formation professionnelle ou un perfectionnement, ou avoir un travail. Nous faisons la distinction entre l'intégration à court et à long terme. L'intégration à court terme (T2) dépend directement de l'appartenance à un type de projet, à savoir : plus les jeunes ont des problèmes, plus la part de jeunes intégrés sur les plans scolaire et professionnel est moindre. Il en va de même plus la situation sociale de départ est défavorable.

L'évolution à long terme de T1 à T4 est positive pour tous les types de projets (figures 9, 10 ; tableau 9). Les différents types de projets mettent en évidence les résultats suivants : pour le type A, l'intégration diminue peu et n'augmente pas (-1 %), les types de projets B et C présentent au contraire une intégration clairement croissante (+39 % et +46 %). Les changements pour l'intégration du type D sont très faibles (+1 %), on observait un léger recul à la fin de *supra-f*, qui dépendait des caractéristiques du type de projet (puis une amélioration de T2 à T4 de +6 %). Même si nous constatons globalement une amélioration de l'intégration (+22 %), l'évolution à long terme pour le type de projet E est négative (baisse de T2 à T4 de -39 %). Malgré une valeur positive à la deuxième mesure, le niveau d'intégration dans un projet de type E diminue au fil du temps.

Figure 9 : Intégration sociale selon le type de projet

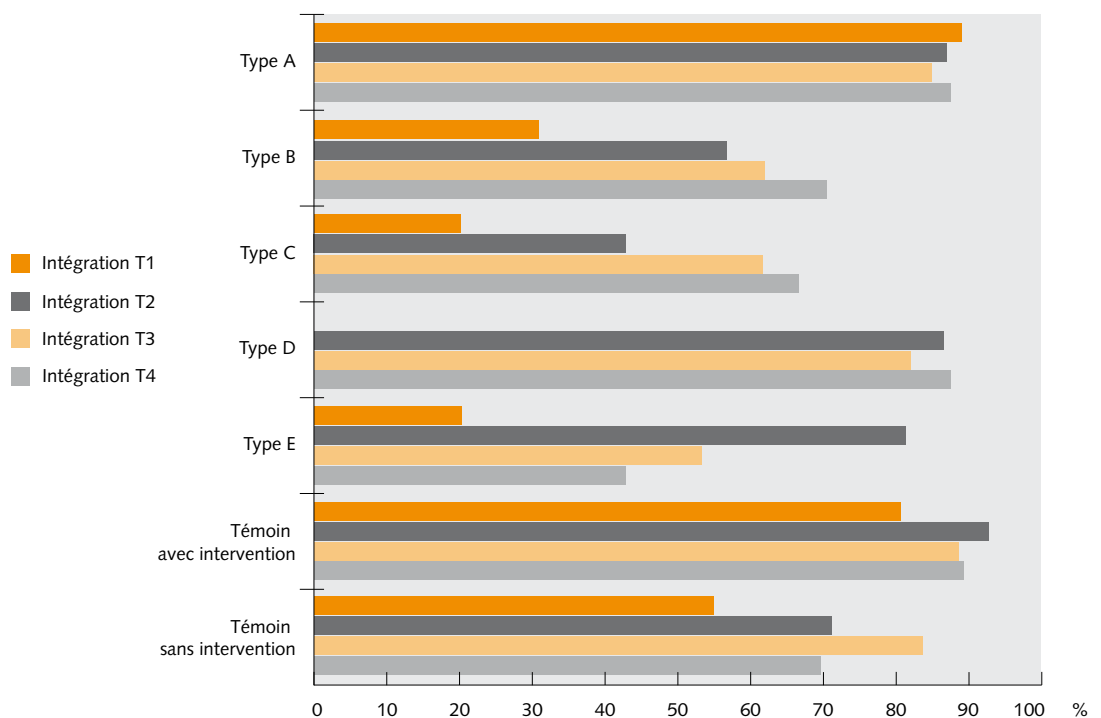


Tableau 9 : Intégration selon le type de projet aux quatre moments de mesure

	Intégration				
	T1	T2	T3	T4	Changement de T1 à T4
Type A	89%	87%	85%	88%	-1%
Type B	31%	57%	62%	71%	39%
Type C	20%	43%	62%	67%	46%
Type D	*	87%	82%	88%	1%
Type E	20%	82%	53%	43%	23%
Témoin sans intervention	81%	93%	89%	90%	9%
Témoin avec intervention	55%	71%	84%	70%	15%

*Classe d'école

Le groupe témoin sans intervention présente globalement une amélioration de l'intégration (+9 %) et ce, même avec un niveau d'intégration déjà élevé au moment de la première mesure. Le groupe témoin avec intervention (non *supra-f*) se distingue par une amélioration sensible jusqu'au moment T3 (+29 %), puis baisse de moitié, pour terminer avec une amélioration globale de +15 %.

La figure 10 montre les hausses et les baisses d'intégration d'une mesure à une autre pour les différents types de projets.

Figure 10 : Hausses et baisses de l'intégration selon le type de projet

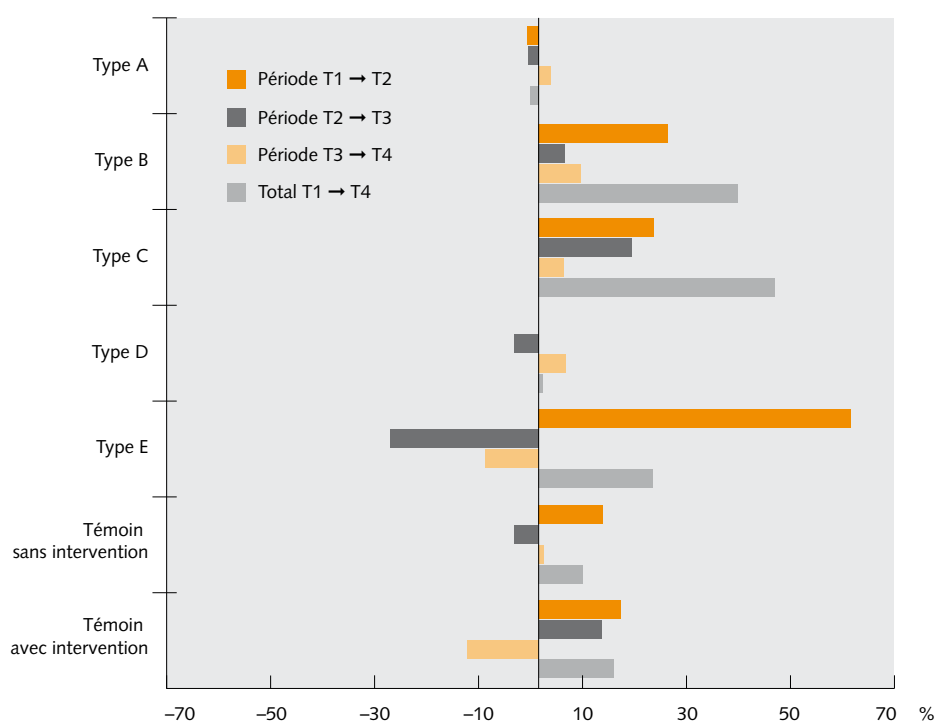


Tableau 10: Types d'intégration selon la situation sociale de départ

	Situation sociale de départ			Changement
	Favorable	Moyenne	Défavorable	
Toujours intégré	56%	28%	15%	Stable
Intégré à T1 et T4	49%	38%	14%	Instable
Non intégré à T1, intégré à T4	31%	44%	26%	Ont été intégrés
Intégré à T1, non intégré à T4	38%	35%	27%	Ont été exclus
Non intégré à T1 et T4	38%	21%	42%	Instables et non intégrés

Le tableau 10 regroupe cinq schémas différents d'intégration scolaire/professionnelle en fonction de la situation sociale de départ. Une fois encore, une corrélation apparaît clairement entre ces deux éléments. 56 % des jeunes qui sont intégrés à l'école, en apprentissage ou au travail, présentent une situation sociale de départ favorable, et seulement 15 % une situation défavorable. Il en va de même pour ceux pas toujours intégrés mais qui l'étaient à T1 et à T4; toutefois avec une part plus élevée de jeunes issus d'une situation sociale de départ dite moyenne (38 %). Parmi les jeunes qui n'étaient pas intégrés à T1 (mais l'étaient à T4) et les jeunes qui n'étaient pas intégrés à T4 (mais l'étaient à T1), ceux ayant une situation sociale de départ défavorable sont significativement plus nombreux (26 % et 27 %). Le jeune qui n'était intégré ni à T1 ni à T4 fait partie des 42 % du groupe partant avec une situation sociale de départ défavorable.



Conclusions

Les résultats de la présente étude menée sur le long terme montrent que la situation sociale de départ des jeunes est la variable la plus à même de prédire leur future intégration sociale. Cette conclusion coïncide avec celle de la recherche *supra-f*. De plus, pour ce qui est de la situation sociale de départ, l'état psychique influence les chances d'intégration. Les problèmes tels que la dépression et l'anxiété réduisent les chances de réussir son intégration. Les jeunes à la situation sociale de départ défavorable et présentant en outre des problèmes psychiques ne parviennent qu'à un taux d'intégration de 50 %. En revanche, il semble que la consommation de cannabis ne joue aucun rôle sur l'intégration.

Où en sont les trois adolescents/jeunes adultes Sophie, Kevin et Jacques, trois ans après *supra-f* ?



Sophie était dans un centre de *type A*. Elle a maintenant 17 ans et se trouve en deuxième année d'apprentissage.



Kevin était dans un centre de *type B* et a maintenant 18 ans. Il n'a pas obtenu la place d'apprentissage pour laquelle il s'était porté candidat. Après plusieurs petits boulots, il a pu commencer un apprentissage grâce aux relations de son oncle. Il est maintenant apprenti en 1^{ère} année.



