



ADDICTION | SUISSE

Lausanne, 12 février 2021

Rapport de recherche N°125

# **Expertise sur l'efficacité de l'approche d'Intervention précoce et l'étendue des groupes concernés en Suisse**

Marina Delgrande Jordan, Luca Notari, Valentine Schmidhauser, Thierry Mathieu,  
Stephanie Stucki

*Ce projet de recherche a été financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Contrat n°  
19.021698 / 321-399*

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE

# Remerciements

Nous tenons à remercier l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de nous avoir confié ce mandat. Après d'Addiction Suisse, nos remerciements vont à Sophie Masseroni, pour la gestion de la bibliographie, sa contribution à la production de l'annexe 2 et la mise en page de ce rapport, à Nora Balsiger pour la traduction allemande du résumé ainsi qu'à Liliane Galley, responsable du Secteur Prévention, pour ses précieux commentaires.

## Impressum

---

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Compléments d'information:</b> | Marina Delgrande Jordan, tél. ++41 (0)21 321 29 96<br>mdelgrande@addictionsuisse.ch  |
| <b>Réalisation:</b>               | Marina Delgrande Jordan, Luca Notari, Valentine Schmidhauser, Thierry Mathieu, Stephanie Stucki, Sophie Masseroni, Nora Balsiger   |
| <b>Numéro de commande:</b>        | Rapport de recherche N° 125  |
| <b>Graphisme/mise en page:</b>    | Addiction Suisse   |
| <b>Copyright:</b>                 | © Addiction Suisse Lausanne 2021   |
| <b>ISBN:</b>                      | 978-2-88183-265-9  |
| <b>Citation recommandée:</b>      | Delgrande Jordan, M., Notari, L., Schmidhauser, V., Mathieu, T. & Stucki, S. (2021). Expertise sur l'efficacité de l'approche d'Intervention précoce et l'étendue des groupes concernés en Suisse (rapport de recherche Nr.125). Lausanne: Addiction Suisse. |

---

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Table des matières</b> .....   | <b>I</b>  |
| <b>Liste des tableaux</b> .....   | <b>V</b>  |
| <b>Liste des figures</b> .....  | <b>VI</b> |
| <b>L'essentiel en bref</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>Das Wichtigste in Kürze</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>1 Introduction</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>1.1 L'approche d'Intervention précoce (IP) au niveau des stratégies de l'OFSP</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>1.2 Objectifs du rapport de recherche</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>2 L'approche d'Intervention précoce (IP) – origine et définition(s)</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>2.1 L'approche d'IP en Suisse – documentation(s) et définition(s)</b> .....  | <b>13</b> |
| 2.1.1 <i>Définitions dans la documentation antérieure à la Charte d'IP de 2016</i> .....  | 13        |
| 2.1.2 <i>Définition(s) selon la Charte de l'IP de 2016</i> .....  | 14        |
| 2.1.3 <i>Recommandations dans le cadre de l'analyse de situation du bureau INTERFACE et plan de mesures selon le Concept IP</i> ..... | 16        |
| 2.1.4 <i>Définitions selon le Concept IP</i> .....  | 17        |
| <b>2.2 Définition opérationnelle pour orienter les recherches de littérature</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>3 Méthodologie</b> .....   | <b>21</b> |
| <b>3.1 Méthode pour les recherches de la littérature scientifique</b> .....   | <b>21</b> |
| 3.1.1 <i>Algorithmes de recherche de la littérature scientifique (peer-reviewed)</i> .....  | 21        |
| 3.1.2 <i>Repérage initial et sélection finale des articles scientifiques (peer-reviewed)</i> .....                                    | 21        |
| 3.1.3 <i>Méthode de sélection des articles peer-reviewed</i> .....  | 22        |
| 3.1.4 <i>Structure des grilles de synthèse de la littérature</i> .....  | 23        |
| <b>3.2 Observation empirique : méthode de l'analyse secondaire des données statistiques</b> .....                                     | <b>24</b> |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>4</b> | <b>Recherche de littérature A (facteurs de risque)</b>                           | <b>26</b> |
| 4.1      | Remarques liminaires   | 26        |
| 4.2      | Consommation de substances psychoactives à risque                                | 26        |
| 4.2.1    | <i>Facteurs psychiques et psychologiques</i>                                     | 27        |
| 4.2.2    | <i>Facteurs biologiques et démographiques</i>                                    | 29        |
| 4.2.3    | <i>Facteurs sociaux</i>  | 29        |
| 4.2.4    | <i>Facteurs physiques et écologiques</i>   | 31        |
| 4.2.5    | <i>Facteurs comportementaux</i>  | 32        |
| 4.2.6    | <i>Contexte situationnel/Événements de vie critiques</i>                         | 32        |
| 4.2.7    | <i>En Suisse</i>   | 33        |
| 4.3      | Activités problématiques en ligne  | 34        |
| 4.3.1    | <i>Facteurs psychiques et psychologiques</i>                                     | 34        |
| 4.3.2    | <i>Facteurs biologiques et démographiques</i>                                    | 35        |
| 4.3.3    | <i>Facteurs sociaux</i>  | 35        |
| 4.3.4    | <i>Facteurs physiques et écologiques</i>   | 36        |
| 4.3.5    | <i>Facteurs comportementaux</i>  | 36        |
| 4.3.6    | <i>Contexte situationnel/Événements de vie critique</i>                          | 37        |
| 4.3.7    | <i>En Suisse</i>   | 37        |
| 4.4      | Burnout  | 37        |
| 4.4.1    | <i>Facteurs psychiques et psychologiques</i>                                     | 37        |
| 4.4.2    | <i>Facteurs biologiques et démographiques</i>                                    | 38        |
| 4.4.3    | <i>Facteurs sociaux</i>  | 39        |
| 4.4.4    | <i>Facteurs physiques et écologiques</i>   | 40        |
| 4.4.5    | <i>Facteurs comportementaux</i>  | 41        |
| 4.4.6    | <i>Contexte situationnel/Événements de vie critique</i>                          | 41        |
| 4.5      | Manque d'activité physique   | 41        |
| 4.5.1    | <i>Facteurs psychiques et psychologiques</i>                                     | 41        |
| 4.5.2    | <i>Facteurs biologiques et démographiques</i>                                    | 42        |
| 4.5.3    | <i>Facteurs sociaux</i>  | 43        |
| 4.5.4    | <i>Facteurs physiques et écologiques</i>   | 43        |
| 4.5.5    | <i>Facteurs comportementaux</i>  | 45        |
| 4.5.6    | <i>Contexte situationnel/Événements critique de vie</i>                          | 46        |
| <b>5</b> | <b>Observation empirique : 'prédicteurs' (facteurs de risque) et 'problèmes'</b> | <b>47</b> |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 5.1      | <b>Facteur de risque - Définition</b> .....   | 47        |
| 5.2      | <b>Prévalences de facteurs de risque ('prédicteurs')</b> .....  | 47        |
| 5.3      | <b>Prévalences de problèmes dans les six champs thématiques</b> .....   | 52        |
| <b>6</b> | <b>Recherche de littérature B (efficacité de l'approche d'IP)</b> .....   | <b>56</b> |
| 6.1      | <b>Approche d'IP selon la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION</b> .....   | 56        |
| 6.2      | <b>Approche SBI ou SBIRT selon la séquence DEPISTAGE (– EVALUATION) – INTERVENTION</b> .....  | 56        |
| 6.2.1    | <i>SBI (Screening and Brief Intervention) ou SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) - Définition</i> ..... | 57        |
| 6.2.2    | <i>SBI/SBIRT par comparaison à l'approche d'IP</i> .....  | 58        |
| 6.2.3    | <i>Efficacité</i> .....   | 58        |
| 6.2.4    | <i>Obstacles à l'implémentation</i> .....   | 59        |
| <b>7</b> | <b>Recherche de littérature C (coûts-bénéfices de l'approche d'IP)</b> .....  | <b>61</b> |
| 7.1      | <b>Approche d'IP selon la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION</b> .....   | 61        |
| 7.2      | <b>Approche SBI ou SBIRT selon la séquence DEPISTAGE (– EVALUATION) – INTERVENTION</b> .....  | 62        |
| <b>8</b> | <b>Synthèse et discussion</b> .....   | <b>63</b> |
| 8.1      | <b>Constats relatifs à la définition de l'approche d'IP</b> .....   | 63        |
| 8.1.1    | <i>Définition(s) de l'approche d'IP en Suisse</i> .....   | 63        |
| 8.1.2    | <i>Définition(s) de l'approche d'IP dans la littérature scientifique internationale (peer-reviewed)</i> .....                       | 63        |
| 8.2      | <b>Combien de personnes, en Suisse, pourraient profiter d'une approche d'IP ?</b> .....   | 64        |
| 8.3      | <b>Constats relatifs à l'efficacité resp. aux coûts-bénéfices de l'approche d'IP</b> .....  | 64        |
| 8.3.1    | <i>Les résultats des recherches de littérature</i> .....  | 64        |
| 8.3.2    | <i>Les défis liés à l'évaluation de la prévention</i> .....   | 66        |
| <b>9</b> | <b>Bibliographie</b> .....  | <b>67</b> |
| 9.1      | <b>Bibliographie 1 – Littérature hors recherches de la littérature scientifique</b> .....   | 67        |
| 9.2      | <b>Bibliographie 2 – Littérature scientifique sur les facteurs de risque</b> .....  | 70        |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>9.3 Bibliographie 3 – Littérature scientifique sur l'efficacité et les coûts-bénéfices de l'approche <i>SBI</i> ou <i>SBIRT</i>.....</b> | <b>76</b> |
| <b>10 Annexes .....</b>   | <b>78</b> |

## Liste des tableaux

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Tableau 5.1 | Prévalences de facteurs de risque au sein de la population suisse (sélection), par champ thématique - ESS 2017 (fourchettes d'estimation selon l'IC à 95%*) et autres sources de données ..... | 49 |
|-------------|--|----|

## Liste des figures

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figure 2.1 | Pyramide de l'IP selon la Charte de 2016 – quatre phases distinctes .....   | 16 |
| Figure 2.2 | Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP (version 14.09.2018).....  | 18 |
| Figure 5.1 | Fourchettes d'estimation du nombre de personnes de 15 ans ou plus <sup>a</sup> qui, en Suisse, présentent le problème considéré, selon le champ thématique <sup>b</sup> et le sexe/genre (ESS 2017 ; N) .....   | 54 |
| Figure 5.2 | Fourchettes d'estimation du nombre de personnes de 15 ans ou plus <sup>a</sup> qui, en Suisse, présentent le problème considéré, selon le champ thématique <sup>b</sup> et le groupe d'âge (ESS 2017 ; N) ..... | 55 |



## L'essentiel en bref

L'expertise sur l'efficacité et les coûts-bénéfices de l'approche d'Intervention précoce (IP) a porté sur les champs thématiques suivants : consommation d'alcool, de tabac et de cannabis, activités problématiques en ligne, mauvaise santé psychique et manque d'activité physique. La Charte d'IP de 2016 et le Concept IP de l'OFSP ont servi de cadre de référence pour l'ensemble du travail d'expertise effectué.

### Définition

L'objectif de l'approche d'IP est de raccourcir autant que possible le délai entre la survenue des premières manifestations d'un problème et la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée. Selon la Charte d'IP de 2016, l'approche d'IP se réfère à l'ensemble des phases de vie et des comportements à risque resp. des comportements défavorables à la santé resp. à la mauvaise santé psychique. La Charte d'IP, qui constitue le consensus le plus récent entre les différents partenaires impliqués dans l'approche d'IP en Suisse, comporte néanmoins quelques nuances dans la définition de cette approche en fonction de sa version linguistique (ALL, FR ou IT). Il n'existe donc pas à ce jour une définition uniforme de l'approche d'IP en Suisse.

Pour les besoins de l'expertise, une définition opérationnelle de l'approche d'IP a été formulée, qui consiste en l'entier de la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION (c'est-à-dire l'entier du dispositif qu'elle implique). Pour le REPERAGE, la définition retenue est celle d'une perception des signes d'appel resp. une perception des premières manifestations d'un problème chez un individu ou un petit groupe d'individus. Le 'repérage' se distingue donc du 'dépistage', qui consiste, lui, en des *screenings* organisés dans le but d'identifier des problèmes chez un individu ou au sein d'une population.

### Prévalences de facteurs de risque et de problèmes - Estimations

La multitude et la diversité des **facteurs de risque** liés aux six champs thématiques identifiés à l'occasion d'une recherche de la littérature scientifique illustrent bien la complexité de la constellation des facteurs de risque et de protection individuels en tant que **prédicteurs** de la probabilité d'apparition d'un problème. En se basant sur des données statistiques représentatives pour la Suisse, les prévalences de facteurs de risque se situent selon le cas entre quelques dizaines de milliers et plus d'un million de personnes.

A défaut de pouvoir mesurer les prévalences des nombreuses **premières manifestations possibles de problèmes** au sein de la population suisse, on peut, à titre d'approximation, estimer les nombres de personnes qui présentent des risques (très) élevés pour leur santé dans les différents champs thématiques. A partir des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017, s'agissant de la consommation de substances psychoactives, les fourchettes d'estimation vont de 68'000-88'000 personnes de 15 à 74 ans pour le cannabis (plus d'une fois par semaine) à 1'860'000-1'950'000 personnes de 15 ans et plus pour le tabac (occasionnellement/quotidiennement). On peut aussi estimer, chez les 15 ans et plus, que l'inactivité physique touche 515'000-565'000 personnes, la détresse psychologique (moyenne/élevée) 960'000-1'050'000 personnes et la dépression (modérément grave/sévère) 170'000-200'000 personnes.

Ces chiffres très élevés suggèrent des ordres de grandeur du **nombre de personnes qui auraient pu ou pourraient<sup>1</sup> faire l'objet de l'approche d'IP**. Mais ils montrent surtout l'importance de pouvoir appuyer l'approche d'IP sur la promotion d'un environnement favorable à la santé (soit la base de la Pyramide de l'IP) et par conséquent la nécessité, en amont, de réduire les facteurs de risque et développer les facteurs de protection par des actions et mesures de prévention efficaces qui visent à prévenir l'apparition des problèmes.

---

<sup>1</sup> Les données ne permettent pas de savoir à quel stade de l'évolution du problème ces personnes en sont, si elles ont développé des problèmes consécutifs et si elles font l'objet d'une prise en charge thérapeutique de ce/ces problème(s).

**Efficacité et coûts/bénéfices**

La recherche de la littérature scientifique consacrée à l'efficacité de l'approche d'IP (soit à l'entier de la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION) indique que l'on ne dispose pas à ce jour d'évidences scientifiques pour statuer sur l'efficacité ou l'inefficacité de cette approche. Le même constat a été tiré de la recherche de la littérature scientifique dédiée aux coûts-bénéfices de l'approche d'IP.

En revanche, les évidences scientifiques de l'efficacité et des coûts-bénéfices des démarches globales *SBI* (*Screening and Brief Intervention*) ou *SBIRT* (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*) en milieu médical, qui suivent la séquence DEPISTAGE – EVALUATION – INTERVENTION (le plus souvent intervention brève), apportent des enseignements utiles pouvant servir à la mise en place de dispositifs relevant de l'approche d'IP, notamment s'agissant des facteurs de succès ou d'échec de ces démarches.

Les résultats de cette expertise soulignent ainsi la nécessité de prévoir, lors de la conception et avant la mise en place d'un dispositif relevant de l'approche d'IP, une phase évaluative qui devra permettre d'analyser scientifiquement son efficacité. Dans cette optique, la phase de REPERAGE mérite une attention particulière.

## Das Wichtigste in Kürze

Die Expertise zur Wirksamkeit und zu den Kosten und Nutzen des Ansatzes der Früherkennung und Frühintervention (F+F) erstreckt sich über folgende Themenbereiche: Alkohol-, Tabak-, und Cannabiskonsum, problematische Online-Aktivitäten, schlechte psychische Gesundheit und mangelnde körperliche Aktivität. Die F+F Charta von 2016 und das Rahmenkonzept zur F+F des BAG dienen als Orientierungsrahmen für alle für diese Expertise durchgeführten Arbeiten.

### Definition

Das Ziel des F+F Ansatzes ist, die Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten eines Problems und dem Beginn einer geeigneten Behandlung zu verkürzen. Gemäss der F+F Charta von 2016, bezieht sich der Ansatz auf alle Lebensphasen und jedes Risikoverhalten resp. gesundheitsschädigende Verhalten resp. die schlechte psychische Gesundheit. Die F+F Charta stellt den aktuellsten Consensus zwischen den verschiedenen Partnern dar, die in der Schweiz am Ansatz der F+F beteiligt sind. Die Charta enthält jedoch einige Nuancen in der Definition des Ansatzes je nach Sprachversion (DE, FR oder IT). Zum jetzigen Zeitpunkt existiert also keine einheitliche Definition des F+F Ansatzes in der Schweiz.

Für die Expertise wurde eine operationelle Definition des F+F Ansatzes formuliert, welche aus der gesamten Abfolge FRÜHERKENNUNG – GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNG – FRÜHINTERVENTION (d.h. der gesamte Ablauf, der darin beinhaltet ist) besteht. Für die FRÜHERKENNUNG entspricht die gewählte Definition der Wahrnehmung der Warnsignale resp. der Wahrnehmung der ersten Manifestation eines Problems bei einem Individuum oder einer kleinen Gruppe von Individuen. Die 'Früherkennung' unterscheidet sich also von einer 'Untersuchung'. Letztere besteht im Gegensatz zur Früherkennung aus organisierten *Screenings* mit dem Ziel, Probleme bei einem Individuum oder in einer Bevölkerung zu erkennen.

### Prävalenzen der Risikofaktoren und Probleme – Schätzungen

Die Vielzahl und Vielfalt der **Risikofaktoren** im Zusammenhang mit den sechs Themenbereichen, die durch eine Literaturrecherche identifiziert worden sind, veranschaulichen die Komplexität der individuellen Risiko- und Schutzfaktorenkonstellation als Prädiktoren der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Problems. Basierend auf für die Schweiz statistisch repräsentative Daten liegen die Prävalenzen der Risikofaktoren je nach Thematik zwischen einigen Zehntausend und mehr als einer Million Personen.

Mangels Möglichkeiten, die Prävalenzen der **zahlreichen möglichen ersten Problemmanifestationen** in der Schweizer Bevölkerung zu messen, kann als Annäherung die Anzahl Personen, die ein (sehr) hohes Gesundheitsrisiko in den verschiedenen Themenbereichen aufweisen, geschätzt werden. Basierend auf den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017, liegen die Schätzungen zwischen 68'000 – 88'000 bei den 15-74-Jährigen für Cannabis (mehr als einmal die Woche) und 1'860'000 – 1'950'000 bei Personen ab 15 Jahren für Tabak (gelegentlich/täglich). Bei Personen ab 15 Jahren kann die körperliche Inaktivität auf 515'000 – 565'000 Personen, die psychische Belastung (mittel/hoch) auf 960'000-1'050'000 Personen und die Depression (mittelschwer, schwer) auf 170'000-200'000 Personen geschätzt werden.

Diese hohen Zahlen deuten auf die Grössenordnung der **Anzahl Personen hin, die Gegenstand des F+F Ansatzes hätten sein können oder sein könnten**<sup>2</sup>. Aber sie zeigen vor allem die Wichtigkeit, den F+F Ansatz auf die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen zu stützen (Basis der F+F-Pyramide) und die Notwendigkeit, vor einer ersten Problemmanifestation durch wirksame Präventionsmassnahmen Risikofaktoren zu reduzieren und Schutzfaktoren zu entwickeln.

---

<sup>2</sup> Es ist nicht möglich zu wissen, in welchem Entwicklungsstadium des Problems sich diese Personen befinden, ob sie Begleitprobleme entwickelt haben und ob sie für diese Probleme in Behandlung sind.

### **Wirksamkeit und Kosten/Nutzen**

Die wissenschaftliche Literaturrecherche, die sich der Wirksamkeit des F+F Ansatzes (die gesamte Abfolge FRÜHERKENNUNG – GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNG – FRÜHINTERVENTION) gewidmet hat, zeigt, dass wir zur Zeit nicht über genug wissenschaftliche Evidenz verfügen, um Aussagen über die Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit des Ansatzes zu machen. Die gleiche Schlussfolgerung wurde aus der Literaturrecherche, die den Kosten und Nutzen des F+F Ansatzes gewidmet war, gezogen.

Hingegen bringt die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und zu den Kosten und Nutzen von übergreifenden Vorgehen, die dem Ablauf SCREENING – EVALUATION – INTERVENTION (am häufigsten Kurzinterventionen) folgen, wichtige Informationen mit sich. Solche Vorgehen, wie das SBI (*Screening and Brief Intervention*) oder das SBIRT (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*) im Medizinbereich, und insbesondere deren Erfolgs- und Misserfolgskriterien können bei der Umsetzung des F+F Ansatzes helfen.

Die Resultate dieser Expertise unterstreichen die Notwendigkeit, bei der Konzeptualisierung und vor der Umsetzung eines für den F+F Ansatz relevanten Ablaufs eine evaluative Phase einzuplanen, welche erlauben sollte, wissenschaftlich ihre Wirksamkeit zu analysieren. In dieser Perspektive verdient die Phase der FRÜHERKENNUNG eine besondere Beachtung.

# 1 Introduction

## 1.1 L'approche d'Intervention précoce (IP) au niveau des stratégies de l'OFSP

Mises en œuvre depuis 2017, les stratégies nationales 'Addictions' (OFSP, 2015) et 'Prévention des maladies non transmissibles (MNT)' (OFSP & CDS, 2016) de l'OFSP ont pour objectifs d'améliorer les compétences de la population en matière de santé et de créer un environnement favorable à des comportements plus sains. Elles visent à couvrir toutes les phases de vie et prennent en compte aussi bien les addictions liées aux substances psychoactives que l'usage problématique d'Internet, les problèmes psychiques<sup>3</sup>, les troubles alimentaires et l'obésité.

Ces deux stratégies encouragent notamment l'approche d'**Intervention précoce (IP)**. Sur cette base, l'OFSP vise à renforcer l'approche transversale et salutogène de l'IP pour toutes les phases de vie. Dans ce but, l'OFSP a élaboré un concept d'IP (**Concept IP**)<sup>4</sup>, disponible en allemand, français et italien, qui entend aider les professionnel-le-s à appliquer au quotidien l'approche d'IP dans différents contextes comme l'école, la famille, le travail, les communes, etc. (OFSP, 2019a). Ce concept doit être compris comme une étape servant à la définition de l'approche d'IP et à des clarifications dans la perspective d'une poursuite optimale de son processus de développement et de mise en œuvre, qui doit être accepté par de nombreux acteurs et être implémenté dans différents domaines et pour les différentes phases de vie (Baeriswyl & Barras Duc, 2020).

## 1.2 Objectifs du rapport de recherche

Le présent rapport de recherche a pour fondement la mesure No 23 du Plan de mesures du Concept IP de l'OFSP: « Faire réaliser une expertise pour connaître l'ampleur et l'étendue de la vulnérabilité en Suisse. Il s'agira de définir cette notion et de recueillir des données statistiques sur le nombre et le type de personnes concernées à chaque phase de vie (les enfants et les adolescents sont, en particulier, considérés comme vulnérables). L'expertise devra également mettre en évidence les bénéfices d'un investissement dans l'intervention précoce par rapport aux coûts associés aux risques qu'elle permet d'éviter. Mise en œuvre à partir de 2019. » (OFSP, 2019c, page 6)

Le mandat de l'OFSP confié à Addiction Suisse (Baeriswyl & Barras Duc, 2020) porte sur les **six champs thématiques** que sont la consommation d'alcool, la consommation de tabac, la consommation de cannabis, les activités problématiques en ligne<sup>5</sup>, la mauvaise santé psychique et le manque d'activité physique, et poursuit trois objectifs :

---

<sup>3</sup> Documents également importants, le rapport « Santé psychique en Suisse » et le plan d'action sur la prévention du suicide en Suisse ont quant eux pour objectif de promouvoir la santé psychique de la population en améliorant la prévention et le repérage précoce de maladies psychiques afin de réduire le nombre d'actes suicidaires.

<sup>4</sup> Le précédent et premier Concept IP, conçu en 2004, avait été développé pour les jeunes en situation difficile qui consommaient du cannabis (OFSP & ISPA, 2004).

<sup>5</sup> Au niveau international, il n'existe pas de consensus clinique et scientifique sur les critères diagnostiques ou de repérage d'une utilisation problématique d'Internet en général. S'agissant des activités qu'Internet rend possibles, dans sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) l'Organisation mondiale de la santé (OMS) inclut le diagnostic 'troubles de l'utilisation des jeux vidéo' (Gaming disorder) (World Health Organization (WHO), 2019). Il n'existe en revanche pas de diagnostic reconnu internationalement pour des troubles liés à d'autres activités en ligne.

**Étape 1** : Mener des recherches de littérature distinctes sur :

- les facteurs de risque et les événements critiques de l'existence relatifs aux six champs thématiques susmentionnés (recherche de littérature orientée)
- l'efficacité de l'approche d'IP (c'est-à-dire sur les évaluations d'impact/d'*outcome*) (recherche de littérature quasi systématique)
- les coûts-bénéfices de l'approche d'IP (par rapport aux coûts/bénéfices engendrés par une prise en charge tardive – en l'absence de repérage, évaluation et intervention précoces – des problèmes) (recherche de littérature quasi systématique)

**Étape 2** : Sur la base des données statistiques issues d'enquêtes populationnelles représentatives disponibles pour la Suisse, estimer la part et le nombre absolu des personnes qui présentent les facteurs de risque les plus pertinents identifiés dans le cadre de la recherche de littérature resp. des personnes concernées par les six champs thématiques susmentionnés.

**Étape 3** : Examiner de manière critique l'ensemble des éléments rassemblés (littérature et données statistiques) afin d'établir un argumentaire de « pour » et de « contre », qui doit faire office de cadre de référence pour estimer le bien-fondé d'un investissement dans l'approche d'IP.

Afin de circonscrire l'objet des recherches de littérature dédiées à l'efficacité de l'approche d'IP et à ses coûts-bénéfices, dans un premier temps un état des lieux des définitions actuelles de l'approche d'IP disponibles en Suisse a été établi. La Charte d'IP de 2016 (Avenir social, 2016a, b, c) et la version française du Concept IP (OFSP, 2019a, b, c, d) ont servi de documents de référence pour cela ainsi que pour tous les autres travaux effectués dans le cadre de ce projet.

## 2 L'approche d'Intervention précoce (IP) – origine et définition(s)

L'approche d'IP trouve son origine dans la prévention des addictions chez les jeunes. Répandue dans ce domaine depuis les années 1990, l'approche d'IP peut être définie comme une « attention portée à l'ensemble des jeunes et une démarche interdisciplinaire interprofessionnelle qui vise à formaliser et organiser le soutien nécessaire des jeunes en situation de vulnérabilité. Elle a pour objectifs spécifiques la rencontre et le repérage des personnes présentant de tels problèmes, la minimisation des obstacles pour que ces personnes puissent modifier leur comportement de consommation et une intervention adaptée pour ceux qui en ont besoin » (Morel, 2015). Ainsi, l'objectif est de raccourcir autant que possible le délai entre la survenue des premiers signes d'un problème ou d'un trouble et la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée.

### 2.1 L'approche d'IP en Suisse – documentation(s) et définition(s)

#### En résumé

La Charte d'IP de 2016, qui constitue le consensus le plus récent entre les différents partenaires impliqués dans l'approche d'IP en Suisse, prône des attitudes et valeurs fondamentales communes à ses signataires. On note néanmoins des nuances dans la définition de l'approche d'IP selon la version linguistique de la Charte, si bien qu'il n'existe pas à ce jour de définition (conceptuelle) uniforme de l'approche d'IP en Suisse.

La Charte ne mentionne pas de bonnes pratiques communes à mettre en œuvre dans le cadre des quatre phases de l'approche d'IP.

L'ancrage théorique de l'approche d'IP apparaît peu documenté dans la littérature grise dédiée en Suisse.

#### 2.1.1 Définitions dans la documentation antérieure à la Charte d'IP de 2016

La documentation relative à l'approche d'IP publiée depuis 2008<sup>6</sup> mais avant la signature de la Charte de l'IP de 2016 par les organismes nationaux ou régionaux actifs en la matière – notamment disponible sur les pages du site Internet de l'OFSP qui lui sont dédiées<sup>7</sup> – présente des contenus (terminologies, définitions, etc.) qui diffèrent partiellement selon la publication considérée. Par exemple, on y constate un usage non homogène des termes 'dépistage', 'détection' ou 'repérage', qui sont tantôt utilisés comme des synonymes, tantôt comme des notions couvrant des pratiques bien distinctes. Par conséquent, on n'y trouve pas une définition uniforme de l'approche d'IP.

On trouve notamment une définition de l'approche d'IP dans le rapport très complet '*Jugendliche richtig anpacken. Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen*' (Fachverband Sucht & BAG, 2008, page 20), disponible en allemand uniquement, et une autre dans la brochure très complète '*Intervention précoce. Accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité*' du GREA (Al Kurdi et al.,

<sup>6</sup> Il faut néanmoins préciser que les premiers jalons de l'approche d'IP ont été posés avant cette date, soit au début des années 2000, aussi bien en Suisse alémanique qu'en Suisse romande.

<sup>7</sup> Allemand : <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>

Français : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>

Italien : <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>

2010), disponible en français uniquement. On peut aussi mentionner la définition de la Haute École Spécialisée de Lucerne dans son rapport sur les bases légales pour les écoles et les communes (Mösch Payot & Rosch, 2011, page 36) ou encore celle, plus récente, de la Fondation suisse pour la santé RADIX (Neuenschwander & Wilhelm, 2015, page 2).

Comparativement au rapport du Fachverband Sucht et de l'OFSP, la brochure du GREA inclut, en plus, la phase de la 'promotion d'un environnement favorable à la santé'. Par contre, alors que les termes 'intervention précoce' sont souvent présentés dans la littérature internationale récente comme l'ensemble des mesures et interventions visant le début de la vie jusqu'à l'adolescence, voire le début de l'âge adulte, dans ces deux documents le terme « précoce » ne renvoie pas au jeune âge du public ciblé par l'intervention, mais bien à l'objectif d'identifier et d'agir sur l'évolution d'un problème le plus tôt possible. De plus, dans leurs différents documents, la définition s'appuie sur la notion de vulnérabilité et s'ancre dans un processus global et dynamique, touchant à la fois l'individu et le collectif.

### 2.1.2 Définition(s) selon la Charte de l'IP de 2016

En 2011, des professionnel-le-s ont élaboré la Charte de l'IP (nommée « Oltner Charta ») afin d'orienter la pratique des acteurs sur le terrain et servir de fondement à des mesures (Kläusler-Senn et al., 2011). Cet instrument a été révisé en 2016 par un groupe d'expert-e-s institué par le Fachverband Sucht en collaboration avec le GREA et Ticino Addiction, avec la participation de tous les acteurs nationaux et des organisations partenaires<sup>8</sup>. Celle-ci ne se réfère désormais plus seulement aux jeunes mais à l'ensemble des phases de vie et des comportements à risque resp. comportements défavorables à la santé resp. à la mauvaise santé psychique.

On trouve ci-dessous la définition de l'approche d'IP d'après cette nouvelle version de la Charte, avec une mise en évidence (caractères gras) des nuances ou différences constatées selon la version linguistique. Dans la version allemande (Avenir social et al., 2016a), on trouve la définition suivante :

« Die Früherkennung und Frühintervention (F+F) hat zum Ziel, ungünstige Entwicklungen und Rahmenbedingungen sowie problematische Verhaltensweisen von Personen aller Altersstufen frühzeitig wahrzunehmen, passende Hilfestellungen zu finden und die betroffenen Menschen in ihrer gesunden Entwicklung und gesellschaftlichen Integration zu unterstützen.

Die F+F integriert strukturorientierte und individuumsbezogene Verfahren und zielt nicht ausschliesslich darauf ab, das Verhalten von Betroffenen zu ändern. F+F hat **auch** den Anspruch, ungünstige gesellschaftliche und strukturelle Bedingungen zu erkennen und zu benennen und sich entsprechend für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen einzusetzen.

Früherkennung meint, schwierige Situationen, **Auffälligkeiten und Symptome** rechtzeitig wahrzunehmen und richtig zu deuten (Gefährdungseinschätzung). Früherkennung bezieht sich dabei auf umfeldbezogene und individuumsbezogene Risiken, die dazu beitragen, ein problematisches Verhalten zu entwickeln.

Frühintervention verfolgt das Ziel, als gefährdet erkannte Personen und deren Umfeld eine geeignete Unterstützung anzubieten (Begleitung, Beratung oder Behandlung). Das Ziel der Intervention ist sowohl die Förderung und Aktivierung der umfeldbezogenen und individuumsbezogene Ressourcen als auch das Reduzieren von Risiken.

**Diese beiden Handlungsbereiche «Frühes Erkennen» und «Frühes Intervenieren» – im Sinne von altersunabhängigem, frühzeitigem wahrnehmen und unterstützen – müssen zwingend sorgfältig aufeinander abgestimmt sein. In der Deutschschweiz wird der Doppelbegriff Früherkennung und Frühintervention meist mit «F+F» abgekürzt.»**

La version française de la Charte diffère de la version allemande (Avenir social et al., 2016b) en ceci qu'elle insiste selon nous davantage sur la promotion d'un environnement favorable à la santé, qu'elle ajoute un élément de renforcement des compétences éducatives de tous les membres de la communauté et que le

<sup>8</sup> La charte nationale est soutenue par les organisations, conférences et commissions suivantes : Avenir Social, Fachverband Sucht, Groupement romand d'études aux addictions GREA, Infodrog, Radix, Addiction Suisse, Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM), Ticino Addiction, Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS), Conférence des déléguées cantonales aux problèmes des addictions (CDCA), Conférence des délégués des villes aux problèmes de dépendance (CDVD), Office fédéral de la santé publique (OFSP).



repérage concerne les comportements à risque et les signes de vulnérabilité (et non les manifestations de problèmes et symptômes).