Jacques était dans un centre de *type C*. Il a 20 ans maintenant. Son activité professionnelle s'est stabilisée et grâce aux encouragements de sa petite amie, qui l'a poussé à entamer une formation professionnelle, il a pris rendez-vous avec un conseiller d'orientation. Il souhaite s'informer sur les possibilités qui s'ouvrent à lui.

Notre modèle de prédiction d'intégration sociale tient compte des variables : situation sociale de départ, problèmes internes et externes, et consommation de substances. L'élément de prédiction principal, la situation sociale de départ, ne peut guère être influencé. Concernant l'intervention préventive auprès des jeunes en situation de risque, cela signifie que les mesures destinées à influencer de façon positive sur l'état psychique promettent plus d'effets que celles qui se focalisent, p. ex., sur les différentes substances ou les problèmes de comportement. Le programme de groupe VIVA (cf. texte dans cette publication) développé et éprouvé dans le cadre de *supra-f* est une procédure qu'il est possible d'appliquer en vue d'améliorer l'état psychique et de renforcer la maîtrise de soi.

Bibliographie

Alsaker, F.D. (1989). School achievement, Perceived Academic Competence and Global Self-esteem. *School Psychology International*, 10, 147–158.

Arénes, J., Janvrin, M.-P. & Baudier, F. (1998). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris : Editions CFES.

Ferron, C., Cordonier, D., Delbos, P., Schallbetter, P. & Michaud, P.A. (1997). La santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Rapport de recherche IUMSP. Lausanne. IUMSP.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer, M. Jerusalem (Eds.). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen* (pp. 13f). Berlin : Humboldt-Universität.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale of children. *Child Development*, 53, 87–97.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993) *ADS: Allgemeine Depressions-Skala*. Weinheim : Beltz.

Hüsler, G., Werlen, E. & Rehm, J. (2005c). The Action Plan – A New Instrument to collect Data on Interventions in Secondary Prevention in Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 40, 761–777.

Hüsler, G. & Plancherel, B. (2007). Social integration of adolescents at risk: Results from a cohort study. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2(3), 215–226.

Hüsler, G. & Plancherel, B. (in press). Long term development of mood states and substance use in a Swiss cohort of youths at risk. *Mental Health and Substance Use : Dual Diagnosis*.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim : Beltz.



Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. & Farrington, D. (1989). Development of a new measure of self-reported anti-social behaviour for young children : prevalence and reliability. In M. Klein (Ed.). *Cross-National Research on Alcohol and Other Drugs ; Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries* : Stockholm : Modin Tryck.

Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P.-A., Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H., Vuille, J.-C., Paccaud, F. & Gutzwiler, F. (1994). La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15–20 ans. Lausanne : IUMSP.

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



2 > La diffusion et la mise en œuvre d'un programme de prévention : de l'innovation à l'ancrage

BERNHARD MEILI

INFODROG, CHEF DE PROJET *supra-f*

Résumé

Les jeunes à faire l'expérience précoce de l'alcool, du tabac et du cannabis sont toujours plus nombreux, et ce à un âge où surviennent également de plus en plus souvent des problèmes scolaires, d'agressivité et de mal-être. Dans certains cas, l'accumulation de problèmes comportementaux peut signaler une sérieuse situation à risque. Les facteurs de risque sous-jacents sont souvent les mêmes ; ainsi les offres de soutien globales et sur le long terme sont plus à même de réussir sur les jeunes en danger que des actions à court terme et ne visant qu'un seul problème.

Le programme de prévention des dépendances et de recherche *supra-f* pour les jeunes vulnérables a été lancé au début des années 90 dans le but d'expérimenter de telles approches globales dans la pratique tout en leur offrant un cadre scientifique (OFSP, 2000).

Au bout de 10 ans, le bilan se révèle ambivalent. Il est vrai que d'un côté, un fonds d'impulsion de quatre ans alloué par la Confédération a bien permis la mise en œuvre de 12 programmes de prévention secondaire pour les jeunes, au sein de l'assistance conventionnelle communale de l'aide/prévention juvénile. La recherche a fait état de succès majeurs et durables dans l'intégration sociale pour les programmes qui s'adressaient de manière ciblée à des jeunes particulièrement vulnérables.

D'un autre côté, les données montrent aussi clairement qu'une situation sociale de départ défavorable exerce une influence négative à cet âge. Ce résultat parle en faveur du développement de l'encouragement précoce et ciblé des enfants et de leurs parents, lorsqu'ils cumulent les facteurs à risque.

La poursuite de la diffusion du modèle *supra-f* dans d'autres cantons s'est révélée difficile. Les besoins existent, mais le processus s'enlise dans les débats politiques locaux, l'absence de responsabilités claires sur l'intervention précoce et l'attachement aux mesures traditionnelles visant la résolution d'un seul problème.

Tous ces obstacles peuvent néanmoins être surmontés : chaque programme doit démarrer par une analyse des besoins sur la situation de l'intervention précoce au niveau régional et communal. Nous présentons ici l'exemple de la région de Thounne ainsi que la procédure et les résultats d'une analyse de ses besoins.

Le contexte de *supra-f*

Dans les années 90, la prévention des dépendances considérait que *tous* les enfants et les adolescents, indépendamment de leur origine sociale et de leur état psychique du moment, couraient le risque de devenir toxicomanes. Les attentions se sont donc focalisées sur la prévention, effectuée à coup de grandes campagnes menées dans tout le pays et d'actions lancées dans les écoles et les communes, ceci afin d'empêcher « le plongeon » dans la drogue. C'est dans ce contexte que sont nés bon nombre de projets de prévention nationaux, cantonaux et locaux. Seulement, les bonnes intentions et les soutiens politiques émanant de toutes parts ont rapidement brouillé les cartes et empêché de discerner l'efficacité réelle et économique de ces mesures.

A cette même époque, les pays anglo-saxons, en particulier, investissaient de plus en plus dans la recherche sur les dépendances, leurs chercheurs multipliant les publications. On utilisait alors principalement, pour développer une prévention basée sur les faits, les résultats de la recherche sur la biographie des toxicomanes, ceux de la recherche sur les interventions (dont toujours plus de méta-analyses) et ceux de l'épidémiologie. Notons que le transfert de ces résultats dans le monde politique et dans la pratique s'est avéré compliqué.

Le programme de prévention des dépendances et de recherche *supra-f*, lancé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en 1999, fut la suite logique de ces résultats de recherche, que l'on peut résumer comme suit (Catalano et al., 2004 ; OFSP, 2006) :

- Les facteurs de risque déclenchant des problèmes de dépendance sont connus ;
- Les facteurs de risque sont répartis de façon inégale dans la société ; ils sont plus courants au sein des groupes sociaux défavorisés que dans les couches sociales moyennes et supérieures ;
- L'accumulation de plusieurs facteurs de risque accroît le danger ; cette accumulation est encore plus marquée dans les groupes socialement défavorisés ;
- Les facteurs de risque concernant les problèmes de dépendance sont souvent identiques à ceux des autres problèmes du comportement, tels que la violence, la délinquance, la marginalisation, les problèmes psychiques ou les tendances suicidaires ;
- L'efficacité d'une prévention primaire universelle dans les écoles et les communes visant la consommation de substances (alcool, tabac, cannabis) est limitée ;
- L'efficacité de la prévention sélective et sur indication chez les « groupes à risque » et les jeunes en danger est au moins partiellement attestée.



10 ans de *supra-f*: Du projet pilote à l'ancrage

En 1999, l'OFSP a invité les cantons, les villes et les ONG à participer au programme *supra-f* en soumettant leurs propres projets. Ils devaient respecter les conditions-cadre suivantes :

- Les groupes-cible sont les enfants et les adolescents présentant un risque de dépendance ;



- Le programme est clair, obligatoire, ambulatoire et socio-pédagogique ; limité à 6 mois environ ;
- Il comporte des offres pour encourager les bons résultats scolaires et les compétences sociales et cognitives ;
- Il implique un personnel qualifié travaillant dans des équipes interdisciplinaires ;
- Il bénéficie d'un bon support spécialisé et politique et d'une mise en réseau dans la communauté ;
- Il participe à la recherche d'encadrement ;
- Le programme devrait se rattacher à une structure existante.

Les prestations de soutien suivantes ont été proposées aux participants au programme :

- Contribution de 50 000 francs au développement du projet ;
- 3 ans d'aide au lancement (150 000 francs la première année, 100 000 francs par an les deux années suivantes). Aide ensuite prolongée d'une année ;
- Soutien logistique, échange d'expériences, perfectionnements, publications ;
- Communication permanente avec la recherche d'accompagnement.

Au début, 16 projets locaux lancés dans 9 cantons ont été intégrés dans *supra-f*. 12 d'entre eux se sont ancrés dans leurs communautés respectives et fonctionnent depuis 2004 suivant la proposition de règlement et sans le soutien de la Confédération (Meili, 2004).

Malgré les critiques réitérées sur les fonds d'impulsion de la Confédération, cette stratégie menée avec *supra-f* est une réussite. Pourquoi ? Trois facteurs ont contribué au succès de la mise en œuvre :

- L'aide au lancement était d'un montant significatif et durait quatre ans ;
- Les programmes locaux *supra-f* répondaient à un besoin effectif dans la communauté. Les acteurs principaux comme les autorités scolaires, les tribunaux des mineurs, les directions des services sociaux et les offices de la jeunesse ont profité de la nouvelle offre et se sont engagés sur la scène politique en faveur de la poursuite des programmes ;
- L'étude d'impact accompagnant *supra-f* a accru sa crédibilité. Certains effets positifs du programme ont été démontrés.

Conditions pour la réussite de la diffusion d'un programme

Lorsqu'un nouveau programme de prévention est développé et expérimenté dans la pratique et que l'évaluation a en outre prouvé son action positive, la question se pose alors de sa mise en place à d'autres endroits. On entend par dissémination (diffusion) un processus systématique et actif, qui encourage et assiste l'implantation d'un programme ou d'une méthode (Greenhalgh et al., 2006). Afin de réussir la dissémination et la mise en œuvre d'un programme, il est bon de réunir certaines conditions aussi bien dans le programme que dans la communauté.

Le programme doit :

- être « simple » dans son utilisation ;
- se présenter clairement, ne pas se perdre dans des termes spécialisés ;
- correspondre aux idées les plus répandues ;
- démontrer des effets visibles ;
- pouvoir être adapté aux particularités locales ;
- ne pas coûter trop cher.

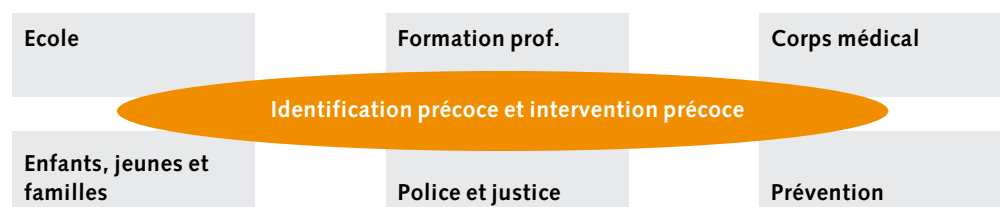
La communauté doit :

- pouvoir prouver qu'elle en a le besoin. Il existe dans la commune un problème pour lequel aucune solution satisfaisante n'a encore été trouvée ;
- bénéficier d'une volonté politique pour sa mise en place (« community readiness ») ;
- avoir un « leader d'opinion » reconnu et influent ;
- disposer d'un service spécialisé qui veut mettre le modèle en place ;
- définir des priorités et limiter ou totalement renoncer aux « actions destinées à résoudre un seul problème » ; de cette manière, toutes les ressources restent disponibles pour les programmes globaux de « résolution de problèmes multiples » ;
- pousser les services spécialisés à coopérer.

Le fait que le modèle *supra-f* ne remplisse que partiellement ces critères peut expliquer les difficultés rencontrées lors de sa diffusion et de sa mise en place. L'une de ces difficultés réside dans le fait que *supra-f* n'est pas un programme d'intervention pouvant être décrit clairement et repris par une infrastructure existante. Sa particularité est la combinaison d'une infrastructure (structure de jour ou à temps partiel) avec des modules socio-pédagogiques et psychologiques. Le modèle *supra-f* n'est ni une prévention typique, ni une consultation classique, ni un traitement. Personne en particulier ne s'en voit responsable. Les interventions précoces menées pour encourager un développement positif qui donne des adultes en bonne santé et socialement intégrés est en effet la tâche typique où se rencontrent différentes instances (figure 1).

Le modèle *supra-f* et ses 3 phases « Identification d'un danger », « Affectation dans le programme » et « Conduite du programme » requiert une procédure clairement structurée, une équipe interdisciplinaire très professionnelle et une bonne mise en réseau dans la communauté.

Figure 1 : Identification précoce et intervention précoce à la jonction de différents domaines



Avec des coûts annuels de 300 000 à 600 000 francs pour un programme suivant 30 à 50 jeunes, *supra-f* peut, au premier abord, sembler plutôt cher. Il est également difficile d'expliquer au monde politique et de prouver qu'en recourant au programme, une communauté peut éviter des solutions intermédiaires onéreuses, comme une dixième année d'école ou un séjour en institution, voire même échapper à des problèmes ultérieurs tels que l'aide sociale, les maladies liées aux dépendances ou le chômage. Un modèle tel que *supra-f* serait défendable du point de vue politique et technique si les fournisseurs existants de la prévention, de la consultation et du traitement se réunissaient et exploitaient un programme interdisciplinaire commun pour une intervention précoce, basé sur le renforcement des ressources. Afin de maîtriser les coûts, les offres existantes de prévention et de consultation seraient soumises à un examen critique quant à leur utilité. Les actions visant à régler un seul problème, omniprésentes et onéreuses, comme les projets pour les jeunes fumeurs de cannabis, les jeunes en situation de violence et d'abus d'alcool, pourraient être intégrées dans un programme plus global pour renforcer les ressources. De telles réflexions stratégiques et la mise en œuvre d'un modèle d'intervention précoce concernent toujours toute l'offre du dispositif préventif communal ou régional. En toute logique, la planification et l'éventuelle implantation d'un programme d'intervention précoce sont du ressort des autorités communales ou cantonales.

Considérées dans leur ensemble, les exigences de la mise en place d'un modèle comme *supra-f* sont élevées, mais pas insurmontables. Nos propres expériences coïncident avec les résultats des analyses trouvées dans les publications de référence dans le domaine, qui confirment que l'information et la promotion seules sont de loin insuffisantes pour diffuser les innovations et les modèles expérimentés (Fixsen et al., 2005). Voilà pourquoi les prestations suivantes ont été proposées sur deux ans pour la diffusion et la mise en œuvre du modèle *supra-f*:

- Information (publications, articles, sites Internet, conférences lors de congrès, consultations) ;
- Après-midis d'étude dans les centres *supra-f* ;
- Conduite d'analyses de besoins ;
- Fonds d'impulsion jusqu'à 50 000 francs ;
- Participation d'experts de la fédération Swiss Prevention (regroupement des centres *supra-f*).

Une bonne intention ou une bonne idée ne suffisent pas à justifier et à mettre en place un programme d'intervention. Il faut prouver qu'il y a nécessité. L'établissement de cette preuve ne doit pas être du seul ressort des prestataires, parce que ceux-ci auraient tendance à suivre la perspective que leur impose *de facto* leur institution. La meilleure solution dans la majorité des cas serait de recourir à une expertise indépendante incluant des acteurs majeurs de la communauté. A titre d'exemple, nous montrons dans le paragraphe suivant comment nous avons effectué une telle analyse des besoins en vue d'une intervention précoce régionale, sur le mandat du Conseil communal de Thoun.



Une analyse des besoins pour une intervention précoce

Depuis un certain temps, l'intervention précoce était un sujet de discussion dans le domaine de l'action sociale à Thoun. Les premières étapes ont été réalisées avec l'introduction expérimentale du travail social dans certaines écoles. Le directeur de l'organe de coordination pour les questions de santé et de dépendance s'était adressé début 2007 à la promotion *supra-f*, demandant une information orale du Conseil communal lors de sa retraite annuelle. En juillet, suivait le mandat officiel pour l'exécution d'une simple analyse des besoins. Elle s'est déroulée comme suit :

- Juillet 2007 : attribution du mandat « Projet de détection précoce » par le Conseil communal au service social ;
- Août : mise en place d'un groupe de projet ;
- Octobre : séance kick-off pour les institutions et les personnes-clés ;
- Novembre : collecte de données auprès des personnes-clés, des jeunes et des services sociaux ;
- Décembre : évaluation et interprétation des résultats ;
- Janvier/février 2008 : rapport oral et écrit.

Il s'agissait en premier lieu d'expliquer au Conseil communal, au groupe de projet et aux personnes-clés sélectionnées les notions d'intervention précoce et de mise en danger (figure 2).

Figure 2 : Modèle de mise en danger en tant que combinaison de la situation sociale de départ, de l'état psychique et de problèmes comportementaux

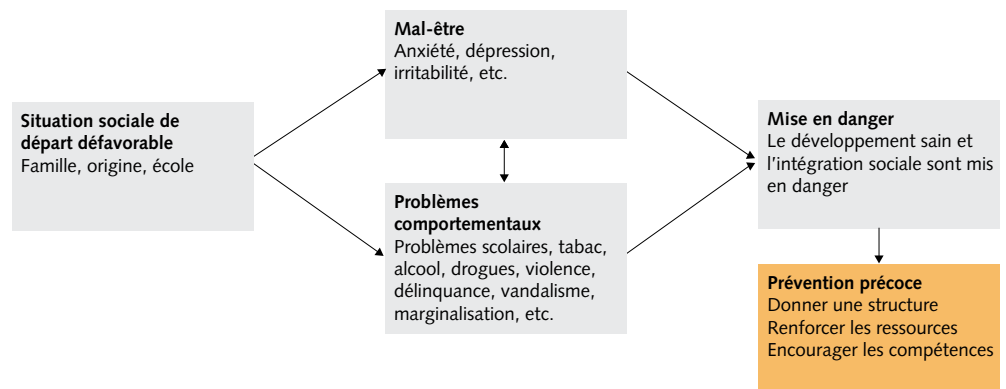
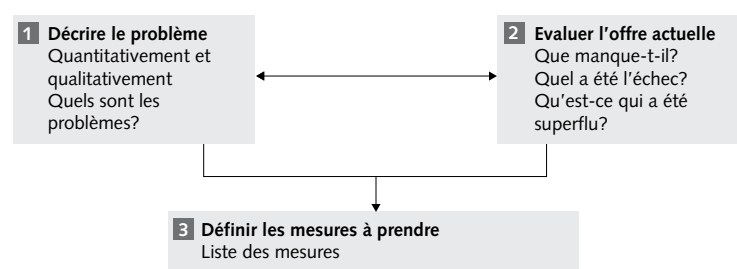


Figure 3 : Schéma de l'analyse des besoins



Le modèle d'analyse des besoins a été présenté en second lieu (figure 3). Le besoin vient de la confrontation entre le problème constaté et la capacité de résolution. A la différence de certaines analyses de besoins, l'offre actuelle est examinée et on ne s'enquiert pas uniquement des « besoins par souhait ».