« **La démarche d'Intervention Précoce (IP) vise à promouvoir un environnement favorable à la santé et à renforcer les compétences éducatives de tous les membres de la communauté pour mieux accompagner les personnes en situation de vulnérabilité.** Elle consiste **notamment** à repérer, de manière précoce, les conditions sociales problématiques ainsi que les comportements à risque des personnes de tous les âges, pour trouver un soutien adapté et venir en aide aux personnes en situation de vulnérabilité, aussi bien dans leur développement personnel que dans leur capacité d'intégration sociale.

La démarche d'IP se base sur des procédures orientées vers une bonne articulation entre les structures et l'individu. Le concept IP n'a pas pour seul objectif de modifier le comportement des personnes concernées, il s'engage **avant tout** à repérer et à désigner suffisamment tôt les conditions sociales et structurelles de vulnérabilité et à promouvoir des conditions-cadres favorables à la santé.

La notion de repérage évoque l'idée de repérer à temps les situations difficiles, **les comportements à risque et les signes de vulnérabilité**, afin de les interpréter correctement à travers une évaluation. La notion de repérage se réfère à des risques liés à l'environnement et à la personne, qui contribuent à développer un comportement problématique.

La prise en charge signifie que l'on offre un soutien adapté aux contextes et aux personnes reconnues comme étant en situation de vulnérabilité (accompagnement, consultation ou traitement). Le but de l'intervention est aussi bien la promotion et l'activation des ressources environnementales et personnelles que la réduction des risques. »

Et dans la version italienne enfin, qui est similaire à la version française (Avenir social et al., 2016c), on trouve la définition suivante :

**Il processo di rilevamento e intervento precoci (RIP) mira a promuovere un ambiente favorevole alla salute e a rafforzare le competenze educative di tutti i membri della comunità, così da offrire un miglior sostegno alle persone in situazioni di vulnerabilità. In particolare** si tratta di identificare tempestivamente condizioni sociali problematiche e comportamenti a rischio di persone di qualsiasi età, allo scopo di trovare un sostegno appropriato e aiutare le persone in situazioni di vulnerabilità nel loro sviluppo individuale e nella loro capacità di integrarsi socialmente.

Il processo RIP, basato su procedure orientate a un buon connubio tra strutture e individuo, non punta soltanto a modificare il comportamento dei diretti interessati, ma **anche e soprattutto** a individuare e definire sufficientemente in anticipo condizioni sociali e strutturali di vulnerabilità e a promuovere condizioni quadro favorevoli alla salute.

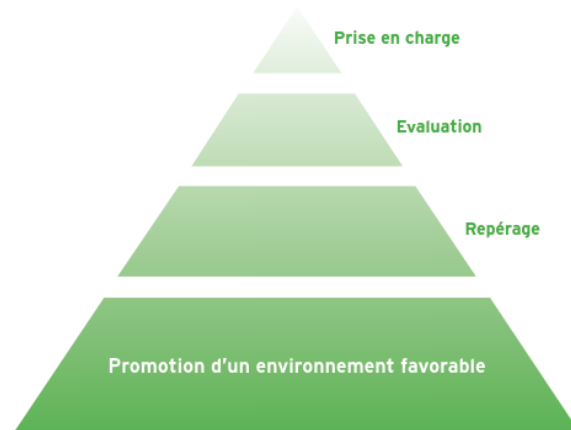
Per rilevamento precoce si intende l'individuazione tempestiva di **situazioni difficili, comportamenti a rischio e segnali di vulnerabilità**, al fine di interpretarli correttamente attraverso una valutazione. Questa nozione fa riferimento ai rischi legati al contesto e alle persone che contribuiscono allo sviluppo di un comportamento problematico.

Con l'intervento precoce si prevede di fornire un sostegno adeguato ai contesti e alle persone in situazioni riconosciute di vulnerabilità (accompagnamento, consulenza o trattamento). Lo scopo dell'intervento è sia la promozione e la mobilitazione di risorse personali e provenienti dal contesto sia la riduzione dei rischi.

La Charte de l'IP prône en outre des attitudes et valeurs fondamentales communes. En revanche, elle ne mentionne pas de bonnes pratiques communes à mettre en œuvre dans le cadre des quatre phases de l'approche d'IP.

Élément central de la Charte d'IP (dans ses trois versions linguistiques), la **Pyramide de l'IP** (Figure 2.1) est constituée de quatre phases distinctes.

Figure 2.1 Pyramide de l'IP selon la Charte de 2016 – quatre phases distinctes



Source : Avenir social et al., 2016b ; Repris par La Mantia et al., 2018, OFSP, 2019a et König et al., 2020.

### 2.1.3 Recommandations dans le cadre de l'analyse de situation du bureau INTERFACE et plan de mesures selon le Concept IP

Les auteur-e-s de l'analyse de la situation en matière d'approche d'IP en Suisse (La Mantia et al., 2018) recommandent notamment de :

- Définir plus clairement l'approche d'IP. « Nous recommandons d'affiner davantage la définition de l'IP dans le plan directeur. De concert avec les représentants des différents environnements, il s'agit de parvenir à une même compréhension de l'IP, en partant de la charte sur l'intervention précoce. Le but consiste notamment à définir des notions communes de sorte à faciliter la compréhension par-delà les frontières professionnelles et les différents environnements et à mettre en exergue les besoins communs et les synergies en matière d'IP. »
- Faire connaître les bonnes pratiques et remédier aux lacunes en assurant la promotion de projets pilotes : « Nous recommandons d'explicitier et de diffuser le principe de l'IP en trois phases (repérage précoce, estimation du risque, intervention précoce) au moyen d'exemples de bonnes pratiques. En outre, des projets pilotes doivent être menés pour combler les lacunes identifiées. Nous recommandons à l'OFSP de centrer ses interventions sur une phase de vie, un profil de risque ou un environnement donné et ce, pour une durée d'un an ou deux, par exemple.

Le Concept IP de l'OFSP et ses annexes ont été élaborés comme réponses aux recommandations d'INTERFACE. Dans son plan de mesures, celui-ci prévoit, au niveau de la mesure No 26, de « réviser la brochure sur l'intervention précoce publiée par le GREA (Al Kurdi et al., 2010) et publier un nouveau manuel remplaçant celui édité par Fachverband Sucht sous le titre « Jugendliche richtig anpacken » (Fachverband Sucht & BAG, 2008). Mettre à jour le document de la Haute école spécialisée de Lucerne sur les bases légales pour les écoles et les communes (Mösch Payot & Rosch, 2011). Les principes suivants seront intégrés dans les publications mentionnées : approche globale (phases de vie, profils de risque, milieux de vie), modèle multifactoriel d'identification des risques, charte sur l'intervention précoce et nouveau cadre juridique, notamment en ce qui concerne l'extension des droits et obligations d'aviser l'autorité. Mise en œuvre de 2019 à 2020. » (OFSP, 2019c, page 7).

## 2.1.4 Définitions selon le Concept IP

L'approche d'IP est souvent pensée par rapport à la consommation de substances psychoactives (alcool, produits du cannabis, autres drogues illégales, produits du tabac, etc.), lorsque cette dernière est problématique ou à risque, mais ne nécessite pas d'être prise en charge par des services spécialisés. L'approche d'IP a toutefois pour objectif de se généraliser à d'autres champs potentiels, comme les addictions non liées à une substance, la santé psychique ou l'activité physique. Elle fait référence aux mesures mises en place pour « repérer suffisamment tôt les risques liés à un comportement ou un environnement social défavorables à la santé et à y répondre par une intervention ou une prise en charge adéquate » (OFSP, 2019a, page 2). Cette approche se veut ainsi transversale et adaptée aux différentes phases de vie.

### 2.1.4.1 Définition(s) des quatre phases de la Pyramide de l'IP

Le Concept IP donne les définitions suivantes pour les quatre phases de la Pyramide de l'IP (OFSP, 2019a), avec là aussi des nuances entre les versions linguistiques.

Version française, page 13 :

**Promotion d'un environnement favorable** : repérer et désigner suffisamment tôt les conditions sociales et structurelles de vulnérabilité et promouvoir des conditions cadres favorables à la santé.

**Repérage**: repérer à temps les situations difficiles, les comportements à risque et les signes de vulnérabilité.

**Évaluation**: interpréter correctement les comportements à risque et les signes de vulnérabilité.

**Prise en charge** (Intervention) : offrir un soutien adapté aux personnes en situation de vulnérabilité et à leur entourage. »

Version allemande, page 13 :

**Förderliche Rahmenbedingungen**: Gesellschaftliche Bedingungen erkennen, die eine Gefährdung begünstigen.

**Früherkennung**: Schwierige Situationen, Auffälligkeiten und Symptome rechtzeitig wahrnehmen.

**Gefährdungseinschätzung**: Richtige Deutung der Auffälligkeiten und Symptome.

**Frühintervention**: Geeignete Unterstützung für die als gefährdet erachtete Person sowie deren Umfeld.

Version italienne, page 13 :

**Condizioni quadro favorevoli**: individuare le condizioni sociali che favoriscono una situazione di vulnerabilità.

**Rilevamento precoce**: riconoscere per tempo situazioni di difficoltà, cambiamenti di comportamento e sintomi.

**Valutazione della vulnerabilità**: interpretazione corretta dei comportamenti, dei segnali e dei sintomi.

**Intervento precoce**: fornire un sostegno appropriato alle persone considerate a rischio e ai loro familiari.

### 2.1.4.2 Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP

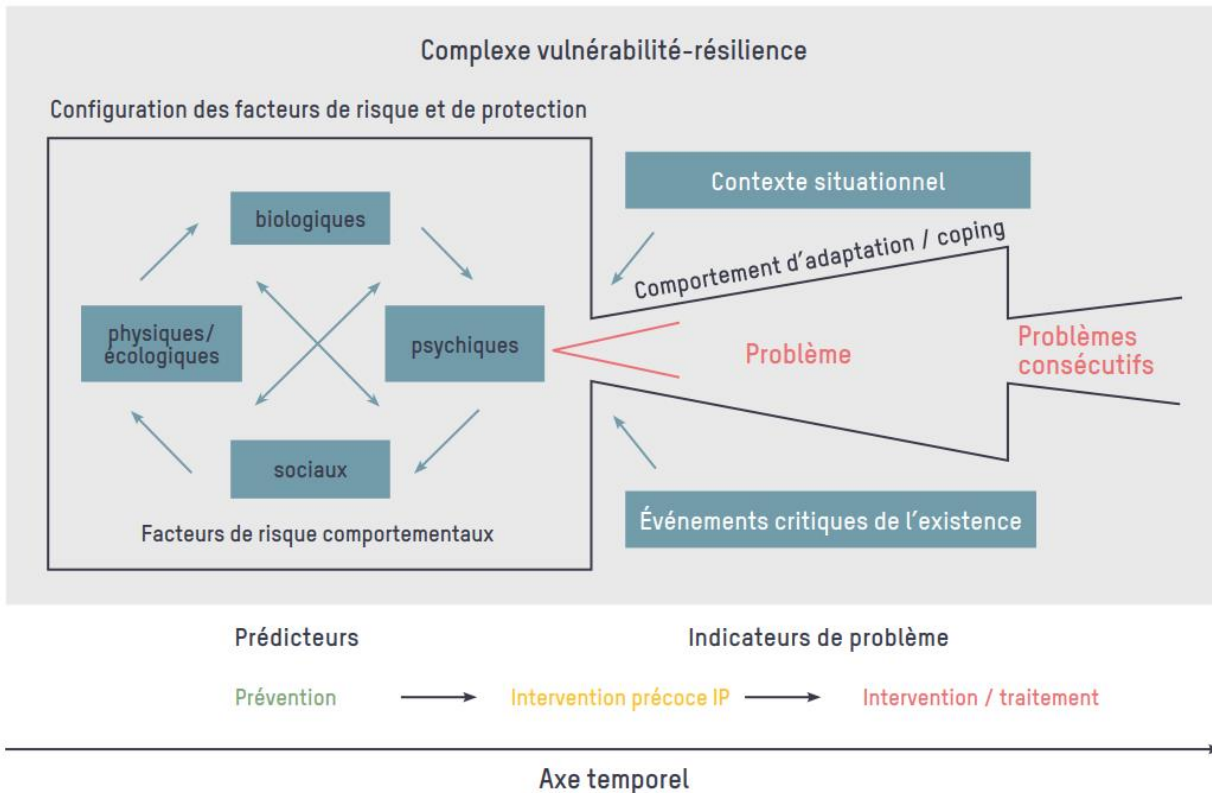
Une partie du Concept IP de l'OFSP propose une modélisation des facteurs de risque et de protection (ressources) et des mécanismes susceptibles de conduire à une addiction ou une MNT (y compris maladies psychiques). Dans le cadre d'un atelier d'expert-e-s<sup>9</sup> qui s'est tenu en juin 2018, et sur mandat de l'OFSP, Infodrog a élaboré le modèle multifactoriel et global d'identification des risques (Figure 2.2). Il s'agit d'une mise à jour du modèle des facteurs de risque psychosociaux conçu à la fin des années 1990 dans le cadre de Supra-f (König et al., 2020 ; OFSP, 2019a). Ce modèle doit servir de base et de guide à l'approche pratique de l'IP.

---

<sup>9</sup> Des expert-e-s des domaines et organismes suivants y ont pris part: Prévention des addictions, recherches/sciences, Office fédéral de la santé publique OFSP (sections: Prévention dans le domaine des soins et Promotion de la santé et prévention), Office fédéral des assurances sociales OFAS (Domaine Famille, générations et société) et Infodrog. Des représentants de Promotion Santé Suisse (santé psychique) et de l'Hôpital de Zofingue (Centre de compétences en obésité, comportement alimentaire et psyché) ont contribué par écrit à l'élaboration des modèles et des documents.

Pour la compréhension des différents éléments composant le modèle, nous renvoyons les lecteurs et lectrices au glossaire qui l'accompagne (OFSP, 2019b, pages 6 à 9).

Figure 2.2 Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP (version 14.09.2018)



Sources : König et al., 2020 ; OFSPa, 2019.

Ce modèle, qui se lit de gauche à droite, doit servir à appréhender les risques dans leurs différentes dimensions et les interactions complexes entre facteurs de risque et de protection (ressources). De manière simplifiée, on peut dire que la **vulnérabilité** d'un individu est le résultat de la combinaison de facteurs de risque individuels et/ou contextuels, qui ne sont pas suffisamment compensés par les facteurs de protection (ou ressources) correspondants. Leur importance pour l'individu varie selon la phase de vie et aussi bien les facteurs de risque que les facteurs de protection sont multidimensionnels et produisent leur effet à travers des processus d'interactions complexes et dynamiques.

Dans ce modèle, l'approche d'IP « forme le lien entre la prévention et l'intervention ou le traitement, même si des chevauchements existent entre ces deux phases et si les limites entre elles sont floues. L'IP s'intéresse aux **premières manifestations d'un problème** ('**indicateurs de problèmes**') chez une personne, quel que soit son âge, et dans son environnement » (OFSP 2019b, page 9). Ainsi, ce modèle « met en évidence la différence entre les prédicteurs (qui sont décisifs pour la prévention) et les indicateurs (de problèmes), comme point de départ pour le repérage précoce, et le traitement. Le repérage précoce fait donc référence à l'identification des symptômes problématiques et non des facteurs de risque et de protection » (König et al., 2020 ; page 6). « Le système de soutien est divisé en trois phases d'activités successives correspondant à l'évolution du problème: la prévention, le repérage et l'intervention précoces, l'intervention/le traitement. La prévention (spécifique à un groupe cible) repose sur les facteurs de risque et de protection en tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition d'un problème, alors que le repérage et l'intervention précoces, de même que l'intervention et le traitement, se basent sur les indicateurs de

problèmes, c'est-à-dire les (premiers) symptômes ou manifestations d'un problème ». (König et al., 2020 ; page 6).

A noter que dans la Charte d'IP de 2016, « le repérage et l'intervention précoces se réfèrent également aux prédicateurs, c'est-à-dire aux développements défavorables et conditions cadres pouvant conduire à une certaine vulnérabilité, qui doivent être identifiés et améliorés. La 'Promotion d'un environnement favorable' constitue la phase supplémentaire de l'IP dans la 'Pyramide de l'IP' de la charte, servant de base aux trois autres phases,... » (König et al., 2020 ; pages 10-11).

A l'instar de la Charte d'IP, le Modèle multifactoriel ne mentionne pas de bonnes pratiques communes à mettre en œuvre<sup>10</sup>.

## 2.2 Définition opérationnelle pour orienter les recherches de littérature

Les recherches de la littérature scientifique présupposent de procéder à une description aussi claire que possible de l'objet étudié. En l'absence d'une définition uniforme (des différentes phases) de l'approche d'IP en Suisse, et en nous référant à la Charte d'IP et au Concept IP, nous avons élaboré comme guide pour les recherches de littérature dédiées à l'efficacité et aux coûts-bénéfices de l'approche d'IP (et pour structurer l'archivage et la synthèse des résultats) (voir chapitres 6 et 7) notre propre définition opérationnelle de l'approche d'IP.

Tout d'abord, nous avons considéré le terme « précoce » comme faisant référence à une approche qui implique d'intervenir le plus tôt possible par rapport à l'évolution du problème, c'est-à-dire par rapport aux (premiers) symptômes ou manifestations d'un problème (avant que ce dernier ne s'aggrave et n'engendre d'autres conséquences néfastes)<sup>11</sup>.

Ensuite, nous avons retenu la **définition opérationnelle** selon la séquence suivante :

### REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION

Cette définition est basée sur les trois étages supérieurs de la Pyramide de l'IP, tandis que sa première phase (« Promotion d'un environnement favorable ») a été écartée, considérant que cette dernière pouvait tout autant relever de démarches de promotion de la santé ou de prévention primaire, comportementale ou structurelle.

S'agissant spécifiquement de l'étape du REPERAGE, notre définition tient compte de la distinction entre 'repérage', 'dépistage' et 'détection'. En effet, « Le choix des mots est ici important. Le 'repérage' s'oppose notamment au 'dépistage' qui se fait « par en haut », dans une logique de classification. Il s'oppose également à la 'détection', qui va s'attacher davantage à enregistrer des comportements transgressifs » (Girod et al., 2012, page 12).

Pour la notion de '**repérage**', nous avons retenu une définition qui fait référence à une attention particulière resp. une perception des signes d'appel resp. une perception des premières manifestations d'un problème ('indicateurs de problèmes'), avec une dimension individuelle (au sens du repérage chez un individu ou un

<sup>10</sup> Un certain nombre de réponses à ce sujet figurent dans la brochure du GREA (Al Kurdi et al., 2010) et dans le rapport du Fachverband Sucht et de l'OFSP (2008), mais pas de façon harmonisée.

<sup>11</sup> Dans la littérature grise repérée au niveau international et consacrée à l'approche d'IP, le terme « précoce » revêt plusieurs significations. Il fait souvent référence à des interventions de prévention ayant pour caractéristique d'être menées tôt dans la vie, donc auprès d'une population jeune, mais aussi parfois au fait d'intervenir tôt par rapport au développement d'une situation de vulnérabilité (c'est-à-dire agir sur les facteurs de risque et de protection en tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition d'un problème) ou encore d'intervenir le plus tôt possible par rapport à l'évolution du problème.

petit groupe d'individus) et collective (au sens du repérage par l'entourage des personnes présentant ces signes resp. manifestations). Il s'agit là selon nous de l'un des principaux apports de l'approche d'IP par rapport aux mesures de prévention sélectives et indiquées.

Nous avons par contre réservé la notion de '**dépistage**' à des *screenings* organisés dans le but d'identifier des problèmes, que ce soit dans le milieu médical (sous la forme d'un test déclaratif tel que l'AUDIT ou de tests biologiques, par exemple tests d'urine ou sérologiques, ou calcul de l'IMC) et/ou sur une population donnée (au moyen d'un questionnaire dans un *setting* donné, par exemple école, urgences d'un hôpital)<sup>12</sup>.

L'étape de l'EVALUATION, qui vise à confirmer ou à infirmer l'existence d'un problème dont les premiers signes d'appel resp. les premières manifestations ont été repérés, peut revêtir différentes formes et être pratiquées par différents professionnel-le-s de la santé formé-e-s à l'évaluation.

L'étape de l'INTERVENTION peut prendre différentes formes, par exemple une intervention brève ou une thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT).

L'approche d'IP se distingue ainsi clairement de l'« intervention brève » (« *brief Intervention* »), qui correspond à une méthode spécifique de prise en charge<sup>13</sup> (une fois le problème évalué comme avéré) d'une personne à un stade précoce de son problème pour l'amener à changer son comportement et qui a montré certaines preuves d'efficacité s'agissant par exemple des problèmes liés à la consommation d'alcool (EMCDDA, 2016 ; O'Donnell et al., 2014 ; Babor et al., 2010). Autrement dit, l'approche globale d'IP ne se réduit pas à une intervention mais à l'entier de la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION. Cette séquence constitue selon nous également l'un des apports principaux de l'approche d'IP.

Dans les chapitres suivants de ce rapport de recherche, nous utiliserons les termes '**approche d'IP**' chaque fois que nous ferons référence à l'entier de la **séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION**, qui présuppose la mise en place d'un **plan d'action** resp. d'un **dispositif** resp. d'une **marche à suivre** qui organise et formalise les réponses de façon globale en un continuum d'actions pour passer du repérage des signes d'appel resp. des premières manifestations d'un problème à la prise en charge de ce dernier (Hafen, 2017).

---

<sup>12</sup> Les instruments de *screening* peuvent néanmoins être utilisés dans l'approche d'IP (selon la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION), mais comme outils dans le cadre de la phase d'évaluation.

<sup>13</sup> Intervention qui consiste concrètement en un nombre limité d'entretiens de courte durée (EMCDDA, 2017) basés sur des éléments de la technique de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002).

### 3 Méthodologie

#### 3.1 Méthode pour les recherches de la littérature scientifique

La recherche de littérature orientée (pour les facteurs de risque) et la recherche de littérature quasi systématique (pour l'efficacité et les coûts-bénéfices de l'approche d'IP) ont été menées par un des auteur-e-s entre avril et mai 2020 sur les moteurs de recherche *PubMed* et *PsychINFO*. La période de référence couvrait les publications entre janvier 2010 et avril/mai 2020. Des compléments ont en outre été faits au moyen d'une recherche orientée de la littérature grise en anglais, français et allemand.

##### 3.1.1 Algorithmes de recherche de la littérature scientifique (peer-reviewed)

Pour la construction des algorithmes de recherche, les bases A) 'Facteurs de risques' et BC) 'Efficacité et coûts-bénéfices' se combinent avec les six champs thématiques. On en obtient 12 algorithmes :

###### Bases

|  |   |
|--|---|
| <b>Base A – Facteurs de risque</b>             | ((Life event* OR Life stage* OR Transition* OR Risk factor* OR Health determinant*) AND ("Meta-Analysis" OR "Meta analysis" OR Metaanalysis OR "Systematic review" OR Metasynthesis OR "Meta synthesis" OR "Meta-synthesis")) |
| <b>Base BC – Efficacité et coûts-bénéfices</b> | ((Early intervention* OR Early involvement* OR Early recognitio* OR Early detection*) AND (Efficacy OR Effectiveness OR Efficiency OR "Cost-effectiveness" OR "RCT" OR Controlled trial*))                                    |

###### Champs thématiques

|  |   |
|--|---|
| <b>Alcool</b>                            | ((Alcohol OR Substance*) AND (Consumption OR disorder* OR Abuse OR Use OR Binge OR Drinking OR RSOD))   |
| <b>Tabac</b>                             | (Tobacco OR Smok* OR Cigaret*)  |
| <b>Cannabis</b>                          | (Cannabis OR Marijuana OR Marihuana OR Hashish OR Illicit drug* OR Illegal drug* OR Illicit substance* OR Illegal substance* OR THC)                            |
| <b>Activités problématiques en ligne</b> | ((Online activit* OR Internet OR Gaming OR video game* OR "Social media") AND (Disorder* OR Excess* OR Problem* OR Addict* OR Depend* OR Compulsi* OR Overuse)) |
| <b>Mauvaise santé psychique</b>          | ((("Psychic health" OR "Psychological health" OR "Mental health" OR "Mental illness") AND (Disorder* OR Illness* OR Disease OR "Diseases"))                     |
| <b>Manque d'activité physique</b>        | ((("Lack of" OR Insufficien*) AND (Physical activit* OR Sport OR Exercise*)) OR Sedentar*)  |

##### 3.1.2 Repérage initial et sélection finale des articles scientifiques (peer-reviewed)

Tous les articles - *peer-reviewed* et écrits en anglais - associés à ces 12 algorithmes ont été archivés dans deux grilles de synthèses (en format Excel), l'une pour la recherche menée sur *PubMed* et l'autre pour la recherche menée sur *PsychINFO*. Les articles ont été numérotés et codés (selon le ou les champs thématiques concernés) par un des auteur-e-s.

###### 3.1.2.1 Recherche de littérature A – Facteurs de risque

Ayant connaissance de l'abondance de la littérature scientifique relative aux facteurs de risque pour la plupart des six champs thématiques, les auteur-e-s ont décidé de limiter d'emblée l'algorithme de recherche aux études de type 'revue systématique de littérature' et 'méta-analyse'. De plus, au vu de la quantité

importante d'articles repérée sur le moteur de recherche *PubMed*, la recherche de littérature concernant les facteurs de risque n'a finalement pas été menée sur *PsychINFO*.

Au départ, ce sont au total 4297 articles (doublons compris) qui ont été repérés dans le cadre de la recherche de littérature A – 'Facteurs de risque'. Au final, 72 articles ont été retenus dans la grille de synthèse de la littérature. A cela se sont ajoutés par la suite 11 articles *peer-reviewed* et 4 publications issues de la littérature grise, recherchés à titre de compléments.

### 3.1.2.2 Recherche de littérature BC – Efficacité et coûts-bénéfices

Au départ, 6'657 articles (doublons compris) ont été repérés dans le cadre de la recherche de littérature BC – 'Efficacité et coûts-bénéfices' (*PubMed* = 4'291 articles et *PsychINFO* = 2'366 articles).

Dans un premier temps, une sélection des articles potentiellement éligibles a été effectuée, en adoptant une méthodologie compréhensive. En effet, en l'absence d'une définition uniforme de l'approche d'IP en Suisse, les critères de cette première sélection se voulaient particulièrement souples, le but étant de parcourir de façon exploratoire les résultats y étant associés dans la littérature scientifique et de voir s'ils rejoignaient notre définition opérationnelle. La littérature pré-sélectionnée lors de cette première étape était donc particulièrement hétérogène et comprenait à la fois des articles évoquant explicitement les termes '*early intervention*' et des articles qui semblaient à première vue pouvoir être assimilés à l'approche d'IP selon les phases REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION. Des articles annexes permettant une contextualisation de la thématique ou apportant des informations complémentaires utiles ont également été retenus. En revanche, tous les articles évoquant des interventions s'assimilant à des traitements de longue durée (médicaux ou aux thérapies par exemple) ou à des mesures de prévention primaire ont été écartés d'emblée.

Cette pré-sélection, basée sur les informations issues du titre et de l'*abstract*, a été effectuée par un des auteur-e-s. Ce dernier a attribué à chaque article la mention « Oui, sélectionné », « Non ; car de toute évidence hors thématique » ou « Peut-être ; nécessitant une évaluation complémentaire ». Ensuite, une autre auteure a effectué un nouvel examen de tous les articles ayant reçu la mention « Oui » ou « Peut-être ». Dans ce cas, si le titre, l'*abstract* ou les mots-clés ne donnaient pas suffisamment d'informations sur le contenu de l'article, l'article a été examiné en entier. Un troisième et dernier examen a été effectué par deux autres auteur-e-s afin de trancher sur les articles qui étaient toujours annotés d'un « Peut-être ».

Au terme de ce processus, ce sont au total 17 articles *peer-reviewed*, dont 9 en tant qu'articles annexes, qui ont été retenus sur le thème de l'efficacité. A cela sont venues s'ajouter 4 publications issues de la littérature grise, dont 2 en tant que publications annexes. Ce sont en outre 1 article *peer-reviewed* et 1 publication issue de la littérature grise qui ont été retenus sur le thème des coûts-bénéfices, auxquels s'ajoutent 5 publications annexes issues de la littérature grise.

### 3.1.3 Méthode de sélection des articles *peer-reviewed*

Un accord inter-juge entre les auteur-e-s a été nécessaire pour décider de la pertinence d'une publication. Afin de décider si les résultats présentés dans la publication devaient être finalement retenus, des critères dans quatre domaines différents sont fixés :

- **Apport de l'étude** : données sur au moins un champ thématique. Pour la recherche de littérature BC, le champ thématique devait être l'objet principal de l'approche d'IP évaluée.
- **Setting de la population cible** : population générale ou sous-groupe de population (p. ex. population hospitalière).
- **Propriétés de l'étude resp. qualité des données**



S'agissant de ce troisième type de critères, plusieurs paramètres méthodologiques ont été examinés lors de l'évaluation, selon les checklists pour l'évaluation de la qualité des études d'évaluation<sup>14</sup>.

### 3.1.4 Structure des grilles de synthèse de la littérature

#### 3.1.4.1 Recherche de littérature A – Facteurs de risque

La grille de synthèse de la littérature a été structurée notamment selon le Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP (OFSP, 2019b). Les facteurs de risques recensés pour chaque champ thématique ont ainsi été classés en fonction des catégories suivantes : 'biologiques', 'psychiques', 'physiques-écologiques', 'sociaux', 'comportementaux'<sup>15</sup> et relatifs au 'contexte situationnel' et aux 'événements de vie critiques'. La grille de synthèse de la littérature comprend les rubriques suivantes :

- **Informations générales** : numéro de l'article ; le code d'identification de l'article ; la référence bibliographique ; la catégorie principale (consommation de substances psychoactives, mauvaise santé psychique, activités problématiques en ligne, manque d'activité physique et autres) et la sous-catégorie (resp. alcool, tabac, cannabis pour la consommation de substances ; burnout<sup>16</sup> pour la mauvaise santé psychique et l'obésité et les comportements sédentaires pour le manque d'activité physique).
- **Informations relatives à la population étudiée** : population concernée, groupe d'âge, pays, sous-groupe de population ;
- **Informations relatives au design de l'étude** : type d'étude (revue systématique, méta-analyse ou les deux), types d'études retenues dans la revue systématique et/ou de la méta-analyse, propriétés de l'échantillon, mesures utilisées et limitations méthodologiques de la revue systématique et/ou de la méta-analyse.
- **Résultats relatifs aux facteurs de risque** : résultats principaux
- **Commentaires de l'évaluateur/trice**

#### 3.1.4.2 Recherche de littérature BC – Efficacité et coûts-bénéfices

La grille de synthèse de la littérature comprend deux feuillets, l'un rassemblant les articles finalement retenus ayant trait à l'efficacité et aux coûts-bénéfices et l'autre comprenant les articles annexes qui permettent de contextualiser et apportent des informations complémentaires utiles sur l'objet de recherche. La grille concernant l'efficacité et les coûts-bénéfices (comprenant à la fois les articles issus de *PubMed* et de *PsychINFO*) a été structurée de façon à relever les différentes phases de l'approche d'IP selon notre définition opérationnelle (REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION). La grille concernant l'efficacité et/ou les coûts-bénéfices (feuillelet bleu) comprend les éléments suivants :

- **Informations générales** : numéro de l'article ; article retenu (oui/non) ; le code de l'identification de l'article ; la référence bibliographique ; l'apport (données, théories, données et théorie ou autre) ; la catégorie principale (consommation de substances psychoactives, mauvaise santé psychique, activités problématiques en ligne, manque d'activité physique et autres) et la sous-catégorie (resp. alcool, tabac, cannabis pour la consommation de substances psychoactives ; la dépression, la dépression post-partum, le burnout et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDA(H)] pour mauvaise santé psychique et l'obésité pour le manque d'activité physique).
- **Informations relatives à la population étudiée** : population concernée, groupe d'âge, pays, sous-groupe de population.
- **Informations relatives au design de l'étude d'évaluation** : type d'étude (si étude d'évaluation spécifique : RCT ou autre ; revue systématique, méta-analyse ou les deux), qualités méthodologiques<sup>17</sup>, propriétés de l'échantillon, mesures utilisées, tests statistiques et limites méthodologiques de l'étude.
- **Informations relatives aux phases de l'approche d'IP** : repérage, évaluation et intervention/prise en charge
- **Résultats de l'étude d'évaluation** : efficacité et/ou coûts-bénéfices
- **Commentaires de l'évaluateur/trice**

<sup>14</sup> Par exemple CASP <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

<sup>15</sup> En effet, certains comportements, comme par exemple la consommation d'alcool, peuvent représenter un facteur de risque pour d'autres comportements ou problèmes.

<sup>16</sup> La recherche de littérature sur les facteurs de risque n'a pas été menée sur la dépression, la dépression post-partum et les TDAH.

<sup>17</sup> Les articles retenus ont été différenciés selon qu'il s'agit d'essais randomisés contrôlés (RCT) ou non, dans la mesure où ils représentent le « *gold-standard* » méthodologique dans le domaine de la recherche.

### 3.2 Observation empirique : méthode de l'analyse secondaire des données statistiques

Il n'est pas possible d'établir un portrait statistique précis des personnes qui, en Suisse, sont en situation de vulnérabilité – au sens qu'elles présentent une configuration de facteurs de risque qui n'est pas suffisamment contrebalancée par leurs facteurs de protection –, ni même d'estimer leur nombre absolu (Delgrande Jordan & Wicki, 2018). En effet, comme illustré par le Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP (voir point 2.1.4.2), il faudrait pour cela pouvoir tenir compte des interactions complexes et dynamiques entre facteurs de risque et de protection.