Les 23 personnes-clés des différents domaines (figure 1) ont ensuite été interrogées en ligne, sur leur évaluation du problème et des besoins. La récapitulation des résultats met en lumière les cinq observations les plus souvent citées pour les jeunes en danger :

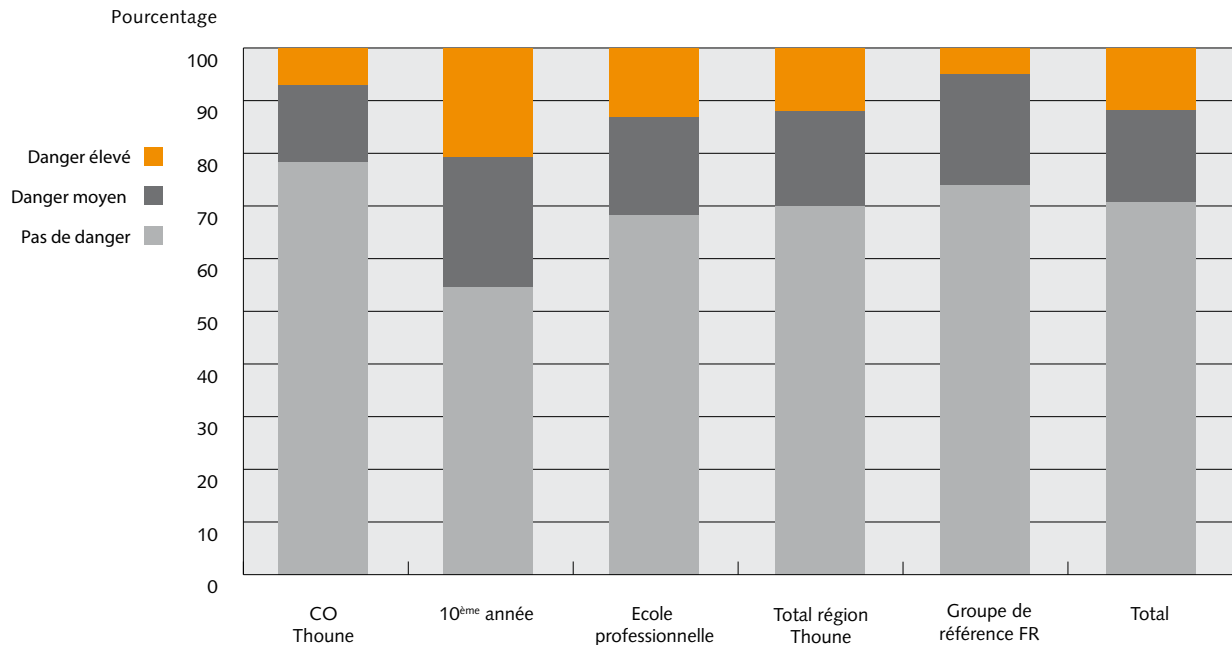
- Les personnes vulnérables n'ont pas un, mais plusieurs problèmes ;
- Les situations familiales sont presque toujours défavorables ;
- En particulier, les personnes en grand danger et leurs parents sont très difficiles à atteindre ;
- Les jeunes immigrés sont très désavantagés ;
- Les détresses « silencieuses » des jeunes filles et des jeunes femmes sont souvent insuffisamment prises au sérieux.

Malgré un total de 23 offres différentes citées pour les jeunes vulnérables, les personnes-clés reconnaissent des lacunes dans l'offre en matière de prévention. Le besoin de deux nouvelles prestations est apparu : une infrastructure régionale d'accueil ouverte toute la journée et à temps partiel pour les jeunes vulnérables en âge scolaire, du type « Hängebrücke » (pont suspendu) à Berne et le projet « Habitat encadré » pour les jeunes en danger, déscolarisés et sans foyer solide.

Une enquête menée auprès des élèves dans des classes du niveau secondaire, d'une 10^{ème} année et d'une école professionnelle, a permis d'évaluer les actuels problèmes de comportement ainsi que l'état psychique en fonction du modèle de mise en danger (figure 2). Les résultats confirment nos analyses précédentes sur des populations scolaires similaires (Hüsler, 2006). La grande majorité des jeunes peut être considérée comme n'étant pas ou peu en danger, alors que – selon la composition des classes/écoles/communes – un groupe de 5 % à 20 % peut être considéré comme se trouvant en danger (figure 4). Ce groupe peut bénéficier de mesures ciblées pour la structuration du quotidien (« Offrir un soutien ») et le renforcement des ressources.



Figure 4: Le profil à risque des jeunes dans la région de Thoune (N Thoune = 171 ; N groupe de référence, Cycle d'Orientation canton de Fribourg = 1728)



En complément de l'enquête menée auprès des écoliers, une sélection d'indicateurs des besoins a été établie pour le domaine social (tableau 2).

Vu les résultats de l'analyse des besoins et des prises de position de la direction cantonale de la santé publique et de la prévoyance sociale ainsi que des services psychologiques cantonaux pour enfants et adolescents de la région de Thoune, le Conseil communal de Thoune a décidé en juin 2008 de poursuivre la planification et de mettre en place une structure régionale de jour. Cinq communes de la région ont manifesté leur intérêt.

Tableau 2 : Indicateurs des besoins sélectionnés pour l'intervention précoce (Thoune, 2006)

Enfants dans une famille monoparentale	310 parents avec 488 enfants
Bénéficiaires de l'aide sociale	366 <18 ans 972 18 à 25 ans
Pourcentage d'étrangers dans les écoles publiques	17,1%
Interruption de l'apprentissage sans solution envisagée pour la suite	35
Ruptures scolaires dans la région de Thoune	5
Signalements de situation de danger	69
Séances avec des éducateurs, nouveaux cas	318
Tribunal des mineurs, nouveaux cas	presque 1000

Conclusions

Le développement et l'expérimentation d'un modèle d'intervention précoce est une tâche demandant beaucoup de travail. Il en est de même pour les étapes suivantes de diffusion et de la mise en œuvre. Il n'existe aucune garantie de réussite. Même si un programme de prévention est implanté avec un succès à long terme dans certains endroits, cela ne signifie pas pour autant que d'autres endroits peuvent reprendre le même modèle pour connaître la même réussite. Chaque diffusion demande beaucoup d'information et de promotion et nécessite également des prestations continues, telles que la consultation et l'accompagnement des autorités locales et des spécialistes, ainsi que – autant que possible – des stimulants financiers. Si une commune/région est intéressée par un sujet, l'exécution d'une analyse professionnelle des besoins pose une base solide pour démarrer la planification. Dans la prévention, il n'est pas toujours possible de lancer des projets supplémentaires, il faut savoir fixer des priorités. La tâche peut être délicate, elle concerne pratiquement toujours les offres existantes et demande donc une planification ainsi qu'un organe de direction au niveau communal et cantonal. La mise en place concrète d'un modèle aussi exigeant que *supra-f* dépend davantage des rapports locaux/régionaux existants et des idées généralement répandues chez les décideurs et les spécialistes que du modèle en lui-même.

Même si un modèle ne peut pas être intégralement mis en œuvre, il est toutefois possible que des aspects importants ou des principes du modèle se mêlent à la prévention existante ou soient repris par les différents acteurs de prévention et de prise en charge. Il s'agit toujours d'une forme de diffusion et doit donc être considérée comme un succès. En effet, on constate depuis quelque temps en Suisse une prise de conscience remarquable pour les questions de détection et prise en charge précoce des problèmes des adolescents. Sur le plan national deux programmes de grande importance et de longue durée ont démarré: le Case management professionnel et HARMOS. Pourtant, le chemin pour l'application de méthodes basées sur l'évidence empirique est long et confronté à de nombreux obstacles. Un des objectifs de *supra-f* est de proposer un modèle testé scientifiquement et réalisable sur le niveau local et régional.

Bibliographie

Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.M., Lonczak, H.S. & Hawkins, J.D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 98–124.

Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blasé, K.A., Friemann, R.M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida. University of South Florida, The National Implementation Research Network.



Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Macfarlane, F. & Kyriakidou, O. (2006). *Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review*. Oxford: BMJ Books.

Hüsler, G. (2006). *Situation sociale, vulnérabilité et consommation de substances: un instrument d'évaluation*. Dans: *Qu'avons-nous appris? Prévention auprès des jeunes vulnérables*. Berne: OFSP.

Meili, B. (2004). Indizierte Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. *Suchtmagazin*, 6, 21–25.

OFSP (2000). www.supra-f.ch

OFSP (2006). *Qu'avons-nous appris? Prévention auprès des jeunes vulnérables*.

CONTACT :
BERNHARD MEILI
INFODROG
CASE POSTALE 460
3000 BERNE 14
TÉL. +41 (0)31 376 04 01
COURRIEL : B.MEILI@INFODROG.CH



3 > Diagnostic psychosocial : un instrument pour évaluer le risque

GEBHARD HÜSLER

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

Résumé

Il est communément admis que les risques peuvent être multi-dimensionnels. On distingue ainsi les risques structurels des risques personnels, lesquels se différencient à leur tour en fonction de divers paramètres d'ordre psychologique. Nous proposons ici un système basé sur quatre paramètres, qui couvre les principaux éléments d'un risque psychosocial. L'instrument, disponible sur Internet, a été testé dans le cadre de *supra-f* dans différents contextes, sur plus de 14 000 jeunes. Il se prête aussi bien à la description de populations telles que les classes d'école, les institutions pour jeunes ou les clientèles des centres de jeunesse qu'au diagnostic du risque individuel.

Le modèle

Quatre paramètres ou facteurs de risque entrent dans le diagnostic multidimensionnel : la situation sociale initiale, les problèmes respectivement internes et externes, ainsi que la consommation de substances (alcool, tabac, cannabis).

La situation sociale initiale : la collecte des données socio-démographiques et socio-économiques est une procédure de routine dans les études empiriques. Nous collectons nous aussi ces données et les complétons par des indications sur les décrochages scolaires, les séjours en institution et la constellation familiale, afin de constituer un index « situation sociale initiale ». Cet outil permet d'évaluer (a) si les jeunes bénéficient d'un environnement plus ou moins intact et (b) si des problèmes se sont posés dans le contexte scolaire ou extra-scolaire. Nous distinguons trois groupes : les jeunes ayant respectivement une bonne, une moyenne et une mauvaise situation sociale initiale.



Tableau 1 : Situation sociale initiale. Pondération des variables

Situation sociale initiale	Bêta	r
Nombre de déménagements (> 2 ; > 5) *	.45	.71
Changement d'école (> 2 ; > 5) *	.32	.55
Famille monoparentale	.25	.48
Redoublement (une fois ou plus)	.23	.38
Séparation/divorce des parents	.19	.53
Avertissement/exclusion de l'école (une fois ou plus)	.11	.35
Interruption de l'apprentissage	.11	.11
Séjour en institution (prison, foyer, etc.)	.09	.38
Père inconnu ou décédé	.09	.22
Mère inconnue ou décédée	.06	.12

Pondération : déménagements <2=0, <5=1, >5=2 ; changement d'école : <2=0, <5=1, >5=2

Bêta : coefficient standardisé bêta, mesure du poids relatif des variables dans l'index général

r : coefficient de corrélation entre les variables et l'index

* : valeur moyenne sur 8 échantillons (N > 7000)

Les *problèmes internes* : paramètre d'évaluation de l'état de santé (dépression, Hautzinger et al., 1991 ; angoisse, Laux et al., 1981). Il indique si la santé d'un jeune est atteinte, si celui-ci se trouve plutôt dans la zone grise (en général un demi écart standard au-dessus de la norme indiquée) ou s'il apparaît déjà comme nettement atteint psychologiquement.

Les *problèmes externes* : paramètre d'évaluation de la délinquance et des troubles comportementaux. Il permet de distinguer les jeunes présentant respectivement aucun, de légers ou de nets troubles comportementaux.

La *consommation de substances* : paramètre d'évaluation de la prévalence sur la vie de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis (Arènes et al., 1998). La consommation relative aux 30 derniers jours est également examinée. On distingue là aussi la consommation selon qu'elle est respectivement sans conséquence, plutôt dangereuse ou forte.

Les quatre paramètres peuvent ensuite être réunis dans un index qui donne une idée globale du degré de risque.

Pas de risque

Les trois facteurs de risque « problèmes internes », « problèmes externes » et « consommation de substances » sont dans la norme. Exception : seulement la consommation d'une substance (tabac, alcool ou cannabis) peut être plus élevée que la valeur limite.

Risque moyen

L'un des trois facteurs de risque est plus élevé que la norme.



Risque élevé

L'un des trois facteurs de risque est au-dessus de la norme et la situation sociale initiale est mauvaise, ou au moins deux des trois.

Résultats

De septembre 1999 jusqu'au début de 2008, des jeunes ont été interrogés en continu dans cinq structures différentes : écoles (CO, 9^{èmes} classes), écoles professionnelles, centres *supra-f* et semestres de motivation (offres passerelles pour les élèves en échec scolaire sans perspectives) (tableau 2).

Tableau 2 : Les populations dans cinq contextes différents

	Ecole (CO)	<i>supra-f</i> 11–15	Ecole professionnelle	SeMo	<i>supra-f</i> 16–20
T	4767	924	4167	2947	1317
Age	14.6	14.2	19.2	17.7	17.4
Garçons	50%	71%	64%	52%	60%
Filles	50%	29%	36%	48%	40%

Situation sociale initiale

La plus forte proportion de jeunes bénéficiant d'une bonne situation sociale initiale se retrouve, comme on pouvait s'y attendre, dans les CO (54 % chez les garçons, 56 % chez les filles) (tableau 3). Dans l'échantillon des centres *supra-f*, chez les plus de 15 ans, seuls 29 % (garçons) resp. 28 % (filles) bénéficient d'une bonne situation sociale initiale. Par conséquent, les jeunes souffrant d'une situation sociale initiale défavorable se retrouvent significativement plus fréquemment dans les populations à risque (*supra-f* et semestres de motivation) que dans les CO.

Il n'existe quasiment aucune disparité de situation sociale initiale entre les sexes. Uniquement dans les SeMo, les mauvaises situations sociales initiales sont davantage représentées chez les garçons (30 % contre 24 % chez les filles).



Tableau 3 : La situation sociale initiale dans cinq contextes différents (nombre de personnes et pourcentage)

	Situation sociale initiale	Ecole (CO)		<i>supra-f</i> 11–15		Ecole professionnelle		SeMo		<i>supra-f</i> 16–20	
Garçons	bonne	1293	(54%)	260	(41%)	1372	(52%)	538	(35%)	216	(29%)
	moyenne	902	(37%)	221	(34%)	989	(37%)	543	(35%)	258	(34%)
	mauvaise	207	(9%)	161	(25%)	297	(11%)	455	(30%)	275	(37%)
Filles	bonne	1319	(56%)	113	(43%)	747	(50%)	607	(43%)	141	(28%)
	moyenne	872	(37%)	79	(30%)	584	(39%)	464	(33%)	158	(32%)
	mauvaise	174	(7%)	70	(27%)	169	(11%)	333	(24%)	203	(40%)
Total		4767		904		4158		2940		1251	
Manquant		0		20		9		7		66	

Problèmes internes

Les problèmes internes sont déterminés par les deux paramètres « dépression » et « angoisse ». Pour constituer les groupes « absence de problèmes internes » (non) et « existence de problèmes internes » (oui), les valeurs limites relatives respectivement au sexe et à l'âge ont été examinées pour chacun de ces paramètres. Comme le montre le tableau 4, l'échantillon des CO est celui où le pourcentage de problèmes internes est le plus bas (garçons 14 %, filles 21 %). Comme pour la situation sociale initiale, la proportion la plus élevée d'atteintes psychiques se trouve dans les échantillons *supra-f*. Les filles *supra-f* sont les plus concernées par les problèmes internes (40 % chez les plus jeunes, 47 % chez les plus âgées). Dans tous les échantillons, les troubles psychiques sont plus représentés chez les filles que chez les garçons.

Tableau 4 : Les problèmes internes dans cinq contextes différents (en %)

	Problèmes internes	Ecole (CO)		<i>supra-f</i> 11–15		Ecole professionnelle		SeMo		<i>supra-f</i> 16–20	
Garçons	non	2001	(86%)	459	(74%)	1953	(74%)	1002	(70%)	500	(68%)
	oui	330	(14%)	161	(26%)	671	(26%)	428	(30%)	232	(32%)
Filles	non	1843	(79%)	154	(60%)	1019	(68%)	878	(65%)	267	(53%)
	oui	480	(21%)	101	(40%)	473	(32%)	477	(35%)	236	(47%)
Total		4654		875		4116		2785		1235	
Manquant		113		49		51		162		82	

Problèmes externes

Les problèmes externes ont été mesurés avec des éléments du questionnaire Youth Self Report d'Achenbach (1991) qui reflètent un comportement agressif et asocial. Comme pour les problèmes internes, on s'est servi de valeurs limites sexo-spécifiques. Là aussi, les populations à risque (SeMo et *supra-f*) sont plus fortement touchées que celle des écoles (tableau 5). Les pourcentages les plus élevés sont constitués par les garçons et les hommes du groupe *supra-f* (env. 50 %). Contrairement aux problèmes internes, les problèmes externes sont nettement plus représentés chez les participants masculins.

Tableau 5 : Les problèmes externes dans cinq contextes différents (nombre de personnes et pourcentage)

	Problèmes externes	Ecole (CO)		<i>supra-f</i> 11–15		Ecole professionnelle		SeMo		<i>supra-f</i> 16–20	
Garçons	non	1835	(78%)	314	(49%)	1859	(70%)	984	(65%)	390	(51%)
	oui	508	(22%)	329	(51%)	794	(30%)	532	(35%)	382	(49%)
Filles	non	1868	(81%)	166	(64%)	1129	(76%)	993	(71%)	356	(69%)
	oui	449	(19%)	93	(36%)	362	(24%)	407	(29%)	161	(31%)
Total		4660		902		4144		2916		1289	
Manquant		107		22		23		31		28	

Consommation de substances

Ce paramètre sert à évaluer la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Le tableau 6 reproduit à titre d'exemple les résultats relatifs à la consommation de cannabis. Pour la consommation de cannabis des 30 derniers jours, la valeur limite est fixée à plus de deux prises par mois. Ainsi, les jeunes qui ont fumé des joints plutôt rarement, voire uniquement dans les 30 derniers jours, sont considérés comme n'étant pas en situation de risque. Pour la consommation de cannabis, le schéma est le même que pour les problèmes externes : les populations à risque ont une consommation plus fréquente que celle des CO. Les garçons consomment plus fréquemment que les filles, et la consommation augmente aussi avec l'âge.

Tableau 6 : La consommation de cannabis dans cinq contextes différents (nombre de personnes et pourcentage)

	Consommation de cannabis	Ecole (CO)		<i>supra-f</i> 11–15		Ecole professionnelle		SeMo		<i>supra-f</i> 16–20	
Garçons	non	2109	(95%)	485	(78%)	2159	(83%)	1064	(75%)	462	(61%)
	oui	104	(5%)	135	(22%)	454	(17%)	362	(25%)	290	(39%)
Filles	non	2154	(97%)	216	(85%)	1343	(91%)	1141	(85%)	360	(72%)
	oui	67	(3%)	38	(15%)	130	(9%)	198	(15%)	138	(28%)
Total		4434		874		4086		2765		1250	
Manquant		333		50		81		182		67	

L'index de risque

Les figures 1 et 2 récapitulent les résultats selon le sexe pour le risque psychosocial dans toutes les populations considérées. L'index de risque est constitué comme précédemment expliqué. Les écoles (y compris les écoles professionnelles) comptent nettement moins de jeunes en situation de risque élevé que les groupes à risques dans les centres *supra-f* et les semestres de motivation. Dans les CO, la proportion d'individus en situation de risque élevé est de 10 % (garçons) resp. 12 % (filles) chez les plus jeunes. Dans les centres *supra-f*, garçons et filles sont environ trois fois plus souvent en situation de risque (36 % resp. 34 %). La proportion d'individus en situation de risque élevé double quasiment dans les écoles professionnelles (26 % resp. 20 %), mais reste nettement moins élevée que dans les SeMo (37 % resp. 29 %) et deux fois moins élevée que chez les plus de 16 ans dans les centres *supra-f* (50 % resp. 44 %). Il n'existe pas de différences significatives entre les sexes.