De même, les nombreux signes d'appel possibles resp. les nombreuses premières manifestations possibles d'un problème (excepté en principe les symptômes d'une maladie) pouvant être observés lors de la phase de repérage de l'approche d'IP ne peuvent être mesurés de façon précise et exhaustive dans le cadre d'une étude populationnelle.

Par le passé, des estimations du nombre de jeunes en situation de vulnérabilité basées sur un indice composite obtenu à partir d'une sélection de facteurs de risque donnent les ordres de grandeur suivants: l'enquête *Swiss Multi-Centre Adolescent Survey on Health 2002 (SMASH)* a permis d'estimer qu'en Suisse env. 6% des 16-20 ans engagé-e-s dans les filières estudiantine et professionnelle (F: env. 8% ; G: env. 5%) pouvaient être considéré-e-s comme vulnérables aux comportements à risque (Suris et al, 2006). L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* a permis d'estimer que cette part était d'environ 7% chez les élèves de 11 à 15 ans à l'école obligatoire en 2010 (F: env. 8% : G: env. 5%; Archimi & Delgrande Jordan, 2014) et d'environ 8% en 2014 (F: env. 9% : G: env. 7%; Delgrande Jordan & Wicki, 2018). Empruntant une méthodologie assez différente, mais également basée sur des facteurs de risque uniquement, Hüsler et collègues (2008) ont estimé, parmi un échantillon de jeunes interrogé-e-s entre 1999 et 2008, que 10% des garçons et 12% des filles fréquentant le Cycle d'Orientation présentaient un niveau élevé de risque psychosocial (Hüsler, 2008). Ces ordres de grandeur doivent cependant être considérés avec prudence puisqu'ils reposent sur une petite sélection de facteurs de risque uniquement.

Pour la présente expertise, l'option a donc été prise de procéder de façon différente. En se référant au Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP, il est en effet possible d'estimer séparément :

- le nombre des personnes qui, en Suisse, présentent certains facteurs de risque (en tant que 'prédicteurs' des problèmes)<sup>18</sup>
- le nombre des personnes qui, en Suisse, présentent des comportements à risque resp. des comportements défavorables à la santé resp. une mauvaise santé psychique (comme approximation des premiers signes d'un problème) et qui, de ce fait, auraient pu ou pourraient profiter de l'approche d'IP.

Pour cela, une analyse secondaire des données de l'Enquête suisse sur la santé 2017 (ESS) auprès de la population résidente âgée de 15 ans et plus a été effectuée. Au total, 22'134 personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ont participé à l'enquête. L'enquête consiste en une interview téléphonique suivie d'un questionnaire écrit papier ou en ligne (pour plus de détails sur la méthodologie de l'ESS, voir Office fédéral de la statistique, 2018).

<sup>18</sup> Les facteurs de protection ne sont pas l'objet de ce mandat.

Les variables de l'ESS sélectionnées sont celles pouvant être considérées comme des approximations de facteurs de risque repérés à l'occasion de la recherche de littérature (voir chapitre 4). La plupart des variables relatives aux facteurs de risque constituent en effet une approximation du facteur réel, qui n'est le plus souvent pas mesurable dans toute sa complexité au moyen d'un questionnaire standardisé. En outre, les niveaux de risque (c'est-à-dire les seuils d'analyses ou *cut-offs* des variables) pour les six champs thématiques ont été définis en se référant à la littérature scientifique (voir Annexe 1 pour plus de détails sur les niveaux de risque).

Les estimations de nombres inférées à partir de l'échantillon aléatoire de l'ESS ont été produites en recourant aux variables de pondérations fournies par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles sont présentées sous la forme de fourchettes reflétant les intervalles de confiance (IC à 95%), ceci afin de tenir compte de la marge d'erreur d'échantillonnage.

La littérature scientifique consacrée aux facteurs de risque de la (mauvaise) santé psychique, notamment ceux de la dépression, décision a été prise de se limiter au burnout, soit un trouble psychique.

## 4 Recherche de littérature A (facteurs de risque)

### 4.1 Remarques liminaires

Dans le Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP (voir point 2.1.4.2), les **facteurs de risque** - tout comme les facteurs de protection - sont des 'prédicteurs' de la probabilité d'apparition (ou non) d'un problème. Ils sont donc décisifs pour orienter les mesures et actions de prévention et de promotion de la santé. Les facteurs de risque se distinguent donc en grande partie des 'indicateurs (de problèmes)' – c'est-à-dire les signes d'appel resp. les premières manifestations d'un problème – qui sont, eux, le point de départ de la phase de repérage de l'approche d'IP.

La présente synthèse s'attache à donner un aperçu des facteurs de risque évoqués dans la littérature scientifique publiée depuis 2010. Suite à la recherche de littérature orientée décrite au sous-chapitre 3.1 72 revues systématiques et/ou méta-analyses ont été retenues. A cela se sont ajoutées par la suite 11 articles *peer-reviewed* et 4 publications issues de la littérature grise recherchées à titre de compléments.

Une vue d'ensemble synthétique des résultats de cette recherche de littérature est présentée dans des tableaux figurant à l'annexe 2. On y trouve un aperçu des facteurs de risque répartis autant que possible selon les dimensions suivantes : 'biologiques - démographiques', 'psychiques - psychologiques', 'physiques - écologiques', 'sociaux', 'comportementaux'<sup>19</sup> et relatifs au 'contexte situationnel' et aux 'événements de vie critiques'. Comme ces tableaux présentent les facteurs de risque sans distinction selon les phases de vie et sans autres précisions, nous recommandons aux lecteurs et lectrices de prendre connaissance des résultats détaillés présentés dans ce chapitre pour une interprétation adéquate des résultats.

Il convient en outre de rappeler qu'une partie des études mentionnées ici sont des études transversales, si bien que les associations statistiques constatées ne peuvent être interprétées comme des relations de cause à effet (à ce sujet voir aussi sous-chapitre 5.1). Autrement dit, il s'agit alors de corrélats (au sens d'une simple relation statistique) et non de déterminants impliquant un lien causal.

### 4.2 Consommation de substances psychoactives à risque

Concernant la consommation de substances psychoactives, 30 revues systématiques et méta-analyses ont été initialement retenues. Par la suite, 3 revues systématiques (Stone et al., 2012 ; Kuerbis et Sacco, 2012 ; Henkel, 2011), 1 méta-analyse (Marshal et al., 2008), 1 étude spécifique (Corliss et al., 2010) et 3 publications issues de la littérature grise (Thrul, 2014 ; UNODC, 2015 ; Delgrande Jordan et al., 2019) ont été ajoutées à la grille initiale. Dans le cadre de cette synthèse, les articles traitant de la consommation de substances en général ainsi que des substances spécifiques (i.e. tabac, alcool et cannabis) sont recensées ensemble.

Pour un aperçu synoptique des facteurs de risque nous renvoyons au *World Drug report* (UNODC, 2015, page 19) pour ceux contribuant à la vulnérabilité à la consommation de drogues et à Stone et collègues (2012) pour ceux contribuant à la vulnérabilité à la consommation d'alcool.

<sup>19</sup> En effet, certains comportements, comme par exemple la consommation d'alcool, peuvent représenter un facteur de risque pour d'autres comportements ou problèmes.

#### 4.2.1 Facteurs psychiques et psychologiques

De façon plus précise, plusieurs revues systématiques et/ou méta-analyses ont mis en évidence des associations entre certains facteurs psychiques et la consommation de substances, et notamment certains éléments relatifs à l'internalisation, c'est-à-dire les émotions et les affects négatifs et les troubles tels que l'anxiété ou la dépression.

Mason et al. (2019) ont par exemple relevé des associations significatives entre les **émotions négatives** et la consommation solitaire d'alcool et de cannabis chez les adolescents américains. Une méta-analyse (Groenman et al., 2017) a quant à elle mis en évidence que les individus ayant vécu une dépression pendant l'enfance étaient plus à risque de développer des troubles liés à la consommation de substances plus tard dans la vie. Des niveaux élevés de **symptômes dépressifs** chez les adolescent-e-s ont également été associés à un risque plus élevé d'être confronté à des problèmes liés à la consommation d'alcool par la suite, en particulier chez les garçons (Marmorstein, 2009, cité dans Stone, 2012). Il est cependant intéressant de relever qu'en prenant comme indicateur le trouble de **dépression** majeure à 17 ans plutôt que les symptômes dépressifs, Marmorstein et al. 2010 (cités par Stone et al., 2012) n'ont pas pu relever d'association claire avec la dépendance à l'alcool ou aux drogues chez le jeune adulte. Par ailleurs, Hussong et al. (2017) montrent que les symptômes dépressifs sont associés à la consommation de substances chez les adolescent-e-s, mais que ces associations sont plus mitigées lorsque l'on s'intéresse à la dépression. L'hétérogénéité de ces résultats montre ainsi qu'il est nécessaire de porter une plus grande attention aux facteurs modérateurs potentiels afin de définir précisément les populations et/ou les contextes spécifiques pour et dans lesquels la dépression se présente comme un facteur de risque pour la consommation de substances (Hussong et al., 2017).

Les associations entre l'**anxiété** et la consommation de substances ont quant à elles montré des résultats mitigés (Groenman et al., 2017 ; Hussong et al., 2017 ; Stone et al., 2012). Cependant, Adan et al. (2017) ont souligné des liens entre la tendance à l'anxiété et le *binge drinking* chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes. Certaines études ciblant la consommation de tabac ont également mis en évidence que l'anxiété et certains troubles anxieux non spécifiques peuvent jouer un rôle pour l'initiation au tabagisme (Moylan et al., 2012), la consommation régulière de tabac (Jiang Suyun Li et al., 2014) et la dépendance à la nicotine (Jiang Suyun Li et al., 2014 ; Moylan et al., 2012). Toutefois, Moylan et al. (2012) soulignent que de nombreuses études n'ont pas contrôlé l'effet des potentielles comorbidités des individus, les liens de causalité entre les troubles anxieux et le tabagisme et/ou la dépendance à la nicotine ne pouvant ainsi pas être définis avec certitude.

Au-delà des éléments relatifs à l'internalisation, une littérature abondante suggère qu'il existe des liens entre les troubles d'externalisation durant l'enfance et/ou l'adolescence et la consommation de substances subséquente (Groenman et al., 2017 ; Lee et al., 2011 ; Stone et al., 2012).

La méta-analyse proposée par Groenman et al. (2017) souligne en effet que les enfants souffrant de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (**TDAH**) et les troubles obsessionnels-compulsifs (**TOC**) durant sont plus à risque de développer des troubles liés à la consommation de substance. Lee et al. (2011) ont également montré au travers d'une méta-analyse que les enfants avec un diagnostic de TDAH sont significativement plus à risque d'avoir déjà consommé de la nicotine ou des drogues illicites (mais pas d'alcool) et de développer à l'adolescence et/ou à l'âge adulte des troubles liés à la consommation de substance, indépendamment des différences méthodologiques et démographiques des études. Cependant, les résultats concernant les substances illicites contrastent avec une méta-analyse effectuée par Serra-Pinheiro et al. (2012) qui met en évidence des résultats mitigés pour l'association entre les TDAH et les troubles liés à la consommation de substances illicites, au-delà des effets liés troubles des conduites et les troubles oppositionnels avec provocation (TOP).

Par ailleurs, les résultats concernant d'autres troubles liés à l'externalisation – tels que les troubles du comportement – sont plus hétérogènes, mais suggèrent toutefois que les enfants présentant une comorbidité entre des TDAH et des troubles compulsifs et/ou obsessionnels-compulsifs sont plus à risque de développer des troubles liés à la consommation de substances que les enfants sans diagnostic ou atteints de TDAH uniquement (Lee et al., 2011).

Il convient d'ailleurs de mentionner que les problématiques liées à l'internalisation et l'externalisation ont également montré des associations significatives avec la consommation de substances chez les adolescent-e-s issu-e-s d'une minorité sexuelle (Goldbach et al., 2013). Blossnich et al. (2011) ont également mis en évidence des associations significatives entre la dépression et la consommation de tabac pour les individus issus d'une minorité sexuelle.

Concernant les **troubles psychiques**, des associations entre la consommation de cannabis et la schizophrénie ont également été évoquées dans la littérature. Koskinen et al. (2010) ont par exemple montré qu'environ un patient sur quatre dans les échantillons présentait un diagnostic concomitant de dépendance au cannabis, notamment dans les populations plus jeunes, qui venaient d'expérimenter leur premier épisode psychotique ainsi que dans les échantillons comportant une forte proportion d'hommes (Koskinen et al. (2010)).

Des associations entre les **pathologies psychiques des parents** et la consommation de substance chez les jeunes adultes ont été mises en évidence dans la littérature, notamment pour la dépression (Stone et al., 2012). En effet, certaines études ont par exemple relevé un lien entre la dépression parentale et la dépendance à la nicotine chez les jeunes adultes (Buu et al., 2009 cités par Stone et al., 2012) et entre la dépression maternelle durant l'adolescence de l'enfant et un risque plus élevé chez les garçons de développer des troubles liés à la consommation d'alcool au début de l'âge adulte (Alati et al., 2005, cités dans Stone et al., 2012).

Certains traits de personnalité liés à l'**impulsivité** peuvent également être considérés comme des facteurs de risque potentiels pour la consommation de substance. Bos et al. (2019) ont par exemple mis en évidence que la consommation de cigarette est positivement associée à tous les traits de l'impulsivité, c'est-à-dire la recherche de sensations, l'absence de planification, le manque de persévérance et l'urgence négative ou positive (tendance à agir dans l'urgence en fonction des états émotionnels positifs ou négatifs). D'autres études ont également souligné des liens significatifs entre l'impulsivité – et notamment la recherche de sensations – et l'apparition du tabagisme (Wellman et al., 2016) ou le binge drinking (Adan et al., 2017). Finalement, Vanderveen et al. (2016) ont relevé des associations significatives entre la consommation de cannabis et les traits liés à l'impulsivité, à l'exception du manque de persévérance.

Une revue systématique (Schindler, 2019) a également mis en évidence des liens entre l'**attachement insécuré** et les troubles liés à la consommation de substances, en particulier durant l'adolescence. Les auteurs ont d'ailleurs mis en évidence des influences bidirectionnelles, dans la mesure où ce genre de troubles entrave également la formation de relations permettant ce genre d'attachement (Schindler, 2019). Les auteurs ont toutefois montré que le style d'attachement varie selon la substance considérée : par exemple, l'attachement évitant serait fréquent chez les individus consommant de l'héroïne, alors que les consommateurs d'alcool montrent des patterns plus hétérogènes (Schindler, 2019).

D'autres facteurs ont été mentionnés dans la littérature. Par exemple, Wellman et al. (2016) ont mis en évidence que l'**estime de soi** est un facteur protecteur pour l'apparition du tabagisme chez les adolescent-e-s. Pour les adultes de 50 ans et plus, Emiliussen et al. (2017) ont mis en évidence que le stress et le sentiment de perte d'identité augmentaient le risque d'une apparition tardive des troubles liés à l'alcool. Des études supplémentaires seraient toutefois nécessaires pour étudier ces liens en profondeur.

#### 4.2.2 Facteurs biologiques et démographiques

Bien qu'aucune allèle spécifique et isolée ne puisse expliquer à elle seule la variation des risques individuels en matière de consommation de substances, certaines études proposent toutefois l'**hypothèse d'une variabilité génétique** (Verhulst et al., 2015 ; Stone et al., 2012).

Une méta-analyse basée sur des études de jumeaux et d'adoption (Verhulst et al., 2015) estime par exemple qu'environ 50% des troubles de liés à la consommation d'alcool seraient d'origine génétique, alors que l'environnement jouerait un rôle d'environ 10% dans le développement de ces derniers. Il convient toutefois de rester prudent face à ce genre de résultats, dans la mesure où les facteurs de risque ne sont pas des entités isolées et déterministes, mais interagissent de façon dynamique entre eux (Stone et al., 2012). Pasma et al. (2019) ont par exemple montré que les risques liés à l'environnement accentuent l'effet des risques génétiques, augmentant ainsi la probabilité de consommer des substances (Pasma et al., 2019). A l'inverse, une prédisposition génétique favorable pourrait renforcer les effets d'un environnement positif ou contrecarrer les effets d'un environnement délétère (Pasma et al., 2019). Les résultats proposés par Pasma et al. (2019) vont ainsi dans le sens du modèle diathèse-stress, qui soutient que les individus génétiquement à risque sont plus susceptibles de développer des problématiques lorsqu'ils sont exposés à un environnement délétère (Pasma et al., 2019).

L'**âge** a également été évoqué dans certaines études. Wellman et al. (2016) ont par exemple mis en évidence que le risque de commencer à fumer des cigarettes augmentait avec l'âge chez les adolescent-e-s, ce résultat étant également partagé par Heris et al. (2019). D'un point de vue biologique, Hummel et al. (2012) ont relevé des associations positives entre la consommation de substances et une puberté précoce.

Le **sexe/genre** a également été cité dans plusieurs études. Stone et al. (2012) montrent par exemple que les hommes sont plus à risque de consommer des substances et d'avoir une consommation problématique que les femmes au début de l'âge adulte (Stone et al., 2012). Freedman et al., 2012 ont par ailleurs montré que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de commencer à fumer lorsqu'ils sont jeunes adultes. Il a également été mis en évidence que les hommes sont plus enclins à adopter une consommation importante (*heavy use*) de substances que les femmes (Stone et al., 2012).

Une revue systématique (Brisola-Santos et al., 2016) s'intéressant à la consommation de cannabis chez les athlètes a par exemple mis en évidence que les hommes de type caucasiens étaient plus à risque d'utiliser ce genre de substances.

##### 4.2.2.1 Orientation sexuelle

Une méta-analyse menée par Marshal et al. (2008) a montré que les jeunes appartenant à des minorités sexuelles ont un risque accru d'usage de substances psychoactives comparé aux hétérosexuel-le-s. Le risque d'initier une consommation de substances était le plus élevé pour les bisexuel-le-s. Une étude longitudinale menée par Corliss et al., (2010) a observé que les participant-e-s ayant indiqué leur orientation sexuelle comme étant principalement hétérosexuelle, bisexuelle ou lesbienne/gay étaient plus susceptibles que les jeunes complètement hétérosexuel-le-s de déclarer avoir consommé des drogues illicites au cours de l'année écoulée et avoir fait un mésusage de médicaments sur ordonnance.

#### 4.2.3 Facteurs sociaux

Les résultats relatifs au **statut socio-économique** sont hétérogènes (Stone et al., 2012). D'une part, certaines études suggèrent qu'un statut socio-économique bas est associé à une prévalence de la

consommation d'alcool (Allen et al., 2017) et de tabac (Allen et al., 2017 ; Blossnich et al., 2011) nettement plus élevée que dans les groupes avec un statut socio-économique élevé. Wellman et al. (2016) ont également trouvé des associations entre le fait de commencer à fumer et un statut socio-économique bas. Une étude (Buu et al., 2009, cités par Stone et al., 2012) a également montré des liens entre le fait d'avoir un statut socio-économique bas durant l'enfance et le risque de développer de troubles liés à la nicotine et au cannabis au début de l'âge adulte. Cependant, certaines études longitudinales ont mis en évidence qu'un revenu plus élevé pouvait être associé à une consommation d'alcool plus importante et fréquente chez les jeunes adultes (Stone et al., 2012). Il est donc envisageable que le revenu soit associé de façon curviligne à la consommation de substances, la pauvreté et les revenus élevés étant associés à une consommation plus importante et les revenus moyens à une consommation comparativement plus faible (Stone et al., 2012).

Des **facteurs relationnels** ont également été mis en évidence dans la littérature. Seo et Huang (2011) ont par exemple relevé des liens entre la consommation de tabac et le réseau social chez les adolescent-e-s, ceux étant isolés ayant un taux de tabagisme significativement plus élevé. Au niveau familial, la qualité de la relation parents-enfants et le soutien parental apparaissent comme des facteurs protecteurs vis-à-vis de la consommation de substances (Stone et al., 2012), et notamment d'alcool (Yap et al., 2017). A l'inverse, Hummel et al. (2012) ont montré qu'un **mauvais fonctionnement familial** prédit la consommation de tabac chez les adolescentes. En outre, une **parentalité considérée comme négative** et le fait de passer peu de temps avec la mère ont resp. montré des associations avec la consommation de tabac et de cannabis chez les adolescent-e-s (Hummel et al., 2012). Des niveaux élevés de **sévérité maternelle** (*maternal harshness*) pendant l'enfance sont liés à des niveaux plus élevés de consommation de substances chez les jeunes (Hummel et al., 2012). Finalement, Devries et al. (2013) mettent en évidence une association positive entre la consommation d'alcool et la violence domestique (physique ou sexuelle) chez les femmes.

Certains facteurs liés au **monitorage familial** ont également été soulignés dans la littérature. D'une manière générale, des bonnes pratiques de gestion familiale diminuent le risque de consommer des substances (Stone et al., 2012). Plusieurs études ont par exemple montré que la surveillance parentale (Wellman et al., 2016 ; Yap et al., 2017) et l'implication des parents (Yap et al., 2017) sont des facteurs protecteurs, notamment pour la consommation de tabac (Wellman et al., 2016) et d'alcool (Yap et al., 2017). A l'inverse, un monitoring parental faible semble favoriser la consommation de substances chez les adolescent-e-s (Hummel et al., 2012).

Certaines **attitudes parentales** peuvent être associés à la consommation de substances. Yap et al. (2017) ont par exemple mis en évidence que la fourniture d'alcool par les parents, les attitudes parentales favorables à l'égard de l'alcool et la consommation d'alcool des parents peuvent être considérés comme des facteurs de risque pour la consommation d'alcool des adolescent-e-s. Bien que les attitudes des parents vis-à-vis de la consommation de substances aient été particulièrement étudiées chez les adolescent-e-s, Stone et al. (2012) mettent en évidence que ces associations nécessitent des recherches supplémentaires pour les jeunes adultes.

L'**influence et l'approbation de l'entourage** ont également été citées à plusieurs reprises dans la littérature. Plusieurs études ont en effet mis en évidence l'influence des de la famille et/ou des pairs, notamment pour l'apparition du tabagisme chez les adolescent-e-s (Leonardi-Bee et al., 2011 ; Wellman et al., 2016) et les jeunes adultes (Freedmann et al., 2012), ou la consommation de tabac chez les adolescent-e-s (Seo et Huang, 2011). Emiliussen et al. (2017) ont par ailleurs relevé des associations entre l'approbation des amis et l'apparition de troubles liés à l'alcool chez les personnes de 50 ans et plus. Ainsi, les individus qui ont un entourage (famille, pairs, etc.) qui consomme ou approuve la consommation de certaines substances semblent plus à risque d'en consommer à leur tour.



Le fait de tomber enceinte, d'être marié ou dans une relation amoureuse ont en revanche été cités comme des potentiels facteurs protecteurs pour la consommation de substances chez les jeunes adultes (Stone et al., 2012). Des études supplémentaires seraient toutefois nécessaires pour étudier la nature de ces liens, notamment chez les adultes.

Les **règles/mesures structurelles** et les **normes sociales et culturelles** en matière de consommation de substances semblent également jouer un rôle (Freedmann et al., 2012 ; Stone et al., 2012). En effet, la consommation de substance est à la fois régulée au travers de règles structurelles – telles que l'accessibilité, les lois, la taxation, etc. – ainsi qu'au travers de normes sociales (Stone et al., 2012). Bien que ces dernières soient toutefois inhérentes au contexte social et culturel qui les entoure – et ne permettent ainsi pas de faire de généralisation – certains exemples ont pu être mis en évidence dans la littérature.

Heris et al. (2019) ont par exemple mis en évidence que les **normes** en matière de tabac, une consommation et une approbation plus élevée dans la communauté ainsi que le prix et l'accessibilité jouaient un rôle important dans la consommation de tabac chez des jeunes adolescent-e-s indigènes vivant en Australie, en Nouvelle-Zélande au Canada et aux États-Unis. Brady et al. (2016) ont par ailleurs relevé des associations entre les normes féminines et la consommation de substances, et notamment d'alcool. La **religion** a également été citée comme un facteur modérateur de la consommation de substance, notamment pour les jeunes adultes (Stone et al., 2012). Castaldelli-Maia et Bhugra (2014) ont également montré que la religion est une ressource individuelle et collective importante chez les adultes pour soutenir les individus et/ou maintenir sa propre abstinence d'alcool, et ce même dans les environnements les plus précaires. Toutefois, les auteurs mettent également en évidence qu'une forte culture locale liée à la consommation d'alcool est un facteur de risque important pour les rechutes (Castaldelli-Maia et Bhugra, 2014).

Les normes perçues pourraient avoir une influence sur la consommation de substance, mais la recherche à ce sujet est inconsistante pour les jeunes adultes (Stone et al., 2012). Il convient toutefois de mentionner que Wellman et al. (2016) ont montré des associations entre l'exposition aux médias (films), la réceptivité aux efforts de prévention et l'apparition du tabagisme chez les adolescent-e-s.

#### 4.2.4 Facteurs physiques et écologiques

Des facteurs liés à l'environnement ont pu être relevés dans la littérature. Certaines études ont par exemple mis en évidence que l'**exposition à la fumée passive** chez les enfants (Leonardi-Bee et al., 2011), les adolescent-e-s (Leonardi-Bee et al., 2011 ; Freedmann et al., 2012 ; Heris et al., 2019) et les adultes (Freedmann et al., 2012) augmente le risque que ces derniers fument à leur tour. Leonardi-Bee et al. (2011) ont par exemple montré des associations significatives entre le fait d'avoir au moins un **parent fumeur** et l'apparition du tabagisme durant l'enfance ou l'adolescence (Leonardi-Bee et al., 2011). Avoir un **frère et/ou une soeur** qui fume augmente également la probabilité de commencer à fumer de resp. 2,30 et de 1,92 pour tout membre du ménage (Leonardi-Bee et al., 2011). Les auteurs ont d'ailleurs pu montrer qu'en Angleterre et au Pays de Galles, on peut estimer qu'environ 17'000 jeunes commencent à fumer chaque année avant l'âge de 15 ans à la suite d'une exposition au tabagisme domestique (Leonardi-Bee et al., 2011).

Dans la revue systématique proposée par Stone et al. (2012), les auteurs ont mis en évidence que le **type de logement** pouvait avoir un impact sur la consommation de substances chez les jeunes adultes. Par exemple, les jeunes vivant avec un-e colocataire plutôt qu'une compagne seraient plus susceptibles de consommer de l'alcool (McMorris et Uggen, cités par Stone et al., 2012). A ce propos, Goldbach et al.

(2013) ont également mis en évidence des associations entre le statut du logement et la consommation de substances chez les adolescent-e-s issu-e-s de minorités sexuelles.

Le travail a également été énoncé dans la littérature. Stone et al. (2012) ont par exemple montré que le travail peut à la fois avoir des fonctions bénéfiques et délétères, notamment au début de l'âge adulte (Stone et al., 2012). Certaines contraintes structurelles comme le nombre d'heures par semaine, sont également susceptibles d'influencer la consommation chez les jeunes adultes (Stone et al., 2012).

#### 4.2.5 Facteurs comportementaux

La **consommation** multiple de substances a été présentée comme un potentiel facteur de risque dans la littérature. Freedmann et al. (2012) ont par exemple mis en évidence que l'initiation au tabac chez les jeunes adultes était significativement liée à la consommation d'alcool, et à la consommation de drogues illégales dans le passé. De même, Heris et al., 2019 ont souligné des associations entre la consommation de tabac et d'autres substances chez les adolescent-e-s indigènes. Blosnich et al. (2011) ont mis en évidence des associations entre la consommation de tabac et d'alcool chez des individus issus d'une minorité sexuelle. Brisola-Santos et al. (2016) également relevé que la consommation de cannabis était plus fréquente chez les athlètes lorsque ces derniers en consommaient également hors du cadre sportif. En outre, il semble que les individus qui consomment une substance particulière durant l'adolescence – notamment l'alcool, le tabac et les drogues illicites telles que le cannabis – sont plus susceptibles d'en consommer en tant que jeunes adultes et/ou d'avoir des problèmes liés à la consommation (Stone et al., 2012). Il semble également que les jeunes qui consomment du tabac ou de l'alcool sont plus à risque de consommer des drogues illégales au début de l'âge adulte (Stone et al., 2012).

Les **attitudes et les attentes personnelles en matière de consommation** ont également été relevées dans la littérature. Selon Stone et al. (2012), les jeunes adultes qui ont des attitudes favorables et des attentes positives vis-à-vis des substances sont plus à risque d'en consommer. Freedmann et al. (2012) ont d'ailleurs mis en évidence que les adolescent-e-s et les adultes qui considèrent que le tabac est sans danger sont plus susceptibles de commencer à fumer. Selon Heris et al. (2019), les attitudes et les connaissances en matière de tabac participent à l'apparition du tabagisme chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes indigènes vivant en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux USA. Finalement, Wellman et al. (2016) ont montré que l'intention de fumer était significativement associée à l'apparition du tabagisme chez les adolescent-e-s.

#### 4.2.6 Contexte situationnel/Événements de vie critiques

D'une manière générale, il semble que les individus qui vivent un nombre importants d'**événements stressants** au cours l'adolescence sont plus susceptibles de consommer des substances au début de l'âge adulte (Stone et al., 2012).

Certaines situations ou événements spécifiques ont également été relevés dans la littérature. Stone et al. (2012) ont par exemple mis en évidence que le fait de déménager de chez ses parents augmente le risque de consommer des substances chez les jeunes adultes. Freedmann et al., 2012 ont quant à eux relevé l'influence du passage à l'Université ou le fait d'être à l'armée sur l'apparition du tabagisme chez les jeunes (Freedmann et al., 2012). Il convient toutefois de mentionner que Stone et al. (2012) ont mis en évidence que le fait d'aller au collège était associé à la fois à une augmentation et une diminution du risque d'abus de substance chez les jeunes adultes.

Une revue systématique (Henkel, 2011) a mis en évidence des liens bidirectionnels entre le **chômage** et la consommation de substances. D'une part, la consommation à risque d'alcool, c'est-à-dire une

consommation dangereuse et/ou excessive, est plus fréquente chez les chômeurs, ces derniers étant également plus susceptibles de fumer, de consommer des médicaments illicites ou sur ordonnance, et de souffrir de troubles liés à l'alcool et aux drogues (Henkel, 2011). D'autre part, le chômage augmenterait le risque de rechute après un traitement pour l'alcoolisme et/ou la toxicomanie (Henkel, 2011). Finalement, la consommation problématique de substances augmente la probabilité d'être au chômage et diminue les chances de trouver et de conserver un emploi (Henkel, 2011).

D'autres facteurs ont été relevés pour les groupe d'âge plus âgés, notamment par rapport à la consommation d'alcool. Par exemple, Emiliussen et al. (2017) ont mis en évidence que la **mort du conjoint ou d'un-e autre proche** ne semblent pas augmenter le risque de développer des troubles tardifs liés à la consommation d'alcool chez les adultes de 50 ans et plus (Emiliussen et al., 2017).

Plusieurs études ont mis en évidence qu'il ne semble pas avoir de lien direct entre la **retraite** et la consommation d'alcool (Kuerbis et Sacco, 2012) ou le développement des troubles tardifs liés à cette dernière chez les adultes de 50 ans et plus (Emiliussen et al., 2017). Kuerbis et Sacco (2012) ont toutefois relevé que certains facteurs sont susceptibles d'influencer cette association (Kuerbis et Sacco, 2012). Par exemple, les conditions qui précèdent la retraite – comme le stress professionnel ou une grande satisfaction au travail – peuvent augmenter la consommation (Kuerbis et Sacco, 2012). En outre, une retraite involontaire et l'élargissement des réseaux sociaux augmentent la probabilité de consommer de l'alcool ou d'avoir des problèmes de consommation (Kuerbis et Sacco, 2012). Certaines caractéristiques individuelles, telles que le fait d'être une femme ou d'avoir des antécédents de consommation problématique d'alcool, peuvent offrir une meilleure protection dans le contexte de la retraite (Kuerbis et Sacco, 2012).

#### 4.2.7 En Suisse

Dans le cadre de l'Enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) 2018, réalisée auprès des élèves de 11 à 15 ans, les jeunes avec les caractéristiques suivantes, en comparaison aux autres, ont une probabilité plus grande d'avoir un type de consommation à risque élevé de substances psychoactives: les jeunes dont les parents savent peu ou moyennement de choses sur leur vie, qui se sentent peu à moyennement soutenu-e-s par leur famille, qui évaluent leur état de santé comme mauvais à moyen et qui dorment moins de 8 heures par nuit avant les jours d'école. De plus, pour la plupart des consommations à risque élevé de substances psychoactives, les jeunes avec les caractéristiques suivantes ont aussi une plus grande probabilité que les autres de les présenter : les jeunes de sexe masculin, qui se sentent assez voire très stressé-e-s par le travail scolaire et qui sont peu à moyennement satisfait-e-s de leur vie (Delgrande Jordan et al., 2019).

L'étude de Thrul (2014), basée sur une analyse secondaire des données de l'ESS 2012, soit auprès de la population résidante de Suisse âgée de 15 ans ou plus, est une des rares études menées en Suisse sur les facteurs socio-démographiques de la consommation des substances psychoactives. L'étude a mis en évidence un lien entre l'âge et la consommation de substances. Etre jeune était associé à une consommation actuelle de tabac, à une probabilité plus élevée d'épisodes d'ivresse et une probabilité accrue d'usage de cannabis. Le lien était inverse pour ce qui concerne la consommation chronique d'alcool, qui était plus probable chez les personnes plus âgées. La même étude a aussi trouvé un lien entre le fait d'être de sexe masculin et la consommation de tabac, alcool et cannabis.