Figure 1 : Situation de risque dans cinq contextes différents (garçons, total T = 7549, en %)

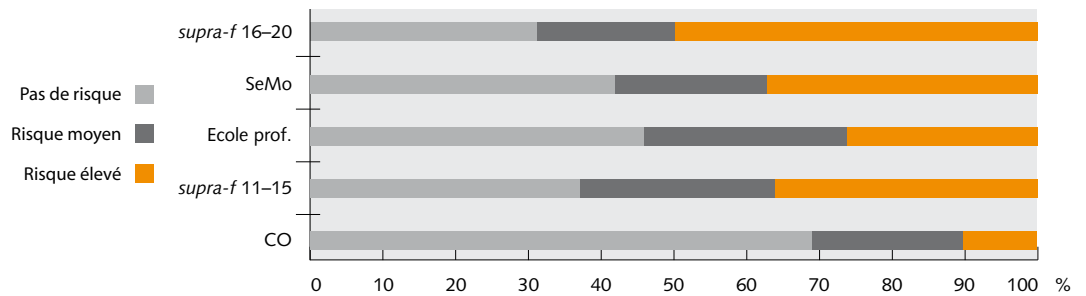
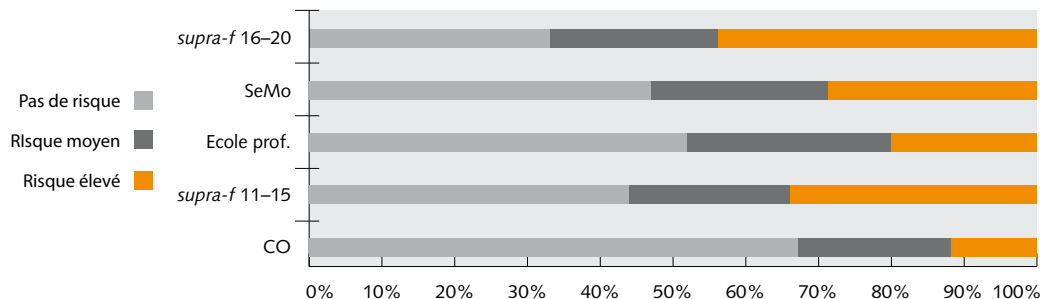


Figure 2 : Situation de risque dans cinq contextes différents (filles, total T = 5760, en %)



Applications possibles

Le diagnostic psychosocial multidimensionnel, sur Internet et proposé ici, a fait ses preuves en pratique dans différents contextes. Il peut être utilisé aussi bien en collectivité (par exemple, classe d'école, groupe de jeunes) qu'individuellement. L'exercice prend de 30 à 60 minutes.

Comme le montrent les résultats, l'outil décrit permet d'examiner le risque psychosocial pour différentes populations et donne une idée nuancée de la source des problèmes. Il permet d'établir relativement facilement un « profil de risque » clair de certaines populations, qui offre aux cantons, aux communes, aux écoles et autres structures, des bases utiles pour planifier des offres ciblées en matière d'aide à la jeunesse et de prévention. L'enquête réalisée auprès des élèves de la région de Thoun (cf. contribution de Bernhard Meili de cette publication) offre un exemple d'utilisation concret de l'instrument pour analyser les besoins dans une région urbaine. Comme l'instrument a déjà été utilisé pour des populations différentes et importantes (CO, écoles professionnelles, offres passerelle, centres *supra-f*), il permet de comparer directement les nouveaux profils aux profils existants et d'analyser leurs différences.

Le diagnostic psychosocial peut cependant aussi être utilisé individuellement avec un système de retour. L'expérience a été réalisée dans le cadre de l'intervention brève chez les jeunes dépendants au cannabis (Realize-it) et s'est avérée concluante. Dans l'optique d'une pratique contrôlée (Hüsler et al., en préparation), l'utilisation de ces instruments pour contrôler les interventions préventives devrait devenir routinière pour la pratique psychosociale.



Bibliographie

- Arènes, J., Janvrin, M.P. & Baudier, F. (1998). Baromètre Santé jeunes 97/98. Editions CFES. Paris
- Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Hautzinger, S., Bailer, M. (1991). Allgemeine Depressionsskala. Beltz. Weinheim.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Beltz. Weinheim.

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



4 > VIVA – Un programme favorisant l'autorégulation

BRIGIT HERTLI, GEBHARD HÜSLER

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

Résumé

Le programme d'intervention et de recherche *supra-f* a révélé la nécessité d'une méthodologie psychologique structurée, destinée à améliorer durablement l'état des jeunes menacés par des états psychiques fragiles. Programme d'intervention préventif basé sur des méthodes de travail cognitivo-comportementales, le programme VIVA s'adresse sous sa forme actuelle aux adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans. Etant donné que les différentes formes de mal-être (anxiété, dépression) et les difficultés comportementales se transforment fréquemment en troubles plus sérieux, si elles ne sont pas traitées à temps, VIVA met l'accent sur l'analyse individuelle de ses propres humeurs, afin d'y réagir de façon adéquate. A terme, VIVA devrait conduire à une meilleure autorégulation émotionnelle et à une amélioration de l'état psychique des personnes concernées. Une autorégulation efficace représente un facteur de prévention dans de nombreux domaines (problèmes d'origine psychique, attitude vis-à-vis de l'extérieur, consommation de drogues). Puisque l'autorégulation est également un facteur primordial dans le cadre de l'intégration professionnelle, VIVA se révèle particulièrement adéquat aussi pour aider les participants à entrer dans le monde du travail.

Le programme de prévention est constitué de neuf réunions de groupe hebdomadaires de 90 minutes chacune. Son manuel, qui existe en français ainsi qu'en allemand, permet d'aboutir à une exécution standardisée. Jusqu'à présent, le cours a été suivi par quelque 400 jeunes en Suisse romande et alémanique. Plus de 100 professionnels du secteur psycho-social ont en outre effectué une formation spécifique leur permettant d'appliquer le programme VIVA en toute autonomie.

Testé dans des conditions réelles, VIVA n'a pas manqué de rencontrer les difficultés majeures liées à ce type d'exercice. Les résultats de cette évaluation s'accordent néanmoins avec ce qui avait été prévu en théorie. On a pu constater ses bienfaits dans le domaine de la communication au sein de chaque groupe qui, alors qu'elle était très mauvaise au départ, a connu une nette amélioration. Parallèlement, les paramètres de l'état psychique (anxiété et dépression) initialement au-dessus de la norme se sont également modifiés, pour se retrouver dans la norme 3 mois après la fin de l'intervention. Enfin, un changement positif est partiellement observé dans les comportements, ceci en comparaison avec un groupe témoin non traité.

Situation initiale

Il résulte de différentes enquêtes menées en Suisse qu'environ 20 % des adolescents et des jeunes adultes souffrent de problèmes d'état psychique (Steinhausen, 2001). Cette proportion dépasse même 50 % dans certains groupes spécifiques (p. ex., programmes d'intégration). Anxiété et dépression sont les symptômes dominants. L'expertise collective de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur la prévention de la santé chez les enfants et les jeunes avait déjà recommandé en 2003 le recours ciblé à des programmes d'évaluation se fondant sur une approche cognitivo-comportementale (OFSP, 2004). Voilà pourquoi, dans le cadre du programme d'intervention et de recherche *supra-f*, l'OFSP a mandaté le Centre de recherche sur la réhabilitation et la psychologie de la santé pour qu'il développe un programme destiné à *améliorer l'état psychique*. Les centres *supra-f* et les autres services d'aide aux jeunes devraient ainsi pouvoir étendre leurs offres plutôt socio-éducatives en proposant un programme psychologique structuré.

Le programme d'intervention VIVA

VIVA est né d'une collaboration étroite entre la pratique et la recherche. Si le cours s'adresse en principe à tous les adolescents et les jeunes adultes, il est néanmoins davantage destiné à ceux qui manquent d'assurance dans la vie. VIVA aide les jeunes à mieux assumer la vie quotidienne, à identifier leurs comportements à risque et à atteindre leurs propres objectifs pas à pas. Ce faisant, ils disposent des meilleurs atouts pour réussir leur intégration dans la vie professionnelle.

VIVA s'articule autour de la théorie de l'autorégulation, qui intègre des aspects importants de l'état psychique et du comportement humain. Dans la pratique, il est possible d'exprimer les interactions de ses pensées, sentiments, comportements et réactions corporelles, ce qui permet d'agir constructivement sur les différents aspects. S'agissant des jeunes souffrant de graves problèmes, ce travail de construction, concentré sur l'humeur, le retrait, l'agressivité, la consommation, l'estime de soi et les ressources, est destiné à les assister dans les différentes étapes de leur évolution ainsi que dans le développement de leur responsabilité individuelle.

Méthodes de travail

VIVA travaille avec des groupes masculins ou féminins de 6 à 8 participants. Le programme comprend 9 réunions de 90 minutes à une semaine d'intervalle, suivies d'une réunion de rappel 3 mois plus tard. VIVA est basé sur des méthodes de travail cognitivo-comportementales. A partir d'exemples inspirés de l'univers de la jeunesse, nous élaborons et exerçons en commun le moyen de faire face au quotidien. Des logos viennent renforcer et illustrer le message de nos stratégies afin que les participants puissent mieux s'en rappeler et mieux les appliquer. Ce programme est enrichi par des BD, des films et un CD de relaxation ainsi que par un journal qui accompagne les participants à travers la semaine.



Contenu



L'autorégulation

Les participants apprennent à connaître les liens entre la situation, les pensées, les sentiments, le corps et le comportement. Cela les aide à analyser une situation de plus près, afin de découvrir les différentes possibilités de réaction. VIVA soutient les jeunes pour qu'ils arrivent à prendre en main leur gouvernail interne.



La relaxation

Les méthodes de relaxation pratiquées dans le programme VIVA (relaxation musculaire progressive selon Jacobson, rêve éveillé) conviennent spécialement aux jeunes. Elles permettent de soutenir l'autorégulation et stimulent la concentration.



Les activités positives

A l'instar d'un arbre qui a besoin de se nourrir, nous avons besoin d'activités pour nous donner la force d'influencer positivement notre état d'humeur. Avec VIVA, nous travaillons l'importance et la régularité de ces activités positives.



La lutte contre le mal-être

A partir d'exemples concrets comme l'abattement, la frustration, la peur, la colère etc., nous discutons avec nos participants les différentes stratégies permettant de lutter contre le mal-être.



La gestion des pensées

Les participants apprennent à connaître l'influence des pensées sur leur état d'humeur et sur leur comportement. Outre les différentes stratégies dans la gestion des pensées automatiques négatives, les jeunes étudient comment utiliser leurs pensées à des fins positives.



Comportement à risque

Nous élaborons ensemble la notion de comportement à risque ainsi que les raisons et les situations déclenchant de tels comportements, le but étant de reconnaître ses propres comportements à risque et d'appliquer des stratégies qui permettent de les contrôler.

Evaluation

La population VIVA

Les cours VIVA sont proposés dans différents contextes, principalement dans le cadre d'un semestre de motivation (SEMO) et dans certains centres *supra-f*. Le semestre de motivation réunit des adolescents et des jeunes adultes sans place d'apprentissage et les prépare à l'intégration professionnelle. Les semestres de motivation, qui peuvent prendre des formes très différentes, sont adaptés à la population concernée. Un total de 349 participants a suivi le programme de prévention VIVA.

Tableau 1: Population VIVA

	Groupe témoin		VIVA		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
<i>Symptômes</i>							
Aucun symptômes	142	67%	249	73%	391	70%	.159
Symptômes	70	33%	94	27%	164	30%	
Total	212	100%	343	100%	555	100%	
<i>Situation sociale de départ</i>							
Favorable	68	31%	162	45%	230	40%	.000
Moyenne	76	35%	120	33%	196	34%	
Défavorable	75	34%	77	21%	152	26%	
Total	219	100%	359	100%	578	100%	
<i>Sexe</i>							
Femmes	101	45%	198	57%	299	52%	.006
Hommes	123	55%	151	43%	274	48%	
Total	224	100%	349	100%	573	100%	
	Hommes			Femmes			p
	M	(sd)	N	M	(sd)	N	
Age	17.6	(2.0)	273	17.5	(1.5)	298	.671
Anxiété	38.2	(9.5)	270	41.7	(11.3)	296	.000
Etat dépressif	9.9	(7.6)	263	13.0	(9.1)	293	.000
Santé mentale	61.2	(8.3)	264	58.4	(8.5)	281	.000
Estime de soi	3.4	(0.5)	266	3.3	(0.6)	293	.003
Autorégulation	2.1	(0.4)	258	2.0	(0.4)	283	.001
Comportement délinquant	2.8	(3.2)	272	1.3	(2.0)	298	.000
Mécontentement de soi	1.9	(0.6)	257	2.1	(0.7)	291	.000
Découragement	2.0	(0.7)	250	2.3	(0.7)	286	.000

Légende : symptômes : forte anxiété et/ou état dépressif. Anxiété : hommes > 42, femmes > 46 ; état dépressif : hommes > 17, femmes > 22. Situation sociale de départ : histoire sociale d'une personne. Anxiété : STAI trait (Laux et al., 1981), échelle de 20 à 80. Etat dépressif : Hautzinger & Bailer (1993), échelle de 0 à 45. Santé mentale : Becker (1981), échelle de 1 à 4. Estime de soi : Harter (1982), échelle de 1 à 4. Comportement délinquant : construction de l'identité individuelle selon Loeber et al. (1989), échelle de 0 à 13. Mécontentement de soi, découragement : ISE (Tönnies, 1982), échelle de 1 à 4. Sd = écart type.



57 % d'entre eux sont des femmes, 43 % des hommes. La moyenne d'âge est de 17,4 ans. 27 % présentent des symptômes (forte anxiété et/ou état dépressif). Pour 45 %, la situation sociale de départ était bonne, moyenne pour 33 % et mauvaise pour 21 %.

Résultats

L'efficacité de VIVA a été testée dans le cadre d'une étude sur le terrain. Cette tâche s'est révélée un véritable défi pour la recherche tant les conditions d'exécution connaissent des variations extrêmes. Il a donc été décidé de restreindre l'analyse aux personnes qui ont participé à 7 réunions et plus. La priorité du programme VIVA est l'amélioration de l'autorégulation émotionnelle, c.-à-d. l'amélioration de la communication intérieure négative. Avant de réguler leurs émotions, les participants doivent d'abord comprendre le concept de communication intérieure (la manière de se parler). Un élément déterminant est ici le changement à opérer sur la communication intérieure négative, car celle-ci détermine l'état psychique (anxiété, dépression). Nous distinguons trois groupes en fonction de leur communication intérieure (mécontentement faible : N = 44, mécontentement normal : N = 63, mécontentement fort : N = 20) et nous intéressons uniquement au dernier groupe « Mécontentement fort ». L'analyse montre que ce groupe améliore ses valeurs. La *communication intérieure négative diminue* (tableau 2).

Ces changements persistent lorsque les valeurs des groupes VIVA sont comparées avec le groupe témoin sans traitement. La communication intérieure négative diminue dans les groupes VIVA dans une plus large mesure que dans les groupes témoins. En conséquence, les valeurs de l'anxiété et de la dépression se sont également améliorées, alors qu'elles se situaient en dehors de la norme avant le programme VIVA, elles redeviennent normales trois mois après l'intervention. Ces effets apparaissent chez les personnes qui, comme nous l'avons précisé auparavant, ont participé au minimum à 7 des 9 réunions du programme.

De même, les *comportements vis-à-vis de l'extérieur* connaissent quelques changements. Les participants qui présentaient un fort mécontentement vis-à-vis d'eux-mêmes améliorent leur comportement envers l'extérieur et sont surtout moins asociaux. Nous distinguons deux groupes tirant particulièrement parti de VIVA : les personnes qui montraient déjà les premiers symptômes d'une anxiété et d'une dépression élevées et les personnes ayant une situation sociale de départ défavorable (multiples déménagements dans leur vie, rupture scolaire, parents séparés ou divorcés). Ceci si on considère les données objectives.

L'amélioration subjective ressentie par les adolescents et les jeunes adultes a été mesurée à l'aide de deux instruments: le VEV (questionnaire allemand sur les changements dans le vécu et le comportement) et le questionnaire VIVA à l'issue de chaque réunion.

Tableau 2 : Communication intérieure ; au moins 7 réunions ; changements dans les groupes T1–T2

	N	T1		T2		d
		M	(sd)	M	(sd)	
<i>Satisfaction de soi</i>						
Mécontentement faible	44	2.4	(0.7)	2.5	(0.7)	.05
Mécontentement normal	63	2.7	(0.5)	2.8	(0.5)	.16
Mécontentement fort	20	2.8	(0.5)	2.7	(0.4)	-.08
<i>Encouragement de soi</i>						
Mécontentement faible	43	2.5	(0.8)	2.5	(0.8)	.08
Mécontentement normal	63	2.7	(0.5)	2.7	(0.5)	-.02
Mécontentement fort	19	2.4	(0.5)	2.4	(0.6)	-.08
<i>Mécontentement de soi</i>						
Mécontentement faible	44	1.4	(0.2)	1.7	(0.7)	1.34
Mécontentement normal	62	2.2	(0.3)	2.1	(0.5)	-.15
Mécontentement fort	20	2.9	(0.3)	2.4	(0.5)	-1.53
<i>Découragement</i>						
Mécontentement faible	42	1.6	(0.5)	1.9	(0.7)	.56
Mécontentement normal	58	2.2	(0.5)	2.1	(0.6)	-.30
Mécontentement fort	19	2.8	(0.7)	2.4	(0.7)	-.62
<i>Communication interne positive</i>						
Mécontentement faible	43	2.5	(0.7)	2.5	(0.7)	.01
Mécontentement normal	63	2.7	(0.5)	2.8	(0.5)	.07
Mécontentement fort	20	2.5	(0.4)	2.6	(0.5)	.19
<i>Communication interne négative</i>						
Mécontentement faible	44	1.5	(0.3)	1.8	(0.7)	.87
Mécontentement normal	63	2.2	(0.3)	2.1	(0.5)	-.16
Mécontentement fort	19	2.8	(0.4)	2.4	(0.6)	-.92

Légende : satisfaction de soi, encouragement de soi, mécontentement de soi, découragement, communication intérieure positive, négative : ISE (Tönnies, 1982), échelle de 1 à 4.

Mécontentement faible : < 1.55 (hommes) et < 1.81 (femmes). Mécontentement normal : 1.55 à 2.41 (hommes) et 1.81 à 2.63 (femmes). Mécontentement fort : > 2.41 (hommes) et > 2.63 (femmes). T1/T2 : Données d'admission/de fin de programme. d : la taille d'effet (Cohen's effect size).

Changements selon le VEV (questionnaire allemand sur les changements dans le vécu et le comportement)

La réponse subjective des jeunes à qui l'on demande s'ils ont pu constater une amélioration dénote un changement positif. Le 90 % des personnes ayant participé à 7 réunions et plus déclarent qu'elles ont changé, en mieux. Un groupe (N = 70) a rempli le VEV. Ce questionnaire, élaboré par Zielke et Kopf-Mehnert, est employé pour mesurer les changements survenus lors d'une thérapie. A l'origine conçu pour les entretiens de psychothérapie, ce questionnaire a ensuite été utilisé pour d'autres formes d'interventions. Il sert à établir l'intensité et la direction des changements dans le vécu et le comportement. La méthode subjective de Bereiter (1963) visant à établir les changements permet, quant à elle, d'évaluer ces changements pour soi-même au moyen d'une interrogation rétrospective (figure 1 et tableau 3).