Par ailleurs, l'étude de Thrul (2014) a montré que plusieurs facteurs sociaux étaient associés à une consommation à risque de substances psychoactives. Parmi les facteurs nous pouvons citer un bas niveau de formation (tabac), l'exercice d'une activité professionnelle (tabac, alcool, cannabis), la région linguistique d'habitation (tabac, alcool ; les deux régions latines sont associées à une plus grande probabilité d'avoir

une consommation à risque), être né en Suisse (alcool), être célibataire (alcool, cannabis), ou vivre dans une région urbaine (cannabis).

### 4.3 Activités problématiques en ligne

Pour le domaine des activités online, 3 revues systématiques (Elhai et al., 2017 ; Lam, 2014 ; Mihara et al., 2017) et 1 méta-analyse (Koo et Kwon, 2014) ont été initialement retenues. Par la suite, 4 revues systématiques (Carli et al., 2013 ; M'hiri et al., 2015 ; Paulus et al., 2018 ; Schneider et al., 2017) et 1 publication issue de la littérature grise (Delgrande Jordan, 2020) ont été ajoutées à la grille initiale.

Étant donné l'absence de consensus quant à la définition et aux critères diagnostics des troubles observés chez certain-e-s usagers des médias digitaux et/ou d'Internet, les articles se focalisent sur des éléments/termes hétérogènes, comme l'utilisation problématique des smartphones (Elhai et al., 2017), l'utilisation pathologique (Carli et al., 2013) ou problématique (M'hiri et al., 2015) d'Internet, l' « addiction » à Internet (Koo et Kwon, 2014 ; Lam, 2014) ou les troubles liés à l'utilisation des jeux vidéo (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018 ; Schneider et al., 2017).

#### 4.3.1 Facteurs psychiques et psychologiques

Des **troubles psychiques** comme la dépression, l'anxiété et les TDAH ont montré des associations (statistiques) significatives avec l' « addiction » à Internet (Lam, 2014), l'utilisation pathologique d'Internet (Carli et al., 2013) et les troubles liés aux jeux sur Internet (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018). Dans la revue proposée par Elhai et al. (2017), la dépression et l'anxiété étaient également systématiquement associées à l'utilisation problématique des smartphones, avec resp. des tailles d'effet moyennes à faibles. Des études ont également mis en évidence des associations entre certaines problématiques liées aux activités online et les troubles obsessionnels compulsifs (Carli et al., 2013) et les problématiques d'hostilité et d'agressivité (Carli et al., 2013 ; Koo et Kwon, 2014 ; Paulus et al., 2018).

Plusieurs variables intrapersonnelles ont également montré des associations significatives avec les activités online. Dans le cas de l' « addiction » à Internet, Koo et Kwon (2014) ont par exemple relevé des liens significatifs avec le besoin d'**évasion de Soi et l'identité personnelle** chez les jeunes coréens. En effet, l'adolescence est une période de construction identitaire importante, au cours de laquelle l'acquisition d'un sentiment d'autonomie personnelle et d'une identité distincte de l'identité familiale est souvent difficile. Il est donc possible que certain-e-s adolescent-e-s se trouvent confronté-e-s à un grand sentiment de détresse lorsque la réalité ne correspond pas à leurs attentes ou à leurs idéaux, et que l'utilisation d'Internet se présente dès lors comme un moyen de s'échapper de cette dernière (Koo et Kwon, 2014). A ce propos, Paulus et al. (2018) ont également mis en évidence des associations entre les troubles liés à l'utilisation des jeux vidéo et les comportements d'évitement et d'évasion.

Bien que les associations entre les traits de personnalité et les problématiques liées aux activités online soient contrastées (Paulus et al., 2018), certaines études ont tout de même souligné l'influence du **neuroticisme** (Mihara et al., 2017), de l'**introversion** (M'hiri et al., 2015 ; Paulus et al., 2018) et d'un degré faible de conscience et d'ouverture (Paulus et al., 2018). En outre, Mihara et al. (2017) ont montré que les troubles liés à l'utilisation des jeux vidéo était corrélé de façon négative avec l'extraversion et l'agréabilité. Plusieurs études s'accordent toutefois pour dire que les comportements impulsifs jouent un rôle dans les problématiques liées aux activités online (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018). Paulus et al. (2018) ont par exemple mis en évidence des associations entre les troubles liés à l'utilisation des jeux vidéo et différentes facettes de l'**impulsivité**, telles que la recherche de nouveauté et de sensations, et la mise en place de comportements risqués.

Par ailleurs, il a été suggéré que les problématiques liées aux activités online étaient en lien avec des éléments relatifs à la **régulation et à l'adaptation émotionnelle** (Koo et Kwon, 2014 ; Paulus et al., 2018). Koo et Kwon (2014) ont par exemple mis en évidence que certaines variables intrapersonnelles telles que la maîtrise de soi, les problèmes d'attention et de régulation émotionnelle et une gestion négative du stress montraient des liens significatifs avec l' « addiction » à Internet, avec des tailles d'effet élevées. D'une manière générale, il semble donc que les individus ayant une gestion négative de leurs émotions et des difficultés à réguler ces dernières soient plus à risque d'expérimenter des problématiques en lien avec les activités online.

Des liens entre les problématiques liées aux activités online et une **faible estime de soi** (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018), un **faible sentiment d'auto-efficacité** (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018) et une **satisfaction de vie diminuée** (Mihara et al., 2017) ont également été mentionnés dans la littérature. A l'inverse, un sentiment d'autonomie et une estime de soi positive pourraient être considérés comme des facteurs protecteurs (Mihara et al., 2017). Il convient toutefois de mentionner que l'estime de soi n'a pas été associée de manière systématique avec l'utilisation problématique des smartphones, la taille de l'effet étant d'ailleurs faible à moyenne lorsqu'un lien était constaté (Elhai et al., 2017).

#### 4.3.2 Facteurs biologiques et démographiques

Le **sexe/genre** a montré des associations significatives avec les problématiques liées aux activités online. En effet, selon les études épidémiologiques, il semble que l'utilisation pathologique d'Internet (Carli et al., 2013), les troubles liés à l'utilisation des jeux vidéo (Paulus et al., 2018) et l' « addiction » à Internet (Mihara et al., 2017) soient plus importantes chez les garçons que chez les filles<sup>20</sup>.

L'**âge** a également été évoqué dans certaines études, bien que son influence ne soit pas claire. Par exemple, Mihara et al. (2017) ont mis en évidence que les individus plus jeunes étaient plus à risque d'avoir recours à une utilisation dysfonctionnelle d'Internet (Mihara et al., 2017). La revue de littérature menée par Koo et Kwon (2014) a d'ailleurs mis en évidence que la force de l'association entre l' « addiction » à Internet et les facteurs de risque et/ou de protection était plus importante dans les groupes d'âge les plus jeunes. A ce propos, Paulus et al. (2018) proposent de considérer l'influence de l'âge selon une courbe curviligne, les adolescents étant les plus à risque de souffrir de troubles liés à l'utilisation des jeux vidéo.

Il convient toutefois de mentionner que les études s'intéressant aux problématiques liées aux activités online se focalisent généralement sur les enfants, les adolescents et/ou les jeunes adultes, et ne permettent ainsi pas de donner des résultats représentatifs concernant les adultes et les personnes plus âgées (M'Hiri et al., 2015).

Des recherches récentes semblent avoir souligné des anomalies neurobiologiques chez les joueurs pathologiques, telles qu'une altération du volume de la matière grise, de la connectivité fonctionnelle et de l'activation de certaines régions spécifiques du cerveau, en particulier du cortex préfrontal ventromédian (Paulus et al., 2018). Cependant, ces corrélations n'ont été mentionnées que dans une revue systématique (Paulus et al., 2018) et leur causalité n'a pas pu être définie.

#### 4.3.3 Facteurs sociaux

Plusieurs études ont mis en évidence des liens entre les problématiques liées aux activités online et la **solitude** (Mihara et al., 2017 ; M'Hiri et al., 2015), l'isolation (Paulus et al., 2018) et le manque de relations interpersonnelles (Paulus et al., 2018). A l'inverse, le fait d'avoir de bonnes compétences sociales et une

---

<sup>20</sup> Cela n'est pas confirmé en Suisse (Marmet et al., 2015).

bonne intégration scolaire semblent être des facteurs protecteurs (Mihara et al., 2017). Le cercle social semble ainsi jouer un rôle important, que ce soit au niveau de la relation avec les pairs ou la famille.

Concernant les pairs, des études ont en effet mis en évidence des associations entre les problématiques liées aux activités online et le fait d'avoir **peu d'amis dans la vraie vie** (Paulus et al., 2018), les **conflits avec les pairs** (Mihara et al., 2017), le bullying (Mihara et al., 2017) et le fait d'avoir des amis jouant également beaucoup aux jeux sur Internet (Mihara et al., 2017).

Au niveau de la famille, une **mauvaise relation familiale** (Paulus et al., 2018) ou entre les parent et l'enfant (Schneider et al., 2017) ont également été mentionnés comme des facteurs de risque potentiels. Paulus et al. (2018) ont par exemple mis en évidence que les enfants et les adolescent-e-s ayant des **parents oppressifs et hostiles** étaient plus à risque de souffrir de troubles liés aux jeux sur Internet. En outre, Lam (2014) a montré que les conflits entre les parents et les enfants à propos d'Internet étaient significativement associés à l'« addiction » à Internet 12 mois plus tard. A l'inverse, une bonne relation paternelle (Schneider et al., 2017) et la qualité de la communication entre les parents et les enfants (Lam, 2014) sont considérés comme des facteurs protecteurs.

Certaines difficultés familiales telles que la **dysharmonie familiale** (Mihara et al., 2017), un contexte familial difficile (Paulus et al., 2018), le **divorce** (Mihara et al., 2017) ou le fait de vivre dans une **famille monoparentale** (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018 ; Schneider et al., 2017) ont également été relevées. A ce propos, Lam (2014) a également mis en évidence un lien entre le fait de vivre sans mère et l'« addiction » à Internet.

D'autres études (Koo et Kwon, 2014) ont toutefois mis en évidence des résultats contrastés, suggérant que les liens entre la qualité des relations parentales ou du fonctionnement familial et l'« addiction » à Internet étaient faibles. Les résultats de Koo et Kwon (2014) sont toutefois à considérer avec prudence, dans la mesure où ils se basent uniquement sur des études transversales menées en Corée.

#### 4.3.4 *Facteurs physiques et écologiques*

Aucun facteur de risque lié à l'environnement n'a été mentionné dans les revues et ou les méta-analyses retenues dans le cadre de cette synthèse.

#### 4.3.5 *Facteurs comportementaux*

Plusieurs études transversales retenues par Mihara et al. (2017) ont mis en évidence des associations entre les troubles liés aux jeux sur Internet et des comportements de santé et/ou des **comportements à risque**, comme un temps et une fréquence de jeu plus élevés.

Plusieurs études ont par ailleurs relevé des liens entre les problématiques liées aux activités online et le fait d'avoir de faibles résultats scolaires (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018), un faible engagement scolaire et un taux d'absentéisme important (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018) ainsi qu'une limitation des autres activités (Mihara et al., 2017 ; Paulus et al., 2018). Des liens avec la consommation de substances (Mihara et al., 2017 ; Koo et Kwon, 2014 ; Paulus et al., 2018) et les troubles du sommeil (Mihara et al., 2017) ont également été relevés. Toutefois, le design transversal de ces études ne permet pas de définir clairement la direction du lien de causalité.

Des études longitudinales recensées dans cette revue ont toutefois permis de montrer qu'une utilisation pathologique à la baseline prédisait une augmentation du temps de jeux au follow-up, et qu'une attitude

positive envers le *gaming* et un manque d'activité physique montraient également des liens bidirectionnels avec les troubles liés aux jeux sur Internet (Mihara et al., 2017).

#### 4.3.6 Contexte situationnel/Événements de vie critique

Concernant les facteurs relatifs au contexte situationnel et aux événements de vie critique, Paulus et al. (2018) ont relevé des liens potentiels entre les troubles liés aux jeux sur Internet, le **chômage** et les **expériences traumatisantes durant l'enfance**. M'Hiri et al. (2015) ont également suggéré qu'il était possible que la retraite joue un rôle dans l'utilisation problématique d'Internet chez les adultes plus âgés. Toutefois, le manque d'études retenues dans cette revue de littérature ne permet pas de relever des résultats fiables.

#### 4.3.7 En Suisse

Dans le cadre de l'Enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) 2018, réalisée auprès des élèves de 11 à 15 ans, le temps passé par jour devant un écran les jours d'école de même que le nombre de signes pouvant évoquer des troubles de l'utilisation des réseaux sociaux étaient plus élevés parmi les jeunes qui se sentaient moyennement ou peu soutenu-e-s par leur famille, qui estimaient leurs parents peu ou pas « au courant » de ce qu'ils/elles faisaient durant leur temps libre et avec qui, étaient peu ou pas satisfait-e-s de leur vie, qui jugeaient leur état de santé moyen à mauvais, qui se sentaient assez ou très stressé-e-s par le travail scolaire, qui avaient des symptômes physiques chroniques (maux de tête, maux de dos, maux de ventre, vertiges), de la fatigue chronique et des troubles du sommeil chroniques (difficultés à s'endormir, ne pas pouvoir dormir toute la nuit sans se réveiller), ainsi que de multiples symptômes psychoaffectifs chroniques, qui avaient été victimes ou auteur-e-s de harcèlement «traditionnel» à l'école resp. de cyber-harcèlement dans les derniers mois, qui consommaient plus qu'occasionnellement des substances psychoactives, qui consommaient des aliments non recommandés plus d'une fois par semaine, en particulier les boissons énergisantes, mais aussi les boissons sucrées et les chips/frites, qui avaient une activité physique insuffisante et qui manquaient de sommeil avant les jours d'école.

### 4.4 Burnout

Pour le burnout, 17 revues et/ou méta-analyses ont initialement été retenues et 1 revue systématique (Amofo et al., 2015) a été ajoutée par la suite.

Dans la littérature, le burnout est généralement conceptualisé selon les trois dimensions évoquées dans le Maslach Burnout Inventory (1981), c'est-à-dire l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ainsi que le manque d'accomplissement personnel<sup>21</sup>. De plus, dans la mesure où le burnout est une pathologie souvent associée aux professions de la santé, la majorité des études retenues dans le cadre de cette synthèse s'intéresse aux professions médico-sociales, tels que les médecins, les infirmiers et infirmières ou les thérapeutes. Les résultats présentés dans cette synthèse ne sont de ce fait pas forcément généralisables à tous les corps de métier.

#### 4.4.1 Facteurs psychiques et psychologiques

Quelques facteurs psychiques ont montré des associations avec le burnout dans la littérature, et notamment certaines **stratégies de coping**. Par exemple, Adriaenssens et al. (2014) ont montré qu'une

---

<sup>21</sup> Dans la CIM-11, le burnout, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» (World Health Organization, 2019).

stratégie de coping active et centrée sur le problème était associée à des niveaux moins élevés d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et à un accomplissement personnel plus élevé. A l'inverse, l'évitement passif ainsi que le coping centré sur l'émotion semblent inefficaces pour gérer le stress lié au travail (Adriaenssens et al., 2014). Chuang et al. (2016) ont d'ailleurs souligné que la capacité de résilience était associée avec une prévalence moins élevée de burnout.

Bien que les **traits de personnalité** aient peu été mentionnés dans la littérature retenue, Adriaenssens et al. (2014) trouvé des associations entre les traits du *Big Five* (neuroticisme, extraversion, agréabilité, conscienciosité et ouverture) et le burnout. En outre, de faibles niveaux de résistance (*hardiness*) (moins d'implication dans les activités quotidiennes, un sentiment de contrôle moindre sur les événements et une moindre ouverture au changement) ont également été associés à des niveaux plus élevés d'épuisement émotionnel (Maslach et al., 2001 cités dans Adriaenssens et al., 2014).

Au niveau individuel, plusieurs études ont mis en évidence que les compétences de communication jouent un rôle protecteur vis-à-vis du burnout (Martins Pereira et al., 2011 ; Gomez-Urquiza et al., 2016). Martins Pereira et al. (2011) ont par exemple montré que la confiance des professionnels en leur capacité de communication avec les parents et les proches, ainsi que la possibilité d'approfondir les relations interpersonnelles sont des facteurs protecteurs chez les professionnel-le-s de la santé en soins palliatifs. Toutefois, Simionato et Simpson (2017) ont mis en évidence que le fait de se surinvestir pour les patients pouvait augmenter le risque de burnout chez les psychothérapeutes.

Des associations avec certaines problématiques psychiques ont également été relevées dans la littérature. Gomez-Urquiza et al. (2016) ont par exemple mis en évidence que la **dépression et l'anxiété** se présentent comme des facteurs de risque pour le burnout chez les infirmier-ère-s en oncologie. En outre, des liens multidimensionnels entre le stress au travail, l'épuisement professionnel et l'état de santé psychique général ont été relevés (Khamisa et al., 2013). Finalement, la revue systématique et méta-analyse menée par Samuel (2019) montre une association entre le burnout et un bien-être psychologique amoindri chez les oncologistes, sans toutefois pouvoir définir le sens de la causalité.

Une étude (Adriaenssens et al., 2014) a également souligné le fait que l'**attitude et les attentes face au travail** sont susceptibles de jouer un rôle dans le burnout. Les auteurs ont par exemple montré que les individus ayant des attentes et des objectifs exigeants se livrent généralement à des efforts professionnels plus importants, et s'exposent ainsi à un risque plus élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (Adriaenssens et al., 2014). Les auteurs précisent toutefois qu'il convient de rester prudent face à ces résultats, dans la mesure où ils ne sont pas toujours uniformes (Adriaenssens et al., 2014).

L'expérience et l'ancienneté (Chuang et al., 2016 ; Gómez-Urquiza et al., 2015 ; Pradas-Hernandez et al., 2018) ainsi que la satisfaction au travail (Gómez-Urquiza et al., 2015 ; Pradas-Hernandez et al., 2018 ; Samuel, 2019) ont également été mentionnées dans la littérature comme des facteurs protecteurs. A l'inverse, il semble que le fait d'avoir **moins d'expérience professionnelle** (Simionato et Simpson, 2017) et une **satisfaction moindre au travail** (Amofo et al., 2015 ; Samuel, 2019) puissent être des facteurs de risque. Khamisa et al. (2013) ont toutefois relevé que l'influence de la satisfaction au travail n'est pas claire, et qu'il existe probablement des liens multidimensionnels entre le stress au travail, la satisfaction et l'épuisement professionnels.

#### 4.4.2 Facteurs biologiques et démographiques

D'une manière générale, plusieurs études ont montré des associations entre l'**âge** et le burnout, mais les résultats sont parfois hétérogènes. En effet, bien que la majorité des études estiment que les individus les



plus jeunes soient les plus à risque de burnout (Adriaenssens et al., 2014 ; Amofo et al., 2015 ; Chuang et al. 2016 ; Gomez-Urquiza et al., 2016 ; Pradas-Hernandez et al. 2018 ; Singh et al., 2015 ; Samuel, 2019 ; Simionato et Simpson, 2017), certaines études ont trouvé des associations négatives, notamment chez les infirmiers/ères (Gomez-Urquiza et al., 2015) et les médecins (Ziad et al., 2018). Toutefois, l'effet de l'âge semble différer selon les composantes du burnout auxquelles on s'intéresse, c'est-à-dire l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel.

Dans une étude portant sur les professionnels en soins intensifs, Chuang et al. (2016) ont par exemple montré que le fait d'avoir moins de 40 ans était significativement associé à l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation. Gomez-Urquiza et al. (2016) ont également montré que le jeune âge joue un rôle significatif dans l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais a un effet moindre sur l'accomplissement personnel. A l'inverse, Ziad et al. (2018) ont montré que les jeunes médecins ont généralement un niveau plus bas d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel, mais un niveau plus élevé de dépersonnalisation. Finalement, dans une revue portant sur le burnout chez les professionnels de la santé mentale, O'Connor et al. (2018) mettent en évidence que l'augmentation de l'âge est associée à un niveau élevé de dépersonnalisation et à un niveau important d'accomplissement personnel.

Des associations entre le burnout et le **sexe/genre** ont également été relevées dans plusieurs études, mais les résultats sont toutefois hétérogènes. Par exemple, Singh et al. (2015) ont mis en évidence des liens significatifs entre le burnout et le fait d'être un homme chez les dentistes et les étudiants en santé dentaire. Dans une étude portant sur les infirmier-ère-s, Canadas-De la Fuente et al. (2018) ont également relevé des liens significatifs entre la dépersonnalisation et le genre masculin. A l'inverse, Amofo et al. (2015) soutiennent que les femmes médecins sont plus à risque de burnout, en particulier dans le domaine de la chirurgie. D'autres études n'ont quant à elles pas trouvé d'associations claires entre le sexe/genre et le burnout (Gomez-Urquiza et al., 2016), ou du moins des liens inconsistants (O'Connor et al., 2018).

#### 4.4.3 Facteurs sociaux

Plusieurs associations entre le burnout, l'**état matrimonial** et le fait d'avoir des enfants ont été mises en évidence dans la littérature. D'une manière générale, les études montrent que les personnes non-mariées, célibataires ou divorcé-e-s (Chuang et al., 2016 ; Gomez-Urquiza et al., 2016 ; Pradas-Hernandez et al., 2018) et sans enfants (Chuang et al., 2016 ; Canadas-De la Fuente et al., 2018) sont plus à risque de burnout. Canadas-De la Fuente et al. (2018) estiment par exemple que chez les infirmier-ère-s, les hommes célibataires et/ou divorcés et sans enfants sont les plus à risque de burnout. En outre, il semble que les personnes n'ayant pas de partenaire montrent des niveaux plus élevés de dépersonnalisation (Canadas-De la Fuente et al., 2018). Cependant, les auteurs soulignent que ces relations peuvent être accentuées par l'influence de variables modératrices, telles que l'âge, l'ancienneté au travail ou la satisfaction professionnelle (Canadas-De la Fuente et al., 2018).

Dans le cadre professionnel, les relations avec les collègues, la hiérarchie ou les patients ont également été évoquées à plusieurs reprises comme des facteurs importants pour comprendre le burnout (Khamisa et al., 2013 ; Gomez-Urquiza et al., 2015 ; Martins Perreira et al., 2011 ; O'Connor et al., 2018).

Il a par exemple été mis en évidence qu'un **manque de soutien social** est associé à un niveau plus élevé de dépersonnalisation (Adriaenssens et al., 2014), un niveau moindre d'accomplissement personnel (Adriaenssens et al., 2014) ainsi qu'à un épuisement émotionnel plus important (Adriaenssens et al., 2014 ; Aronsson et al., 2017). Martins Perreira et al. (2011) ont également trouvé des associations entre le burnout chez les professionnel-le-s de la santé en soins palliatifs, les conflits entre collègues et l'absence de stratégies d'équipe pour prévenir ce dernier. A l'inverse, une communication efficace avec les patients

et/ou l'équipe et la mise en place commune de stratégies d'adaptation pour faire face à la mort des patients et au stress professionnel se présentent comme des facteurs protecteurs (Martins Perreira et al., 2011).

D'autres éléments tels que le manque de reconnaissance et de récompense professionnelle (Aronsson et al., 2017 ; Khamisa et al., 2013), la clarté ou l'ambiguïté du feedback (Khamisa et al., 2013) et des rôles (O'Connor et al., 2018 ; Khamisa et al., 2013), le style du leadership (Khamisa et al., 2013) et une supervision régulière (O'Connor et al., 2018) ont également été mentionnés dans la littérature.

#### 4.4.4 Facteurs physiques et écologiques

Les facteurs physiques-écologiques dans le cadre du burnout font référence à l'environnement et aux conditions de travail.

Plusieurs revues se réfèrent à deux des trois dimensions (la troisième étant le soutien social, voir point 4.4.3 « facteurs sociaux ») issues du modèle du stress professionnel proposé par Karasek (1979), à savoir les demandes psychologiques (charge de travail et contraintes organisationnelles exercées sur les individus) et la latitude décisionnelle (possibilité de contrôle sur le travail), afin de définir les potentiels facteurs de risque ou de protection face au burnout.

D'une manière générale, les demandes psychologiques sont positivement associées au burnout, et notamment à l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (Adriaenssens et al., 2014). La littérature a en effet permis de relever des associations significatives entre le burnout et certaines **demandes psychologiques dans le cadre du travail** telles que la charge de travail (Adriaenssens et al., 2014 ; Aronsson & al., 2017 ; Chuang et al., 2016 ; Gomez-Urquiza et al., 2015 ; Khamisa et al., 2013 ; Singh et al., 2015), un nombre d'heure important ou excessif (Amofo et al., 2015 ; Khamisa et al., 2013 ; Singh et al., 2015 ; Pradas-Hernandez et al. 2018 ; Samuel, 2019), un manque de ressources humaines et/ou matérielles pour effectuer le travail (Adriaenssens et al., 2014), la pression du temps (Martins-Perreira et al., 2011), un nombre important de suivis/de patients assignés (Samuel, 2019), un manque d'équilibre entre le temps libre et le travail (Samuel, 2019) ou des conflits entre le travail et la maison (Amofo et al., 2015) ainsi que le travail de nuit (Chuang et al., 2016 ; Gomez-Urquiza et al. ; 2015 ; Ziad et al., 2018 ; Khamisa et al., 2013). D'autres éléments structurels tels que le salaire (Gomez-Urquiza et al., 2015), l'insécurité de l'emploi (Aronsson et al., 2017), une bureaucratie excessive (Martins-Perreira et al., 2011), l'accroissement des responsabilités (Martins-Perreira et al., 2011) et le manque de formation (Martins-Perreira et al., 2011) ont également été relevés dans la littérature.

Des demandes psychologiques spécifiques à la **dynamique de soins et de relation au patient** ont également été relevées, ces dernières étant notamment en lien avec des spécialisations médicales particulières, telles que les urgences, les soins palliatifs ou les soins intensifs. En effet, les professionnels travaillant dans ces domaines sont plus susceptibles d'être confrontés à des événements traumatisants, comme la souffrance, la mort ou à la violence, ces éléments pouvant être associés au burnout et aux différentes dimensions qui le composent. Par exemple, Adriaenssens et al. (2014) ont montré que l'exposition à des événements traumatiques au travail était positivement associée au burnout chez les infirmiers/ères. La revue systématique et méta-analyse menée par Ziad et al. (2018) montre également que les médecins urgentistes ont un taux plus élevé et sévère de burnout que les autres médecins. Gomez-Urquiza et al. (2015) ont également montré des associations entre le fait d'être confronté à la mort ou à la souffrance des patients et de leur famille, et une augmentation de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation chez les infirmiers/ères. D'autres éléments comme les problèmes liés à l'éthique (Chuang et al., 2016), les décisions à prendre lors de la fin de vie (Chuang et al., 2016) ou l'annonce de mauvaises nouvelles (Martins-Perreira et al., 2011) semblent également exercer une influence sur le burnout.

Concernant la **littitude décisionnelle**, Adriaenssens et al. (2014) ont trouvé des liens significatifs entre le manque d'autonomie, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, les résultats étant plus contrastés pour l'accomplissement personnel. Aronsson et al. (2017) ont également trouvé des liens modérés entre le contrôle sur le travail et la diminution de l'épuisement émotionnel. Finalement, O'Connor et al. (2018) ont mis en évidence que le sentiment d'autonomie est un facteur protecteur pour le burnout chez les professionnels de la santé mentale.

#### 4.4.5 Facteurs comportementaux

Aucun facteur de risque lié aux comportements de santé ou à risque n'a été mentionné dans les revues et ou les méta-analyses retenues dans le cadre de cette synthèse.

#### 4.4.6 Contexte situationnel/Événements de vie critique

Aucun facteur de risque en lien avec le contexte situationnel ou les événements de vie critique n'a été mentionné dans les revues et ou les méta-analyses retenues dans le cadre de cette synthèse.

### 4.5 Manque d'activité physique

Pour le manque d'activité physique, 21 revues systématiques et/ou méta-analyses ont été initialement retenues. Par la suite, 1 revue systématique (Bauman et al., 2012) ont ajoutées.

La littérature retenue se focalise à la fois sur l'activité physique en tant que telle, mais également sur des éléments problématiques sous-jacents comme l'obésité et les comportements sédentaires. En effet, dans la mesure où le manque d'activité physique n'est pas un comportement à risque en tant que tel, les études portant sur le sujet relèvent principalement des facteurs encourageant ou limitant cette dernière, plutôt que des potentiels facteurs de risque.

#### 4.5.1 Facteurs psychiques et psychologiques

Plusieurs études ont mis en évidence des liens entre certains **troubles psychiques** et l'activité physique, que ce soit chez les adultes (Schuch et al., 2017 ; Vancampfort et al., 2017) ou les adolescent-e-s (Stierlin et al., 2015 ; Vancampfort et al., 2018). Ces dernières montrent en effet que les personnes souffrant de troubles psychiques sont plus à risque de s'engager dans des comportements sédentaires et d'être moins actives physiquement, ou de ne pas suivre les recommandations en matière d'activité physique, notamment dans le cas de la dépression (Stierlin et al., 2015 ; Schuch et al., 2017 ; Vancampfort et al., 2017 ; Vancampfort et al., 2018) ou de la schizophrénie (Vancampfort et al., 2017). Selon Vancampfort et al. (2017), la prise d'une médication (antipsychotique ou antidépresseur), l'hospitalisation, le fait d'être célibataire, de sexe masculin, au chômage ou d'avoir un niveau d'éducation faible sont susceptibles de jouer un rôle dans ces associations. La revue systématique proposée par Stierlin et al. (2015) met d'ailleurs en évidence que les symptômes dépressifs sont significativement associés au temps d'écran chez les adolescents. A l'inverse, Vancampfort et al. (2018) ont mis en évidence que le fait de passer plus de trois heures devant les écrans par jour augmente de 20% le risque d'expérimenter des symptômes dépressifs chez les adolescent-e-s issus de pays défavorisés.

D'autres revues soulignent toutefois un manque de consistance dans les résultats des études relatives à l'activité physique ou aux comportements sédentaires et les problématiques psychiques. Suetani et al. (2019), par exemple, estiment que l'hétérogénéité des résultats vis-à-vis des associations potentielles entre les troubles dépressifs et l'activité physique dans la population générale ne permet pas de déterminer le

sens du lien de causalité. Dans ce même ordre d'idées, Zinc et al. (2020) ont mis en évidence des associations mitigées chez les enfants et les adolescent-e-s entre les comportements sédentaires liés à l'écran et les problématiques d'internalisation, telles que l'anxiété ou la dépression. Ils mettent toutefois en évidence que des éléments comme le type d'écran, l'activité physique et le sexe/genre peuvent influencer sur l'ampleur des liens bidirectionnels entre les comportements sédentaires liés à l'écran et les problématiques d'internalisation chez les enfants et les adolescent-e-s (Zinc et al., 2020).

Selon Bauman et al. (2012), le **sentiment d'auto-efficacité** montre des corrélations positives avec l'activité physique, quelle que soit la tranche d'âge concernée. D'autres facteurs montrent toutefois des associations différenciées selon le groupe d'âge (Bauman et al., 2012). Chez les adolescent-e-s, par exemple, le **contrôle perçu** a été présenté comme un déterminant de l'activité physique dans plusieurs études, mais les résultats sont plus mitigés concernant les enfants (Bauman et al., 2012). Chez les adultes, le **stress** a été négativement associé à l'activité physique (Bauman et al., 2012).

Benton et al. (2015) ont mis en évidence des associations entre des **problématiques psychiques maternelles** telles que l'anxiété ou l'insatisfaction corporelle et le risque d'obésité infantile. Ils ont également souligné une relation significative positive entre l'obésité infantile et la dépression post-natale. Toutefois, les différences méthodologiques et liées au *setting* ne permettent pas de tirer des conclusions claires.

#### 4.5.2 Facteurs biologiques et démographiques

Une revue systématique proposée par Stierlin et al. (2015) a mis en évidence des associations significatives entre l'**âge** et les comportements sédentaires, estimant ainsi que les jeunes tendent à être plus sédentaires lorsqu'ils/elles deviennent plus âgé-e-s. Ces résultats font d'ailleurs écho à ceux proposés par Bauman et al. (2012), qui montrent que l'âge est lié de façon négative avec l'activité physique. Toutefois, bien que des corrélations existent, elles ne se présentent pas comme des déterminants à proprement parler (Bauman et al., 2012).

Le **sexe/genre** a également été mentionné dans certaines études. Une étude retenue par Bauman et al. (2012) a par exemple montré que le sexe masculin est un déterminant positif chez les enfants âgés de 4-9 ans. Dans les autres groupes d'âge et chez les adolescents, le sexe/genre se présente comme un corrélat mais pas comme un facteur déterminant (Bauman et al., 2012). En outre, Stierlin et al. (2015) ont trouvé des associations entre l'âge, les comportements sédentaires et l'utilisation des écrans.

Wirth et al. (2017) ont mis en évidence que des corrélations positives ont été trouvées dans des essais randomisés contrôlés entre les comportements sédentaires chez les adultes plus âgés et certains **biomarqueurs** tels que l'IMC, le tour de la nuque, la masse graisseuse, le taux de cholestérol ou d'insuline ainsi que l'hémoglobine glyquée (HbA1C), qui permet de déterminer le taux de glucose (glycémie) dans le sang. Des études de cohortes ont également montré une association positive avec le tour de taille, la leptine, le peptide C (facilitateur de la synthèse d'insuline), l'apolipoprotéine A1 (protéine fabriquée par les intestins et le foie) et une densité basse de lipoprotéines (Wirth et al., 2017).

Plusieurs études recensées dans la revue systématique menée par Hildebrand et al. (2016) suggèrent également que les comportements sédentaires auraient une composante héréditaire et pourraient être en lien avec l'IMC infantile. Cependant, les résultats concernant une association potentielle entre certains facteurs prénataux et des comportements sédentaires ultérieurs restent mitigés (Hildebrand et al., 2016). A ce propos, la revue de Bauman et al. (2012) ne montre pas de liens clairs entre l'IMC et l'activité physique chez les enfants et les adolescent-e-s. De plus, bien que le surpoids semble négativement lié à l'activité physique chez les adultes, il ne semble pas qu'il puisse être considéré comme un déterminant à proprement

parler (Bauman et al., 2012). Il est toutefois possible qu'il existe un lien bidirectionnel entre l'obésité et l'activité physique, mais les résultats restent trop contrastés pour en tirer des conclusions (Bauman et al., 2012).

Bauman et al. (2012) ont également mis en évidence des associations significatives entre l'état de santé et l'activité physique chez les adultes.

#### 4.5.3 Facteurs sociaux

Une revue systématique sur les déterminants des comportements sédentaires chez les jeunes (Stierlin et al. 2015) a mis en évidence plusieurs éléments relatifs aux facteurs sociaux. Les auteurs ont par exemple relevé des associations consistantes entre le **genre** et les mesures objectives des comportements sédentaires, montrant ainsi que les garçons s'engagent moins dans des comportements sédentaires que les filles. Toutefois, cette association est plus inconsistante lorsque l'on s'intéresse à des mesures subjectives (Stierlin et al., 2015).

Concernant le **statut socio-économique**, Stierlin et al. (2015) ont mis en évidence que les enfants et les adolescent-e-s issus de familles avec un statut socio-économique élevé étaient plus susceptibles d'adopter des comportements sédentaires, en particulier lorsque ces derniers sont mesurés de façon objective (Stierlin et al., 2015). Les auteurs ont toutefois relevé des résultats inconsistants entre certains déterminants sociaux tels que l'éducation parentale, le nombre de frères et sœurs et l'activité physique maternelle (Stierlin et al., 2015).

Le support/soutien social a été mentionné dans plusieurs études. Stierlin et al. (2015) ont par exemple montré une association significative entre le manque de support social et les comportements sédentaires chez des jeunes, l'**absence de soutien social** étant d'ailleurs susceptible d'augmenter le temps passé devant un écran (Stierlin et al., 2015). Selon Bauman et al. (2012), il existe des corrélations entre le support familial et l'activité physique chez les enfants et les adolescent-e-s, bien qu'il ne se présente pas comme un déterminant à proprement parler. Toutefois, le support social de manière générale (famille, pairs, etc.) joue un rôle important pour l'activité physique chez les adolescent-e-s (Bauman et al., 2012). Chez les adultes, le support social est également associé à l'activité physique, sans toutefois se présenter comme un facteur déterminant (Bauman et al., 2012).

Selon Duriancik et Goff (2019), les enfants vivant dans une famille monoparentale sont plus susceptibles d'avoir un IMC élevé et des comportements favorisant l'obésité, ces associations étant notamment plus importantes chez les filles. Pour les auteurs, l'association entre le fait de vivre dans une famille monoparentale et l'obésité s'explique notamment par le fait qu'un parent seul a une charge de travail (domestique et professionnelle) plus élevée, limitant ainsi le temps à disposition pour préparer des repas maison ou pour partager ces derniers en famille (Duriancik et Goff, 2019). Il convient toutefois de mentionner que Baumann et al. (2012) n'ont relevé aucune corrélation entre le **statut marital** des parents (notamment le fait de vivre dans une famille monoparentale) et l'activité physique chez les enfants et les adolescent-e-s. En outre, il ne semble pas que le statut marital soit associé à l'activité physique chez les adultes (Bauman et al., 2012).

#### 4.5.4 Facteurs physiques et écologiques

Plusieurs associations entre l'environnement et l'activité physique et/ou les comportements sédentaires ont pu être mis en évidence dans la littérature.

Dans la revue proposée par Bauman et al. (2012), les associations les plus consistantes chez les enfants et les adolescent-e-s concernent les mesures objectives de l'environnement. Chez les enfants, les corrélations les plus importantes ont été obtenues pour la **praticabilité (walkability)**, la **vitesse et le volume du trafic** (association inverse) et l'utilisation du sol, comme la proximité entre les habitations et les magasins par exemple (Bauman et al., 2012). Chez les adolescent-e-s, les associations les plus claires concernaient l'utilisation et la **densité résidentielle** (Bauman et al., 2012). Ces résultats font d'ailleurs écho à d'autres revues systématiques qui montrent qu'une densité résidentielle plus élevée et l'existence d'un environnement propice à l'activité physique (do Carmo Parajara et al., 2019) – comme l'installation d'infrastructures sportives et destinées aux loisirs par exemple (Elshahat et al., 2020) – favorisent l'activité physique. De plus, la densité dédiée aux espaces de jeux a montré une association significative inversée avec les comportements sédentaires chez les enfants et les adolescent-e-s dans une autre étude (Stierlin et al., 2015). Xu et al. (2019) suggèrent d'ailleurs qu'un accès facilité aux transports public pourrait avoir un effet bénéfique sur la santé et ainsi prévenir le développement de l'obésité infantile, bien que les résultats restent mitigés selon les études. Condello et al. (2017) ont toutefois mis en évidence que le fait d'être indépendant au niveau de la mobilité et des transports pourrait être associé à l'activité physique chez les enfants et les adolescent-e-s.

Chez les adultes, la **praticabilité (walkability)** et la **connectivité entre les rues** sont des éléments importants pour l'activité physique (Bauman et al., 2012). En outre, le fait d'avoir une voiture a été associé à un risque plus important de souffrir d'obésité dans une étude (Biddle et al., 2017). Certaines revues citées dans Bauman et al. (2012) ont par ailleurs mis en évidence que l'activité physique durant les loisirs est liée de façon consistante avec l'environnement lié aux transports (p.ex. sécurité pour traverser, trottoirs), de même que certaines variables esthétiques (p.ex. verdure) et la proximité des installations récréatives. Chez les adultes plus âgés, aucune association claire n'a toutefois pu être relevée entre les variables liées à l'environnement et l'activité physique (Bauman et al., 2012).

La sécurité de l'environnement semble également jouer un rôle pour l'activité physique et les comportements associés. Selon Stierlin et al. (2015), le fait de vivre dans un **quartier défavorisé et précaire** semble favoriser les comportements sédentaires chez les enfants et les adolescent-e-s. An et al. (2017) ont également relevé que la sécurité du quartier était associée à une diminution de l'activité physique chez les enfants et les adolescent-e-s et prédisait une augmentation légère mais significative de l'IMC. Selon Elshahat et al. (2020), une amélioration de la sécurité pour lutter contre la criminalité nocturne est également positivement associée à une augmentation des niveaux d'activité physique. La revue systématique menée par do Carmo Parajara et al. (2019) suggère également que les comportements sédentaires chez les adolescent-e-s sont influencés par les caractéristiques du quartier, telles que l'insécurité, la criminalité ou les conflits physiques et sociaux.

Une revue systématique (Fransson et al., 2012) s'intéressant à l'impact des **conditions de travail** – notamment de la pression au travail – sur l'activité physique durant les loisirs a montré que, dans plusieurs études transversales, la probabilité de l'inactivité physique était supérieure de 26% pour les salariés ayant un emploi à forte contrainte (faible contrôle et exigences élevées) et de 21 % pour ceux ayant un emploi passif (faible contrôle et faibles exigences) par rapport aux salariés ayant un emploi à faible contrainte (contrôle élevé et faibles exigences). Dans les analyses prospectives, le risque de devenir physiquement inactifs pendant le suivi étaient de 21 % et de 20 % plus élevé pour ceux qui occupaient des emplois à forte contrainte et des emplois passifs au départ, sans différences significatives en fonction du sexe, de l'âge ou du statut socio-économique (Fransson et al., 2012). Ces données suggèrent ainsi que certains profils professionnels peuvent avoir un effet délétère sur l'activité physique pendant les loisirs.

#### 4.5.5 Facteurs comportementaux

Plusieurs comportements de santé resp. à risque ont été mis en évidence dans la littérature par rapport à l'activité physique ou aux éléments relatifs à cette dernière (comportements sédentaires et obésité).

Certains **comportements alimentaires** tels la consommation de fast-food (Leandro et al., 2019 ; Poorolajal et al., 2020), de snacks et/ou de boissons sucrées (Poorolajal et al., 2020), la faible consommation de fruits et de légumes (Leandro et al., 2019 ; Poorolajal et al., 2020), le fait de sauter des repas (Leandro et al., 2019) ou de prendre un petit déjeuner tous les jours (Poorolajal et al., 2020) sont significativement associés à l'obésité chez les enfants (Poorolajal et al., 2020) et les adolescent-e-s vivant dans des pays à faible revenus (Leandro et al., 2019).

Le temps d'écran a également montré des associations significatives avec le poids chez les enfants (Poorolajal et al., 2020) et les adolescent-e-s (Stierlin et al., 2015). Une méta-analyse menée par Poorolajal et al. (2020) a en effet mis en évidence que le fait de regarder la TV plus d'une à deux heures par jours ou d'utiliser l'ordinateur plus de deux heures par jours sont significativement associés à l'obésité infantile.

Des comportements tels que la **consommation de tabac et d'alcool** ont également montré des associations significatives avec l'obésité chez les adolescent-e-s (Poorolajal et al., 2020). A l'inverse, parmi les facteurs favorisant la gestion du poids, on peut citer le changement des habitudes alimentaires, une perception positive des aliments sains, une activité physique et un sommeil en quantité suffisante (Poorolajal et al., 2020).

Les résultats concernant des liens potentiels entre le temps d'écran et les autres comportements sédentaires et le risque d'obésité chez les adultes sont quant à eux plus contrastés et ne permettent pas de déterminer des associations causales (Biddle et al., 2017). En effet, la plupart des études ayant trouvé des associations significatives ont toutefois relevé des tailles d'effet minimales (Biddle et al., 2017). Des associations plus cohérentes ont cependant pu être observées entre le temps passé devant l'écran (principalement la télévision) et l'obésité chez les personnes âgées, ainsi qu'entre le comportement sédentaire à l'âge pré-adulte et le risque d'obésité chez les adultes (Biddle et al., 2017).

Par rapport à l'activité physique en tant que telle, Condello et al. (2017) ont mis en évidence que l'activité physique actuelle des individus est significativement liée leur activité physique antérieure, que ce soit chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants ou les adultes (Condello et al., 2017), ces résultats étant d'ailleurs partagés par Bauman et al. (2012). A l'instar de l'obésité, le **temps d'écran** montre une association négative avec l'activité physique chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire (Condello et al., 2017). Chez les enfants et les adolescent-e-s, l'utilisation d'Internet et les autres comportements sédentaires composites (comme la lecture par exemple) montrent également une relation négative avec l'activité physique (Condello et al., 2017). Des associations entre le temps d'écran et les comportements sédentaires ont d'ailleurs été mises en évidence dans d'autres revues (Stierlin et al., 2015). Chez les adolescents, l'activité physique montre une association significative avec la pratique de sports dans le cadre scolaire mais n'est pas associée aux habitudes alimentaires (Condello et al., 2017). Le temps d'écran et la consommation de tabac montrent quant à eux des associations négatives significatives avec l'activité physique, indépendamment de l'âge (Condello et al., 2017). Il convient toutefois de mentionner que la revue proposée par Bauman et al. (2012) ne permet pas de souligner une association entre le fait de fumer et l'activité physique chez les enfants et les adolescent-e-s.

#### 4.5.6 Contexte situationnel/Événements critique de vie

Certains contextes ou événements critiques de vie ont été relevés dans la littérature. Condello et al. (2017) ont par exemple mis en évidence que le fait de vivre une grossesse ou d'avoir des enfants, la transition vers l'Université et le fait d'aller en institution ou d'être hospitalisé ont montré des liens significatifs avec l'activité physique au cours de la vie, indépendamment de l'âge. Dans une revue systématique et méta-analyse portant sur l'activité physique et les comportements sédentaires chez les personnes souffrant de maladies mentales, Vancampfort et al. (2017) ont également mis en évidence que le fait d'être hospitalisé était associé négativement à l'activité physique. Le passage à la retraite a également été évoqué dans certaines revues (Barnett et al., 2012 ; Condello et al., 2017) mais les résultats ne permettent pas de relever des résultats clairs.

La revue systématique menée par Danese et Tan (2013) met en évidence que la **maltraitance** durant l'enfance est associée à un risque élevé de développer une obésité durant la vie. Toutefois, cette association n'était pas statistiquement significative dans les études sur les enfants et les adolescents qui se focalisaient sur la négligence émotionnelle, ou ajustée par rapport à la dépression (Danese et Tan, 2013). En outre, dans la mesure où aucune autre étude retenue dans le cadre de cette synthèse n'a étudié ces liens, il n'est pas possible de généraliser ces résultats.



## 5 Observation empirique : 'prédicteurs' (facteurs de risque) et 'problèmes'

Combien de personnes, en Suisse, se trouvent en situation de vulnérabilité ? Et combien de personnes, en Suisse, pourraient profiter d'une approche d'IP ? Si les données d'enquêtes populationnelles représentatives ne peuvent répondre précisément à ces questions, elles permettent de procéder à certaines estimations indirectes.

En effet, si l'on se réfère au Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP, il est possible d'estimer la prévalence de certains '**prédicteurs**' de la probabilité d'apparition (ou non) d'un problème (par exemple la prévalence de facteurs de risque) ainsi que la prévalence de certains '**problèmes**', mais pas celle des 'indicateurs de problèmes', c'est-à-dire les signes d'appel resp. les premières manifestations d'un problème (voir point 2.1.4.2).

### 5.1 Facteur de risque - Définition

Un facteur de risque est une caractéristique individuelle ou contextuelle, un comportement individuel ou un événement de vie associé à une probabilité (statistique) accrue de développer un problème, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un comportement à risque (Bonita et al., 2006). Il s'agit donc d'une corrélation entre par exemple une caractéristique individuelle et un comportement à risque, mais pas davantage. Dans une enquête transversale telle que celle de l'ESS 2017, cela signifie que ce qui est identifié comme facteur de risque peut en réalité être soit la ou une des causes du problème, soit une conséquence du problème, soit ni l'un, ni l'autre. Un facteur de risque n'implique donc pas forcément un lien de cause à effet.

### 5.2 Prévalences de facteurs de risque ('prédicteurs')

Parmi les facteurs de risque identifiés dans le cadre de la recherche de littérature, 13 sont opérationnalisés par une ou plusieurs variables de l'ESS 2017. Pour chacun de ces facteurs de risque, des analyses stratifiées par sexe/genre et groupe d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus) ont été effectuées. Les prévalences ainsi obtenues, leurs intervalles de confiance (IC à 95%<sup>22</sup>) ainsi que les nombres de personnes concernées en Suisse (sous forme de fourchettes d'estimation reflétant l'IC à 95%) ont été consignés dans un fichier Excel téléchargeable publié séparément du présent rapport de recherche (voir Notari et al, 2021a). Ce fichier renseigne en outre sur les variables utilisées et présente les résultats détaillés pour plusieurs catégories de réponse.

Le Tableau 5.1 présente quant à lui une sélection d'estimations, très globales, du nombre de personnes résidant en Suisse concernées par des facteurs de risque opérationnalisés dans le cadre de l'ESS 2017 ou d'autres sources de données statistiques.

L'impression générale qui se dégage est que le nombre de personnes qui, en Suisse, présentent les facteurs de risque varie fortement en fonction de ceux-ci et que, considérés séparément, les facteurs de risque concernent des proportions très importantes de la population (ceci alors que les moins de 15 ans ne sont pas pris en compte). Pour les cas les plus extrêmes, on pense ici par exemple au sexe/genre masculin, aux personnes résidant en milieu urbain et à celles souffrant d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de longue durée, certains facteurs de risque concernent des millions de personnes. De leur côté, les facteurs les moins répandus toucheraient par exemple entre 250'000-290'000 personnes de 15

---

<sup>22</sup> Les proportions inférées à partir de l'échantillon aléatoire de l'ESS sont assorties d'intervalles de confiance (IC à 95%) qui permettent d'établir la marge d'erreur d'échantillonnage.

ans ou plus s'agissant de la détresse psychologique élevée, 170'000-200'000 s'agissant de la dépression modérément grave à sévère, 160'000-190'000 pour les personnes au chômage ou sans emploi et 50'000-70'000 s'agissant de l'absence d'une personne proche sur qui compter en cas de problèmes.

Comme il s'agit-là d'effectifs très globaux, nous recommandons aux lecteurs et lectrices de prendre connaissance des résultats plus détaillés, qui apportent de la nuance selon le groupe d'âge et le sexe/genre (Notari et al, 2021a). A titre d'exemple, derrière les deux millions de personnes de 15 ans ou plus ayant une maladie ou un problème de santé chronique ou de longue durée (soit de 6 mois ou plus) se cache un fort gradient selon l'âge, les personnes les plus âgé-e-s étant bien plus touchées que les plus jeunes.

Tableau 5.1 Prévalences de facteurs de risque au sein de la population suisse (sélection), par champ thématique - ESS 2017 (fourchettes d'estimation selon l'IC à 95%\*) et autres sources de données

|               |                       | Activités problématiques en ligne | Manque d'activité physique                  | Cons. problématique de substances psychoactives | Burnout   | Source des données   | Population considérée pour l'analyse                                 | Nombre (estimé)* de personnes concernées |
|---------------|-----------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|--|--|
| Âge           | Population jeune      | Mihara et al. 2017                |   | Âge (Thrul, 2014)                               | Les plus jeunes sont les plus à risque (Adriaenssens et al., 2014 ; Amofo et al., 2015 ; Chuang et al. 2016 ; Gomez-Urquiza et al., 2016 ; Pradas-Hernandez et al. 2018 ; Singh et al., 2015 ; Samuel, 2019 ; Simionato et Simpson, 2017) | Statistique de la population et des ménages STATPOP 2019 (OFS) | Personnes de 15 à 24 ans   | 900'000                                  |
|               | Population âgée       |                                   | Âge (Bauman et al., 2012)                   |   |   | Statistique de la population et des ménages STATPOP 2019 (OFS) | Personnes de 75 ans ou plus  | 775'000                                  |
| État civil    | Non marié-e           |                                   |   |   | Célibataires ou divorcé-e-s (Chuang et al., 2016 ; Gomez-Urquiza et al., 2016 ; Pradas-Hernandez et al., 2018)  | ESS 2017 (OFS)   | Célibataire, divorcé, déparé ou veuf/veuve (15 ans et plus)          | 3'010'000-3'180'000*                     |
|               | Célibataire           |                                   |   | Célibataire (Thrul, 2014)                       |   | ESS 2017 (OFS)   | Célibataire (15 ans et plus)   | 2'330'000-2'410'000*                     |
| État de santé | Mauvais état de santé |                                   | Mauvais état de santé (Bauman et al., 2012) |   |   | ESS 2017 (OFS)   | Maladie chronique/problème de santé de longue durée (15 ans et plus) | 2'250'000-2'340'000*                     |

Tableau 5.1 (Suite)

|                             |                            | Activités (problématiques) sur écrans et en ligne | Manque d'activité physique  | Cons. problématique de substances psychoactives  | Burnout  | Source des données | Population considérée pour l'analyse   | Nombre (estimé)* de personnes concernées |
|-----------------------------|----------------------------|---|---|--|--|--------------------|--|--|
| <b>Niveau de formation</b>  | Bas                        |   | Faible niveau d'éducation (Stierlin et al., 2015)   | Bas niveau de formation (Thrul, 2014)  |  | ESS 2017 (OFS)     | Scolarité obligatoire comme niveau le plus élevé atteint (15 ans et plus)              | 1'270'000-1'340'000*                     |
| <b>Niveau d'urbanité</b>    | Bas                        |   | Basse densité résidentielle (do Carmo Parajara et al., 2019 ; Elishahat et al., 2020 ; Bauman et al., 2012) |  |  | ESS 2017 (OFS)     | Région rurale (15 ans et plus)   | 1'790'000-1'870'000*                     |
|                             | Élevé                      |   |   | Vivre dans une région urbaine (Thrul, 2014)  |  | ESS 2017 (OFS)     | Région urbaine (15 ans et plus)  | 5'160'000-5'240'000*                     |
| <b>Orientation sexuelle</b> | LGB                        |   |   | Risque plus élevé pour les personnes non hétérosexuelles (Marshal et al. 2008; Corliss et al., 2010) |  | ESS 2017 (OFS)     | Personnes de 16 à 74 ans homosexuel-le-s, bisexuel-le-s ou ayant une autre orientation | 110'000-150'000*                         |
| <b>Santé au travail</b>     | Stress lié au travail      |   | Stress chez les adultes (Bauman et al., 2012)   | Pression sur le lieu de travail (Fransson et al., 2012)  |  | ESS 2017 (OFS)     | Ressent toujours ou la plupart du temps, du stress lié au travail (15 ans et plus)     | 930'000-1'000'000*                       |
|                             | Crainte de perdre l'emploi |   |   |  | Insécurité de l'emploi (Aronsson et al., 2017) | ESS 2017 (OFS)     | Crainte de perdre son emploi (15 ans et plus)  | 680'000-750'000*                         |

## Observation empirique : 'prédicteurs' (facteurs de risque) et 'problèmes'

Tableau 5.1 (Suite et fin)

|  | Activités problématiques en ligne   | Manque d'activité physique   | Cons. problématique de substances psychoactives          | Burnout   | Source des données   | Population considérée pour l'analyse   | Nombre (estimé)* de personnes concernées |
|--|---|--|--|---|--|--|--|
| <b>Sexe/genre</b>                      | Carli et al., 2013  |  | Stone et al., 2012 ; Thrul, 2014; Freedmann et al., 2012 |   | Statistique de la population et des ménages STATPOP 2019 (OFS) | Personnes de sexe masculin de 15 ans et plus   | 3'600'000                                |
| <b>Soutien social</b>                  | Solitude (Mihara et al., 2017 ; M'Hiri et al., 2015); manque de relations interpersonnelles (Paulus et al., 2018); avoir peu d'amis dans la vraie vie (Paulus et al., 2018) | Manque de soutien social (Stierlin et al., 2015 ; Bauman et al., 2012)   | Isolement social (Seo et Huang, 2011)                    |   | ESS 2017 (OFS)   | N'a aucune personne proche sur qui compter en cas de problèmes (15 ans et plus)      | 50'000-70'000*                           |
|  |   |  |  |   | ESS 2017 (OFS)   | Regrette ne pas avoir un tiers à qui parler de problèmes personnels (15 ans et plus) | 1'500'000-1'580'000*                     |
|  |   |  |  |   | ESS 2017 (OFS)   | Bénéficie d'un faible soutien social (15 ans et plus)                                | 620'000-670'000*                         |
| <b>Statut sur le marché du travail</b> | Chômage   | Mihara et al. 2017   |  | Henkel, 2011  | ESS 2017 (OFS)   | Au chômage ou sans emploi  | 160'000-190'000*                         |
|  | Retraite  |  |  | Thrul, 2014 ; Kuerbis et Sacco, 2012  | Statistique de l'AVS 2019 (OFAS)                               | Retraité-e-s   | 2'650'000                                |
|  | Actifs  |  |  | Thrul, 2014 ; Stone et al., 2012  | ESS 2017 (OFS)   | Actif/active (temps partiel ou plein temps)  | 4'710'000-4'800'000*                     |
| <b>Troubles psychiques</b>             | Dépression (Lam, 2014)  | Dépression (Stierlin et al., 2015 ; Schuch et al., 2017 ; Vancampfort et al., 2017 ; Vancampfort et al., 2018) |  |   | ESS 2017 (OFS)   | Dépression modérément grave/sévère (15 ans et plus)                                  | 170'000-200'000*                         |
|  |   |  |  | Niveau élevé de symptômes dépressifs (Marmorstein, 2009, cité dans Stone, 2012 ; Blosnich et al., 2011) | ESS 2017 (OFS)   | Détresse psychologique élevée (15 ans et plus)                                       | 250'000-290'000*                         |

### 5.3 Prévalences de problèmes dans les six champs thématiques

Pour chacun des six champs thématiques opérationnalisés par une ou plusieurs variables de l'ESS 2017, excepté pour la consommation de tabac, deux à quatre niveaux de risque ont été définis (voir annexe 1 pour plus de détails). Des analyses stratifiées par sexe/genre et groupe d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus) ont été effectuées. Les prévalences des problèmes ainsi obtenues, leurs intervalles de confiance (IC à 95%) ainsi que les nombres de personnes concernées en Suisse (sous forme de fourchettes d'estimation reflétant l'IC à 95%) ont été consignés dans un fichier Excel téléchargeable publié séparément du présent rapport (Notari et al., 2021b).

Les Figures 1 et 2 présentent quant à elles les résultats de manière plus synthétique pour le total de la population âgée de 15 ans ou plus résidant en Suisse, et séparément selon le sexe/genre et dans trois grands groupes d'âge seulement (15-34 ans, 35-64 ans, 65 ans ou plus), avec des fourchettes d'estimation tenant compte de l'IC à 95% (N inférieur = nombre minimal, N supérieur = nombre maximal). Par souci de lisibilité, un seul seuil de risque est illustré, soit le plus élevé. C'est pourquoi nous recommandons aux lecteurs et lectrices de prendre connaissance des résultats plus détaillés (Notari et al., 2021b), qui permettent de tenir compte d'autres niveaux de risque, notamment pour la consommation de substances psychoactives au sein de la population adolescente de 15 à 19 ans ou de la population des 75 ans et plus.

Pour l'alcool, deux dimensions de risque ont été considérées (voir annexe 1 pour plus de détails): a) l'ivresse ponctuelle (*binge drinking*) au moins une fois par mois b) la consommation chronique à risque moyen ou élevé. Pour le tabac, être fumeur/fumeuse (occasionnellement ou quotidiennement) a été considéré comme seuil de risque. Pour la consommation de cannabis<sup>23</sup>, le seuil de risque retenu est celui de la consommation plusieurs fois par semaine ou chaque jour. Pour les activités problématiques en ligne, c'est l'usage problématique d'Internet<sup>24</sup> qui a été retenu (toutes activités en ligne confondues). Pour le manque d'activité physique nous avons considéré l'inactivité physique comme seuil de risque. Enfin, pour la mauvaise santé psychique deux variables ont été considérées : a) la détresse psychologique (élevée) b) la dépression (modérément grave ou sévère).

Au total, la prévalence la plus basse, qui est celle de la consommation de cannabis (plusieurs fois par semaine ou chaque jour), concerne entre 68'000 et 88'000 personnes âgé-e-s de 15 à 74 ans. Pour les autres substances psychoactives, la prévalence est bien plus élevée. Ainsi, entre 290'000 et 330'000 personnes de 15 ans ou plus présentent une consommation d'alcool à risque chronique moyen ou élevé, soit une prévalence bien inférieure à celle de l'ivresse ponctuelle (au moins une fois par mois ; 1'030'000-1'100'000 personnes) ou à celle de la consommation de tabac (1'860'000-1'950'000 personnes). S'agissant de l'usage problématique d'Internet, le nombre de personnes touchées se situe entre 245'000 et 280'000. L'inactivité physique touche entre 515'000 et 565'000 personnes. Pour ce qui concerne la santé psychique, une détresse psychologique moyenne ou élevée concerne entre 960'000 et 1'050'000 personnes et la dépression modérément grave ou sévère entre 170'000 et 200'000 personnes.

Concernant les hommes âgés de 15 ans ou plus (Figure 5.1), l'ivresse ponctuelle au moins une fois par mois concerne 670'000-720'000 d'entre eux et la consommation chronique à risque moyen ou élevé entre 160'000 et 190'000 d'entre eux. L'inactivité physique est moins répandue que chez les femmes, mais touche néanmoins entre 220'000 et 255'000 hommes. Au contraire, l'usage problématique d'Internet concerne davantage les hommes que les femmes, soit 130'000-160'000. La consommation de tabac, avec 1'050'000-1'110'000 hommes concernés, représente le problème le plus répandu. S'agissant des femmes

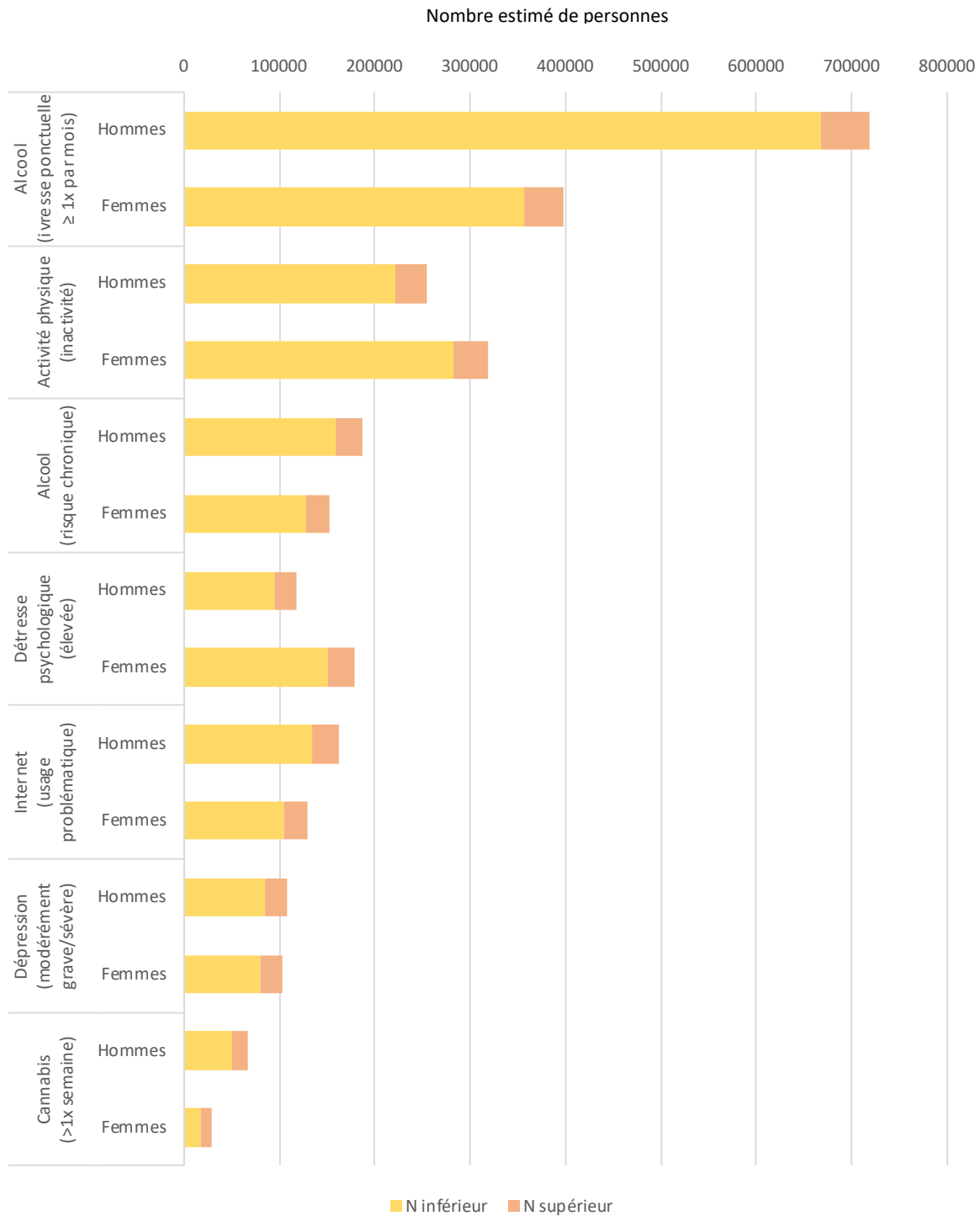
<sup>23</sup> La question porte sur le haschich et la marijuana.

<sup>24</sup> Au sens d'une perte de contrôle de son utilisation.

âgées de 15 ans et plus, la consommation de tabac – 800'000-860'000 – et les ivresses ponctuelles au moins une fois par mois – 360'000-400'000 – sont les deux problèmes touchant le plus grand nombre. L'inactivité physique touche entre 280'000 et 320'000 femmes, plus du double que chez les hommes. Quant à la détresse psychologique élevée, elle concerne entre 150'000 et 180'000 femmes.

S'agissant de l'âge, chez les 15-34 ans (Figure 5.2) le tabac est le problème touchant le plus de personnes – 660'000-740'000 – suivi par les ivresses ponctuelles au moins une fois par mois – 450'000-520'000 – et l'usage problématique d'Internet – entre 150'000 et 200'000 jeunes de ce groupe d'âge. Pour les 35-64 ans les deux problèmes qui touchent le plus grand nombre de personnes restent les mêmes – le tabac avec 960'000-1'060'000 personnes et les ivresses ponctuelles avec 440'000-520'000 personnes – tandis que le troisième problème le plus répandu est l'inactivité physique, qui touche entre 220'000 et 280'000 personnes parmi les 15-34 ans en Suisse. Pour les 65 ans ou plus, l'inactivité physique (170'000-210'000 personnes) et le tabac (180'000-220'000 personnes) – devançant les ivresses ponctuelles (95'000-120'000 personnes). Il est toutefois important souligner que dans ce groupe d'âge la consommation chronique à risque moyen ou élevé ne se situe pas très loin derrière les ivresses ponctuelles, contrairement à ce que l'on observe dans les deux autres groupes d'âge.

Figure 5.1 Fourchettes d'estimation du nombre de personnes de 15 ans ou plus<sup>a</sup> qui, en Suisse, présentent le problème considéré, selon le champ thématique<sup>b</sup> et le sexe/genre (ESS 2017 ; N)

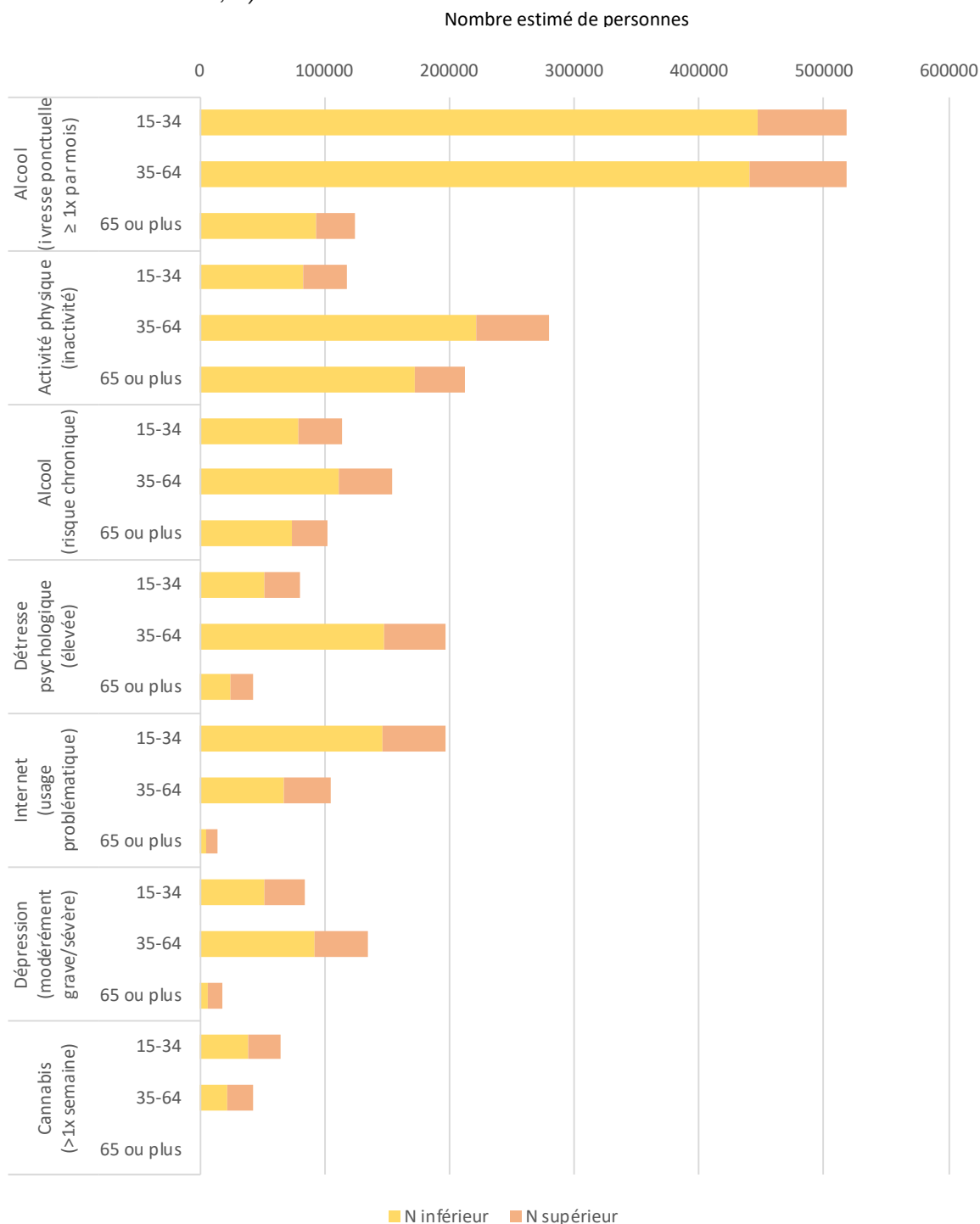


Remarques: <sup>a</sup> Pour le cannabis, la population de référence est celle des 15 à 74 ans. <sup>b</sup> Le tabac, avec sa prévalence approchant les deux millions de personnes âgé-e-s de 15 ans ou plus (N=1'860'000-1'950'000), n'est pas présenté dans cette figure.

N inférieur = nombre minimal estimé et N supérieur = nombre maximal estimé (selon l'IC à 95%). Pour plus d'informations concernant les fourchettes d'estimation et les niveaux de risque retenus, voir l'annexe 1 de ce rapport.



Figure 5.2 Fourchettes d'estimation du nombre de personnes de 15 ans ou plus<sup>a</sup> qui, en Suisse, présentent le problème considéré, selon le champ thématique<sup>b</sup> et le groupe d'âge (ESS 2017 ; N)



**Remarques:** <sup>a</sup> Pour le cannabis, la population de référence est celle des 15 à 74 ans. <sup>b</sup> Le tabac, avec sa prévalence approchant les deux millions de personnes âgé-e-s de 15 ans ou plus (N=1'860'000-1'950'000), n'est pas présenté dans cette figure.

N inférieur = nombre minimal estimé et N supérieur = nombre maximal estimé (selon l'IC à 95%). Pour plus d'informations concernant les fourchettes d'estimation et les niveaux de risque retenus, voir l'annexe 1 de ce rapport.

## 6 Recherche de littérature B (efficacité de l'approche d'IP)

Les publications retenues au terme de la recherche de littérature BC consacrée à l'efficacité de l'approche d'IP et à ses coûts-bénéfices sont rassemblés dans la même grille de synthèse de la littérature (qui peut être obtenue auprès des auteur-e-s). Pour rappel, l'objet de la recherche de littérature BC est l'approche d'IP selon l'entier de la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION.

### 6.1 Approche d'IP selon la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION

#### En résumé

Pour les **six champs thématiques** [alcool, tabac, cannabis, activités problématiques en ligne<sup>25</sup>, manque d'activité physique et mauvaise santé psychique] : dans le cadre de la recherche de littérature quasi systématique BC, **aucun** article sur les 6'657 (doublons compris) repérés au départ n'a finalement pu être retenu. En effet, aucun article ne correspondait à notre définition opérationnelle de l'approche globale d'IP selon la **séquence REPERAGE (des signes resp. manifestations) – EVALUATION – INTERVENTION**.

La littérature repérée au départ portait le plus souvent soit sur des types d'interventions spécifiques, généralement l'intervention brève (littérature pas retenue au terme du processus de sélection), soit sur l'approche *SBI* ou *SBIRT* (voir sous-chapitre 6.2).

### 6.2 Approche *SBI* ou *SBIRT* selon la séquence DEPISTAGE (– EVALUATION) – INTERVENTION

#### En résumé

Un certain nombre d'articles faisant référence à la procédure globale *SBI* (*Screening and Brief Intervention*) ou *SBIRT* (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*) ont été repérés. Celles-ci s'inscrivent dans le domaine médical et couvrent la **séquence DEPISTAGE (– EVALUATION) – INTERVENTION (en principe intervention brève)**. Cette approche s'apparente à l'approche d'IP, mais s'en distingue du fait qu'elle se base sur un dépistage et non sur un repérage.

L'approche *SBI* ou *SBIRT* n'était pas l'objet de la recherche de littérature. En conséquence, la synthèse des résultats la concernant ne repose pas sur une revue exhaustive des publications qui lui sont dédiées.

Les approches *SBI* ou *SBIRT* pour l'**alcool** ont prouvé leur efficacité auprès des **adultes** dans le cadre d'essais contrôlés randomisés (*Randomised Controlled Trial*; *RCT*) réalisés dans des *designs* de recherche (donc des *settings* contrôlés). Ils restent en revanche parfois difficiles à implémenter dans la pratique en raison de divers obstacles (p.ex. contraintes structurelles, difficultés à convaincre les prestataires de pratiquer cette approche, manque de formation des prestataires). Cela étant, plusieurs études ont mis en évidence qu'une formation spécifique au *SBIRT* facilitait son implémentation dans la pratique.

<sup>25</sup> L'absence d'une définition partagée de ce qui est problématique ou non en matière d'Internet en général (et pour la plupart des activités que celui-ci rend possible) de même que le caractère relativement récent de ce champ thématique s'est ressentie au niveau de la recherche de littérature.

Il existe une littérature grandissante sur l'efficacité du *SBIRT* pour la consommation de **drogues**, mais les résultats sont encore inconsistants et varient en fonction des caractéristiques des prestataires, du *setting* et de la population cible.

Les approches *SBI* ou *SBIRT* ont commencé à être utilisées pour la dépression et la consommation de tabac, et montre des résultats encourageants.

S'agissant des **jeunes**, le dépistage est une méthode efficace pour identifier ceux/celles présentant des risques élevés en matière de consommations de **substances psychoactives**. En revanche, les évidences scientifiques concernant l'efficacité de l'intervention brève après le dépistage est moins conclusive pour cette population.

Pour les jeunes qui consomment de l'**alcool** à des niveaux nocifs, les interventions individuelles en face à face qui intègrent un feedback personnalisé et des entretiens motivationnels sont la plupart du temps bénéfiques. Toutefois, les effets sur la consommation sont faibles et les effets à long terme ne sont pas documentés.

Les données probantes disponibles montrent que les questionnaires brefs de dépistage permettent d'identifier les problèmes de consommation de **substances illicites** chez les adolescent-e-s dans le *setting* médical. Toutefois, les données probantes manquent quant à leurs effets dans un tel *setting* en terme de réduction de la consommation et des dommages associés.

Dans le cadre de la recherche de littérature quasi systématique consacrée à l'efficacité de l'approche d'IP 8 articles *peer-reviewed* et 2 publications issues de la littérature grise ont été retenus au terme du processus de sélection et qui abordaient l'approche *SBI* (*Screening and Brief Intervention*) ou *SBIRT* (*Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*). A cela s'ajoutent 9 articles annexes *peer-reviewed* et 2 publications annexes issues de la littérature grise, qui permettent une contextualisation de la thématique ou apportent des informations complémentaires utiles.

A ce sujet, il est important de rappeler que l'approche *SBI* ou *SBIRT* n'était pas l'objet de la recherche de littérature. En conséquence, la synthèse des résultats présentée ci-après ne repose pas sur une revue exhaustive des publications *peer-reviewed* ou issues de la littérature grise qui lui sont dédiées.

### 6.2.1 *SBI (Screening and Brief Intervention) ou SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) - Définition*

Le *SBI* ou *SBIRT* se définit comme une pratique *evidence-based*, utilisée pour dépister, prévenir et réduire la consommation à risque de substances psychoactives et prodiguer une intervention et/ou un traitement si nécessaire (Barata et al., 2017). Le *SBI* ou *SBIRT* est défini dans la littérature comme stratégie de prévention secondaire pour réduire la consommation à risque de substances chez les adolescent-e-s et les adultes (Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018). Le *SBIRT* a été initialement développé dans les années 1990, à la suite d'une concertation entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les États-Unis, afin de développer une base commune de détection et d'intervention brève pour les services de première ligne (Maheux, 2014). Actuellement, les stratégies de dépistage, d'intervention brève et d'orientation vers les traitements pour les problématiques de consommation à risque d'alcool telles que le *SBIRT* sont implantées dans plusieurs pays. En France, par exemple, le RBIP (Repérage<sup>26</sup> Précoce et Intervention Brève) s'apparente à la version française du *SBIRT* (INSERM, 2014 ; HAS, 2014). Au Canada, la méthode « DIBA » (Dépistage, Intervention brève et Aiguillage) s'en rapproche également (Santé Publique Ontario, 2017).

---

<sup>26</sup> Au sens de 'dépistage'

A l'instar de l'approche proposée par la Charte d'IP (voir point 2.1.2), le *SBI* ou *SBIRT* se divise en plusieurs étapes distinctes. La première étape est celle du *screening*, qui consiste à dépister une consommation à risque, généralement par le biais de questionnaires standardisés et validés (Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018 ; SAMHSA 2011). Dans le cas de l'alcool, c'est principalement l'*Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT ; Saunderson et al., 1993) qui est utilisé. Chez les adolescent-e-s, le *CRAFFT* (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) est un outil de screening validé et fréquemment utilisé pour évaluer la consommation de substances à risque (Pilowsky & Wu, 2013). Ces questionnaires permettent d'évaluer le risque des individus (bas, moyen ou élevé), en fonction d'où se situe leur score par rapport au cut-off de l'instrument de screening choisi (ONDCP 2012 cité dans Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018).

La deuxième étape du *SBI* ou *SBIRT* est l'intervention brève (*Brief Intervention*), qui est mise en place lorsque le risque est avéré (Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018). Il s'agit d'une intervention centrée sur le patient pour répondre aux préoccupations et inciter un changement de comportement (SAMHSA 2011). Dans le cas de l'alcool, l'intervention brève comprend des informations sur les recommandations en matière d'alcool, un feedback détaillé sur les risques et les conséquences, des conseils pour modifier les comportements à risque et une évaluation de la motivation à diminuer et/ou arrêter la consommation (Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018). Pour les jeunes adolescent-e-s, au regard des bases légales dans ce domaine, ces recommandations ciblent plutôt l'abstinence (Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018).

Enfin, dans le cas où l'intervention brève ne montre pas ou peu d'effet et/ou que le risque est important, les individus peuvent être orientés vers un traitement (*Referral to Treatment*) (Hohman, Kleinpeter et Strohauer, 2018).

Bien que cette approche ne couvre pas totalement notre définition de l'IP, elle s'en approche ainsi malgré tout, mais avec un dépistage au lieu d'un repérage.

### 6.2.2 *SBI/SBIRT par comparaison à l'approche d'IP*

Si les procédures de *SBI* ou *SBIRT* permettent de dépister une consommation à risque – parfois de façon précoce – et de proposer une intervention en conséquence, elles s'éloignent toutefois sur certains points de la définition retenue dans la Charte d'IP.

D'une part, le *SBI* ou *SBIRT* a été initialement développé comme un modèle de santé publique proposant une approche de *screening* universel (c'est-à-dire au sein d'une population donnée, qu'elle soit hospitalière ou non) d'un ou plusieurs comportements problématiques spécifiques (alcool, drogues, tabac, dépression, anxiété). Cette étape de dépistage est par ailleurs relativement courte (quelques minutes) et standardisée, s'éloignant ainsi du *setting* communautaire mis en avant dans la définition de l'approche d'IP retenue dans la Charte d'IP. D'autre part, il a initialement été conceptualisé pour prendre part à un dispositif médical (soins primaires, urgences) et à l'usage des professionnel-le-s de la santé (Babor et al., 2007 cités dans Tremblay et al., 2015). Enfin, l'approche proposée par le *SBI* ou *SBIRT* consiste en un dépistage et non repérage tel que défini par la Charte de l'IP.

### 6.2.3 *Efficacité*

De nombreuses recherches ont mis en évidence l'efficacité des stratégies de dépistage, d'intervention brève et d'orientation vers les traitements pour les problématiques de consommation à risque d'alcool (Babor et al., 2007 ; Bernstein et al., 2007 ; Moyer et al., 2002 cités dans Tremblay et al., 2015). Les résultats de la recherche de littérature menée dans le cadre de ce projet s'inscrivent également dans la

continuité de ces résultats (Barata et al., 2017 ; Fereira de Paula Gebara et al., 2013 ; Sommers et al., 2013).

Si les interventions brèves ou plus généralement les procédures de *SBI* ou *SBIRT* pour l'alcool ont prouvé leur efficacité dans les designs de recherche (Kaner et al., 2007 cités par Tam, Knight & Liaw, 2016), elles restent parfois difficiles à implémenter dans la pratique (Braxter et al., 2014 ; Tam, Knight & Liaw, 2016). En effet, plusieurs études cliniques menées au Danemark (Beich et al., 2007 cités par Tam, Knight & Liaw, 2016), en Angleterre (Kaner et al., 2013 cités par Tam, Knight & Liaw, 2016), en Ecosse (Butler et al., 2013 cités par Tam, Knight & Liaw, 2016), aux Pays-Bas (Hilbink et al., 2012 cités par Tam, Knight & Liaw, 2016) ou aux USA (Williams et al., 2014 cités par Tam, Knight & Liaw, 2016) ont mis en évidence des résultats contrastés, avec pas ou peu d'effets sur le groupe intervention en comparaison au groupe contrôle.

S'il existe une littérature grandissante sur l'efficacité du *SBIRT* pour la consommation à risque de drogues (Madras et al, 2008 ; Saitz et al., 2010 ; Bernstein et al., 2005), les résultats restent encore inconsistants et varient en fonction des caractéristiques du prestataire, du *setting* et de la population cible (SAMSHA, 2011).

De plus, peu d'études documentent l'efficacité de telles stratégies auprès des adolescent-e-s abusant de substances psychoactives, et celles qui existent apportent des conclusions encore mitigées (Mitchell et al., 2013 ; Moyer, 2013 cités par Tremblay et al., 2015 ; HAS, 2014).

En effet, le dépistage des consommations problématiques chez les jeunes est une approche efficace pour repérer les jeunes à hauts risques. En revanche, les évidences scientifiques concernant l'efficacité de l'intervention brève après le repérage est moins conclusive dans cette population. Pour les jeunes qui consomment de l'alcool à des niveaux nocifs, les interventions individuelles en face à face (p.ex. plutôt que par ordinateur) qui intègrent un feedback personnalisé et des entretiens de motivation sont la plupart du temps bénéfiques. Toutefois, les effets sont faibles au niveau de la consommation d'alcool et les effets à long terme de ces interventions ne sont pas documentés (Stockings et al., 2016). De plus, les données probantes disponibles montrent que les questionnaires brefs de dépistage permettent de détecter les problèmes de consommation de substances illicites chez les adolescent-e-s dans le *setting* médical. Toutefois, les données probantes manquent quant à leurs effets dans un tel *setting* en terme de réduction de la consommation et des dommages associés (Stockings et al., 2016).

Enfin, la procédure *SBI* ou *SBIRT* a commencé à être utilisée dans le cadre de la dépression et de la consommation de tabac (SAMSHA, 2011). Il n'y a toutefois pas suffisamment d'évidence de l'efficacité de l'approche *SBI* pour la consommation de tabac (Jiloha, 2017).

#### 6.2.4 *Obstacles à l'implémentation*

L'implémentation de ce type d'approche se confronte à plusieurs obstacles, qu'il s'agisse de contraintes structurelles (Braxter et al., 2014 ; Clemence et al., 2015), du manque de formation des prestataires (Braxter et al., 2014 ; Sterling et al., 2015), des attitudes des professionnel-le-s et/ou des patient-e-s vis-à-vis de l'approche (Braxter et al., 2014 ; Clemence et al., 2015 ; Harris et al., 2016 ; Nilsen, 2010) et des représentations parfois négatives des soignants vis-à-vis des individus consommant des substances (Braxter et al., 2014). En outre, des différences peuvent exister dans l'application du *SBI* ou *SBIRT*, en fonction de l'outil de dépistage choisi, du type d'intervention brève proposé, du *setting* dans lequel il s'inscrit et des différents groupes d'âge qu'il cible (Maheux, 2014). Cette diversité d'approches rend ainsi la comparaison des études particulièrement difficile sur le plan scientifique (Mitchell et al., 2013; Pilowsky et Wu, 2013 ; Yuma-Guerrero et al., 2012 cités par Maheux, 2014).

Plusieurs études ont toutefois mis en évidence qu'une formation spécifique au *SBIRT* facilitait son implémentation dans la pratique (Aparecida de Barros Junqueira et al., 2015 ; Clemence et al., 2015) et favorisait un sentiment d'auto-efficacité et des attitudes positives envers les patients (Braxter & al., 2014). L'étude menée par Clemence et al. (2015) a par exemple mis en évidence que 80.1% des soignants ayant participé à une telle formation disent utiliser le *SBIRT* dans leur pratique. Après 6 mois de follow-up, 85.9% affirmaient utiliser régulièrement le screening, 74.4% disaient appliquer les techniques d'intervention brèves et 78.2% estimaient que la formation avait augmenté leur sentiment d'auto-efficacité. Il convient toutefois de rester prudent face aux résultats de ce genre d'études, dans la mesure où elles se focalisent généralement sur des échantillons de petite taille (Braxter et al., 2014 ; Clemence et al., 2015) et n'offrent pas toujours une évaluation sur le long-terme des effets de la formation (Nilsen, 2010).

## 7 Recherche de littérature C (coûts-bénéfices de l'approche d'IP)

### En résumé

Pour les **six champs thématiques** [alcool, tabac, cannabis, activités problématiques en ligne, manque d'activité physique et mauvaise santé psychique], **aucun** article sur les 6'657 (doublons compris) repérés au départ dans le cadre de la recherche de littérature quasi systématique BC n'a finalement pu être retenu s'agissant d'une **évaluation du rapport coûts-bénéfices de l'approche d'IP** (par rapport aux coûts/bénéfices engendrés par une prise en charge tardive – en l'absence de repérage, évaluation et intervention précoces – des problèmes).

Quelques articles ont en revanche été repérés qui font référence à la procédure globale *SBI* (*Screening and Brief Intervention*), qui s'inscrit dans le domaine médical et couvre la **séquence DEPISTAGE – EVALUATION) – INTERVENTION (en principe intervention brève)**.

L'approche *SBI* n'était pas l'objet de la recherche de littérature. En conséquence, la synthèse des résultats la concernant ne repose pas sur une revue exhaustive des publications qui lui sont dédiées.

Un modèle de simulation pour trois pays a permis d'estimer que le rapport coût-bénéfice pour l'approche *SBI* dans les soins de base ne serait positif que pour la République tchèque, où les cas de dépendance qui seraient évités sont très nombreux, tandis que pour l'Allemagne et le Canada les coûts de mise en œuvre des interventions brèves seraient supérieurs à la diminution des dépenses de soins de santé qu'elles occasionneraient. Dans les trois pays néanmoins, il a pu être estimé que l'approche *SBI* permettrait d'entraîner une réduction des coûts de santé plus significative que le traitement des dépendances.

Le rapport coût-bénéfice des interventions est fondamentalement dépendant de leur environnement, si bien que les analyses portant sur d'autres pays ne peuvent être directement transposées au contexte suisse. Elles donnent néanmoins des indications précieuses.

De nombreuses études montrent que les problèmes irrésolus dans l'enfance peuvent engendrer des conséquences négatives dans la vie future des enfants, par exemple s'agissant de la dépression (Jonsson et al., 2011 ; Copeland et al., 2013 cités dans Sregonja et al., 2019), du TDAH (Sonuga-Barke et al., 2011) et de la consommation de substances psychoactives (Winters et Lee, 2008 cités dans Carney et Myers, 2012 ; Degenhart et al., 2016 cités par Stockings et al., 2016). Il semble dès lors cohérent d'imaginer qu'un investissement dans l'approche d'IP serait susceptible d'engendrer des bénéfices au niveau de la qualité de vie des individus, mais également des coûts au niveau sociétal. A ce propos, l'organisation de coopération et de développement économiques (OECD) a souligné qu'investir dans des interventions ciblant les jeunes enfants – soit tôt dans l'enfance – était plus bénéfique que d'investir dans interventions pour des enfants plus âgés (OECD, 2009).

### 7.1 Approche d'IP selon la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION

S'agissant de la démarche qui consiste à intervenir tôt par rapport à l'évolution d'un problème, pour les six champs thématiques [alcool, tabac, cannabis, activités problématiques en ligne, manque d'activité physique et mauvaise santé psychique], aucun article sur les 6'657 (doublons compris) repérés au départ dans le cadre de la recherche de littérature quasi systématique BC n'a finalement pu être retenu en matière d'évaluation du rapport coûts-bénéfices de l'approche d'IP (par rapport aux coûts/bénéfices engendrés par une prise en charge tardive – en l'absence de repérage, évaluation et intervention précoces – des problèmes).

## 7.2 Approche SBI ou SBIRT selon la séquence DEPISTAGE (– EVALUATION) – INTERVENTION

Sassi (2015) a cherché à estimer l'impact de diverses politiques publiques sur les effets de la consommation d'alcool sur les dommages, la santé, la productivité, la criminalité et la violence et sur la réduction des dépenses publiques. La simulation informatique a permis d'estimer pour le Canada, la République tchèque et l'Allemagne l'effet que pourrait avoir la mise en œuvre de différentes politiques. L'auteur a étudié l'effet d'un **dépistage** dans le cadre des soins de base **suivi d'une intervention brève** ciblée sur les consommateurs et consommatrices d'alcool à haut risque. Autrement dit, il n'a pas examiné l'approche globale d'IP selon la séquence selon la séquence REPERAGE (des signes resp. manifestations) – EVALUATION – INTERVENTION, mais selon l'approche SBI (*Screening and Brief Intervention*).

La simulation a montré qu'en termes de DALYs (années de vie ajustées sur l'incapacité), les **interventions brèves** donnent le meilleur résultat dans le temps pour les trois pays considérés. Par contre, les interventions brèves, tout comme le traitement des dépendances, sont plus coûteuses à implémenter que les autres mesures de prévention incluses dans le modèle (mesures structurelles, interventions sur le lieu de travail, interventions dans le *setting* scolaire). En ce qui concerne le rapport coût/bénéfice, il n'est positif que pour la République tchèque, où les cas de dépendance qui seraient évités sont très nombreux, tandis que pour l'Allemagne et le Canada les coûts de mise en œuvre des interventions brèves seraient supérieurs à la diminution des dépenses de soins de santé. Dans le modèle, les mesures structurelles (taxes sur le volume d'alcool, prix minimum, restrictions en matière de publicité) sont les interventions qui présentent le meilleur rapport coût/bénéfice. Dans les trois pays néanmoins, il a pu être estimé que l'approche SBI permettrait d'entraîner une réduction des coûts de santé plus significative que le traitement des dépendances.

Une étude sur le rapport coûts/bénéfices des interventions visant à prévenir les maladies liées à l'alcool en Australie (Cobiac et al., 2009) a donné des résultats très similaires à ceux de Sassi. Dans leur modèle les **interventions brèves** effectuées dans le cadre d'une visite médicale chez un médecin généraliste ont un rapport coût/bénéfice négatif. Il convient toutefois de souligner que leur effet en termes de DALYs<sup>27</sup> évités est bon et que le rapport coût/bénéfice s'améliore lorsque la mise en œuvre d'interventions brèves suit celle de mesures structurelles (taxe sur le volume d'alcool, interdiction de publicité et augmentation de l'âge légal).

Il faut toutefois rester attentif au fait que la rentabilité des différentes interventions est fondamentalement dépendante de l'environnement dans lequel elles sont implantées (Allen, 2011). Les variables démographiques, les conditions du marché du travail ainsi que les infrastructures locales sont par exemple des facteurs contextuels importants, qui jouent un rôle significatif dans l'évaluation des coûts et des bénéfices d'une intervention. De ce fait, les analyses issues des pays voisins ne peuvent pas être généralisées au contexte suisse mais nous permettent d'imaginer des pistes d'action, en nous rappelant la nécessité de mener des évaluations rigoureuses afin de pouvoir mener une évaluation à notre échelle. Quoi qu'il en soit, une analyse des coûts-bénéfices – qui traduit les coûts et l'impact de politiques ou de programmes en mesure financière – nécessite une délimitation claire de l'objet ainsi que de recourir à des standards spécifiques pour améliorer la précision des estimations (Allen, 2011).

---

<sup>27</sup> Disability-adjusted life year (DALY) ou années de vie ajustées sur l'incapacité Indicateur estimé en combinant un nombre d'années de vie perdues dues à une mortalité anticipée et un nombre d'années de vie en incapacité dues à une pathologie non mortelle ou mortelle après un certain nombre d'années d'incapacité.



## 8 Synthèse et discussion

### 8.1 Constats relatifs à la définition de l'approche d'IP

#### 8.1.1 Définition(s) de l'approche d'IP en Suisse

Au moment de définir les contours de l'objet d'étude des recherches de littérature dédiées à l'efficacité de l'approche d'IP et à ses coûts-bénéfices, à savoir l'approche d'IP, la Charte d'IP de 2016 (Avenir Suisse, 2016a, b, c), ainsi que le Concept IP, qui inclut notamment le Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP et son glossaire, ainsi que des Définitions de l'approche d'IP (OFSP, 2019a, b, d) ont constitué les documents de référence. Il est alors apparu qu'il n'existe pas pour l'heure en Suisse de définition uniforme de cette approche, comme l'ont souligné avant nous les auteur-e-s de l'analyse de situation d'INTERFACE (La Mantia et al., 2018).

De notre point de vue, les nuances constatées entre les versions linguistiques de la Charte de 2016 ainsi que ce que nous avons perçu comme un manque de clarté quant à l'articulation entre la Charte, le Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP et les Définitions, permettent des compréhensions différentes des quatre phases de l'approche d'IP par les professionnel-le-s amené-e-s à mettre en place et à mener des activités dans le domaine de l'IP, et ceci selon leur contexte d'intervention. Ces compréhensions possiblement différentes ont trait aussi bien à l'approche globale d'IP dans l'**entier de la séquence REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION** (et du dispositif qu'elle implique) que plus spécifiquement à la **phase de REPERAGE**, qui comptent selon nous parmi les principaux apports de l'approche d'IP en comparaison aux mesures de prévention sélectives et indiquées<sup>28</sup>. Autrement dit, il s'agirait selon nous de clarifier la position resp. les apports spécifiques de l'approche d'IP dans le paysage de la prévention sélective et indiquée, et aussi par rapport à celui de la prévention secondaire et tertiaire.

#### 8.1.2 Définition(s) de l'approche d'IP dans la littérature scientifique internationale (peer-reviewed)

Dans la littérature scientifique internationale anglophone, bien que celle-ci fasse souvent explicitement référence à la notion d'intervention précoce (*early intervention*), sa définition reste parfois floue, voire inexistante dans certains cas. De plus, le terme « précoce » fait fréquemment référence à des interventions menées tôt dans la vie (chez les enfants, les adolescent-e-s et les jeunes adultes, donc une population jeune), et non au fait d'intervenir tôt par rapport à l'évolution du problème (constat également tiré par l'EMCDDA, 2017).

Par ailleurs, les termes « (repérage et) intervention précoce » [*early (detection and) intervention*] y sont assimilés à des éléments à la fois hétérogènes et différents de l'approche d'IP. Ils font par exemple souvent référence à « l'intervention brève » (voir sous-chapitre 2.2). Or, l'approche globale en plusieurs phases de l'IP ne se réduit pas à une intervention. Autre exemple : dans la littérature scientifique anglophone il n'y a souvent pas de distinction claire entre les interventions précoces (au sens d'intervenir tôt par rapport à l'évolution du problème) et les interventions de prévention, qu'elles soient sélectives ou indiquées, ces dernières pouvant être définies comme de l'intervention précoce et vice versa.

---

<sup>28</sup> « Selon le groupe cible ou l'ampleur et l'évolution du risque, on opère une distinction, en particulier dans le contexte de la prévention des addictions, entre la prévention universelle (qui s'adresse à l'ensemble ou à une grande partie de la population), la prévention sélective (qui cible des groupes qui, selon des prédicteurs pertinents, présentent un risque accru) et la prévention indiquée (qui cible les personnes dont le comportement à risque est manifeste). » (OFSP, 2019b, page 9).

Enfin, il est apparu que les termes « (repérage et) intervention précoce » [*early (detection and) intervention*] font souvent référence au 'dépistage' par des instruments de *screening*, le plus souvent dans le milieu médical, et non au 'repérage' comme une attention particulière et une reconnaissance des premières manifestations d'un problème.

## 8.2 Combien de personnes, en Suisse, pourraient profiter d'une approche d'IP ?

Comme illustré par le Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP, l'approche d'IP s'appuie sur la notion de vulnérabilité. Comme il n'est pas possible d'estimer le nombre de personnes qui, en Suisse, se trouvent en situation de vulnérabilité (Delgrande Jordan & Wicki, 2018), l'option alternative adoptée a été d'estimer, sur la base des données de l'ESS 2017 et de quelques sources de données complémentaires, la prévalence de certains **facteurs de risque** en tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition de problèmes (dont les signes pourraient être repérés dans le cadre de l'approche d'IP). Par ailleurs, il a été possible d'estimer le nombre de personnes qui, en Suisse, présentent des **consommations de substances psychoactives à risque resp. un manque d'activité physique resp. une mauvaise santé psychique**, ceci comme approximation des signes de problèmes qui pourraient être repérés et évalués comme avérés ou non dans le cadre de l'approche d'IP.

Évidemment, les approximations calculées sont étroitement conditionnées par la disponibilité des données populationnelles représentatives sur les champs thématiques étudiés et les facteurs associés, ce qui souligne l'importance de la production générale et régulière de données statistiques et épidémiologiques en matière de santé (Observatoire de la santé, 2020).

Qu'il s'agisse des facteurs de risque ('prédicteurs') ou des problèmes dans les différents champs thématiques, les estimations indiquent des prévalences se situant entre quelques dizaines de milliers et plus d'un million de personnes âgées de 15 ans et plus. Même en considérant uniquement les seuils de risque les plus élevés, les estimations indiquent des effectifs très élevés de personnes qui, en Suisse, **pourraient ou auraient pu profiter de l'approche d'IP**, sans que l'on puisse opérer une distinction entre ces deux groupes de personnes. En effet, les prévalences des problèmes ne disent rien du stade d'évolution du problème chez les personnes concernées. Si l'on se réfère au Modèle multifactoriel d'identification des risques pour l'IP (voir point 2.1.4.2), il peut s'agir par exemple tout aussi bien de personnes ayant adopté le comportement à risque depuis peu (situation toute indiquée pour un repérage précoce par rapport à l'évolution du problème) que de personnes chez qui le comportement est installé depuis un certain temps et qui ont développé des problèmes consécutifs (dans ce cas l'approche d'IP n'est plus indiquée). Ces ordres de grandeur très élevés illustrent dès lors surtout l'importance de pouvoir appuyer l'approche d'IP sur la promotion d'un environnement favorable à la santé (base de la Pyramide de l'IP) et par conséquent, la nécessité, en amont, de réduire les facteurs de risque et développer les facteurs de protection par des mesures et actions de prévention efficaces qui visent à prévenir l'apparition des (premières manifestations des) problèmes.

## 8.3 Constats relatifs à l'efficacité resp. aux coûts-bénéfices de l'approche d'IP

### 8.3.1 Les résultats des recherches de littérature

Les résultats de la recherche de littérature internationale dédiée à l'efficacité resp. aux coûts-bénéfices de l'approche d'IP montre que la littérature scientifique reste pauvre dans ce domaine, constat partagé par d'autres auteur-e-s (par exemple Fabian, 2020 ; Morel & Goutte, 2015).

La recherche de littérature quasi systématique n'a permis de retenir aucun article dont l'objet d'étude d'évaluation correspondait à notre définition opérationnelle de l'approche d'IP, à savoir à la séquence **REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION**. Autrement dit, aucun article n'a pu être identifié concernant l'efficacité de l'approche globale d'IP (et du dispositif qu'elle implique de mettre en place) ainsi que sur ses coûts/bénéfices lorsque la phase de repérage consiste en l'observation et la reconnaissance de signes d'appel resp. de premières manifestations d'un problème<sup>29</sup>. La littérature initialement repérée apportait des évidences scientifiques sur l'efficacité d'outils d'évaluation et d'interventions spécifiques (le plus souvent l'intervention brève) qui pourraient s'inscrire dans les dernières phases de cette approche, mais pas sur un dispositif couvrant l'entier de la séquence. Ce constat se trouve d'ailleurs renforcé par les conclusions de l'expertise sur l'efficacité de la prévention des addictions récemment mise à jour par Bühler et collègues (2020) et publiée alors que les travaux de rédaction du présent rapport étaient en cours. En effet, cette expertise ne fait état d'aucune étude ayant évalué l'approche globale d'IP selon la séquence **REPERAGE – EVALUATION – INTERVENTION**<sup>30</sup>.

L'absence d'évidences scientifiques concernant l'efficacité de l'approche d'IP ne doit toutefois pas être confondue avec une absence d'efficacité. Car cela aussi la recherche de la littérature n'a pas permis de le montrer. En revanche, on peut dire que l'on ne dispose pas à ce jour d'évidences scientifiques pour statuer sur l'efficacité ou l'inefficacité de l'approche globale d'IP selon notre définition opérationnelle (et selon la Charte de 2016 et le Concept IP). Cette absence de preuves de l'efficacité de l'approche d'IP s'est en outre (logiquement) ressentie au niveau de la recherche de littérature consacrée à ses coûts-bénéfices par rapport aux coûts associés aux risques qu'elle permet d'éviter, qui s'est également révélée infructueuse. Au vu de ces éléments, l'étape 3 du projet, qui devait examiner de manière critique l'ensemble des éléments rassemblés (littérature et données statistiques) afin d'établir un argumentaire de « pour » et de « contre » devant servir de cadre de référence pour estimer le bien-fondé d'un investissement dans l'approche d'IP n'a pas pu être réalisée.

En revanche, surtout s'agissant du champ thématique de la consommation d'alcool, nous avons trouvé des évidences de l'efficacité de la séquence **DEPISTAGE – EVALUATION – INTERVENTION**. Il s'agit en effet des démarches globales telles que le *SBI (Screening and Brief Intervention)* ou *SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment)*, qui s'apparentent à l'approche d'IP mais dans le cadre desquelles les termes « intervention précoce » font généralement référence à des stratégies de dépistage (*screening*) en milieu médical, à une intervention brève voire à l'orientation vers les traitements pour les problématiques de consommation à risque, et non au 'repérage' comme une attention particulière et une reconnaissance des premières manifestations d'un problème. Les obstacles rencontrés lors de l'implémentation de démarches relevant du *SBI* ou *SBIRT*, notamment liés aux attitudes des professionnel-le-s et/ou des bénéficiaires vis-à-vis de l'approche, ainsi que les possibilités de les atténuer sont néanmoins autant d'enseignements pouvant servir à la mise en place et à l'efficacité de dispositifs relevant de l'approche d'IP.

Tous ces résultats soulignent la nécessité de prévoir, lors de la conception et avant la mise en place d'un dispositif relevant de l'approche d'IP, une phase évaluative qui devra permettre d'analyser son action et d'apporter des données objectives sur son efficacité à court et long termes<sup>31</sup>. Il importe en effet d'étudier scientifiquement l'efficacité des activités destinées à promouvoir la santé et à prévenir ou atténuer les problèmes de santé au sein de la population (Observatoire de la santé, 2020). Dans cette optique, la phase

<sup>29</sup> Cela étant, il est important de préciser que compte tenu des défis qui accompagnent la définition de l'approche d'IP en Suisse et dans la littérature internationale, on ne peut complètement exclure que des activités concrètes de prévention ayant fait l'objet d'une évaluation d'impact dont les résultats ont été publiés aient échappé à notre processus de sélection de la littérature, quand bien même elles correspondaient à l'approche d'IP. Ceci du fait, par exemple, qu'une tout autre terminologie aurait été utilisée.

<sup>30</sup> Ceux-ci montrent par contre pour le *setting* étudiant une certaine efficacité préventive à long terme des interventions qui consistent tout d'abord à un *screening* (par exemple au moyen du test AUDIT) suivi d'une intervention au sens d'un entretien motivationnel sur la consommation d'alcool et les problèmes associés.

<sup>31</sup> Et non pas seulement une évaluation de processus, une enquête de satisfaction ou une analyse des besoins.

de REPERAGE mérite une attention toute particulière, car elle constitue selon nous l'un des principaux apports de l'approche d'IP en comparaison aux mesures de prévention sélective et indiquée. Si la recherche de littérature a permis de trouver (sans finalement les retenir) de nombreuses évidences scientifiques de l'efficacité d'outils d'évaluation et d'interventions spécifiques, elle n'a en revanche pas permis de trouver des preuves de l'efficacité de la phase de 'repérage' en tant que perception et reconnaissance des signes d'appel resp. des signes de premières manifestations d'un problème.

### 8.3.2 Les défis liés à l'évaluation de la prévention

Dans le préambule du Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Kölner Klausurwoche 2014 (ExpertInnengruppe Kölner Klausurwoche, 2014, page 4), la prévention basée sur les évidences scientifiques est définie ainsi: « Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis. Evidenz in der Suchtprävention ergibt sich demnach aus der Integration von wissenschaftlich generierter Evidenz, dem Erfahrungswissen aus der Praxis und dem subjektiven Wissen der Zielgruppen. Evidenzbasierte Suchtprävention ist dementsprechend nicht gleichzusetzen mit der Erstellung von Wirksamkeitsnachweisen. »

Comme l'approche d'IP se veut à la fois globale, interdisciplinaire et inclusive, et compte tenu de la dimension communautaire de celle-ci et des formes très variées qu'elle peut revêtir sur le terrain, le constat d'un manque d'évidences scientifiques quant à son efficacité n'est pas vraiment surprenant. La difficulté d'évaluer cette approche tient en effet au compromis à trouver entre une standardisation satisfaisante du protocole de recherche pour répondre aux *gold-standards* des évaluations d'impact (par exemple *RCT*<sup>32</sup>) et l'adaptation du protocole aux aléas, particularités et besoins du terrain (Morel & Goutte, 2015). De fait, la transposition dans les domaines complexes de la prévention et de la promotion de la santé de standards d'évaluation issus du monde médical n'est pas aisée. Ceci explique probablement pourquoi les publications que nous avons finalement pu retenir au terme des recherches de littérature proviennent du domaine médical, qui présentent des avantages notamment structurels pour la réalisation d'études d'évaluation d'impact.

En l'absence d'efficacité validée par des données probantes (*evidence-based*), on peut pour l'instant se tourner vers la notion d'intervention 'prometteuse', c'est-à-dire basée sur des évaluations autres que d'impact (donc par exemple de processus) et sur des connaissances résultant d'un processus déductif qui consiste à appliquer des connaissances théoriques solides à une action ou démarche donnée (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Et, en effet, dans la littérature grise examinée, l'approche d'IP est parfois définie comme une méthode prometteuse. Pour aboutir à cette conclusion, disposer d'une documentation étayée des fondements théoriques de l'approche tout comme d'une définition uniforme de celle-ci sont toutefois des conditions indispensables. Or, l'ancrage théorique de l'approche est apparu peu documenté dans la littérature grise dédiée, constat partagé par Fabian (2020), qui thématise de surcroît les implications des fondements juridiques de l'approche d'IP en Suisse.

---

<sup>32</sup> Dans la recherche scientifique, les essais contrôlés randomisés (*RCT*) se présentent comme la norme d'excellence méthodologique pour évaluer l'efficacité d'une intervention.

## 9 Bibliographie

### 9.1 Bibliographie 1 – Littérature hors recherches de la littérature scientifique

- Al Kurdi, C., Carrasco, K. & Savary, J.-F. (2010). Intervention précoce. Accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Groupement Romand d'Etude des Addictions. [http://www.interventionprecoce.ch/documents/pdf/brochure\\_IP.pdf](http://www.interventionprecoce.ch/documents/pdf/brochure_IP.pdf)
- Archimi, A., & Delgrande Jordan, M. (2013). Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse (Rapport de recherche No 67). Lausanne: Addiction Suisse.
- Avenir social et al. (2016a). Charta Früherkennung und Frühintervention. [https://www.radix.ch/files/D7Q8MPV/charta\\_fruherkennung\\_und\\_fruhintervention\\_2016.pdf](https://www.radix.ch/files/D7Q8MPV/charta_fruherkennung_und_fruhintervention_2016.pdf) accédé le 28 août 2020
- Avenir social et al. (2016b). Charte de l'intervention précoce. [https://www.infodrog.ch/files/content/ff-fr/charta-f\\_f\\_arbeitsgruppe-charta-frueherkennung-und-fruehintervention\\_fr\\_2016-11.pdf](https://www.infodrog.ch/files/content/ff-fr/charta-f_f_arbeitsgruppe-charta-frueherkennung-und-fruehintervention_fr_2016-11.pdf) accédé le 28 août 2020
- Avenir social et al. (2016c). Carta rilevamento e intervento precoce. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/npp/kinder-und-jugend/f-f-charta.pdf.download.pdf/1601103\\_F%20F%20Charta%20neu\\_frz.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/npp/kinder-und-jugend/f-f-charta.pdf.download.pdf/1601103_F%20F%20Charta%20neu_frz.pdf) accédé le 29 octobre 2020
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press.
- Baeriswyl, P. & Barras Duc, S. (2020). Früherkennung und Frühintervention (F+F) im Fokus der Lebensphasen. SuchtMagazin, 5, 38-43.
- Bantuelle, M. & Demeulemeester, R. (2008). Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire. Saint-Denis : INPES.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). Basic epidemiology. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Bühler, A., Thruhl, J. & Gomes de Matos, E. (2020). Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der «Expertise zur Suchtprävention 2013» (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Band 52). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Delgrande Jordan & Wicki, M (2018). Vulnerable Jugendliche: Definition und statistische Daten aus der Schweiz. SuchtMagazin, 3, 50-56.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Action (2017) - TECHNICAL REPORT. Implementation of drug-, alcohol- and tobacco-related brief interventions in the European Union Member States, Norway and Turkey. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Action (2016) – EMCDDA PAPERS. Emergency department-based brief interventions for individuals with substance-related problems: a review of effectiveness. Lisbon: EMCDDA.
- Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln. [https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder\\_zu\\_Pressemitteilungen/ab\\_2014/KoelnerMemorandum\\_EBSP2\\_014.pdf](https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/KoelnerMemorandum_EBSP2_014.pdf)
- Fabian, C. (2020). F+F : Prävention zwischen Unterstützung und Kontrolle. SuchtMagazin, 4, 25-30.
- Fachverband Sucht & BAG. (2008). Jüenliche richtig anpacken – Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen. Zürich: Fachverband Sucht. [https://fachverbandsucht.ch/download/791/Handbuch\\_Jugendliche\\_richtig\\_anpacken\\_FF\\_bei\\_gefhrdeten\\_Jugendlich.pdf](https://fachverbandsucht.ch/download/791/Handbuch_Jugendliche_richtig_anpacken_FF_bei_gefhrdeten_Jugendlich.pdf)
- Girod, I., Richter, F. & Savary, J.-F. (2012). Mais où est passée notre jeunesse ? Adolescence, addictions, médias électroniques et intervention précoce. Yverdon-les-Bains : Association Romande et Tessinoise des Institutions sociales. [https://www.grea.ch/sites/default/files/artias\\_dossier\\_du\\_mois\\_sept\\_2012.pdf](https://www.grea.ch/sites/default/files/artias_dossier_du_mois_sept_2012.pdf)

- Hafen, M. (2017). Evidenzbasierte und wirkungsorientierte Cannabisprävention – Ein Rahmenmodell in Theorie und Praxis. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hüsler, G. (2008) Intégration sociale, état psychique et consommation de substances. Résultats des études d'intervention et de cohorte supra-f. In Meili, B. Qu'avons-nous appris ? > 10 ans de supra-f. Acquis et perspectives pour l'intervention précoce. Berne. Infodrog. Pages 6-27.
- Kläusler-Senn, C.S., Bachmann, A., Fabian, C. (2011). Oltner-Charta. SuchtMagazin, 5, 42-43.
- König, M. Bachmann, A. & Hoppler, J. (2020). *Le modèle de facteurs de risque pour le repérage et l'intervention précoces*. Berne : Infodrog. Accédé le 17.08.2020
- La Mantia, A., Ritz, M. & Oetterli, M. (2018). Situationsanalyse Früherkennung und Frühintervention innerhalb NCD /Sucht. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Luzern: Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Marmet, S., Notari L., Gmel, G. (2015). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft Internetnutzung und problematische Internetnutzung in der Schweiz im Jahr 2015, Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Morel, A. (2015). Bases d'une politique de prévention de l'addiction. Dans M. Reynaud, A. Benyamina, & L. Karila (Éds.), *Traité d'addictologie* (p. 228-233). Paris : Lavoisier.
- Morel, A. & Goutte, S. (2015). Intervention précoce. In A. Morel, J.-P. Couteron & P. Fouilland (Eds.), *Aide-mémoire - Addictologie en 49 notions* (2e édition, pp. 264-274). Paris: Dunod, pages 517-531.
- Mösch Payot, P. & Rosch, D. (2009). Früherkennung und Frühintervention bei Jugendlichen: Rechtsgrundlagen für Schulen und Gemeinden. Überblick über Rechtsfragen im Verhältnis zwischen Kindern, Eltern, Schule und verschiedenen Behörden. Hochschule Luzern.
- Neuenschwander, M., & Wilhelm, C. (2015). *Intervention précoce dans les écoles et les communes: l'essentiel*. Zürich/Berne/Lucerne/Lausanne : RADIX – Fondation suisse pour la santé.
- Notari, L., Delgrande Jordan, M. Schmidhauser, V., Mathieu, T. & Stucki, S. (2021a). *Intervention précoce (IP) : Expertise sur l'efficacité de l'approche d'IP et population vulnérable en Suisse. Volume 1. Tableaux statistiques sur les facteurs de risque*. Addiction Suisse : Lausanne.
- Notari, L., Delgrande Jordan, M. Schmidhauser, V., Mathieu, T. & Stucki, S. (2021b). *Intervention précoce (IP) : Expertise sur l'efficacité de l'approche d'IP et population vulnérable en Suisse. Volume 2. Tableaux statistiques sur les problèmes*. Addiction Suisse : Lausanne.
- Observatoire de la santé (2020). *Réflexions et perspectives*. In : Observatoire de la santé (Eds.) *La santé en Suisse : enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020*. Neuchâtel : Observatoire de la santé, pages 328-338.
- O'Donnell & al. (2014). From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Front Psychiatry*. 2014;5:113. Published 2014 Aug 28. doi:10.3389/fpsy.2014.00113
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2019a). *Intervention précoce centrée sur les phases de vie : une approche globale*. Liebfeld : Office fédéral de la santé publique (OFSP). [https://www.radix.ch/media/2fxfgs2b/concept\\_strategique\\_ip\\_ip\\_centree\\_sur\\_les\\_phases\\_de\\_vie\\_une\\_approch\\_e\\_globale.pdf](https://www.radix.ch/media/2fxfgs2b/concept_strategique_ip_ip_centree_sur_les_phases_de_vie_une_approch_e_globale.pdf)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2019b). *Intervention précoce centrée sur les phases de vie : une approche globale. Annexe 'Modèle multifactoriel d'identification des risques'*. Liebfeld : Office fédéral de la santé publique (OFSP). [https://www.radix.ch/media/o4ubbcpi/concept\\_strategique\\_ip\\_annexe\\_modele\\_multifactoriel\\_didentification\\_des\\_risques.pdf](https://www.radix.ch/media/o4ubbcpi/concept_strategique_ip_annexe_modele_multifactoriel_didentification_des_risques.pdf)

- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2019c). Intervention précoce centrée sur les phases de vie : une approche globale. Annexe 'Plan de mesures'. Liebfeld : Office fédéral de la santé publique (OFSP). [https://www.radix.ch/media/35nnnn3b/concept\\_strategique\\_ip\\_annexe\\_plan\\_de\\_mesures.pdf](https://www.radix.ch/media/35nnnn3b/concept_strategique_ip_annexe_plan_de_mesures.pdf)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2019d). Intervention précoce centrée sur les phases de vie : une approche globale. Annexe 'Intervention précoce : définitions'. Liebfeld : Office fédéral de la santé publique (OFSP). [https://www.radix.ch/media/4o2g05ca/concept\\_strategique\\_ip\\_annexe\\_definitions.pdf](https://www.radix.ch/media/4o2g05ca/concept_strategique_ip_annexe_definitions.pdf)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). (2016). Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024. Berne: OFSP / CDS.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2015). Stratégie nationale Addictions 2017–2024. Berne: OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) (2004). Ecole et cannabis. Règles, mesures et détection précoce. Guide à l'intention des enseignants et des établissements. Berne: OFSP.
- Office fédéral de la santé statistique (OFS). (2018). Enquête suisse sur la santé - Fiche signalétique. Accédé le 6.12.2020. Neuchâtel: OFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.assetdetail.7365.html>
- Suris, J. C., Berchtold, A., Jeannin, A., & Michaud, P.-A. (2006). Jeunes vulnérables en Suisse: faits et données. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

## 9.2 Bibliographie 2 – Littérature scientifique sur les facteurs de risque

- Adan, A., Forero, D. A., & Navarro, J. F. (2017). Personality Traits Related to Binge Drinking : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 134. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00134>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2014). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses : A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Allen, L., Williams, J., Townsend, N., Mikkelsen, B., Roberts, N., Foster, C., & Wickramasinghe, K. (2017). Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries : a systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(3), e277-e289. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30058-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30058-x)
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., & Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors?. *Occupational medicine*, 65(2), 117-121.
- An, R., Yang, Y., Hoschke, A., Xue, H., & Wang, Y. (2017). Influence of neighbourhood safety on childhood obesity : a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity Reviews*, 18(11), 1289-1309. <https://doi.org/10.1111/obr.12585>
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Barnett, I., Guell, C., & Ogilvie, D. (2012). The experience of physical activity and the transition to retirement : a systematic review and integrative synthesis of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 97. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-97>
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., Martin, B. W., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *The lancet*, 380(9838), 258-271. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60735-1)
- Benton, P. M., Skouteris, H., & Hayden, M. (2015). Does maternal psychopathology increase the risk of pre-schooler obesity ? A systematic review. *Appetite*, 87, 259-282. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.227>
- Biddle, S. J. H., Bengoechea García, E., Pedisic, Z., Bennie, J., Vergeer, I., & Wiesner, G. (2017). Screen Time, Other Sedentary Behaviours, and Obesity Risk in Adults : A Review of Reviews. *Current Obesity Reports*, 6(2), 134-147. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0256-9>
- Blosnich, J., Lee, J. G. L., & Horn, K. (2011). A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. *Tobacco Control*, 22(2), 66-73. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050181>
- Bos, J., Hayden, M. J., Lum, J. A. G., & Staiger, P. K. (2019). UPPS-P impulsive personality traits and adolescent cigarette smoking : A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.018>
- Brady, J., Iwamoto, D. K., Grivel, M., Kaya, A., & Clinton, L. (2016). A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. *Addictive Behaviors*, 62, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.005>
- Brisola-Santos, M. B., Gallinaro, J. G., Gil, F., Sampaio-Junior, B., Marin, M. C. D., de Andrade, A. G., Richter, K. P., Glick, I. D., Baltieri, D. A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2016). Prevalence and correlates of cannabis use among athletes- A systematic review. *The American Journal on Addictions*, 25(7), 518-528. <https://doi.org/10.1111/ajad.12425>
- Canadas-De la Fuente, G., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses : A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... & Kaess, M. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1-13. <https://doi.org/10.1159/000337971>



- Castaldelli-Maia, J. M., & Bhugra, D. (2014). Investigating the interlinkages of alcohol use and misuse, spirituality and culture – Insights from a systematic review. *International Review of Psychiatry*, 26(3), 352-367. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.899999>
- Chuang, C.-H., Tseng, P.-C., Lin, C.-Y., Lin, K.-H., & Chen, Y.-Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals. *Medicine*, 95(50), e5629. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000005629>
- Condello, G., Puggina, A., Aleksovskaja, K., Buck, C., Burns, C., Cardon, G., Carlin, A., Simon, C., Ciarapica, D., Coppinger, T., Cortis, C., D'Haese, S., De Craemer, M., Di Blasio, A., Hansen, S., Iacoviello, L., Issartel, J., Izzicupo, P., Jaeschke, L., & Boccia, S. (2017). Behavioral determinants of physical activity across the life course : a “DEterminants of DIet and Physical ACTivity” (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 58-81. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0510-2>
- Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Wylie, S. A., Frazier, A. L., & Austin, S. B. (2010). *Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of U.S. adolescents. Addictive Behaviors*, 35(5), 517–521. doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.019
- Danese, A., & Tan, M. (2013). Childhood maltreatment and obesity : systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 544-554. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.54>
- Delgrande Jordan, M. (2020). Les écrans, Internet et les réseaux sociaux - Résultats de l'enquête « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) 2018 (Rapport de recherche No 114). Lausanne: Addiction Suisse.
- Delgrande Jordan, M., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Schneider, E. (2019). Eine explorative Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und Merkmalen 11- bis 15-jähriger Jugendlicher in der Schweiz - Ergebnisse der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 (Forschungsbericht Nr. 105). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., & Heise, L. (2013). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women : a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
- Duriancik, D. M., & Goff, C. R. (2019). Children of single-parent households are at a higher risk of obesity : A systematic review. *Journal of Child Health Care*, 23(3), 358-369. <https://doi.org/10.1177/1367493519852463>
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use : A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207, 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030>
- Elshahat, S., O'Rourke, M., & Adlakha, D. (2020). Built environment correlates of physical activity in low- and middle-income countries : A systematic review. *PLOS ONE*, 15(3), e0230454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230454>
- Emiliussen, J., Nielsen, A. S., & Andersen, K. (2017). Identifying Risk Factors for Late-Onset (50+) Alcohol Use Disorder and Heavy Drinking : A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 52(12), 1575-1588. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293102>
- Fransson, E. I., Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P., Vaananen, A., Virtanen, M., Vahtera, J., Theorell, T., Suominen, S., Singh-Manoux, A., Siegrist, J., Sabia, S., Rugulies, R., Pentti, J., Oksanen, T., Nordin, M., Nielsen, M. L.,... Kivimäki, M. (2012). Job Strain as a Risk Factor for Leisure-Time Physical Inactivity : An Individual-Participant Meta-Analysis of Up to 170,000 Men and Women : The IPD-Work Consortium. *American Journal of Epidemiology*, 176(12), 1078-1089. <https://doi.org/10.1093/aje/kws336>
- Freedmann & al. (2012). Smoking Initiation Among Young Adults in the United States and Canada, 1998-2010: A Systematic Review. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110037>
- Freedman, K. S., Nelson, N. M., & Feldman, L. L. (2013). Smoking Initiation Among Young Adults in the United States and Canada, 1998-2010 : A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*, 37. <https://doi.org/10.5888/pcd9.110037>
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M., & Dunlap, S. (2013). Minority Stress and Substance Use in Sexual Minority Adolescents : A Meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350-363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>

- Gómez-Urquiza, J., Aneas-López, A., Fuente-Solana, E., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. (2015). Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses : A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104-E120. <https://doi.org/10.1188/16.onf.e104-e120>
- Gómez-Urquiza & al. (2016). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study. <https://doi.org/10.1002/nur.21774>
- Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Fernández-Castillo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2016). Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals : A Meta-Analytic Study. *Research in Nursing & Health*, 40(2), 99-110. <https://doi.org/10.1002/nur.21774>
- Groenman, A. P., Janssen, T. W. P., & Oosterlaan, J. (2017). Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse : A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556-569. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.004>
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current drug abuse reviews*, 4(1), 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Heris, C. L., Chamberlain, C., Gubhaju, L., Thomas, D. P., & Eades, S. J. (2019). Factors Influencing Smoking Among Indigenous Adolescents Aged 10–24 Years Living in Australia, New Zealand, Canada, and the United States : A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 32. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz219>
- Hildebrand, M., Øglund, G. P., Wells, J. C., & Ekelund, U. (2016). Prenatal, birth and early life predictors of sedentary behavior in young people : a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 63-75. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0389-3>
- Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & van den Bree, M. B. M. (2012). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*, 108(3), 487-496. <https://doi.org/10.1111/add.12055>
- Hussong, A. M., Ennett, S. T., Cox, M. J., & Haroon, M. (2017). A systematic review of the unique prospective association of negative affect symptoms and adolescent substance use controlling for externalizing symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(2), 137-147. <https://doi.org/10.1037/adb0000247>
- Jiang, F., Li, S., Pan, L., Zhang, N., & Jia, C. (2014). Association of anxiety disorders with the risk of smoking behaviors : A meta-analysis of prospective observational studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.022>
- Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2018). Burnout in French physicians : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 132-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214-2240. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062214>
- Koo, H. J., & Kwon, J.-H. (2014). Risk and Protective Factors of Internet Addiction : A Meta-Analysis of Empirical Studies in Korea. *Yonsei Medical Journal*, 55(6), 1691. <https://doi.org/10.3349/ymj.2014.55.6.1691>
- Koskinen, J., Lohonen, J., Koponen, H., Isohanni, M., & Miettunen, J. (2010). Rate of Cannabis Use Disorders in Clinical Samples of Patients With Schizophrenia : A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1115-1130. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp031>
- Kuerbis, A., & Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: a review. *Addictive behaviors*, 37(5), 587-595. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.022>
- Lam, L. T. (2014). Risk Factors of Internet Addiction and the Health Effect of Internet Addiction on Adolescents : A Systematic Review of Longitudinal and Prospective Studies. *Current Psychiatry Reports*, 16(11), 508-517. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0508-2>

- Leandro, C. G., Fonseca, E. Viana da Silva da Fonseca., de Lim, C. R., Tchamo, M. E., & Ferreira-e-Silva, W. T. (2019). Barriers and Enablers That Influence Overweight/Obesity/Obesogenic Behavior in Adolescents From Lower-Middle Income Countries : A Systematic Review. *Food and Nutrition Bulletin*, 40(4), 562-571. <https://doi.org/10.1177/0379572119853926>
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 328-341. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006>
- Leonardi-Bee, J., Jere, M. L., & Britton, J. (2011). Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence : a systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 66(10), 847-855. <https://doi.org/10.1136/thx.2010.153379>
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., ... Morse, J. Q. (2008). *Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review*. *Addiction*, 103(4), 546–556. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x
- Martins Pereira, S., Fonseca, A. M., & Sofia Carvalho, A. (2011). Burnout in palliative care : A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317-326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
- Mason, W. A., Stevens, A. L., & Fleming, C. B. (2019). A systematic review of research on adolescent solitary alcohol and marijuana use in the United States. *Addiction*, 115(1), 19-31. <https://doi.org/10.1111/add.14697>
- Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder : A systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(7), 425-444. <https://doi.org/10.1111/pcn.12532>
- M'hiri, K., Costanza, A., Khazaal, Y., Zullino, D. F., & Achab, S. (2015). Problematic internet use in older adults, a critical review of the literature. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6(04). <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000253>
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A., & Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders : a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-123>
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals : A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Parajára, M. . d. o. . C., de Castro, B. M., Coelho, D. B., & Meireles, A. L. (2019). Are neighborhood characteristics associated with sedentary behavior in adolescents ? A systematic review. *International Journal of Environmental Health Research*, 30(4), 388-408. <https://doi.org/10.1080/09603123.2019.1597833>
- Pasman, J. A., Verweij, K. J. H., & Vink, J. M. (2019). Systematic Review of Polygenic Gene–Environment Interaction in Tobacco, Alcohol, and Cannabis Use. *Behavior Genetics*, 49(4), 349-365. <https://doi.org/10.1007/s10519-019-09958-7>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Von Gontard, A., & Popow, C. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(7), 645-659. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- Poorolajal, J., Sahraei, F., Mohamdadi, Y., Doosti-Irani, A., & Moradi, L. (2020). Behavioral factors influencing childhood obesity : a systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(2), 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.03.002>
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses : A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(4), e0195039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Samuel. (2019). Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1111/ecc.13094>
- Schindler, A. (2019). Attachment and Substance Use Disorders—Theoretical Models, Empirical Evidence, and Implications for Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00727>

- Schneider, L. A., King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 321-333. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1556/2006.6.2017.035>
- Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., Bagatini, N. C., Bgeginski, R., & Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 210*, 139-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.050>
- Seo, D.-C., & Huang, Y. (2011). Systematic Review of Social Network Analysis in Adolescent Cigarette Smoking Behavior\*. *Journal of School Health, 82*(1), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00663.x>
- Serra-Pinheiro, M. A., Coutinho, E. S. F., Souza, I. S., Pinna, C., Fortes, D., Araújo, C., Szobot, C. M., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2012). Is ADHD a Risk Factor Independent of Conduct Disorder for Illicit Substance Use ? A Meta-Analysis and Metaregression Investigation. *Journal of Attention Disorders, 17*(6), 459-469. <https://doi.org/10.1177/1087054711435362>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2017). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists : A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology, 74*(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Singh, P., Aulak, D. S., Mangat, S. S., & Aulak, M. S. (2015). Systematic review : factors contributing to burnout in dentistry. *Occupational Medicine, 66*(1), 27-31. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv119>
- Stierlin, A. S., De Lepeleere, S., Cardon, G., Dargent-Molina, P., Hoffmann, B., Murphy, M. H., Kennedy, A., O'Donoghue, G., Chastin, S. F. M., & De Craemer, M. (2015). A systematic review of determinants of sedentary behaviour in youth : a DEDIPAC-study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 12*(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0291-4>
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors, 37*(7), 747-775. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014>
- Suetani, S., Stubbs, B., McGrath, J. J., & Scott, J. G. (2019). Physical activity of people with mental disorders compared to the general population : a systematic review of longitudinal cohort studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54*(12), 1443-1457. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01760-4>
- Thrul, J. (2014). Soziodemografische Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum der Schweizer Bevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publications). Vienna: UNODC.
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., De Hert, M., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder : a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 16*(3), 308-315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Firth, J., Van Damme, T., & Koyanagi, A. (2018). Sedentary behavior and depressive symptoms among 67,077 adolescents aged 12–15 years from 30 low- and middle-income countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*(1), 73-82. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0708-y>
- VanderVeen, J. D., Hershberger, A. R., & Cyders, M. A. (2016). UPPS-P model impulsivity and marijuana use behaviors in adolescents : A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 168*, 181-190. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.016>
- Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders : a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine, 45*(5), 1061-1072. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002165>
- Wellman, R. J., Dugas, E. N., Dutczak, H., O'Loughlin, E. K., Datta, G. D., Lauzon, B., & O'Loughlin, J. (2016). Predictors of the Onset of Cigarette Smoking. *American Journal of Preventive Medicine, 51*(5), 767-778. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003>

- Wirth, K., Klenk, J., Brefka, S., Dallmeier, D., Faehling, K., Roqué i Figuls, M., Tully, M. A., Giné-Garriga, M., Caserotti, P., Salvà, A., Rothenbacher, D., Denking, M., & Stubbs, B. (2017). Biomarkers associated with sedentary behaviour in older adults : A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 35, 87-111. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.002>
- Xu & al. (2019). Access to public transport and childhood obesity: A systematic review. <https://doi.org/10.1111/obr.12987>
- Yap, M. B. H., Cheong, T. W. K., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I., & Jorm, A. F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse : a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*, 112(7), 1142-1162. <https://doi.org/10.1111/add.13785>
- Ziad & al. (2018). Burnout in French physicians: a systematic review and Meta-analysis. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
- Zinc & al. (2020). The relationship between screen-based sedentary behaviors and symptoms of depression and anxiety in youth: a systematic review of moderating variables. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08572-1>

### 9.3 Bibliographie 3 – Littérature scientifique sur l'efficacité et les coûts-bénéfiques de l'approche SBI ou SBIRT

- Allen, A. (2011). Early Interventions: The Next Steps. <https://www.gov.uk/government/publications/early-intervention-the-next-steps--2>
- Barata, I., Shandro, J., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C., Duber, H., Weaver, L., Heins, A., Owen, H., Josephson, E., & Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department : A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1143-1152. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Braxter, B. J., Puskar, K., Mitchell, A. M., Hagle, H., Gotham, H., & Terry, M. A. (2014). Nursing Students' Experiences With Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Substance Use in the Clinical/Hospital Setting. *Journal of Addictions Nursing*, 25(3), 122-129. <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000037>
- Carney, T., & Myers, B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents : findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 7-25. <https://doi.org/10.1186/1747-597x-7-25>
- Clemence, A. J., Balkoski, V. I., Lee, M., Poston, J., Schaefer, B. M., Maisonneuve, I. M., Bromley, N., Lukowitsky, M., Pieterse, P., Antonikowski, A., Hamilton, C. J., Hall, S., & Glick, S. D. (2015). Residents' experience of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) as a clinical tool following practical application : A mixed-methods study. *Substance Abuse*, 37(2), 306-314. <https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1064850>
- Cobiac, L., Vos, T., Doran, C., & Wallace, A. (2009). Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia. *Addiction*, 104(10), 1646–1655. <https://doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02708.x>
- de Barros Junqueira, M. A., Rassool, G. H., dos Santos, M. A., & Pillon, S. C. (2015). The Impact of an Educational Program in Brief Interventions for Alcohol Problems on Undergraduate Nursing Students. *Journal of Addictions Nursing*, 26(3), 129-135. <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000086>
- Ferreira de Paula Gebara & al. (2013). Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: a systematic review Feil, E. G., Small, J. W., Seeley, J. R., Walker, H. M., Golly, A., Frey, A., & Forness, S. R. (2016). Early Intervention for Preschoolers at Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Preschool First Step to Success. *Behavioral Disorders*, 41(2), 95-106. <https://doi.org/10.17988/0198-7429-41.2.95>
- Harris & Yu (2016). Attitudes, perceptions and practice of alcohol and drug screening, brief intervention and referral to treatment: a case study of New York State primary care physicians and non-physician providers
- Haute Autorité de santé. (2014). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte)
- Hohman, M., Kleinpeter, C., & Strohauser, T. (2018). Bringing up what they don't want to talk about: Use of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol misuse and depression in a community college health center. In R. H. Rooney & R. G. Mirick (Eds.), *Strategies for work with involuntary clients* (p. 461–477). Columbia University Press.
- INSERM. (2014). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations*. Paris : INSERM.
- Jiloha, R. C. (2017). Prevention, early intervention, and harm reduction of substance use in adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(1), 111. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.204444>
- Maheux, K. (2014, septembre). *Les pratiques d'intervention précoce en dépendance auprès des adolescents en contexte de première ligne, dont en CSSS [Essai synthèse de Maîtrise, Université de Sherbrooke]*.
- Nilsen. (2010). Brief alcohol intervention—where to from here? Challenges remain for research and practice
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2009). *Doing Better for Children*. Paris: OECD.
- Pilowsky, D. J., & Wu, L.-T. (2013). Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care : A literature review. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2146-2153. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.015>

- SAMHSA. (2011). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral Healthcare. [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper\\_0.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper_0.pdf)
- Santé publique Ontario. (2017). Pleins feux sur : Le dépistage de l'alcool, l'intervention brève et l'aiguillage. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/F/2017/focus-on-sbir.pdf?la=fr>
- Sassi, F. (dir. pub.) (2015), Tackling Harmful Alcohol Use : Economics and Public Health Policy. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., & De La Fuente, J. R. Marcus Grant (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Sommers, M. S., Lyons, M. S., Fargo, J. D., Sommers, B. D., McDonald, C. C., Shope, J. T., & Fleming, M. F. (2013). Emergency Department-Based Brief Intervention to Reduce Risky Driving and Hazardous/Harmful Drinking in Young Adults : A Randomized Controlled Trial. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, n/a. <https://doi.org/10.1111/acer.12142>
- Ssegonja, R., Nystrand, C., Feldman, I., Sarkadi, A., Langenskiöld, S., & Jonsson, U. (2019). Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents : A meta-analysis and meta-regression. *Preventive Medicine*, 118, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.021>
- Sonuga-Barke, E. J. S., Koerting, J., Smith, E., McCann, D. C., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(4), 557-563. <https://doi.org/10.1586/ern.11.39>
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G. & Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry* 3, 280-296.
- Sterling & al. (2015). Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Adolescents in Pediatric Primary Care: A Cluster Randomized Trial.
- Tam, C., Knight, A., & Liaw, S. T. (2016). Alcohol screening and brief interventions in primary care-evidence and a pragmatic practice-based approach. *Australian family physician*, 45(10), 767.
- Tremblay, J., Michaud, P., Brunelle, N., Blanchette-Martin, N. & Lécallier, D. (2015). La DEP-ADO comme élément du processus de repérage, d'intervention brève et d'orientation vers le traitement : expérience québécoise et française. *Actal*, (14), 56-60.

## 10 Annexes

### Annexe 1 : Champs thématiques: sélection des variables de l'ESS 2017 et opérationnalisation

Pour chacun des six champs thématiques, deux à quatre seuils d'analyse ont été retenus pour chaque variable de l'ESS 2017. Sur la base de ces seuils, les niveaux (de risque) qui pourraient faire l'objet de l'approche d'IP sont suggérés. Étant donné que la population cible d'une telle approche peut varier – par exemple selon son âge – pour un même champ thématique parfois deux niveaux de risque ont été définis. Toutefois, pour la consommation de tabac, seul un niveau de risque a été retenu, car tout niveau de consommation est problématique pour la santé (Schane et al., 2010).

#### Consommation d'alcool

Pour l'alcool, deux dimensions de risques pour la santé traités dans le cadre de l'ESS 2017 ont été considérés: a) l'ivresse ponctuelle (*binge drinking*) b) la consommation chronique à risque.

L'**ivresse ponctuelle** correspond à la consommation de : a) pour les femmes : au moins 4 boissons alcoolisées standard en une seule occasion ; b) pour les hommes : 5 boissons alcoolisées standard en une seule occasion. Les seuils retenus sont les suivants : 1) au moins un épisode d'ivresse ponctuelle par mois, seuil qui indique une certaine régularité du comportement qui peut causer des dommages ou mettre en danger l'intégrité et la santé de l'individu. Ce seuil pourrait être la cible d'une IP ; 2) une fréquence d'ivresse ponctuelle moins élevée (moins d'une fois par mois, mais au moins une fois dans l'année écoulée). Dans ce cas le risque existe surtout pour les plus jeunes, même s'il est sporadique. Ce seuil peut être pris en compte pour une approche d'IP si on souhaite minimiser le risque d'accident (de la route, au travail, etc.) ou si l'on veut éviter que le comportement ne devienne plus fréquent ; 3) l'abstinence et l'absence d'épisode d'ivresse ponctuelle au cours des 12 mois précédant l'enquête.

En ce qui concerne la **consommation chronique à risque**, les critères proposés par l'OMS pour l'opérationnalisation<sup>33</sup> dans le cadre d'études épidémiologiques (WHO, 2000) pour la quantité moyenne quotidienne consommée ont été utilisés. Les seuils retenus sont les suivants : 1) l'abstinence ; 2) Le risque faible : à savoir une quantité quotidienne moyenne allant jusqu'à 40 grammes d'alcool pur (hommes) ou 20 grammes d'alcool pur (femmes). Ce seuil peut être pris en compte pour une approche d'IP si les risques pour la santé doivent être minimisés au maximum. 3) le risque moyen ou élevé, qui est représenté par des quantités moyennes plus élevées. Ce niveau pourrait être considéré comme la cible principale de l'IP.

#### Consommation de tabac

En ce qui concerne la consommation de tabac, il a été décidé de dichotomiser le niveau de consommation entre un "niveau problématique" (fumeurs quotidiens ou occasionnels) et un "niveau sans risque" (non-fumeurs). L'absence d'une catégorie de risque intermédiaire est expliquée par le fait qu'il n'y a pas de consommation de tabac sans risque pour la santé (Schane et al., 2010).

#### Consommation de cannabis

En ce qui concerne la consommation de cannabis, nous avons défini quatre seuils : 1) la non-consommation de cannabis au cours des 12 mois comme ; 2) la consommation au cours des 12 derniers mois, mais pas au cours des 30 derniers jours 3) la consommation au cours des 30 derniers jours, mais pas supérieure à une fois par semaine ; 4) la consommation de cannabis plusieurs fois par semaine ou quotidienne.

La fréquence de la consommation de cannabis à considérer comme critique est difficile à déterminer. La consommation de cannabis peut par exemple être associée à des accidents ou à des crises psychotiques et, pour cette raison, ne pas en consommer est le meilleur moyen d'éviter les risques. À l'inverse, la consommation (quasi) quotidienne de cannabis représente la limite supérieure, car elle est associée à des problèmes sanitaires et sociaux (Fischer et al., 2017). Vu qu'une consommation très peu fréquente peut représenter un acte isolé, nous avons décidé d'inclure la consommation mensuelle comme catégorie intermédiaire de risque, qui peut inclure des risques immédiats comme des accidents, mais aussi se rapprocher de dommages sur la santé de l'individu. Le choix de la population sur laquelle on souhaite intervenir avec une IP peut donc varier énormément selon le type de risque et de dommage, que l'on souhaite réduire.

#### Activités problématiques en ligne

D'un point de vue médical, les deux seules addictions comportementales reconnues par la communauté scientifique internationale sont le *gambling disorder* et le *gaming disorder* (CIM-11 ; WHO 2019). D'autres comportements, tels que l'utilisation problématique d'Internet, restent débattus, et ne font pas l'objet d'un consensus quant à leur statut de maladie à part entière. Ces autres

<sup>33</sup> Ces seuils diffèrent ainsi des recommandations de la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL, 2018).



comportements sont cependant associés à des indicateurs défavorables à la santé physique et psychique, même s'ils n'ont pas le statut de maladie.

Bien qu'il n'y ait pas d'accord sur l'addiction à ou sur Internet, il reste clair que l'utilisation de cet outil est associée à des problèmes (Gmel et al., 2017). En ce qui concerne les problèmes liés aux activités sur écrans ou en ligne, l'ESS reprend une version courte de la *Compulsive Internet Use Scale* (CIUS) (Gmel et al., 2019). Cet outil propose quatre catégories d'usage qui ont été ici recodées en trois catégories de risque : 1) utilisation sans risque ou utilisation sans problèmes, 2) utilisation symptomatique et 3) utilisation problématique. Les niveaux symptomatique et problématique pourraient faire l'objet d'une approche d'IP.

### Manque d'activité physique

Pour l'activité physique, nous avons utilisé l'indice en trois catégories construit par l'Office fédéral de la statistique (OFS) à partir des recommandations de l'Office fédéral du sport (OFSP), de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et le Réseau suisse Santé et Activité physique hepa.ch en collaboration avec d'autres institutions<sup>34</sup> et selon les recommandations au niveau international.

Selon les recommandations rédigées par le Réseau suisse Santé et activité physique (hepa.ch), les adolescents en fin de scolarité obligatoire devraient pratiquer au moins 1 heure d'activité physique d'intensité moyenne à élevée chaque jour, tandis que les plus jeunes devraient en faire bien plus que 1 heure chaque jour (hepa.ch, 2013b). Pour les adultes en âge de travailler, il est recommandé de pratiquer une activité physique d'intensité moyenne au moins 2 heures et demie par semaine ou alors un sport ou une activité physique intense au moins 1 heure et quart par semaine (hepa.ch, 2013a).

Cet indicateur définit trois groupes : 1) les *suffisamment actifs* (par semaine :  $\geq 150$  minutes d'activité physique modérée ou  $\geq 2$  fois une activité physique intense) ; 2) les *actifs partiels* (Par semaine : 30-149 minutes d'activité physique modérée ou 1 fois une activité intense) ; 3) les *inactifs* (Par semaine :  $< 30$  minutes d'activité physique modérée ou  $< 1$  fois une activité intense) qui représente le groupe qui pourrait être l'objet d'une approche d'IP.

### Mauvaise santé psychique

Pour la santé psychique, deux indicateurs ont été considérés : la détresse psychologique et la dépression majeure.

Pour la **détresse psychologique**, l'indice DETPSY3 de l'OFS a été utilisé. Trois niveaux de détresse sont définis par cet indice est basé sur l'instrument de santé mentale MHI-5, qui fait partie du MOS SF-36 (Ware et al., 1994) : 1) la détresse psychologique faible, 2) la détresse psychologique moyenne et 3) la détresse psychologique élevée. Cette dernière semble être la plus pertinente pour une IP.

En ce qui concerne la **dépression majeure**, l'indice DEPPHQ5 de l'OFS reprend tel quel l'instrument PHQ-9 (Questionnaire de santé du patient) (Kroenke et al., 2001). Les cinq catégories de gravité sont recodées comme suit : 1) dépression nulle ou minime, 2) dépression légère ou modérée et 3) dépression modérément grave ou sévère. Comme il s'agit d'un outil de dépistage de la dépression majeure, le choix du niveau dépend en grande partie de la spécificité et de la sensibilité de l'instrument. La catégorie "légère ou modérée" pourrait être la cible de l'IP, car elle inclut une proportion significative d'individus qui ne sont pas encore dans une situation de dépression majeure (selon les résultats de Kroenke et al., 2001).

Il est important de souligner le fait que la santé psychique est un facteur de risque pour de nombreux problèmes tels que la consommation de substances psychoactives.

### Bibliographie

- Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL). (2018). Repères relatifs à la consommation d'alcool – 2018. Berne : CFAL.
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., Van Den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., ... & Room, R. (2017). Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. *American journal of public health*, 107(8), e1-e12.
- Gmel, G., Khazaal, Y., Studer, J., Baggio, S., & Marmet, S. (2019). Development of a short form of the compulsive internet use scale in Switzerland. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(1), e1765.
- Gmel, G., Notari, L., & Schneider, E. (2017). Is There an Internet Addiction and what Distinguishes it from Problematic Internet Use: An Attempt to Provide Working Definitions. Sucht Schweiz. [https://www.jugendundmedien.ch/fileadmin/user\\_upload/1\\_Medienmitteilungen\\_Aktuellmeldungen/170630\\_Report\\_definitions\\_Gmel\\_final.pdf](https://www.jugendundmedien.ch/fileadmin/user_upload/1_Medienmitteilungen_Aktuellmeldungen/170630_Report_definitions_Gmel_final.pdf)
- hepa.ch. (2013a). Activité physique et santé des adultes – Recommandations pour la Suisse. [https://www.hepa.ch/fr/themen/ausgleichsbewegung.detail.document.html/hepa-internet/fr/documents/fr/documents-de-base/hepa\\_Merkblatt\\_Gesundheitswirksame\\_Bewegung\\_Erwachsene\\_FR.pdf.html](https://www.hepa.ch/fr/themen/ausgleichsbewegung.detail.document.html/hepa-internet/fr/documents/fr/documents-de-base/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_FR.pdf.html)
- hepa.ch. (2013b). Activité physique et santé des enfants et des adolescents – Recommandations pour la Suisse. <http://www.hepa.ch/internet/hepa/fr/home/dokumentation/grundlagendokumente.parsys.4602.downloadList.84828.DownloadFile.tmp/merkblattkinderf.pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

<sup>34</sup> Bureau de prévention des accidents (bpa), Promotion Santé Suisse, Santé Publique Suisse, Société suisse de médecine du sport (SSMS), Société suisse des sciences du sport 4S, suva,



- Schane, R. E., Ling, P. M., & Glantz, S. A. (2010). Health effects of light and intermittent smoking: a review. *Circulation*, 121(13), 1518-1522.
- Ware, Jr, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73.
- World Health Organization. (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm (No. WHO/MSD/MSB/00.4). World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). Retrieved 12.06.2020, from <https://icd.who.int/>

## Annexe 2 : Aperçu (non exhaustif) de facteurs de risque

Annexe 2a **Facteurs de risque<sup>a, b</sup> de la consommation de substances psychoactives** – liste<sup>c</sup> *non exhaustive* selon les résultats de la recherche orientée de la littérature scientifique (systematic reviews et méta-analyses publiées depuis 2010), sans précision des phases de vie concernées

### Consommation de substances psychoactives<sup>d</sup>

|  | Dimension des facteurs de risque  | Indicateur utilisé dans la publication retenue [catégorie à risque]                 | Remarques <sup>e</sup>                            |   |
|--|---|---|---|---|
| Pour de plus amples informations, le/la lecteur-trice est invité-e à lire le chapitre 4. | sociodémographiques   | Âge [ <i>jeune</i> ]  |   |   |
|  |   | Sexe/genre [ <i>masculin</i> ]  |   |   |
|  |   | Orientation sexuelle [ <i>minorités sexuelles</i> ]                                 |   |   |
|  | psychiques / psychologiques   | Émotions négatives [ <i>oui</i> ]   |   | Durant l'enfance  |
|  |   | Dépression [ <i>oui</i> ]   |   |   |
|  |   | Symptômes dépressifs [ <i>élevés</i> ]  |   | Chez les adolescent-e-s   |
|  |   | Anxiété [ <i>oui</i> ]  |   | Évidences non conclusives   |
|  |   | Troubles d'externalisation [ <i>oui</i> ]   |   | Durant l'enfance et/ou l'adolescence                                      |
|  |   | Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) [ <i>oui</i> ] |   | Évidences non conclusives   |
|  |   | Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) [ <i>oui</i> ]                              |   |   |
|  |   | Troubles oppositionnels avec provocation (TOP) [ <i>oui</i> ]                       |   |   |
|  |   | Troubles du comportement [ <i>oui</i> ]   |   | Résultats hétérogènes   |
|  | Dépression parentale [ <i>oui</i> ]                                     |   |   |   |
|  | Impulsivité [ <i>oui</i> ]  |   |   |   |
|  | Style d'attachement [ <i>insécure</i> ]                                 |   | Résultats différent selon la substance considérée |   |
|  | biologiques   | -   |   | Pas de publications retenues dans le cadre de la recherche de littérature |
|  | sociaux   | Statut socio-économique [ <i>bas</i> ]  |   | Résultats hétérogènes   |
|  |   | Liens sociaux [ <i>faible</i> ]   |   |   |
| Fonctionnement familial [ <i>mauvais</i> ]   |   |   |   |   |
| Temps passé avec la mère [ <i>faible</i> ]   |   |   |   |   |
| Sévérité maternelle [ <i>élevée</i> ]  |   |   |   |   |
| Violence domestique [ <i>oui</i> ]   |   |   |   |   |
| Monitoring familial [ <i>faible</i> ]  |   |   |   |   |
| Attitudes parentales [ <i>favorables</i> ]   |   |   |   |   |
| Influence et approbation de l'entourage [ <i>oui</i> ]                                   |   |   |   |   |
| Parent fumeur / Exposition au tabagisme domestique [ <i>oui</i> ]                        |   |   |   |   |
| Frère/sœur fumeur-se [ <i>oui</i> ]  |   |   |   |   |
| physiques / écologiques  | Exposition à la fumée passive [ <i>oui</i> ]                            |   |   |   |
|  | Type de logement [ <i>colocation</i> ]                                  |   |   |   |
|  | Nombre d'heures de travail [ <i>élevé</i> ]                             |   |   |   |
| comportementaux  | Consommation multiple de substances [ <i>oui</i> ]                      |   |   |   |
|  | Connaissances relatives aux substances psychoactives [ <i>faibles</i> ] |   |   |   |
|  | Attitudes et attentes en matière de consommation [ <i>favorables</i> ]  |   |   |   |
| situationnels / événements de vie critiques  | Événements stressants au cours de l'adolescence [ <i>oui</i> ]          |   |   |   |
|  | Déménagement hors du domicile parental [ <i>oui</i> ]                   |   |   |   |
|  | Passage à l'Université [ <i>oui</i> ]                                   |   |   |   |
|  | Être à l'armée [ <i>oui</i> ]   |   |   |   |
|  |   | Être au chômage [ <i>oui</i> ]  |   |   |

**Notes :** <sup>a</sup> Un **facteur de risque** est une caractéristique individuelle ou contextuelle, un comportement individuel ou un événement de vie associé à une probabilité (statistique) accrue de développer un problème, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un comportement à risque. Un facteur de risque n'implique donc **pas forcément un lien de cause à effet**.

<sup>b</sup> En tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition d'un problème (selon le Modèle multifactoriel d'identification des risque pour l'IP ; OFSP, 2019b). Ils sont décisifs pour orienter les mesures et actions de prévention et de promotion de la santé. Les facteurs de risque se distinguent donc en grande partie des 'indicateurs (de problèmes)' – c'est-à-dire les signes d'appel resp. les premières manifestation d'un problème – qui sont, eux, le point de départ de la phase de repérage de l'approche d'IP.

<sup>c</sup> Au vu des éléments mentionnés à la note <sup>b</sup>, cette liste ne constitue pas une *checklist* pour le repérage des signes d'appel resp. des premières manifestations d'un problème.

<sup>d</sup> On a renoncé ici à donner des détails sur les dimensions de consommation concernées (par exemple initiation précoce, consommation chronique/régulière, excès ponctuels, dépendance).

<sup>e</sup> Évidences non conclusives = évidences encore peu nombreuses ; résultats hétérogènes : évidences nombreuses mais amenant à des résultats divergeants en fonction du sous-groupe de population, de la substance et du style de consommation considéré.

Annexe 2b: **Facteurs de risque<sup>a b</sup> des activités problématiques en ligne** – liste<sup>c</sup> *non exhaustive* selon les résultats de la recherche orientée de la littérature scientifique (systematic reviews et méta-analyses publiées depuis 2010), sans précision des phases de vie concernées

**Activités problématiques en ligne<sup>d</sup>**

| Dimension des facteurs de risque   | Indicateur utilisé dans la publication retenue [catégorie à risque] | Remarques <sup>e</sup>  |   |
|--|---|---|---|
| Pour de plus amples informations, le/la lecteur-trice est invité-e à lire le chapitre 4. | <b>sociodémographiques</b>  | Âge [ <i>jeune</i> ]<br>Sexe/genre [ <i>masculin</i> ]  | Peu de résultats pour les adultes, personnes plus âgées |
|  | <b>psychiques / psychologiques</b>                                  | Dépression [ <i>oui</i> ]   | Évidences non conclusives                               |
|  |   | Anxiété [ <i>oui</i> ]  |   |
|  |   | Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) [ <i>oui</i> ]                 |   |
|  |   | Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) [ <i>oui</i> ]  |   |
|  |   | Problématiques d'hostilité et d'agressivité [ <i>oui</i> ]  |   |
|  |   | Besoin d'évasion de soi [ <i>oui</i> ]  |   |
|  |   | Identité personnelle [ <i>distinction</i> ]   |   |
|  |   | Comportements d'évitement et d'évasion [ <i>oui</i> ]   |   |
|  |   | Traits de personnalité [ <i>neuroticisme, introversion, faible conscience et faible ouverture</i> ] |   |
|  |   | Impulsivité [ <i>oui</i> ]  |   |
|  | Régulation et adaptation émotionnelle [ <i>gestion négative</i> ]   |   |   |
|  | Estime de soi [ <i>faible</i> ]                                     |   |   |
|  | Sentiment d'auto-efficacité [ <i>faible</i> ]                       |   |   |
| Satisfaction face à la vie [ <i>diminuée</i> ]   |   |   |   |
| <b>biologiques</b>   | -   | Pas de publications retenues dans le cadre de la recherche de littérature                           |   |
| <b>sociaux</b>   | Solitude, isolation [ <i>oui</i> ]                                  | Pas de publications retenues dans le cadre de la recherche de littérature                           |   |
|  | Nombre d'amis [ <i>peu</i> ]  |   |   |
|  | Conflits avec les pairs [ <i>oui</i> ]                              |   |   |
|  | Ami-e-s jouant beaucoup aux jeux vidéos [ <i>oui</i> ]              |   |   |
|  | Relation familiale [ <i>mauvaise</i> ]                              |   |   |
|  | Parents oppressifs/hostiles [ <i>oui</i> ]                          |   |   |
|  | Contexte familial [ <i>difficile</i> ]                              |   |   |
|  | Forme de la famille [ <i>monoparentale</i> ]                        |   |   |
| Vivre sans mère [ <i>oui</i> ]   |   |   |   |
| Dysharmonie familiale [ <i>oui</i> ]   |   |   |   |
| <b>physiques / écologiques</b>   | -   | Pas de publications retenues dans le cadre de la recherche de littérature                           |   |
| <b>comportementaux</b>   | Temps et fréquence de jeu [ <i>élevé</i> ]                          |   |   |
|  | Résultats scolaires [ <i>faibles</i> ]                              |   |   |
|  | Engagement scolaire [ <i>faible</i> ]                               |   |   |
|  | Taux d'absentéisme [ <i>important</i> ]                             |   |   |
|  | Attitude envers le gaming [ <i>positive</i> ]                       |   |   |
| Activité physique [ <i>faible</i> ]  |   |   |   |
| <b>situationnels / événements de vie critiques</b>                                       | Chômage [ <i>oui</i> ]  |   |   |
|  | Divorce des parents [ <i>oui</i> ]                                  |   |   |
|  | Expériences traumatisantes durant l'enfance [ <i>oui</i> ]          |   |   |

**Notes :** <sup>a</sup> Un **facteur de risque** est une caractéristique individuelle ou contextuelle, un comportement individuel ou un événement de vie associé à une probabilité (statistique) accrue de développer un problème, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un comportement à risque. Un facteur de risque n'implique donc **pas forcément un lien de cause à effet**.

<sup>b</sup> En tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition d'un problème (selon le Modèle multifactoriel d'identification des risque pour l'IP ; OFSP, 2019b). Ils sont décisifs pour orienter les mesures et actions de prévention et de promotion de la santé. Les facteurs de risque se distinguent donc en grande partie des 'indicateurs (de problèmes)' – c'est-à-dire les signes d'appel resp. les premières manifestation d'un problème – qui sont, eux, le point de départ de la phase de repérage de l'approche d'IP.

<sup>c</sup> Au vu des éléments mentionnés à la note <sup>b</sup>, cette liste ne constitue pas une *checklist* pour le repérage des signes d'appel resp. des premières manifestations d'un problème.

<sup>d</sup> On a renoncé ici à donner des détails sur les activités en ligne concernées (par exemple Internet en général, jeux vidéo, réseaux sociaux).

<sup>e</sup> Évidences non conclusives = évidences encore peu nombreuses.

Annexe 2c: **Facteurs de risque<sup>a b</sup> du burnout** – liste<sup>c</sup> *non exhaustive* selon les résultats de la recherche orientée de la littérature scientifique (systematic reviews et méta-analyses publiées depuis 2010), sans précision des phases de vie concernées

### Burnout

| Dimension des facteurs de risque                     | Indicateur utilisé dans la publication retenue [catégorie à risque]                            | Remarques <sup>d</sup>  |
|--|--|---|
| sociodémographiques                                  | Age [jeune]  | Evidences non conclusives<br>Résultats hétérogènes                        |
|  | Sexe/genre [masculin]  |   |
| psychiques /<br>psychologiques                       | Stratégie de coping inactives et non centrée sur le problème [oui]                             | Evidences non conclusives   |
|  | Capacité de résilience [faible]  |   |
|  | Traits de personnalité [neuroticisme, extraversion, agréabilité, conscienciosité et ouverture] |   |
|  | Niveaux de résistance [faibles]  |   |
|  | Surinvestissement professionnel [oui]  |   |
|  | Anxiété [oui]  |   |
|  | Dépression [oui]   |   |
|  | Stress psychologique au travail [oui]  |   |
|  | État de santé psychique général [mauvais]  |   |
|  | Bien-être psychologique [amoindri]   |   |
| Attitudes et attentes face au travail [élevées]      |  |   |
| biologiques  | -  | Pas de publications retenues dans le cadre de la recherche de littérature |
| sociaux  | Etat matrimonial [non-marié-e, célibataire, divorcé-e]   | Evidences non conclusives   |
|  | Avoir des enfants [oui]  |   |
|  | Partenaire de vie [aucun-e]  |   |
|  | Relation entre collègues [mauvaise]  |   |
|  | Relation avec la hiérarchie [mauvaise]   |   |
|  | Soutien social [faible]  |   |
|  | Reconnaissance professionnelle [faible]  |   |
|  | Récompense professionnelle [faible]  |   |
| physique /<br>écologiques /<br>conditions de travail | Clarté ou ambiguïté du feedback [oui]  | Evidences non conclusives   |
|  | Style de leadership [instrumental]   |   |
|  | Charge de travail [élevée]   |   |
|  | Nombre d'heures de travail [important]   |   |
|  | Ressources humaines et/ou matérielles [faibles]  |   |
|  | Pression du temps [oui]  |   |
|  | Nombre important de suivis/patients assignés [oui]   |   |
|  | Équilibre temps libre/travail [mauvais]  |   |
|  | Conflits travail/maison [oui]  |   |
|  | Travail de nuit [oui]  |   |
|  | Salaire [bas]  |   |
|  | Insécurité de l'emploi [oui]   |   |
|  | Bureaucratie [excessive]   |   |
| Accroissement des responsabilités [oui]              |  |   |
| comportementaux                                      | Manque de formation [oui]  | Pas de publications retenues dans le cadre de la recherche de littérature |
|  | Problèmes d'éthique [oui]  |   |
| situationnels /<br>événements de vie<br>critiques    | Prise de décision (vie/mort) [oui]   | Evidences non conclusives   |
|  | Annonces de mauvaises nouvelles [oui]  |   |
|  | Accomplissement personnel [faible]   |   |
| situationnels /<br>événements de vie<br>critiques    | Événements traumatisants (souffrance, mort, violence) [oui]                                    | Evidences non conclusives   |
|  | Confrontation à la mort/souffrance [oui]   |   |

**Notes :** <sup>a</sup> Un **facteur de risque** est une caractéristique individuelle ou contextuelle, un comportement individuel ou un événement de vie associé à une probabilité (statistique) accrue de développer un problème, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un comportement à risque. Un facteur de risque n'implique donc **pas forcément un lien de cause à effet**.

<sup>b</sup> En tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition d'un problème (selon le Modèle multifactoriel d'identification des risque pour l'IP ; OFSP, 2019b). Ils sont décisifs pour orienter les mesures et actions de prévention et de promotion de la santé. Les facteurs de risque se distinguent donc en grande partie des 'indicateurs (de problèmes)' – c'est-à-dire les signes d'appel resp. les premières manifestation d'un problème – qui sont, eux, le point de départ de la phase de repérage de l'approche d'IP.

<sup>c</sup> Au vu des éléments mentionnés à la note <sup>b</sup>, cette liste ne constitue pas une *checklist* pour le repérage des signes d'appel resp. des premières manifestations d'un problème.

<sup>d</sup> Évidences non conclusives = évidences encore peu nombreuses ; résultats hétérogènes : évidences nombreuses mais amenant à des résultats divergeants en fonction du sous-groupe de population, de la substance et du style de consommation considéré.

Annexe 2d: **Facteurs de risque<sup>a, b</sup> du manque d'activité physique** – liste<sup>c</sup> *non exhaustive* selon les résultats de la recherche orientée de la littérature scientifique (systematics review et méta-analyses publiées depuis 2010), sans précision des phases de vie concernées

**Manque d'activité physique**

| Dimension des facteurs de risque            | Indicateur utilisé dans la publication retenue [catégorie à risque]              | Remarques <sup>d</sup>  |
|---|--|---|
| sociodémographiques                         | Age [âgé-e]  |   |
|   | Sexe/genre [féminin]   |   |
| psychiques / psychologiques                 | Dépression [oui]   |   |
|   | Schizophrénie [oui]  |   |
|   | Anxiété [oui]  | Évidences non conclusives                                     |
|   | Sentiment d'auto-efficacité [faible]   |   |
|   | Contrôle perçu [faible]  | Évidences non conclusives                                     |
|   | Stress [élevé]   |   |
|   | Problématiques psychiques maternelles (anxiété, insatisfaction corporelle) [oui] |   |
|   | Dépression post-natale maternelle [oui]  | Évidences non conclusives                                     |
| biologiques                                 | IMC [élevé]  |   |
|   | Tour de la nuque [élevé]   |   |
|   | Masse grasseuse [élevée]   |   |
|   | Taux de cholestérol/insuline [élevé]   |   |
|   | Taux de glucose [élevé]  |   |
|   | Tour de taille [élevé]   |   |
|   | Etat de santé [mauvais]  |   |
| sociaux                                     | Statut socio-économique [élevé]  |   |
|   | Avoir des enfants [oui]  |   |
|   | Soutien social [faible]  |   |
|   | Support familial [faible]  |   |
|   | Forme de la famille [monoparentale]  |   |
| physiques / écologiques                     | Praticabilité (walkability) [faible]   |   |
|   | Vitesse et volume du trafic [élevé]  |   |
|   | Proximité entre les habitations et les magasins [faible]                         |   |
|   | Densité résidentielle [faible]   |   |
|   | Densité dédiée aux espaces de jeux [faible]                                      |   |
|   | Accès aux transports publics [difficile]   | Évidences non conclusives                                     |
|   | Possession d'une voiture [oui]   |   |
|   | Sécurité de l'environnement [faible]   |   |
|   | Esthétique paysagère [faible]  |   |
|   | Quartier défavorisé et précaire [oui]  |   |
| Insécurité et criminalité [oui]             |  |   |
|   | Pression au travail [oui]  |   |
| comportementaux                             | Consommation de fast-food, snack, boissons sucrées [oui]                         |   |
|   | Consommation de fruits et légumes [faible]                                       |   |
|   | Régularité des repas [non]   |   |
|   | Petit-déjeuner quotidien [non]   |   |
|   | Temps d'écran [élevé]  | Évidences non conclusives pour les adultes et personnes âgées |
|   | Consommation de tabac et d'alcool [oui]  |   |
|   | Activité physique antérieure [faible]  | Résultats significatifs pour les enfants et adultes           |
| situationnels / événements de vie critiques | Transition vers l'Université [oui]   |   |
|   | Aller en institution/être hospitalisé [oui]                                      |   |

Pour de plus amples informations, le/la lecteur-trice est invité-e à lire le chapitre 4.

**Notes :** <sup>a</sup> Un **facteur de risque** est une caractéristique individuelle ou contextuelle, un comportement individuel ou un événement de vie associé à une probabilité (statistique) accrue de développer un problème, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un comportement à risque. Un facteur de risque n'implique donc **pas forcément un lien de cause à effet**.

<sup>b</sup> En tant que prédicteurs de la probabilité d'apparition d'un problème (selon le Modèle multifactoriel d'identification des risque pour l'IP ; OFSP, 2019b). Ils sont décisifs pour orienter les mesures et actions de prévention et de promotion de la santé. Les facteurs de risque se distinguent donc en grande partie des 'indicateurs (de problèmes)' – c'est-à-dire les signes d'appel resp. les premières manifestation d'un problème – qui sont, eux, le point de départ de la phase de repérage de l'approche d'IP.

<sup>c</sup> Au vu des éléments mentionnés à la note <sup>b</sup>, cette liste ne constitue pas une *checklist* pour le repérage des signes d'appel resp. des premières manifestations d'un problème.

<sup>d</sup> Évidences non conclusives = évidences encore peu nombreuses.