Figure 1: Changements selon le VEV

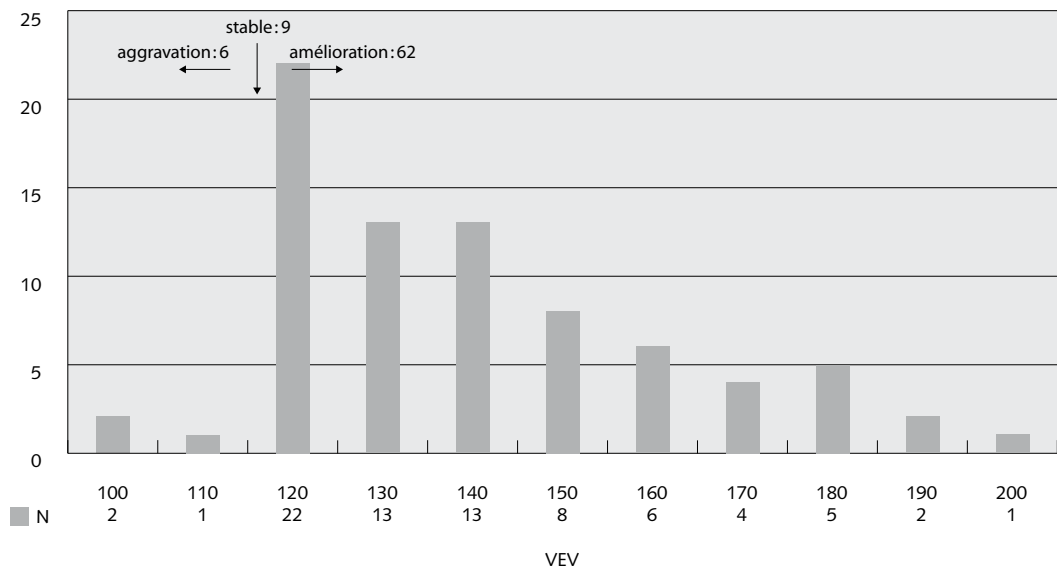


Tableau 3 : Changements VIVA selon le VEV

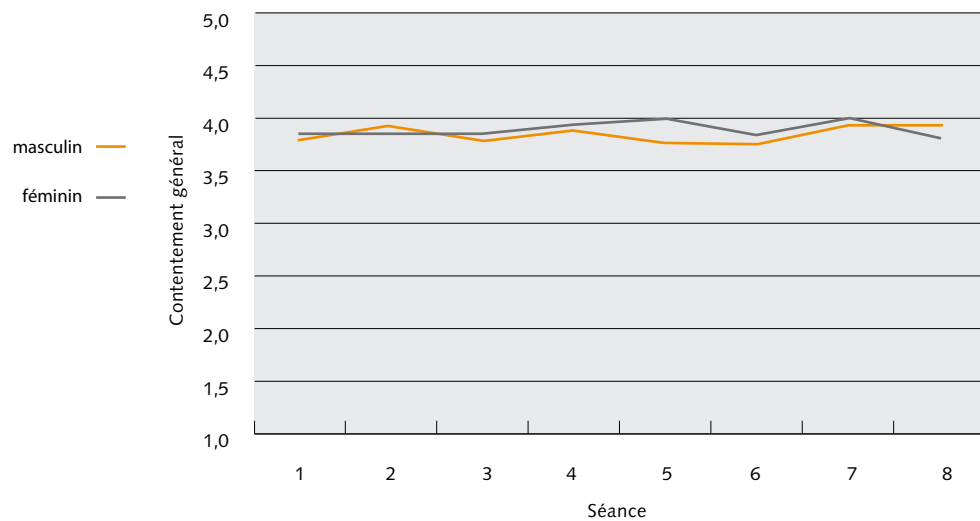
	M	(sd)	N	p
<i>Sexe</i>				
Hommes	135.7	(32.4)	22	.837
Femmes	134.4	(21.9)	53	
<i>Symptômes</i>				
Aucun symptômes	136.2	(25.9)	55	.858
Symptômes	135.0	(26.8)	20	
<i>Situation sociale de départ</i>				
Favorable	138.1	(23.7)	41	.023
Moyenne	125.5	(26.1)	24	
Défavorable	148.8	(24.9)	12	
<i>Nationalité</i>				
Suisse	131.5	(25.1)	18	.431
Etranger 1 ^{ère} génération	139.1	(29.0)	34	
Etranger 2 ^{ème} génération	131.3	(20.2)	24	
<i>Culture</i>				
Chrétienne	133.2	(25.9)	38	.455
Musulmane	139.6	(24.1)	33	
Autre	129.2	(31.4)	7	
<i>Satisfaction de soi</i>				
Faible	139.7	(32.2)	12	.047
Normale	129.5	(23.5)	46	
Forte	147.1	(20.9)	15	
<i>Encouragement de soi</i>				
Faible	129.9	(37.8)	17	.556
Normal	136.8	(20.8)	49	
Fort	130.4	(17.7)	8	
<i>Mécontentement de soi</i>				
Faible	137.2	(31.1)	29	.504
Normal	130.9	(21.0)	32	
Fort	138.7	(20.1)	14	
<i>Découragement</i>				
Faible	145.8	(46.2)	10	.252
Normal	131.3	(17.1)	41	
Fort	137.2	(26.3)	21	
Total	134.8	(25.2)	75	

Légende : VEV : version adaptée du VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), nombre d'articles : 29, minimum = 29, maximum = 203. Valeurs du changement : aggravation < 116, stable = 116, amélioration > 116. Symptômes : forte anxiété et/ou état dépressif. Anxiété : hommes > 42, femmes > 46 ; état dépressif : hommes > 17, femmes > 22. Situation sociale de départ : histoire sociale d'une personne. Satisfaction de soi, encouragement de soi, mécontentement de soi, découragement, communication intérieure positive, négative : ISE (Tönnies, 1982), échelle de 1 à 4.

Satisfaction des participants concernant l'intervention

Un autre critère de l'évaluation : la satisfaction concernant le cours. Les participants ont donné leur avis sur chaque réunion de groupe suivie. La satisfaction des jeunes concernant le cours VIVA est très encourageante (figure 2).

Figure 2 : Satisfaction concernant le cours VIVA



Le questionnaire comprend 7 questions : 1. La réunion m'a plu, 2. Le sujet m'a intéressé, 3. L'un dans l'autre, j'ai compris les sujets développés, 4. J'ai appris des choses utiles, 5. Je me suis bien senti dans le groupe, 6. Le courant est bien passé avec la direction du cours, 7. Je me réjouis de la prochaine réunion. La réponse se fait avec une gradation en 5 niveaux: pas du tout ... très bien

Cours de perfectionnement VIVA

Depuis la fin de la phase d'expérimentation VIVA, le Centre de recherche sur la réhabilitation et la psychologie de la santé propose des cours de perfectionnement aux institutions et aux spécialistes, ceci afin de diffuser le programme dans toute la Suisse. La formation est assurée suivant le concept de la pratique contrôlée et consiste en 3 jours de cours avec supervision et évaluation pratique. Jusqu'à présent, plus de 100 personnes issues des secteurs suivants ont participé : semestres de motivation, programmes d'intégration professionnelle, centres *supra-f*, services de prévention (des dépendances), services de conseil aux jeunes, travailleurs sociaux en milieu scolaire.

Recommandations pour la pratique

Les résultats et les expériences tirées de la phase pilote du programme de prévention VIVA conduisent aux conclusions et recommandations suivantes :



- Les programmes de prévention pour l'amélioration de l'auto-régulation chez les adolescents et les jeunes adultes sont aussi nécessaires que judicieux ;
- La constitution de petits groupes est importante dans le domaine de la prévention secondaire avec les jeunes (groupes de 8 participants max.) ;
- Le travail en fonction du sexe est fortement conseillé ;
- Un programme doit être bien intégré dans l'institution ;
- Afin d'obtenir des effets durables, le transfert des stratégies VIVA doit également être encouragé à la fin des 9 réunions ;
- En cas de comportement à risque précis comme la consommation de cannabis ou l'abus d'alcool, le module « Comportement à risque » peut être complété de modules spécifiques pour le problème correspondant.

Bibliographie

Bereiter, C. (1963). Some persisting dilemmas in the measurement of change. In C.W. Harris (Ed.) *Problems in measuring change* (pp 3–20). Madison : University of Wisconsin Press.

Becker, P. (1989). Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. Göttingen, Toronto, Zürich : Hogrefe.

Harter S. (1982). The Perceived Competence Scale of Children. *Child Development*, 53, 87–97.

(6) Hautzinger, M. & Bailer M. (1983). ADS. Allgemeine Depressionsskala. Weinheim : Beltz.

(7) Laux L, Glanzmann P, Schaffner P. & Spielberger C.D. (1981). Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Weinheim : Beltz.

Office fédéral de la santé publique (2004). Promouvoir les chances pour la vie. Recommandations d'une expertise collective. Berne : OFSP.

Steinhausen, H.C, Winkler Metzke, C. (2001). Seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. *ZNS Journal*, 14–22.

Tönnies, S. (1982). Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene. Weinheim : Beltz.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis*.

CONTACT :
BRIGITTE HERTLI
CENTRE DE RECHERCHE SUR LA RÉHABILITATION
ET LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ
DE FRIBOURG
RTE ENGLISBERG 7
1763 GRANGES-PACCOT
TÉL. +41 (0)26 300 76 54
COURRIEL : BRIGITTE.HERTLI@UNIFR.CH





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP