

Université de Fribourg
Faculté des Lettres
Département de Psychologie Clinique

**SANTÉ PUBLIQUE
ET
CULTURE FAMILIALE DE LA SANTÉ MENTALE:
FAVORISER L'ACCÈS DES ADOLESCENTS
AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE EN SUISSE**

Thèse de doctorat
présentée à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, en Suisse

Daria M. Gianella

Leontica, Ticino

Approuvé par la Faculté des Lettres sur proposition des Professeurs
Dr. Meinrad Perrez et Dr. Guy Bodenmann

Fribourg, le 4 mars 2009
Le Doyen, Prof. Jean-Michel Spieser

La Thèse de doctorat se définit dans le cadre du AMHC Study
„Accès à la santé psychique: la perspective des enfants, des jeunes et de leurs familles“
Directeur du Projet AMHC : Prof. Dr. Christoph Käppler

*Programme national de recherche 52 du Fonds National Suisse:
„L'enfance, la jeunesse et les relations entre générations dans une société en mutation“*

A ma famille,
et aux familles que je rencontrerai dans mon futur travail
comme clinicienne et comme chercheuse.

Table des matières

<u>Résumé</u>	<u>10</u>
<u>Remerciements.....</u>	<u>11</u>
<u>Introduction</u>	<u>13</u>
1. La santé mentale et l'accès aux soins : deux préoccupations mondiales.....	13
2. Présentation du projet « Access to Mental Health Care in Children ».....	14
3. Projet de recherche	15
Questions de recherche	15
4. Articulation de la thèse.....	15
<u>PARTIE THÉORIQUE.....</u>	<u>17</u>
<u>Chapitre 1.....</u>	<u>17</u>
<u>Favoriser l'accès aux soins de santé mentale : une approche psychologique</u>	<u>17</u>
1.1. Pertinence de l'approche psychologique sur l'accès aux soins.....	17
1.2. L'accent mis sur la culture familiale.....	19
1.3. Les choix méthodologiques.....	21
<u>Chapitre 2.....</u>	<u>22</u>
<u>Santé mentale des adolescents :</u>	<u>22</u>
<u>priorités de santé publique et stratégies de promotion</u>	<u>22</u>
2.1. L'adolescence	22
2.2. La santé mentale : une priorité de santé publique.....	24
2.3. État de la santé mentale en Suisse	29
2.4. Début et séquelles des troubles psychiques	32
2.5. Causes de l'augmentation de demandes en soins psychopédagogiques et psychiatriques	33
2.6. L'accès des adolescents au système sanitaire et psychopédagogique	34
<u>Chapitre 3.....</u>	<u>39</u>
<u>Les adolescents et le contexte familial</u>	<u>39</u>
3.1. La famille et son rôle dans la vie des adolescents	40
3.2. Les éléments constitutifs de l'institution familiale	43
3.3. Lieu de transmission des valeurs	46
3.4. Promotrice de santé et soutien social.....	47
3.5. L'accès et la participation aux soins.....	52
<u>Chapitre 4.....</u>	<u>55</u>
<u>La famille : un contexte culturel</u>	<u>55</u>
4.1. Le concept anthropologique de culture	56
4.2. La culture, élément essentiel de la vie humaine.....	57
4.3. Naissance et définition du concept de culture familiale	58
4.4. La culture familiale de la santé mentale.....	60
<u>Chapitre 5.....</u>	<u>62</u>
<u>La représentation sociale de la santé et de la maladie</u>	<u>62</u>
<u>chez les adolescents et leurs familles</u>	<u>62</u>

5.1. Intérêt de la perspective des adolescents sur la santé mentale	63
5.2. L'anthropologie médicale : aspect culturel de la maladie.....	64
5.3. La notion de représentation sociale.....	66
5.3.1. La représentation sociale de la santé et de la maladie	67
5.4. Les représentations de la santé et de la maladie mentale	69
5.4.1. Le concept de santé et de maladie mentale chez les adolescents.....	71
5.4.2. Le concept de santé et de maladie mentale en famille	73
Chapitre 6.....	74
Les adolescents et le contexte social suisse	74
6.1. Le pays :	74
6.2. Taille et structure par âge de la population suisse et des cantons.....	75
6.3. Les quatre régions linguistiques.....	76
6.3.1 Histoire et relation entre les quatre régions linguistiques	77
6.4. Le système politique Suisse : le Fédéralisme	78
6.5. Le système sanitaire en Suisse	79
6.5.1 Structure et organisation des services de santé mentale en Suisse	80
6.5.2. Développement et organisation de la pédopsychiatrie en Suisse	80
6.5.3. Offres psychopédagogiques en Suisse	81
6.5.4. Différences cantonales dans le domaine des soins de santé mentale.....	86
PARTIE EMPIRIQUE.....	87
Chapitre 7.....	87
Questions de recherche et hypothèses.....	87
7.1. Questions de recherche et hypothèses	87
7.1.1. Questions de recherche	88
7.1.2. Hypothèses	88
Chapitre 8.....	93
Plan expérimental : méthode et population	93
8.1. Aspects méthodologiques généraux	93
8.1.1. Le choix d'une méthodologie mixte.....	93
8.2. Recherche Qualitative.....	95
8.2.1. Le choix de la méthodologie qualitative	95
8.2.2. L'Entretien exploratoire.....	96
8.2.2.1. Développement de l'entretien.....	97
8.2.3. Le projet pilote « Existe-t-il une culture familiale de la santé mentale ? » .	98
8.2.4. Questions analytiques de l'entretien.....	98
8.2.5. Procédure, transcription et analyse de la phase qualitative.....	99
8.2.6. Échantillon qualitatif.....	101
8.2.6.1. Recrutement des familles	102
8.2.6.2. Description des familles.....	104

8.3. Recherche Quantitative	107
8.3.1. Le questionnaire.....	107
8.3.1.1. Préparation du questionnaire.....	107
8.3.2. Questions analytiques du questionnaire	110
8.3.3. Procédure et Analyse du Questionnaire	110
8.3.4. Échantillon quantitatif.....	111
8.3.4.1. Recrutement.....	113
8.3.4.2. Description des familles.....	114
 PARTIE DES RÉSULTATS.....	 116
 <u>Chapitre 9.....</u>	 <u>117</u>
<u>La santé mentale vue par les adolescents et leurs parents :.....</u>	<u>117</u>
« Quelque chose de très important ! »	117
9.1. La santé mentale vue par les adolescents	117
9.1.1. Les adolescents et le concept de santé mentale : quelque chose de très important	117
9.1.2. Positivité et activité : deux éléments en lien avec la santé mentale.....	118
9.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	121
9.1.3.1. La région linguistique comme facteur d'influence principal.....	121
9.1.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions	128
9.1.4.1. La région linguistique reste le facteur d'influence principal.....	128
9.1.5. Résumé des résultats des adolescents.....	129
9.2. La santé mentale vue par les parents.....	130
9.2.1. Les parents et le concept de santé mentale : quelque chose de très important	130
9.2.2. La responsabilité sociale : nouvelle définition introduite par les parents ..	131
9.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	134
9.2.3.1. La région et l'expérience de traitement sont les facteurs déterminants	134
9.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions	139
9.2.4.1. La Région linguistique et le Sexe marquent des influences significatives ...	140
9.2.5. Résumé des résultats des parents.....	142
9.3. Les résultats concernant la santé mentale à la lumière des hypothèses	142
9.3.1. Générations : adolescents et parents.....	142
9.3.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne.....	144
9.3.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères.....	146
9.3.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique	146
9.3.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents.....	147

<u>Chapitre 10.....</u>	<u>148</u>
<u>La maladie mentale vue par les adolescents et leurs parents.....</u>	<u>148</u>
« Quelque chose que l'on doit prendre au sérieux ! »	148
10.1. La maladie mentale vue par les adolescents.....	148
10.1.1. La maladie mentale : quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.....	148
10.1.2. La maladie mentale se résume en des émotions négatives.....	150
10.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	153
10.1.3.1. La Région linguistique et l'Expérience : les facteurs d'influence principal	153
10.1.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions	161
10.1.4.1. Seule la région linguistique reste le facteur d'influence principal	161
10.1.5. Résumé des résultats des adolescents.....	163
10.2. La maladie mentale vue par les parents.....	163
10.2.1. La maladie mentale empêche de gérer son quotidien.	163
10.2.2. Le quotidien est perturbé et on sort de la normalité.....	165
10.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	168
10.2.3.1. La région linguistique est le facteur d'influence principal	168
10.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions	177
10.2.4.1. Il n'y a aucun facteur d'influence principal	177
10.2.5. Résumé des résultats des parents.....	178
10.3. Les résultats concernant la maladie mentale à la lumière des hypothèses.....	178
10.3.1. Générations : adolescents et parents.....	179
10.3.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne.....	180
10.3.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères.....	183
10.3.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique	183
10.3.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents.....	184
<u>Chapitre 11.....</u>	<u>185</u>
<u>Stratégies d'action/ de coping des adolescents et leurs parents en présence d'un problème psychologique.....</u>	<u>185</u>
11.1. Les stratégies d'action/ de coping des adolescents	185
11.1.1. Les adolescents cherchent à se distraire avec la musique et la lecture....	185
11.1.2. Stratégies de passivité face à des problèmes psychologiques	187
11.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	189
11.1.3.1. La région linguistique n'est plus le facteur d'influence principal	189
11.1.4. Résumé des résultats des adolescents.....	204
11.2. Les stratégies d'action/ de coping des parents.....	204
11.2.1. Je dirais à mon fils qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème	205
11.2.2. Je lui dirais d'attendre et de se distraire un peu... ..	206
11.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	208
11.2.3.1. La Région linguistique et le Sexe sont les facteurs d'influence principaux	208
11.2.4. Résumé des résultats des parents.....	219
11.3. Les stratégies d'action à la lumière des hypothèses	219
11.3.1. Générations : adolescents et parents.....	219

11.3.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne.....	221
11.3.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères.....	223
11.3.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique	223
11.3.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents.....	223
Chapitre 12.....	225
<u>L'accès aux soins pour les adolescents et les parents : éléments favorables et barrières</u>	<u>225</u>
12.1. Les barrières dans l'accès pour les adolescents	226
12.1.1. Seulement les fous vont chez le psychologue/psychiatre	227
12.1.2. La peur d'exclusion qui dérive de la stigmatisation : une grande barrière.....	229
12.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	232
12.1.3.1. Plusieurs facteurs d'influence ont des effets significatifs.....	232
12.1.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions	243
12.1.4.1. L'Âge et le Sexe sont les facteurs d'influence principaux.....	243
12.1.5. Résumé des résultats des adolescents.....	244
12.2. Les barrières dans l'accès pour les parents	244
12.2.1. L'avis des parents « Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui ».....	245
12.2.2. La barrière se situe dans une manque de connaissance et dans la peur du préjugé	249
12.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	252
12.2.3.1. La Région est le facteur d'influence principal parmi les barrières	252
12.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions	260
12.2.4.1. Région et Expérience de traitement : les facteurs d'influence principaux	260
Voici le tableau des résultats de l'analyse de variance multivarié.	260
12.2.5. Résumé des résultats des parents.....	261
12.3. Les éléments facilitateurs dans l'accès aux soins.....	262
12.4. Les barrières et les éléments favorables à l'accès à la lumière des hypothèses.....	264
12.4.1. Générations : adolescents et parents.....	264
12.4.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne.....	268
12.4.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères.....	271
12.4.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique	272
12.4.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents.....	273
Chapitre 13.....	275
<u>La culture familiale de la santé mentale</u>	<u>275</u>
13.1. La culture familiale de la santé mentale vu par les adolescents suisses	275
13.1.1. La confiance et l'amour inconditionnel : les bases d'une saine culture familiale	275
13.1.2. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	277
13.1.2.1. Région, Sexe et Âge influencent la manière de concevoir la culture familiale	277

13.2. La culture familiale de la santé mentale vu par les adolescents : comparaison internationale	285
13.2.1. Les adolescents suisses et italiens se rejoignent : la santé mentale viens de la confiance et l'amour inconditionnel en famille	287
13.2.2. Le dialogue, le soutien et la coexistence en famille pour créer une culture saine	287
13.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions	289
13.2.3.1. La Région culturelle présente une influence significative	289
13.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interaction	292
13.2.4.1. La Région culturelle reste le facteur d'influence significatif.....	292
13.2.5. Résumé des résultats des adolescents suisses	295
13.3. Résultats qualitatifs qui expriment la culture familiale de la santé mentale..	295
13.4. Les résultats de la culture familiale à la lumière des hypothèses.....	298
13.4.1. La culture familiale de la santé mentale : comparaison entre les générations	298
13.4.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne.....	300
13.4.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères.....	300
13.4.4. Différences entre les groupes d'âges des adolescents.....	302
13.4.5. Comparaison internationale.....	302
<u>Chapitre 14.....</u>	<u>304</u>
<u>Résumé des résultats, discussion et conclusion :</u>	<u>304</u>
<u>la culture familiale de la santé mentale et l'accès des adolescents aux soins</u>	<u>304</u>
14.1. Les concepts de santé et de maladie mentale	304
14.1.1. La santé mentale.....	304
14.1.1.1. La santé mentale selon les régions suisses	306
14.1.1.2. La santé mentale selon les sexes.....	308
14.1.1.3. La santé mentale selon les expériences de traitement	308
14.1.1.4. La santé mentale selon les âges	308
14.1.2. La maladie mentale	308
14.1.2.1. La maladie mentale selon les régions suisses.....	310
14.1.2.2. La maladie mentale selon les sexes	310
14.1.2.3. La maladie mentale selon les expériences de traitement.....	310
14.1.2.4. La maladie mentale selon les âges.....	310
14.2. L'accès aux soins de santé mentale	311
14.2.1. Les stratégies de coping face à un problème psychologique	311
14.2.1.1. Les stratégies de coping selon les régions.....	312
14.2.1.2. Les stratégies de coping selon les sexes.....	313
14.2.1.3. Les stratégies de coping selon les expériences de traitement clinique.....	314
14.2.1.4. Les stratégies de coping selon les âges	314
14.2.2. Les éléments favorables et les barrières dans l'accès aux soins.....	315
14.2.2.a. Les éléments favorables.....	315
14.2.2.b. Les barrières	316
14.2.2.1. Les barrières dans l'accès aux soins selon les régions.....	318

14.2.2.2. Les barrières dans l'accès aux soins selon les sexes	319
14.2.2.3. Les barrières dans l'accès aux soins selon l'expérience de traitement clinique	319
14.2.2.4. Les barrières dans l'accès aux soins selon l'âge.....	320
14.3. La culture familiale de la santé mentale.....	321
14.3.1. La culture familiale de la santé mentale vue par les adolescents.....	321
14.3.1.1. La culture familiale de la santé mentale selon les générations.....	323
14.3.1.2. La culture familiale de la santé mentale selon les régions.....	323
14.3.1.3. La culture familiale de la santé mentale selon les sexes.....	324
14.3.1.4. La culture familiale de la santé mentale selon les âges	325
14.4. Conclusion	326
14.4.1. Limites du travail de recherche.....	327
14.4.2. Validité interne	328
14.4.3. Validité externe.....	329
14.4.4. Perspectives futures	330
<u>Bibliographie</u>	<u>333</u>
<u>Liste des tableaux :</u>	<u>348</u>
<u>Liste des figures:</u>	<u>354</u>
<u>Curriculum :</u>	<u>357</u>
<u>Annexes 1 : Partie théorique et méthodologique</u>	<u>358</u>
<u>Annexes 2: Résultats</u>	<u>359</u>

Résumé

Contexte théorique En Suisse, comme dans la plupart des pays industrialisés, on estime que 20% des adolescents souffrent de problèmes psychiques et un grand nombre d'entre eux ne bénéficient pas de traitement. De plus, la plupart des recherches longitudinales sont en accord pour affirmer que les problèmes psychiques graves qui surgissent pendant l'enfance ou l'adolescence et qui ne sont pas traités, ou qui le sont trop tardivement, peuvent avoir des conséquences lourdes sur le développement de la personne ainsi que sur sa famille.

Objectifs de l'étude Les objectifs de la thèse sont d'explorer les concepts de santé et maladie psychique, les stratégies d'action face à un problème de santé psychique et finalement les barrières qui empêchent l'accès au système de santé mentale pour les adolescents. Je voudrais examiner ces différents aspects chez les adolescents et leur famille, en regardant s'ils existent des différences culturelles en Suisse, des différences de sexe, d'âge et d'expérience de traitement avec le système sanitaire en matière de santé mentale. Tout ces éléments permettent une description de la culture familiale de la santé mentale. Cette description ainsi que la compréhension d'une culture familiale de la santé mentale dans les familles suisses est un élément indispensable pour la détection des barrières qui se trouvent à l'intérieur de la famille et qui empêchent l'accès au système de santé mentale pour les adolescents.

Méthodologie Une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, est à la base de cette thèse. Des entretiens (N=101) avec des adolescents (10-16 ans) de la population générale, à risque et clinique, et leurs parents composent la partie qualitative. Cet outil permettra de collecter et d'analyser les concepts relatifs à la santé et à la maladie ainsi que les stratégies selon lesquelles les adolescents et leurs familles ont recours aux soins de santé mentale. Sur la base des résultats de l'analyse qualitative, effectuée à l'aide du logiciel MAXqda et intégrée dans le modèle socio-écologique de Bronfenbrenner, nous avons élaboré le questionnaire, instrument de la phase quantitative, pour réaliser l'enquête en Suisse alémanique, Suisse romande et au Tessin (N=819).

Résultats Les résultats montrent des différences dans la perception de la santé mentale entre les régions linguistiques suisses et les générations. L'expérience de traitement dans le système des soins et le sexe, ont des répercussions sur le choix des stratégies d'action face à un problème de santé mentale. La perception de la culture familiale de la santé mentale est également différente entre les régions culturelles. Les barrières vers l'accès au système des soins sont présentes au niveau individuel, familial et social.

Conclusion Tenir compte des différences générationnelles et régionales, ainsi que du point de vue des adolescents est, à notre avis, un outil important pour améliorer l'accès au système des soins en santé mentale des adolescents et la qualité de la communication entre le médecin et la famille. La culture familiale de la santé mentale se révèle être un élément important en santé publique.

Remerciements

En pensant au travail de recherche effectué, beaucoup de personnes et des événements me viennent à l'esprit. Je voudrais commencer par me souvenir tout spécialement du Dr. Beat Mohler qui a été, avec le Prof. Christoph Käppler, le créateur et le directeur du projet AMHC dans lequel s'insère ma thèse. Sa disparition prématurée en novembre 2005, une année après mon début de collaboration scientifique, a beaucoup marqué et changé le cours du projet de recherche. Je remercie tout particulièrement le Prof. Christoph Käppler qui a su continuer avec nous, son équipe, ce projet auquel le Dr. Mohler avait consacré ses grandes énergies de chercheur et de clinicien. Je souhaite remercier aussi la Prof. Meichun Mohler, qui après la disparition du Dr. Mohler s'est engagée de manière importante dans le projet.

Je remercie le Prof. Meinrad Perrez, Directeur de ma thèse, que par son vif intérêt pour le sujet traité, il m'a guidée dans ce travail avec des suggestions stimulantes et intéressantes.

Je tiens aussi à remercier le Dr. Patrick Haemmerle et le Prof. Pierre-André Michaud qui ont été nos collaborateurs de la Suisse romande et avec lesquels j'ai étroitement collaboré à Fribourg et à Lausanne et qui m'ont toujours démontré grande estime.

J'adresse également mes remerciements à la Dresse Dagmar Haller pour son précieux apport dans la lecture de mon travail.

Je remercie énormément les personnes avec qui j'ai collaboré et sans lesquelles ce travail n'aurait jamais pu voir la lumière : Marta Gonçalves, avec laquelle j'ai partagé l'enthousiasme de ce projet et de ma thèse depuis le début et qui m'a appris le portugais et a mis une touche de latinité dans la vie quotidienne de notre bureau zurichois ! Sabine Zehnder et Aristide Peng, qui ont été des excellents collègues et des chers amis.

Je remercie enfin toute l'équipe AMHC composée d'étudiants qui ont collaboré à différents moments dans les phases du projet : Lucia Pancaldi, Grazia Spinedi, Barbara Anastasi, Daniela Nussbaumer, Marcela Borges, Susanne Inglin, Pauline Schubiger.

Un grand merci aux familles qui ont donné leur temps et leur expérience au service de la recherche. Avec chaque une d'entre elles j'ai énormément appris de ce que doit être une relation humaine et professionnelle entre celui qui cherche de l'aide et celui qui essaie d'aider.

Si j'ai donné une grande importance à la famille dans cette thèse, c'est parce que je suis fermement convaincue que la famille est au cœur de la vie humaine et elle joue un rôle primordial dans l'équilibre psychique de la personne. Cette conviction vient de mon expérience personnelle et professionnelle. À ce propos je tiens à remercier toute ma famille, et tout spécialement mes parents, Fausta et Claudio et tous mes frères et sœurs : Camilla, Tommaso, Martina, Pietro, Giuseppe, Valerio, Ottavia et Sofia.

Ce travail de doctorat m'a permis d'avoir énormément d'échanges très enrichissants avec toute sorte de personnes : des professionnels de la santé, des collègues de travail et surtout avec mes amis. Je les remercie tous en gardant dans ma mémoire leurs noms.

Je remercie aussi qui m'a aidé dans la correction de la thèse : Fabienne Dugas, Rosa Virgili, Fabienne Voirol.

Introduction

« Au début de mon voyage, j'étais naïf. Je ne savais pas encore que les réponses disparaissaient au fur et à mesure du trajet, qu'il apparaît davantage de complexité, qu'il existe encore plus d'interrelations et plus de questions. »¹

Bien que Robert Kaplan ait écrit ceci au sujet de voyages, ses propos s'appliquent également au travail de recherche pour écrire une thèse de doctorat. Lorsqu'on commence à approfondir un sujet de recherche, on se rend compte à quel point le monde est complexe et cela est simplement fascinant. On ne pourrait jamais finir de se questionner, d'approfondir et de trouver des nouvelles pistes de réflexion. Mais il arrive un moment où il est important de mettre petit à petit un point final... de conclure bien que le travail soit encore si limité et reflète seulement une partie de l'univers que l'on a découvert.

C'est avec ce sentiment que je vous invite à lire ce travail de thèse qui reste exploratoire dans le domaine dans lequel il s'inscrit, domaine qui vise à définir un lien entre la psychologie de la famille et la santé publique.

1. La santé mentale et l'accès aux soins : deux préoccupations mondiales

La santé mentale de la population est devenue, ces dernières années, un point central de la recherche internationale (Twenge, 2000). Les études, effectuées en Europe, aux USA, ainsi qu'en Australie, montrent que seulement 4% des adolescents avec un trouble ont été diagnostiqués ou traités de façon appropriée (Burns, Costello et al. 1995, Wittchen, 2000). À cause de l'ampleur de la problématique qui s'est développée, surtout dans les pays occidentaux, les troubles psychiques de l'enfance et de l'adolescence ont de plus en plus tendance à être considérés comme un problème majeur de santé publique² (Abella et Manzano, 2006). En

¹ R. D. Kaplan « The End of the Earth », New York, Random House, 1996, p.7.

² Un problème de santé devient une responsabilité de santé publique si, ou quand, il est d'un caractère ou d'une importance tels qu'il ne peut être résolu que par une action sociale systématisée. (J Martin, 1987)

Suisse, les études épidémiologiques confirment les résultats internationaux, à savoir qu'environ un adolescent sur cinq souffre de troubles psychiques (Steinhausen et al., 1998).

La problématique ne relève pas seulement du fait que la prévalence des troubles psychiques augmente, mais aussi du fait que les traitements pour les enfants et adolescents atteints sont insuffisants. À l'heure actuelle, encore trop d'adolescents qui auraient besoin d'un traitement psychologique ou d'un suivi clinique n'ont pas encore trouvé le chemin pour recevoir cette aide, chemin souvent long et tortueux, à cause des nombreux « obstacles » qui rendent difficiles l'accès au système de santé mentale (Rickwood et Deane 2007). À cet égard, les facteurs qui encouragent ou bloquent l'accès au système de santé mental lors de l'apparition d'un problème psychique chez les adolescents sont encore trop peu connus. Ces dernières années, quelques études ont focalisé leur attention sur le chemin d'accès au système de santé mentale, et plus précisément sur l'identification des barrières qui entravent l'accès aux soins appropriés, que les familles et les adolescents s'efforcent de trouver (Owens, Hoagwood et al. 2002). Néanmoins, très peu se sont intéressées de manière spécifique au rôle que joue la famille, pouvant soit faciliter, soit inhiber l'accès au système de santé mentale (Sayal, 2006).

2. Présentation du projet « Access to Mental Health Care in Children »

Dans l'intérêt de promouvoir cette réflexion en Suisse, le Dr. med Beat Mohler et son collègue, le Dr. Christoph Käppler, ont mis en place le projet AMHC : "Access to Mental Health care in Children" (Concepts de santé psychique et accès aux soins publics dans la perspective des enfants, des jeunes et de leurs familles), dans le cadre du Programme National de Recherche 52 du Fonds National Suisse: "L'enfance, la jeunesse et les relations entre générations dans une société en mutation".

L'étude AMHC se propose d'examiner les facteurs influençant l'accès aux offres de prévention et aux possibilités de soin dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents. Il s'agit d'évaluer les influences individuelles, familiales et sociales sur les notions de santé psychique et physique transmises entre les générations, ainsi que les seuils pour solliciter de l'aide. Les résultats de l'étude devront mettre en exergue les différences entre les divers groupes de population (migrants vs. non migrants, régions suisses, clinique vs. non clinique). Grâce à une meilleure compréhension des notions et des besoins en termes de santé psychique des adolescents et grâce à la connaissance des seuils existants concernant les offres de traitement, il sera possible d'améliorer l'adéquation entre besoins et offres.

3. Projet de recherche

L'intérêt de mon travail de thèse, qui s'inscrit à l'intérieur du projet de recherche AMHC, est celui d'apporter une réflexion sur le rôle que joue la famille dans l'accès aux soins psychiatriques des adolescents. Le comportement d'accès aux soins peut être analysé du point de vue de l'institution sanitaire, comme cela a été fait dans beaucoup d'études, ainsi que du point de vue du patient. Dans cette thèse, comme pour l'étude AMHC, nous allons nous intéresser à la perspective du client, et plus particulièrement à celle des adolescents et de leurs familles. Pourquoi la famille, pourrait-on se demander ? Les adolescents³ qui participent à notre étude ont entre 10 et 16 ans, une tranche d'âge qui reste encore dépendante de la famille et pour laquelle les parents sont encore le principal point de référence.

Questions de recherche

Le projet examine quels sont les concepts de santé et de maladie psychique que partagent les adolescents et leur famille, à quel moment la famille s'aperçoit de la maladie mentale et reconnaît le besoin d'une aide extérieure, et enfin quel type d'aide elle imagine être adaptée et bénéfique. Tout cela constitue ce qu'on pourrait appeler la *culture familiale de la santé mentale*. Elle nous donne des informations directes ou indirectes sur les barrières que les familles rencontrent sur le chemin d'accès aux soins de santé mentale⁴. Les questions qui se trouvent à la base de cette recherche sont les suivantes :

- a. Quelles sont les représentations de la santé mentale et la maladie mentale chez les adolescents et leurs familles ?
- b. Peut-on décrire une culture familiale de la santé mentale ?
- c. Les parents sont-ils conscients que la relation qu'ils ont avec leurs enfants et l'ambiance familiale a une répercussion sur la santé mentale et l'accès aux soins de santé mentale ?

4. Articulation de la thèse

Le premier chapitre argumente la pertinence de l'approche psychologique, parmi les différentes approches qui auraient pu être utilisées pour aborder ce sujet et introduit chaque une des questions de recherche. Les chapitres suivants qui constituent la partie théorique

³ L'OMS définit l'adolescence comme la période entre 10 et 19 ans.

⁴ Lorsqu'on parle d'accès aux soins de santé mentale, on considère toujours les offres psychiatriques et les offres psychopédagogiques quelles qu'elles soient, de caractère public et privé.

abordent, l'un après l'autre, les éléments principaux de la recherche : l'adolescence comme période de vie qui nous intéresse dans cette recherche et la santé mentale comme nouveau souci en santé publique (chapitre 2) ; la famille comme contexte de vie et du développement de la santé mentale des adolescents (chapitre 3) ; la culture familiale comme contexte dans lequel se forment les représentations sociales des jeunes (chapitre 4), les représentations sociales (chapitre 5) et le pays, la Suisse, avec son système sanitaire de santé mentale et sa caractéristique multiculturelle (chapitre 6).

Tous ces éléments se retrouvent dans l'énoncé qui constitue le fondement théorique de la thèse : *La description ainsi que la compréhension d'une culture familiale de la santé mentale dans les familles suisses est un élément indispensable pour la détection des barrières qui se trouvent à l'intérieur de la famille et qui empêchent l'accès au système de santé mentale pour les adolescents.*

Dans le chapitre 7 je présente les hypothèses de la recherche qui ont motivé le choix méthodologique qui est exposé de manière étendue dans le chapitre 8.

Les résultats sont présentés dans les chapitres 9 jusqu'au chapitre 13. Ce dernier aborde les résultats relatifs à la culture familiale de la santé mentale, avec une comparaison internationale. En effet dans la phase finale de ma thèse, j'ai senti la nécessité d'échanger et de profiter de l'expérience de recherche et de pratique clinique de la Prof. Magda Di Renzo, de l'Institut Italien d'Ortophonologie⁵ à Rome, afin d'établir une réflexion sur la culture familiale de la santé mentale en Italie, en comparaison avec la Suisse, surtout avec le Tessin. Grâce à la bourse du fonds national suisse pour chercheurs débutants, j'ai pu partir en Italie 6 mois, entre janvier et juin 2007, et recueillir les données nécessaires à la comparaison internationale. Les familles qui ont participé à la recherche sont en contact avec les collaborateurs du centre clinique.

Le dernier chapitre, le 14, résume et discute les résultats quantitatifs et qualitatifs de la thèse, commente les limites de la recherche et offre des perspectives futures sur le plan pratique et politique.

⁵ L'institut Italien d'Ortophonologie a la particularité de concevoir l'aide clinique pour l'enfant et l'adolescent de manière interdisciplinaire, d'impliquer les familles dans le travail thérapeutique et de collaborer en même temps avec l'Université Campus BioMedico pour la recherche scientifique.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1

Favoriser l'accès aux soins de santé mentale : une approche psychologique

L'objectif de ce chapitre est de démontrer la pertinence d'un regard psychologique sur la problématique de l'accès aux soins de santé mentale pour les adolescents et leurs familles.

Cet objectif me semble important afin de pouvoir, dans les chapitres qui suivront, du 2 jusqu'au 6, présenter en détail chaque élément constitutif de l'énoncé central de ce travail de recherche :

La description ainsi que la compréhension d'une culture familiale de la santé mentale dans les familles suisses est un élément indispensable pour la détection des barrières qui se trouvent à l'intérieur de la famille et qui empêchent l'accès au système de santé mentale pour les adolescents.

1.1. Pertinence de l'approche psychologique sur l'accès aux soins

Pour comprendre la raison d'un tel chapitre sur la pertinence et la prévalence de l'approche psychologique présent dans cette thèse, il est nécessaire de préciser que le sujet de cette recherche s'articule à partir d'une approche interdisciplinaire. En effet il se définit au croisement entre la psychologie, la santé publique, la sociologie et l'anthropologie. Décrire une culture familiale de la santé mentale n'est pas un sujet uniquement psychologique. Il y a une littérature sociologique du phénomène de la santé et de la maladie (Herzlich, 1984, Cresson, 1995, Burton-Jeangros, 2001) ainsi que des études décrivant le concept de culture familiale, réalisées dans les années 1990 par les anthropologues Kleinmann et Helman. C'est aussi un sujet qui a été développé dans le domaine de la thérapie familiale par des auteurs comme Shlomo et Wen-Shing, pour essayer de mieux comprendre la famille dans ses particularités.

J'ai essayé de tenir compte, dans la partie théorique, de ces différentes approches pour mieux définir le sujet de la thèse. Néanmoins pour ce qui concerne la partie expérimentale j'ai choisie

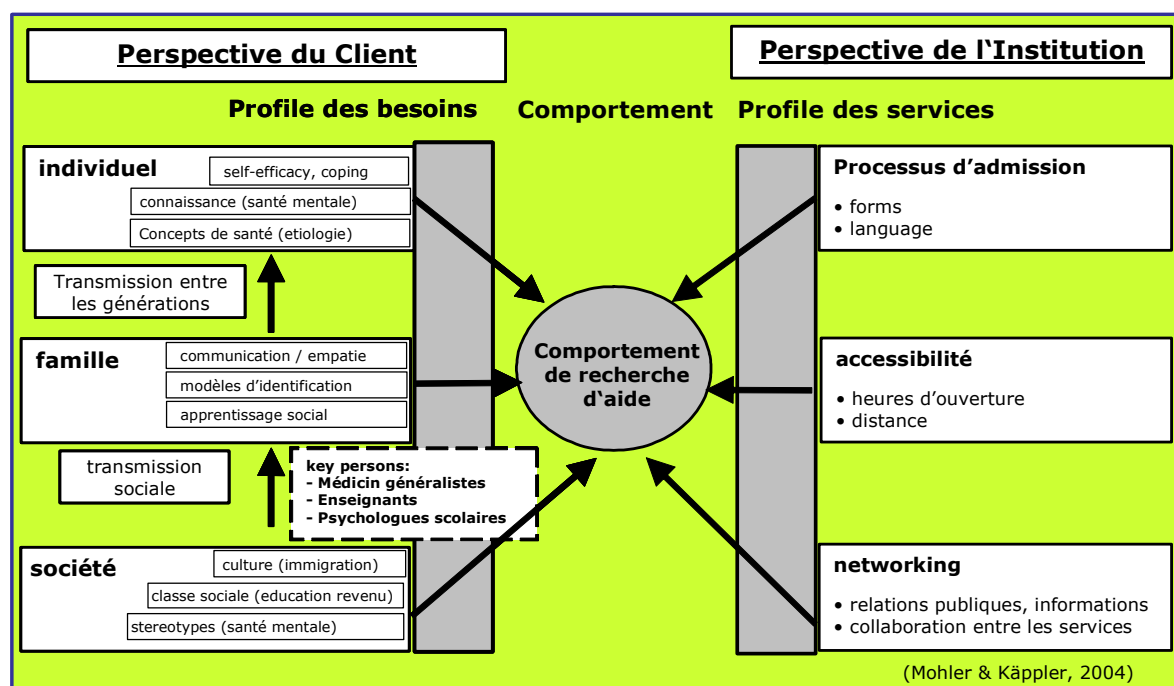
l'approche psychologique car il s'agit de celui qui est le mieux adapté à décrire la complexe facette de la recherche d'aide face à un problème psychique.

En effet, lorsqu'on aborde la réflexion sur l'accès aux soins de santé, on se réfère normalement à deux réalités qui se trouvent une en face de l'autre : le sujet en question qui réalise ou ne réalise pas l'accès (Perspective du client, cf. Fig. 1.1.) et l'endroit qui est ou n'est pas accédé ou accessible (Perspective de l'institution, Fig. 1.1.). Entre ces deux réalités il existe le comportement de recherche d'aide, c'est-à-dire les possibilités et les voies qui peuvent favoriser l'accès ou l'empêcher.

L'objet d'étude de cette recherche est le comportement de recherche d'aide, plus précisément celui de la perspective du client, du monde intérieur du sujet qui le pousse à agir ou le freine vers l'accès aux institutions pour essayer de comprendre le comportement qui est en général déclenché par la psychologie sous-jacente.

Le schéma théorique du projet AMHC, le Modèle Mohler & Käppler (2004) schématise ce que je viens d'expliquer (cf. Figure 1.1.) :

Figure 1.1. : Modèle "Access to Mental Health Care in children", (Mohler & Käppler, 2004, p.12)



Les représentations de la santé mentale que l'on retrouve chez les adolescents et leur famille sont un facteur très important et parfois décisif au moment de la confrontation avec la maladie mentale. La capacité des parents à percevoir, reconnaître et admettre les signes de dysfonctionnement psychique chez leurs enfants est fortement liée aux représentations qu'ils

ont de la santé psychique⁶ (Sayal, 2006). Ces représentations vont aussi avoir un rôle important au moment de prendre une décision sur le comportement à adopter : chercher une aide, ignorer le problème, penser qu'il faut juste du temps et tout va passer.

Dans cette logique s'insère la première des questions de recherche :

Quelles sont les représentations de la santé mentale et la maladie mentale chez les adolescents et leurs familles ?

La description des concepts que les adolescents et les parents associent à la santé mentale et à la maladie mentale nous permettra de détecter les barrières qui se situent au niveau conceptuel. C'est le premier niveau dans la perspective du client : le niveau individuel.

1.2. L'accent mis sur la culture familiale

Nous pensons que l'analyse qui portera à une compréhension de la culture familiale de la santé mentale pourrait être une source d'information quand aux blocages présents dans la famille vers le système des soins de santé mentale. Cette réflexion motive notre deuxième question de recherche qui se situe au deuxième niveau de la perspective du client, la famille et nous interroge sur le moyen à utiliser pour répondre à cette question :

Peut-on décrire une culture familiale de la santé mentale ?

Le Modèle "Culture Familiale de la Santé Mentale", (Gianella, 2005), présenté à la page suivante, est d'une spécification du contenu relatif à la perspective du client, présent dans le Modèle Mohler & Käppler (2004). Dans mon schéma je garde les trois niveaux d'analyse : individuel, familial et social, en mettant l'accent sur la dimension proprement familiale car j'estime que celle-ci est la plus proche du jeune. Les concepts et les croyances qui circulent en famille, qui sont transmis de génération à génération, vont former le monde intérieur de l'adolescent et ses concepts relatifs à la santé et la maladie mentale.

Le schéma montre le lien entre le projet AMHC et le projet de thèse :

⁶ Le terme santé psychique sera utilisé de manière équivalente au terme santé mentale pendant tout le travail de thèse. Lorsqu'on fait un discours de type général sur la santé psychique, ce terme est utilisé en sens large, c'est-à-dire qu'on sous-entend le concept de maladie mentale.

Figure 1.1. : Modèle “Access to Mental Health Care in children”, (Mohler & Käppler, 2004, p.12)

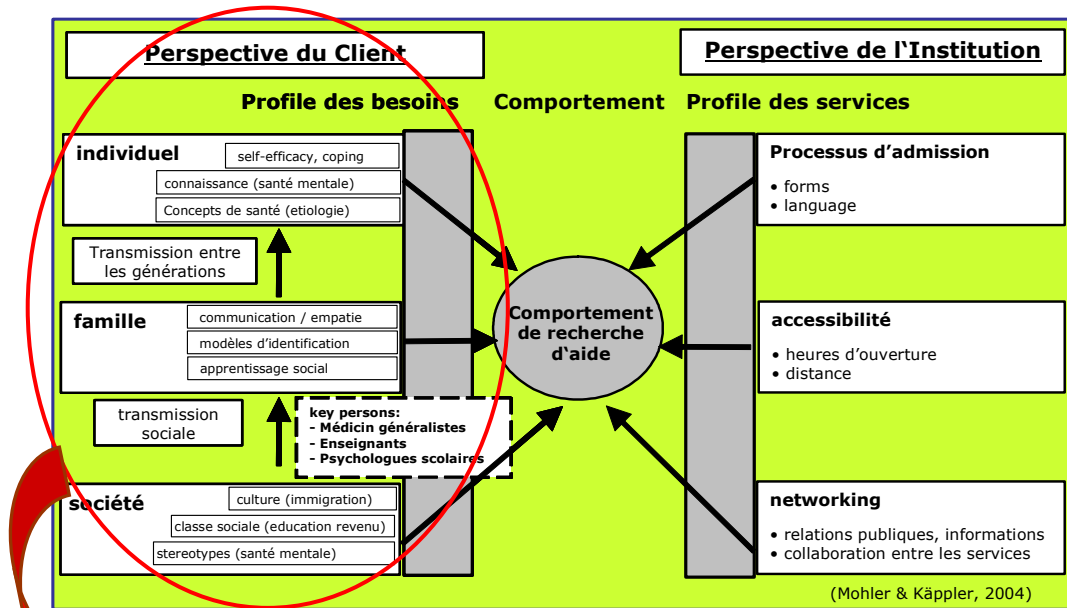
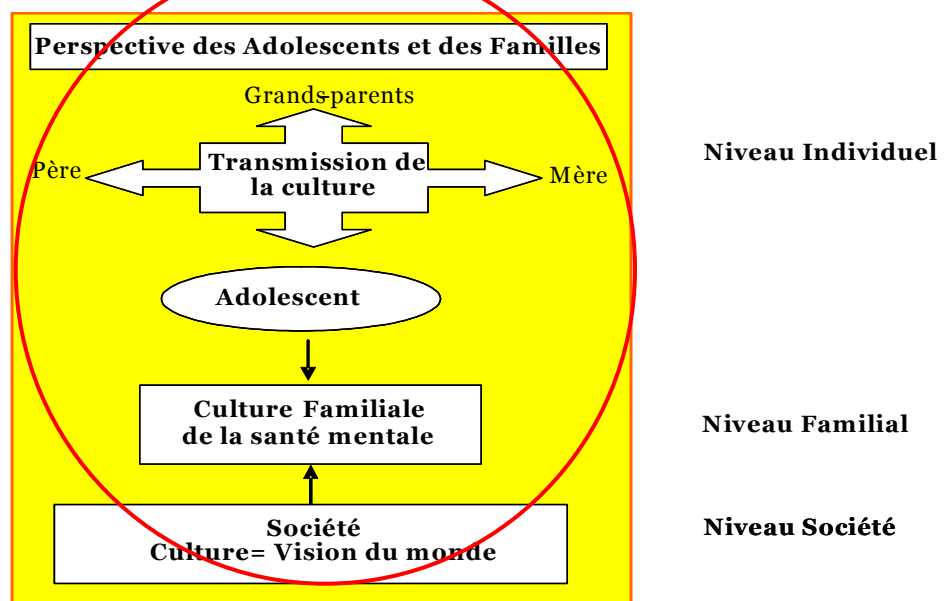


Figure 1.2. : Modèle “Culture Familiale de la Santé Mentale”, (Gianella, 2005)

Projet de Thèse



Notre deuxième réflexion, porte sur le rôle familial dans l'accès aux soins de santé mentale. Nous pensons qu'une prise de conscience de la part des parents à propos de leur rôle dans la création d'une ambiance favorable à la santé mentale par l'éducation et l'attention porté aux enfants, pourrait être une aide dans la promotion de la santé mentale des familles, et des adolescents en particulier.

Nous nous sommes posé la question suivante, qui est devenue la troisième question de recherche :

Les parents sont-ils conscients que la relation qu'ils ont avec leurs enfants et l'ambiance familiale a une répercussion sur la santé mentale et l'accès aux soins de santé mentale ?

1.3. Les choix méthodologiques

Pour répondre aux questions de recherche et vérifier les hypothèses qui seront présentées dans le chapitre 7, le projet de thèse s'articule en deux phases utilisant une méthodologie mixte : la première qualitative et la deuxième quantitative.

La phase qualitative est composée des interviews avec des familles. Cet outil a permis de collecter et d'analyser les concepts relatifs à la santé et à la maladie ainsi que les stratégies mise en place par les adolescents et leur famille, lorsqu'ils ont recours aux soins. Sur la base des données mises en évidence dans l'analyse qualitative, nous avons élaboré le questionnaire, instrument que nous avons utilisé dans la phase quantitative, pour réaliser l'enquête en Suisse alémanique, romande et au Tessin.

Cette méthodologie combinée comporte plusieurs avantages. Tout d'abord, elle nous permet de rester plus fidèle à la perspective des familles et d'effectuer une analyse plus approfondie du phénomène (phase qualitative), au même temps nous a permis d'évaluer dans quelle mesure les concepts spécifiques identifiés dans la phase qualitative sont généralisables pour la population Suisse (phase quantitative) (Bryman, 1995).

La population étudiée est composée par des familles suisses allemandes (Zürich), suisses romandes (Fribourg et Lausanne) et tessinoises (Lugano et Locarno), choisies dans la population générale, clinique et à risque. En particulier les personnes visées sont les adolescents entre 10-16 ans et leurs parents. L'interview avec les parents a été envisagée pour faire en sorte de saisir la transmission entre les générations des concepts liés à la santé, ainsi que les expériences et les comportements relatifs à la santé. La phase qualitative est constitué de 101 interviews : 51 adolescents et 50 parents des trois régions linguistiques de la Suisse ont été interviewées. Cela correspond à 33 familles. L'échantillon quantitatif comprend, lui aussi, une population venant des trois régions linguistiques de la Suisse : 377 adolescents et 442 parents.

Après ce premier chapitre qui a donné un contexte aux questions de recherche et justifié le choix de la méthodologie en fonction des intérêts de la thèse, dans le chapitre suivant je vais aborder le sujet de la santé mentale chez les adolescents.

Chapitre 2

Santé mentale des adolescents :

priorités de santé publique et stratégies de promotion

Dans ce chapitre nous allons définir l'adolescence et nous allons illustrer, avec quelques études aux niveaux international et suisse, la croissance des pathologies psychiatriques chez les adolescents. Cette augmentation peut être expliquée par différents phénomènes, toutefois celle-ci ne constitue pas l'intérêt de cette thèse. Nous allons plutôt analyser la culture qui se crée en famille au sujet de la santé mentale et le processus d'accès aux soins qui en découle.

Dans tout le travail de recherche, lorsqu'on fait un discours de type général sur la santé psychique, ce terme est utilisé en sens large, c'est-à-dire que l'on sous-entend le concept de maladie mentale.

2.1. L'adolescence

“Il periodo dell'adolescenza é uguale a un giro sulle montagne russe!” (Père tessinois)

L'adolescence est une période entre l'enfance et l'âge adulte qui ne peut pas être considérée simplement comme un passage vers une situation de stabilité et d'immobilité qui pourrait caractériser l'âge adulte. Elle entraîne, il est vrai, beaucoup de changements physiques et psychologiques, voire la recherche d'une identité personnelle et de valeurs sur lesquelles fonder sa vie présente et future car « l'adolescence est une époque d'expérimentation naturelle, de pensée abstraite tournée vers l'avenir, d'empathie et d'idéalisme. » (OMS, 1999). L'Organisation Mondiale de la Santé qualifie d'adolescent « tout individu âgé de 10 à 19 ans ». Le terme « adolescence » vient du terme latin *adolescere* qui signifie grandir. Dans le livre de Michaud et Alvin, « La santé des adolescents » (1997), qui reste un ouvrage de référence pour les professionnels de la santé des adolescents, cette tranche d'âge est définie ainsi : « *Le début de l'adolescence est pour tous un phénomène d'abord somatique, marqué par le début de la puberté ; en revanche, la fin en est moins clairement définie et correspond surtout à l'affirmation des assises affectives et sociales. Dans cette perspective, l'adolescence est donc*

besoin de changement, besoin d'indépendance, besoin d'autonomie et donc période d'antagonisme. Cette conception est couramment admise, notamment par les professionnels qui s'occupent des adolescents.» (Michaud et Alvin, 1997, p.17). Une sorte de conflictualité permanente caractérise l'adolescence : face à soi-même, dans la recherche d'une identité et par les changements de son corps ; face à sa famille, dans le désir d'obtenir la reconnaissance d'une certaine autonomie et le besoin d'être encore protégé ; et face à la société, dans la relation que l'adolescent entretient avec le groupe d'amis, puis avec une personne avec laquelle il commence une relation amoureuse (Michaud et Alvin, 1997, p.17). Dans cette situation de conflictualité, « la capacité d'assumer le conflit psychique constitue donc un facteur essentiel du développement de l'adolescent. Cette capacité sera d'autant meilleure que l'investissement de l'espace psychique interne est fort, ce qui permet un renforcement du travail psychique et une meilleure tolérance à l'atteinte et à la conflictualité. En revanche tout ce qui risque d'appauvrir ce fonctionnement psychique (projection, passage à l'acte, etc.) réduit les capacités d'adaptation de l'adolescent aussi bien à son monde psychique interne qu'à l'environnement. »

L'intérêt que nous portons envers les adolescents est doublement justifié ; le premier motif est que la population adolescente dans le monde est loin d'être une minorité : elle représente environ 20% de la population mondiale, dont le 85% vit dans des pays en voie de développement (OMS, 1997). Un deuxième point très important pour nous, professionnels de la santé, c'est que pendant ces années, les jeunes adoptent des comportements de santé qui influenceront leur avenir et leur santé (pratique sportive, consommation de drogues, etc.) (UMSA, 2002).

Il ne faut pas oublier non plus que, même si les études épidémiologiques confirment que la grande majorité des adolescents vont bien, il y en a une partie qui, précisément à cet âge, développe des troubles psychiques importants à détecter, car susceptibles de persister et d'entraîner des conséquences jusqu'à l'âge adulte si aucun traitement n'est mis en place.

Lorsqu'on reconnaît que l'adolescence est un stade essentiel dans la formation du futur adulte, on prêtera plus d'attention à leur santé, avec la conscience qu'il s'agit d'un sujet qui concerne tout le monde. « L'amélioration des conditions favorables à la santé des adolescents exige, de la part des gouvernements, des communautés, des organisations et des familles, un effort collectif soutenus. » (OMS, 1999, p.5)

2.2. La santé mentale : une priorité de santé publique

Durant les dernières décennies, la santé psychique a constitué l'un des thèmes prioritaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001). En 2001, année dédiée à la sensibilisation de la population au sujet de la santé mentale, l'OMS a publié le Rapport sur la Santé dans le Monde intitulé : « La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs » (2001). Ouvrage qui retrace la situation actuelle de la santé mentale dans le monde.

Les Etats-Unis ont réagi de manière assez aigüe après la publication du document « The Global Burden of Disease », élaboré par le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), organe gouvernemental de santé publique aux Etats-Unis, la recherche internationale s'est beaucoup intéressée aux troubles psychiques de la population infanto-juvénile (Costello, 2005). En 1990, au vu de la situation actuelle et en prévision des futurs développements, l'Institut National de Santé Mentale (NIMH) aux États-Unis, a multiplié par cinq le budget pour le programme de recherche scientifique : „National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders“.

En Australie aussi il y a un grand nombre d'études qui montrent la situation dangereuse de la non utilisation des systèmes des soins de santé mentale (Patel, 2007 ; Hickie, 2007). Un bon nombre de programmes gouvernementales en faveur de la santé mentale des adolescents se sont mis en route pour remédier à l'état actuel des choses et améliorer la santé mentale des adolescents⁷ (Hickie, 2005).

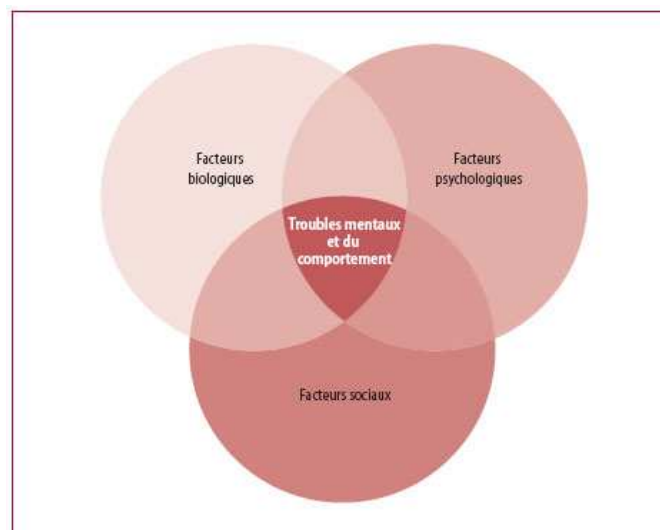
Parallèlement, dans le climat que je viens de décrire, la psychiatrie a connu une évolution considérable, sous l'influence, d'une part des progrès accomplis dans les connaissances et les méthodes thérapeutiques, d'autre part des changements intervenus dans une société en constante mutation. Néanmoins, malgré les grands efforts qui ont été fait de la part des institutions visant à promouvoir la santé auprès de l'opinion publique et malgré la large diffusion des maladies psychiatriques, les connaissances du public restent encore lacunaires et la maladie psychique engendre toujours de la peur, de la stigmatisation et de la méfiance. En effet, il y a, du point de vue de la population, un important besoin d'informations sur les facteurs qui influencent la préservation ou le rétablissement de la santé psychique des enfants et adolescents. Pour répondre à ce besoin, l'OMS (2001) donne une explication plus compréhensible de la maladie mentale, afin que cette réalité soit mieux respectée. Aujourd'hui, la psychiatrie s'appuie sur des sciences très diverses et, au cours de son évolution, elle a pu

⁷ *headspace*: National Youth Mental Health Foundation. <http://www.headspace.org.au>

bénéficier des avancées réalisées dans différents domaines. Il s'agit des sciences biologiques (neurophysiologie, biochimie, génétique, pharmacologie etc., regroupant parfois leurs efforts sous le terme de neurosciences) mais aussi des sciences humaines comme la psychologie, la sociologie, l'éthique, l'anthropologie ou le droit. Ces divers apports ont été intégrés dans le paradigme biopsychosocial, qui postule à l'origine de la maladie mentale un ensemble de facteurs aussi bien somatiques que psychologiques et sociaux.

Pour expliquer les origines de la maladie mentale, on retrouve dans le rapport de l'OMS le paragraphe suivant: « Nous savons aujourd'hui que la plupart des maladies mentales et physiques sont influencées par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (cf. Figure 2.1.). Nous savons que les troubles mentaux et du comportement ont une origine dans le cerveau. Nous savons qu'ils touchent des personnes de tous âges dans tous les pays et qu'ils affectent aussi bien les familles et les communautés que les individus. »

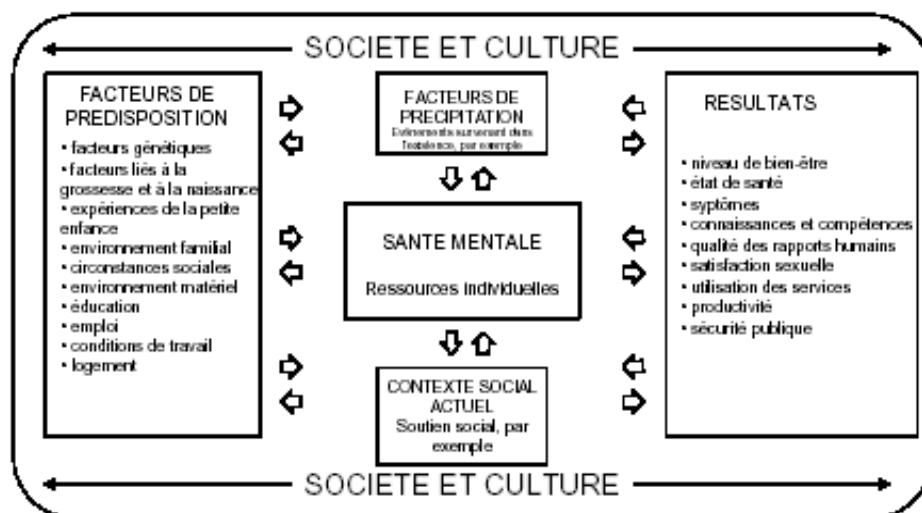
Figure 2.1 : Interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans l'apparition et l'évolution des troubles mentaux et du comportement.



Au niveau européen, dans son travail de promotion de la santé publique, la Commission européenne a récemment rendu officiel un document intitulé « Livre Vert - Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne », Commission européenne, 2005. Ce document trace les lignes directrices et les objectifs pour promouvoir une politique efficace en faveur de la santé mentale.

Dans ce document, la santé mentale est décrite à la lumière d'un modèle fonctionnel, lequel dépeint la multiplicité des facteurs qui déterminent l'état mental de la personne.

Figure 2.2 : Modèle de promotion de la santé mentale en Europe⁸



En Suisse, depuis quelques années, un grand mouvement politique soutient la promotion de la santé mentale. La Société Suisse de Santé Publique avec le soutien de l'Office Fédéral de la Santé Publique, le Projet Politique nationale suisse de la santé, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et Promotion Santé Suisse ont repris le document de l'OMS Europe « La santé pour tous au 21^{ème} siècle » et ont développé 21 buts pour la santé en Suisse (Ackermann-Liebrich, 2002). Ce travail de thèse s'inscrit dans le contexte des priorités politiques actuelles de Santé Publique et dans l'enjeu du débat de l'accès aux soins de santé mentale. Concrètement, parmi les 21 buts de santé dans lesquelles la Suisse va s'engager dans les prochaines années, 5 sont en rapport avec le travail de thèse. Nous allons les présenter brièvement :

- **But 3 Démarrer dans la vie en bonne santé.** Il vise à souligner l'importance d'une politique familiale qui s'engage à soutenir la famille, étant donné que celle-ci représente la base sur laquelle se développe chaque personne et tout spécialement les enfants. Cité du document, p.15 : « Il est important de prendre garde aux modes de vie et au bien-être psychosocial des parents : un foyer sûr, offrant des relations sociales stables est un bon fondement pour le développement psychique et physique harmonieux de l'enfant. »
- **But 4 Santé des jeunes.** Il met l'accent sur les maladies chroniques et les troubles du comportement qui influencent négativement leur état de santé. Il y a cinq types de problèmes : accidents et morts violentes, maladies chroniques, maladies infectieuses, troubles de santé et comportements à risque en matière de santé (c'est à l'adolescence qu'on

⁸ Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J., (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*, eds. Hamina.

consolide les comportements importants en matière de santé). Le souci pour améliorer l'état de santé des jeunes comprend la santé de manière globale, étant donné que les cinq aspects mentionnés ont un lien très fort avec la santé mentale. Les mesures à déterminer pour les troubles de santé et les comportements à risque en matière de santé doivent être spécifiques par rapport à l'âge, au sexe, à l'appartenance ethnique et au rang social. Il faut également soutenir les familles et améliorer l'accès à une aide psychosociale.

- *But 6 Améliorer la santé mentale.* Mon travail de thèse va très clairement dans ce sens. Les troubles psychiques ont une importance grandissante dans le système de santé. L'État est conscient du fait qu'il existe une corrélation claire entre l'offre psychiatrique et le recours à celle-ci, et que cela dépend aussi des cantons. Le recours aux soins dépend de l'éloignement par rapport aux institutions psychiatriques, car les personnes souffrant d'un trouble psychique s'accommodent mal des longs trajets. Dans ces régions périphériques, il y a un taux accru d'hospitalisations psychiatriques, même s'il reste toujours plus faible que le taux d'incidence qu'ont les troubles psychiques sur la population.

Une attention particulière sera portée aux médecins généralistes et aux médecins de famille, car ils sont en contact direct avec les familles et ont un rôle important dans le dépistage des troubles psychiques. Or, certaines études ont montré que les généralistes ont de la peine à diagnostiquer les troubles psychiques, car ils ne sont pas assez formés à ce sujet (Cockburn & Bernard, 2004, pg.21-24). Ce problème n'existe pas seulement en Suisse. En effet, le manque de formation psychiatrique des médecins de premier recours est un problème mondial. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demande, dans son rapport sur la santé psychique, à ce que les professionnels de la santé dispensant les soins de base aient une meilleure formation de base et postgraduée dans la reconnaissance et le traitement des maladies psychiques (OMS 2001). Un groupe d'experts de l'Office fédéral des assurances sociales formule par ailleurs la même exigence (Mattanza et al. 2002, p. 80).

L'importance de la formation des médecins a comme but de réduire la phase de non traitement chez les adolescents présentant un problème psychique. Ceci est extrêmement important, surtout pour certaines maladies comme par exemple la psychose, pour laquelle « les conséquences d'un retard de traitement peuvent être extrêmement graves et mener en particulier à la chronicité ou à une rémission lente et partielle accompagnée de dépression et de suicide » (Ackermann-Lieblich, 2002, p.21). Les familles, ainsi que l'école, devraient être davantage sensibilisées aux différentes problématiques psychiatriques qui peuvent se présenter à l'âge de l'adolescence. La santé mentale des jeunes et l'accès aux soins peuvent être améliorés

« si l'on parvient à impliquer tous les partenaires concernés, que ce soit dans le domaine clinique, de la santé publique, de l'éducation, des médias, des groupes d'entraide, de la famille, des amis, etc. » (Ackermann-Liebrich, 2002, p.21).

- *But 13 Cadres favorables à la santé.* La famille est reconnue comme le cadre de vie primordial pour tous ses membres : « Les familles ou des communautés analogues constituent la structure de base de la société et peuvent renforcer les ressources de leurs membres, à tous les âges, en leur procurant la sécurité. Les résultats de recherches démontrent l'importance cruciale des premiers pas dans la vie (grossesse, naissance, période de la petite enfance jusqu'à la maternelle) pour le développement de l'enfant. Se concentrer sur les besoins des nourrissons ou des petits enfants entraîne de grandes exigences pour les mères et les pères, mais celles-ci ne sont guère reconnues ni soutenues dans la société actuelle. » Le cadre offert est un facteur crucial qui détermine la santé des personnes. À ce titre, nous considérons la famille comme le cadre plus important en lien direct avec la santé mentale des adolescents et aux problèmes d'accès aux soins.
- *But 16 Gestion axée sur la qualité des soins.* Le document souligne un problème majeur de l'organisation du système de santé suisse : il n'y a pas de mesure systématique de l'impact des interventions sanitaires. Peut-on envisager de tenir compte de la perspective du client comme source d'information pour améliorer le système de santé ? Le document évoque de nouveau ce problème en p. 49 : « En Suisse comme ailleurs, un important effort reste à faire pour fonder l'amélioration de la qualité des soins sur des indicateurs valides et adaptés aux besoins locaux ». Cet aspect est très important dans un pays qui compte trois cultures ayant vraisemblablement une vision différente, surtout en ce qui concerne la santé mentale.

Après avoir présenté ces quelques aspects du document « Buts pour la santé en Suisse », que nous estimions être très pertinents pour notre travail, nous sommes de plus en plus conscients que l'élaboration d'une politique nationale de santé est une nécessité primordiale en Suisse.

La mission de la santé publique consiste à promouvoir la santé et l'accès aux soins. A cet égard, un état fédéraliste, lié à une économie très libérale, ne facilite pas la coordination d'un plan de politique nationale de la santé. Celle-ci devra être le résultat d'un travail en commun entre la Confédération et les cantons, dans le cadre d'un processus de discussion entre les décideurs politiques, les acteurs principaux du domaine de la santé et la population.

Comme nous aurons l'occasion de le souligner dans le chapitre 6, traitant du système sanitaire en Suisse, la Confédération, les cantons et les communes se chargent de différentes tâches :

- La Confédération s'occupe de la prévention des maladies infectieuses, des assurances sociales, de la recherche, et de la protection de l'environnement.
- Les cantons sont chargés de pourvoir aux besoins de la population en matière de soins et de services médicaux.
- Les communes veillent à ménager un bon accès aux soins au niveau local.

La Suisse possède le système de santé le plus compliqué des pays de l'OCDE et focalise en grande partie son action sur la gestion du système de soins. Elle ne prend que peu en compte la dimension de la promotion de la santé. La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme objectif de vie. Cette politique de la santé ne devrait donc pas se limiter à la gestion du système de soins, mais devrait également intervenir en amont avec l'objectif de maintenir en santé le plus grand nombre.

La politique de la santé inclut donc la promotion de la santé, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la Charte d'Ottawa comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. Cette conception positive de la santé devrait à l'avenir marquer l'évolution du système de santé helvétique. Actuellement, le projet de Politique nationale de santé s'y emploie activement, avec pour objectifs le maintien et la promotion d'une bonne santé pour la plus grande partie possible de la population vivant en Suisse.

2.3. État de la santé mentale en Suisse

Depuis quelques années, une certaine conscience de l'importance de la santé psychique du citoyen s'est développée en Suisse car plusieurs études ont démontré que l'augmentation des cas psychiatriques n'est pas seulement une préoccupation de quelques pays mais une préoccupation mondiale (OMS, 2001), touchant également la Suisse.

Les études épidémiologiques, faisant référence à l'état de santé mentale, se concentrent toutefois très peu sur le groupe d'adolescents en âge scolaire. Néanmoins, ces études confirment la situation des résultats internationaux, à savoir qu'environ un enfant sur cinq souffre de troubles psychiques. (Steinhausen et al., 1998 ; Costello 1989 ; Roth et Fonagy, 1996).

La publication « Monitoring de la santé psychique en Suisse » (Rüesch et Manzoni, 2003) montre une augmentation claire et alarmante des cas d'hospitalisation psychiatriques et ambulatoires chez les adultes, ainsi qu'une forte progression des cas de rentes AI pour causes

psychiques. Progressivement, un Programme national suisse de santé (2004) a été élaboré, qui comprend aussi une politique de promotion de la santé psychique.

Par contre, nous ne disposons pas de données précises quant aux taux de consultations psychiatriques chez les adolescents et les enfants. L'organisation cantonale du système de santé suisse et la pluralité d'institutions publiques et privées qui s'occupent des enfants et des adolescents ne permettent pas à l'heure actuelle d'avoir des données sur le plan national⁹. Néanmoins on estime, selon les chiffres de la plupart des pays industrialisés, qu'ils sont peu nombreux à bénéficier de soins appropriés. À l'heure actuelle, encore trop d'adolescents qui auraient besoin d'un traitement psychologique ou d'un suivi clinique n'ont pas encore trouvé le bon chemin pour recevoir cette aide.

Le bien-être psychique de la population a été mesuré dans le cadre de l'Enquête Suisse sur la santé (Office fédéral de la statistique, 2002) comprenant la population suisse à partir de l'âge de 15 ans. Il en sort qu'il est étroitement lié à notre façon de vivre, nos attitudes et nos stratégies de recherche d'aide en cas de maladie psychique (cf Annexe 1.1., tableau présentant les résultats de l'enquête).

Santé mentale des adolescents

Deux études nationales, réalisées en 2002 en Suisse, recueillent une variété de données sur de multiples aspects directement et indirectement liés à la santé des adolescents entre 11 et 20 ans : l'étude « Health Behaviour in School Aged-children » (HBSC) auxquels ont participé des adolescents entre 11 et 15 ans et le SMASH, jeunes entre 16 et 20 ans.

La plupart des adolescents en Suisse estiment avoir un bon, voire un très bon état de santé (Office fédéral de la statistique, 2002). Ce résultat est resté le même depuis dix ans et pour toute la Suisse, sans distinction de région linguistique ni de canton.

Dans ce chapitre, nous allons nous pencher plus spécifiquement sur l'état de santé psychique des Suisses, et en particulier, nous présenterons des données concernant les adolescents.

Les données épidémiologiques présentes pour cette tranche d'âge, surtout en ce qui concerne la santé mentale, sont très lacunaires. Les données sur la santé psychique des adolescents en Suisse, pour la tranche d'âge des 11-15 ans, viennent de l'étude effectuée en Europe « Health Behaviour in School Aged-children » (Currie, 2004). Cette étude est menée tous les quatre ans depuis 1982 en Suisse et porte sur l'état de santé et les comportements de santé chez les écoliers de la 5^{ème} à la 9^{ème} année scolaire. Cette étude fut une initiative de l'Organisation Mondiale de la

⁹ cf. chapitre 6 : Les adolescents et le contexte social suisse.

Santé qui l'a promue dans 40 pays ou régions européens, ainsi qu'au Canada et aux Etats-Unis. Le but est de récolter des données qui puissent servir à une comparaison entre les pays et aussi pour suivre l'évolution des comportements sanitaires chez les adolescents. En Suisse, c'est l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies (ISPA) qui se charge de la recherche nationale.

De manière générale, nous pouvons observer que parmi les jeunes de 11 à 15 ans, 90% affirment se sentir généralement heureux. Pour ce qui est de la confiance en soi, les réponses sont positives chez 70% des filles et 85% des garçons. Chez les 11-16 ans, 3% des filles et 2% des garçons ont déjà essayé de mettre fin à leurs jours (Kuendig, 2003).

La violence subie peut avoir de lourdes conséquences sur la santé. Elle est particulièrement nocive quand elle est le fait de proches : alors que 10% des 16-20 ans craignent d'être frappés par leurs parents (SMASH, 2002), 12% des 11-16 ans disent l'être Effectivement, dont 3% régulièrement. Le caractère tabou du *mobbing* (harcèlement psychologique) ou de la violence au sein de la famille pose un problème supplémentaire. Les victimes ont souvent un grand sentiment d'impuissance. Elles auraient besoin d'être soutenues par des adultes.

La dernière récolte des données, en 2006, montre un résultat surprenant : les filles et les garçons suisses de 15 ans fument moins qu'il y a vingt ans. Le taux de consommation a risque avait toujours augmenté durant ces vingt dernières années, mais à présent on note une certaine diminution. La consommation régulière et l'ivresse régressent depuis 2002. Le nombre de jeunes buvant de l'alcool toutes les semaines avait drastiquement augmenté en 2002 par rapport à 1998, maintenant il diminue, restant quand même assez haut : un quart des jeunes garçons de 15 ans disent boire de l'alcool chaque semaine, pour les filles il s'agit du 17%. Dans le cadre de l'enquête actuelle, 30% des garçons et 20% des filles disent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie. En termes suisses cela signifie un total de 44'000 jeunes de 11 à 15 ans. Ces données ont de quoi inquiéter car cela montre des comportements à risque qui peuvent avoir des répercussions graves sur la santé (Schmid, Delgrande, Kuntsche, Kuendig, Annaheim, 2007). En ce qui concerne la consommation de cannabis, en 2006, 34% des garçons et 27% des filles de 15 ans disent y avoir déjà goûté. Seule une petite minorité dit avoir déjà fumé des joints 40 fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête (5% des garçons et 2,6% des filles de 15 ans). Une telle consommation devient problématique pour deux raisons : la quantité n'est pas négligeable et les motifs de l'usage chez ces adolescents sont alarmants car la drogue est utilisée pour oublier ses problèmes ou fuir la réalité. Dans leur grande majorité, les jeunes consommateurs de 15 ans se procurent aujourd'hui le cannabis « auprès d'amis et de

connaissances » (90%) ou ont l'occasion d'en fumer « lors de fêtes » (30%) (Schmid, Delgrande, Kuntsche, Kuendig, Annaheim, 2007). Il est intéressant de voir les motifs d'une telle régression : « Ces derniers temps, il y a eu, aux niveaux tant national que cantonal, des interventions politiques dans le domaine de la prévention du tabagisme et, dans de nombreux pays européens, des mesures de protection contre le tabagisme passif ont été introduites avec succès. » explique Schmid, le responsable de l'enquête auprès des écoliers. En outre, le prix des cigarettes a augmenté et l'on sait que cela touche particulièrement les adolescents, qui disposent d'un budget limité.

Le grand public, les médias et les milieux politiques ont aussi largement débattu du problème posé par les ivresses chez les jeunes. « La prise de conscience des parents, mais aussi des adolescents eux-mêmes, en a certainement été augmentée », estime Schmid. « Alors que le cannabis avait été longtemps banalisé auparavant, les discussions sur les dangers d'une consommation fréquente se sont multipliées ces dernières années », dit Schmid. « Il est probable que les parents réagissent aujourd'hui en imposant des normes plus sévères et appliquent plus strictement les règles éducatives que ce n'était le cas en 2002 encore », ajoute-t-il. Selon lui, il en va de même dans les écoles, qui fixent davantage de règles et prévoient des mesures disciplinaires en matière de cannabis. Mais, malgré l'évolution positive constatée, les experts sont unanimes : en Suisse, il y a encore trop d'adolescents qui boivent et fument des cigarettes ou des joints.

En annexe (cf. Annexe 1.2.) je présente les données se référant à l'état de santé mentale des adolescents résidants dans les cantons de Zürich, de Fribourg et du Tessin. En ce qui concerne le canton de Vaud, nous n'avons pas trouvé de données décrivant la situation cantonale à ce sujet, étant donné que le canton de Vaud ne fait pas partie des cantons ayant sollicité à l'étude HBSC des analyses spécifiques sur le plan cantonal. Seulement 9 cantons ont fait cette demande, dont les cantons de Zürich, Fribourg, Tessin, Aargau, Berne, Genève, Grisons, Jura et Valais.

2.4. Début et séquelles des troubles psychiques

Des études récentes dans le domaine clinique ainsi qu'épidémiologique ont montré un ensemble de troubles psychiatriques qui se manifestent dès l'enfance ou l'adolescence (Burke et al., 1990). Durant l'enfance peuvent apparaître des troubles tels que le déficit d'attention

(ADHD), l'autisme, l'anxiété de séparation, la phobie spécifique et le trouble oppositionnel. Pour ceux qui apparaissent davantage pendant l'adolescence, on retrouve les troubles anxieux (phobie sociale, trouble de panique, etc), la consommation (Costello et al., 1999), la dépression (Lewinsohn et al. 1994), l'anorexie mentale (Lewinsohn et al., 2000), la boulimie. Les troubles qui se manifestent pendant l'enfance touchent une majorité de garçons, ceux qui se manifestent plus tard, à l'adolescence, sont plus communs parmi les filles (Rutter et al. 2003).

De plus, la plupart des recherches longitudinales sont en accord pour affirmer que les problèmes psychiques graves qui surgissent pendant l'enfance ou l'adolescence et qui ne sont pas traités, ou qui le sont trop tardivement, peuvent avoir des conséquences lourdes sur le développement de la personne ainsi que sur le fonctionnement familial (Champion, Goodall, Rutter, 1995; Campbell. 1995 ; Sawyer, 2007 ; Ackermann-Liebrich, 2002, p.21).

2.5. Causes de l'augmentation de demandes en soins psychopédagogiques et psychiatriques

L'évolution de la société pendant ces dernières années a entraîné une forte augmentation de la demande en soins psychiatriques. De multiples facteurs sont à la base de ce phénomène, notamment la famille, le monde du travail, les relations sociales qui se modifient dans une société qui n'a pas vraiment le temps de construire des rapports profonds et de confiance. Les exigences du monde de travail deviennent toujours plus grandes pour qui ne veut pas se retrouver au chômage. Les relations familiales n'offrent plus le soutien affectif et social qu'elles garantissaient auparavant, par manque de temps, par banalisation de leur importance et les cassures familiales provoquent une déstabilisation psychique de l'enfant et une augmentation des consultations psychiatriques (Schmit, Rolland, Jeckel, 2003). Le système de valeurs proposé par la société a perdu de sa cohérence ; les modèles proposés sont parfois contradictoires et manquent de solidité, surtout pour les adolescents dont la personnalité est en cours de structuration. La psychiatrie qui se réfère aux adolescents se retrouve confrontée à des problématiques typiques de cet âge et, en même temps, à des adolescents qui ont beaucoup d'informations à leur disposition, une marge de liberté plus grande que dans le passé et plus de moyens matériels. On observe que les cultures familiales chez ces jeunes en difficulté sont fermées socialement, caractérisées par la violence, la manipulation des adolescents et d'autres phénomènes qui ont une influence dévastatrice sur l'enfant. La culture familiale peut rendre difficile l'intégration des jeunes au monde qui les entoure. D' autre part, il y a aussi le cas des

adolescents rebelles, violents qui se retrouvent face à des familles dépourvues et sans aucun moyen de réagir aux affrontements. Le manque de stimulation sociale engendre une utilisation malsaine du temps qui ouvre des possibilités de destruction de la propre personnalité. L'abus de substances fait de plus en plus partie intégrante de la culture juvénile, les difficultés scolaires présentes dans une société qui demande toujours plus d'années de formation et de spécialisation provoquent une incertitude face au futur et au monde du travail. L'individualisme qui caractérise nos sociétés industrialisées entraîne un sentiment de solitude chez certaines jeunes. Ces éléments et beaucoup d'autres sont à l'origine d'une fragilité psychique des jeunes générations (Ehrenberg et Lowell, 2001).

De plus, un élément tout autre joue en faveur de cette augmentation de la demande en psychiatrie : l'image même de la psychiatrie est en train de changer petit à petit. Cela signifie qu'auprès du public, l'image de la psychiatrie devient plus performante et moins stigmatisante, d'où une plus grande facilité à accepter et comprendre la maladie psychique et le traitement correspondant (Jorm, 2007). Les hôpitaux psychiatriques s'intègrent davantage à la vie communautaire et deviennent des lieux de vie comme tout autre hôpital, ne remplissant plus la fonction d'éloigner les « fous » de la société, comme c'était le cas auparavant. Il y a une forte prise de conscience quant à l'importance d'intégrer les personnes souffrant d'une maladie psychique dans la société en utilisant les ressources familiales, professionnelles et l'entourage social de la personne. Les autres disciplines médicales somatiques, comme par exemple la pédiatrie, sont de plus en plus sensibles à la sphère psychologique des patients et aptes à juger nécessaire un suivi psychiatrique, si le cas se présente.

2.6. L'accès des adolescents au système sanitaire et psychopédagogique

L'accès des adolescents au système des soins est un sujet connu en santé publique. L'OMS a porté son attention sur ce sujet dans différents documents proposant des voies de réflexion sur la santé des adolescents. Dans l'un de ces rapports techniques, on trouve la citation suivante : « *les adolescents confrontés à un problème de santé ne se tournent pas toujours vers les personnels soignants ou les services de santé. Selon la nature du problème et la perception qu'ils en ont, ils cherchent le secours de diverses personnes et organisations proches d'eux.* » (OMS, 1999, p.17). Depuis qu'ont été réalisées les premières études, à partir des années 1980, sur l'utilisation des système de santé mentale, une évidence commune nous frappe : la majorité des adolescents qui nécessitent un traitement ne le reçoivent pas (Costello et al., 1988; Dulcan

et al., 1990; Leaf et al., 1990; Horwitz et al., 1992). Les études qui ont été effectuées ultérieurement ont confirmé cette découverte, cherchant à comprendre qui sont les adolescents bénéficiaires, et pourquoi certains y arrivent et d'autres pas (Briggs-Gowan et al., 2000; Burns et al., 1995; Horwitz et al., 1998; Leaf et al., 1996; Sawyer et al., 2001; Wu et al., 1999).

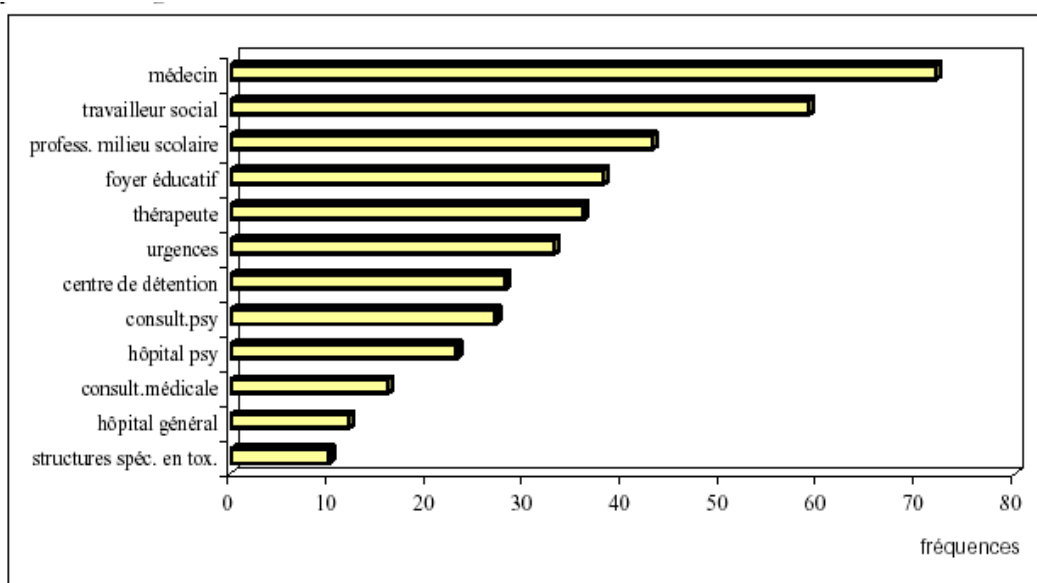
À cet égard, on ne connaît que trop peu les facteurs qui encouragent ou bloquent l'accès au système de santé mentale lors de l'apparition d'un problème psychique chez les adolescents. Ces dernières années, quelques études se sont intéressées au processus d'accès au système de santé mentale et plus précisément à l'identification des barrières qui se trouvent sur le chemin d'une recherche d'aide de la part des adolescents et de leur famille (Logan and King, 2001 ; (Owens, Hoagwood et al. 2002) ; Zwaanswijk, 2005). Ces études démontrent que les facteurs importants dans l'accès au système de santé mentale sont l'âge des jeunes (Olfson et al., 1998), les facteurs économiques (Witt et al., 2003), leur position géographique par rapport aux institutions (si elles sont loin ou près de la maison du jeune) (Sturm et al., 2003) et les caractéristiques familiales (Angold et al., 1998b). Les différences générationnelles jouent aussi un rôle important (Olfson et al., 1998). Il a été démontré dans deux études américaines, le NCS et l'Ontario Health Survey, que la demande de traitement pour un trouble dépressif était 15 fois plus grande chez des adultes entre 30 et 54 ans que chez des enfants entre 0 et 12 ans. Certaines études aux États-Unis ont également étudié les barrières dans l'accès au système de santé pour des familles de basse condition sociale et immigrantes (Pumariega et al. 1998; Brown et al, 2002).

D'autres peuvent être aussi les motifs, par exemple il a été trouvé que les adolescents ont généralement une vision des problèmes de santé qui est différente de celle des adultes. Plus le problème fait partie de leur quotidien et les concerne directement, plus il s'agit d'un problème important. Par exemple, un problème d'acné peut leur sembler beaucoup plus important à présent pour leur vie qu'un souci à l'échelle mondiale d'infection du HIV/SIDA (Haeven, 1996). De plus le médecin est encore quelqu'un qui s'occupe de leur santé physique. L'accès au système sanitaire pour des problèmes physiques est facilité par la présence du médecin de famille ou du pédiatre qui connaît le jeune depuis qu'il est petit et en qui le jeune a confiance. Pour cette raison, il est aussi souvent la personne de référence pour des problèmes de type psychologique. Toutefois, il faut aussi souligner que chez les adolescents, le seuil d'accès au système sanitaire reste néanmoins assez élevé en ce qui concerne des problèmes de santé physiques et encore plus élevé pour des problèmes de nature psychologique.

Pour les adolescents, mais en général pour toute personne qui se trouve face à un souci de type psychologique, il n'est pas facile de chercher de l'aide et de s'imaginer que des spécialistes

pourraient les aider à résoudre les problèmes tels que la tristesse, les troubles de sommeil, les angoisses et les problèmes relationnels. Il est plus simple de chercher de l'aide auprès d'un médecin de famille. Ces données ont été confirmées par une étude effectuée par l'Unité de recherche du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) à Lausanne, en janvier 2004¹⁰. L'étude, qui a analysé l'accès aux soins des adolescents consommateurs de substances, est d'un grand intérêt afin de comprendre l'accès des jeunes au système de santé. Le repérage précoce de conduites à risques rend possible la prévention d'une dégradation de la situation et d'éventuelles séquelles psychiques à long terme. Les résultats présentés dans l'étude montrent les contacts que les adolescents ont eu avec les divers professionnels et structures de prise en charge depuis qu'ils consomment régulièrement. L'investigation a été réalisée de manière systématique pour chaque type de contact (médical, social, éducatif, etc.). Le nombre de contacts varie de zéro à treize selon les adolescents. Les demandes sont une fois et demie plus nombreuses chez les filles que chez les garçons. Par ailleurs, chez les filles, le nombre de contacts est associé à l'importance des problèmes médicaux, scolaires, psychologiques ou légaux, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. Le nombre de contacts n'est lié ni à la gravité de la consommation de substances, ni à l'âge du début de la consommation. Les types de contacts les plus fréquents sont établis avec les médecins généralistes et les travailleurs sociaux en milieu ouvert, suivis par les professionnels du milieu scolaire et les foyers éducatifs.

Figure 2.3. : Nombre d'adolescents qui ont eu au moins un contact avec un professionnel ou une structure de prise en charge



¹⁰ « Les consommations de substances à l'adolescence : problèmes associés, trajectoires individuelles et accès aux soins », résultats d'une étude financée par l'Office fédéral de la santé publique (réf. 316.98.8108), réalisée par l'Unité de recherche du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), à Lausanne, Janvier 2004.

La plupart des adolescents (72%) ont eu un ou plusieurs contacts avec un médecin (pédiatre, généraliste) et dans une moindre mesure avec un travailleur social (58%). Les médecins apparaissent donc comme la voie d'accès privilégiée des adolescents consommateurs de substances au réseau de soins. Les consultations sont le plus souvent initiées par la famille. Les consultations avec un psychiatre ou un(e) psychologue sont relativement peu fréquentes (28% pour les consultations ambulatoires et 25 % pour les structures hospitalières).

Une question surgit à ce point et va nous accompagner durant cette recherche : quels sont les facteurs qui, en dehors de l'état de santé du patient, influencent son recours aux services de santé? Jusqu'à présent, ce sujet était plutôt méconnu ou abordé de manière générale pour toutes sortes de problèmes de santé et, plus spécifiquement, pour ceux relatifs à la santé physique.

Le projet de recherche de Bisig, Gutzwiler et leur équipe est un exemple utile pour aborder le sujet et nous faire avancer dans la réflexion. Ce projet, réalisé dans le cadre du projet du Fond National Suisse 45 en 1999 s'intitule « Prestations de soins en Suisse : pléthore ou pénurie? L'influence du niveau social, de la région de résidence, de la nationalité, du sexe et du type d'assurance-maladie. » (Problèmes de l'Etat social PNR 45, Bisig et Gutzwiller). Il avait pour but d'améliorer les informations en ce qui concerne l'accès au système de santé en son sens large à l'intention de la population, du corps médical et aussi des responsables en matière de politique de santé. Les données de cette étude nous sont très utiles car elles nous familiarisent au sujet de l'accès aux soins. Dans un deuxième temps, nous nous focaliserons sur l'accès au système de santé mentale spécifique aux adolescents, sujet plus pertinent pour cette thèse.

L'équipe interdisciplinaire de Bisig – composée de spécialistes de la médecine préventive, d'économistes et de sociologues – a travaillé dans une optique commune de « santé publique ». L'analyse a porté exclusivement sur des sources de données existantes, dont les principales étaient les Enquêtes suisses sur la santé ESS conduites par l'Office fédéral de la statistique en 1992/93 et en 1997. « *C'est fort connu aujourd'hui - précise Bisig - que le recours aux services de santé (préventif ou curatif) ne dépend pas uniquement de l'état de santé. D'autres facteurs sociodémographiques, géographiques, économiques, socioculturels et structurels (type d'assurance contractée) jouent également un rôle dans ce domaine.* »

Nous allons brièvement présenter les facteurs dont parle Bisig et qui jouent un rôle dans l'accès aux soins. Le premier facteur est le niveau social. L'étude montre que les personnes de niveau socio-économique plus faible recourent moins souvent aux services de santé que les personnes plus aisées. Les personnes migrantes, en plus de problèmes financiers qui peuvent surgir, se trouvent face à une barrière linguistique qui n'est pas toujours simple à surmonter. Parfois il est

possible que, pour des personnes maîtrisant mal les langues nationales, les informations leur soient fournies dans leur langue maternelle. Les différences culturelles peuvent aussi présenter des obstacles pour la communication. L'intervention de médiatrices de même nationalité est souhaitable. Les messages de prévention respectant l'identité culturelle venant d'une personne de même culture sont mieux acceptés, ainsi que le démontrent les interventions de l'organisation Derman auprès des migrantes turques. Le deuxième facteur est géographique. Les disparités régionales en matière de recours aux services de santé permettent de supposer que les différences que l'on observe ne sont pas explicables uniquement par des différences dans l'incidence des maladies et des accidents. Il faut aussi tenir compte de l'offre sanitaire, différente dans chaque canton et entre les régions urbaines et rurales du canton. Les comportements sanitaires changent aussi selon les régions linguistiques, c'est-à-dire selon les cultures. Un troisième facteur présenté dans l'étude est celui que l'on pourrait appeler facteur structurel, faisant référence au type d'assurance-maladie. Sur ce sujet, il y a une grande quantité de questions restées ouvertes dans l'étude.

En ce qui concerne le cas plus spécifique de la santé mentale, à savoir quels sont les facteurs qui déterminent l'accès au système de santé mentale, il n'y a presque pas d'études réalisées à ce sujet en Suisse. Outre des facteurs sociodémographiques, géographiques, économiques, socioculturels et structurels (type d'assurance contractée) nous considérons que la connaissance sur le sujet de la santé mentale, les représentations sociales sur ce sujet (concepts et stéréotypes), en résumé, ce qui pourrait être défini comme la culture de la santé mentale jouent également un grand rôle dans ce domaine.

Chapitre 3

Les adolescents et le contexte familial

«La famille est le fondement de la société et l'environnement naturel qui conditionne la croissance et le bien-être de tous ses membres et des enfants en particulier... L'enfant doit pouvoir se développer dans un environnement familial, dans une atmosphère de bonheur, d'amour et de compréhension¹¹».

« Ma famille est la meilleure que j'ai jamais eu. » (Adolescent, suisse romand)

La famille est la source de vie physique et psychique de chaque personne ;
elle est la première cellule qui compose le tissu de notre société ;
aussi définie comme le microcosme de la nation,
elle est au cœur de la vie des adolescents.

Un chapitre sur la famille me semblait être nécessaire dans ce travail de thèse pour pouvoir souligner l'importance que celle-ci continue à avoir encore aujourd'hui dans la vie de tout le monde et spécialement en ce qui concerne la santé mentale des adolescents. En outre, il est indispensable de parler de la famille en tant que contexte primordial et actuel dans la vie des adolescents et dans la vie socioculturelle de notre société pour définir ainsi une culture familiale de la santé mentale.

Chez tout le monde, lorsque l'on parle de la famille, il y a, au moins, une image claire évoquée et des souvenirs, du vécu. Ce n'est pas un sujet qui laisse indifférent, mais un sujet pour lequel chacun peut apporter quelque chose d'intéressant, au travers notamment son expérience de vie même. J'essaierai de structurer ce chapitre en trois points importants pour cette thèse. Premièrement, je présenterai les éléments qui constituent l'institution familiale et qui sont constants dans les différentes cultures. Deuxièmement, à partir de la littérature actuelle, je traiterai de l'importance de l'institution familiale, notamment dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents : promotion de la santé et soutien au moment de la

¹¹ Convention relative aux droits de l'enfant, Préambule, 1989.

maladie. Le dernier point qui sera traité sera le lien entre la famille et le système sanitaire. La famille est un acteur toujours plus important concernant l'enjeu des soins et, comme telle, elle a son mot à dire. Il est important pour nous, professionnels de la santé, de l'écouter davantage.

Avant de présenter les trois points précédents, je rapporte la définition de famille faite par Pro Familia Suisse dans la *Charte des familles*, en 2004 (COFF).

- §8 La famille est aujourd'hui définie comme une communauté de vie, fondée sur les relations entre parents et enfants. Elle est une communauté inter- et intra-générationnelle durable, solidaire et interactive, dans laquelle les relations entre frères et sœurs et la parenté doivent également être reconnues par la société.
- §9 La famille est le lieu privilégié de l'accueil, garantissant dans un espace temporel illimité l'affection, le soutien, la protection. Elle sert de repère pour toute personne indépendamment de son âge, de son sexe et de ses capacités physiques et psychiques.
- §10 La famille constitue un élément fondamental de la société, elle est une réalité affective, éducative, culturelle, civique, économique, sociale, un lieu de rencontre, d'apprentissage, de dialogue, d'amour, de respect, de transmission de valeurs et de solidarité entre générations.
- §11 Chaque personne acquiert ses premières expériences sociales au sein de la famille. Elle offre un potentiel de développement des ressources indispensables à la vie: le soutien, l'encouragement mutuel, le partage des responsabilités et la promotion de l'autonomie.
- §12 La famille est aussi un lieu d'échange, d'apprentissage mutuel ainsi qu'un lieu de gestion de conflits. En son sein, chaque membre est confronté à différentes réalités émotionnelles et affectives, à différents rôles et apprend par l'échange critique à approfondir sa propre personnalité.
- §13 L'autonomie de la famille, sa gestion du quotidien et les valeurs individuelles doivent être respectées.

3.1. La famille et son rôle dans la vie des adolescents

La famille est l'acteur principal dans la vie de chaque enfant et, comme telle, elle constitue l'élément essentiel pour que chaque enfant grandisse dans un milieu propice à la satisfaction de tous ses besoins (corporels, psychiques, affectifs, cognitifs, etc.) et se réalise en tant que personne. La revue *Pediatrics*, revue de l'association américaine de pédiatrie (American Academy of Pediatrics, 2003), consciente de l'importance du rôle de la famille dans la vie de chaque enfant, a publié un article intitulé « Report of the Task Force of the Family »,

dans lequel on affirme que la famille est le facteur qui influence de manière plus incisive et durable la vie des enfants « *Families are the most central and enduring influence in children's life* » (p.1, 2003)

L'homme est un être naturellement familial, car c'est un être social. La famille naît avec l'homme et l'homme naît avec et dans la famille. En famille, la personne apprend qu'elle est un être social grâce à l'expérience qu'elle fait de la relation avec des autres personnes, ce qui lui permet de construire son individualité.

Nous connaissons certainement les innombrables études en psychologie du développement qui ont démontré l'importance du milieu familial, dans ses dimensions affectives et éducatives. Par exemple, l'importance du rôle maternel et paternel qui correspond à des besoins différents chez l'enfant, ainsi que tout ce que la famille peut donner au nouveau-né pour que son développement physique et psychique soit harmonieux et équilibré. Présenter ici cet éventail ne serait guère sensé et ferait éclater le cadre de cette recherche. Il suffit simplement de rappeler quelques noms tels que Bowlby (1969), Piaget (1971), Stern (1989), Winnicott (1972), Bell et Ainsworth (1972), Vigotsky (1934) et beaucoup d'autres.

La famille est considérée de plus en plus, par les pédiatres, les psychologues et les professionnels en contact avec les enfants, comme étant le milieu protecteur et initiateur de l'enfant, « *le cadre familial peut aussi être considéré comme le milieu psychosocial et culturel qui préfigure pour l'enfant la société dans laquelle il aura à s'intégrer et à jouer son rôle particulier. Protégé par un entourage sensible à sa fragilité et à sa faiblesse, et attentif à ses besoins, l'enfant peut fonctionner et s'organiser à l'abri des menaces les plus graves et selon son rythme propre. Il peut vivre, expérimenter, apprendre, entrer en interaction avec le milieu matériel et humain ; il peut s'initier et se laisser initier, sans trop de péril, à la variété des situations, à la diversité des rôles et des fonctions, à la multiplicité et à l'intensité des sentiments et des relations, à la gamme des activités et des connaissances. Tout en le protégeant, le milieu familial l'introduit à la vie humaine...* » (Gratiot-Alphandery et Zazzo, 1970).

Plusieurs personnalités de renom se sont prononcées en faveur de la famille, en soulignant l'importance de son rôle pour toute la société. À l'occasion de la Journée internationale des familles, le 15 mai 1994, le Président de l'Assemblée générale, Kavan, déclarait que « *La famille est le microcosme de la nation* ». En elle se transmettent les valeurs qui soutiennent notre société, telles que les valeurs morales et éthiques, la démocratie, les droits de l'homme, la responsabilité sociale, la tolérance et la paix (Communiqué de presse, GA/SM/316 ; OBV/346).

Un philosophe moderne, Polo, propose l'idée selon laquelle l'histoire de l'humanité ne serait pas possible sans la famille, car la société perdrait son essence en perdant son noyau premier qui la fait vivre. La famille est la cellule de la société. Elle compose en quelque sorte le tissu vivant de la société, elle est le premier endroit dans lequel l'enfant peut grandir en tant que personne. La famille, par la notion de cellule, se manifeste comme un être vivant, elle constitue une unité dans la diversité des individus qui la composent. Sans elle, il n'y aurait même pas de tradition car il manquerait la transmission à travers de la culture familiale. Néanmoins, il n'affirme pas que la famille en vient à être le début de tout, mais qu'il y a une interconnexion entre ces différentes réalités qui leur permet d'exister. (Polo, 1996).

Évidemment, la famille, comme toute autre institution sociale, est influencée par tout changement qui arrive autour d'elle. Nous pouvons observer les différentes formes de vie familiale qui sont apparues ces derniers temps : familles monoparentales, couples non mariés, familles recomposées, etc. La famille, ainsi adaptée, continue d'exister et de jouer un rôle très important pour chaque personne et pour la société. La citation des deux psychiatres, Polaino-Lorente et Garía Villamizar (1993) défend l'idée de l'essentialité du rôle que joue la famille à présent et dans le futur : « *Que les relations familiales puissent changer ou doivent se modifier dans certains de ces aspects pour ainsi s'améliorer, ne signifie pas pour autant que la famille doit disparaître. Il est évident que les changements sociaux de ces derniers temps ont influencé l'institution familiale, mais malgré ces changements à l'intérieur de la famille, ce qui reste et la constitue sera toujours davantage que ce qui va disparaître. Et ce qui qualitativement reste, faisant partie de cette institution, sera aussi davantage que ce qui disparaîtra dans le temps.* »¹²

Une analyse intéressante au sujet de la crise traversée depuis plusieurs décennies par la famille fut présentée de manière interdisciplinaire dans l'ouvrage recouvrant les conférences présentées en 1979, lors du Symposium se déroulant à Fribourg au sujet de la « *Krise der Kleinfamilie ?* ». Différents auteurs abordent ce sujet. Ils donnent un aperçu, depuis leurs disciplines, de l'importance de la famille et de la crise que cette institution est en train de connaître. Le Prof. Kellerhals démontre, à travers une analyse sociologique, que l'institution familiale s'est affaiblie au cours des années car l'état a pris en charge beaucoup de tâches qui auparavant étaient spécifiquement attribuées à la famille. La production économique, la deuxième étape de socialisation des enfants (qui se fait à l'école) et l'assurance sociale avec les soins aux malades, en sont des exemples.

¹² Traduction libre réalisée par l'auteur de la thèse

Auparavant, la famille, en plus d'être un lieu qui donnait stabilité affective par son lien conjugal et par conséquence de filiation et fraternité, donnait aussi une stabilité économique et sociale. Aujourd'hui, ce deuxième pôle social, tourné vers une reconnaissance de la société, s'est affaibli. La famille est devenue un fait privé dans la vie des personnes, avec une faible répercussion sociale (Kellerhals, 1979).

Pour résumer les changements vécus par l'institution familiale depuis deux siècles, on peut mettre en évidence deux courants : le premier qui perçoit ces changements comme un déclin du système familial par des crises, des cassures, une désintégration, fragmentation et comme conséquence d'une augmentation de l'individualisme chez les individus ; le deuxième voit ces changements de manière positive et adaptative.

Malgré tous ces changements et bouleversements qui touchent l'institution familiale, il y a toujours une reconnaissance ferme de la part de la majorité du monde scientifique quant au rôle de la famille, perçue comme étant très importante dans la vie des personnes. (Georgas, Berry, van de Vijver, Kagitçibasi and Poortinga, 2006.)

3.2. Les éléments constitutifs de l'institution familiale

La famille est une réalité naturelle, nécessaire et universelle, car elle est présente dans toutes les cultures et a traversé toute l'histoire de l'humanité. Cette affirmation est partagée par la grande majorité des scientifiques du monde entier. Il y a une énorme diversité entre les familles – dans leur composition, selon les ethnies, leur héritage culturel, leurs expériences de vie, l'orientation religieuse et spirituelle, la manière d'entrer en relation, de passer le temps ensemble et de se lier au contexte social, de faire face aux situations stressantes de la vie.

Pour pouvoir parler de famille partout dans le monde et s'entendre plus au moins sur la signification de ce terme, nous supposons qu'il y ait des éléments constitutifs présents dans toute forme de vie familiale, quelles que soient la culture et l'époque, et qui sont l'essence de la famille.

Une définition de la famille ayant été un point de référence pendant plusieurs décennies fut celle de Murdock (1949) : « *La famille est un groupe social caractérisé par un lieu commun de résidence, une coopération économique et la reproduction. Elle inclut des adultes des deux sexes, et au moins deux d'entre eux ont un lien sexuel approuvé socialement ; ils ont un ou plusieurs enfants qui sont le fruit de leur lien sexuel ou ils sont adoptés.* »

Cette définition de famille découle de l'analyse de 250 sociétés, ce qui amènera Murdock à conclure que la famille nucléaire est la plus commune. Murdock définissait les fonctions de la famille ainsi : la fonction économique, sexuelle, reproductive et éducative (Murdock, 1949).

Dans les études effectuées par des anthropologues culturels dans le monde entier, ils découvrirent des éléments qu'ils pensent être universels pour chaque famille : les liens généalogiques, en conséquence la procréation (Murdock, 1949). Un deuxième élément est la socialisation des enfants, l'éducation primaire par la mère mais aussi par d'autres personnes qui s'occupent des enfants, telles que la grand-mère, les sœurs et les tantes. Troisièmement, la coopération économique entre les membres d'une même famille.

L'intérêt pour l'institution familiale, son développement et sa manifestation dans différentes cultures, a suscité des études dans une perspective transculturelle (cross cultural), c'est-à-dire l'appréhension du phénomène dans la perspective de différentes cultures. En particulier, des auteurs tels que Berry, Poortinga, Georgas et d'autres se sont intéressés à cette perspective. À ce propos, dans un ouvrage très récent (Georgas, Berry, van de Vijver, Kagitçibasi and Poortinga, 2006), les six auteurs présentent une étude réalisée dans 30 pays très différents entre eux, s'interrogeant sur le rôle de la famille dans chaque société. Quelles similitudes et quelles différences peut-on trouver entre les familles vivant dans des zones géographiques opposées du globe terrestre ? Quelles différences sur le plan des rôles familiaux et des variables psychologiques y a-t-il dans des cultures si différentes ?

Les divergences que l'on peut trouver entre les pays sont dues à différents facteurs tels que les changements sociologiques, technologiques, l'augmentation dans le niveau d'éducation et les changements par rapport à des valeurs culturelles propres à chaque pays. Sur ce point, on peut ajouter que les différences sont aussi le reflet de normes culturelles qui se sont construites avec le temps comme résultat des développements historiques, de la structure sociale, du langage, des habitudes et des mœurs, enfin de l'ensemble des caractéristiques culturelles formant la culture de chaque pays.

L'étude montre que l'aspect socioéconomique est l'aspect le plus marquant qui détermine une différence de valeur hiérarchique entre père et mère. En général, on peut observer que les pays qui ont un niveau socioéconomique bas sont les pays qui gardent une forte hiérarchie dans les rôles familiaux, en particulier entre père, mère et enfants.

D'un autre côté, il est aussi vrai que la famille est reconnue en tant que famille par les traits qui la distinguent d'autres formes de cohabitation sociale, tels que par exemple les appartements d'étudiants. Plusieurs études intéressantes ont été réalisées par Kentler (1979) à ce sujet. Cet

auteur cherche à découvrir si la vie dans une « Wohngruppe », à savoir une communauté de vie, telle que par exemple des appartements d'étudiants ou même des familles vivant sous le même toit, est comparable à une vie familiale avec son propre espace physique et émotionnel. Après une dizaine d'années de recherche il est arrivé à la conclusion que les deux formes de vie ne sont pas interchangeables. Le besoin d'avoir un lieu dans lequel les membres de la famille (mère, père et enfants) partagent une intimité et une vie familiale avec tout ses composantes ne peut pas se donner sous une autre forme, ni de cohabitation ni de relation.

Dans ce sens, nous pouvons aussi reconnaître entre les différents pays des aspects culturels communs. Quels sont les aspects qui ne varient pas entre les cultures ? Les aspects que nous pourrions appeler universels ? L'étude montre que, dans tous les pays, on retrouve le même lien émotionnel fort entre les personnes d'une même famille. Ce lien est plus fort dans la famille proche et s'affaiblit en passant à des liens de parenté plus éloignés. Un autre exemple est reporté dans une étude réalisée par Georgas et ses collègues (2001), dans laquelle ils ont démontré l'existence de liens émotionnels très forts entre l'enfant et la mère, s'affaiblissant entre l'enfant et sa fratrie et s'affaiblissant encore davantage entre l'enfant et son père. Ce « pattern » émotionnel est le même dans les 16 pays qui ont participé à la recherche.

Les relations familiales en tant qu'élément universel sur lequel se base la structure familiale ont également été mises en avant par la psychologue italienne Maioli Sanese, dans son ouvrage *Ho sete, per piacere* (2004). Elle donne une très brève définition de famille qui met en relief cet aspect primordial de la vie familiale : « la famille est l'endroit des relations »¹³. Des relations qui se créent à partir de différents niveaux : le niveau conjugal, le niveau biologique et le niveau générationnel. Ces relations ont la force de créer un lien personnel et personnalisant entre les membres d'une même famille. Le philosophe Alvira s'est prononcé sur cet aspect dans son livre *El lugar al que se vuelve* (1998). Il fait une brève apologie de la famille qu'il décrit comme étant l'endroit dans lequel la personne se développe avec toutes ses caractéristiques. Être une personne signifie être un individu et être en relation. Être un individu signifie avoir ses propres caractéristiques et être différent des autres. Dans la famille, chacun est accepté comme il est par le simple fait qu'il est quelqu'un. En contraste, dans les relations sociales, on est reconnu par ce qu'on fait (profession) plutôt que par ce qu'on est. Dans la famille, chacun acquiert un rôle relationnel : je suis mère, père, fils, cousin... je suis et je suis par la relation qui me lie aux autres.

¹³ Traduction libre réalisée par l'auteur de la thèse

Plusieurs éléments déjà cités comme étant importants pour la famille reviennent dans l'article « Report of the Task Force of the Family » des médecins pédiatres américains (American Academy of Pediatrics, 2003). Le point de départ de cet article est la conviction des pédiatres américains après tant d'années de pratique médicale : mieux les familles arrivent à fonctionner, mieux les enfants s'en sortiront dans leur vie. (“That most families function well and most children succeed in life”). À la base de cet article, il y a le désir de présenter les éléments qu'ils pensent être importants pour le bien-être de la vie familiale et par conséquent de la vie des enfants. Ils affirment qu'une famille qui fonctionne bien, en accord et avec des liens affectifs forts, composée de deux parents mariés est ce qui donne le plus de stabilité émotionnelle, affective, économique, spirituelle et psychologique. L'amour et le respect entre les parents sont la source du bien-être de l'enfant, ainsi que le sentiment de connexité des membres entre eux et à la famille.

Ce sous-chapitre présente une multiplicité d'éléments qui constituent l'institution familiale et qui sont plus au moins présents dans différentes cultures. La société, et peut-être les professionnels de la santé en sont les plus conscients, attend de la famille de bien réaliser ses fonctions pour le bien des enfants, des adultes et de la société.

Néanmoins, dans ce contexte de changements sociaux qui touche directement à l'institution familiale, on ne peut pas oublier que si la famille s'affaiblit dans sa nature, elle ne pourra plus accomplir de manière satisfaisante sa tâche fondamentale en société.

3.3. Lieu de transmission des valeurs

La famille étant considérée comme l'institution centrale dans le processus de socialisation de l'enfant, elle est par conséquent aussi l'endroit primordial où l'enfant apprend le comportement, les attitudes et les valeurs de ses parents.

Le concept de valeurs a une grande variété de significations. Il couvre les valeurs politiques, religieuses et les orientations générales de la vie. Rokeach (1973) a donné une bonne définition de ce qu'il considère être des valeurs. « *A value is an enduring belief that a specific mode of conduct or end-state of existence is... preferable to an opposite or converse mode of conduct or end-state of existence. A value system is an enduring organization of beliefs concerning preferable modes of conduct or end-states of existence along a continuum of relative importance* » (p. 33).

Rokeach considère les valeurs comme étant l'élément principal d'un système de croyances car il est constant et sert de guide au moment de l'action.

Cette transmission est sélective¹⁴ et modulée par le comportement des parents. Elle est facilitée par la proximité émotionnelle entre les membres de la famille. Ce fait a été démontré dans une étude réalisée par Albert et Trommsdorff (2003), ils se sont interrogés sur le type de relation qui existait entre mères et fils/filles adolescents, à savoir si cette relation favorise ou empêche la transmission de valeurs. Leur conclusion était la suivante : un lien de proximité émotionnelle et d'admiration de la part des adolescents envers leurs mères favorise la transmission des valeurs, par contre un lien conflictuel n'est pas forcément une entrave à cette transmission. Ceci signifie que la qualité de la relation a une influence importante sur l'acquisition des valeurs. En effet, en accord avec Grusec et Goodnow (1994), nous pouvons affirmer que l'internalisation des valeurs comporte deux étapes : la perception correcte d'une valeur et son acceptation ; si la relation n'est pas bonne, l'acceptation ne sera pas automatique facilement.

La transmission des valeurs chez les adolescents est meilleure lorsque la relation entre parents et adolescents est harmonieuse. Il a aussi été démontré que les jeunes adolescents consultent leurs parents davantage que leurs amis à propos des décisions importantes pour leurs vies. (Allen, 1994; Grotevant & Cooper, 1985). Lorsqu'il grandissent ils se tournent davantage vers les amis (Jorm. 2007).

3.4. Promotrice de santé et soutien social

Lorsqu'on recherche dans la littérature des études qui présentent le lien entre famille et santé, on peut trouver deux principaux groupes de travaux: les premiers sont des études empiriques qui cherchent à expliquer l'apparitions de certaines pathologie on observant le fonctionnement de la famille. Celle-ci est souvent vue en tant que source des comportements pathologiques, surtout pour la santé mentale. Litman (1974) remarque que la plupart des études portent sur le rôle de la famille comme facteur qui rend malade.

Les deuxièmes, ceux qui nous intéressent davantage, sont des études qui cherchent à décrire le fonctionnement familial pour mettre en évidence deux aspects positifs de la production de soins de santé de la part de la famille pour ses membres : la promotion et le soutien.

Le choix de nous centrer plutôt sur le deuxième groupe de recherches est soutenu par le désir de regarder du côté de la santé et moins de la maladie. Il est aussi motivé par le fait que de plus

¹⁴ Les valeurs ne sont pas tous transmises de la même manière (Rohan et Zanna, 1996)

en plus dans le monde scientifique corrobore l'idée selon laquelle la santé est beaucoup « apprise » en famille. En d'autres termes, on apprend les comportements qui gardent la santé et on évite ce qui comporte un risque pour la santé. Sur ce sujet, Burton-Jeangros a rédigé une thèse, défendue en 2001 à l'Université de Genève, intitulée « Cultures de santé dans les familles : rationalités face aux risques ».

Nous allons présenter quelques études qui ont approfondi ce qu'on pourrait appeler le travail de promotion de la santé réalisé par la famille et d'autres qui montrent la tâche du soutien familial dans une situation de détresse physique ou mentale.

Promotrice de santé

La famille est impliquée directement dans le travail sanitaire, dans le souci de transmettre cette valeur à tous ces membres. Herberger et Mc Ewan, dans un document de l'OMS (1976) présentent les cinq domaines d'activité de la famille: biologique, économique, éducatif, psychologique et socioculturel. Ces aspects sont interdépendants et en même temps dépendent de la santé mentale et physique des membres de la famille. Il devient de plus en plus évident que la santé est impliquée dans toutes les fonctions familiales. Elle nécessite des ressources économiques, les connaissances et les modèles de comportements sanitaires sont transmis à travers l'éducation et la création d'un climat familial qui assure une sécurité émotionnelle. Cette sécurité est directement liée à la santé des individus et de la famille tout entière.

En ce qui concerne le terme « santé familiale », nous nous référons à un Rapport technique de l'OMS qui donne la définition suivante : « *Nous proposons d'utiliser le terme « santé familiale » pour caractériser le fonctionnement de la famille considérée comme l'agent social primaire de promotion de la santé et du bien être. La famille n'est pas seulement l'unité de base de toute organisation sociale humaine, elle est aussi l'unité la plus accessible à une action préventive et curative. La santé de la famille est plus que la santé physique et mentale de ses membres, dans la mesure où elle crée aussi l'environnement social qui permet le développement naturel et l'épanouissement de tous les membres du groupe familial.* » (OMS, 1976, p.18)

Dans une revue, Tinsley (1992) présente, à travers un éventail de la littérature, les différentes sources d'acquisition et de socialisation qui construisent les comportements et les attitudes des adolescents par rapport à la santé. L'influence de la famille est un facteur primordial. Viennent ensuite les amis, les médias et l'école. Nous allons présenter ce qui concerne la famille.

Les représentations de la santé et de la maladie se construisent chez les enfants de la même manière que les autres connaissances. Plusieurs études ont donné des explications à l'aide du modèle piagétien de la construction de la connaissance (Bibace and Walsh, 1980 ; Campbell, 1975 ; Natapoff, 1978). En ce qui concerne le comportement sanitaire, au moment de décider de chercher une aide pour un problème quelconque, les enfants et les adolescents suivent, le plus souvent, le comportement sanitaire des parents. Les parents, de leur côté, ont un souci majeur pour leurs enfants que pour eux-mêmes. De telle sorte ils transmettent aux enfants une manière d'agir concrète face à la maladie. Cette manière de fonctionner à l'intérieur de la famille, comme la plupart des études le démontrent, soutient l'hypothèse selon laquelle on retrouve des similitudes entre les générations familiales, en ce qui concerne les attitudes et les comportements sanitaires. Ces résultats mettent donc en évidence l'importance pour les enfants d'apprendre les conduites sanitaires en famille.

Denham (1999) montre également l'importance de la famille dans l'apprentissage des comportements favorables à la santé et au même temps le manque d'études spécifiques sur cet aspect de la vie familiale. « *Strong evidence exists that health factors are learned and experienced within a family context, but substantive evidence about the ways families define, practice, or promote health are lacking.* » (Denham, 1999 p. 134)

Dans son article il affirme que davantage d'études seraient nécessaires pour combler l'ignorance à ce sujet et soutenir ainsi une majeure prise en compte de la famille dans le travail médical. « *Understanding about the interdependent relationships among complex family health variables related to individuals, families, and communities is lacking. Family health is poorly understood and little of what is know is actually incorporated into practice.* » (Denham, 1999 p. 134).

Quelques études ont su accueillir ce souhait et proposent une intéressante analyse de la manière dont la famille promeut la santé dans ses activités quotidiennes. Christensen (2004) a élaboré dans son article un modèle théorique qui veut éclairer cette facette négligée de la vie familiale, c'est-à-dire la manière dont les familles promeuvent la santé pour leurs enfants dans les activités de la vie quotidienne. Elle présente un concept développé par Weisner et ses collègues (1996, 2002) qui s'appelle « Ecocultural pathway ». Ce concept inclus les buts, les valeurs et les manières utilisées par la famille pour mettre en place et entretenir la santé ou faire face à un problème qui touche à la santé d'un de ses membres. Ce concept est comparable à une sorte de culture familiale de la santé, un cours passage de l'article de Weisner illustre bien le parallélisme. « *Cultural pathways are made up of everyday routines of life and routines are*

made up of cultural activities (bedtime, playing video games, home work, watching TV, cooking dinner, etc.). »

Activities are useful units for cultural analysis because they are meaningful units for parents and children to understand, they are amenable to ethnographic fieldwork, systematic observation and interviewing methods. They are what children and adults experience and they crystallize the important aspects of culture' (Weisner 2002, p. 276). La culture familiale de la santé, ou « ecocultural pathway », est vue comme un environnement propice à l'éducation des enfants en ce qui concerne la santé, en incluant bien sûr aussi la santé mentale.

La préoccupation de la santé mentale de l'enfant est fort ancienne. Depuis le 11^e siècle, Ibnou Sina (Avicenne), médecin et philosophe iranien, conseillait aux mères de porter « *la plus grande attention au maintien de l'équilibre moral de l'enfant, en lui évitant les grandes colères, la terreur, la crainte, l'insomnie* », et « *de répondre à tout instant à ses désirs et ses inclinations...* » (Arqua, 1974.). Ces mesures, disait-il, avaient deux avantages : l'un pour son esprit, pouvant ainsi se développer « dans des bonnes conditions mentales », l'autre pour son corps. Cet auteur ancien reconnaissait ainsi l'importance de l'intrication somato-psychique et préconisait une hygiène du nourrisson accordant une place appréciable aux aspects psychologiques.

Cresson, dans son ouvrage « Le travail domestique de santé » (1995) relève la voix des mères qui affirment l'importance capitale de la santé mentale comme composante de la santé. L'ambiance en famille a, à leur dire, une influence considérable sur la santé mentale de leurs enfants. Des facteurs qui contribuent à créer une bonne ambiance sont, par exemple, « *le calme, le dialogue, la transmission des valeurs familiales solides, le fait de croire en quelque chose, la possibilité de prendre des responsabilités, de pouvoir s'exprimer ou d'apprendre la confiance en soi, voilà autant d'éléments cités qui favorisent la bonne santé morale des enfants, et pour tout cela les mères se sentent responsables.* » (p.55).

Soutien social

Le deuxième aspect, à côté de celui de promotion, qui même temporellement vient après, est celui du soutien social dans une situation de maladie.

Depuis les années '75, les études sur le soutien et la famille se sont beaucoup développées. La famille est directement prise en cause car elle fournit un contexte relationnel très important. Le soutien social est exercé par la présence des autres et l'intégration de la personne dans un groupe ou un réseau social. Ceci a un impact sur l'état de santé et les soins reçus du patient.

Dans son livre « Le travail domestique de santé » Cresson (1995) décrit de manière très claire de quelle façon peut être exercé le soutien social : sous une forme de soutien affectif, en écoutant et en aimant une personne ; sous une dimension cognitive, en lui apportant des informations ou en expliquant de manière de coping cognitivement avec le problème ; le soutien peut être matériel, par exemple en facilitant des ressources matérielles ; et comme dernière dimension elle cite une dimension normative, c'est-à-dire en aidant la personne à jouer son rôle et à rester dans les normes. La dimension affective, émotionnelle, ajoute Geneviève Cresson, est celle qui est plus pertinente et importante si on l'associe avec la santé. La famille vient d'être confirmée une fois de plus dans son rôle de soutien social et affectif.

Dans leur étude réalisée en Hollande, Cardol et ses collègues (2005) confirment l'influence de la famille dans la recherche d'une aide médicale. Ils démontrent que dans les familles on retrouve des comportements similaires en ce qui concerne le choix des comportements lorsqu'on décide de réagir dans une situation de détresse qui touche à la santé. Ils apportent des preuves empiriques pour appuyer la thèse selon laquelle la famille reste un contexte social important pour l'utilisation du service médical. Sans doute la diversité des maladies et les différences individuelles jouent aussi un rôle, mais dans les analyses, c'est le contexte qui explique davantage de variance. La relation ayant la plus grande influence est celle entre la mère et le fils et entre la mère et la fille, ainsi que celle qui existe entre les frères et sœurs.

Celle qui joue davantage le rôle de soutien en famille est, dans la grande majorité des pays, la mère : « *Mothers played key roles related to family health and were primary health resources* » (Denham, 1999, p.147). Son attitude est décrite comme plus sensible aux besoins des enfants et plus proche émotionnellement que le père. Le rôle du père a beaucoup changé et, dans beaucoup de pays, a été un peu écarté, marginalisé par rapport à la famille. Par contre, le rôle traditionnel de la mère comme première soignante des enfants reste toujours vrai dans beaucoup de cultures. Les mères sont confrontées à un double rôle : celui lié aux soins des enfants et celui lié à son activité professionnelle hors la maison (Georgas, Berry, van de Vijver, Kagitçibasi and Poortinga, 2006).

Les mères, en tant que non professionnelles et pourtant pour lesquelles il est parfois difficile de détecter des indicateurs précis de bonne santé mentale des enfants – affirme Cresson – sont attentives au comportement et aux attitudes de ceux-ci. Des signes qui sont peut-être triviaux, mais qui pour chaque mère ont une grande signification s'ils concernent leur enfant : la bonne humeur, un certain sens de l'humour, les bons résultats scolaires les bonnes relations avec les amis ou les copains, etc. sont autant de signes exprimant que « cela se passe bien ».

L'évaluation que les mères feront de la santé mentale de leurs enfants aura des critères subjectifs, prenant en compte le comportement normal, habituel de l'enfant comme point de référence.

3.5. L'accès et la participation aux soins

Parfois, il peut arriver que la famille se révèle être un obstacle plutôt qu'un soutien, lorsqu'on choisit de faire passer d'autres valeurs avant la santé, telles que le bon fonctionnement familial, ou bien si on est bloqué par des tabous. Cardia-Vonèche et Bastard (1995), dans leur article présentant trois situations dans lesquelles se combinent le fonctionnement familial et les préoccupations de santé, décrivent une réalité très intéressante pour notre réflexion. Cette réalité est expliquée comme le deuxième des trois modèles de fonctionnement de la relation famille-santé. Ce modèle affirme que la santé est une valeur désirable et que la famille a en elle un fonctionnement réglé par des normes et des coutumes. Il se peut que les principes de santé entrent en conflit avec le fonctionnement familial et que la personne appelée à gérer ce conflit décide de conserver la paix familiale au détriment de la norme sanitaire. Dans cette situation, si par exemple on ne réagit pas face à un trouble psychique de l'un des enfants pour ne pas alarmer le reste de la famille, une grande barrière familiale à l'accès au système de santé mentale est en train de s'installer. Parfois, le problème est de se rendre compte du malaise de l'enfant.

Le rôle des parents dans la détection des problèmes de l'enfant a été trop longtemps sous-estimé. Dans un article apparu dans *Pediatrics*, en 1995, Glascoe et Dworkin ont présenté une revue d'articles dans lesquels on reconsidère l'importance de l'information que peuvent donner les parents aux pédiatres au sujet du comportement de l'enfant. Avec ce que les parents racontent au pédiatre, celui-ci peut détecter plus tôt de possibles dysfonctionnements de l'enfant, surtout au niveau du développement.

De plus, la santé de l'enfant est très étroitement liée à celle de ses parents et en général de sa famille. À partir de cette évidence, les pédiatres ainsi que les psychologues de l'enfance convergent vers l'idée développée dans le document "Health Charter", dans le projet Bright Futures, où l'on propose une pratique médicale en collaboration très étroite avec les familles. *"Every child and adolescent deserves a nurturing family and supportive relationships with*

other significant persons who provide security, positive role models, warmth, love, and unconditional acceptance. A child's health begins with the health of his parents." (Wertlieb, 2003).

Pitrou (1992) présente une analyse intéressante du rapport entre la famille et les systèmes de santé. De la part des familles, il y a souvent une réticence à chercher de l'aide pour un problème de santé. Elles ont peur d'être mises de côté par les professionnels (Cresson, 1995, p.46). Pitrou identifie trois attitudes qui fondent les réticences des familles vis-à-vis des interventions extérieures (étatiques ou autres) dans leur mode de vie :

1. La crainte d'une idéologie différente de celle qu'elles souhaitent exercer
2. Le refus de se voir déposséder de leur liberté d'action
3. L'incompréhension des logiques qui président à telle ou telle mesure

Ces barrières, au moment de l'accès aux soins, pourraient être évitées si la collaboration entre la famille et les professionnels de la santé était plus claire et transparente. L'accès aux soins reste ainsi souvent un incognito, dans le sens que la famille ne sait pas à quoi s'attendre et parfois ce cheminement est vu comme un processus compliqué, lent et frustrant (Etheridge et Yarrow, 2004).

La famille reste toutefois le point de référence, surtout pour les adolescents plus jeunes. Les parents sont consultés pour confirmer le malaise éprouvé par le jeune et entreprendre avec lui les démarches de recherche d'aide pour choisir la mesure d'aide plus appropriée (Logan et King, 2001 ; Sayal, 2006).

Plusieurs études montrent que de la part du système sanitaire il y a souvent un oubli de la famille, les parents, qui sont presque toujours présents et jouent un rôle très important dans la relation patient – médecin (Leggatt, 2007). Déjà en 1963, dans un article paru dans la revue *The Annals of the American Academy*, Clark E. Vincent souligne le manque d'études sur l'importance de la famille dans la recherche sur la santé et la maladie. La famille commence à devenir un élément clé dans le système sanitaire et pas seulement en ce qui concerne les soins des enfants. Il y a déjà 25 ans que Litman (1974) avait annoncé que la famille constitue le contexte social le plus important dans lequel la maladie arrive et se résout. Par conséquent, la famille doit être prise en considération en étant l'unité primordiale dans le système sanitaire et médical. Dans le domaine de la santé mentale d'une manière toute particulière, souligne Litman, il y a des preuves irréfutables de l'influence de l'attitude de la famille dans la recherche d'une aide face à un problème de santé.

Aujourd'hui, la situation a changé, la famille est devenue de plus en plus un acteur irremplaçable dans le système de santé, surtout concernant le domaine pédiatrique. En 1987, « the Association for the Care of Children's Health (ACCH) publiait un document en exposant les éléments essentiels d'un nouveau concept de l'engagement des familles dans les soins des enfants, le « family centered-care » (FCC) (Shelton, Jeppson et Johnson, 1987). Le FCC a été promu comme étant le meilleur environnement pour les enfants et les familles dans leur rapport avec les professionnels de la santé. Plusieurs études ont démontré que lorsque la famille était plus présente dans le traitement de l'enfant, celui-ci s'en sortait mieux. (Jones, 1994; Caro et Derevensky, 1991).

La famille développe un savoir profane de la santé qui est la source des représentations qui se créent parmi les membres et des comportements qu'ils adoptent. Elle a de plus en plus une place reconnue dans le système de santé en tant que collaboratrice active et indispensable dans la santé des jeunes. *« Les familles deviennent des actrices à part entière du système de santé, elles sont vues comme éléments d'un ensemble dont les autres éléments peuvent également être remis en question ; elles participent à l'élaboration des normes; elles ont leur mot à dire sur les contradictions du système dont elles ne sauraient être tenues pour seules responsables. »* (Cresson, 1995, p. 48).

La santé vient à être partie intégrante de la vie quotidienne familiale. Chaque famille a sa manière de faire son expérience de la santé et lui rattache aussi des significations différentes. La perception du bien-être psychologique en famille et les idées se référant à la santé sont des éléments de la culture familiale de la santé mentale. Les implications qu'une maladie entraîne en famille sont extrêmement complexes et intéressantes, surtout pour les professionnels de la santé. La compréhension des concepts liés à la santé et à la maladie qui sont rattachés à la famille est une clé importante pour extraire le potentiel qui lui est propre et s'allier dans un processus thérapeutique (Shapiro, 1983).

Le rapport entre la famille et le système de santé a été décrit en mettant en évidence les craintes, les avantages des deux systèmes et le besoin de collaboration pour le bien de l'enfant.

Jusqu'à ici j'ai présenté le rôle de la famille dans la vie de l'adolescent, en particulier dans ce qui concerne la santé du jeune et le lien avec le système sanitaire. Ces éléments concernent une partie de cette culture sanitaire présente dans les familles. Pour mieux s'entendre sur le terme culture, je vais présenter, dans le chapitre suivant, le concept de culture et plus spécifiquement nous allons voir pourquoi la famille peut être vu comme un contexte culturel.

Chapitre 4

La famille : un contexte culturel

Au chapitre précédent, nous avons décrit comment la famille est le lieu d'excellence d'une transmission naturelle et efficace de la culture. L'idée de culture implique la transmission des valeurs. Pour introduire la notion de culture familiale, et plus précisément expliquer ce que cette notion implique, je vais présenter dans ce chapitre le concept de culture.

Dans la récente déclaration des droits culturels, connu sous le nom de Déclaration de Fribourg, 2007, la culture est définie dans l'article 2 comme suit :

Article 2 (*définitions*)

Aux fins de la présente déclaration,

- a. le terme « culture » recouvre les valeurs, les croyances, les convictions, les langues, les savoirs et les arts, les traditions, institutions et modes de vie par lesquels une personne ou un groupe exprime son humanité et les significations qu'il donne à son existence et à son développement.
- c. par « communauté culturelle », on entend un groupe de personnes qui partagent des références constitutives d'une identité culturelle commune, qu'elles entendent préserver et développer.

Elle a parfois été comparée directement au système familial par sa caractéristique de partage du mode de vie. Le psychothérapeute Shlomo aimait considérer la famille, en accord avec cette définition de la culture, comme un sous-système de la culture. *“The concept of culture is notoriously difficult to define. For our present purposes, it will be defined as a system possessing the same properties and obeying the same laws as the family system. According to this definition, the family is a subsystem of culture. Each family may be viewed as a mini culture. It has its own unique characteristics, but it shares many with the culture of which it is a member”* (Shlomo, 1999, p.8).

Voir la famille comme une petite société, avec sa propre culture, c'est un moyen de mieux comprendre les croyances, les concepts, les comportements et les modes de vie qui génèrent des attitudes préservant la santé ou menant à la pathologie.

Selon les observations des professionnels de la santé mentale, et en particulier de l'école de psychothérapie systémique de Selvini et Palazzolo, les anomalies psychiques sont de plus en plus compréhensibles si l'on tient compte du contexte de la personne. La famille étant, dans une large mesure, le contexte ordinaire de la naissance et croissance de l'individu, le système familial est nécessairement lié à la santé physique et psychique des personnes.

4.1. Le concept anthropologique de culture

« La culture est l'horizon par lequel chaque homme regarde le monde »

(Helman, 1990)

L'anthropologie culturelle est la discipline qui étudie les symboles, les idées et les significations dont une culture se compose et desquelles l'organisation sociale est simplement le reflet. Chaque société est caractérisée par une culture qui la façonne, par sa manière de percevoir le monde et la réalité.

Qu'est-ce qu'est la culture ? En 1871, l'anthropologue Taylor en donne la définition suivante: *“That complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom and any others capabilities and habits acquired by man as a member of society”* (Helman, 1990).

Boyd et Richerson (1985) décrivent la culture comme le processus de transmission d'une génération à la suivante, par imitation et apprentissage, des connaissances, des valeurs et d'autres éléments qui influencent le comportement.

Selon le philosophe et anthropologue Geertz, la culture est un processus herméneutique, à travers lequel les peuples donnent un sens à la complexité de l'existence et à tous les événements qui la composent. La souffrance, faisant partie de la vie humaine, déclenche elle aussi une série d'interprétations et d'attributions de significations qui partent de la culture d'origine et qui s'organisent selon un ou plusieurs principes de cohérence. Le processus de recherche qui vise à donner un sens à la souffrance est un élément indispensable au travail thérapeutique.

Helman, dans un livre qui a ouvert des horizons dans le domaine de l'anthropologie médicale¹⁵ *Culture, health and illness : an introduction for health professionals (1991)*, a défini le concept de culture comme un ensemble de lignes conductrices, à la fois implicites et explicites, que

¹⁵ Terme que nous définirons dans le chapitre 5 à propos des représentations sociales.

chacun reçoit en héritage, du fait d'être membre d'une société. Ces lignes lui permettent de s'intégrer et lui montrent la manière de voir le monde, ainsi que la façon dont il peut l'expérimenter émotionnellement et se mettre en relation avec d'autres personnes. Le processus d'intégration dans une culture est très important, car il est le biais qui permet de comprendre le sens de la réalité. Sans cette vision du monde, que l'on partage avec les personnes qui nous entourent, il n'y a ni cohérence ni continuité possible pour aucun groupe humain (Helman, 1990).

La culture n'est pas le seul phénomène qui influence l'acte humain. Il existe toute une série de facteurs individuels et socio-économiques, qui proviennent de l'éducation ou de l'environnement, et qui jouent aussi un rôle important. La culture propre à un groupe social n'est pas non plus un élément statique, elle change continuellement sous l'influence d'autres groupes qui vivent et évoluent autour d'elle. Elle ne s'arrête jamais car elle est le reflet de la vie qui passe et qui se modifie au gré des pensées de ceux qui l'incarnent. La culture doit toujours être vue dans un contexte spécifique pour pouvoir être comprise, un contexte qui se compose d'éléments historiques, sociologiques, politiques et géographiques. Les changements sur le plan matériel, les circonstances physiques, l'environnement, etc. produisent des changements au niveau culturel dans des domaines qui ne sont pas matériels, plus particulièrement au niveau de la vie familiale. (Schwab, Stephenson, Ice, 1993).

4.2. La culture, élément essentiel de la vie humaine

La culture est une expression essentielle de la vie humaine puisqu'elle comprend la vie sociale, historique et morale de la personne. Un philosophe contemporain espagnol, Leonardo Polo, précise que, tout en étant indispensable à la vie humaine, la culture reste un monde relatif, une manière de donner du sens à la réalité (Polo, 1996).

La culture manifeste la nature sociale de l'homme, elle est un produit de la société ; sans manifestations externes il n'y a pas de culture. La culture est la forme d'expression communautaire qui s'est développée historiquement ; ce sont les connaissances et les jugements qui caractérisent la vie d'une communauté.

Il est important d'insister sur son caractère indispensable à la vie de l'homme ; on pourrait même dire qu'elle est, en quelque sorte, créatrice de la mémoire de l'homme, héritage de l'histoire d'une population et d'une société, avec toutes ses valeurs et croyances. De par ses

caractéristiques, elle a la capacité de modeler les personnes qui naissent et vivent en contact avec elle.

L'intérêt d'une étude de la culture familiale est donc tout à fait justifié. Si la culture a le pouvoir de façonner les personnes, la culture familiale, du fait du lien interpersonnel qui lui est propre, sera quant à elle celle qui touchera de plus près l'être individuel.

Par ce lien si étroit avec la personne, il est plus facile à comprendre les résultats de l'étude de Swartz (1982, pp. 314-338), c'est-à-dire que la culture se transmet mieux en famille qu'en société. Les résultats de son étude démontrent que le niveau de partage de la culture familiale entre les membres d'une même famille est plus élevé que celui qu'atteignent les citoyens d'une nation par rapport à la culture de leur pays. Ces résultats ont été confirmés dans cinq pays différents : l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne, l'état de Californie et dans la culture Swahili. Ce qui réaffirme le rôle décisif de la famille au niveau de l'échange et de la transmission des valeurs qui se fait de génération en génération.

4.3. Naissance et définition du concept de culture familiale

Le concept de « culture familiale » n'est pas nouveau. Des spécialistes de différentes disciplines s'y sont intéressées.

La culture, comme nous venons de la définir, est un ensemble de concepts partagés, à travers lesquels les personnes perçoivent et comprennent le monde dans lequel elles vivent. Ces concepts sont à la fois implicites et explicites. Lorsque l'on compare la famille à une petite société - elle est en fait sa première cellule - nous pouvons parler raisonnablement d'une culture familiale : un ensemble de croyances, de comportements et de styles de vie. Ce sont les membres de la famille qui transmettront ce bagage aux générations suivantes. „*This family culture can be defined as an inherited lens of shared concepts through which the family members perceive the world, and which guides their emotional reactions to it and their behaviour in their daily lives, both in relation to one another and to the world outside the family.*“ (Helman CG., 1991)

L'anthropologue Cecil Helman (1991), dans son article « The Family Culture: a useful concept for family practice » en donne une description qui ouvre des perspectives pour la pratique médicale. « *Each family can be regarded as a unique small-scale society, with its own internal organization and view of the world or family culture. A crucial aspect of each family culture, are those beliefs, behaviors, habits, and life-styles that are either protective of health or*

pathogenic, depending on the context. For family physicians, the insights of medical anthropology are useful in understanding the role of family culture in health, illness, and medical care. » (Helman CG., 1991)

La culture est vie, elle est le résultat d'un partage quotidien : une manière de vivre, de penser, de voir le monde et de faire face aux situations les plus diverses. Quel meilleur endroit que la famille pour engager ce partage?

La notion de culture familiale a été élaborée et systématisée par des thérapeutes de la famille dans le but de l'appliquer à la pratique médicale. Cette notion facilite la compréhension du fonctionnement familial et, de ce fait, elle permet d'identifier les pathologies et les dysfonctionnements ainsi que les points forts de chaque structure familiale. Voici quelques définitions avancées par des cliniciens en rapport avec l'idée de culture familiale.

Schwartzman (1983) propose un parallélisme entre la personnalité que chaque individu développe à l'intérieur du noyau familial et la manière dont chaque famille intègre des éléments du contexte socioculturel dans lequel elle vit. D'une part, la personne intègre des caractéristiques de la famille mais, en même temps, elle développe une personnalité unique ; ainsi, dit Schwartzman, tout en reprenant quelques traits culturels propres à l'entourage, chaque famille élabore une culture propre. Il explique cette interaction de la manière suivante : *„just as the individual develops a unique personality, learned within the context of the family, each family integrates his socio-cultural context into a unique family culture... The level of abstraction implicit in a general cultural perspective... maybe a misguided way for clinicians to use culture, because it is an inappropriate level of abstraction. Rather, the clinicians should learn about the family's culture by interacting with the family... The therapist must be sensitive to the family's choice of modes or codes, the contents of his interactions and his values and beliefs, all of which compose the „family culture“.* (Schwartzman, 1983)

En résumant, nous pouvons affirmer que la culture familiale ne peut pas être décrite en faisant abstraction de la culture environnante. Nous partons du principe selon lequel chaque famille a sa propre culture, qui est en partie partagée avec la culture à laquelle la famille appartient, et en partie à celle qui lui est propre.

Le concept de culture familiale a été systématiquement étudié par Shlomo dans son ouvrage „Culturally competent family therapy“. Cet auteur israélien soutient que la culture familiale n'est pas une entité directement observable. Elle est plutôt un système de codage appris et imprimé d'une manière précise dans l'esprit des membres de la famille depuis leur naissance.

Suivant leur système de codage, les personnes interprètent et réagissent parfois d'une manière parfois consciente, parfois inconsciente, aux différents événements de la vie. La culture familiale devient alors, s'il nous est permis d'utiliser une métaphore informatique, une sorte de système de traitement de l'information commun à la famille. Dans son livre, il parle de 4 types de processus qui classifient les programmes de codage selon leurs fonctions : les *axiomes*, les *catégories*, les *explications* et les *règles*.

Les *axiomes* contiennent des idées d'ordre ontologique et épistémologique, comme par exemple « ce que nous pouvons savoir sur le monde nous est transmis par une inspiration divine ».

Les *catégories* structurent la réalité en mettant face à face des concepts opposés, comme par exemple « les frères vs les ennemis » ou « le sacré vs le profane ».

Les *explications* comme par exemple « la maladie est une punition de Dieu ».

Les *règles* qui définissent les rôles sexuels, les étiquettes, les prohibitions et les tabous.

Nous pourrions regrouper le contenu de ces 4 processus de codage de la manière suivante:

→ *Identité culturelle de la famille* : l'identité de la famille représente sa culture. Il faut distinguer deux types d'identités :

* *Existentielle* : elle se situe à la base des questions existentielles, comme par exemple le but et le sens de la vie humaine et la nature de l'existence ;

* *Familiale* : elle fait référence à la représentation que la famille a d'elle-même, de son passé, son présent et son futur et ainsi que de ses expériences émotionnelles

→ *Conceptualisation que la famille a de son environnement* : c'est un élément écologique, il s'agit de la manière dont la famille, selon son système culturel, se met en rapport avec l'environnement humain et non humain.

→ *Fonctionnement familial et style de vie* : il s'agit des manifestations extérieures de la structure familiale, l'estime de soi, la communication, le style de vie ainsi que les valeurs et les croyances dans leur fonctionnement quotidien.

→ *Le coping de la famille face aux problèmes* : il s'agit des différences culturelles dans la manière de percevoir les symptômes, les problèmes et les crises ainsi que dans les comportements de recherche d'aide. Ces différences dépendent de la vision du monde de la famille, les buts écologiques, les valeurs et les croyances. (Shlomo, 1999).

4.4. La culture familiale de la santé mentale

La notion de « Culture familiale de la santé mentale » est le noyau dur de cette thèse. Pour en donner une idée claire, il a fallu d'abord s'occuper de chaque élément séparément : la santé mentale, la famille, la culture et la notion de culture familiale. Ce sont tous des termes bien connus en thérapie familiale. Néanmoins, en ce qui concerne la culture familiale de la santé mentale, il n'y a pas, à notre connaissance, d'études qui se soient penchées sur le sujet dans la littérature contemporaine. Au chapitre précédent, nous avons réfléchi à l'importance de la famille dans le développement physique et psychique des enfants, en particulier dans la transmission des valeurs, la promotion de la santé et le soutien dans les moments de détresse. Décrire une culture familiale veut dire étudier le fonctionnement de chaque famille, son système de valeurs, sa manière d'interpréter le monde. Si nous voulons connaître la culture liée à la santé mentale, il faudra alors regarder de près ses croyances par rapport à la santé et la maladie, en tenant compte du caractère changeable avec lequel la notion de maladie se présente au sein de chaque famille. Il faudra décrire sa manière de réagir face à une maladie psychique, ses connaissances du système sanitaire et des aides possibles en cas de détresse psychique. Il s'agira aussi de savoir ce que les parents mettent en œuvre pour préserver la santé mentale de leurs enfants. Finalement, il faudra saisir l'ambiance qui se respire à la maison : s'agit-il d'un environnement qui favorise la santé mentale ou est-il une source de perturbation pour les enfants ainsi que pour les parents eux-mêmes ?

Une étude approfondie de la culture familiale de la santé mentale permet de connaître les barrières qui empêchent les membres d'une famille d'accéder aux systèmes de santé mentale. D'autre part, promouvoir cette culture facilite l'accès aux soins et la recherche d'aide. *“Health beliefs are attitudes, values, and knowledge that people have about health and health services that might influence their subsequent perceptions of need and use of health services.”* (Andersen, 1995, p. 2).

Développer un outil qui permette de comprendre les mécanismes culturels d'une famille osant consulter un spécialiste dans le domaine de la santé mentale, serait sans doute une aide précieuse pour instaurer une communication efficace et une compréhension réciproque entre la famille et les professionnels de la santé.

Au chapitre suivant, il est question des représentations de la santé et de la maladie mentale des adolescents et de leurs familles. Nous présenterons le cadre théorique de la recherche dans le domaine des représentations sociales.

Chapitre 5

La représentation sociale de la santé et de la maladie chez les adolescents et leurs familles

Quelles sont les représentations subjectives de la santé et de la maladie que se construisent les personnes ?

Quelles sont les différences entre les théories de la maladie psychique qu'ont les professionnels du système sanitaire par rapport aux personnes non spécialistes ?

Ces représentations sont-elles influencées par des facteurs tels que la culture, l'âge, le genre ou les expériences personnelles ?

Quelles répercussions ont ces représentations sur les stratégies d'action lorsqu'on est confronté à un problème de santé mentale ?

Ces questions et beaucoup d'autres sont à la base des théories subjectives de la santé mentale, théories qui nous permettent de décrire une culture familiale de la santé mentale. Pour ce faire, nous allons explorer les concepts psychologiques des personnes au sujet de la santé et de la maladie mentale, leurs attitudes et leurs expériences qui ont façonné leurs comportements. Cette démarche motive notre choix de dédier un chapitre au sujet des représentations sociales. Comme l'exprimait une grande chercheuse du domaine des représentations sociales, Denise Jodelet « la connaissance naïve ne doit pas être invalidée comme fausse ou biaisée, ainsi que le postulent certains courants cognitivistes. Autre que celle de la science, elle est adaptée à être corroborée par l'action sur le monde ; elle constitue un objet d'études épistémologiques non seulement légitime mais nécessaire pour cerner les mécanismes de la pensée et pertinent pour traiter du savoir scientifique lui-même. À cet égard, l'approche des représentations sociales présente une double originalité. Loin de se limiter au savoir psychologique, elle élargit son investigation à la connaissance courante de divers objets du monde social, enrichissant ainsi son champ d'analyse. » (Jodelet, 1992, p. 325). Ce chapitre commence par présenter l'origine des recherches à propos des représentations sociales pour ensuite passer au sujet plus pertinent pour

cette thèse, c'est-à-dire les représentations que se font les jeunes de la santé et de la maladie mentale.

5.1. Intérêt de la perspective des adolescents sur la santé mentale

Nous sommes partisans de l'idée que prendre en considération le point de vue des adolescents par rapport à une thématique si spécifique devient de plus en plus important pour différentes raisons.

La première raison est motivée par l'intérêt de cette thèse, qui est d'identifier les barrières présentes sur le chemin de l'accès aux soins, individuelles et familiales. Ces barrières sont implicitement présentes dans les représentations de la santé mentale des gens, ainsi que dans les stratégies d'action qui motivent les personnes à réagir face à une situation présentant un problème mental. Un bon nombre d'études montre l'importance des croyances et des comportements des adolescents dans le processus de recherche d'une aide psychologique (e.g., Deane & Todd, 1996; Kuhl, Jarkon-Horlick, & Morrissey, 1997; Vogel & Webster, 2003; Wilson & Deane, 2001). Kuhl et ses collègues (1997) ont découvert que des sentiments négatifs par rapport à l'utilité d'une thérapie et de thérapeutes deviennent facilement une barrière importante pour les jeunes qui sont à la recherche d'une aide psychologique professionnelle. De la même manière, Carlton and Deane (2000) ont trouvé que l'attitude des étudiants universitaires face aux systèmes de soins en santé mentale, était l'un des signes avant-coureurs les plus forts, pour comprendre leurs stratégies d'action face à un problème psychique. Ces différentes études confirment l'hypothèse selon laquelle les croyances et les attitudes négatives des adolescents en ce qui concerne les soins en santé mentale, sont souvent des barrières face à toute aide qui vient d'une source psychologique professionnelle.

Une deuxième raison est celle qui se fonde sur la théorie de la communication humaine du linguiste Jakobson (1969, pp. 209-248). Dans sa théorie sur la communication, Jakobson prévoit un émetteur du message et un destinataire ; pour établir une communication efficace, le signal donné doit être conforme aux moyens que le destinataire a à sa disposition pour le comprendre. Dans le cas des services des soins en santé mentale, la communication entre le médecin et les patients se concrétise entre les professionnels de la santé mentale et les adolescents, parfois accompagnés par leurs parents. La communication sur des sujets tels que la santé et la maladie mentale, émise par les professionnels, n'est pas toujours comprise par les personnes qui consultent. On se demande alors quelles sont les idées de ces personnes, que savent-elles déjà

du sujet de la santé mentale ? Quel niveau de communication est nécessaire pour que le message passe ? Le même discours est valable si l'on pense à une communication qui vise à la promotion de la santé mentale ainsi qu'à l'information à ce sujet pour un public plus large.

Le fait de pouvoir décrire les représentations que l'adolescent et sa famille ont de la santé et de la maladie mentale, des services des soins psychologiques et psychiatriques et des professionnels, nous permet de cerner les théories subjectives qui se forment et se nourrissent à l'intérieur de la famille et qui constituent la culture familiale de la santé mentale.

L'importance que l'on donne à l'écoute des enfants et des adolescents pour qu'ils puissent exprimer leur opinion à propos de choses qui les concernent, telles que la santé, est une opinion qui se base d'ailleurs sur la Convention des Droits de l'Enfant (1989), et sur beaucoup d'autres études, (Morrow & Richards, 1996; Morrow, 2001; Claveirole, 2003).

L'opinion des jeunes est aussi importante et valable que celle des adultes sur des sujets où ils sont directement en cause. Dans l'article 12 au point n.1 de la Convention des Droits de l'Enfant, il est expressément dit : *« 1. Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. »*

Nous avons fondamentalement conçu ce travail de recherche sur la base des arguments que nous venons d'exposer, à propos de la valeur qu'on donne à la participation des adolescents dans les recherches. Pour une fois, au lieu de parler des adolescents nous voulons les écouter.

Étant donné que la santé et la maladie sont des phénomènes sociaux et culturels (Bovina, 2006, 5.1-5.11), des formes de la réalité sociale, il est important de donner un cadre théorique avant de présenter les concepts de santé chez les adolescents et leurs familles. Nous allons donc brièvement présenter la discipline de l'anthropologie médicale, qui étudie les aspects culturels de la maladie et qui se trouve fortement liée à la notion de « représentation sociale ».

5.2. L'anthropologie médicale : aspect culturel de la maladie

L'anthropologie médicale est la discipline qui s'occupe d'étudier la maladie et les symptomatologies dans les différentes cultures. Le discours médical anthropologique se pose la question de savoir ce qu'est la maladie. La maladie, tout comme la santé, est un concept

étroitement lié à l'entourage social et culturel. Cette discipline a été définie comme la plus scientifique des matières humanistes et la plus humaine des matières scientifiques.

La maladie touche non seulement la personne mais aussi son entourage, la souffrance est partagée ; elle est aussi décrite comme un phénomène social car elle est reconnue à travers des codes socialement établis. À cet égard, l'anthropologue français Augé (1983) montre ce paradoxe de la maladie : *« Elle est en même temps le plus individuel et le plus social des événements. Chacun de nous en fait l'expérience sur sa peau et en même temps elle a un caractère social, pas seulement car elle est prise en charge par des institutions sociales mais aussi parce qu'elle est définie par une pensée sociale, les schémas de pensée qui nous permettent de l'identifier et de la reconnaître sont sociaux et penser à notre maladie est déjà une manière de faire référence aux autres. »*

La santé mentale a été diversement définie par des auteurs issus de cultures différentes. Les études de Helman (1990) ainsi que de Herzlich et Pierret (1984) ont démontré que la manière dont les personnes comprennent la maladie mentale est fort dépendante des croyances culturelles.

Parmi les concepts de "santé mentale" figurent le bien-être subjectif, l'auto perception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, la dépendance intergénérationnelle, l'auto actualisation du potentiel intellectuel et affectif, et ainsi de suite. Si nous nous plaçons dans une optique transculturelle, il est pratiquement impossible de donner une définition complète de la santé mentale. Toutefois, il est généralement admis qu'elle va au-delà d'une simple absence de troubles mentaux.¹⁶

La définition de la santé et de la maladie, dans un contexte spécifique, reste donc liée aux représentations sociales propres au système cognitif d'une population déterminée. Selon l'affirmation de Kleinman (1980), le concept de maladie dépend de l'image qu'une société a de l'homme. Cela veut dire qu'une définition de maladie implique, préalablement, une définition de la personne.

La maladie est un événement inhérent à tout parcours existentiel. De ce fait, il est difficile de comprendre la réaction d'une personne devant la maladie ou la mort si nous ne connaissons pas sa culture. Chaque culture structure un langage spécifique qui exprime la souffrance et le malaise ; elle favorise la capacité de reconnaître son propre mal-être et, de ce fait, elle détermine l'utilisation des moyens de se faire soigner. D'ailleurs, l'étude détaillée du système de

¹⁶ Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.

santé de chaque pays nous permet de connaître la culture dans laquelle ce système s'est développé.

Lorsqu'il s'agit de décrire la culture familiale de la santé mentale, il faut tenir compte du caractère changeable de la notion de maladie, non seulement à l'intérieur d'une culture mais aussi, plus spécifiquement, à l'intérieur de la famille.

Dans le prochain sous-chapitre nous allons donner le cadre historique et théorique dans lequel s'insère le concept de représentation sociale.

5.3. La notion de représentation sociale

Le concept de représentation sociale a été présenté dès son origine, au sein de la sociologie durkheimienne (Durkheim, 1967, pp. 1-38). Par la suite, il a été approfondi par Moscovici (1961 ; 1976 ; 1984 ; 1991) dans le champ de la recherche psychosociale. Herzlich (1969 ; 1972) et Jodelet (1984 ; 1989 ; 1991), se sont plus spécifiquement penchés sur le concept de la santé et de la maladie.

La notion de représentation sociale de Moscovici soutient une position cherchant à mettre en lien le processus venant d'une dynamique sociale avec celui de construction psychique. La définition qu'il donne est la suivante : *« la représentation sociale est une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre individus. (...) La représentation se définit d'abord comme le processus de construction et d'appréhension du réel à partir des informations fournies par l'environnement. Elle est donc avant tout filtre interprétatif, lentille déformante à travers laquelle se constitue le système de perceptions, de croyances, d'opinions du sujet. »* (Moscovici, 1984).

Les représentations sociales sont importantes dans la vie de tous les jours car nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure ; il nous est nécessaire de pouvoir le comprendre et s'y ajuster, de savoir comment agir en tout moment et dans chaque situation. En même temps, toute notre action et notre manière de nous comporter avec la réalité est inscrit dans un milieu social qui nous influence. Les représentations que nous nous formons ne sont indépendantes ni de la culture dans laquelle nous vivons, ni des personnes avec lesquelles nous partageons notre quotidien. C'est pourquoi les représentations sociales sont si importantes dans notre vie et c'est pourquoi elles sont dites « sociales » (Jodelet,

1991). Dans son ouvrage sur les représentations sociales, Jodelet les définit comme des « *des systèmes d'interprétation, régissant notre relation au monde et aux autres, [qui] orientent et organisent les conduites et les communications sociales (...) phénomènes cognitifs [qui] engagent l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée* » (Jodelet, 1991, pg. 36).

Il s'agit d'une forme de connaissance sociale accessible à tout le monde et nécessaire pour agir dans le monde. Dans cette ligne de pensée, Moscovici affirme la chose suivante : « *La représentation est aussi le produit même de cette construction, l'ensemble des images présentes se rapportant à un objet donné. De sorte qu'elle est aussi guide pour l'action et les réactions du sujet, une des origines du comportement lui-même* » (Moscovici, 1991).

Les représentations sociales sont à la base de tout comportement humain. Elles façonnent la culture et sont influencées par celle-ci. Nous allons dès à présent nous pencher plus spécifiquement sur les représentations sociales de la santé et de la maladie, domaine qui s'est fortement développé en psychologie sociale et en anthropologie culturelle.

5.3.1. La représentation sociale de la santé et de la maladie

Après ce panorama de la notion de représentation sociale et sur l'importance de celle-ci, l'intérêt de la théorie des représentations sociales dans le contexte de cette thèse devient plus évident. En effet, la théorie des représentations sociales permet d'étudier comment les individus donnent un sens à la santé et à la maladie dans la vie quotidienne, comment les contextes socioculturels et historiques influencent les idées et les actions en ce qui concerne la santé et la maladie (Joffe, 2002).

Les recherches les plus importantes dans le domaine des représentations sociales de la santé et de la maladie ont été menées d'une part, par Herzlich (1969/1973), lequel a étudié celles en vigueur en France et d'autre part, par Jodelet (1991). Cette dernière a analysé les représentations liées à la maladie mentale dans un village français, dans lequel se trouvaient plusieurs personnes affectées de troubles mentaux. D'autres recherches ont été par la suite effectuées au sujet des représentations sociales de la santé et la maladie (Flick, 1991 ; Joffe, 1999 ; Morin, 1996 ; Galli et Fasanelli, 1995), ainsi que de la santé et de la maladie mentale (Morant, 1995 ; Foster 2001 ; Bellelli 1987; De Rosa, 1987). La grande majorité de ces dernières études donnent une vision extrêmement négative de la maladie mentale. (Foster, 2001, pg. 3.1-3.18).

La recherche de Herzlich (1969/1973) sur les représentations de la santé et de la maladie chez les français montrent que santé et maladie se structurent autour d'oppositions telles que intérieur/extérieur, activité/inactivité, présence/absence, dans un rapport dialectique. La santé est perçue de manière négative lorsqu'elle n'est qu'une absence de maladie. Par contre, elle est vécue positivement lorsqu'elle s'identifie à une sensation de bien-être corporel et fonctionnel, de force et de résistance physique. La maladie est décrite comme une réalité polymorphe, c'est-à-dire composée de différentes formes et significations. Herzlich distingue quatre groupes : les maladies qui ont été ou sont encore aujourd'hui des maladies mortelles ; les maladies courantes, banales (telles que le rhume ou la grippe) ; les maladies infantiles (varicelle) et les maladies perçues comme étant des épreuves de la vie (les maladies mentales, nerveuses, etc.).

Herzlich affirmait dans ses travaux que les notions de santé et de maladie débordent du cadre des savoirs médicaux car ce sont des constructions culturelles qui, par ce fait, sont interprétées différemment selon les cultures.

Flick (2000, pp. 315-324) expose dans l'un de ses articles deux études qualitatives qui décrivent bien ce phénomène d'influence sociale et culturelle sur les représentations de la santé et la maladie. Le premier se déroule en Allemagne de l'Est et de l'Ouest, tenant compte des deux parties du pays qui se sont développées de manière contrastée et qui présentent de très grandes différences quant à l'organisation du système sanitaire. Dans sa deuxième étude, il analyse les représentations sociales présentes au Portugal et en Allemagne. Dans les deux études, la conclusion est similaire : la culture et les disparités sociales ont une influence remarquable sur les représentations que se construit la population au sujet de la santé et de la maladie.

Dans cette perspective, nous pouvons bien comprendre la complexité de la notion de maladie et l'importance de saisir sa valeur en tant que représentation sociale car, et Herzlich le souligne bien clairement, la résonance des représentations est très large : « *Nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes culturels et notre propre état de santé, mais aussi sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social.* » (Herzlich, 2001, p.198).

Ainsi, les travaux cités auparavant sur les représentations sociales ont montré que les représentations de la maladie expriment le rapport entre la personne et son environnement culturel et social, nous permettant ainsi d'accéder à des significations plus larges, telles que l'idéologie ou l'intentionnalité, et donnent un éclairage sur le rapport qu'entretient celle-ci avec les autres et le monde. (Apostolidis, 2006, pp.211-226).

En résumant, nous pouvons affirmer avec Herzlich que le côté biologique de la maladie devient social, et ce fait est d'autant plus vrai en ce qui concerne la maladie mentale. Le développement récent de l'anthropologie médicale, discipline qui vise à donner un sens au phénomène de la maladie dans des cultures différentes, en est une preuve.

Nous allons voir ceci dans le sous chapitre suivant.

5.4. Les représentations de la santé et de la maladie mentale

La maladie mentale et les disciplines médicales qui s'en occupent, la psychiatrie et la psychologie, ont une place très particulière dans tout le domaine médical. En effet, la psychiatrie est considérée une médecine spéciale car elle se situe au croisement du médical, du social et du moral. Il existe notamment un facteur qui joue un rôle essentiel dans cet univers du psychisme, il s'agit de la subjectivité. La pathologie mentale touche une faculté très propre à la personne humaine, l'intentionnalité, qui recueille en soi la volonté, les désirs, les croyances, les raisons qui nous poussent à agir, ce qui est notre monde intérieur. Le trouble psychique désorganise le monde intérieur de la personne, d'où l'origine de la honte à se montrer fragilisé dans ce qui constitue notre personnalité et notre identité. La pudeur en ce qui concerne notre intériorité rend difficile la recherche d'une aide lorsque nous souffrons d'un problème mental. (Ehrenberg et Lowell, 2001).

Les représentations sociales de la maladie mentale ayant nourri la scène du siècle dernier ont subi une transformation intéressante mais pas encore satisfaisante pour un changement positif en faveur des personnes concernées.

À l'aube du troisième millénaire, l'image du « malade mental » pour le grand public reste encore assez négative, on entend encore des affirmations telles que : « *c'est une personne malade, imprévisible, dangereuse, qui peut commettre des actes illégaux, qu'il faut enfermer à l'hôpital psychiatrique pour la soigner par des médicaments* » (Ehrenberg et Lowell, 2001).

De nos jours, la situation n'a pas énormément changé, néanmoins on voit dans certaines cultures une évolution vers une meilleure compréhension de la maladie mentale. Mais la stigmatisation reste forte, le trouble mental est encore synonyme d'exclusion sociale et la honte associée renforce l'exclusion. Ce qui cause en même temps d'autres dommages comme par exemple l'accès aux soins qui peut s'en trouver retardé et entravé, aggravant ainsi la difficulté du traitement (Jorm et Wright, 2007). L'image attachée aux maladies mentales, aux structures

et quelquefois aux professionnels spécialisés dans le traitement de ces troubles reste encore assez négative dans l'esprit du public et des autres professionnels de santé. (Owens, 2002).

La santé mentale est devenue aujourd'hui un élément de poids dans le domaine de la santé en général, elle est plus que l'absence de symptômes, de même que la santé est plus que l'absence de maladie. (Ehrenberg, 2004). Dans ses travaux réalisés en Italie avec des enfants et des adultes, De Rosa (1987) leur proposait de dessiner une personne malade psychiquement. Les résultats montrent des figures polymorphes, étranges et dangereuses. L'image mentale des malades mentaux fait toutefois partie d'un système de pensée archaïque, c'est-à-dire qui ne tient pas compte des connaissances actuelles.

C'est ce qu'ont montré les personnes participant à la recherche de Jodelet (1989) dans le village d'Ainay-le-Château en France, lequel accueille des malades psychiatriques qu'on appelle « les pensionnaires ». Les personnes du village ne veulent pas savoir de quoi souffrent « les pensionnaires ». Elles préfèrent que cela reste caché, comme s'il s'agissait d'une honte d'en parler. Certaines ont été en contact avec des professionnels de la santé mentale et ont donc reçu des explications sur le phénomène de la pathologie mentale. Elles ont toutefois continué de refléter une pensée qui n'arrivait pas à intégrer ces nouvelles connaissances. Ces personnes restaient avec la peur d'être contaminées par la maladie mentale à travers le contact visuel des « pensionnaires » vivant au village. La maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, mais comme une anormalité. Voici ce qui dit une personne du village par rapport à cela : « *Ecoutez, ils ont pas de maladie. On ne peut pas dire qu'ils sont malades. C'est des gens qui sont anormaux. (...) Moi je n'y vois pas comme des maladies, comme X... qui est mort, c'était une maladie, mais une maladie comme tout le monde.* » (Jodelet, 1989, p 216). Cette personne distingue maladie et anormalité, il s'agit de sa représentation. Le monde médical, quant à lui, définit la santé, ce qu'il considère comme étant la norme, par rapport à la maladie, ce qui serait de l'ordre de l'anormal. A nouveau un exemple qui montre clairement deux représentations différentes, car s'appuyant sur des points de vue différents !

La folie continue d'être perçue par les gens comme quelque chose de magique, de socialement déviant et de monstrueux. Les travaux du chercheur italien Serino (1987) mettent aussi en évidence des résultats analogues : les personnes se représentent la maladie mentale comme quelque chose d'anormal, généralement en termes négatifs, associée à des préjugés, à de la stigmatisation et à du danger. En contraste avec cette image de la maladie mentale, la maladie physique est associée à la souffrance, à la normalité et à l'acceptabilité sociale.

5.4.1. Le concept de santé et de maladie mentale chez les adolescents

Dans la littérature, nous avons entre autres trouvé des articles faisant référence aux représentations des enfants ou des adolescents au sujet de la santé et de la maladie. Souvent, ces études ne se penchent pas plus spécifiquement sur les représentations de la santé et de la maladie mentales. Il y a, en effet, peu d'études sur le plan international et presque rien sur le plan national, qui ont exploré la manière dont les enfants, les jeunes et leurs parents perçoivent leur santé psychique et/ou dans quelle mesure et à partir de quand ils définissent des difficultés personnelles et/ou familiales comme étant des troubles psychiques (Secker, 1999 ; Hetherington, 2002 ; Wright, 2005). Une étude systématique a été réalisée pour analyser la littérature présente jusqu'à maintenant au sujet des concepts de la santé mentale (Haller, 2008). L'association anglaise « The Mental Health Foundation » a abordé ce sujet dans un document publié en 1998 et intitulé *Listening to Children*. Il s'agissait d'une recherche qualitative visant à savoir quelles étaient les idées des adolescents par rapport à la santé et à la maladie mentale et comment ils s'imaginaient qu'un jeune de leur âge puisse tomber malade psychologiquement. Ce travail de recherche présente des résultats très intéressants. Leur méthodologie qualitative se rapproche beaucoup de la nôtre. En effet, ils ont organisé des groupes de discussion et réalisé des interviews avec de jeunes adolescents entre 12 et 14 ans issus de la population générale et de la population clinique (jeunes avec des problèmes psychiques). Le premier groupe, celui prélevé dans la population générale, a montré une certaine difficulté lorsqu'on a abordé avec eux le sujet de la santé mentale, en ce sens qu'ils ont eu une difficulté à se centrer sur l'aspect positif de la santé. Ils ont eu tendance à parler de la maladie, de l'anormalité, de la relation entre santé et maladie ou de la santé comme absence de maladie. La santé mentale est aussi définie comme joie, confiance en soi, normalité (même si on n'arrive pas à trouver un accord sur ce que signifie normalité), ainsi que ne pas être différent des autres. Lorsqu'on aborde le thème de l'étiologie en demandant aux jeunes « Quels sont les éléments qui contribuent à être en bonne santé mentale ou qui, au contraire, provoquent la perte du bien-être psychique ? », l'importance de la famille et des amis apparaît très clairement. En outre, ils considèrent important d'avoir quelqu'un avec qui pouvoir parler de ses problèmes ou de ses succès personnels dans le sport, l'école ou le travail. Être bien avec soi-même est aussi considéré comme un élément important pour avoir une bonne santé mentale. Les facteurs qui, au contraire, sont susceptibles d'engendrer des sentiments négatifs et de provoquer la perte de santé mentale, concernent les problèmes relationnels avec les parents et la famille, le deuil

familial d'une personne chère, l'éloignement des amis et les situations de « bullying », cette intimidation, une sorte de « mobbing » qui provoque un sentiment d'exclusion chez les jeunes qui en sont victimes. Ils disent aussi que l'ennui et la lassitude rendent tristes les jeunes. De plus, un logement pauvre est aussi identifié comme cause de colère et de tristesse par rapport au manque d'espace et d'intimité qu'il engendre. La consommation de drogues est aussi vue comme un facteur qui atteint la santé mentale.

Le rôle des adultes dans la vie d'un jeune est considéré comme très important, car le jeune peut bénéficier d'un sentiment de sécurité physique et émotionnelle. Pour les jeunes, il est très important de pouvoir parler avec des adultes, quelqu'un en qui ils peuvent se confier. Ces adultes ne sont pas forcément les parents, qui ont une proximité émotionnelle trop immédiate, mais d'autres adultes présents dans leurs vies. Une grande majorité des jeunes partage l'opinion que les loisirs, le sport, les intérêts qui occupent le temps libre sont des stratégies très efficaces pour ne pas se laisser aller à l'ennui, cause de solitude et de tristesse. En ce qui concerne la manière de faire face aux sentiments négatifs, celle-ci est assez semblable entre les garçons et les filles : en situation de colère, ils essaient de se défouler sur des objets externes ; en cas de tristesse, ils essaient de se distraire, de ne pas y penser et d'espérer que ce sentiment passera. La maladie mentale est vue comme quelque chose qui ne peut être expliqué. Les comportements que les jeunes peuvent identifier et qu'ils jugent anormaux sont classés comme des problèmes psychologiques, par contre les comportements qui ne peuvent pas être identifiés, ni expliqués sont classifiés comme étant de la maladie mentale. Les adolescents pensent que la pauvreté, l'absence de travail ou l'échec aux examens jouent un rôle dans le développement d'un problème psychologique. En d'autres termes, cela est associé avec le fait de vivre une situation stressante. « Qu'est-ce qui pourrait aider dans une telle situation ? » À une telle question, ils sont unanimes à affirmer qu'une grande aide est de pouvoir parler avec les gens de la famille et les amis ; une aide professionnelle, l'hospitalisation et la médication. L'expérience personnelle, c'est-à-dire avoir quelqu'un de la famille qui souffre d'un problème psychique, est également une source d'information importante.

Les adolescents disent recevoir l'information à propos de la santé mentale surtout à travers les médias, spécialement la télévision, mais aussi par les revues et les journaux. Récemment, une étude réalisée aux Texas par le Dr. Coverdale (2006) a analysé les produits de médias consacrés aux enfants et aux adolescents. Les conclusions de l'étude sont assez alarmantes, car l'image qu'ils donnent de la maladie mentale et des malades mentaux est souvent négative et effrayante, renforçant ainsi l'image déjà stigmatisante en vigueur parmi les jeunes.

En ce qui concerne le groupe clinique, les auteurs de l'étude *Listening to children* ont choisi de ne présenter que les différences ou les points intéressants qui contrastent avec les réponses données par la population générale. De manière générale, les deux groupes ne diffèrent pas tellement. Au sujet de comportements permettant de se sentir mieux psychologiquement, ces jeunes affirment que le fait de faire quelque chose qui plaise aux parents ou de se réconcilier après s'être disputés avec eux les aide à se sentir psychologiquement bien dans leur peau.

La famille et les amis ne représentent pas pour ces jeunes le même support que pour les jeunes de la population générale. En effet, ils montrent plus de familiarité avec les professionnels de santé. Ils sont du même avis que les jeunes de la population générale en affirmant que l'hospitalisation et la médication sont des bons moyens pour aider les jeunes. Ils affirment : « les psychologues et les psychiatres aident les jeunes avec leur tête. »

Les activités qui peuvent donner des sentiments positifs ne sont pas tout à fait les mêmes que celles des jeunes de la population générale. Ainsi, il existe chez les jeunes issus de la population clinique une sorte de désir de réaliser des activités interdites par l'autorité, comme les crimes et la consommation de drogues. Pour eux, les sentiments positifs sont associés à une gratification instantanée, rapide. Ces activités interdites ne sont pas vécues comme étant des activités qui détendent, mais plutôt comme des activités qui distraient les jeunes des émotions négatives qu'ils ressentent.

5.4.2. Le concept de santé et de maladie mentale en famille

La représentation de la maladie mentale qui se construit chez les membres d'une famille peut être de deux sortes : chez les proches qui sont touchés indirectement par la maladie mentale, elle naît de l'expérience quotidienne, du besoin réactif d'une explication causale, des renseignements donnés par les professionnels, des informations rencontrées sur l'Internet, des ouvrages scientifiques sur la maladie qui touche un des leurs.

Chez les familles qui ne sont pas touchées par l'expérience d'une maladie mentale, la représentation résulte de la pensée magique et de la théorie scientifique prédominante.

Dans les deux cas, elle guide la communication entre les personnes et les stratégies d'action envisagées à l'intérieur de chaque famille. La culture familiale de la santé mentale se forge sur ses représentations, ses attitudes et ses stratégies d'action. Plusieurs études ont démontré les différences entre les représentations sociales de la maladie de différentes générations et entre pères et mères. (Salewski, 2003, pp. 587-598).

Chapitre 6

Les adolescents et le contexte social suisse

Ce dernier chapitre de la partie théorique, avant de passer à la méthodologie et aux résultats de la recherche, veut donner une brève présentation de la Suisse et des quatre cantons qui ont été choisis pour réaliser la recherche (Zürich, Fribourg, Vaud et Tessin). Cela est nécessaire avant de présenter le chapitre 7 « Méthodologie et Population » pour connaître et mieux comprendre le contexte qui accueille cette recherche.

Nous allons ensuite présenter les spécificités sociodémographiques, économiques et culturelles des cantons, car le recours aux services des soins et le comportement en matière de santé sont influencés par la composition de la population.

6.1. Le pays :

Le panorama Suisse est constitué de quatre cultures formant une unité politique mais divergeant d'un point de vue culturel : les Suisses allemands, les Suisses romands, les Tessinois et les Rétoromanches. La culture rétoromanche est une minorité qui généralement, pour les recherches, est comprise dans la partie germanophone. Nous ferons de même, bien conscient que le fait de l'ignorer s'agit d'une simplification par manque de moyens économiques.

Le pays est subdivisé en 26 cantons, 19 du côté alémanique et 7 dans la partie latine du pays : les cantons francophones de la Suisse romande (Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud) et le Tessin, seul canton italophone. On pourrait affirmer que ce petit pays est et fonctionne comme une métaphore de l'Europe ! Du côté nord, il y a la frontière avec l'Allemagne, à l'ouest la France, à l'est l'Autriche et au sud l'Italie.

Les différentes cultures suisses sont influencées par les différents pays frontaliers, tout en conservant une identité propre. La France influence la Suisse Romande, l'Italie le Tessin et l'Allemagne ainsi que l'Autriche la Suisse allemande.

6.2. Taille et structure par âge de la population suisse et des cantons

La population suisse compte 7 millions et demi d'habitants (Office Fédéral de la Statistique, 2005) avec un pourcentage élevé de population étrangère.

Tableau 6.1 : Population résidente permanente en Suisse à la fin 2005

	Total	Hommes	Femmes	Suisses	Etrangers
Total	7 459 128	3 652 502	3 806 626	5 917 216	1 541 912
Age					
0-19 ans	1 634 335	839 426	794 909	1 271 549	362 786
20-39 ans	2 037 709	1 017 024	1 020 685	1 460 253	577 456
40-64 ans	2 594 619	1 300 307	1 294 312	2 101 468	493 151
65-79 ans	856 037	382 336	473 701	763 383	92 654
80 ans et plus	336 428	113 409	223 019	320 563	15 865

Son territoire est de 41'284,8 km² (cf. Annexe 1.1.). 6,8 % de cette surface sont dédiés à l'habitat et l'infrastructure, 36,9 % à l'agriculture, 30,8 aux forêts. Le reste, à savoir 25,5 % du territoire, est improductif. Les cantons sont de taille fortement inégale, seuls les cantons les plus peuplés (Berne, Genève, Zürich, Lausanne et Bâle) bénéficient d'hôpitaux universitaires et donc des soins appropriées à toutes les exigences de la population.

Des quatre cantons qui ont servi pour réaliser cette recherche, le canton de Zürich est le plus peuplé, bien que sa superficie soit assez petite en comparaison de Vaud et du Tessin. La majorité de la population du canton de Fribourg habite en milieu rural, celle du canton de Zürich réside essentiellement en milieu urbain, le canton de Vaud a quant à lui un profil résidentiel mixte. La structure d'âge de la population relative à ces cantons présente aussi de fortes disparités, lesquelles sont liées à des taux de natalité variables et à des flux migratoires qui dépendent de la classe d'âge.

Les caractéristiques géographiques sont assez différentes. Au Tessin, le paysage est montagneux, à Fribourg, Vaud et Zürich il est plutôt urbain et campagnard.

Le canton de Fribourg compte le plus grand nombre de jeunes de moins de 20 ans. Ils y représentent un quart de la population. Par contre, la proportion de jeunes est moins élevée au Tessin (19,8%), non seulement en raison du faible taux de natalité, mais aussi en raison de la forte présence de retraité(e)s. La structure d'âge du Tessin est marquée par les flux migratoires de personnes âgées retournant chez elles au terme de leur carrière professionnelle ou arrivant de l'extérieur pour y passer leur retraite (Charton et Wanner, 2001).

En annexe il y a un tableau qui résume les données principales relatives au cantons dans lesquels nous avons réalisé la recherche (cf. Annexe 1.3.)

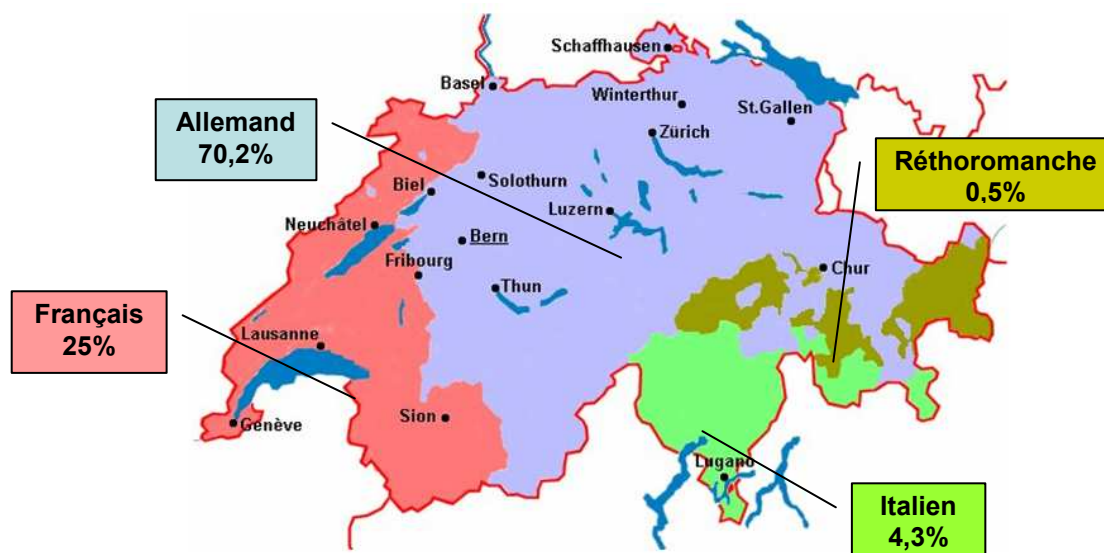
Le taux de croissance de la population constitue une autre dimension qui marque de manière assez évidente des différences cantonales. Grâce à sa fécondité élevée, on retrouve, dans le canton de Fribourg (1,72 enfant contre 1,27 au Tessin en 1996), le taux de croissance de la population le plus élevé (12,7%) entre 1990 et 2000.

6.3. Les quatre régions linguistiques

En Suisse, jusqu'à la Révolution française, l'allemand était la langue nationale, mais depuis la constitution fédérale de 1848, l'allemand, le français et l'italien sont considérés comme les trois langues nationales et officielles. En 1938, le réthoromanche fut également officiellement reconnu comme langue nationale ; mais il n'est une langue officielle que dans les Grisons (Hugger, 1992).

Aujourd'hui en Suisse, il y a quatre langues nationales : l'allemand, le français, l'italien et le réthoromanche, on ne considère cependant que trois régions linguistiques : allemande, française et italienne. Sur le plan politique et dans les recherches scientifiques la partie réthoromanche est incluse dans la région allemande.

Figure 6.1 : Langues nationales parlées dans les communes en 2000 ¹⁷



En ce qui concerne le pourcentage de la population sur le plan linguistique, nous nous référons au dernier recensement de 2000 : le 70,2 % des citoyens suisses sont de langue maternelle

¹⁷ Office fédéral de la statistique, 2000.

allemande, le 25 % de langue maternelle française, le 4,3 % de langue maternelle italienne et le 0,5 % parlent le réthoromanche.

6.3.1 Histoire et relation entre les quatre régions linguistiques

Les relations entre les Suisses ont évolué en fonction des facteurs internes et externes. Dans les années qui précèdent la Seconde Guerre mondiale, les rapports culturels que chaque région entretient avec son voisin se modifient profondément. Les Tessinois se rapprochent davantage de l'Italie et les Romands de la France car l'influence culturelle et politique de celle-ci est considérable. Les Suisse allemands, par contre, craignant la menace du III Reich, se distancient de l'Allemagne principalement sur le plan culturel, bien que l'Allemagne reste le principal partenaire commercial et financier. Cet éloignement culturel explique également les différences linguistiques entre l'allemand et le suisse allemand. Cette évolution se traduit par une sorte de transfert de l'ennemi de l'intérieur à l'extérieur du pays.

Le fait que chacun se soit identifié et rapproché du pays voisin a entraîné une évolution dans les relations entre les Suisses sur le plan de la culture politique et une perception plus aiguë des mentalités présentes aujourd'hui en Suisse (Bois, 1983).

Nous allons essayer de définir les différences et les points communs des trois cultures. Le point d'union est sans doute le système politique fédéraliste qui, en même temps, laisse aussi beaucoup d'espace à l'expression de la propre identité dans la diversité.

Pour définir les rapports entre les trois cultures, nous pourrions dire qu'en règle générale, les Tessinois et les Suisses allemands se connaissent davantage que les Tessinois et les Romands. Ceci est dû à la situation géographique suisse qui permet aux Tessinois un meilleur rapprochement et échange économique et culturel avec les régions alémaniques. Les relations entre les deux régions latines oscillent entre une affinité spontanée réciproque et une certaine indifférence.

Le sens de la famille est plus fort au Tessin par sa similarité avec l'Italie, en comparaison avec ce que l'on observe généralement en Suisse alémanique et dans les cantons romands. D'un point de vue sociologique, la famille tessinoise garde encore aujourd'hui le rôle d'intermédiaire principal dans la transmission des normes et des modes de vie. (Hugger, 1992).

Dans l'Enquête Suisse de Santé (OFS, 2002) il est clairement affirmé que « l'appartenance à un groupe culturel, défini par exemple par la langue vernaculaire, peut influencer les

comportements de santé (...). Chaque région linguistique présente en effet ses propres spécificités concernant la prise de risques, la santé et la prévention ». Dans cette étude, des analyses différenciées ont été faites pour tenir compte de l'appartenance culturelle qui joue un rôle important dans ce contexte. Il convient de garder tout spécialement à l'esprit ces différences culturelles pour le canton de Fribourg qui se voit divisé entre deux cultures : alémanique et romande. En ce qui concerne différents indicateurs, ce canton se situe à mi-chemin entre la Suisse romande et la Suisse allemande.

Ces données soutiennent une des hypothèses de cette thèse, à savoir que la culture familiale de la santé mentale diffère d'une région linguistique à l'autre.

6.4. Le système politique Suisse : le Fédéralisme

Nous allons très brièvement décrire le système politique suisse pour mieux comprendre ensuite le fonctionnement du système sanitaire.

La Suisse est un État fédéral (Confédération) dont la première Constitution date de 1848. Depuis cette date, l'État fédéral suisse est organisé sur trois niveaux : la Confédération, les cantons et les communes. Cela signifie qu'il y a trois niveaux différents de gouvernements, auxquels correspondent un exécutif et un législatif, les deux élus par les citoyens. Chacun des niveaux institutionnels a des fonctions et des compétences propres. La Confédération s'occupe principalement de la défense nationale, de la prévoyance sociale, des routes, des politiques agricoles, des transports publics et des relations avec les pays étrangers. Les cantons se dédient principalement à l'éducation secondaire et supérieure et au service de santé. Les communes ont en charge l'éducation primaire, l'assistance aux personnes âgées et les structures de loisirs. La division des compétences entre ces trois agents peut s'organiser de manière différente selon les cantons. (OMS, Panorama de la Santé : la Suisse en comparaison européenne, 2003).

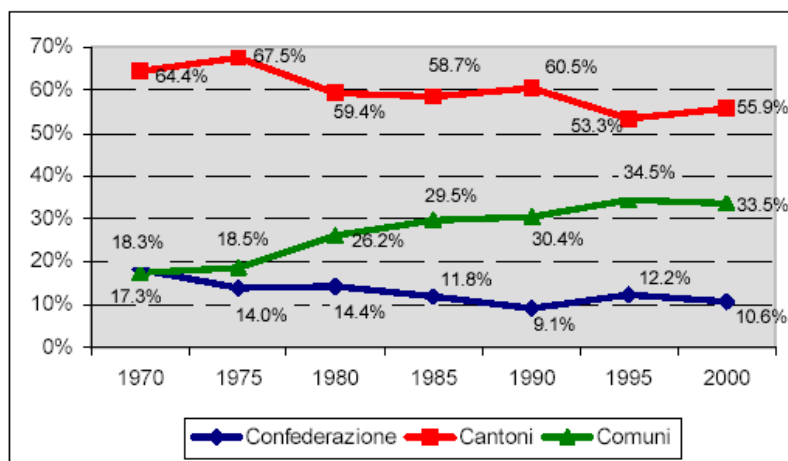
Les cantons ont une forte autonomie de décision qui est ainsi formulé dans l'article 3 de la Constitution fédérale « Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération ». La caractéristique principale du fédéralisme est celle qui permet l'expression de chaque culture dans le respect mutuel et la sauvegarde de l'identité de chacune ; il y a effectivement dans ce système politique une forte connotation culturelle. Le fédéralisme est un principe d'organisation juridique qui s'exprime par des tendances d'autonomie, de participation et de hiérarchie. La Suisse est un petit état fédéral en comparaison avec l'Allemagne, l'Australie

ou les Etats-Unis. Pour ce qui concerne la politique familiale, en Suisse, elle est aussi marquée par le fédéralisme, ainsi que le système sanitaire, et a été jusqu'ici surtout l'affaire des cantons. Mais, ces dernières années, elle est aussi devenue un thème important du débat politique au niveau fédéral.

6.5. Le système sanitaire en Suisse

Le système sanitaire suisse a été considéré comme l'un des plus complexes au monde. Sa complexité est en partie justifiée par sa structure politique fédéraliste. En effet, nous ne devrions pas parler d'un système de santé suisse mais de 26 sous-systèmes, qui correspondent aux 26 cantons de la confédération helvétique et qui se différencient par les dépenses, les offres et l'organisation de l'activité sanitaire. Les structures sanitaires varient entre les cantons et dépendent de la taille et du niveau économique de ceux-ci. Dans la majorité des pays européens, l'Etat participe fortement aux coûts de la santé. La Suisse se distingue donc de la majorité des pays européens, dans la mesure où le système de santé fonctionne sur la base d'un financement plutôt public, la participation de la Confédération étant plutôt limitée. La tâche d'organisation ainsi que le financement est réglé au niveau cantonal. Les 26 sous-systèmes cantonaux sont reliés entre eux par la loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal. Cette loi oblige tout citoyen suisse à se munir d'une assurance au niveau fédéral et garantit la mobilité des patients d'un système cantonal à l'autre. Cette organisation du système de santé de type fédéraliste explique la grande hétérogénéité entre les cantons, du point de vue de l'offre sanitaire et du point de vue des ressources économiques dédiés à la santé.

Figure 6.2 : Répartition des coûts public de la santé subsides de l'assurance maladie compris entre 1970-2000. ¹⁸



¹⁸ Source: OFS, Finances publiques en Suisse, Neuchâtel

Nous allons présenter de manière plus détaillée les disparités cantonales en matière d'assistance psychiatrique et psychopédagogique de l'enfant et de l'adolescent, étant donné qu'il s'agit du domaine sur lequel se concentre ce travail.

6.5.1 Structure et organisation des services de santé mentale en Suisse

Les services de santé mentale, c'est-à-dire les services qui se chargent d'accueillir les enfants et les adolescents ayant des troubles psychologiques et psychiatriques, sont composées de différents organes. De manière générale en Suisse, car nous verrons que dans chaque canton il y a des offres un peu différentes, il y a les institutions psychiatriques publiques et les offres psychiatriques privées. Outre cela, il y a des offres dites généralement psychopédagogiques, qui incluent les services de psychologie scolaire, les « Erziehungsberatung », les "Jugendberatung", qui correspondent aux services psychologiques de l'enfant et de l'adolescent dans les cantons romands.

Souvent, concernant la prise en charge des problèmes psychologiques pour les enfants et les adolescents, il y a aussi les médecins de famille et les pédiatres. Selon l'organisation cantonale et selon les personnes, il peut y avoir une bonne collaboration entre les médecins généralistes et les professionnels de la santé mentale. Cette collaboration n'est pas toujours simple. Nous aborderons cet aspect plus tard car il mérite une attention toute particulière.

Nous allons d'abord présenter le développement de la psychiatrie infanto-juvénile, car elle a une histoire plus longue que les institutions à caractère psychopédagogique qui se sont répandues plus tardivement sur le territoire suisse.

6.5.2. Développement et organisation de la pédopsychiatrie en Suisse

Étant donné que les trois régions linguistiques principales de la Suisse se distinguent nettement l'une de l'autre, la pédopsychiatrie en Suisse est à toujours été très influencée par ce qui se passait dans les pays européens voisins, Allemagne, France et Italie. Du coup, l'évolution de cette branche a suivi celle de l'Europe.

La première clinique psychiatrique pour enfants et adolescents en Suisse a été ouverte en 1921 par le Prof. H. W. Maier à Stephansburg. En 1934, il a fondé le journal *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie*, qui est devenu plus tard l'*Acta Psychiatrica*. La Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie pour enfant et adolescent (CAPP) fut fondée le 4 mai 1957.

(Bürgin et Bettschart, 1999). Étant donné qu'en Suisse il n'y a pas de norme nationale pour l'organisation des services psychiatriques d'enfant et adolescent, chaque canton choisit l'organisation qui lui convient le mieux. Aujourd'hui, sur 26 cantons, 20 ont une ou plusieurs institutions pédopsychiatriques. Dans 5 cantons, les services pédopsychiatriques sont rattachés à l'université (Bern, Bâle, Genève, Vaud et Zürich), malheureusement tous les cantons n'ont pas un service de pédopsychiatrie. À la fin de 1997, la Suisse comptait 7,1 millions d'habitants, dont 1,5 million (21%) était des enfants et des adolescents mineurs. Il y avait 315 pédopsychiatres, 256 ayant une activité en partie privée. Une comparaison de 31 pays européens montre que la Suisse se situe en tête, juste devant la Finlande et la France, en ce qui concerne le nombre d'enfants par pédopsychiatre. (Bürgin et Bettschart, 1999).

En 2006, presque 10 ans plus tard, le nombre de pédopsychiatres a augmenté à 541, et on trouve dans 22 cantons sur 26 des spécialistes en pédopsychiatrie, qui ont un cabinet privé. En campagne, la densité est toujours plus faible qu'en ville. En 2004, les institutions suisses ont pu dénombrer 21'244 patients ambulatoires et 876 stationnaires. Les chiffres ont augmenté l'année suivante : 24'258 ambulatoires et 1'681 stationnaires (Haemmerle, 2008).

En Suisse, dans les quatre cantons ciblés dans cette thèse, on retrouve les tendances générales qui caractérisent l'évolution de la psychiatrie au niveau mondial : une augmentation de la demande ambulatoire et stationnaire (Haemmerle, 2008).

6.5.3. Offres psychopédagogiques en Suisse

En Suisse on trouve, comme pour le cas de la pédopsychiatrie, des offres différentes selon les cantons. Nous allons présenter l'ensemble des offres dans le soutien psychologique des enfants et adolescents, dans les différents domaines, publics ou privés.

Les Services Psychologiques pour enfants et adolescents, en allemand Erziehungsberatung, sont présents dans beaucoup de cantons et sont une aide pour des enfants avant l'âge scolaire.

Le service de psychologie scolaire offre une aide spécifique au développement des enfants et des adolescents en difficulté d'apprentissage et d'adaptation au milieu scolaire. Dans ce service travaillent des psychologues, des psychomotriciens et des logopédistes.

D'entente avec les parents et en coordination avec les intervenants internes et externes à l'école, la prise en charge comporte en principe une phase d'évaluation, une phase de propositions et, le cas échéant, une phase de suivi contribuant au rétablissement du processus évolutif. Dans ce cadre, les psychologues, psychomotriciens et logopédistes offrent également

leur appui à tous les acteurs de l'école. Chaque intervenant a un rôle spécifique dans l'appui scolaire, ainsi les psychologues apportent une aide spécifique en cas de difficultés d'apprentissage, de comportement, d'intégration, affectives et relationnelles. Les psychomotricien(ne)s apportent une aide spécifique lorsque les problèmes touchent le corps dans ses aspects fonctionnels, expressifs et relationnels. Enfin, les logopédistes apportent une aide spécifique en cas de troubles de la communication et du langage, plus particulièrement les troubles du langage oral et écrit.

L'intervention d'un psychologue, d'un psychomotricien ou d'un logopédiste auprès d'un enfant est conditionnée, sauf situation exceptionnelle, par la demande préalable des parents.

En ce qui concerne la pratique privée, chaque canton a des psychologues qui exercent dans leur cabinet privé, parfois en collaboration avec des psychiatres.

Canton de Zürich

Les institutions psychiatriques pour enfants et adolescents sont très variées, dans le sens où elles correspondent aux diverses exigences et sont distribuées sur le territoire. Il y a le Centre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui offre des soins ambulatoires et stationnaires aux jeunes patients. L'hôpital de l'enfance de la ville de Zürich ainsi que l'hôpital des enfants de Winterthur accueillent les enfants jusqu'à 16 ans pour des indications psychosomatiques. Des services de pédopsychiatrie de liaison et des services régionaux (Regionalstelle) offrent un service plus proche à la population qui habite loin de la ville. Les données, faisant référence au taux d'hospitalisation et de suivi ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile viennent des statistiques de la psychiatrie des adultes, nous n'avons pas des données statistiques qui font référence à la psychiatrie infanto-juvénile. Dans ces statistiques sont inclus les adolescents à partir de 15 ans. Dans le canton de Zürich, en 1999, 110 mineurs ont suivi un traitement, en 2000 plus de 108 et en 2005 le nombre est monté à 205.

Les services psychologiques du canton de Zürich sont multiples et couvrent les différentes tranches d'âge des personnes qui en font usage. Les "Erziehungsberatung" s'adressent à des enfants en âge préscolaire et à leurs parents pour toutes les questions du développement psychologique et relation entre les parents et l'enfant. Les "Jugendberatung" sont des services de conseil psychologique qui s'adressent plutôt à des adolescents à partir de 14 ans jusqu'à 25 ans, ainsi que leurs familles. Les demandes viennent d'adolescents en difficulté d'insertion sociale, scolaire ou familiale ainsi que d'autres difficultés de nature très variée. Le service est gratuit pour tous les jeunes. Le "Schulpsychologische Dienst" est présent dans toutes les écoles

publiques du canton. Les psychologues inscrits à l'Association des Psychologues du Canton de Zürich (Züpp) jusqu'au 16 février 2007, sont au nombre de 898.

Canton de Fribourg

Dans le canton de Fribourg, il y a différents services psychiatriques pour les enfants : l'hôpital, le centre de pédopsychiatrie, la psychiatrie de liaison et des services régionaux. Le Centre de pédopsychiatrie, ouvert en 1992, a été rapidement dépassé par les demandes qui ont doublé en cinq ans (de 205 nouvelles inscriptions en 1993 à 396 en 1998) et qui ont approché le chiffre de 500 en 2000. Parallèlement, la modeste augmentation du personnel (400 postes de thérapeutes en 1993 à 640 en 1999) l'oblige constamment à recourir à des listes d'attente, stratégie qui va à l'encontre de l'approche préventive, caractérisant la psychiatrie infanto-juvénile.

Par ailleurs, des foyers et des institutions intermédiaires ont été créés dans le canton sur des bases privées et semi privées. Les cabinets de psychiatres installés en privé se sont aussi multipliés, leur nombre passant de 3 en 1980 à 33 à 1999. Mais la plupart sont établis en ville de Fribourg, laissant la périphérie sous-dotée.

En ce qui concerne la clinique psychiatrique, nous pouvons observer qu'à l'Hôpital de Marsens, la durée moyenne de séjour a considérablement diminué, passant de 217 jours en 1970 à 44 en 1999. Par contre, sur cette même période, le nombre d'admission s'est fortement accru (de 774 à 1391). Le nombre de lits a baissé de 528 à 204. A noter que ces chiffres concernent l'ensemble de l'hôpital, y compris les services de psychogériatrie qui se sont beaucoup développés ces dernières années. Depuis 1985, il existe à l'Hôpital psychiatrique de Marsens la « DITPA » (Division d'investigation et de thérapie pour adolescents et jeunes adultes).

La consultation psychiatrique à l'Hôpital cantonal et dans d'autres hôpitaux et institutions a connu un développement important, mais encore insuffisant pour répondre aux besoins.

La psychiatrie fribourgeoise prévoit un programme de réforme sanitaire. Le nom choisi pour la nouvelle structure de réorganisation de la santé mentale fribourgeoise est « Réseau fribourgeois de santé mentale » ou RFSM. Cette stratégie a notamment comme buts le renforcement du travail en réseau de tous les acteurs de la santé mentale, qu'ils soient privés ou publics, le développement de la prise en charge ambulatoire, le développement des structures intermédiaires, l'extension des activités du RFSM dans les régions au moyen de consultations régionales ainsi que le renforcement des structures de soins dans les centres urbains. L'utilisation du terme générique « santé mentale » évoque ainsi une réorganisation

pluridisciplinaire, qui n'est plus uniquement liée au seul domaine de la psychiatrie, mais qui recouvre le travail en réseau de l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale.

Les services psychologiques du canton de Fribourg proposent un offre semblable à celui du canton de Zürich, bien que moins répandue mais toutefois bilingue. Le Service de Psychologie des écoles est destiné aux élèves des classes enfantines, primaires et du CO qui rencontrent des difficultés scolaires, relationnelles, personnelles (timidité, agressivité, peur, etc.). Les enfants peuvent être dirigés vers ce service par l'enseignant(e) ou directement par les parents. Cinq psychologues y travaillent pour la partie francophone et deux pour la partie germanophone. Selon les situations, ils peuvent effectuer un examen psychologique, un soutien individuel, un travail avec le contexte familial et scolaire. Il existe en outre le Service de Logopédie et de Psychomotricité. Ce service est assuré, pour la partie française par un responsable et pour la partie alémanique par le Service scolaire régional de l'Institut de pédagogie curative de l'Université de Fribourg. La logopédie s'adresse aux enfants présentant des troubles d'articulation, de voix, de parole et de langage oral ou écrit, la psychomotricité aux enfants présentant des difficultés au niveau moteur et psychique. Ce service vient en aide aux élèves en âge préscolaire et scolaire.

*Canton Vaud*¹⁹

Le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) à Lausanne offre aide et soins psychiatriques aux enfants et adolescents de 0 à 18 ans, ainsi qu'à leur famille de Lausanne et ses environs.²⁰ Le Centre d'Interventions Thérapeutiques pour Enfants (CITE), le Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents et l'Unité d'Hospitalisation Psychiatrique pour Adolescents (UHPA) reçoivent des jeunes de tout le Canton de Vaud. Cette dernière est une unité spécifique pédopsychiatrique, localisée au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Elle dispose de sept lits. C'est la seule structure hospitalière pour adolescents âgés de 13 à 18 ans pour l'ensemble du canton de Vaud. L'Unité de Pédopsychiatrie de Liaison prend en charge les enfants et les adolescents hospitalisés ou vus en consultation soit au CHUV, soit à l'Hôpital de l'Enfance, ainsi que leur famille, si une intervention psychiatrique est requise en raison de troubles psychiques ou des conséquences psychiques de maladies physiques. Il s'agit en particulier d'enfants présentant des problématiques périnatales, des troubles précoces du développement, des maladies aiguës ou chroniques (oncologiques en particulier), des troubles aux frontières avec la neuropédiatrie, ainsi que d'enfants victimes de traumatismes ou de

¹⁹ Laget J, Chanez JM, Dubos PF, Plancherel B, Staffoni-Donadini L, Schwarz F, Halfon O. (2002)

²⁰ www.supea.ch

maltraitance. L'intervention se fait exclusivement à la demande de l'équipe médicale pédiatrique, soit de façon indirecte à travers un travail de liaison avec celle-ci, soit directement auprès des patients. La Consultation de Pédopsychiatrie de Liaison au CHUV intervient, si besoin est, auprès des patients du Département de Pédiatrie, et des familles vues dans le Service d'Obstétrique du CHUV. Dans ce cadre, la Consultation Commune Neuropédiatrie-Pédopsychiatrie (CCN-P) reçoit des jeunes enfants présentant des troubles du développement à la frontière entre la neuropédiatrie et la pédopsychiatrie.

Sur tout le territoire cantonal, il y a aussi des services régionaux, qui offrent à la population des soins psychologiques et psychiatriques, évitant ainsi le déplacement en ville. Le service de psychologie scolaire offre un soutien présent dans toutes les écoles du canton de Vaud ; il est constitué de psychologues, de psychomotriciens et de logopédistes. Il en va de soi la présence de tout un éventail d'offres privées tant pour les aspects psychologiques que pour les aspects psychiatriques.

*Canton Tessin*²¹

Au Tessin, la psychiatrie infanto-juvénile est pratiquée, comme dans la plupart des cantons en Suisse, par les pédiatres, les médecins de famille, les pédopsychiatres et les psychologues. Les services publics recouvrent une grande partie du besoin cantonal, même si le nombre de psychiatres privés est en augmentation. Au Tessin, une collaboration entre la psychiatrie publique, l'école, les familles et la magistrature s'est mise en place, car beaucoup de situations problématiques découlaient de problèmes éducatifs, de contrôle social et d'ordre public.

À présent, les institutions sur le territoire tessinois sont les suivantes : quatre services médicaux psychologiques (SMP) à Lugano, Coldrerio, Bellinzona et Locarno ; trois centres psycho éducatifs (CPE) qui se trouvent à Lugano, Stabio et Minusio ; le CPE avec un internat existe à Stabio et à Lugano pour le Sottoceneri et on voudrait ouvrir un deuxième à Bellinzona pour le Sopraceneri ; la Clinique psychiatrique cantonale (CPC) à Mendrisio. Il y a entre autres des foyers thérapeutiques pour des adolescents en rupture familiale ou avec des problématiques complexes qui nécessitent un suivi éducatif. Le nombre total des personnes qui vont dans les centres de soins psychiatriques est en augmentation (en 1991 : 4'674 personnes, en 1995 : 5'846 et en 2003 : 7'161). En 2003, 2,2 % d'adultes résidant au Tessin et 2,3 % de mineurs de la population générale qui ont consulté. Au SMP en 2003, il y a eu un total de 1'678 mineurs qui ont consulté. Même les offres en soins psychiatriques sont en augmentation (en 1999, on

²¹ "Pianificazione socopsychiatrica cantonale 2005-2008" Consiglio di Stato - Dipartimento della sanità e della socialità Bellinzona, settembre 2005

comptait sur le territoire 49 psychiatres actifs, 117 psychologues et 50 psychothérapeutes privés ; en 2003, le nombre de psychiatres a augmenté à 59, les psychologues à 146 et les psychothérapeutes à 83).

En ce qui concerne l'offre psychologique, on trouve sur tout le territoire cantonal le Service Itinérant Orthopédagogique Cantonal (SOIC), qui réalise un travail très semblable à celui effectué par l'"Erziehungsberatung" dans les cantons germanophones. Au SOIC travaillent des psychologues, des psychomotriciennes, des logopédistes et des ergothérapeutes. À l'Hôpital Cantonal de Lugano, l'Ospedale Civico, au dixième étage dans l'unité de pédiatrie se trouve le service « Consultazione di Crescita e Sviluppo ». C'est un endroit qui se situe à mi-chemin entre les questions pédiatriques et psychologiques, une pédiatrie du développement qui s'occupe des dysfonctionnements dans la croissance physique et psychologique de l'enfant.

Les psychologues qui exercent de manière indépendante leur profession au Tessin sont au nombre de 297. (Albo operatori sanitari con esercizio in Ticino PSICOLOGI 19.04.2007)

6.5.4. Différences cantonales dans le domaine des soins de santé mentale

Les différences sont très claires et forment deux groupes bien diversifiés parmi les quatre cantons que nous venons de décrire.

Si nous regardons le nombre de médecins spécialistes en pédopsychiatrie, nous comptons dans le canton de Zürich un total de 120 pédopsychiatres, dont 67 en ville ; au canton de Vaud 79 dont 31 à Lausanne ; à Fribourg 8 et au Tessin 15 pédopsychiatres.

Notons au passage que les cantons urbains possédant une chaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université et un hôpital cantonal universitaire, tels que Zürich et Lausanne, ont un nombre plus élevé de médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie infanto-juvénile. Au Tessin et à Fribourg, le nombre de pédopsychiatres ainsi que l'offre institutionnelle sont plus limités (Haemmerle, 2008).

Le même discours peut être fait en ce qui concerne l'offre psychologique. Dans les cantons de Zürich et de Vaud, le nombre de psychologues et d'institutions et associations psychopédagogiques est supérieur à celui des cantons de Fribourg et du Tessin.

PARTIE EMPIRIQUE

Chapitre 7

Questions de recherche et hypothèses

Dans ce chapitre qui suit la partie théorique je vais présenter les questions de recherche et les hypothèses de la thèse, pour pouvoir ainsi de suite, dans le prochain chapitre, introduire le plan expérimental et la méthodologie que nous avons choisie pour vérifier nos hypothèses.

7.1. Questions de recherche et hypothèses

Les concepts de santé et de maladie mentale, les stratégies d'action, ainsi que la perception du système des soins en santé mentale dans les familles, constituent la culture familiale de la santé mentale. La compréhension d'une culture familiale de la santé mentale peut aider dans l'identification des barrières et des agents facilitant perçus par les adolescents et leurs parents dans l'accès au système des soins en santé mentale pour les adolescents. Le fondement théorique central de ce travail de recherche peut donc être formulé ainsi :

La description ainsi que la compréhension d'une culture familiale de la santé mentale dans les familles suisses est un élément indispensable pour la détection des barrières qui se trouvent à l'intérieur de la famille et qui empêchent l'accès au système de santé mentale pour les adolescents.

S'agissant d'une étude exploratoire, j'ai tout d'abord formulé des questions de recherche qui m'ont permis de mettre en place la phase qualitative. Seulement après la phase qualitative, et à partir des résultats de celle-ci, j'ai pu formuler quelques hypothèses relatives aux résultats de la phase quantitative.

7.1.1. Questions de recherche

Cette thèse examine quels sont les concepts de santé et de maladie psychique que partagent les adolescents et leur famille, à quel moment la famille s'aperçoit de la maladie mentale et reconnaît le besoin d'une aide extérieure, et enfin quel type d'aide elle imagine être adaptée et bénéfique. Tout cela constitue ce qu'on pourrait appeler la *culture familiale de la santé mentale*. Elle nous donne des informations directes ou indirectes sur les barrières que les familles rencontrent sur le chemin d'accès aux soins de santé mentale. Enfin, les questions de recherche qui ont motivé ce travail de thèse et qui ont précédé et orienté la phase qualitative, sont :

- Quelles sont les représentations de la santé mentale et la maladie mentale chez les adolescents et leurs familles ?
- Peut-on décrire une culture familiale de la santé mentale ?
- Y a-t-il des différences dans la manière de concevoir un culture familiale de la santé mentale, entre les régions linguistiques en Suisse : francophone (F), italophone (I) et germanophone (D) ?
- Y a-t-il des différences dans les concepts et les barrières à l'accès, entre les sexes, l'âge et l'expérience personnelle avec le système des soins ?

7.1.2. Hypothèses

Les hypothèses de recherche ont été élaborées à partir des résultats qualitatifs, donc elles concernent plus spécifiquement que la phase quantitative.

Tenant en compte le fondement théorique de ce travail de recherche nous nous attendons à des résultats allant dans le sens de trouver des cultures familiales de la santé mentale différentes selon les régions linguistiques suisses (cultures), selon les générations, selon les sexes et selon l'expérience ou l'absence d'expérience de traitement clinique dans le système de santé mentale, les barrières vont aussi être différentes car elles sont directement liées au type de culture familiale de santé mentale.

Les hypothèses spécifiques sont cinq, les quatre premières concernent les adolescents et les parents, la dernière concerne seulement les adolescents.

Je vais passer à la description de chaque hypothèse et présenter les arguments de la littérature concernant chaque une d'elles.

Différences entre les générations

Nous attendons à trouver des différences dans les concepts de santé/ maladie mentale entre les générations, en particulier entre les adolescents et leurs parents.

En général, pour les adolescents, la santé mentale et la maladie sont associées à la tête, concept de localisation. L'aide recherchée face à un problème de santé mentale est souvent le support social, les amis, la famille.

→ Les concepts de santé mentale sont plus restreints à la sphère locale (tête) que pour les adultes.

→ En comparaison avec leurs parents, ils ont tendance à minimiser le problème, essayer de se soigner eux-mêmes, de s'en sortir tout seul.

→ Pour eux, la maladie mentale signifie anormalité, quelque chose d'étrange.

Pour ce qui concerne les parents :

→ Ils donnent à la santé mentale plus de valeur que les jeunes, se rendent compte de l'importance de la santé.

→ Ils tiennent plus en considération l'aide professionnelle (psychologues, psychiatres) pour un problème de nature psychique que les adolescents.

Littérature et arguments en faveur de cette hypothèse :

1. Chez les jeunes, la santé mentale est vue comme un concept d'éloignement de la normalité et difficile à expliquer (Secker, Armstrong & Hill, 1999).

2. La littérature présente les jeunes comme plus réticents face à tout ce qui concerne la santé mentale, recherche d'aide, etc. (Gonzalez, Alegria & Prihoda, 2005).

Différences entre les régions linguistiques/culturelles en Suisse

Nous nous attendons à trouver des différences selon la région linguistique francophone (F), italophone (I) et germanophone (D) pour la culture familiale de la santé mentale.

Suisse alémanique :

→ Les concepts de santé et maladie mentale pour les suisses alémaniques plutôt que pour les suisses latin, c'est une manière d'être (state of being)

→ Ils font davantage recours aux méthodes alternatives et ils vont moins chez les médecin que les personnes dans les autres régions suisses (Bisig & Gutzwiller, 2004).

→ Ils vont plus facilement voir le psychologue : cette figure professionnelle est moins stigmatisée en Suisse alémanique que dans le reste de la Suisse (le psychologue est plus présent dans la société, par exemple dans le milieu scolaire).

Suisse romande :

→ Le plus souvent, chez les romands, les concepts de santé et maladie mentale ont un lien fort avec la pathologie (illness/ syndrome) que chez les autres cultures suisses.

→ Les romands utilisent plus de médicaments (ESS, 2002) que les alémaniques et les tessinois.

→ Ils vont davantage voir des spécialistes en médecine générale (Bisig & Gutzwiller, 2004) que les autres cultures suisses.

Suisse italienne :

→ Les concepts de santé et maladie mentale font référence au raisonnement logique pour les tessinois plus que pour les romands et les alémaniques.

→ Ils recherchent davantage une aide familiale que les personnes dans le reste de la Suisse.²²

→ Les tessinoises ont plus tendance à minimiser les problèmes psychiques que les romands et les suisses allemands.

Littérature et arguments en faveur de cette hypothèse :

1. Selon la recherche de Bisig et Gutzwiller (2004), nous pouvons observer des différences entre les régions linguistiques (culturelles) à tous les niveaux du comportement sanitaire.

Les différences régionales sanitaires sont confirmées depuis le début du siècle passé. Même dans le domaine de la médecine parallèle ou complémentaire nous pouvons observer des différences (les romands consultent plus souvent le psychologue, le physiothérapeute et le pharmacien). Pour expliquer ces différences dans l'étude de Bisig, ils utilisent un préjugé, c'est-à-dire que les latins (romands et tessinoises) se préoccupent moins de la dépense sanitaire.

2. Études de Herzlich (2001) et de Flick (2000)

Dans ses travaux Herzlich (2001) affirmait que les notions de santé et de maladie débordent du cadre des savoirs médicaux, sont des événements culturels qui par ce fait sont interprétés différemment dans diverses cultures.

Flick (2000) expose dans un de ses articles deux études qualitatives qui décrivent bien ce phénomène d'influence sociale et culturelle sur les représentations de la santé et la maladie. Le premier se déroule en Allemagne de l'est et de l'ouest, tenant compte de deux parties du pays qui se sont développées de manière contrastante et qui présentent des très grandes différences quant à l'organisation du système sanitaire ; dans sa deuxième étude il analyse les représentations sociales présentes au Portugal et en Allemagne. Dans les deux études, la conclusion est similaire : la culture et les disparités sociales ont une influence remarquable sur les représentations que se construit la population au sujet de la santé et de la maladie.

²² La famille joue un rôle très important au Tessin, (Hugger, 1992)

Différences entre les sexes

Nous attendons à trouver des différences dans les concepts de santé et maladie mentale entre garçons et filles (et les stratégies de recherche d'une aide) ainsi qu'entre pères et mères.

Littérature et arguments en faveur de cette hypothèse :

1. Plusieurs études ont démontré les différences entre les représentations sociales de la maladie de différences générations et entre pères et mères (Salewski, 2003)
2. Voir aussi l'ouvrage de Flick qui présente plusieurs recherches à ce sujet (Flick, 1998).
3. En général, les femmes estiment leur état de santé comme étant assez mauvais et pire que celui des hommes (Hercek, 1994).

Différences entre familles avec ou sans expérience de traitement clinique

Nous attendons à trouver des différences dans la manière de percevoir la santé et la maladie mentale et le système des soins psychiatrique (la culture familiale de la santé mentale) entre les familles qui ont déjà fait expérience d'un tel trouble et d'un suivi psychologique et les familles qui n'ont jamais rencontré de telles difficultés.

Avec expérience de traitement clinique :

- En général ils ont une image moins stigmatisée des spécialistes de santé mentale que les personnes n'ayant jamais eu de contact avec les professionnels de santé mentale.
- Ils ont une perception moins négative de la maladie mentale que les personnes sans expérience de la maladie mentale.
- Dans le groupe qui a déjà eu une expérience avec la maladie mentale et le système des soins, la variance intragroupe, des opinions à ce sujet, est moindre que dans le groupe n'ayant jamais eu d'expériences cliniques.

Sans expérience clinique :

- Les familles sans expérience clinique ont une image davantage stigmatisée des spécialistes de santé mentale, que les familles avec une expérience clinique.
- Ils ont une perception négative de la maladie mentale, plus que ceux qui ont fait l'expérience.
- La variance intragroupe des opinions au sujet de la santé mentale est majeure que pour le groupe avec une expérience clinique.

Littérature et arguments en faveur de cette hypothèse : Il y a des différences entre les adolescents issus d'une expérience clinique et ceux qui n'ont jamais eu un contact avec le système de santé mentale (Armstrong, Hill and Secker, 1998).

Différence entre les groupes d'âges des adolescents

Nous n'avons pas d'hypothèses spécifiques par rapport à l'âge car ce facteur n'a pas été exploré dans la partie qualitative de l'étude. Les données de la littérature ne sont pas non plus très nombreuses à ce sujet.

Une étude australienne très récente de Thompson et Rickwood, réalisée auprès de 1184 jeunes entre 12 et 17 ans, nous informe de comment les adolescents commencent à chercher de l'aide vers l'âge de 12-13 ans n'ayant pas des grandes obstacles et cela reste constant pour les 14-15 ans. Dans une étude réalisé au Taiwan (Yeh, 2002) parmi des adolescents des différentes âges (« junior high », « senior high » et « college age »), les résultats montrent que l'âge n'a pas d'effet sur les prédisposition face à une aide psychologique.

Pour ce qui concerne plus précisément les stratégies d'action, plusieurs études arrivent au même constat, c'est-à-dire, les jeunes adolescents utilisent moins souvent des stratégies de coping tel que la distraction et la relaxation (Hampel et Petermann, 2005 ; Rossmann, 1992, Ryan, 1989).

Chapitre 8

Plan expérimental : méthode et population

Dans ce chapitre qui suit les hypothèses je vais présenter comment j'ai procédé pour effectuer la recherche, donc il s'agira de présenter le plan expérimental et la population qui a pris part à cette recherche. Dans un premier temps je présenterai les aspects méthodologiques plus généraux, ensuite je décrirai les deux phases du projet : la phase qualitative et la phase quantitative, avec la méthodologie propre à chacune et la population spécifique à chaque phase.

8.1. Aspects méthodologiques généraux

Ce projet de thèse s'articule en deux phases, utilisant une méthodologie mixte : la première qualitative et la deuxième quantitative (Fig. 8.1).

La phase qualitative est composée d'interviews avec des familles. Cet outil permet de collecter et d'analyser les concepts relatifs à la santé et à la maladie ainsi que les stratégies selon lesquelles les adolescents et leurs familles ont recours aux soins. Sur la base des données qui ont été mis en évidence dans l'analyse qualitative, nous allons élaborer le questionnaire, instrument de la phase quantitative, pour réaliser l'enquête en Suisse alémanique et romande ainsi qu'au Tessin.

La réalisation de cette recherche a suivi une démarche heuristique²³, l'analyse qualitative a servi à explorer le champ et à formuler les hypothèses qui sont à la base de la recherche quantitative.

8.1.1. Le choix d'une méthodologie mixte

Cette méthodologie combinée comporte plusieurs avantages. Comme l'ont enseigné deux grands chercheurs et fondateurs des méthodes d'enquête sociologiques Lazarsfeld et Wagner

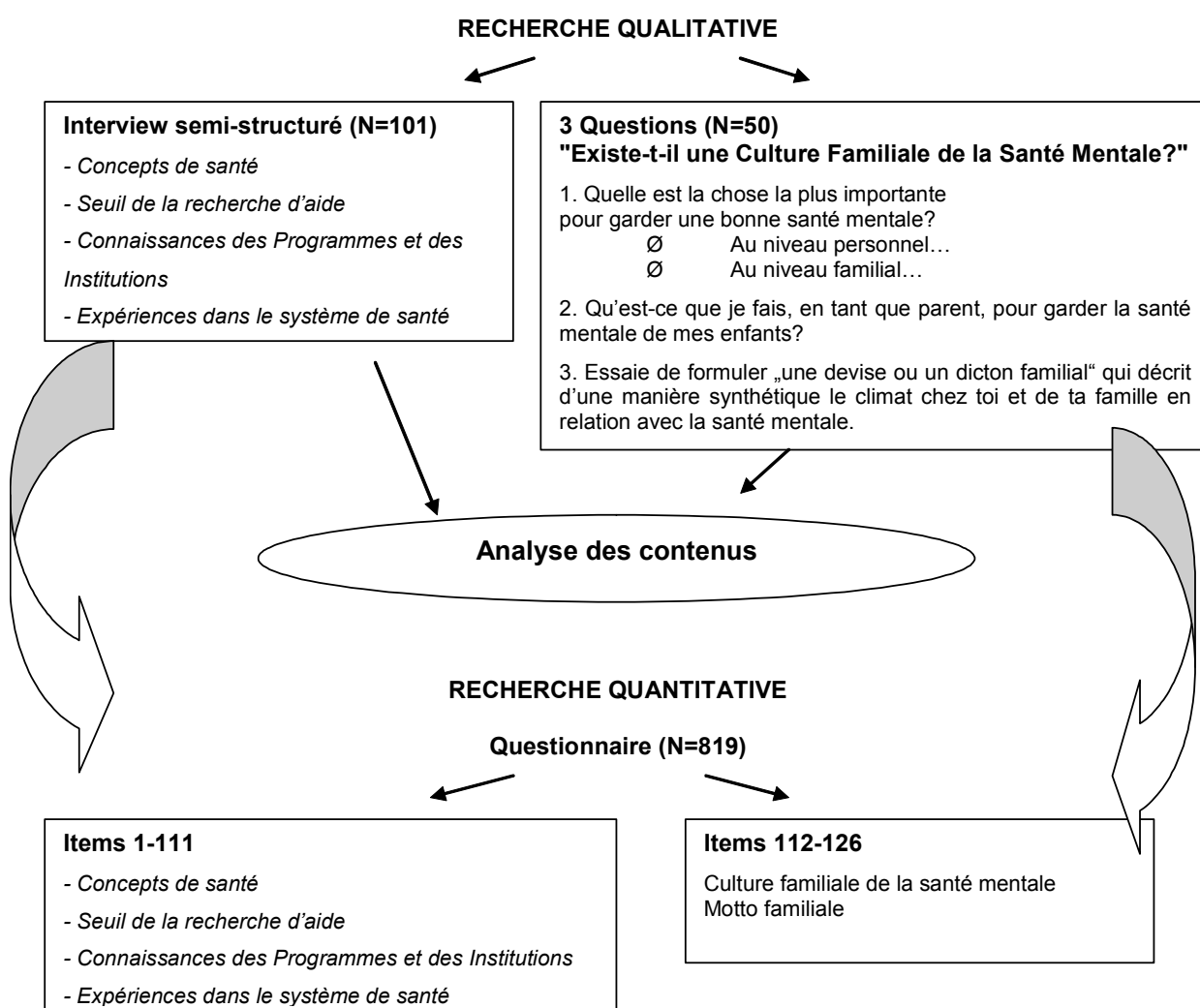
²³ Démarche heuristique : se rapporte à tout processus d'apprentissage dans lequel l'opérateur se sert de ses découvertes pour concevoir de nouvelles démarches d'apprentissage.
(http://www.ecml.at/projects/voll/literacy/french/search_logic/heuristics/menu_heuristic.htm)

(1958), des entretiens exploratoires devrait toujours précéder la formulation et le développement final des questionnaires. Ceci a un motif bien précis : selon les deux chercheurs, seulement en utilisant ce matériel qualitatif, nécessaire ou supplémentaire aux procédures et aux analyses statistiques, les questionnaires pourront accéder à la réalité de manière directe.

Tout d'abord, cette méthodologie nous permet de rester plus fidèles à la perspective des familles et ensuite elle nous permet d'effectuer une analyse davantage profonde du phénomène (qualitative) et de l'étendue (quantitative) de l'objet de recherche (Bryman, 1995). Ceci est d'autant plus justifié car en Suisse ils n'existent pas d'études visant ces données.

Les deux phases, qui ont consisté en la récolte des données et à l'analyse, ont duré environ deux ans (décembre 2004 - décembre 2006).

Figure 8.1 : Les deux phases méthodologiques : qualitative et quantitative



La phase qualitative a commencé avec des entretiens exploratoires en novembre 2004 et s'est achevée en mai 2006 avec l'aboutissement du questionnaire suite à l'analyse qualitative. Parallèlement, nous avons réalisé l'analyse des contenus des interviews. Ces analyses se sont

terminées vers fin septembre 2006. En mai 2006 a débuté la phase quantitative qui s'est terminée fin octobre de la même année. Les analyses quantitatives nous ont occupés jusqu'à la fin de la même année.

Le travail de recherche a été effectué dans quatre cantons suisses: Tessin, Vaud, Fribourg et Zürich. Le choix des cantons a été motivé par le désir de prendre en considération les trois régions linguistiques qui composent le pays (allemande, française et italienne), puis de choisir les cantons plus peuplés de ces trois régions: Zürich, Vaud et Tessin. Le canton de Fribourg a été choisit car, étant un canton bilingue, il présente une population francophone et germanophone, donc un biculturalisme qui est très intéressant dans cette étude.

Un deuxième motif pour le choix des cantons de Vaud, Tessin et Zürich est celui de la longue expérience dans le domaine des statistiques psychiatriques dont ils ont déjà fait l'objet.

La population étudiée dans l'ensemble de la recherche est composée par des familles suisses allemandes (Zürich), suisses romandes (Fribourg et Lausanne) et tessinoises (Lugano et Locarno), choisies dans la population générale, clinique et à risque.

En particulier les personnes visées sont les enfants et les adolescents entre 10-16 ans et leurs parents. Le critère d'inclusion des familles était d'avoir au moins deux générations. Ceci a été envisagé pour faire en sorte de saisir la transmission entre les générations des concepts liés à la santé, ainsi que les expériences et les comportements relatifs à la santé.

Nous allons par la suite présenter plus en détail le déroulement des deux phases de la recherche : la phase qualitative et la phase quantitative.

8.2. Recherche Qualitative

La recherche qualitative est un outil très pertinent pour la récolte des données et permet d'avoir un regard exploratoire sur le champ d'étude, lorsque celui-ci n'a pas encore été étudié.

8.2.1. Le choix de la méthodologie qualitative

L'objet de notre étude est la culture familiale d'un domaine spécifique de la santé : la santé mentale. La famille est un objet d'étude très particulier car elle est un phénomène complexe, subjectif et privé. Pour pouvoir saisir toute sa complexité nous avons besoin d'une

méthodologie adaptée, qui puisse capter les nuances et les impressions de qui participe à notre étude (Gilgun, Daly & Handel, 1992). La recherche qualitative offre ces atouts et garde une grande richesse dans la récolte des données (Larossa, 2005; Moscovici & Buschini, 2003 ; Morgan, 1988). Saisir les représentations de la santé et la maladie mentale à l'intérieur d'une famille signifie rentrer dans un monde très privé et presque tabou dans la famille (Gilgun, Daly & Handel, 1992). La santé mentale n'est pas un sujet qu'on puisse aborder de manière directe et spontanée. Les personnes en général ne savent pas vraiment qu'en dire car on n'y réfléchit pas souvent.

Cette phase a été réalisée avec deux différentes démarches qui se sont déroulées parallèlement. Pour la première, il s'agit d'un entretien semi structuré, la deuxième démarche a été la réalisation d'un projet pilote composé de trois questions au sujet de la culture familiale de la santé mentale. Les résultats de l'analyse ont permis de formuler de premières hypothèses pour ensuite construire le questionnaire de la recherche quantitative. Les contenus des entrevues ont servi de base à l'élaboration du questionnaire.

Par la suite, nous allons présenter chaque méthode, la manière dont elle a été choisie, préparée et réalisée.

8.2.2. L'Entretien exploratoire

Le choix de la méthode de l'entretien exploratoire²⁴ vient de la volonté d'explorer et de se familiariser avec les représentations de la santé mentale qu'ont les adolescents, dans un domaine encore si peu connu. L'entretien face à face permet d'instaurer un rapport de confiance avec la personne qu'on désire interviewer et aussi de rentrer peu à peu dans la thématique à laquelle on s'intéresse. Notre interview commençait avec des questions générales sur la santé pour arriver petit à petit au cœur de la question : les concepts autour de la santé mentale. Cette méthodologie offre l'espace nécessaire pour parler de ses propres expériences qui souvent sont accompagnées d'une importante charge émotionnelle.

Les entretiens ont eu lieu principalement chez les familles, car ils ont eu la possibilité de choisir entre venir au Centre de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ou rester à la maison, et ils ont préféré que nous nous déplaçons chez eux. Les entretiens se sont déroulés individuellement, leur durée variant entre 30 et 90 min. Comparés avec ceux des adolescents, les entretiens avec les parents ont duré plus longtemps. Tous les entretiens ont été enregistrés

²⁴ L'entretien peut avoir différentes fonctions dans une étude scientifique : il y a soit les entretiens utilisés à titre principal de recherche qualitative, soit complémentaire. (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002)

avec un magnétophone digital pour ensuite pouvoir effectuer la transcription littérale complète.

8.2.2.1. Développement de l'entretien

Pour trouver l'entretien nous avons fait une recherche dans la littérature pour savoir s'il existait déjà un instrument qui explorait les thématiques telle que les concepts de la santé et de la maladie mentale chez les adolescents et leurs parents. Malgré nos recherches nous n'avons rien trouvé qui pût s'adapter à nos exigences. Nous avons donc développé un entretien semi structuré prenant en compte la perspective des adolescents et de leurs parents.

L'interview (cf. Annexe 1.4.) a été développée tout d'abord en langue allemande par l'équipe AMHC, constitué par un pédopsychiatre suisse allemand, un psychologue allemand et trois psychologues : une Portugaise, une Suisse Italienne et une Allemande. Ensuite, après avoir discutée et choisi la version définitive, elle a été traduite en français, en italien et en portugais. Les traductions ont été faites et révisées par les membres de l'équipe de langue maternelle italienne et portugaise. La révision de la version française a été faite par les collaborateurs de Lausanne et Fribourg, respectivement le Prof. Pierre-André Michaud et le Dr. méd. Patrick Haemmerle. L'interview elle-même est divisée en cinq parties qui traitent de différents concepts. Ci-dessous est présenté un tableau qui montre la structure de l'entretien tel que nous l'avons proposé dans la recherche:

Tableau 8.1 : Thématiques des quatre partie de l'interview avec les questions correspondantes

A. CONCEPTS, STRATEGIES D'ACTION, EXPÉRIENCES	
Santé (définition, savoirs)	«Qu'est-ce que la santé représente pour toi?»
Maladie (définition, savoirs)	«Qu'est-ce que c'est la maladie pour toi?»
Se sentir pas bien et maladie (seuil)	«Comment tu définis la frontière entre se sentir pas bien et être malade?»
Recherche d'aide (savoir)	«Qu'est-ce que tu penses pourrait aider pour une maladie psychique/mentale?»
Expérience personnelle (avec le système de santé)	«As-tu déjà cherché de l'aide à cause de problèmes mentaux?»
B. CASES	
Seuil	«Imagines-toi que tu es David, qu'est-ce que tu ferais?»
Savoir, informations	
C. SOURCES DE CONNAISSANCES	
Idées sur la santé	« D'après toi, d'où viennent tes idées sur la santé? »
Connaissance des institutions	« D'après toi, d'où vient ton savoirs sur les institutions respectivement programmes/offres dans les services de santé? »

Un processus d'analyse des équivalences linguistiques a été mis en place et évalué par notre équipe ainsi qu'une équipe de linguistes du laboratoire de communication de santé de l'université de Lugano, dirigée par le Prof. Schulz. Les équivalences prises en compte sont les suivantes : sémantique, de contenu, de critère et de concept (Mohler, 2001). Nous avons analysé chaque question dans les différentes langues et nous avons rédigé une version finale.

8.2.3. Le projet pilote « Existe-t-il une culture familiale de la santé mentale ? »

Nous étions intéressés à découvrir le point de vue des familles par rapport au sujet d'étude : existe-t-il une culture familiale de la santé mentale ? Plusieurs éléments construisent une ambiance favorisant la bonne santé mentale dans les familles. À l'aide d'une étude pilote nous avons voulu récolter du matériel chez les familles elles-mêmes.

Cette petite enquête était constituée de 3 questions clé au sujet de la culture familiale de la santé mentale et son but était de savoir ce que pensent les gens de ce qui est important pour garder une bonne santé mentale à l'intérieur de la famille ; quels sont les éléments qui caractérisent l'édifice d'une culture familiale de la santé mentale ; et enfin comment ils se situent face à ce sujet en pensant à leur famille, ceci exprimé par une devise ou un dicton.

Voici à la suite les 3 questions :

Existe-t-il une Culture Familiale de la Santé Mentale?

1. Quelle est la chose la plus importante pour garder une bonne santé mentale? Au niveau personnel... Au niveau familial...
2. Qu'est-ce que je fais, en tant que parent, pour garder la santé mentale de mes enfants?
3. Essaie de formuler „une devise ou un dicton familial“ qui décrit de manière synthétique le climat chez toi et de ta famille en relation avec la santé mentale.

Comme complément à cette partie qualitative de la culture familiale de la santé mentale, il y a eu la partie quantitative qui nous a permis de récolter davantage d'information dans les trois cultures suisses et aussi en Italie, avec la collaboration de l'Istituto di Ortofonologia di Roma.

8.2.4. Questions analytiques de l'entretien

Pour ce travail de thèse, nous avons choisi d'analyser des questions concrètes de l'interview, faisant référence aux thèmes de recherche et qui peuvent être un bon point de départ pour décrire une culture familiale de la santé mentale.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement l'accès au système de santé mentale, nous avons sorti, en lisant entièrement chaque entretien, ce que les gens et nous en tant que chercheurs considérons comme barrières et facilitateurs pour l'accès aux soins de santé mentale.

Description des représentations de la santé mentale et de la maladie mentale à l'intérieur de la famille et comparaison entre les générations (cf. Annexe 1.5.).

Après avoir effectué l'analyse qualitative de ces parties de l'interview, ensemble avec tout l'équipe AMHC, nous avons du choisir ce qu'aurait pu être comparable quantitativement, donc les parties qu'on a mis dans le questionnaire. C'est pour ce motif que la partie des résultats rapportera seulement les données qualitatives qui se réfèrent aux données quantitatives et pas tout l'ensemble de l'analyse qualitative.

8.2.5. Procédure, transcription et analyse de la phase qualitative

Les entrevues ont été transcrites presque entièrement par un autre collaborateur que l'interviewer. Le groupe de travail a fixé des critères de transcription des données afin de garantir une procédure uniforme pour les personnes qui ont effectué les transcriptions. Des digressions qui ne se réfèrent pas au cœur de la question représentent une seule exception. Ceux-ci sont notés seulement en quelques mots, de sorte qu'elles ne sont pas perdues et restent reconnaissables le thème de la digression (par ex. histoires des maladies personnelles). En outre, les remplissages et les répétitions ne sont pas pris en considération pour raccourcir les matériaux de texte dans une première étape et éviter les redondances.

L'analyse se concentre sur les aspects suivants:

- a) cohérence des réponses entre les membres de la famille durant l'interview
- b) différences entre les membres de la même famille
- c) transmission entre générations

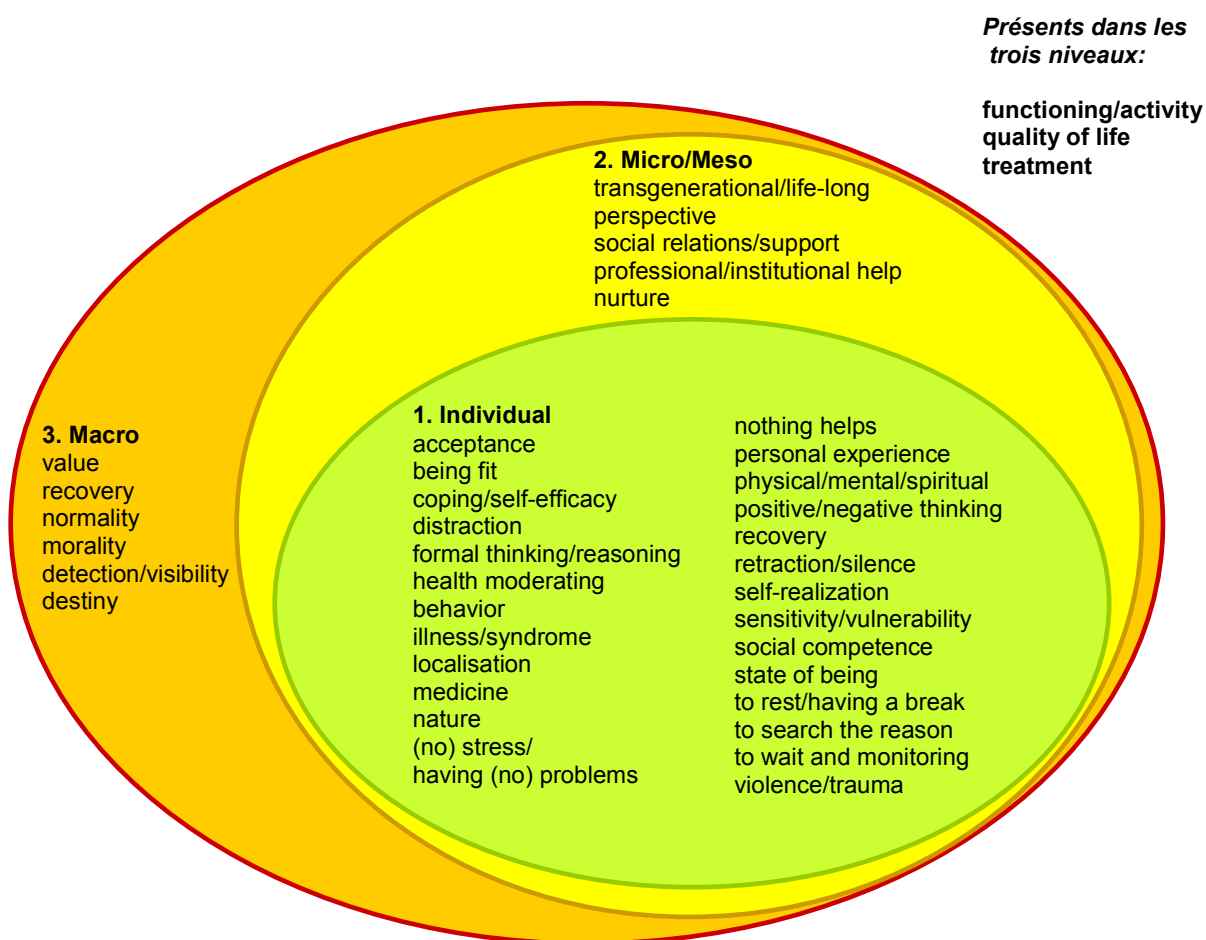
Chaque interview a été soumise à l'analyse du contenu (Mayring, 2003) réalisée séparément pour chaque langue. Il y a donc quatre groupes différents de langue d'analyse : allemand, français, italien et portugais. Chaque réponse des questions analysées a été isolée, réduite à son strict contenu et résumée dans une catégorie exprimée par un nom. Le processus spécifique choisi pour établir les catégories peut être repris comme suivant:



Dans une deuxième étape, les catégories dérivées dans chaque langue ont été comparées et nous avons établi un système commun basé sur l'équivalence entre les langues. Ce nouveau système de catégories est formulé en anglais de manière à avoir une neutralité par rapport aux nuances des différentes langues. Ce processus peut mieux être considéré dans le tableau 8.2. qui se trouve en annexe (cf. Annexe 1.6.).

L'ensemble des catégories s'est très bien inséré dans le Modèle socioécologique de Bronfenbrenner, le schéma est représenté dans la Figure 8.2.

Figure 8.2 : Le système des catégories de l'étude AMHC, orienté au Modèle socioécologique de Bronfenbrenner



Les catégories²⁵ sont distribuées dans les trois niveaux qui composent le modèle : le niveau individuel (Individual), le niveau relationnel (Micro et Meso) et le troisième niveau c'est celui de la société (Macro). Il y a trois catégories qui restent en dehors du modèle car elles font référence aux trois niveaux au même temps.

Les entretiens ont été soumis à l'analyse des contenus à l'aide du support informatique MAXqda, un logiciel spécifique pour l'analyse qualitative des données.

²⁵ Les catégories sont décrites dans le Glossaire qui se trouve parmi les annexes de la thèse. (cf. Annexe 1.7. et Annexe 1.8.)

8.2.6. Échantillon qualitatif

Le échantillon de la recherche qualitative est constitué de trois différentes populations, reflétant les trois méthodologies qui se sont déroulées parallèlement.

La première population est celle qui a participé aux entrevues semi structurées. Il s'agit d'un nombre significatif de familles suisses, venant des trois régions linguistiques de Suisse. Les familles ont été recrutées de manière différente, ce qui vient à former trois groupes: la population générale, la population à risque de diagnostic de trouble psychique et la population provenant d'une institution psychiatrique. Le nombre des familles pour chaque groupe (général, risque et clinique) a été calculé à l'avance (cf. Tableau 8.3), mais ensuite plusieurs difficultés sont parvenues, empêchant de trouver les familles prévues.

Voici les familles effectives qui ont pour finir participé aux interviews (cf. Tableau 8.4).

Tableau 8.3 : Nombre de familles prévues pour la phase qualitative

	Général	Risque	Clinique
Suisse Allemande	6	6	6
Suisse Française	6	6	6
Suisse Italienne	6	0	4

Tableau 8.4 : Nombre de familles recrutées pour la phase qualitative

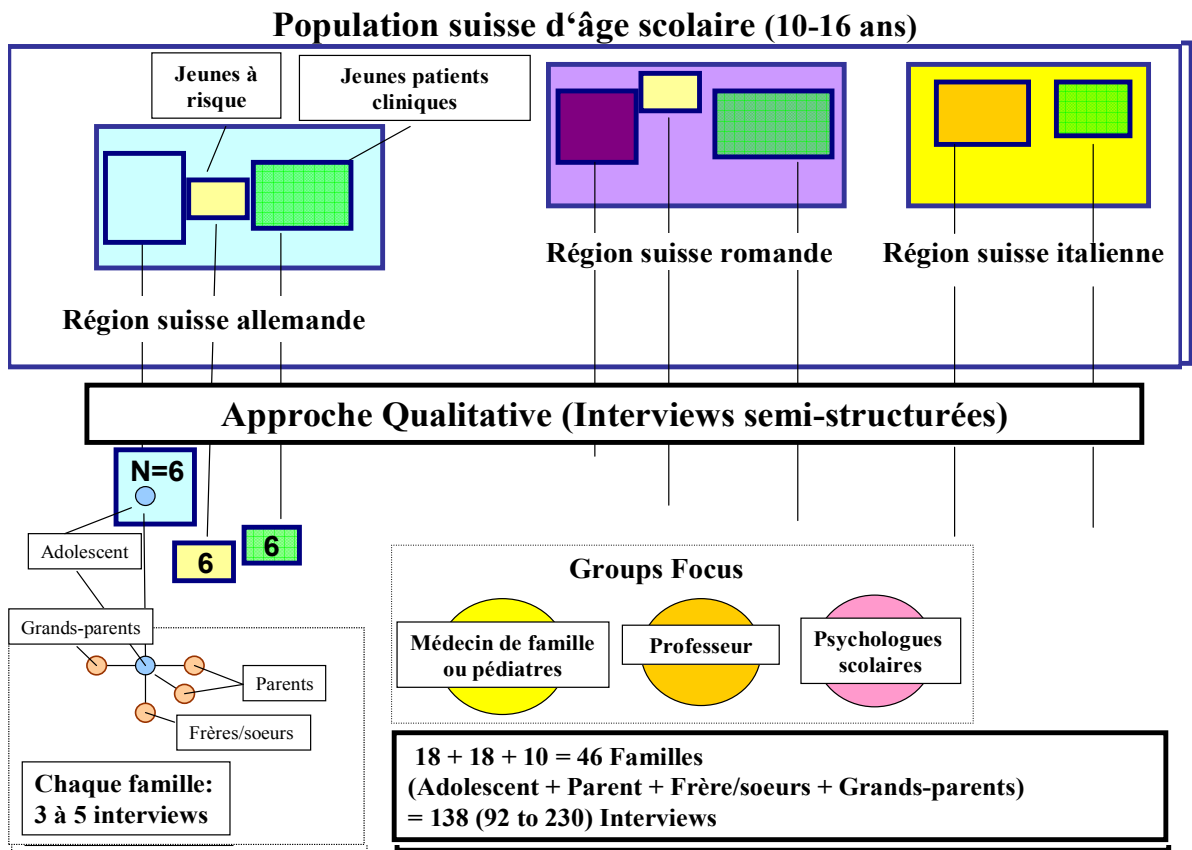
	Général	Risque	Clinique
Suisse Allemande	7	0	4
Suisse Française	7	5	3
Suisse Italienne	6	0	1

Voici un schéma général (cf. Figure 8.3) qui présente le programme de recrutement pour la phase qualitative. On retrouve les trois régions suisses : alémanique, romande et tessinoise.

À l'intérieur de chaque région il y a une population générale, à risque et en contact avec le système clinique. Dans le schéma ci-dessous, à gauche, on voit la représentation du noyau familial avec l'adolescent au milieu et les autres membres de la famille susceptibles d'être interviewés. À côté les groupes focus avec des professionnels de différentes disciplines. Les groupes focus²⁶ ont été réalisés dans les trois régions linguistiques suisses avec des professionnels du domaine médical, plus précisément des médecins de famille et des pédiatres, et des personnes travaillant dans l'instruction publique : des professeurs et des médiateurs.

²⁶ Les groupes de discussion ont été réalisés dans le cadre du projet AMHC mais je ne vais pas présenter ces données dans cette thèse.

Figure 8.3 : Stratégie de recrutement pour la phase qualitative



En dernier on retrouve l'échantillon du projet pilote qui a répondu aux trois questions au sujet de la culture familiale de la santé mentale. Ce projet a été réalisé avec une cinquantaine de personnes venant de familles tessinoises, de personnes de suisse alémanique, de suisse romande, d'Espagne, d'Italie et d'Amérique Latine.

8.2.6.1. Recrutement des familles

Le recrutement pour les entretiens a été effectué avec différentes stratégies à Zurich, à Lausanne, à Fribourg et au Tessin.

Canton de Zurich

Pour le recrutement de la population générale, un total de 130 familles, a été choisi par choix aléatoire auprès des médecins généraux et pédiatres auxquels nous avons fait parvenir une explication écrite du projet (par lettre ou fax) en les priant de distribuer de la documentation aux familles qui sont en contact avec eux. La réponse a été malheureusement très faible, seule une quinzaine de médecins s'est déclaré prête à distribuer le matériel. Aucune famille n'a été trouvée par cette stratégie. Dans une deuxième étape, nous avons contacté des enseignants zurichois et les familles qui avaient participé à l'étude pilote. L'échantillon clinique a été recruté à travers le centre de pédopsychiatrie de l'enfant et l'adolescent de la ville de Zürich.

Canton de Fribourg

Dans le canton de Fribourg nous avons essayé également de nouer des contacts avec les familles de la population générale à l'aide de plus de vingt pédiatres. Les médecins ont été interpellés directement par Dr. méd. P. Haemmerle, directeur du centre de pédopsychiatrie de l'enfant et l'adolescent du canton de Fribourg et coopérateur du projet, et ont reçu des informations écrites sur le projet. Ici aussi cette stratégie a échoué, aucun contact n'a pu être établi. Les trois familles nécessaires ont été recrutées par différents contacts privés. Le groupe avec une expérience clinique a été contacté par le SPP (service de pédopsychiatrie de l'enfant et l'adolescent) du canton de Fribourg. Des informations ont été envoyées aux familles entrant en ligne de compte pour l'étude. On a annoncé qu'une collaboratrice de projet prendra contact avec eux, pour savoirs s'ils auraient été intéressés de participer. Pour le recrutement des groupes de risques, on a pris contact avec la directrice du Foyer St. Etienne, Mme Siegenthaler (qui ne correspond pas à une institution psychiatrique) qui a motivé des jeunes à participer.

Canton Vaud

Les trois familles francophones de la population générale ont été recrutées à travers une collaboratrice du projet AMHC et une maîtresse d'école primaire à Lausanne.

Pour ce qui concerne la population avec une expérience clinique, le contact a été fait à partir de notre collaborateur le Prof. P.-A. Michaud, Directeur de l'UMSA (Unité multidisciplinaire de Santé des Adolescents). Nous avons choisi les patients qui correspondaient au profil souhaité et leur avons envoyé une lettre ainsi qu'à leurs familles qui expliquait le projet. Ensuite nous avons téléphoné pour leur demander s'ils étaient d'accord de participer. Les jeunes ainsi que leurs parents ont eu la liberté d'accepter ou de refuser l'invitation à participer. Les familles du groupe à risques ont été recrutées également, comme dans le canton de Fribourg, par des contacts avec des foyers.

Canton Tessin

Les familles de la population générale ont été trouvées à l'aide d'une collaboratrice de l'équipe AMHC. Les familles ayant déjà connu une expérience dans les systèmes de santé mentale, ont été interpellées par le SMP (service médical pédagogique) de la ville de Lugano, en collaboration avec le Dr. méd. F. Bianchi.

Pour le recrutement des familles nous avons établi comme critère d'inclusion qu'il y ait au moins deux générations de la famille qui participerait à l'étude. Il était souhaitable que les grands-parents également participent au projet, afin de saisir la transmission

intergénérationnelle des concepts relatifs à la santé. Les frères et sœurs des enfants pouvaient aussi participer à l'étude.

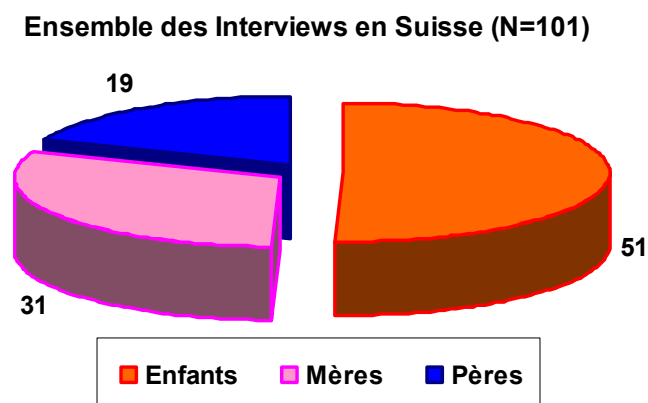
Un autre critère que nous avons tenu en compte dans cette thèse pour les deux phases, qualitative et quantitative, a été celui de la nationalité des parents. Cela signifie que nous avons gardé seulement les familles suisses, c'est-à-dire que les deux parents aient la nationalité suisse ou binationale, mais qu'ils aient toujours habité en Suisse.

8.2.6.2. Description des familles

Les familles qui ont participé au projet sont suisses. Elles viennent de la Suisse alémanique (11), canton Zürich (10) et canton de Fribourg (1) ; de la Suisse romande (15), 8 vivent sur Vaud et 7 sur Fribourg et de la Suisse italienne (7), 6 résidant au Tessin, une qui habite au Grisons italiens. Il s'agit d'un nombre réduit mais significatif pour chaque groupe de familles de la population étudiée: 20 familles de la population générale (6 à Zürich, 7 en Suisse romande, 1 à Fribourg et 6 au Tessin); 8 familles cliniques (4 à Zürich, 3 en Suisse romande et une au Tessin) et 5 familles à risque (5 en Suisse romande). Un total de 33 familles.

Dans la littérature, on retrouve un facteur qui joue un rôle important lors de l'accès au système sanitaire : il s'agit du lieu de domicile. Nous pouvons nous attendre à des différences entre la partie rurale et urbaine, pour ce motif nous avons essayé d'équilibrer la provenance des familles qui ont participé à l'étude par leur lieu de domicile, entre ville et campagne. Cela n'a pas été toujours facile : 23 familles habitent en ville et 10 à la campagne. De manière générale nous pouvons affirmer qu'elles sont distribuées équitablement quant à leur niveau socio-économique. Pour la plupart des familles (plus du 50%) nous avons interviewé deux enfants et les deux parents. La figure 8.4. illustre le total des interviews et la participation des membres dans chaque famille.

Figure 8.4 : Le total des interviews réalisées, divisé entre les membres de la famille (mères, pères et enfants)



Le plus grand nombre des interviews a été fait avec les enfants (51) ; nous avons demandé à chaque famille la participation de deux enfants (l'enfant cible et un frère ou une sœur). Pour ce qui concerne les parents, nous avons eu la participation de presque toutes les mères (31) des 33 familles qui ont été interviewées. Un nombre plus restreint des interviews (comparé avec les mères) a été fait avec les pères (19), ceci à cause de différentes circonstances et surtout une manque de temps, plusieurs pères ne disposant pas du temps pour l'interview à cause de l'horaire de travail. Le nombre total des interviews avec les grands-parents est très petit, cela s'explique de différentes façons : certains sont déjà décédés, d'autres n'ont pas les capacités cognitives (mémoire, concentration, etc.) pour faire face à une interview, d'autres vivent loin de la famille et n'ont pas vraiment de contact avec les petits enfants, donc cela perdait son sens pour nous quant à la transmission entre générations.

Dans le Tableau 8.5., on peut voir que la composition familiale la plus souvent rencontrée est celle traditionnelle: mère, père et enfant cible.

Tableau 8.5 : Composition des familles interviewées

Constellation familiale		N° des Familles
a	adolescent, frère/sœur, mère, père	12
b	adolescent, mère, père	7
c	adolescent, frère/sœur, mère	6
d	adolescent, frère/sœur, père	0
e	adolescent, mère	7
f	adolescent, père	1
	Total	33

Description des adolescents :

51 adolescents ont participé aux interviews, dont 24 garçons et 27 filles. 60% a entre 10 et 13 ans, 40% entre 14 et 17 ans. Ce résultat est confirmé dans la littérature, c'est-à-dire qu'on retrouve un effet de sélection d'âge et de sexe : les garçons participent moins aux recherches sur le sujet de la santé et les adolescents plus âgés sont aussi moins facilement prêts à participer. Pour chaque famille, nous avons choisit un enfant ou adolescent cible. Normalement, c'est l'enfant qui, dans les familles avec un profil clinique, est celui qui suit une thérapie. Pour les familles de la population générale, nous avons choisit de manière à équilibrer l'âge et le sexe des adolescents participants à la recherche. Dans plusieurs familles, il y a eu aussi une bonne participation des frères et sœurs de l'enfant cible. Seuls les enfants ou adolescents cibles ont remplis les questionnaires sur leur état de santé, c'est-à-dire 33 enfants.

À la question « Dans l'ensemble comment pensez-vous que votre santé est-elle ? », la majorité des adolescents (80,6%) estime avoir une bonne, voir très bonne santé.

Description des parents :

Les parents qui ont participé à l'interview sont 50, 31 mères et 19 pères. Nous avons demandé à chacun de remplir un questionnaire qui aurait servi pour avoir quelques données de base pour pouvoir décrire la situation sociodémographique des familles. Sur un total de 50 parents, nous avons les données sociodémographiques complètes de 41 parents, les neuf qui restent n'ont pas rendu le questionnaire. La distribution des parents selon les cantons de domicile est la suivante : 17 viennent du canton Zürich, 13 de Vaud, 9 de Fribourg et 11 parents viennent du Tessin. Pour ce qui concerne le type de familles, 32 parents sont des familles de la population générale, 9 de la population à risque et 9 de la population clinique. Quant à leur état de santé subjective, à la question « Comment estimez-vous votre état de santé, en général ? », les réponses sont très positives : 36 parents estiment avoir un état de santé de bon à très bon, cela signifie 77% des parents. Leur statut socioprofessionnel, différencié entre mères et pères est présenté dans le tableau suivant:

Tableau 8.6 : statut socioprofessionnel, différencié entre mères et pères

	pères	mères
Employé	12	12
Libre professionnel	5	3
Mère au foyer	-	6
Autre	-	3
Pas de réponse	2	7

Le niveau de formation scolaire des pères et des mères ayant participé à la recherche qualitative est représenté dans le tableau suivant :

Tableau 8.7 : niveau de formation scolaire, différencié entre mères et pères

	pères	mères
Jamais allé à l'école	-	1
Ecole obligatoire	-	1
Apprentissage	7	11
Etudes commerciales	2	1
Université ou Haute École	7	9
Je ne sais pas	1	1
Pas de réponse	2	7

Pour ce qui concerne la situation civile des parents, il s'agit en majorité de couples mariés (60%), un 20% est divorcé et une personne vive en cohabitation.

8.3. Recherche Quantitative

La deuxième phase du projet a été la préparation du questionnaire, le recrutement de l'échantillon et la distribution des questionnaires pour rassembler les données quantitatives. Cette phase était importante pour arriver à un plus grand nombre de sujets dans toute la Suisse, ce qui n'était pas le but de la recherche qualitative. La recherche qualitative, je répète, a servi de préparation pour explorer le terrain et savoir quelles thématiques étaient importantes et s'il était nécessaire d'amplifier pour obtenir un échantillon plus nombreux. Une deuxième utilité de la recherche qualitative a été de sélectionner les concepts plus récurrents dans les interviews des adolescents pour en faire les items du questionnaire pour les jeunes et leurs parents.

La recherche quantitative a donc commencée par l'élaboration du questionnaire en octobre 2005 et s'est achevée en mai 2006. Parallèlement, nous avons demandé aux comités d'éthiques cantonaux des villes concernés par la recherche les permis nécessaires pour pouvoir contacter les écoles. Une fois les permis reçus, nous avons contacté les écoles primaires (dernière année), les écoles secondaires et les collèges. Pour ce qui concerne la récolte des données au sens strict, elle a commencé en juin 2006 et s'est achevée fin octobre 2006.

8.3.1. Le questionnaire

La récolte des données quantitatives devait se faire par le moyen d'un questionnaire mais ce qu'on voulait proposer aux jeunes n'existait pas encore, on devait le construire nous-mêmes. Notre désir depuis le début a été de proposer aux jeunes un questionnaire qui les interrogerait sur les concepts de santé et de maladie mentale mais qui refléterait dans ses items des idées très proches aux concepts des jeunes. Nous étions conscients du danger de faire un questionnaire avec nos idées en tant que professionnels de santé mentale.

8.3.1.1. Préparation du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire standardisé (cf. Annexe 1.9.) sur la base de l'analyse qualitative des entretiens semi structurés des adolescents. Le noyau du questionnaire est resté identique à celui de l'interview, à savoir les concepts de la santé mentale et la maladie mentale.

Dans son ensemble le questionnaire est composé de quatre parties.

La première partie traite des concepts de santé mentale, de maladie mentale, des stratégies d'action, de la recherche d'aide ainsi que de leur expérience avec le système de santé mentale.

La deuxième partie est en lien avec la famille : des questions sur la culture familiale de la santé mentale et un instrument standardisé qui explore le niveau d'identification des adolescents avec leurs parents, le Family-Identifications-Test « FIT » (Remschmidt & Mattejat, 1999).

La troisième partie est constituée d'un autre instrument standardisé nommé Kidscreen 27 (The Kidscreen Group Europe, 2006). Son objectif est de mesurer l'état de santé des jeunes et leur qualité de vie.

La dernière partie s'agit de quelques questions à propos de la situation sociodémographique des participants. À la suite un tableau qui illustre ce que je viens de décrire.

Tableau 8.8 : les quatre parties qui composent le questionnaire standardisé AMHC

	Partie	Contenu	Item
1	Projet AMHC	Concepts de santé et maladie mentale, possibles barrières pour accéder aux soins psychiatriques, stratégies d'action en cas de maladie mentale, expériences dans le système de santé mentale	1-111
2	La culture familiale de la santé mentale FIT (Family Identification Test)	Famille Relations familiales	112-126 127-134
3	Kidscreen 27	État de santé et Qualité de vie	135-162
4	Données sociodémographiques	Conditions de vie	163-169

Pour la construction du questionnaire, nous avons procédé de la manière suivante: au terme de l'analyse qualitative, nous avons choisi les aspects les plus intéressants pour notre projet et les plus fréquents, qui sont ressortis de l'interview, de la discussion dans les groupes de discussion et avec des experts. Ensuite nous avons structuré les différentes parties du questionnaire. Nous avons tout d'abord sorti toutes les catégories que nous avons trouvées au moment de l'analyse qualitative concernant une question spécifique, nous les avons organisées en trois niveaux : les catégories faisant référence à la sphère individuelle, celle qui font plutôt référence au niveau des relations sociales et celles concernant la société. Nous avons ensuite calculé la fréquence avec laquelle chaque catégorie avait été nommée par les adolescents et nous avons gardé les catégories qui correspondaient aux critères suivants : les plus fréquentes, celles qui ont été le plus souvent nommées par les jeunes, et les catégories pour nous plus significatives²⁷. (cf. Annexe 1.10.).

Après chaque ensemble d'items proposés nous avons toujours laissé la possibilité au jeune de répondre autre chose, c'est-à-dire, il pouvait lui-même écrire la réponse, si parmi les réponses

²⁷ Cela correspond à des catégories qui se sont mises en lumière après l'expérience et les inputs reçus pendant les interviews avec les jeunes, dans les groupes focus et dans la discussion avec des experts.

proposées il ne trouvait pas celle qui lui correspondait ou s'il avait envie d'ajouter autre chose, sans pour autant se sentir obligé à le faire. Evidemment nous avons dû effectuer un choix des items pour chaque question, car les catégories étaient beaucoup plus nombreuses que les items possibles du questionnaire. Le choix des items a été un travail très lent et délicat, résultat de longues discussions avec toute l'équipe. Après la sélection des items les plus significatifs pour les adolescents, nous sommes aboutis à seize items qui composent à présent la première question du questionnaire. Cette démarche a été effectuée pour chaque question qui compose la première partie du questionnaire.

L'originalité du questionnaire demeure dans la manière dont il a été conçu car les énoncés donnés par les jeunes dans l'interview ont été analysés et ont été la matière pour construire les items du questionnaire. C'est-à-dire, les réponses possibles aux questions (les items du questionnaire) viennent directement des réponses des entretiens réalisés avec les adolescents.

Les instruments standardisés ont été choisis parmi les questionnaires suivants : SMASH, SDW, KIMDL (Qualité de vie), ILK (Qualité de vie), Self-Report. Un critère important pour le choix a été celui de la disponibilité de l'instrument dans différentes langues, les langues du projet AMHC (allemand, français, italien et portugais). Pour nous orienter dans le choix des questions relatives à la situation sociodémographique des participants, nous avons consulté l'équipe de l'Université de Berne, travaillant sur un projet NFP52 au sujet des Rituels Religieux en famille.

Pour le questionnaire des parents, nous avons décidé de rassembler les questions sociodémographiques dans un questionnaire à part, de sorte que si les parents ne voulaient pas participer à la recherche, on leur demanderait si au moins ils étaient d'accord de remplir le petit questionnaire sociodémographique pour avoir les données relatives à l'enfant. Nous voulions éviter de demander trop de choses aux jeunes pour ne pas rallonger encore leur questionnaire.

Une phase pilote a été faite pour vérifier la longueur du questionnaire et l'âge à partir duquel on pouvait engager les adolescents à répondre sans trop de difficulté. Après le test avec une quinzaine d'enfants et adolescents âgés de 10 à 16 ans, nous avons décidé de fixer l'âge minimal à 12 ans. Les plus jeunes avaient de la peine avec les concepts abstraits tels que la santé mentale, et la lecture entière du questionnaire s'est révélé être une tâche trop difficile et coûteuse en terme d'énergie et de temps. Après avoir donné le questionnaire à réviser à plusieurs experts du domaine de la santé et de la recherche quantitative, nous avons procédé aux traductions. Parallèlement les membres de l'équipe AMHC ont traduit le questionnaire dans les trois langues nationales et en portugais²⁸.

²⁸ Les familles migrantes qui ont participé à la recherche AMHC étaient portugaises et brésiliennes.

Sur la base du questionnaire des adolescents, nous avons structuré celui pour les parents, suivant le même principe que nous avons utilisé pour l'interview, à savoir, en effectuant pour quelques questions un changement de perspective et en demandant au parents leur avis sur le comportement du fils ou de la fille.

8.3.2. Questions analytiques du questionnaire

Nous avons fait un choix des thèmes qui nous intéressent pour cette thèse, donc nous n'allons pas analyser entièrement le questionnaire, ce qui est le cas pour le projet AMHC.

Voici une présentation des différentes parties du questionnaire qui ont été analysées au moyen du logiciel SPSS 13 et qui ressemblent à différentes parties du questionnaire :

1. concepts de la santé mentale (A : items 1-16)
2. concepts de la maladie mentale (B : items 18-34)
3. stratégies d'action (coping) face à un problème de santé mentale (E : items 47-61)
4. quelle personne de référence face à un problème de santé mentale (F : items 63-75)
5. barrières dans l'accès au système de santé mentale (G : items 77-92)
- 6 culture familiale de la santé mentale (I : items 112-125)

Et, seulement pour les parents, (J : items 127-140)

Les résultats de ces parties du questionnaire seront présentés dans les prochains chapitres se référant aux résultats.

8.3.3. Procédure et Analyse du Questionnaire

Le questionnaire a été proposé, pour les adolescents de la population générale, dans le cadre scolaire, c'est-à-dire ils ont pu le remplir pendant une heure scolaire, en accord avec le professeur. Les deux groupes, risque et clinique, l'ont rempli dans le cadre de l'institution qui a été contactée pour proposer la recherche aux jeunes. En règle générale, les adolescents ont rempli le questionnaire en 15 à 30 minutes, cela dépendait de l'âge du jeune et de son niveau de lecture. Un tirage au sort d'un bon pour un CD a été effectué dans chaque classe pour récompenser les jeunes qui ont participé. Pour les parents, nous avons envoyé les questionnaires à la maison dans la langue qu'ils avaient choisie auparavant. Dans la lettre on leur a aussi envoyé une enveloppe déjà affranchie par laquelle ils ont pu nous retourner les questionnaires déjà remplis.

L'analyse statistique des questionnaires a été faite à l'aide du logiciel SPSS 13. La technique d'analyse factorielle tente à dégager des covariations entre profils de réponses (Moliner, Rateau

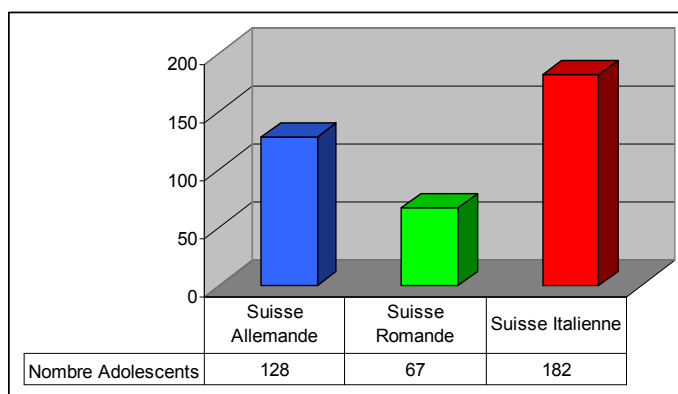
& Cohen-Scali, 2002). C'est une méthode qui est très appropriée pour notre type de questionnaire.

8.3.4. Échantillon quantitatif

L'échantillon quantitatif comprend une population venant des trois régions linguistiques de la Suisse. Pour les analyses quantitatives concernant la thèse nous avons dû réduire l'échantillon initial du Projet AMHC pour aboutir à un échantillon ayant le même profil que pour la phase qualitative.

Cela signifie que nous avons gardé seulement les familles suisses, c'est-à-dire que les deux parents aient la nationalité suisse ou binationale mais qu'elles aient toujours habité en Suisse. Nous avons enlevé de l'échantillon les familles pour lesquelles les deux parents avaient n'importe quelle autre nationalité (italienne, allemande, française, portugaise, pays balkaniques, etc.). Cette mesure a été prise pour essayer d'obtenir un reflet des trois cultures suisses, bien que l'échantillon c'est énormément réduit. La deuxième condition, un minimum de deux générations pour chaque famille, a énormément diminué l'échantillon. Nous avons donc décidé de garder tous les jeunes avec nationalité suisse, qui ont participé, avec ou sans leurs parents. Le nombre des adolescents qui ont participé à la recherche varie considérablement entre les régions linguistiques de la Suisse : Suisse allemande 34%, Suisse romande 18% et Suisse italienne 48% du total des participants.

Figure 8.6 : Nombre d'adolescents pour chaque région linguistique

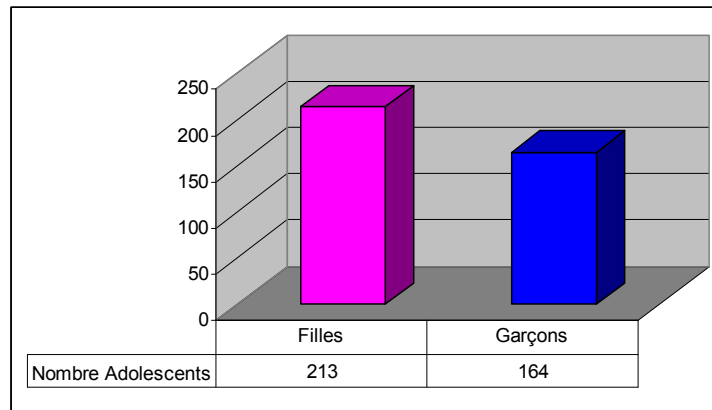


En Suisse romande nous avons eu une très faible participation suite à des problèmes politiques. Au moment où nous allions commencer le recrutement dans les écoles du canton Vaud, mars 2006, une décision de la part des autorités politiques de l'instruction publique a bloqué toutes les recherches qui s'effectuaient au niveau scolaire. Nous n'avons donc pas pu distribuer nos questionnaires dans les écoles de Lausanne et alentours. Nous avons effectué la récolte des

données dans le canton de Fribourg, tardivement et cela a fait en sorte que l'échantillon d'adolescents romands est resté très restreint (67 adolescents suisses).

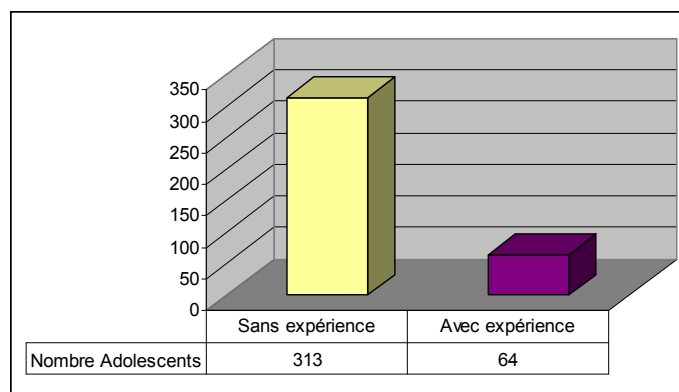
Entre les adolescents, le nombre des filles et des garçons est assez bien équilibré : filles 56,5% et garçons 43,5%.

Figure 8.7 : Nombre d'adolescents pour chaque sexe



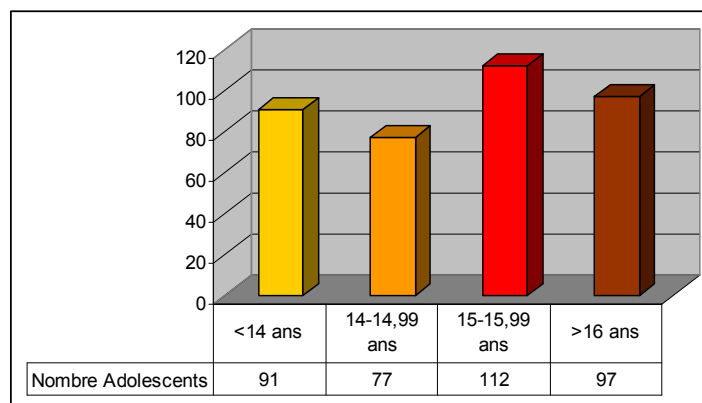
Les deux groupes des adolescents selon qu'ils ont déjà eus ou pas une expérience dans le système sanitaire de santé mentale: sans expérience 83% et avec expérience 17%.

Figure 8.8 : Nombre d'adolescents sans ou avec expérience de traitement



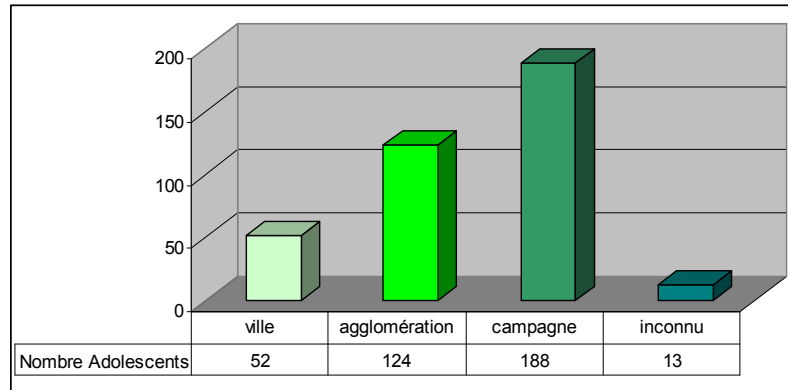
Pour ce qui concerne les quatre groupes d'âges des adolescents : moins que 14 ans 24% ; entre 14 et 14,99 ans 20% ; entre 15 et 15,99 ans 30% et plus âgés que 16 ans 26%.

Figure 8.9 : Nombre d'adolescents dans chaque groupes d'âge



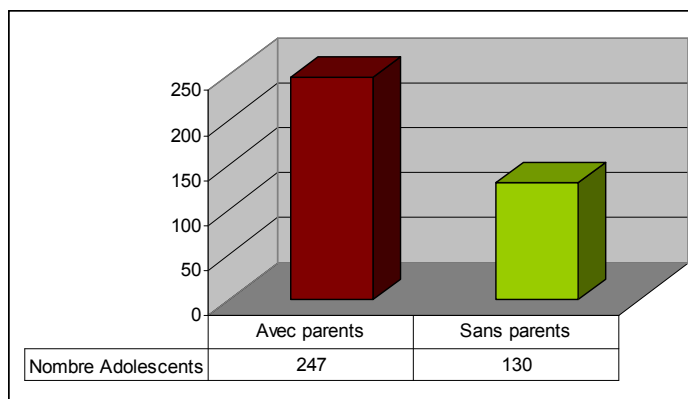
Le lieu de domicile des adolescents est varié, mais notre échantillon vient surtout de la campagne. Nous n'avons pas trouvé des significances sous cet aspect, c'est pourquoi nous n'avons pas retenu le lieu de domicile comme un des facteurs susceptibles d'analyse. De la ville il y a un 14%, de l'agglomération un 34% et de la campagne 52%.

Figure 8.10 : Nombre d'adolescents pour chaque zone résidentielle



Voici le nombre des adolescents qui ont participé à la recherche avec leurs parents et ceux qui ont participé sans leurs parents : avec 65% et sans 35%.

Figure 8.11 : Nombre d'adolescents qui ont participé à la recherche avec et sans leurs parents



8.3.4.1. Recrutement

Le recrutement s'est déroulé de manières différentes pour les trois groupes de familles, générale, à risque et clinique. Pour les groupes à risque et cliniques nous avons toujours essayé de garder une personne de contact dans les institutions, de sorte à motiver les adolescents à participer à l'étude.

Pour la population générale nous avons pris contact avec les familles à travers les écoles. D'abord, nous avons écrit une lettre aux familles qui décrivant le projet et demandant leur participation et celle de leurs enfants. Les parents pouvaient répondre avec un talon dans lequel il y avait trois possibilités : ils sont prêts à participer, ainsi que leur fils/fille ; ils sont d'accord

que leurs fils/fille participe mais eux en tant que parents ne veulent pas participer et, comme dernière option personne de la famille ne participe à la recherche. Cela nous a permis de recruter des familles entières, selon les critères exposés auparavant.

Pour la population à risque, nous avons contacté les Foyers, comme pour la phase qualitative, et les Jugendberatungsstellen dans le canton de Zurich. Pour ce groupe, nous avons eu une très faible participation de la part des parents. Dans les cantons latins (Vaud, Fribourg et Tessin) il n'y a eu aucun parent des jeunes participants qui a participé à la recherche. En effet, pour la plupart des adolescents résidant en foyer, la situation familiale est difficile et le contact avec les adolescents, les éducateurs et les familles reste très restreint.

À Fribourg, la directrice du Foyer St. Etienne, nous a de nouveau ouvert les portes à son institution en organisant une soirée avec les jeunes pour leur expliquer le projet et leur demander leur libre participation.

Dans le canton Vaud, nous avons contacté un éducateur qui travaille dans un foyer à Lausanne et qui avait participé au groupe focus qu'on avait organisé à Lausanne, à l'UMSA.

À Lugano nous avons contacté une éducatrice spécialisée qui travaille dans un foyer avec des adolescents en rupture familiale.

La population clinique vient également des institutions qui ont collaboré avec nous pour la phase qualitative. À Zürich par le centre de pédopsychiatrie de l'enfant et l'adolescent.

À Fribourg, les familles ont été contactées par le Service de Pédopsychiatrie de l'enfant et l'adolescent, avec l'aide du Dr. méd. Patrick Haemmerle. La psychologue stagiaire du service a pris contact avec plus d'une trentaine de familles. Nous avons envoyé les questionnaires à dix d'entre elles, car les autres n'étaient pas intéressées à participer et trois familles nous ont rendu les questionnaires dûment remplis.

Pour ce qui concerne la population avec une expérience clinique sur le canton Vaud, le Prof. Pierre André Michaud, Directeur de l'UMSA (Unité multidisciplinaire de Santé des Adolescents) nous a mis en contact avec une trentaine de familles, dont quinze se sont dites prêtes à participer et trois ont retourné les questionnaires.

Au Tessin, une psychothérapeute au Service Médical Pédagogique, a présenté le projet et distribué les questionnaires à plusieurs familles, dont une a renvoyé le matériel rempli.

8.3.4.2. Description des familles

Le revenu des familles qui ont participé à la phase quantitative et représenté dans la figure suivante, ensemble avec le nombre des familles pour chaque couche de salaire. La majorité des

familles qui ont participé à la recherche se situe dans le groupe intermédiaire des couches du salaire : 6'000 – 8'000. Le tableau suivant montre le pourcentage dans chaque groupe de salaire.

Figure 8.12 : Nombre de familles reparties selon leur salaire

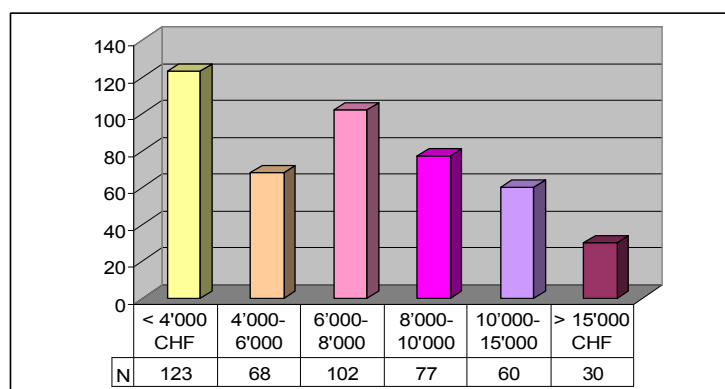


Tableau 8.10 : gain de familles participantes à la phase quantitative.

	%
< 4'000 CHF	3,4
4'000-6'000 CHF	19,5
6'000-8'000 CHF	29,2
8'000-10'000 CHF	22,1
10'000-15'000 CHF	17,2
> 15'000 CHF	8,6
Total	100

PARTIE DES RÉSULTATS

Tous les chapitres des résultats auront la même structure : je commence par une description des résultats d'abord ceux concernant les adolescents et ensuite ceux qui se réfèrent aux adultes. Pour chaque une des parties (adolescents et parents) je présenterai les résultats de l'étude quantitative complétés par ceux de l'étude qualitative. Elles apparaîtront toujours après la description des données quantitatives dans un sous-chapitre intitulé « *Comparaison avec les données qualitatives* ». Lorsque je parle de compléter, je fais référence à des données de deux sortes : les résultats qui abordent une même thématique, c'est-à-dire qui répondent à la même question formulée lors de la recherche quantitative et aussi des données qu'à mon avis aident à la compréhension et enrichissent les données quantitatives. La valeur ajoutée de cette recherche est donnée par la double méthodologie. Les données qualitatives sont, en général, plus riches car le message est exprimé par des mots que les personnes interrogées ont employés et dont la longueur est variable. Cette présentation mixte (expliquée en détail au chapitre précédent) est justifiée par le fait que les données quantitatives ont été extraites des données qualitatives. Cela signifie qu'elles se complètent parfaitement. Pour ce qui concerne les données qualitatives, les réponses données par les adolescents ou leurs parents ont été enregistrées et transcrites sans retouches stylistiques; de ce fait, le langage est parfois hésitant, répétitif, et les expressions souvent familières.

En ce qui concerne la structure du chapitre, je donnerai d'abord une vue globale et descriptive des résultats au niveau des items pour ensuite passer à l'analyse des composantes principales qui a donné lieu aux facteurs. Ensuite je présenterai les analyses des effets principaux qui concernent chaque item et les interactions entre les facteurs d'influences. Suivront les mêmes analyses aux niveaux des facteurs. Je présenterai les effets et les tendances significatifs car étant donné qu'il s'agit d'une étude d'exploration, je retiens comme important d'analyser aussi ce qui est une tendance significative (les tableaux et les figures des tendances significatives se trouvent en annexe).

Après avoir présentée les résultats des deux générations de la manière que je viens d'exposer, je vérifierai et discuterai les hypothèses spécifiques formulées dans le chapitre 7, relatives aux différences de région, d'expérience du traitement, de sexe et de la tranche d'âge, en commençant par une comparaison entre les deux générations.

Chapitre 9

La santé mentale vue par les adolescents et leurs parents : « Quelque chose de très important ! »

Dans ce chapitre nous allons présenter les résultats des analyses des questions posées aux adolescents et à leurs parents concernant leur manière de percevoir la santé mentale.

9.1. La santé mentale vue par les adolescents

La première partie du questionnaire, composée de 16 items, concerne le point de vue des adolescents sur la santé mentale. Les jeunes doivent compléter la phrase qui leur est proposée à chaque fois, dans ce cas il s'agit de la phrase suivante : « A. *Être mentalement/psychologiquement sain*, signifie pour moi ... ». Pour la compléter il peuvent choisir entre les items proposés, celui qui exprime au mieux leur idée de santé mentale et lui attribuer l'appréciation « correspond exactement ». En attribuant à chaque item une appréciation différente entre les quatre proposées : ne correspond pas du tout, correspond un peu, correspond assez ou correspond exactement à son vécu, ils expriment ainsi leurs concepts relatifs à la santé mentale.

9.1.1. Les adolescents et le concept de santé mentale : quelque chose de très important

Vue globale des résultats : les items

Les adolescents qui ont participé à la partie quantitative étaient au total N=377; pour les analyses j'ai gardé seulement ceux qui ont répondu à tous les 16 items relatifs à la santé mentale, ce qui correspond à N=346. Les adolescents qui ont participé à la partie qualitative étaient N=51.

Le tableau suivant illustre les résultats quantitatifs, par le biais des moyennes et des écart-types de chaque item selon les points que les jeunes ont attribué à chacun : Ne correspond pas du tout =1 ; Correspond un peu = 2 ; Correspond assez = 3 ; Correspond exactement = 4. Les items ont

été classés par ordre selon leur moyenne, le premier item (Ak15) est celui qui a reçu davantage des points. Cela veut dire que, d'après les adolescents, celui-ci est l'item qui correspond davantage au concept de santé mentale.

Tableau 9.1 : Les items de la santé mentale en ordre descendant selon leurs moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
Ak15 quelque chose de très important	346	3,36	0,79
Ak6 ne pas consommer de drogue	346	3,29	0,95
Ak1 être heureux, joyeux	346	3,28	0,75
Ak3 pouvoir penser clairement	346	3,17	0,85
Ak12 pouvoir établir des contacts avec les autres	346	3,12	0,87
Ak5 avoir sa vie en main	346	3,11	0,84
Ak8 avoir un équilibre	346	3,09	0,79
Ak4 penser positivement	346	2,97	0,92
Ak9 avoir de l'énergie	346	2,95	0,88
Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre	346	2,91	1,07
Ak14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire	346	2,86	0,89
Ak11 pouvoir aller à l'école	346	2,73	1,04
Ak13 être normal	346	2,66	1,06
Ak7 ne pas avoir de problèmes	346	2,58	1,01
Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	346	2,54	0,95
Ak2 qu'on n'est pas trop sensible	346	2,16	0,93

Nous pouvons décrire ces résultats en disant que, pour les adolescents, la santé mentale est quelque chose de très important (3,36), signifie être heureux et joyeux (3,28) et elle implique ne pas consommer de la drogue (3,29). On observe que le dernier item « Ak2 qu'on n'est pas trop sensible » est la moins conforme au concept de santé mentale selon les adolescents.

Comparaison avec les données qualitatives

Les données qualitatives coïncident avec ces résultats. En effet les adolescents font souvent le lien entre la santé mentale et le bien-être : « *être bien en soi* » (Garçon, Suisse romande) ; « *Ja, dass es einem gut geht* » (Fille, Suisse alémanique). Une autre affirmation qu'ils ont fréquemment donnée concerne la localisation de la santé mentale : la tête. Ce sont des affirmations du genre : « *être bien dans sa tête* » (Garçon, Suisse romande) ; « *ça c'est dans le cerveau, c'est dans la tête* » (Fille, Suisse romande).

9.1.2. Positivité et activité : deux éléments en lien avec la santé mentale

Vue globale des résultats : l'analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales des 16 items qui composent la partie de la santé mentale a relevé trois facteurs après une conversion en 16 itérations. J'ai choisi d'effectuer une rotation

oblique car j'estime que les items ne sont pas indépendants mais ils sont conceptuellement reliés (Field, 2005). Il s'agit en effet de définitions (les items) se référant au même concept : la santé mentale. Le N qui a été retenu avec la fonction *listwise*, c'est-à-dire tous les jeunes qui ont un *missing* dans une des réponses du bloc « santé mentale » ont été éliminés de l'analyse, correspond à 346 adolescents.

À la suite nous présentons le tableau avec les résultats de l'analyse factorielle : l'extraction de facteurs et la saturation de chaque item à son facteur.

Tableau 9.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la santé mentale
Pattern Matrix^a

	Component		
	1	2	3
Ak4 penser positivement	,763		
Ak5 avoir sa vie en main	,662		
Ak1 être heureux, joyeux	,655		
Ak12 pouvoir établir des contacts avec les autres	,568		
Ak9 avoir de l'énergie	,537		
Ak2 qu'on est pas trop sensible	,523		
Ak7 ne pas avoir de problèmes	,429	,349	
Ak13 être normal		,675	
Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre		,644	
Ak11 pouvoir aller à l'école	,422	,518	
Ak6 ne pas consommer de drogue		,396	
Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer		,375	
Ak15 quelque chose de très important			,772
Ak8 avoir un équilibre			,682
Ak14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire			,472
Ak3 pouvoir penser clairement			,401

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 16 iterations.

L'analyse des saturations et des communalités permet une première interprétation et une extraction plus restreinte de facteurs. Le *scree test* donne une représentation graphique de chaque valeur présentée. Le point de cassure qui représente le nombre de facteurs au-delà duquel l'information ajoutée n'est plus tellement importante, a été identifié après le deuxième facteur. J'ai décidé de garder le troisième facteur pour une raison d'interprétation des composantes, malgré que ces trois n'expliquent que le 44,03% de la variance, avec un coefficient α à .816 et test de Keiser et Barlett (KMO) à .861. L'interprétation des composantes a été faite grâce à la double source, quantitative et qualitative, que nous avons schématisée dans les lignes suivantes. Dans la première colonne se situe le numéro de l'item du questionnaire et à droite les respectives catégories de l'analyse qualitative qui ont servi à l'élaboration du questionnaire.

Tableau 9.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative
3 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. positivité et activité $\alpha = .762$ (7 items)			
4.	penser positivement.	.763	POSITIVE-NEGATIVE THINKING
5.	avoir sa vie en main.	.662	CONTROL/SELF-EFFICACY
1.	être heureux, joyeux.	.655	HAPPINESS
12.	pouvoir établir des contacts avec les autres.	.568	SOCIAL RELATION/SUPPORT
9.	avoir de l'énergie.	.537	BEING FIT
2.	qu'on n'est pas trop sensible.	.523	VIOLABILITY
7.	ne pas avoir de problèmes.	.429	HAVING PROBLEMS/FREE OF PROBLEMS
2. normalité et fonctionnalité $\alpha = .594$ (5 items)			
13.	être normal.	.675	NORMALITY
10.	ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre.	.644	PROFESSIONNEL/ INSTITUTIONAL VS. LAY HELP
11.	pouvoir aller à l'école.	.518	FONCTION ACTIVITY
6.	ne pas consommer de drogue.	.396	RISK BEHAVIOR
16.	Je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	.375	DIFFICULT TO EXPLAIN
3. métacognition et jugement $\alpha = .583$ (4 items)			
15.	quelque chose de très important.	.772	VALUE
8.	avoir un équilibre.	.682	PHYSICAL/ MENTAL/ SPIRITUAL
14.	percevoir ce qu'on ne devrait pas faire.	.472	MORALITY
3.	pouvoir penser clairement.	.401	FORMAL THINKING/ REASONING

Avec la combinaison des deux méthodes (quantitative et qualitative) nous pouvons mieux interpréter la signification des composantes.

Le premier facteur qui inclut 7 items : 4, 1, 5, 12, 9, 2 et 7 a été nommé : **positivité et activité**. Pour les adolescents "être en bonne santé mentale" signifie avoir une pensée positive et être heureux ; ne pas être trop sensible en ce qui concerne les offenses ou les événements traumatisants de la vie, avoir des ressources et prendre sa vie en main ainsi que entretenir un rapport sain avec les autres. Cela équivaut aussi à ne pas avoir des problèmes et du stress, ceci étant souvent une des causes des problèmes psychiques.

Le deuxième facteur rassemble 5 items : 13, 10, 11, 6, 16. Ceux-ci ont en commun le concept de **normalité et de fonctionnalité**. La normalité, pour les jeunes, exclue le recours au

psychologue ; elle implique l'énergie suffisante pour mener une vie avec ses activités quotidiennes comme par exemple aller à l'école. Être en bonne santé mentale équivaut à ne pas mettre sa vie en danger en adoptant des conduites à risque, en occurrence prendre de la drogue. L'item 16 témoigne de la difficulté à expliquer ce qui se situe en dehors de la normalité.

Le troisième facteur comprend 4 items : 15, 8, 14, 3. Je l'ai nommé facteur de la **métacognition et du jugement**. Cette dénomination indique que les jeunes associent la santé mentale à la capacité de penser clairement ; à avoir un équilibre et la possibilité d'émettre un jugement de type moral sur les actions. Il s'agit en somme de quelque chose de très important.

Voici les résultats du calcul du coefficient de Cronbach pour les trois échelles :

1. positivité et activité $\alpha = .762$ (7 items)
2. normalité et fonctionnalité $\alpha = .594$ (5 items)
3. métacognition et jugement $\alpha = .583$ (4 items)

La première échelle a un coefficient de Cronbach qui indique une bonne fiabilité interne. Les deux échelles suivantes ne sont pas très élevées, puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire je vais les décrire mais je ne les garderai pas pour les analyses.

9.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

La présentation répond à un ordre descendant, c'est-à-dire elle commence par des analyses plus complexes pour arriver aux plus simples et détaillées. La première partie du chapitre présente les résultats concernant l'analyse de variance multivarié; ensuite, je présente les résultats significatifs de l'analyse de variance univarié calculé pour chaque item. Enfin j'effectue une analyse plus spécifique des contrastes avec les T-test.

9.1.3.1. La région linguistique comme facteur d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

On peut d'emblée affirmer qu'en ce qui concerne les concepts de santé mentale il y a des différences significatives au niveau des régions linguistiques, quelques effets principaux entre les groupes avec une différence dans l'expérience de traitement; par contre le sexe et le groupe d'âge ne jouent pas un rôle significatif dans les résultats. Cette remarque confirme la première hypothèse relative aux différences entre les régions linguistiques/culturelles en Suisse (suisse allemande ; suisse romande ; suisse italienne) », présentée au chapitre 7.

Voici le tableau des résultats de l'analyse de variance multivarié. A gauche du tableau, se trouvent les quatre facteurs susceptibles d'exercer une influence sur les résultats : la région linguistique (Région), l'expérience d'un traitement psychologique (Expérience), le sexe (Sexe) et les groupes d'âge (Âge).

Tableau 9.4 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (items)

Test Multivarié				
Effets		F	Hypothèse df	Sig.
<i>Intercept</i>	Wilks' Lambda	326,642	16,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	2,322	32,000	0,000
<i>Expérience</i>	Wilks' Lambda	1,374	16,000	0,153
<i>Sexe</i>	Wilks' Lambda	0,834	16,000	0,646
<i>Âge</i>	Wilks' Lambda	0,907	48,000	0,654
<i>Région * Expérience</i>	Wilks' Lambda	1,069	32,000	0,367
<i>Région * Sexe</i>	Wilks' Lambda	0,982	32,000	0,497
<i>Région * Âge</i>	Wilks' Lambda	0,878	96,000	0,792
<i>Expérience * Sexe</i>	Wilks' Lambda	0,824	16,000	0,658
<i>Expérience * Âge</i>	Wilks' Lambda	0,929	48,000	0,611
<i>Sexe * Âge</i>	Wilks' Lambda	1,043	48,000	0,395
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

L'analyse de variance multivarié montre un effet significatif uniquement quand il s'agit de l'effet principal de la Région linguistique.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

En observant les résultats plus spécifiques de l'analyse de variance univarié, l'effet principal de la Région linguistique est toujours présent et accentué. Il y a quatre items qui présentent des effets significatifs : « Ak1 être heureux, joyeux » ($p \leq 0.000$ ***), « Ak5 avoir sa vie en main » ($p = 0.043$ *), « Ak4 penser positivement » ($p = 0.043$ *) et « Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer » ($p = 0.001$ **). L'item « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre » ($p = 0.079$ (*)) présente une tendance d'effet significatif dans le facteur principal de la Région.

En outre on retrouve des effets significatifs même dans les autres facteurs d'influence que jusqu'à maintenant, dans l'analyse de variance multivarié, n'avaient pas montré d'effet significatif. Pour les interactions, la même observation est valable.

L'expérience de traitement a deux items qui présentent des effets significatifs : « Ak3 pouvoir penser clairement » et « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre », ont respectivement un effet significatif de $p = 0.030$ * et $p \leq 0.000$ ***. Le facteur d'influence Âge,

devient significatif aux items « Ak6 ne pas consommer de drogue » ($p=.098$ (*)) et « Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer » ($p=.077$ (*)).

Je vais maintenant décrire en détail chaque item pour voir les facteurs d'influences qui sont significatifs quant aux effets principaux et aux interactions. Je commencerai par l'item qui a été plus fréquemment associé à la santé mentale, pour arriver enfin à celui qui a reçu la ponctuation la plus basse.

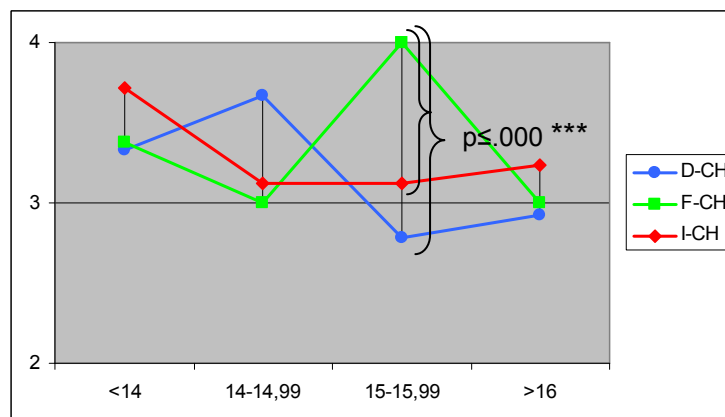
L'item « Ak15 quelque chose de très important » n'a pas des effets d'influence par rapport aux groupes et il n'est pas significatif au niveau des interactions entre ces facteurs. Ceci indique que cet item est celui qui représente le mieux le concept de santé mentale indépendamment de la région, de l'âge, du sexe et de l'expérience !

L'item suivant, « Ak6 ne pas consommer de drogue », montre une tendance de significiance dans l'effet principal de l'Âge ($p=.098$) (cf. Annexe 2.1., tableau 9.5), ainsi qu'une interaction entre la Région linguistique et les groupes d'âge. L'interaction entre les facteurs Région et Âge est représentée ci-dessous. Il y a d'abord le tableau avec les moyennes et les écarts types et ensuite le graphique.

Tableau 9.6 : Item Ak6 : interaction entre les facteurs Région et Âge

$p=.038$ *		<14	14-14,99	15-15,99	>16
D-CH	M	3,33	3,67	2,78	2,92
	SD	.963	.838	1.086	1.213
F-CH	M	3,38	3	4	3
	SD	.803	.915	.000	.707
I-CH	M	3,72	3,12	3,12	3,24
	SD	.669	1.166	.859	.878

Figure 9.1 : Item Ak6 : interaction entre les facteurs Région et Âge



Le graphique montre clairement que les effets significatifs entre les régions linguistiques sont présentes seulement dans le groupe d'âge 15-15,99 : les suisses romands considèrent davantage que les suisses allemandes et les tessinois que la santé mentale est lié au fait de ne pas

consommer des drogues, d'ailleurs ils se différencient significativement ($p \leq .000$) des suisses italiens et des suisses alémaniques.

L'item suivant, dans l'ordre des moyennes est le « Ak1 être heureux, joyeux ». Cette définition de la santé mentale présente des différences suivant les régions ($p \leq .000$ ***), ainsi qu'un léger contraste entre Région et groupe d'âge ($p = .098$ *) (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.8. Figure 9.2.).

L'effet principal du facteur Région dans l'item Ak1 se situe entre les régions alémanique et francophone et la région italophone. Voici les moyennes et les écart-types des trois régions linguistiques.

Tableau 9.7 : Item Ak1 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Ak1	M	3.58	3.44	3.04	-	$p \leq .000$ ***	$p = .001$ ***
être heureux, joyeux	SD	0,578	0,708	0,783			

Quand on met face à face les résultats des T-test, les moyennes sont très claires : les D-CH relie plus souvent la santé mentale au fait d'être joyeux et heureux que les I-CH ($p \leq .000$ ***); on retrouve la même différence entre F-CH et I-CH ($p = .001$ **).

Le quatrième item « Ak3 pouvoir penser clairement » est associé à la santé mentale de manière différente suivant les groupes ayant une "expérience de traitement psychologique" ou n'en ayant pas.

Tableau 9.9 : Item Ak3 : effet principal et contrastes

4 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Ak3	M	3.21	2.94	$p = .034$ *
pouvoir penser clairement	SD	0,843	0,878	

Le groupe sans expérience de traitement associe facilement la santé mentale à un fait cognitif : « Ak3 pouvoir penser clairement » ($p = .034$ *). Nous ne trouvons pas cette association chez les adolescents ayant déjà suivi un traitement psychologique.

L'item « Ak12 pouvoir établir un contact » n'a pas de significances particulières des facteurs d'influences.

Le sixième item « Ak5 avoir sa vie en main » présente, lui aussi, des différences entre les Régions, sans avoir pourtant d'autres interactions qui soient significatives. Les D-CH définissent davantage la santé mentale selon l'item Ak5 « avoir sa vie en main »; les I-CH utilisent beaucoup moins cette association ($p = .008$ **).

Tableau 9.10 : Item Ak5 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Ak5	M	3,26	3,16	2,99	-	p=.008**	-
avoir sa vie en main	SD	0,765	0,774	0,897			

L'item « Ak8 avoir un équilibre » n'a pas des facteurs d'influence particulièrement significatifs.

Le 8^{ème} item est « Ak4 penser positivement », il présente aussi un effet principal de la Région, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 9.11 : Item Ak4 : effet principal et contrastes

8 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Ak4	M	3,17	3,18	2,77	-	p≤.000*	p=.004
penser positivement	SD	0,851	0,782	0,957		**	**

Tout comme pour les items précédents, on retrouve le même clivage entre D-CH et F-CH par rapport aux tessinois. Dans ce cas les suisses allemandes et les romands associent davantage la santé mentale au fait de penser positivement. Entre D-CH et I-CH la différence est fortement significative ($p \leq .000$ ***); avec les romands, cette différence est moins forte ($p = .004$ **) mais toujours présente. C'est intéressant de constater que, dans les items décrits précédemment, les tendances significatives suivent la même ligne, c'est-à-dire les tessinois se différencient du reste des adolescents suisses.

L'item « Ak9 avoir de l'énergie » n'a pas de facteurs d'influences particulièrement significatifs.

Dans l'item « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre », pour ce qui concerne le facteur d'influence la Région, ceci présente une tendance d'effet significatif (cf. Annexe 2.1., tableau 9.12) ; par contre cet item varie énormément suivant les groupes ayant une Expérience de traitement ou pas, voici le tableau avec les moyennes et les écarts-types :

Tableau 9.13 : Item Ak10 : effet principal et contrastes

10 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Ak10	M	2.99	2.44	p=.001 ***
ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre	SD	1.04	1.09	

Pour les jeunes sans expérience de traitement, la santé mentale veut dire ne pas devoir aller chez le psychologue ($p = .001$ ***).

Les items « Ak14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire » et « Ak11 pouvoir aller à l'école », respectivement le 11^{ème} et le 12^{ème} items, n'ont pas de facteurs d'influences significatifs.

Ensuite vient le treizième item « Ak13 être normal » qui a une tendance significative dans l'interaction entre la Région et l'Expérience de traitement ($p=.051$ (*)). Le tableau avec les moyennes et les écarts-types ainsi que le graphique qui montre l'interaction et les effets significatifs se trouve en annexe (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.14., Figure 7.3.).

L'item « Ak7 ne pas avoir des problèmes » n'a pas de facteurs d'influence particulièrement pertinents.

Le dernier item qui présente des facteurs d'influences dignes de mention est le 16^{ème} « Ak16 je sais plus au moins de quoi s'agit mais c'est difficile à expliquer ». Le premier effet important se trouve dans le facteur Région. Voici les moyennes et les écart-types des trois régions linguistiques.

Tableau 9.15 : Item Ak16 : effet principal et contrastes

15 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	M SD	2.84 .918	2.77 .907	2.26 .916	-	$p \leq .000$ ***	$p \leq .000$ ***

On retrouve à nouveau un prototype de ce clivage entre la partie germanophone et francophone par rapport aux italophones : les suisses alémaniques et les romands répondent significativement plus que les tessinois que c'est difficile à expliquer ce que signifie pour eux la santé mentale. Les résultats des deux T-test sont très représentatifs ($p \leq .000$ ***).

La tendance que nous retrouvons dans le facteur d'influence du groupe d'Âge pour l'item Ak16 montre, par les moyennes et les écarts-types des groupes en question, un rythme descendant, qui suit l'âge des participants (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.16.) : plus ils sont jeunes plus ils ont de la difficulté à définir ce concept abstrait de la santé mentale.

Les interactions importantes que je présente pour l'item 16, se trouvent au croisement entre la Région linguistique et le Sexe des adolescents, ainsi qu'entre les facteurs du Sexe et celui de l'Âge. Commençons par l'interaction entre le facteur de la Région et celui du Sexe:

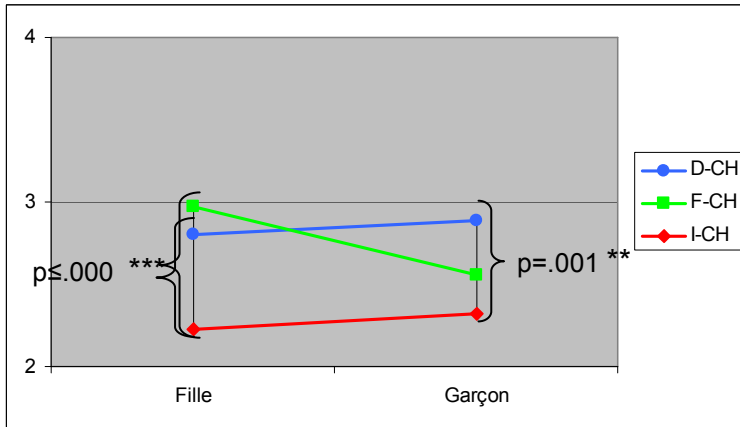
Tableau 9.17 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

$p=.022^*$		Fille	Garçon
D-CH	M	2,8	2,89
	SD	.846	.994
F-CH	M	2,97	2,56
	SD	.809	.974
I-CH	M	2,23	2,32
	SD	.922	.911

Le décalage entre les groupes de filles de la Suisse alémanique et de la Suisse romande par rapport à la Suisse italienne est fortement significatif ($p \leq .000$). Les filles tessinoises disent avoir

moins de difficulté à définir la santé mentale que les romandes ou les suisses alémaniques. Les garçons de la Suisse romande se rapprochent des suisses italiens dans leur réponse, par contre la différence entre les suisses alémaniques et les suisses italiens reste importante.

Figure 9.4 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

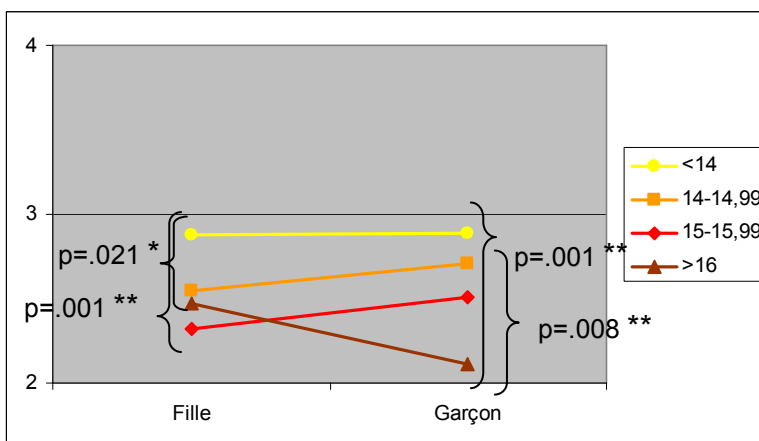


Pour le même item Ak16 il y a aussi l'interaction entre les facteurs du Sexe et de l'Âge. Elle est intéressante car elle montre des résultats significatifs.

Tableau 9.18 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

p=.046 *		Filles	Garçons
<14	M	2,88	2,89
	SD	.713	.994
14-14,99	M	2,55	2,71
	SD	.948	.970
15-15,99	M	2,32	2,51
	SD	.963	.823
>16	M	2,47	2,11
	SD	.978	.994

Figure 9.5 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge



Les différences significatives des réponses à l'item Ak16 sont présentes en nombre égal, dans les groupes des filles et des garçons. Chez les filles on trouve entre les groupes d'âge <14 et >16 une différence importante ($p=.021 *$), tout comme pour les groupes <14 et 15-15,99 ($p=.001 **$). Les

filles plus jeunes ont plus de difficulté à définir la santé mentale, cette difficulté diminue avec l'âge. Pour les garçons on retrouve quelque chose de semblable: entre <14 et >16 une différence significative ($p=.001^{**}$), ainsi qu'entre 14-14,99 et >16 ($p=.008^{**}$).

De manière générale en ce qui concerne cet item, on peut affirmer que la progression en âge pour les garçons et les filles leur donne plus de confiance quand au fait de savoir répondre à la question relative à la santé mentale.

Le dernier item « Ak2 qu'on n'est pas trop sensible » n'a pas de facteurs d'influences, ni d'interactions particulièrement significatifs.

9.1.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions

En ce qui concerne l'analyse au niveau factoriel des concepts de santé mentale, les effets pertinents du test multivarié apparaissent, comme pour les items, quand on parle des régions linguistiques.

9.1.4.1. La région linguistique reste le facteur d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Le tableau montre que le facteur Région reste important. Le facteur Expérience de traitement présente aussi une tendance significative.

Tableau 9.19 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	0,589	3,000	0,623
Région	Wilks' Lambda	2,589	6,000	0,017
Expérience	Wilks' Lambda	2,221	3,000	0,086
Sexe	Wilks' Lambda	0,334	3,000	0,801
Âge	Wilks' Lambda	1,342	9,000	0,211
Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,462	6,000	0,189
Région * Sexe	Wilks' Lambda	0,620	6,000	0,714
Région * Âge	Wilks' Lambda	1,127	18,000	0,319
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	0,201	3,000	0,896
Expérience * Âge	Wilks' Lambda	0,499	9,000	0,876
Sexe * Âge	Wilks' Lambda	1,177	9,000	0,306
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

Avec l'analyse de variance univarié je vais essayer d'expliquer ces effets significatifs par rapport aux facteurs eux-mêmes.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié pour les trois facteurs montrent un effet principal de la région linguistique pour le facteurs MH1 : positivité et activité, ($p=.012$).

Tableau 9.20 : Significances pour les facteurs de santé mentale dans les effets principaux et les interactions

	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/Â	E/S	E/Â	S/Â
MH1	$p=.012^{**}$									

L'effet principal du groupe que je vais commenter est celui qui concerne le premier facteur « MH1 positivité et activité » ($p=.012^{**}$). Il résume en quelque sorte les facteurs d'influences de la Région linguistique que nous avons retrouvé dans la description des items.

Tableau 9.21 : Facteur MH1 : effet principal et contrastes

Facteur	Effet Principal : Région			Contraste		
	D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
MH1	.259	.310	-.269			
positivité et activité	.883	.958	1.016	-	$p\leq.000^{***}$	$p\leq.000^{***}$

Les suisses allemands et les suisses romands associent fortement la santé mentale au fait d'être positif et actif. La différence avec les suisses italiens est aussi fortement marquée ($p\leq.000$).

9.1.5. Résumé des résultats des adolescents

Les adolescents définissent majoritairement la santé mentale comme étant quelque chose de très important, qui est associé à un comportement qui ne consomme pas des drogues et qui est généralement heureux et joyeux. Lorsqu'on réalise l'analyse en composantes principales, le premier facteur est « positivité et activité ». En somme ces deux mots résument l'idée des jeunes par rapport à la santé mentale : avoir une bonne santé mentale signifie être positif, avoir un regard positif sur la vie et être une personne active, arriver à faire bon usage de ses ressources.

Le facteur d'influence principal chez les adolescents, ou l'on retrouve le plus d'effets significatifs, lorsqu'on les interroge à propos de la santé mentale est la Région linguistique. Dans les cinq items qui présentent un effet significatif, on retrouve toujours le même schéma : les tessinois ont une moyenne significativement plus basse que les suisses alémaniques et les suisses romands.

9.2. La santé mentale vue par les parents

Les résultats des adultes correspondent aussi, comme pour les adolescents, à la première partie du questionnaire, composée de 16 items. Les adultes ont dû compléter la phrase suivante : « A. *Être mentalement/psychologiquement sain*, signifie pour moi ... » en signalant si chaque item proposé correspond ou pas au concept de santé mentale.

9.2.1. Les parents et le concept de santé mentale : quelque chose de très important

Vue globale des résultats : les items

Les adultes qui ont participé à la partie quantitative étaient (N=442), et ceux qui ont participé à la partie qualitative (N=50). Ils étaient souvent les parents des adolescents interrogés. Pour les analyses j'ai retenu seulement ceux qui ont répondu aux 16 items relatifs à la santé mentale, ce qui correspond à N=403.

Le tableau suivant illustre les résultats quantitatifs des items qui concernent la santé mentale. Je présente les moyennes des réponses pour chaque item et l'écart type; les items sont placés par ordre descendant selon la valeur de la moyenne. Les moyennes de chaque item sont calculées selon les points que les parents ont attribué à chacun : Ne correspond pas du tout = 1 ; Correspond un peu = 2 ; Correspond assez = 3 ; Correspond exactement = 4.

Tableau 9.22 : les items de la santé mentale en ordre descendant selon leurs moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
a15 quelque chose de très important	403	3,57	0,64
a6 ne pas consommer de drogue	403	3,51	0,78
a8 avoir un équilibre	403	3,51	0,60
a4 penser positivement	403	3,40	0,69
a3 pouvoir penser clairement	403	3,33	0,74
a1 être heureux, joyeux	403	3,26	0,76
a12 pouvoir établir des contacts avec les autres	403	3,26	0,74
a9 avoir de l'énergie	403	3,24	0,72
a5 avoir sa vie en main	403	3,17	0,80
a14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire	403	3,13	0,86
a11 pouvoir aller à l'école	403	3,08	0,93
a10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre	403	2,86	1,11
a13 être normal	403	2,65	1,07
a2 qu'on n'est pas trop sensible	403	2,30	0,94
a7 ne pas avoir de problèmes	403	2,26	0,99
a16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	403	1,93	0,99

Les résultats montrent que les adultes - tout comme les adolescents-, considèrent le concept de santé mentale, comme quelque chose de très important (3,57). La santé mentale se rapproche de

l'idée d'équilibre; ils évoquent aussi, comme les jeunes, le fait de ne pas consommer la drogue (3,50). Le facteur cognitif devient important : pouvoir penser positivement (3,40) et clairement (3,36).

Comparaison avec les données qualitatives

« Se sentir bien psychologiquement » était une réponse fréquente lors des interviews. Les adultes utilisaient des énoncés tels que « *si je me réveille le matin et je me sens heureux de faire face à la journée* » (Mère, suisse italienne), « *Être sereins avec soi-même* » (Père, suisse italien), « *wenn man sich freut am Leben* » (Mère, suisse allemande). Deuxièmement, dans presque la moitié des réponses, nous retrouvons le concept « no stress, having no problem ». Remarquons que souvent, quand on demande aux adultes de définir la santé mentale la réponse se situe au niveau de la maladie mentale « illness/syndrome ». Voici deux exemples frappants: « *De mal vivre dans le sens d'être déprimé, d'être ... oui c'est surtout au niveau de la dépression, de voir les choses assez noires, assez difficiles...* » (Mère, suisse romande), « *Depressione malessere dell'anima. Secondo me è tutto un'insieme.* » (Père, suisse italien).

9.2.2. La responsabilité sociale : nouvelle définition introduite par le parents

Vue globale des résultats : l'analyse en composantes principales

L'analyse porte sur les composantes principales des 16 items qui constituent la partie de la santé mentale. Le N correspond à 403: le même nombre que nous avons utilisé pour les analyses au niveau des items. Le tableau avec les résultats de l'analyse factorielle : l'extraction de facteurs et la saturation de chaque item à son facteur est présente à la suite :

Tableau 9.23 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la santé mentale

Pattern Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
a4 penser positivement	,809			
a1 être heureux, joyeux	,764			
a9 avoir de l'énergie	,538			
a5 avoir sa vie en main	,531			
a16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer		,684		
a10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre		,638		
a13 être normal		,568	-,411	
a7 ne pas avoir de problèmes	,421	,522		
a2 qu'on est pas trop sensible	,458	,479		
a14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire			-,836	
a12 pouvoir établir des contact avec les autres			-,658	
a11 pouvoir aller à l'école			-,618	
a6 ne pas consommer de drogue			-,584	
a15 quelque chose de très important				,783
a8 avoir un équilibre				,656
a3 pouvoir penser clairement				,460

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

De cette analyse découlent quatre facteurs après une conversion en 8 itérations et la méthode de rotation oblimin. J'ai choisie cette méthode, comme je l'ai expliqué dans l'analyse factorielle des adolescents, car les items sont dépendants les uns des autres. Le point de cassure présent dans le *scree test*, représente le nombre de facteurs au-delà duquel l'information ajoutée n'est plus tellement importante, à été identifié après le quatrième facteur. J'ai décidé de garder ces quatre facteurs qui expliquent le 54,24% de la variance, avec un coefficient de Cronbach $\alpha = .831$ et le test de Keiser et Barlett (KMO) = .857.

L'interprétation des composantes, comme pour les adolescents, a été faite grâce à la double source, quantitative et qualitative, que nous avons schématisée dans les lignes suivantes. Dans la première colonne se trouve le numéro de l'item du questionnaire; à droite les différentes catégories de l'analyse qualitative qui figuraient dans le questionnaire.

Tableau 9.24 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. positivité et activité $\alpha = .731$ (4 items)			
4.	penser positivement.	.809	POSITIVE-NEGATIVE THINKING
1.	être heureux, joyeux.	.764	HAPPINESS
9.	avoir de l'énergie.	.538	BEING FIT
5.	avoir sa vie en main.	.531	CONTROL/SELF-EFFICACY
2. normalité et fonctionnalité $\alpha = .707$ (5 items)			
16.	Je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	.684	DIFFICULT TO EXPLAIN
10.	ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre.	.638	PROFESSIONNEL/ INSTITUTIONAL VS. LAY HELP
13.	être normal.	.568	NORMALITY
7.	ne pas avoir de problèmes.	.522	HAVING PROBLEMS/FREE OF PROBLEMS
2.	qu'on n'est pas trop sensible.	.479	VIOLABILITY
3. responsabilité sociale $\alpha = .679$ (4 items)			
14.	percevoir ce qu'on ne devrait pas faire.	-.836	MORALITY
12.	pouvoir établir des contacts avec les autres.	-.658	SOCIAL RELATION/SUPPORT
11.	pouvoir aller à l'école.	-.618	FONCTION ACTIVITY
6.	ne pas consommer de drogue.	-.584	RISK BEHAVIOR
4. métacognition et jugement $\alpha = .507$ (3 items)			
15.	quelque chose de très important.	.783	VALUE
8.	avoir un équilibre.	.656	PHYSICAL/ MENTAL/ SPIRITUAL

La combinaison des deux méthodes (quantitative et qualitative) nous permet de mieux interpréter la signification des composantes. Pour les facteurs 1, 2 et 4 j'ai décidé de garder le même nom que le facteur des adolescents, même si parfois les items sont disposés de manière différente. En général le contenu est très semblable et cette solution permettra par la suite de mieux comparer les résultats entre les deux générations.

Le premier facteur inclut 4 items : 4, 1, 5, 9, et il a été nommé : **positivité et activité** comme pour les adolescents. Pour les parents, être en bonne santé mentale signifie avoir une pensée positive et être heureux et joyeux ; avoir des ressources, de l'énergie et avoir sa vie en main.

Le deuxième facteur rassemble 5 items : 16, 10, 13, 7 et 2. Ils ont en commun le concept de **normalité et de fonctionnalité**. La santé mentale équivaut au concept de normalité et la normalité entre les jeunes exclue le suivi psychologique. L'item 16, relève de la difficulté à expliquer tout ce qui sort de la normalité. Il y a aussi le fait de ne pas avoir des problèmes qui rendraient difficile la vie quotidienne et le fait de ne pas être trop sensible.

Le troisième facteur comprend 4 items : 14, 11, 6 et 12; il a été nommé le facteur **responsabilité sociale**. Il est propre aux parents, les adolescents ne l'ont pas. Il contient l'idée de moralité, la capacité de percevoir ce que l'on ne devrait pas faire, ainsi qu'une idée d'intégration sociale : pouvoir aller au travail et établir des contacts avec les autres. Être en bonne santé mentale équivaut à ne pas mettre sa vie en danger en adoptant des conduites à risque, dans ce cas prendre de la drogue.

Le quatrième facteur comprend 3 items : 15, 8 et 3 et il a été nommé le facteur de la **métacognition et du jugement**. La santé mentale est importante car elle nous permet de penser clairement et d'avoir un équilibre.

J'ai calculé le coefficient de Cronbach pour les quatre échelles, voici les résultats :

1. positivité et activité $\alpha = .731$ (4 items)
2. normalité et fonctionnalité $\alpha = .707$ (5 items)
3. responsabilité sociale $\alpha = .679$ (4 items)
4. métacognition et jugement $\alpha = .507$ (3 items)

Les trois premiers facteurs ont une fiabilité interne assez solide, le quatrième par contre n'est pas consistant, je vais pas le garder pour les analyses.

9.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

La présentation des résultats suivra exactement le même schéma utilisé pour des adolescents. Dans la première partie du chapitre je présenterai les résultats concernant l'analyse de variance multivarié, ensuite une grille qui résume les résultats significatifs de l'analyse de variance univarié calculé pour chaque item. Finalement je ferai une analyse plus spécifique avec les T-test.

9.2.3.1. La région et l'expérience de traitement sont les facteurs déterminants

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Les résultats significatifs de l'analyse de variance multivarié chez les parents sont les mêmes que chez les adolescents en ce qui concerne le facteur Région; de plus, on trouve ici, comme effet principal, l'Expérience de traitement.

Tableau 9.25 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	1158,266	16,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	3,074	32,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	2,074	16,000	0,009
Sexe	Wilks' Lambda	0,994	16,000	0,463
Région * Expérience	Wilks' Lambda	0,788	32,000	0,794
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,172	32,000	0,238
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	0,527	16,000	0,933
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Après avoir présenté le tableau de l'analyse plurifactorielle multivarié, il est nécessaire, de se pencher sur chaque item plus en détail. Il s'agira d'une analyse plurifactorielle univarié.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Si l'on observe les analyses des items effectuées individuellement on retrouve le même schéma que dans l'analyse de variance multivarié : la Région et l'Expérience sont les facteurs les plus déterminants au niveau des données.

Tableau 9.26 : Significances des effets principaux par rapport aux items

Items	Effet Principal			Interaction		
	Région	Expé	Sexe	1/2	1/3	2/3
a15 quelque chose de très important	p=.008 **					p=.023 *
a6 ne pas consommer de drogue						

a8 avoir un équilibre		p=.006 **				
a4 penser positivement	p=.002 **					
a3 pouvoir penser clairement		p=.068 (*)				
a1 être heureux, joyeux	p=.001 ***					
a12 pouvoir établir des contacts avec les autres						
a9 avoir de l'énergie	p≤.000 ***	p=.019 *				
a5 avoir sa vie en main						
a14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire						
a11 pouvoir aller à l'école	p=.086 (*)					
a10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre		p=.046 *				
a13 être normal	p=.051 (*)					
a2 qu'on n'est pas trop sensible	p≤.000 ***		p=.031 *			
a7 ne pas avoir de problèmes		p=.011 *				
a16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer		p=.055 (*)	p=.044 *			

Le premier item, « a15 quelque chose de très important » présente un effet principal significatif dans le facteur Région (p=.008 **) et une interaction entre l'Expérience et le Sexe qui est pertinente (p=.023 *). Voici le tableau des moyennes, écarts-types et contrastes des régions.

Tableau 9.27 : Item Ak15 : effet principal et contrastes

1 ^{er} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
a15 quelque chose de très important	M SD	3,66 .536	3,38 .700	3,58 .675	p=.002 **	-	p=.021 *

L'effet principal Région marque une différence entre les romands et le reste des parents suisses : D-CH et F-CH (p=.002 **) et dans F-CH et I-CH (p=.021 *). Les parents romands ne considèrent pas la santé mentale comme quelque chose de très important.

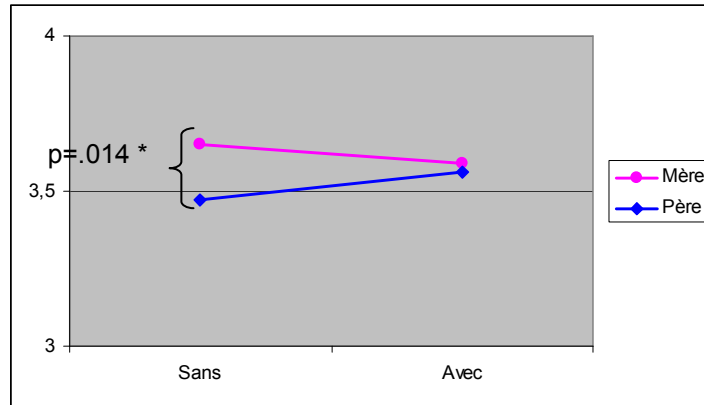
En ce qui concerne l'interaction, je présente le tableau et le graphique qui lui correspondent :

Tableau 9.28 : Item ak15 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe

p=.023 *		Mère	Père
Sans	M	3,65	3,47
	SD	.586	.736
Avec	M	3,59	3,56
	SD	.547	.561

La différence significative entre mères et pères est visible dans le groupe qui n'a pas eu d'expérience de traitement clinique. Les mères, significativement plus que les pères, voient la santé mentale comme quelque chose de très important.

Figure 9.6 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l'item a15



Le deuxième item « a6 ne pas consommer de drogue » ne présente aucune différence significative ni dans un effet principal ni dans une interaction.

Le troisième item par ordre décroissant des moyennes, « a8 avoir un équilibre », a une différence significative au niveau du facteur Expérience ($p=.014^*$).

Tableau 9.29 : Item a8 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
a8	M	3,55	3,33	$p=.005^{**}$
avoir un équilibre	SD	.583	.664	

Le résultat du T-test montre un effet significatif ($p=.005^{**}$) entre le groupe sans expérience du traitement et celui qui a une expérience. Les parents sans expérience du traitement d'un de leurs enfants associent significativement plus la santé mentale à un bon équilibre.

Le quatrième item c'est le « a4 penser positivement », l'effet principal significatif est la Région:

Tableau 9.30 : Item a4 : effet principal et contrastes

4 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
a4	M	3,53	3,24	3,37	$p=.002^{**}$	$p=.041^*$	-
penser positivement	SD	.623	.698	.713			

Les significances se trouvent entre D-CH et F-CH ($p=.002^{**}$) et entre D-CH et I-CH ($p=.041^*$). Les parents en suisse alémanique associent significativement davantage la santé mentale à la pensée positive que dans le reste de la Suisse.

L'item suivant fait aussi référence à la pensée, dans son aspect cognitif, « a3 pouvoir penser clairement », il a une tendance de significiance entre les groupes ayant eu une expérience

de traitement ou n'en ayant pas eu ($p=.068$ (*)). Le groupe sans expérience de traitement associe significativement davantage la santé mentale au fait de pouvoir penser clairement (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.31).

Le sixième item « a1 être heureux, joyeux » est hautement significatif au niveau de la région linguistique et culturelle ($p=.001$ ***).

Tableau 9.32 : Item a1 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
a1	M	3,53	3,03	3,17	$p\leq.000$	$p\leq.000$	-
être heureux, joyeux	SD	.597	.781	.797	***	***	-

Voici un autre exemple de la différence qui existe entre la Suisse alémanique et la Suisse latine : D-CH et F-CH ($p\leq.000$ ***); D-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). Les suisses alémaniques associent plus que les romands et les tessinois, les émotions positives à la santé mentale.

L'item suivant « a12 pouvoir établir des contacts avec les autres », ne présente pas d'effets pertinents.

L'item « a9 avoir de l'énergie » montre des effets significatifs dans le facteur région ($p\leq.000$ ***) et dans celui de l'expérience ($p=.019$ **). Des différences importantes existent entre F-CH et D-CH ($p\leq.000$ ***) ainsi que entre F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). Les romands associent significativement moins que les suisses alémaniques et les tessinois la santé mentale au fait d'avoir de l'énergie.

Tableau 9.33 : Item a9 : effet principal et contrastes

8 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
a9	M	3,34	2,93	3,30	$p\leq.000$	-	$p\leq.000$
avoir de l'énergie	SD	.653	.827	.683	***	-	***

En ce qui concerne les groupes sans ou avec expérience, la différence significative est de ($p=.002$ **). Le groupe sans expérience de traitement associe la santé mentale au fait d'avoir de l'énergie, beaucoup plus que le groupe avec expérience de traitement clinique. Voici le tableau :

Tableau 9.34 : Item a9 : effet principal et contrastes

8 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
a9	M	3,29	3,03	$p=.002$ **
avoir de l'énergie	SD	.698	.771	

Les deux items suivants, « a5 avoir sa vie en main » et « a14 percevoir ce qu'on ne devrait pas faire », n'ont pas d'effet principal ni de contraste significatifs.

Le onzième item « a11 pouvoir aller à l'école » a simplement une tendance de significative dans le facteur région ($p=.086$ (*)) (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.35). Le seul effet significatif se situe entre les D-CH et les F-CH ($p=.050$ *). Les suisses alémaniques associent beaucoup plus que les romands le fait d'être en bonne santé mentale et la possibilité d'aller à l'école.

Le douzième item, « a10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre », présente des données pertinentes dans l'effet principal de l'expérience ($p=.046$ *).

Tableau 9.36 : Item a10 : effet principal et contrastes

12 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
a10	M	2,91	2,59	$p=.032$ *
ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre	SD	1,08	1,19	

Il est assez compréhensible que le groupe sans expérience de traitement associe beaucoup plus la santé mentale au fait de ne pas devoir aller chez le psychologue ou le psychiatre, que le groupe avec expérience de traitement clinique.

Pour l'item « a13 être normal » on remarque une différence au niveau des régions; il s'agit d'une tendance significative ($p=.051$ (*)) (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.37). La signifiante entre F-CH et I-CH ($p=.016$ *), est à faveur des tessinois qui perçoivent plus clairement que les romands le lien entre santé mentale et le fait d'être normal.

Le 14^{ème} item « a2 qu'on est pas trop sensible » montre des signifiante autant pour la Région ($p\leq.000$ ***) que pour le Sexe ($p=.031$ *).

Tableau 9.38 : Item a2 : effet principal et contrastes

14 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
a2	M	2,77	2,01	2,10	$p\leq.000$ ***	$p\leq.000$ ***	-
qu'on n'est pas trop sensible	SD	.837	.931	.894			

Pour la première différence significative, entre les trois régions, c'est la suisse alémanique qui se différencie clairement des deux autres : D-CH et F-CH ($p\leq.000$ ***) ; D-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). Les suisses allemandes associent plus facilement que les romands et les tessinois la santé mentale au fait qu'on est pas trop sensible pour les choses et les événements.

Tableau 9.40 : Item a2 : effet principal et contrastes

14 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
a2	M	2,24	2,38	-
qu'on n'est pas trop sensible	SD	.957	.910	

Si l'on observe le T-test du prochain effet significatif, celui du facteur Sexe, on ne trouve pas de différence significative entre les pères et les mères.

Le 15^{ème} item « a7 ne pas avoir des problèmes » présente un effet par rapport à l'Expérience de traitement ($p=.011$ *).

Tableau 9.41 : Item a7 : effet principal et contrastes

15 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
a7	M	2,33	1,97	p=.002 **
ne pas avoir de problèmes	SD	1,02	.938	

Le résultat du T-test montre une différence significative encore plus marquée entre les deux groupes ($p=.002$ **). Le groupe sans expérience de traitement associe le concept de santé mentale au fait de ne pas avoir des problèmes, de manière plus marquée que le groupe des parents ayant déjà eu une expérience de traitement pour l'un de leurs fils.

Le dernier item « a16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer » présente une différence pertinente au niveau du sexe ($p=.044$ *) et une différence avec une tendance significative au niveau de l'expérience ($p=.055$ (*)).

Tableau 9.42 : Item a16 : effet principal et contrastes

16 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Mères	Pères	1/2
a16	M	1,87	2,01	-
je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	SD	.965	1,01	

La différence entre les pères et les mères après le T-test n'est plus significative.

En ce qui concerne le résultat du T-test de la tendance significative en rapport avec le facteur de l'Expérience qui se trouve en annexe (cf. Annexe 2.1., Tableau 9.43), la différence entre les deux groupes est significative ($p=.030$ *). Les parents dont l'enfant a eu une expérience de traitement trouvent plus difficile à définir la santé mentale que ceux dont l'enfant n'a jamais eu un suivi psychologique.

9.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions

En ce qui concerne l'analyse au niveau factoriel des concepts de santé mentale des parents, les effets significatifs du test multivarié se situent, donc comme pour les items, au niveau des Régions linguistiques et en plus il y a le facteur d'influence Sexe qui est significatif.

9.2.4.1. La Région linguistique et le Sexe marquent des influences significatives

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Voici le tableau des résultats de l'analyse de variance multivarié.

Tableau 9.44 : Test multivarié de la santé mentale (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	1,439	4,000	0,220
Région	Wilks' Lambda	3,637	8,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	1,655	4,000	0,160
Sexe	Wilks' Lambda	2,129	4,000	0,076
Région * Expérience	Wilks' Lambda	0,985	8,000	0,447
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,783	8,000	0,077
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	0,195	4,000	0,941
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Ce tableau nous permet de faire quelques observations : le facteur Région reste significatif ; le facteur Sexe montre aussi une tendance pertinente, finalement, nous constatons un croisement entre les deux. Avec l'analyse de variance univarié j'essayerai de saisir ces effets significatifs dans les facteurs mêmes.

Les effets significatifs l'analyse de variance univarié

L'analyse de variance univarié pour les quatre facteurs, montre surtout des effets principaux des facteurs d'influences. Pour le premier facteur, « MH1 positivité et activité » il y a deux effets principaux, un pour la Région linguistique ($p \leq .000$ ***), et l'autre pour l'Expérience du traitement ($p = .026$ *). Pour le deuxième facteur « MH2 normalité et fonctionnalité » on retrouve les mêmes facteurs d'influences avec des valeurs significatives : Région ($p = .011$ *) et Expérience ($p = .016$ *). Le troisième facteur n'a pas des effets significatifs.

Tableau 9.45 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs)

	Effet Principal			Interaction		
	Région	Expé	Sexe	R/E	R/S	E/S
MH1	$p \leq .000$ ***	$p = .026$ *				
MH2	$p = .011$ *	$p = .016$ *				
MH3						

Le premier facteur « MH1 positivité et activité » relève une forte différence entre les régions linguistiques ; la Suisse alémanique présente un score significativement plus haut que la zone latine : D-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***) ; D-CH et I-CH ($p = .001$ ***). Entre F-CH et I-CH il y a

une tendance significative ($p=.078$ (*)). Les suisses alémaniques attribuent davantage ces éléments de positivité et activité à la santé mentale que ne le font les tessinois et les romands.

Tableau 9.46 : Facteur MH1 : effet principal et contrastes

Facteur		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
MH1 positivité et activité	M	0,280	-0,307	-0,065	$p \leq .000$	$p \leq .000$	$p = .078$
	SD	0,864	1,07	1,01	***	***	(*)

Le deuxième effet significatif se trouve dans l'effet principal de l'expérience, qui est confirmée par le T-test ($p=.026$ *).

Tableau 9.47 : Facteur MH1 : effet principal et contrastes

Facteur		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
MH1 positivité et activité	M	0,052	-0,307	$p = .026$ *
	SD	-0,232	0,934	

Le groupe des parents dont un enfant a une expérience de traitement clinique, considèrent significativement davantage la santé mentale en rapport avec la positivité et l'activité.

Le deuxième facteur « MH2 normalité et fonctionnalité » présente les mêmes effets significatifs que le facteur MH1 : la Région et l'Expérience. Voici le tableau relatif au facteur Région, les moyennes et les écarts-types ainsi que les contrastes.

Tableau 9.48 : Facteur MH2 : effet principal et contrastes

Facteur		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
MH2 normalité et fonctionnalité	M	0,280	-0,226	-0,091	$p = .001$	$p = .001$	-
	SD	0,864	0,969	0,956	***	***	-

Comme précédemment c'est la Suisse alémanique qui a un score significativement plus haut que le reste de la Suisse : D-CH et F-CH ($p=.001$ ***), D-CH et I-CH ($p=.001$ ***). Les suisses alémaniques attribuent davantage les éléments de normalité et fonctionnalité à la santé mentale que ne le font les tessinois et les romands.

Pour le facteur de l'expérience après le T-test il n'y a pas de différence significative.

Tableau 9.49 : Facteur MH2 : effet principal et contrastes

Facteur		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
MH2 normalité et fonctionnalité	M	-0,006	0,028	-
	SD	0,981	1,090	

9.2.5. Résumé des résultats des parents

Les parents associent la santé mentale à quelque chose de très important et à un comportement qui s'abstient de l'utilisation des drogues. Ils considèrent aussi qu'avoir la santé mentale équivaut à avoir un bon équilibre et à penser positivement. Voici les premiers items qui ont reçu le plus de points. Les résultats de l'analyse en composantes principales relève quatre facteurs, dont le facteur « responsabilité sociale ». Il est intéressant d'observer que ce facteur n'était pas ressortit dans les résultats des adolescents. Les parents, dans leur manière de voir la santé mentale la voient en lien avec la capacité à assumer des responsabilités sociales.

Les facteurs d'influence qui ont été les plus déterminants dans ces résultats sont la Région et l'Expérience de traitement clinique. Les parents n'ayant pas eu d'expérience clinique pour un de leurs enfants ont une manière de percevoir la santé mentale différente des parents ayant déjà eu d'expérience clinique. Pour les parents sans expérience il semble être plus facile aborder le sujet de la santé mentale, en tout cas ils montrent des moyennes visiblement plus élevées dans les items définissant positivement la santé mentale que ne serait le cas pour les parents avec une expérience clinique pour l'un de leurs fils.

9.3. Les résultats concernant la santé mentale à la lumière des hypothèses

Dans cette troisième partie du chapitre je vais vérifier les résultats présentées jusqu'à ce moment par rapport aux hypothèses de recherche formulées dans le chapitre méthodologique. Je commencerai par une comparaison entre les adolescents et les parents, ensuite j'aborderai les différences entre les régions linguistiques, troisièmement les différences entre garçons et fille et entre père et mère ; la quatrième hypothèse concerne les familles avec une expérience de traitement clinique et les familles sans expérience de traitement et je terminerai par l'hypothèse qui concerne les groupes d'âges des adolescents.

9.3.1. Générations : adolescents et parents

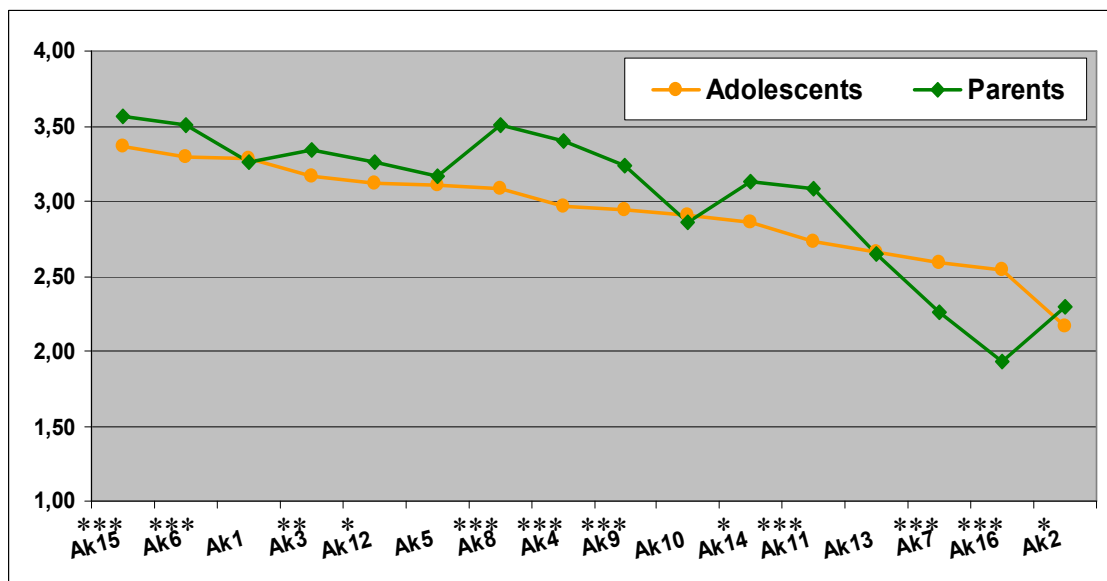
Les différences entre les générations, ainsi que les similitudes dans la manière de concevoir la santé mentale, apparaissent sur le tableau et le graphique ci-dessous.

Tableau 9.50 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents

Items groupe Ak : santé mentale		Adolescents	Parents	F Sig.
Ak15	quelque chose de très important	3,36	3,56	p≤.000 ***
Ak6	ne pas consommer de drogue	3,29	3,51	p=.001 ***
Ak1	être heureux, joyeux	3,28	3,26	-
Ak3	pouvoir penser clairement	3,17	3,34	p=.005 **
Ak12	pouvoir établir des contacts avec les autres	3,12	3,26	p=.021 *
Ak5	avoir sa vie en main	3,11	3,17	-
Ak8	avoir un équilibre	3,09	3,51	p≤.000 ***
Ak4	penser positivement	2,97	3,40	p≤.000 ***
Ak9	avoir de l'énergie	2,95	3,24	p≤.000 ***
Ak10	ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre	2,91	2,86	-
Ak14	percevoir ce qu'on ne devrait pas faire	2,86	3,13	p=.014 *
Ak11	pouvoir aller à l'école	2,73	3,08	p≤.000 ***
Ak13	être normal	2,66	2,65	-
Ak7	ne pas avoir de problèmes	2,58	2,26	p≤.000 ***
Ak16	je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer	2,54	1,93	p≤.000 ***
Ak2	qu'on n'est pas trop sensible	2,16	2,30	p=.044 *

Si nous prenons l'ordre des items selon les moyennes pour les adolescents et leurs parents, on observe que les deux premiers items sont les mêmes pour les deux générations : « a15 quelque chose de très important » et « a6 ne pas consommer de drogue », même si la différence entre les deux moyennes est fort significative (p≤.000 ***). Ceci confirme notre hypothèse qui prévoyait que les parents donnaient significativement plus d'importance à la santé mentale. 12 items sur 16 présentent un effet significatif entre la moyenne des adolescents et celle des parents.

Figure 9.7 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Ak : santé mentale



Il est intéressant de voir que pour la plupart des items les parents ont des moyennes plus élevées que les adolescents. En particulier pour les parents « a8 avoir un équilibre » et « a4 penser positivement » ont un lien très fort avec la santé mentale. Quatre items ont des moyennes plus basses chez les parents par rapport aux adolescents : « Ak7 ne pas avoir de problèmes », « Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer », « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre » et « Ak1 être heureux, joyeux ».

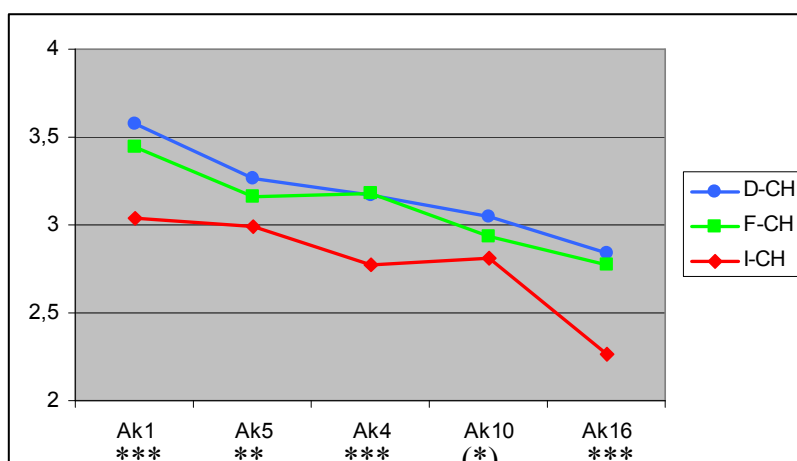
Comparaison avec les données qualitatives

Les adolescents font très souvent le lien entre la santé mentale et la « localisation ». Les parents font significativement moins ce lien. Les adolescents associent fortement la santé mentale à un état de bien-être physique ; les parents par contre voient la santé mentale comme un bien-être psychique : « *se uno si sente bene, che é rilassato, tranquillo* » (Père, suisse italien)

9.3.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne

La grande différence régionale de la Suisse apparaît dans les concepts qui ont les adolescents à propos de la santé mentale. En effet la Région linguistique est le facteur d'influence le plus significatif. Le tableau suivant montre la suite des items influencés par ce facteur en ce qui concerne les adolescents.

Figure 9.8 : Comparaison entre les régions dans les 5 items qui présentent des différences significantes



Les résultats ici présentés, permettent de conclure que c'est la Suisse italienne (I-CH) qui montre le score le plus bas par rapport à la Suisse alémanique (D-CH) et à la Suisse romande (F-CH). Les résultats des T-tests quand on compare les moyennes sont très clairs : pour le premier item « Ak1 être heureux, joyeux », les D-CH considèrent davantage la santé mentale en rapport avec « être joyeux et heureux » que les I-CH ($p \leq 0.000$ ***); on retrouve la même différence entre

F-CH et I-CH ($p=.001$ **). Les D-CH considèrent aussi davantage la santé mentale comme égale à « Ak5 avoir sa vie en main », les I-CH font cette association significativement moins ($p=.008$ **). Le même clivage existe entre D-CH et F-CH par rapport aux tessinois, à l'item « Ak4 penser positivement » : entre D-CH et I-CH la différence est fortement significative ($p\leq.000$ ***), avec les romands elle est moins forte ($p=.004$ **) mais toujours présente. Dans l'item « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre » il n'y a que des tendances ; il est intéressant de voir qu'elles vont significativement dans la même ligne. Le dernier item est « Ak16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer ». Nous découvrons de nouveau un prototype de ce clivage entre la partie germanophone et francophone par rapport à la partie italophone. Les effets significatifs s'élèvent dans les deux cas à ($p\leq.000$ ***).

Ce clivage entre les tessinois et le reste de la Suisse est confirmé par les résultats de l'analyse de variance multivariée entre les facteurs. En effet, les suisses alémaniques et les suisses romands associent fortement la santé mentale au fait d'être positif et actif (MH1). La différence avec les tessinois est dans les deux cas fortement significative ($p\leq.000$ ***). L'hypothèse selon laquelle les adolescents tessinois associaient davantage que les autres adolescents suisses la santé mentale à la capacité cognitive et au raisonnement logique, n'a pas été confirmée dans les résultats quantitatifs. Une autre hypothèse qui n'a pas été confirmée est celle relative aux adolescents romands selon laquelle leur façon de se référer à la santé mentale était d'évoquer la maladie mentale.

Dans le cas des adultes on retrouve une forte influence du facteur Région, même si nous n'assistons pas au même clivage tessinois et du reste de la Suisse, comme c'était le cas pour les adolescents. D'ailleurs, les deux items qui avaient une influence régionale chez les adolescents, « Ak1 être heureux, joyeux » et « Ak4 penser positivement », présentent chez les adultes un clivage entre les suisses alémaniques et les deux régions latines : D-CH et F-CH ($p=.002$ **) et D-CH et I-CH ($p=.041$ *). Les parents suisses alémaniques considèrent davantage que les parents romands et tessinois, la santé mentale en lien avec le fait de penser positivement et d'être heureux et joyeux. L'item « a2 qu'on n'est pas trop sensibles » reflète le même schéma : Suisse alémanique vs. Suisse latine : dans les deux cas la différence est significativement importante ($p\leq.000$ ***) en faveur des suisses alémaniques.

Les facteurs confirment clairement les données pertinentes des effets principaux de Région et Expérience. C'est toujours la Suisse alémanique qui se différencie de manière significative du reste de la Suisse. Voici les effets significatifs pour le premier facteur MH1 (positivité, activité) :

D-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***), D-CH et I-CH ($p = .001$ ***); pour le deuxième facteur MH2 (normalité et fonctionnalité) : D-CH et F-CH ($p = .001$ ***), D-CH et I-CH ($p = .001$ ***). Pour le quatrième facteur, MH4 (métacognition et jugement) les mères tessinoises se distinguent des autres mères de Suisse avec un score de moyenne nettement plus élevée : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***), I-CH et F-CH ($p = .031$ *).

La différence générationnelle apparaît uniquement dans le groupe romand, en effet chez les adolescents suisses romands les réponses se rapprochaient de celles des adolescents suisses alémaniques (« être joyeux et heureux »), ce qui n'est pas le cas pour les parents romands qui sont plus proches des tessinois : on retrouve la ressemblance latine en ce qui concerne les concepts.

Comparaison avec les données qualitatives

Les résultats qualitatifs des suisses italiens montrent une tendance générale qui considère la santé mentale comme un état de bien-être et aussi le fait de ne pas avoir des problèmes : « *Uno che sta bene, non ha problemi* » (Garçons, suisse italien). Les suisses alémaniques l'associent aussi à un état de bien-être et plus spécifiquement de bien-être psychique, comme le faisaient les adultes : « *dass es einem gut geht* » (Garçons, suisse alémanique). Les réponses des romands vont clairement dans la ligne de la « localisation » : « *C'est dans la tête qu'on ne se sent pas bien* », ainsi que de dénommer une maladie « *la dépression* ».

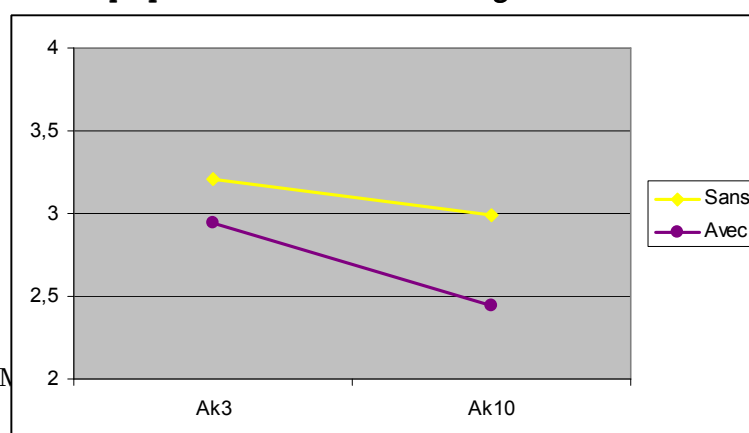
9.3.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères

Entre les filles et les garçons il n'y a pas des différences significatives en ce qui concerne les concepts de santé mentale. On en déduit qu'ils ont généralement les mêmes représentations de la santé mentale. La même observation s'applique à l'ensemble des pères et des mères.

9.3.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique

En ce qui concerne l'Expérience de traitement clinique, voici un premier graphique :

Figure 9.9 : Comparaison entre les groupes avec ou sans expérience de traitement dans les 2 items qui présentent des différences significatives

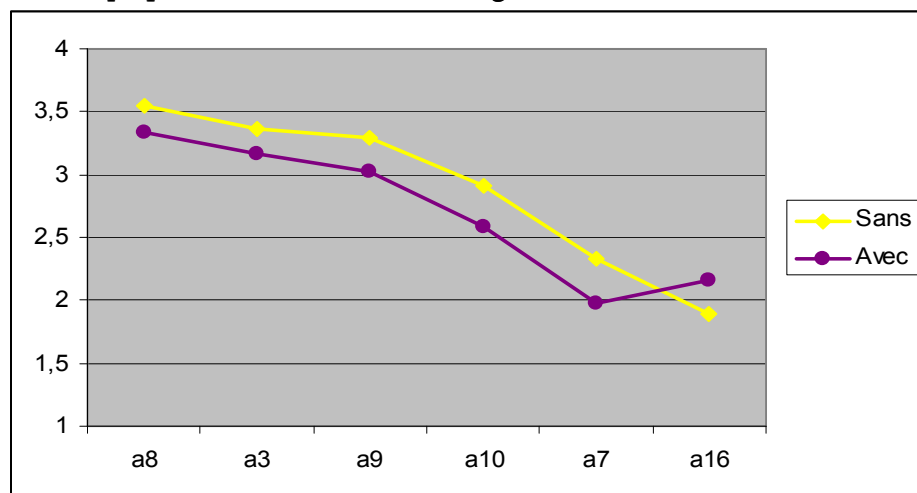


*

Le groupe sans expérience de traitement associe plus facilement la santé mentale à un fait cognitif : « Ak3 pouvoir penser clairement » ($p=.034$ *), que ne le font les adolescents qui ont déjà fait recours à un traitement psychologique. La même observation vaut pour l’item « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre ». En effet pour les jeunes sans expérience de traitement, la santé mentale est perçue comme le fait de ne pas devoir aller chez le psychologue ($p\leq.000$ ***).

Pour les adultes le facteur Expérience prend une plus grande importance si l’on regarde les valeurs significatives.

Figure 9.10 : Comparaison entre les groupes avec ou sans expérience de traitement dans les 6 items qui présentent des différences significatives



Dans tous les items qui montrent une différence significative entre les groupes « avec et sans expérience de traitement », ce dernier est celui qui a les moyennes les plus hautes, sauf pour un item, le dernier « a16 je sais plus au moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer ».

9.3.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents

Pour les concepts de santé mentale l'âge des groupes n'est pas significative. De temps à autre nous retrouvons des situations où l'âge fonctionne comme facteur d'interaction. Souvent on retrouve les moyennes les plus élevées, cf. a6 et a16, chez les plus jeunes.

Chapitre 10

La maladie mentale vue par les adolescents et leurs parents « Quelque chose que l'on doit prendre au sérieux ! »

Comme le titre l'indique, ce chapitre présente les résultats que se réfèrent à la manière dont les adolescents et leurs parents conçoivent la maladie mentale en tenant compte des facteurs d'influence sélectionnés : la Région linguistique, l'Expérience d'un traitement clinique, le Sexe et l'Âge des adolescents. Nous procéderons de la même manière qu'au chapitre précédent.

10.1. La maladie mentale vue par les adolescents

Les 17 items qui composent la deuxième partie du questionnaire, concernent le point de vue des adolescents sur le concept de maladie mentale. Dans cette partie du questionnaire il s'agit, à l'aide des items proposés, de compléter la phrase suivante : « B. *Être mentalement/psychologiquement malade*, signifie pour moi ... », en signalant si celui-ci correspond ou pas à l'idée de l'adolescents sur la maladie mentale. L'exemple suivant illustre bien la tâche des adolescents : à la question posée auparavant le jeune doit répondre pour le premier item si « être simplement triste » : ne correspond pas du tout, correspond un peu, correspond assez ou correspond exactement au concept qu'il a de la maladie mentale.

Dans le prochain sous-chapitre je présenterai les moyennes des items qui décrivent le concept de maladie mentale.

10.1.1. La maladie mentale : quelque chose qu'on doit prendre au sérieux

Vue globale des résultats : les items

Le nombre total des adolescents est de N=377 ; dans cette deuxième partie du questionnaire, sans compter les « *missing* » - ceux qui n'ont pas répondu à tous les 17 items du bloc de la

maladie mentale - nous avons un nombre qui équivaut à N=344. Les adolescents qui ont participé à la partie qualitative étaient N=51.

Le tableau suivant illustre les résultats quantitatifs, par biais des moyennes et des écart-types de chaque item selon les points que les jeunes ont attribué à chaque un : Ne correspond pas du tout =1 ; Correspond un peu = 2 ; Correspond assez = 3 ; Correspond exactement = 4.

Tableau 10.1 : Les items de la maladie mentale en ordre descendant selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
Bk31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.	344	3,26	0,92
Bk21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	344	2,91	0,92
Bk22 avoir du stress, des problèmes	344	2,77	0,94
Bk24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	344	2,74	0,97
Bk34 quelque chose qui est difficile à définir.	344	2,73	0,90
Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	344	2,69	0,99
Bk26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	344	2,69	0,87
Bk19 se sentir pas très bien	344	2,62	1,01
Bk25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	344	2,58	0,91
Bk20 quand les sentiments ont été blessés	344	2,43	1,02
Bk30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.	344	2,41	0,93
Bk18 être simplement triste	344	2,38	0,93
Bk28 ne pas avoir d'amis.	344	2,34	1,10
Bk32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.	344	2,32	0,97
Bk27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	344	2,28	0,93
Bk23 quand on est différent des autres	344	2,12	0,98
Bk33 quelque chose qu'on a depuis la naissance.	344	1,73	0,92

Les items ont été classés par ordre descendant selon leur moyenne. Le premier item (Bk31) est celui qui a reçu davantage de points : c'est celui qui, selon les adolescents, correspond davantage au concept de maladie mentale. En ligne générale, les scores des moyennes sont plus bas que celles des moyennes relatives à la santé mentale. Nous remarquons aussi que le score le plus haut (3,26) est, comme pour la santé mentale, celui qui souligne l'importance de la chose en soi : « Bk31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux. ». Le deuxième score (2,90) « Bk21 il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête », met en relief l'endroit où, selon le jeune, le problème se pose : la tête.

Comparaison avec les données qualitatives

Les données qualitatives confirment ce que l'on vient de dire : la localisation comme le meilleur moyen de définir la maladie mentale : « *c'est pas avoir la tête juste* » (Fille, suisse romande), « *la maladie physique c'est le corps, la maladie mentale c'est la tête* » (Fille, suisse romande),

« *Qu'on a un défaut au cerveau, peut-être.* » (Fille, suisse romande), « *Wenn man im Kopf nicht mehr ganz drauskommt und einfach irgend etwas macht.* » (Garçon, suisse allemand)

Au niveau qualitatif il y a souvent des références à des maladies très concrètes, une série des étiquettes qui n'expliquent pas nécessairement ce qu'est la maladie mentale mais elles sont simplement des maladies : « *la dépression, je vois la dépression, autrement les handicapés mentaux, des choses comme ça.* » (Fille, suisse romande), « *Traumatisme crânien, cancer au cerveau* » (Garçon, suisse romande), « *Par exemple quand on a plusieurs personnalités* » (Fille, suisse romande).

10.1.2. La maladie mentale se résume en des émotions négatives

Vue globale des résultats : analyse en composantes principales

L'analyse factorielle pour la partie relative à la maladie mentale selon la perspective des adolescents, a été élaborée de la même manière que pour la santé mentale. Dans ce cas nous avons un N qui correspond à 344 adolescents, car avec la fonction *listwise*, 33 jeunes ont été considérés *missing*. Le tableau suivant présente les saturations des items sur les facteurs :

Tableau 10.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la maladie mentale

	Component			
	1	2	3	4
Bk18 être simplement triste	,815			
Bk20 quand les sentiments ont été blessés	,769			
Bk19 se sentir pas très bien	,762			
Bk22 avoir du stress, des problèmes	,554			-.436
Bk28 ne pas avoir d'amis.	,491			
Bk27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	,421			-.270
Bk31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.		,764		
Bk26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.		,733		
Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.		,573		
Bk30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.		,566		
Bk33 quelque chose qu'on a depuis la naissance.			,802	
Bk32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.			,755	
Bk34 quelque chose qui est difficile à définir.			,263	
Bk24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.				-.775
Bk23 quand on est différent des autres				-.707
Bk25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.				-.454
Bk21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête			,265	-.410

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

La variance expliquée par les 4 composantes, après 8 itérations, correspond à 49,6%. L'addition de tous les items donne un alpha de Cronbach de $\alpha = .763$, valeur qui est tout a fait dans les normes et satisfaisante. Le test de Keiser et Barlett donne un indice de .779.

Le scree test montre une représentation graphique des valeurs propres à chaque facteur. Le point de cassure qui représente le nombre de facteurs au-delà duquel l'information ajoutée n'est plus importante, a été identifié après le quatrième facteur. Cette solution correspond bien avec l'interprétation des composantes et avec le résultat du *pattern matrix* qui, après 8 itérations présente les 4 facteurs bien compacts.

Pour l'interprétation des composantes j'ai procédé comme pour la santé mentale, c'est-à-dire grâce à la double source, quantitative et qualitative, que j'ai schématisée dans les lignes suivantes.

Tableau 10.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. émotions négatives $\alpha = .762$ (6 items)			
18.	être simplement triste.	.815	SYMPTOMS
20.	quand les sentiments ont été blessés.	.769	VIOLATION/TRAUMA
19.	se sentir pas très bien.	.762	STATE OF BEING_FEELING WELL/BAD
22.	avoir du stress, des problèmes.	.554	STRESS/COPING/HAVING PROBLEMS
28.	ne pas avoir d'amis.	.491	SOCIAL RELATION/SUPPORT
27.	quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	.421	FORMAL THINKING/REASONING
2. sérieux et mystérieux $\alpha = .623$ (4 items)			
31.	quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.	.764	VALUE
26.	quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	.733	CONTROL/SELF-EFFICACY
30.	quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.	.573	DETECTION/VISIBILITY
29.	quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	.566	
3. fataliste $\alpha = .422$ (3 items)			
33.	quelque chose qu'on a depuis la naissance.	.802	NATURE
32.	quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.	.755	RECOVERY
34.	quelque chose qui est difficile à définir.	.263	
4. anormalité, quotidien perturbé $\alpha = .361$ (4 items)			
24.	quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	-.775	PHYSICAL/MENTAL/SPIRITUAL
23.	quand on est différent des autres.	-.707	NORMALITY
25.	qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	-.454	FONCTION ACTIVITY
21.	qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête.	-.410	LOCALISATION

Les 4 échelles sont divisées de manière bien interprétable et donnent un cadre assez complet de ce que les adolescents identifient avec la maladie mentale.

La première, ainsi que celle qui explique davantage de variance, est celle que j'ai appelée « **émotions négatives** », car la maladie mentale est associée à un ensemble de sentiments et émotions négatives. On commence par une définition banale : « être simplement triste » ou encore « se sentir pas très bien » ; on passe ensuite à des affirmations comme « quand les sentiments ont été blessés » et « avoir du stress, des problèmes », ceci peut amener à avoir de problèmes relationnels « ne pas avoir d'amis », et cognitifs « quand on n'arrive pas bien à se concentrer ».

Le deuxième facteur inclut les items 26, 29, 30, 31 ; je l'ai nommé **sérieux et mystérieux**. La maladie mentale est considérée comme « quelque chose qu'on doit prendre au sérieux », au même temps c'est une chose mystérieuse car on ne la remarque pas facilement « quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite » et elle n'est pas si facile à gérer « quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique ». On ressent le besoin de se laisser guider car nous ne savons pas très bien quel est le moment de suivre un traitement « quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement ».

Le facteur suivant se compose des items 32, 33 et 34, il est nommé **fataliste**, ce qui reflète une attitude de impuissance face à la maladie mentale car elle est « quelque chose qu'on a depuis la naissance » et « quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner », pour tout cela on pourrait aussi dire qu'elle est « quelque chose qui est difficile à définir ».

Le dernier facteur, formé par les items 21, 23, 24 et 25, je l'ai appelé **anormalité, quotidien perturbé** car les items qui le composent reflètent cet état d'esprit. L'anormalité est proche de la maladie mentale « quand on est différent des autres », « qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête » ; ainsi la maladie est un empêchement « qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien » et la souffrance est globale « quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa ».

En ce qui concerne la fiabilité de chaque échelle, j'ai calculé le coefficient de Cronbach pour les quatre échelles, voici les résultats :

1. émotions négatives $\alpha = .762$ (6 items)
2. sérieux et mystérieux $\alpha = .623$ (4 items)
3. fataliste $\alpha = .422$ (3 items)
4. anormalité, quotidien perturbé $\alpha = .361$ (4 items)

Les quatre échelles montrent une fiabilité interne qui diminue en passant de la première à la quatrième. Elles ont un numéro d'items assez réduit, ce qui implique aussi une baisse de α de Cronbach (Field, 2005). Je vais garder le deux premiers facteurs (le deuxième a un caractère exploratoire) et laisser tomber les facteurs 3 et 4 car les coefficient de Cronbach indique une basse fiabilité interne des facteurs.

10.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

Pour avoir une première estimation des résultats j'ai effectué une analyse de variance multifactorielle multivarié.

10.1.3.1. La Région linguistique et l'Expérience : les facteurs d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Les effets significatifs qui ressortent sont semblables à ceux trouvées pour les concepts de santé mentale : la Région est le facteur avec le plus d'influence. Le facteur d'Expérience de traitement clinique, lui aussi joue un rôle non négligeable.

Tableau 10.4 : Test plurifactoriel multivarié de la maladie mentale (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	192,296	17,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	3,091	34,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	1,627	17,000	0,056
Sexe	Wilks' Lambda	0,656	17,000	0,845
Âge	Wilks' Lambda	1,145	51,000	0,230
Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,305	34,000	0,119
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,178	34,000	0,228
Région * Âge	Wilks' Lambda	0,898	102,000	0,754
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	0,953	17,000	0,512
Expérience * Âge	Wilks' Lambda	0,983	51,000	0,510
Sexe * Âge	Wilks' Lambda	1,153	51,000	0,219
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

L'influence des deux facteurs sera observé de plus près avec l'analyse de variance univarié.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Les résultats de l'analyse de variance univarié montrent l'effet principal de la Région de manière plus accentuée que pour les concepts de santé mentale et ils reflètent un effet principal pour le facteur Expérience de traitement.

Tableau 10.5 : Effets principaux significatifs par rapport aux items

Items en ordre descendant	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/Â	E/S	E/Â	S/Â
Bk31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.										
Bk21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête										
Bk22 avoir du stress, des problèmes	p=.020 *				p=.081 (*)					p=.067 (*)
Bk24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	p=.049 *									
Bk34 quelque chose qui est difficile à définir.			p=.040 *			p=.017 **				p=.024 *
Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	p=.014 **	p=.013 **								
Bk26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.										
Bk19 se sentir pas très bien										
Bk25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.										
Bk20 quand les sentiments ont été blessés	p≤.000 ***				p=.089 (*)					
Bk30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.										
Bk18 être simplement triste	p=.002 **	p=.030 *		p=.064 (*)						
Bk28 ne pas avoir d'amis.	p=.011 **	p=.004 **								
Bk32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.										
Bk27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	p=.028 *							p=.049 *		
Bk23 quand on est différent des autres	p=.001 **									
Bk33 quelque chose qu'on a depuis la naissance.										

Dans le domaine de la santé mentale remarquons que le concept de maladie mentale est majoritairement sujet aux influences des facteurs. Ceci est vrai autant pour les effets principaux que pour les contrastes. Des 17 items relatifs à la maladie mentale, il y a 12 effets principaux et 3 interactions, 1 tendances de significances dans les effets principaux et 5 dans les interactions. Je vais décrire les items suivant leur ordre du tableau : de la moyenne plus élevée à la plus basse. Pour chaque item je décrirai les effets principaux et les interactions qui lui sont propres.

Les deux premiers, respectivement « Bk31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux » et « Bk21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête » n'ont aucune influence par rapport aux quatre facteurs : Région, Expérience, Sexe et Âge. Tous les adolescents à l'unanimité, estiment que les deux items correspondent presque exactement au concept de maladie mentale.

L'item « Bk22 avoir du stress, des problèmes » présente une différence significative entre les régions ($p=.020$ *), ainsi que deux tendances significatives pour des interactions, le premier entre Région et Expérience ($p=.081$ (*)), le deuxième entre Sexe et Âge ($p=.067$ (*)). Voici les moyennes et les écart-types des trois régions.

Tableau 10.6 : Item Bk22 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk22 avoir du stress, des problèmes	M	2,95	2,56	2,72	$p=.019$ *	-	-
	SD	0,918	1,044	0,906			

Le T-test qui analyse les trois régions linguistiques présente des effets significatifs ($p=.019$) entre les suisses alémaniques (D-CH) et les suisses romands (F-CH). Les adolescents suisses allemands associent plus souvent la maladie mentale au stress et au fait d'avoir des problèmes, que ne le font les romands.

Il y a aussi une tendance de contraste entre les Régions et l'Expérience de traitement clinique : l'effet significatif se trouve seulement dans le groupe avec expérience de traitement, entre les suisses alémaniques (D-CH) et les deux régions latines, suisse romande (F-CH) et suisse italienne (I-CH) (cf. Annexe 2.2., Tableau 10.7 et Figure 10.1). Les suisses allemands avec expérience clinique sont ceux qui font le lien plus étroits entre stress et problèmes et maladie mentale.

L'interaction dans le même item Bk22 se fait entre les facteurs du Sexe et de l'Âge et elle a une tendance significative ($p=.067$ (*)) (cf. Annexe 2.2., Tableau 10.8 et Figure 10.2). Dans cet item il n'y a pas de différence significative entre les garçons et les filles, par contre le contraste entre Sexe et Âge est légèrement pertinent. Il existe un effet significatif entre le groupe des filles et des garçons uniquement dans la tranche de 15-15,99 ans ($p=.049$ *). Les garçons associent davantage que les filles la maladie mentale au stress et aux problèmes.

Le 4^{ème} item, « Bk24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa » présente un effet principal lié à la Région ($p=.049$ *). En effectuant le T-test entre les trois régions linguistiques on trouve des données significatives

($p=.018$) entre D-CH et I-CH. Dans ce cas les suisses allemandes font significativement moins le lien que les tessinois entre maladie physique et maladie mentale.

Tableau 10.9 : Item Bk24 : effet principal et contrastes

4 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	M SD	2,57 0,949	2,74 1,085	2,84 .933	-	$p=.018$ *	-

L'item suivant « Bk34 quelque chose qui est difficile à définir », présente un effet principal du Sexe et deux interactions significatives entre la Région et le Sexe ($p=.017$ **) et entre ceci et l'Âge ($p=.024$ *). Voici le tableau qui présente l'effet principal du facteur Sexe, avec les moyennes et les écart-types des deux groupes ; filles et garçons.

Tableau 10.10 : Item Bk34 : effet principal et contrastes

5 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Bk34 quelque chose qui est difficile à définir.	M SD	2,77 0,885	2,68 0,926	-

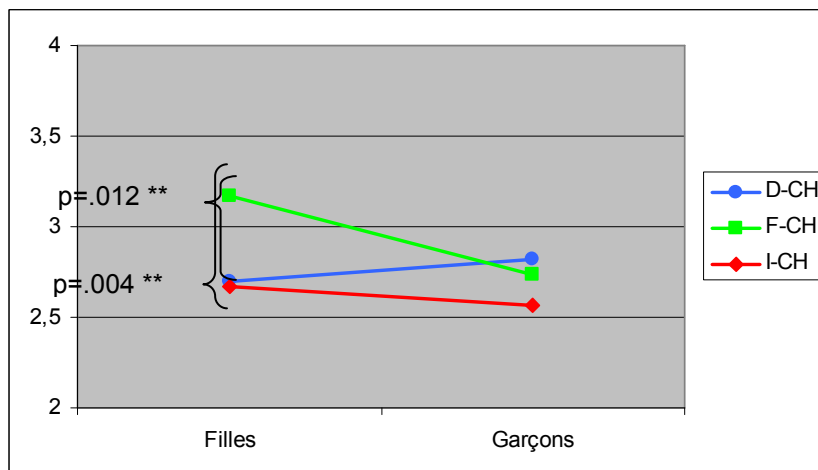
Le T-test entre les filles et les garçons n'est pas significatif.

La première interaction entre la Région et le Sexe est assez marquée ($p=.017$ **).

Tableau 10.11 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Sexe et Région

$p=.017$ **		Filles	Garçons
D-CH	M SD	2,70 .850	2,82 .932
F-CH	M SD	3,17 .891	2,74 .864
I-CH	M SD	2,67 .873	2,57 .937

Figure 10.3 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Région et Sexe



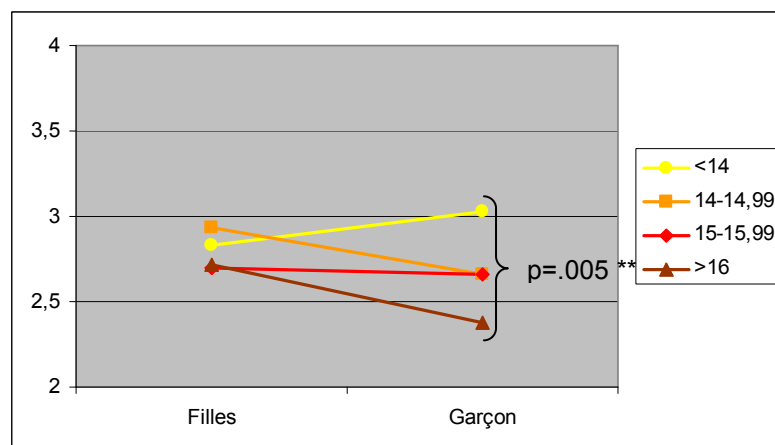
Dans le graphique on peut bien voir comment se comportent les filles et les garçons dans les différentes régions. La première différences significative on peut l'observer chez le groupe des filles : les suisses romandes se différencient des suisses italiennes ($p=.004^{**}$) et des suisses allemandes ($p=.012^{**}$) en pensant que la maladie mentale est difficile à définir. Par contre chez les garçons, bien que les différences entre les régions ne sont pas significativement importantes, il est intéressant d'observer que les garçons suisses allemands sont les seuls à affirmer davantage que les filles que la maladie mentale c'est un concept difficile à définir. Pour ce qui concerne les différences entre les garçons et les filles dans les différentes régions, elles ne sont pas significatives. On peut conclure que c'est l'effet Région qui reste le plus marqué par rapport à l'effet du Sexe.

La deuxième interaction présente dans cet item, est celle qui voit combiné le facteur du Sexe avec celui de l'Âge. Avant de le présenter graphiquement je vais noter les moyennes et les écarts-types dans le tableau suivant.

Tableau 10.12 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Filles	M	2,83	2,93	2,70	2,72
	SD	.973	.961	.765	.909
Garçon	M	3,03	2,66	2,66	2,38
	SD	.954	.883	.909	.888

Figure 10.4 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Âge et Sexe



Entre les filles et les garçons de différents âges il n'y a pas des différences significatives. Par contre entre les groupes d'âge des garçons, en particulier entre les plus jeunes (<14) et les plus âgés (>16) il y a une différence significative ($p=.005^{**}$). C'est très prévisible que les plus jeunes ont davantage de difficultés à définir le concept de maladie mentale. Entre le groupe des filles on ne retrouve pas cette différence de manière si marquée.

Le 6^{ème} item, « Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement » présente deux facteurs qui ont un effet principal : la Région ($p=.014^{**}$) et l'Expérience ($p=.013^{**}$).

Tableau 10.13 : Item Bk29 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	M SD	2,87 .964	2,48 1,063	2,65 .970	$p=.017^*$		-

La différence significative entre les régions linguistiques se concrétise entre D-CH et F-CH ($p=.017^{**}$). Les I-CH se trouvent au milieu. Les adolescents suisse alémaniques définissent la maladie mentale en fonction de ce que disent les professionnels de santé mentale lorsqu'ils conseillent un traitement.

Pour les groupes avec ou sans traitement, la différence entre les groupes est plus modeste ($p=.046^*$).

Tableau 10.14 : Item Bk29 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	M SD	2,74 0,969	2,46 1,070	$p=.046^*$

Ce qui n'a pas eu une expérience du traitement présente une attitude plus naïve, mettant en lien la maladie mentale avec une recommandation de traitement.

Les items suivants, respectivement le 7^{ème}, 8^{ème} et le 9^{ème}, « Bk26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique » ; « Bk19 se sentir pas très bien » ; « Bk25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien » n'ont pas des effets principaux de quelque facteur ni de contraste qui soit significatif.

Le 10^{ème} items en ordre de fréquence fait référence aux sentiments « Bk20 quand les sentiments ont été blessés ». Cet item montre une influence claire et nette du facteur Région ($p\leq.000^{***}$) ; ainsi que une tendance de signifiante dans l'interaction entre Région et Expérience de traitement ($p=.089^*$) (cf. Annexe 2.2, Tableau 10.16 et Figure 10.5).

Tableau 10.15 : Item Bk20 : effet principal et contrastes

10 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk20 quand les sentiments ont été blessés	M SD	2,85 0,896	2,77 1,04	2,04 0,934	-	$p\leq.000^{***}$	$p\leq.000^{***}$

Le facteur Région a un effet principal sur l'item, il en résulte une différence significative entre le D-CH et les I-CH et le F-CH et les I-CH ($p \leq .000$ ***). Les tessinois associent significativement moins la maladie mentale à quelque chose qui blesse les sentiments.

Le 11^{ème} item, « Bk30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite » n'a pas des effets principaux ni des contrastes.

Par contre l'item suivant, « Bk18 être simplement triste » présente deux clair effet principaux, Région ($p = .002$ **) et Expérience ($p = .030$ *), ainsi qu'une tendance de signifiante dans l'effet principal de l'Âge ($p = .064$ (*)). Voici le tableau des moyennes et des écarts-types avec les résultats des contrastes qui ont été calculé avec le T-test.

Tableau 10.17 : Item Bk18 : effet principal et contrastes

12 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk18 être simplement triste	M	2,65	2,22	2,26	$p \leq .000$ ***	$p = .007$ **	-
	SD	0,940	0,956	0,882			

Les suisses alémaniques ont une moyenne significativement plus haute que les romands ou les tessinois, cela signifie qu'il associent davantage le sentiment de tristesse au concept de la maladie mentale. Les D-CH par rapport au F-CH ($p \leq .000$ ***) et les D-CH par rapport au I-CH ($p = .007$ **). Voici le tableau des moyennes et des écarts-types avec le résultat du contraste qui ont été calculé avec le T-test pour le facteur de l'expérience de traitement. Le résultat du T-test n'est pas significatif.

Tableau 10.18 : Item Bk18 : effet principal et contrastes

12 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Bk18 être simplement triste	M	2,74	2,46	-
	SD	0,969	1,070	

Pour ce qui concerne les résultats des contrastes entre les âges (cf. Annexe 2.2., Tableau 10.19.), la seule différence significative qui se présente sous forme de tendance même pas de signifiante claire et nette, se situe entre le groupe d'âge des plus jeunes et celui entre 15-15,99.

Le 13^{ème} item « Bk28 ne pas avoir des amis », montre des différences significatives au GLM univarié pour le facteur de la région ($p = .011$ **) et celui de l'expérience ($p = .004$ **).

Voici le tableau de l'effet principal de la région : les moyennes et les écarts-types pour cet item pour les différentes régions sont présentées dans le tableau et les contrastes.

Tableau 10.20 : Item Bk28 : effet principal et contrastes

13 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk28 ne pas avoir des amis	M	2,53	2,35	2,21	-	$p = .019$ *	-
	SD	1,11	1,08	1,096			

La différence est significative entre le groupe des adolescents D-CH et I-CH ($p=.019 *$). Les suisses allemandes pensent davantage que les tessinois que la maladie mentale est liée au fait de ne pas avoir des amis. Entre le groupe sans et avec traitement il y a aussi une différence significative ($p=.039 *$) à faveur des adolescents sans expérience de traitement.

Tableau 10.21 : Item Bk28 : effet principal et contrastes

13 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Bk28	M	2,39	2,06	$p=.039 *$
ne pas avoir des amis	SD	1,10	1,07	

Le 14^{ème} item « Bk32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner », n'a pas des effets d'influences.

L'item suivant, le « Bk27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer » a lui aussi un effet de la région ($p=.028 *$). Il a aussi une interaction entre l'expérience et le sexe ($p=.049 *$).

Tableau 10.22 : Item Bk27 : effet principal et contrastes

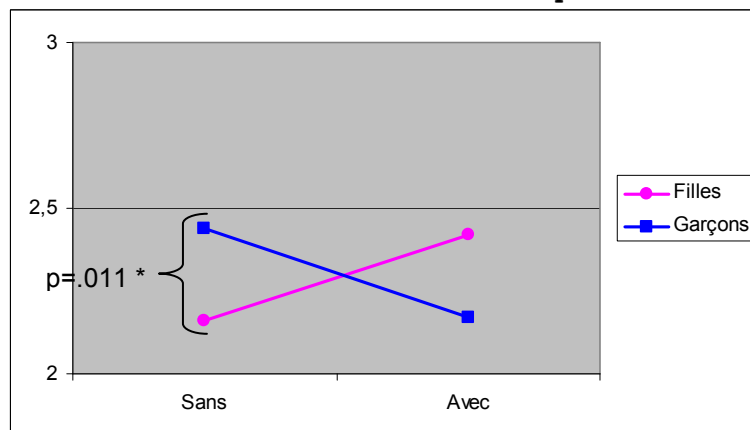
15 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk27	M	2,52	2,20	2,16	-	$p=.002$ **	-
quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	SD	0,971	0,973	0,869			

La divergence se situe toujours entre les D-CH et les I-CH ($p=.002 **$), avec les suisses allemandes reliant la maladie mentale avec une difficulté de concentration. Nous allons maintenant voir les résultats des T-test dans l'interaction entre les facteurs Sexe et Expérience de traitement on commençant toujours pas le tableau des moyennes et des écarts-types.

Tableau 10.23 : Item Bk27 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

$p=.049 *$		Filles	Garçons
Sans	M	2,16	2,44
	SD	.897	.939
Avec	M	2,42	2,17
	SD	1,061	.868

Figure 10.6 : Item Bk27 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience



Le contraste dans l'item bk27 est significatif entre les filles et les garçons qui n'ont pas eu d'expérience de traitement, il ne l'est pas entre les filles et les garçons ayant eu une expérience de traitement. Les garçons sans expérience de traitement associent davantage que les filles la maladie mentale à une difficulté de concentration, un aspect cognitif.

L'avant-dernier item « Bk23 quand on est différent des autres » il a lui aussi l'influence du facteur Région ($p=.001^{**}$).

Voici les moyennes et les écarts-types des trois régions, ainsi que les contrastes :

Tableau 10.24 : Item Bk23 : effet principal et contrastes

16 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Bk23	M	1,86	1,92	2,35	-	$p \leq .000$	$p = .004$
quand on est différent des autres	SD	0,883	0,917	1,01	-	***	**

On peut observer une espèce d'inversion des résultats. Si jusqu'à maintenant c'étaient toujours les suisses allemandes à avoir les moyennes plus élevées, maintenant c'est à l'inverse. Pour cet item les tessinois ont une moyenne significativement plus élevée : ils relient le concept de santé mentale avec la considération qu'on est différents des autres. Voici les significances : entre D-CH et I-CH ($p \leq .000^{***}$) ; entre F-CH et I-CH ($p = .004^{**}$).

Le dernier item, « Bk33 quelque chose qu'on a depuis la naissance », n'a pas des effets principaux ni des interactions qui soient significatifs.

10.1.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions

Pour ce qui concerne l'analyse au niveau factoriel des concepts de maladie mentale, les significances du test multivarié sont, comme pour les items, au niveau des régions linguistiques.

10.1.4.1. Seule la région linguistique reste le facteur d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Au niveau des facteurs on remarque l'effet principal de la région.

Tableau 10.25 : Test plurifactoriel multivarié de la maladie mentale (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	0,874	4,000	0,480
Région	Wilks' Lambda	5,557	8,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	1,254	4,000	0,288
Sexe	Wilks' Lambda	0,623	4,000	0,646
Âge	Wilks' Lambda	1,453	12,000	0,137

<i>Région * Expérience</i>	Wilks' Lambda	1,646	8,000	0,109
<i>Région * Sexe</i>	Wilks' Lambda	1,167	8,000	0,317
<i>Région * Âge</i>	Wilks' Lambda	0,619	24,000	0,923
<i>Expérience * Sexe</i>	Wilks' Lambda	0,829	4,000	0,507
<i>Expérience * Âge</i>	Wilks' Lambda	0,393	12,000	0,966
<i>Sexe * Âge</i>	Wilks' Lambda	1,096	12,000	0,359
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié pour les deux facteurs montrent un effet principal de la Région pour le facteur MI1 : émotions négatives ($p \leq .000$), ainsi qu'un contraste avec une tendance significative entre les facteurs Région et Expérience de traitement ($p = .052$) dans l'item MI1.

Tableau 10.26 : Significances pour les facteurs de santé mentale dans les effets principaux et les interactions

	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/Â	E/S	E/Â	S/Â
MI1	$p \leq .000$ ***				$p = .052$ (*)					
MI2										

Je présente le seul des deux facteurs ayant des effets significatifs : « MI1 émotions négatives », il montre une claire différence entre les suisses alémanique et les adolescents latins : romand et tessinois. Voici les moyennes et les écarts-types, ainsi que les contrastes entre les trois régions :

Tableau 10.27 : Facteur MI1 : effet principal et contrastes

Facteur	Effet Principal : Région			Contraste		
	D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
MI1	0,392	0,038	0,236	$p = .006$ **	$p \leq .000$ ***	
émotions négatives	0,924	1,023	0,966			

Les suisses alémaniques associent davantage que les tessinois et les romands la maladie mentale à des émotions négatives. La signifiante entre D-CH et F-CH est de ($p = .006$) et entre D-CH et I-CH est de ($p \leq .000$).

L'interaction entre le facteur Région et Expérience, présente une tendance de signifiante ($p = .052$ (*)) (cf. Annexe 2.2., Tableau 10.28 et Figure 10.7). Le groupe avec expérience de traitement présente davantage des divergence entre les régions linguistiques : Les suisses alémaniques sont toujours ceux qui ont le score plus élevée par rapport aux autres groupes d'adolescents.

10.1.5. Résumé des résultats des adolescents

Les adolescents définissent la maladie mentale comme étant quelque chose qu'on doit prendre au sérieux, et qui est mystérieux. Souvent ils font référence à la localisation de la maladie qui se trouverait dans la tête : il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête. La maladie mentale est aussi liée aux problèmes et au stress. Lorsqu'on réalise l'analyse en composantes principales, le premier facteur est « émotions négatives.»

Le facteur d'influence principal chez les adolescents, ou l'on retrouve le plus d'effets significatifs, reste comme pour la santé mentale la Région. Il y a aussi l'expérience de traitement clinique qui reflète des conceptions différentes de la maladie mentale. Les jeunes n'ayant jamais eu de traitement clinique ont en général une vision plus négative de la maladie mentale que les jeunes ayant déjà eu d'expérience de traitement clinique.

10.2. La maladie mentale vue par les parents

Les résultats des adultes correspondent aussi, comme pour les adolescents, à la première partie du questionnaire, composée de 17 items. Il s'agit pour les adultes de compléter la phrase suivante : « A. *Être mentalement/psychologiquement malade*, signifie pour moi ... » avec chaque item proposé, en marquant si celui-ci correspond ou pas au concept de maladie mentale. Connaître la manière dont les parents voient la maladie mentale est un élément très important, en effet c'est souvent eux qui s'aperçoivent si l'enfant ne se comporte pas de façon adéquate ou s'il souffre de quelque chose. Selon leur perception et leur jugement de la situation, on peut facilement aboutir à l'accès au système sanitaire ou au contraire se confronter à un obstacle de la part même de la famille, des parents.

10.2.1. La maladie mentale empêche de gérer son quotidien.

Vue globale des résultats : les items

Voici le nombre des adultes, souvent les parents de jeunes, qui ont participé à la partie quantitative (N=442), et ceux qui ont participé à la partie qualitative (N=50). Pour les analyses j'ai gardé seulement ceux qui ont donné les réponses dans tous les items du bloc de la santé mentale, ce qui correspond à N=407 parents.

Le tableau suivant illustre les résultats quantitatifs des items qui concernent la santé mentale. Je présente les moyennes des réponses pour chaque item et l'écart type, les items sont placés en ordre descendant selon la valeur de la moyenne. Les moyennes de chaque item sont calculées selon les points que les parents ont attribué à chaque un : Ne correspond pas du tout = 1 ; Correspond un peu = 2 ; Correspond assez = 3 ; Correspond exactement = 4.

Tableau 10.29 : les items de la maladie mentale en ordre descendant selon leurs moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
b31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.	407	3,63	0,65
b25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	407	3,02	0,80
b26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	407	2,86	0,85
b24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	407	2,74	0,86
b30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.	407	2,69	0,82
b21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	407	2,65	0,98
b29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	407	2,61	0,94
b19 se sentir pas très bien	407	2,57	0,95
b34 quelque chose qui est difficile à définir.	407	2,44	0,92
b22 avoir du stress, des problèmes	407	2,38	0,97
b18 être simplement triste	407	2,22	1,00
b20 quand les sentiments ont été blessés	407	2,12	0,98
b27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	407	2,12	0,89
b28 ne pas avoir d'amis.	407	2,08	0,98
b23 quand on est différent des autres	407	1,88	0,94
b32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.	407	1,85	0,87
b33 quelque chose qu'on a depuis la naissance.	407	1,38	0,63

Les résultats sont très proches des ceux des adolescents : l'item « b32 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux » est pour les deux générations celui qui à la moyenne la plus haute ; la même chose pour le dernier item « b33 quelque chose qu'on a depuis la naissance ».

Comparaison avec les données qualitatives

Dans l'étude qualitative, la définition la plus souvent donnée par les adultes pour définir la maladie mentale est celle des étiquettes de maladies mentales. À la question « P2.2.2 *Qu'est-ce que vous entendez par maladie psychique/mentale?* » les réponses des adultes sont du genre : « *Il y a des névroses, des schizophrénies, des dépressions, troubles de personnalité...* » (Mère, suisse romande) ; « *Des maladies qui affecte des gens dans leur subconscient, de leur façon d'être. Des gens qui ont des situations personnelles difficiles. Des gens qui son affecté par cette visions faussé de la vie, du monde ou de leur situation, qui est grave, long à soigner.* » (Père, suisse romande) ; « *Depression, kommt mir spontan in den Sinn, Verstimmungen als eine Vorstufe von Depression, da gibt es sicher noch viele, oder Schizophrenie, all diese Bereiche die mit der Psyche zu tun haben, Psychosen.* » (Mère, suisse alémanique).

La deuxième catégorie qualitative à laquelle les adultes font référence est « functioning/activity », elle correspond au deuxième item du tableau 10.30, « b25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien ». Je présente à la suite quelques exemples des interviews : « *C'est tout ce qui nous empêche de justement prendre des initiatives ou de se regarder en face ou de se poser des questions.* » (Père suisse romande) ; « *Sicher auch da, dass man den Alltag nicht meistern kann. Bei psychischen Krankheiten dünkt es mich kommt noch eine gewisse aus... losgelöst von gesellschaftlicher Bindung von Introvertiertheit, einer krankhaften Introvertiertheit, kommt dann dort noch dazu.* » (Père suisse alémanique).

La troisième catégorie est « detection/visibility », c'est-à-dire la difficulté de détecter la maladie mentale ou encore le fait qu'on l'aperçoit à travers un comportement étrange. Ces réponses correspondraient à l'item « b24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa ». Voici quelques exemples de réponses données lors des interviews : « *La maladie mentale je la verrais à travers des comportements, comportements physiques, des gestes au dehors de l'ordinaire.* » (Mère, suisse romande) ; « *Das lässt sich nicht über Blutwerte, abhören feststellen, sondern übers Verhalten merken, wenn die Leute keine oder komische Antworten geben, jemand zieht sich zurück, will keine Kommunikation mehr Ich sehe es auch an der Haltung der Menschen* » (Mère suisse alémanique); « *Molto delicato. Spesso quando uno reagisce e non me lo aspetto si fa presto a dire che è ammalato di mente. C'è chi lo dice di essere malato e chi invece lo nasconde.* » (Mère, tessinoise) ; « *Mais il y en a des gents qui ont ces types de maladies, malheureusement il y en a beaucoup et je trouve que pour découvrir ces maladies il me faut beaucoup de temps que je pensait qu'il fallait avoir beaucoup de détail* » (Mère, suisse romande) ; « *Teilweise merkt man es gar nicht* » (Mère suisse alémanique) ; « *Oder wenn mir jemand von Aussen sagt: „hey, Du vernachlässigst Deine Kinder, die Familie, oder es stimmt etwas nicht“. Das ist ja auch möglich, dass ich es von mir aus nicht merke und mir jemand von aussen sagt „du funktionierst nicht mehr ganz.* » (Mère suisse alémanique) ; « *Das ist für mich etwas heikles, was man nicht so klar diagnostizieren kann* » (Mère, suisse alémanique); « *Ich sehe es auch an der Haltung der Menschen* » (Père, suisse alémanique).

10.2.2. Le quotidien est perturbé et on sort de la normalité

Vue globale des résultats : analyse en composantes principales

L'analyse factorielle pour la partie relative à la maladie mentale selon la perspective des parents, a été élaborée de la même manière que pour les adolescents. Dans ce cas nous avons un N qui

correspond à 407 parents, car avec la fonction *listwise*, ceux que ont des *missing* sont automatiquement éliminés. La variance expliquée par les 4 composantes, après 13 itérations, correspond à 52,85%. Le point de cassure du *scree test* à été identifié après le quatrième facteur, j'ai donc décidé de garder ces quatre facteurs qui expliquent le 52,85% de la variance, avec un coefficient de Cronbach $\alpha = .834$ et le test de Keiser et Barlett (KMO) = .849

À la suite nous présentons le tableau avec les résultats de l'analyse factorielle : l'extraction de facteurs et la saturation de chaque items à son facteur.

Tableau 10.30 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la santé mentale

	Component			
	1	2	3	4
b24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	,718			
b25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	,700			
b23 quand on est différent des autres	,553			
b28 ne pas avoir d'amis.	,527			
b27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	,499			
b26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	,388	,362		
b21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	,337			
b31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.		,799		
b30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.		,637		
b29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	,363	,376		
b34 quelque chose qui est difficile à définir.		,305	,772	
b32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.			,680	
b33 quelque chose qu'on a depuis la naissance.			,647	
b18 être simplement triste				,864
b19 se sentir pas très bien				,857
b20 quand les sentiments ont été blessés				,728
b22 avoir du stress, des problèmes				,574

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 13 iterations.

L'interprétation des quatre composantes se fait sur la base de la double source, quantitative et qualitative, présenté dans le tableau suivant. Dans la première colonne le numéro de l'item du questionnaire et à droite les respectives catégories de l'analyse qualitative qui ont servi pour construire le questionnaire.

Tableau 10.31 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. anormalité, quotidien perturbé $\alpha = .746$ (7 items)			
24.	quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	.718	PHYSICAL/MENTAL/ SPIRITUAL
25.	qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	.700	FONCTION ACTIVITY

23.	quand on est différent des autres.	.553	NORMALITY
28.	ne pas avoir d'amis.	.527	SOCIAL RELATION/SUPPORT
27.	quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	.499	FORMAL THINKING/REASONING
26.	quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	.388	CONTROL/SELF-EFFICACY
21.	qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête.	.337	LOCALISATION

2. sérieux et mystérieux $\alpha = .540$ (3 items)

31.	quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.	.799	VALUE
30.	quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.	.637	DETECTION/VISIBILITY
29.	quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	.376	

3. fataliste $\alpha = .557$ (3 items)

34.	quelque chose qui est difficile à définir.	.772	
32.	quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.	.680	RECOVERY
33.	quelque chose qu'on a depuis la naissance.	.647	NATURE

4. émotions négatives $\alpha = .786$ (4 items)

18.	être simplement triste.	.864	SYMPTOMS
19.	se sentir pas très bien.	.857	STATE OF BEING_FEELING WELL/BAD
20.	quand les sentiments ont été blessés.	.728	VIOLATION/TRAUMA
22.	avoir du stress, des problèmes.	.574	STRESS/COPING/HAVING PROBLEMS

Les 4 échelles se subdivisent de manière claire et bien interprétable. On reprend les étiquettes qu'on avait utilisées pour les quatre facteurs des adolescents, car les items sont en gros regroupés de la même façon.

Le premier facteur est constitué des items 21, 23, 24, 25, 26, 27 et 28 et je l'ai appelé **anormalité, quotidien perturbé** car les items qui le composent reflètent ce sens d'éloignement de la norme et de perturbation, à cause de la maladie ou le dérangement psychologique, de la vie quotidienne. L'anormalité est facilement associé à la maladie mentale « quand on est différent des autres », « qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête » et « on n'arrive pas à avoir des amis » ; ainsi la maladie est un empêchement « qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien » et « on n'arrive pas bien à se concentrer », la souffrance est globale « quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa » et difficilement maîtrisable « quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique ».

Le deuxième facteur inclut les items 29, 30, 31, je l'ai nommé **sérieux et mystérieux**. La maladie mentale est considérée comme « quelque chose qu'on doit prendre au sérieux », au même temps c'est une chose mystérieuse car on ne la remarque pas facilement « quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite » pour tout cela il faut bien se laisser guider car nous même ne

savons pas très bien quand c'est le moment de suivre un traitement « quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement ».

Le facteur suivant est constitué des items 32, 33 et 34, il est nommé **fataliste**, ce qui reflète une attitude de impuissance face à la maladie mentale car la maladie c'est « quelque chose qu'on a depuis la naissance » et elle est « quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner », pour tout cela on pourrait aussi dire qu'elle est « quelque chose qui est difficile à définir ».

Le dernier facteur je l'ai appelée **émotions négatives** car la maladie mentale est associée à un ensemble de sentiments et émotions négatives. On commence avec une définition assez classique : « être simplement triste » ou encore « se sentir pas très bien », ensuite on passe à des affirmations qui citent des réalités touchant proprement la sphère des sentiments comme « quand les sentiments ont été blessés » et « avoir du stress, des problèmes ».

Pour ce qui concerne la fiabilité de chaque échelle, j'ai calculé le coefficient de Cronbach pour les quatre échelles, voici les résultats :

1. anormalité, quotidien perturbé $\alpha = .746$ (7 items)

2. sérieux et mystérieux $\alpha = .540$ (3 items)

3. fataliste $\alpha = .557$ (3 items)

4. émotions négatives $\alpha = .786$ (4 items)

La fiabilité interne de la 1^{ère} et de la 4^{ème} échelle est bonne ; par contre celle de la 2^{ème} et la 3^{ème} ne sont pas bonnes, nous n'allons pas suivre les analyses avec ces facteurs. En effet, ces deux facteurs ont un nombre d'items réduit, ce qui pourrait expliquer une baisse de α de Cronbach. (Field, 2005).

10.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

Une première estimation des résultats a été faite à l'aide d'une analyse multivariée. Le tableau des résultats montrera quelques données significatives.

10.2.3.1. La région linguistique est le facteur d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivariée

Autant pour les parents des adolescents que pour les adultes qui ont participé à la recherche, le facteur d'influence qui joue un rôle décisif de différenciation est toujours la Région

linguistique. Le concept de santé mentale, lui, subi non seulement l'influence de la Région linguistique mais aussi celui de l'Expérience de traitement.

Tableau 10.32 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
<i>Intercept</i>	Wilks' Lambda	700,369	17,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	3,541	34,000	0,000
<i>Expérience</i>	Wilks' Lambda	1,393	17,000	0,136
<i>Sexe</i>	Wilks' Lambda	1,362	17,000	0,152
<i>Région * Expérience</i>	Wilks' Lambda	1,189	34,000	0,214
<i>Région * Sexe</i>	Wilks' Lambda	1,181	34,000	0,222
<i>Expérience * Sexe</i>	Wilks' Lambda	1,125	17,000	0,327
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Après avoir présenté le tableau de l'analyse plurifactorielle multivarié, dont l'unique facteur significatif est la Région, il est nécessaire, de faire une analyse plus détaillée de chaque item.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

L'analyse de variance univarié, effectuée au niveau des items individuellement, présente le même schéma que l'analyse de variance multivarié : la Région est le principal facteur d'influence.

Tableau 10.33 : Effets significatifs principaux par rapport aux items

	Effet Principal			Interaction		
	Région	Expé	Sexe	R/E	R/S	E/S
b31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.						
b25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.				p=.029 *		
b26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	p=.003 **					
b24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.			p=.035 *			
b30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.					p=.008 **	
b21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	p=.008 **				p=.027 **	
b29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	p≤.000 ***			p=.017 *		p=.007 **
b19 se sentir pas très bien						
b34 quelque chose qui est difficile à définir.						p=.039 *
b22 avoir du stress, des problèmes						
b18 être simplement triste	p≤.000 ***					

b20 quand les sentiments ont été blessés					
b27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer.					
b28 ne pas avoir d'amis.					
b23 quand on est différent des autres				p=.067 (*)	
b32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.			p=.099 (*)		
b33 quelque chose qu'on a depuis la naissance.		p=.056 (*)			

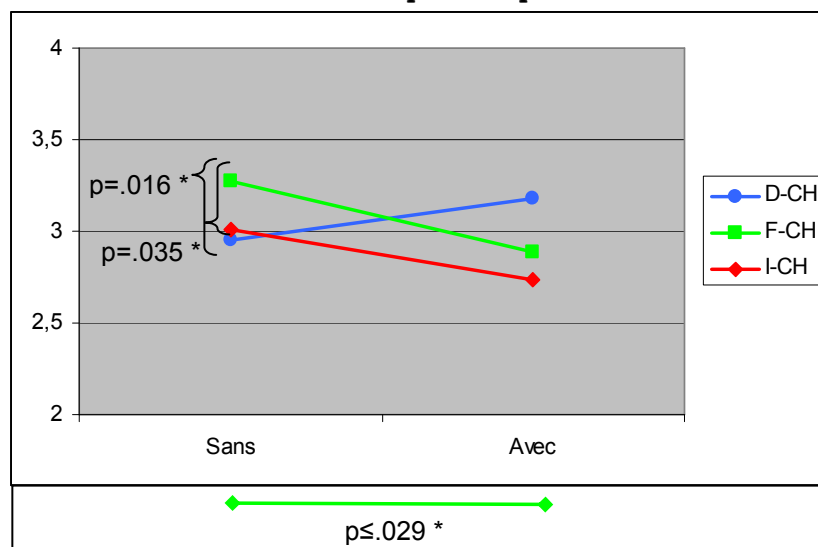
Le premier item « b31 quelque chose qu'on doit prendre au sérieux. » confirme les résultats trouvés jusqu'à présent, autant chez les adolescents que chez les parents : la santé mentale et, dans ce cas la maladie mentale, est une réalité très importante et sérieuse qui ne doit pas être traitée avec légèreté !

Le deuxième item associe la maladie mentale à une attitude plus fonctionnelle : l'incapacité à gérer la vie de tous les jours « b25 qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien. ». Cet item présente une interaction significative entre les facteurs Région et Expérience.

Tableau 10.34 : Item b25 : interaction entre les facteurs Expérience et Région

		D-CH	F-CH	I-CH
Sans	M	2,95	3,27	3,01
	SD	.795	.751	.804
Avec	M	3,18	2,89	2,74
	SD	.772	.685	1,05

Figure 10.8 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l'item b25



Entre les romands on observe une différence significative entre les groupes « avec et sans Expérience » ($p = .029 *$). Les parents sans expérience associent la maladie mentale à quelque chose qui empêche de gérer la vie quotidienne. Au niveau des Régions on retrouve des

différences significatives seulement dans le groupe sans expérience de traitement : ce sont les romands qui se différencient des autres suisses, F-CH et D-CH ($p=.016$ *) ; F-CH et I-CH ($p=.035$ *), en affirmant que la maladie mentale est un empêchement à la vie quotidienne.

Le troisième item subit une influence du facteur région : « b26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique » ($p=.003$ **).

Tableau 10.35 : Item b26 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
b26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	M SD	2,92 .789	2,53 .884	2,95 .847	$p=.002$ **	-	$p\leq.000$ ***

La Suisse romande se différencie à nouveau du reste de la Suisse : F-CH et D-CH ($p=.002$ **), F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). En Suisse alémanique et au Tessin l'idée que la maladie mentale est « quelque chose qu'on arrive à moins bien gérer que la maladie physique » est plus présente.

Cet item « b24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa. », témoigne du lien très fort qui existe entre souffrance psychique et souffrance physique. Dans le cas présent, l'effet d'influence est le Sexe ($p=.035$ *) mais le résultat du T-test, concernant les pères et les mères n'est pas significatif.

Tableau 10.36 : Item b24 : effet principal et contrastes

4 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
b24 quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa	M SD	2,79 .866	2,67 .856	-

Le 5^{ème} item, « b30 quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite » correspond à la catégorie de l'analyse qualitative « detection/visibility ». Chez les adultes c'est un concept qui revient fréquemment ; dans l'analyse quantitative cet item présente une interaction entre la Région et le Sexe ($p=.008$ **):

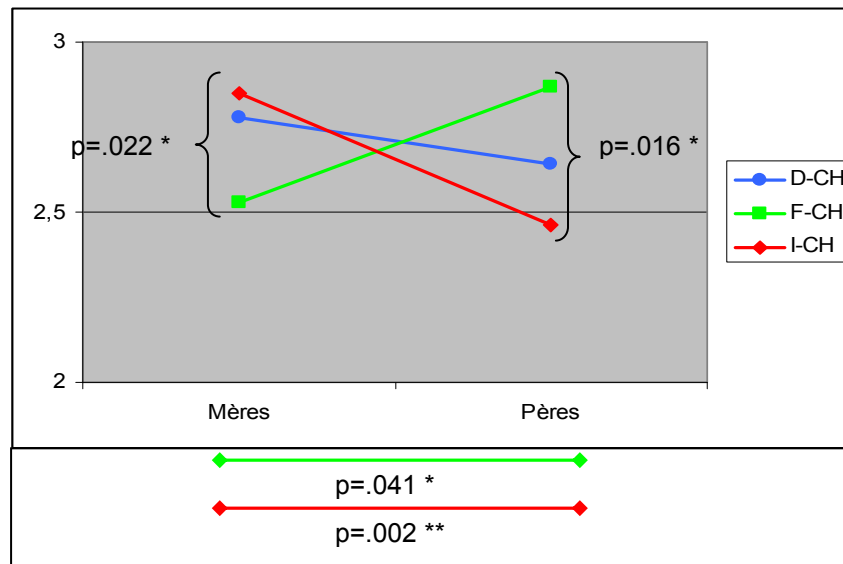
Tableau 10.37 : Item b25 : interaction entre les facteurs Région et le Sexe

$p=.008$ **		D-CH	F-CH	I-CH
Mères	M	2,78	2,53	2,85
	SD	.826	.726	.805
Pères	M	2,64	2,87	2,46
	SD	.787	.767	.867

Toutes les données significatives concernent les suisses romands et les tessinois : au Tessin il y a une différence significative entre les pères et les mères ($p=.002$ **), les mères expriment davantage que les pères que la maladie mentale est quelque chose qui est difficile à détecter ; la

différence entre pères et mères en Suisse romande présente la même configuration mais de manière moins accentuée ($p=.041^*$). Entre les régions linguistiques nous remarquons que les mères tessinoises ont une moyenne significativement plus élevée que les mères romandes ($p=.022^*$), ce qui signifie que elles affirment que la maladie mentale est difficile à détecter ; au contraire les pères romands ont une moyenne plus élevée que les pères tessinois ($p=.016^*$). Le graphique qui suit représente les résultats que je viens de décrire.

Figure 10.9 : Interaction entre les facteurs Région et Sexe pour l'item b25



Le 6^{ème} item, « b21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête » fait référence à la catégorie « localisation », il présente un effet d'influence de la Région ($p=.008^{**}$) et une interaction entre le Sexe et la Région ($p=.027^*$).

Tableau 10.38 : Item b21 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
b21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	M	2,38	2,90	2,72	$p \leq .000$ ***	$p = .002$ **	-
	SD	1,05	.800	.959			

La différence significative entre les trois régions se situe entre la partie alémanique et la latine : D-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***), D-CH et I-CH ($p = .002$ **). Les régions latines associent plus souvent que les suisses allemandes la maladie mentale à un dysfonctionnement cérébral.

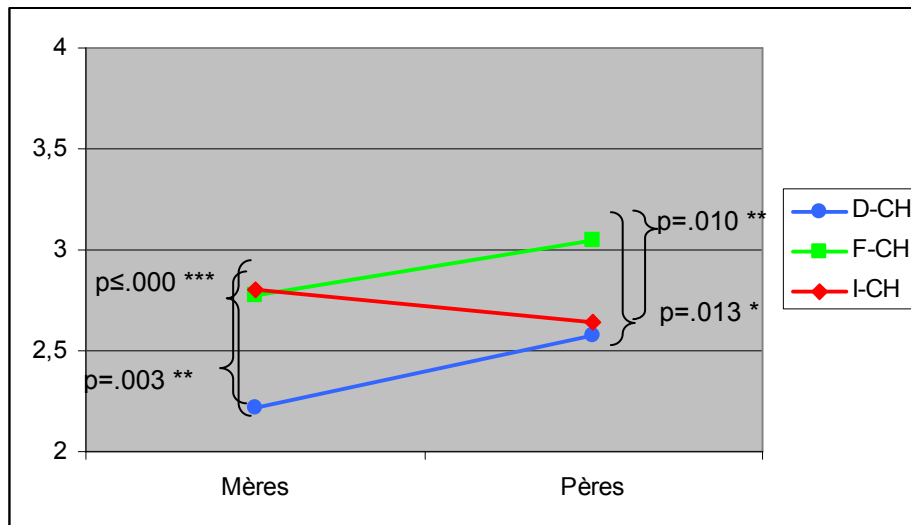
En ce qui concerne l'interaction, les mères tessinoises ont un comportement semblable aux mères romandes, c'est-à-dire elles associent la maladie mentale à quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête. Les mères suisses allemandes ont une moyenne significativement inférieure : D-CH et F-CH ($p = .003$ **), ainsi D-CH et I-CH ($p \leq .000$ ***). Par contre, les pères tessinois ont des réponses semblables aux suisses allemands : D-CH et F-CH ($p = .013^*$), entre F-

CH et I-CH ($p=.010$ **). Cette fois sont les pères romands qui associent plus souvent la maladie mentale à l'idée d'un trouble cérébral. Voici le tableau des moyennes et des écarts-types des mères et des pères des trois régions linguistiques, ainsi que le graphique.

Tableau 10.39 : Item b21 : interaction entre les facteurs Sexe et Région

		D-CH	F-CH	I-CH
Mères	M	2,22	2,77	2,80
	SD	1,05	.850	.918
Pères	M	2,58	3,05	2,64
	SD	1,04	.724	1,01

Figure 10.10 : Interaction entre les facteurs Sexe et Région pour l'item b21



L'item suivant, « b29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement » a plusieurs effets significatifs : un dans la Région ($p\leq.000$ ***) et deux au niveau des interactions : une première interaction entre Région et Expérience ($p=.017$ **), une deuxième entre Expérience et Sexe ($p=.007$ **).

Tableau 10.40 : Item b29 : effet principal et contrastes

7 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
b29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	M SD	2,73 .928	2,77 .855	2,47 .959	-	$p=.020$ *	$p=.010$ **

Dans cet item les tessinois se différencient de manière significative des autres régions suisses : D-CH et I-CH ($p=.020$ *), F-CH et I-CH ($p=.010$ **).

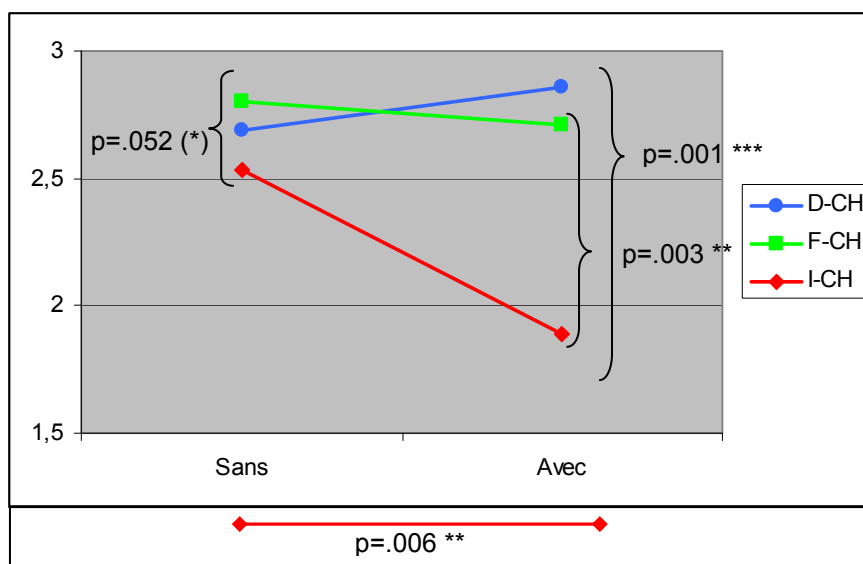
Le premier contraste qui présente une différence significative est le facteur Région par rapport au facteur Expérience : d'on seul coup d'œil on constate que c'est le groupe avec expérience de traitement qui présente les plus grandes divergences entre les parents tessinois et les autres

suisse : I-CH et D-CH ($p=.001$ ***) et I-CH et F-CH ($p=.003$ **). Les parents tessinois n'attribuent pas si fréquemment la maladie mentale au fait que les psychologues et les psychiatres recommandent un traitement, que ne le font les autres parents suisses. Il y a d'ailleurs une différence significative entre les parents tessinois avec et sans expérience ($p=.003$ **). Il semble que ceux qui ont déjà eu une expérience de traitement fassent moins référence à l'avis de professionnels pour déterminer la maladie mentale.

Tableau 10.41 : Item b29 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

$p=.017$ **		D-CH	F-CH	I-CH
Sans	M	2,69	2,80	2,53
	SD	0,917	0,840	0,946
Avec	M	2,86	2,71	1,89
	SD	0,970	0,897	0,875

Figure 10.11 : Interaction entre les facteurs Région et Expérience pour l'item b29



La deuxième interaction se place entre le facteur sexe et l'expérience de traitement :

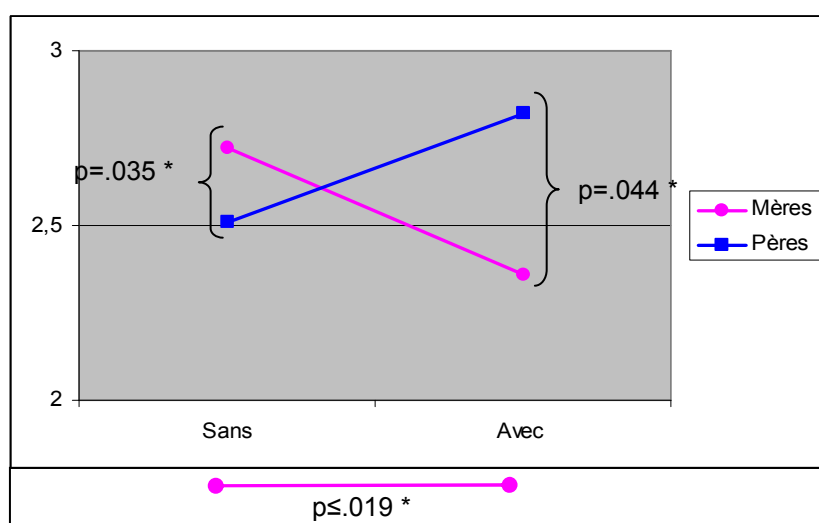
Tableau 10.42 : Item b29 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience

$p=.007$ **		Mères	Pères
Sans	M	2,72	2,51
	SD	.887	.956
Avec	M	2,36	2,82
	SD	.932	1,01

L'interaction présente trois valeurs significatifs : le premier entre le groupe avec et sans expérience de mères ($p=.019$ *), le deuxième entre les mères et les pères sans expérience de traitement d'un des enfants ($p=.035$ *), et le dernier entre les mêmes groupes mais ayant eu une expérience de traitement ($p=.044$ *). En ce qui concerne les valeurs significatifs que nous venons de commenter, on peut les décrire en disant que : les mères sans expérience de

traitement définissent la maladie mentale à partir de l'avis du professionnel de la santé par rapport au besoin de suivre un traitement et ceci plus souvent que les mères ayant déjà eu une expérience de traitement. Les différences entre pères et mères sont significatives : dans le groupe sans expérience de traitement les mères ont des valeurs significativement plus hauts, ce qui signifie qu'elles se basent davantage sur l'avis des professionnels se référant au besoin du traitement pour définir la maladie mentale que ne le font les pères. Cette situation se renverse dans le groupe avec expérience de traitement. Il est intéressant de constater que l'on retrouve souvent le même schéma : un croisement des moyennes entre les pères et les mères qui ont déjà eu une expérience de traitement d'un de leurs enfants et ceux qui n'en ont pas eu.

Figure 10.12 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l'item b29



Le 8^{ème} item « b19 se sentir pas très bien », n'a pas des facteurs d'influence qui montrent des effets significatifs.

Le 9^{ème} item, « b34 quelque chose qui est difficile à définir » montre une interaction significative : entre les facteurs Expérience et Sexe.

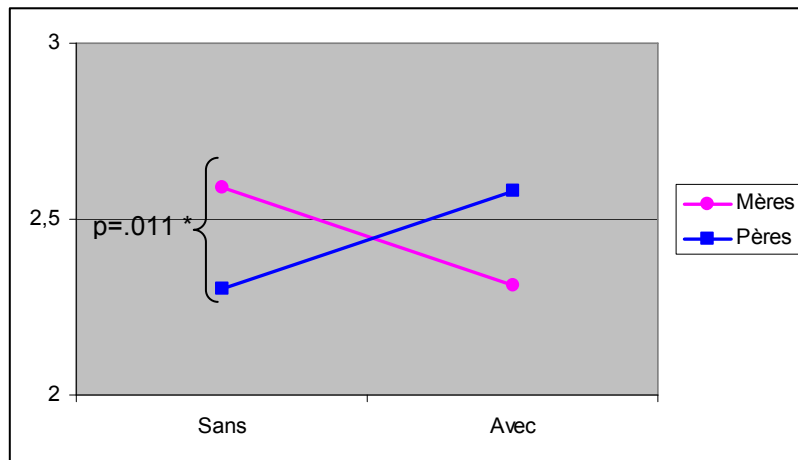
Tableau 10.43 : Item b34 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience

p=.039 *		Mères	Pères
Sans	M	2,59	2,30
	SD	.930	.941
Avec	M	2,31	2,58
	SD	.897	.708

L'effet significatif se vérifie seulement entre les pères et les mères « sans expériences de traitement » pour leurs enfants ($p=.011$ *). Les mères expriment plus souvent que la maladie mentale est quelque chose difficile à définir que ne le font les pères. Il est aussi intéressant

d'observer l'inversion des données entre le groupe des mères et celui des pères que l'on a constaté aussi pour l'item 29.

Figure 10.13 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l'item b34



Le 10^{ème} item, « b22 avoir du stress, des problèmes », n'est pas significatif en ce qui concerne les effets principaux et les interactions.

L'11^{ème} item, « b18 être simplement triste » relie le concept de maladie mentale avec les émotions négatives. Nous constatons des différences régionales importantes ($p \leq .000$ ***). De manière plus fréquente les suisses alémaniques associent des sentiments négatifs au concept de maladie mentale, par exemple quand ils déclarent : « être simplement triste ».

Tableau 10.44 : Item b18 : effet principal et contrastes

11 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
b18	M	2,52	1,71	2,25	$p=.010$	$p=.021$	$p \leq .000$
être simplement triste	SD	1,05	.769	.980	***	*	***

Les différences sont significatives entre les trois régions : D-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***); D-CH et I-CH ($p=.021$ *); F-CH et I-CH ($p \leq .000$ ***).

Les trois items suivants n'ont pas des effets significatifs dans les facteurs d'influences : « b20 quand les sentiments ont été blessés », « b27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer » et « b28 ne pas avoir d'amis ».

Les trois derniers items ont des tendances significativement pertinentes que je présente maintenant, l'une à la suite de l'autre.

Le premier présente une interaction entre la Région et l'Expérience de traitement pour l'item « b23 quand on est différent des autres » ($p=.067$ (*)). (cf. Annexe 2.2., Tableau 10.45 et Figure 10.14). Dans le groupe sans expérience de traitement, les suisses alémaniques se différencient des autres parents suisses de manière significative en affirmant moins fréquemment que la

maladie mentale est présente lorsqu'on est différent des autres : D-CH et F-CH ($p \leq 0.000$ ***) ; D-CH et I-CH ($p \leq 0.000$ ***). La région romande présente une différence avec une tendance significative entre les parents qui ont eu une expérience de traitement avec un des enfants et ceux qui ne l'ont pas eue ($p = 0.085$ (*)). Les parents romands sans expérience associent davantage que les parents avec expérience cette idée de la maladie mentale en lien avec le fait qu'on est différent des autres.

Le item suivant, « b32 quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner » a l'influence de l'effet principal du sexe ($p = 0.099$ (*)) (cf. Annexe 2.2., Tableau 10.46). Les pères ont une moyenne plus élevée mais il n'y a pas de différence significative après le T-test effectué avec les mères.

Le dernier item « b33 quelque chose qu'on a depuis la naissance » a une valeur significative dans l'Expérience de traitement ($p = 0.056$ (*))(cf. Annexe 2.2., Tableau 10.47). Nous retrouvons la moyenne plus élevée dans le groupe « avec expérience de traitement » mais la différence entre les deux groupes après le T-test n'est pas significative.

10.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions

Je présente maintenant les résultats qui ont été obtenus après avoir effectué l'analyse de variance multivariée qui nous permettra d'introduire ensuite l'analyse univariée pour chacun des facteurs.

10.2.4.1. Il n'y a aucun facteur d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivariée

L'analyse au niveau factoriel des concepts de maladie mentale, ne montre aucun effet significatif au test plurifactoriel multivarié. Je vais quand même me pencher sur les données au moyen d'une analyse univariée.

Tableau 10.48 : Test multivarié de la maladie mentale (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	0,497	4,000	0,738
Région	Wilks' Lambda	1,534	8,000	0,141
Expérience	Wilks' Lambda	0,962	4,000	0,428
Sexe	Wilks' Lambda	0,979	4,000	0,419
Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,131	8,000	0,340
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,671	8,000	0,102
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	1,837	4,000	0,121
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Voici le tableau des effets significatifs et des tendances significatives retrouvées à l'analyse plurifactorielle univarié.

Tableau 10.49 : Test univarié de la maladie mentale (facteurs)

	Effet Principal			Interaction		
	Région	Expé	Sexe	R/E	R/S	E/S
MI1						
MI4	p=.051 (*)					

Le premier facteur n'a aucun effet qui soit significatif. Le dernier facteur « MI4 émotions négatives » a une tendance significative pour le facteur d'influence Région ($p=.051$ (*)).(cf. Annexe 2.2., Tableau 10.50). Dans le groupe des parents suisses alémaniques, on retrouve significativement davantage l'association maladie mentale et émotions négatives que par rapport aux parents suisses romands. Les romands font moins cette association et cela aussi de manière significativement différente que les tessinois qui ressemblent plus aux suisses alémaniques : D-CH et F-CH ($p\leq.002$ ***) ; F-CH et I-CH ($p\leq.001$ ***).

10.2.5. Résumé des résultats des parents

Les parents pensent que la maladie mentale est quelque chose qu'il faut prendre au sérieux, elle interfère avec le fonctionnement quotidien de sorte qu'on n'arrive plus à gérer la vie quotidienne. En général les parents se rendent compte qu'il s'agit d'une réalité qu'on arrive à gérer moins bien que le physique et la détection peut s'avérer difficile, surtout lorsqu'il s'agit de ses enfants.

Lorsqu'on analyse les résultats par moyen de l'analyse factorielle on trouve quatre facteurs mais on en retient seulement deux : anormalité/quotidien perturbé et émotions négatives, les deux autres ont des coefficients de Cronbach trop bas ce qui indique une faible fiabilité interne : sérieux mystérieux et vision fataliste de la maladie mentale. Les différences régionales sont celle qui résultent les plus marquantes.

10.3. Les résultats concernant la maladie mentale à la lumière des hypothèses

Dans cette troisième partie du chapitre je vais vérifier les résultats présentées jusqu'à ce moment par rapport aux hypothèses de recherche formulées dans le chapitre méthodologique.

Concrètement je présenterai les résultats à la lumière des hypothèses qui ont été formulés dans le chapitre 7 : les générations, comparaison entre les adolescents et les parents ; les Régions, j'aborderai les différences entre les régions linguistiques ; le Sexe, les différences entre garçons et fille et entre père et mère ; la quatrième hypothèse concerne l'Expérience de traitement clinique : les familles avec une expérience de traitement clinique et les familles sans expérience de traitement et pour terminer l'hypothèse qui concerne les groupes d'Âges des adolescents.

10.3.1. Générations : adolescents et parents

Le tableau présente les moyennes des adolescents par ordre descendant et celles des parents par rapport à celles-là. La dernière colonne du tableau indique le degré de correspondance, à savoir de signifiante s'il y en a, entre la moyenne des adolescents et celle des parents. Entre les deux générations on observe que pour beaucoup d'items les différences sont fort significatives.

Tableau 10.51 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents

		Adolescent	Parent	Sig.
Bk31	quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.	3,26	3,63	p≤.000 ***
Bk21	qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	2,91	2,65	p≤.000 ***
Bk22	avoir du stress, des problèmes	2,77	2,38	p≤.000 ***
Bk24	quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	2,74	2,74	-
Bk34	quelque chose qui est difficile à définir.	2,73	2,44	p≤.000 ***
Bk29	quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	2,69	2,61	-
Bk26	quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique.	2,69	2,86	p=.007 **
Bk19	se sentir pas très bien	2,62	2,57	-
Bk25	qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	2,58	3,02	p≤.000 ***
Bk20	quand les sentiments ont été blessés	2,43	2,12	p≤.000 ***
Bk30	quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.	2,41	2,69	p≤.000 ***
Bk18	être simplement triste	2,38	2,22	p=.029 *
Bk28	ne pas avoir d'amis.	2,34	2,08	p=.001 ***
Bk32	quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.	2,32	1,85	p≤.000 ***
Bk27	quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	2,28	2,12	p=.012 **
Bk23	quand on est différent des autres	2,12	1,88	p=.001 ***
Bk33	quelque chose qu'on a depuis la naissance.	1,73	1,38	p≤.000 ***

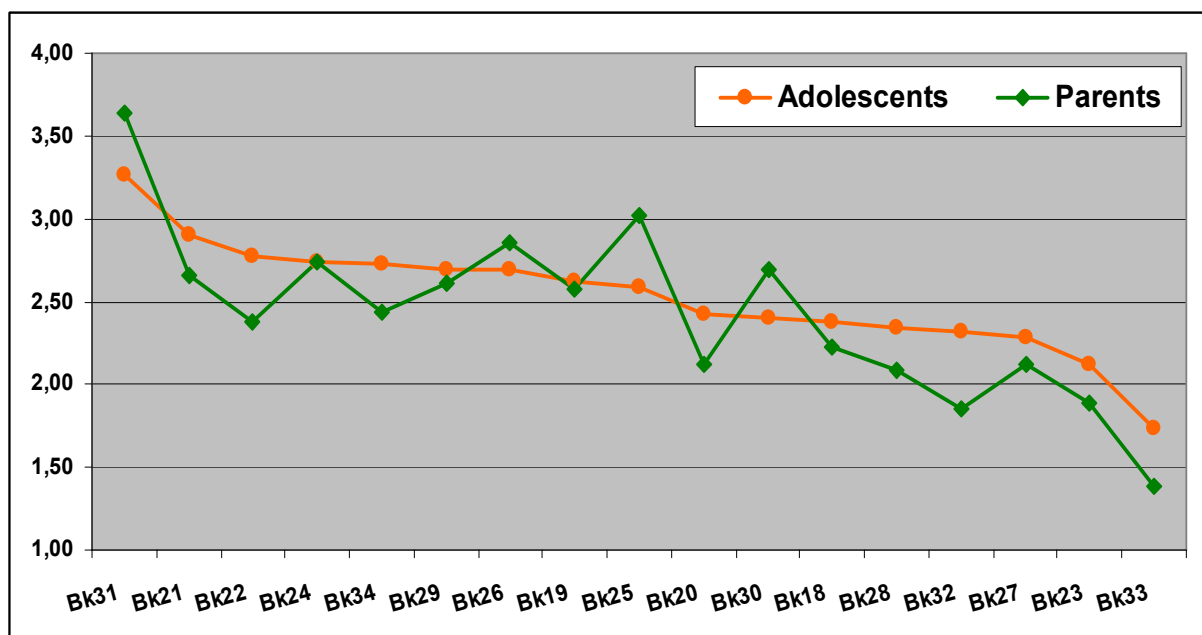
Le concept de maladie mentale correspond à « quelque chose de sérieux » autant pour les adolescents que pour les adultes. Il est aussi frappant d'observer que pour les deux générations c'est ce même item qui est le moins ponctué, donc le moins associé au concept de maladie mentale : il s'agit de l'item « Bk33 quelque chose qu'on a depuis la naissance ».

Le deuxième item que les adolescents associent au concept de maladie mentale est celui de la « localisation » ; pour les parents ce même item est seulement en 6^{ème} position. L'hypothèse

selon laquelle les adolescents associent la maladie mentale à l'endroit spécifique de la tête est confirmé, ils ont une ponctuation significativement majeure que les parents à l'item « Bk21qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête ». Les adolescents définissent aussi davantage que les parents la maladie mentale comme quelque chose qui nous rend différent des autres « B23 quand on est différent des autres ». La deuxième hypothèse a été confirmée. Pour les adolescents les problèmes et le stress sont aussi liés à la maladie mentale. Font-ils peut-être un lien étymologique ?

Le graphique ci-dessous reprend les données du tableau que je viens de commenter :

Figure 10.15 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Bk : maladie mentale



Les parents, eux, voient dans la maladie mentale un facteur qui rend la vie difficile et empêche de bien vivre son quotidien.

10.3.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne

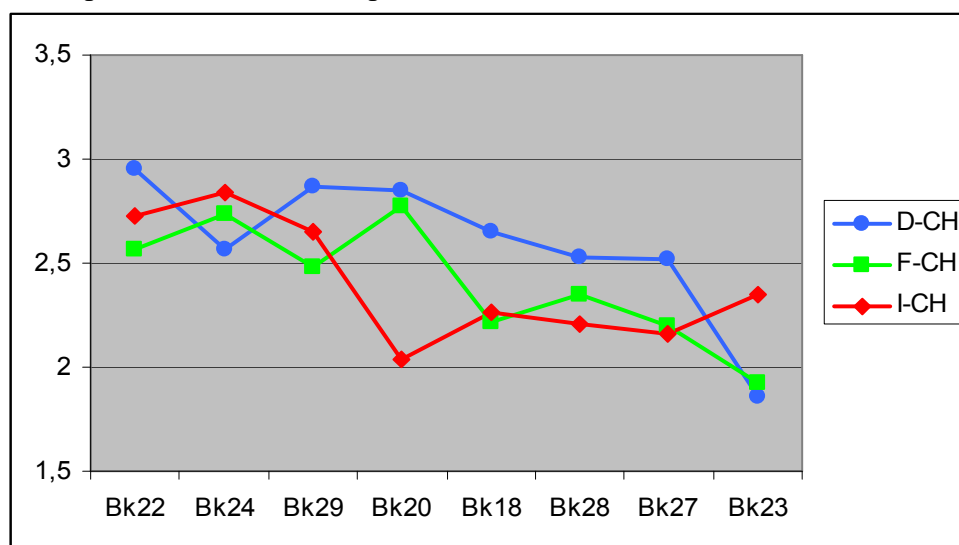
Pour les deux générations, le facteur d'influence le plus marquant a été la Région soit pour le concept de santé ou celui de maladie mentale.

En général les adolescents suisses alémaniques associent significativement davantage le concept de maladie mentale à des émotions ou à des sentiments négatifs que les tessinois et les romands. Ceci est évident si on regarde les facteurs de l'analyse en composantes principales « MI1

émotions négatives ». Le facteur significatif entre D-CH et F-CH est de ($p=.006^{**}$) et entre D-CH et I-CH est de ($p\leq.000^{***}$). Si on regarde les items attentivement on observe que dans six items qui composent ce facteur les suisses alémaniques ont toujours le score de la moyenne le plus élevé : « Bk18 être simplement triste », « Bk20 quand les sentiments ont été blessés », « Bk19 se sentir pas très bien », « Bk22 avoir du stress, des problèmes », « Bk28 ne pas avoir d'amis », « Bk27 quand on n'arrive pas bien à se concentrer ». Ces résultats confirment l'hypothèse qui affirmait que les suisses alémaniques associent la maladie mentale à un état d'âme, en ce cas des sentiments et des émotions négatives.

En ce qui concerne l'item « Bk23 quand on est différent des autres » (représenté en dernier sur le graphique 10.16), les tessinois ont des moyennes significativement plus élevées que les suisses alémaniques et les romands (D-CH et I-CH ($p\leq.000^{***}$) ; F-CH et I-CH ($p=.004^{**}$)) ils relient plus souvent le concept de maladie mentale avec la considération que l'on est différent des autres.

Figure 10.16 : Comparaison des 8 items dans lesquels les adolescents présentent des différences significatives entre les régions

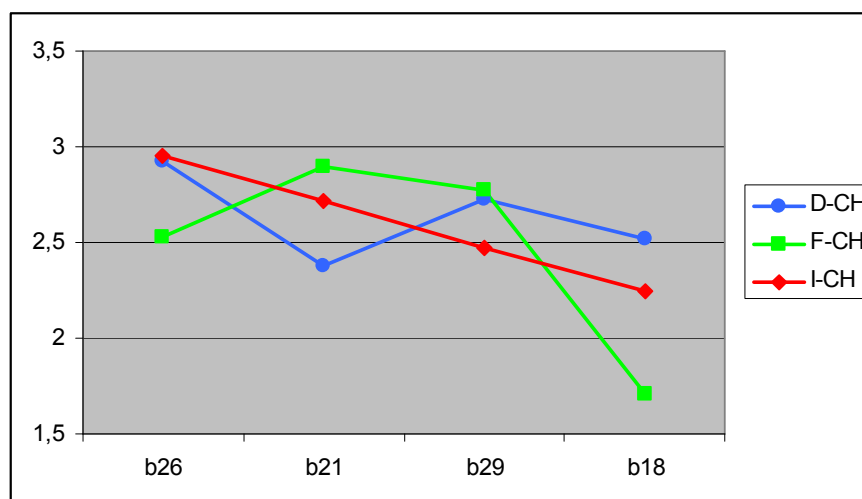


Résumons en disant que les suisses allemands ont une vision de la maladie mentale plus reliée aux sentiments et aux émotions négatives ; les tessinois conceptualisent de manière différente la maladie mentale, il la mettent plus par rapport à une norme associée à l'idée d'une différence par rapport aux autres.

Chez les parents c'est à nouveau le facteur Région qui établit des différences. Ces différences sont moins marquées que ne l'ont été pour les adolescents.

Voici le tableau qui résume les items avec un effet significatif au niveau de la Région :

Figure 10.17 : Comparaison entre les régions dans les 4 items qui présentent des différences significatives



Dans le premier item représenté sur le graphique, « b26 quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique », les parents de la Suisse romande se différencient du reste de la Suisse avec une moyenne nettement inférieure, ce qui signifie une correspondance plus basse de cet item avec le concept qu'ils ont de la maladie mentale : F-CH et D-CH ($p=.002$ **), F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). Chez les parents de la Suisse alémanique et du Tessin, l'idée que la maladie mentale est quelque chose qu'on arrive à moins bien gérer que la maladie physique est plus présente qu'en Suisse romande. En ce qui concerne l'item « b21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête », la différence significative entre les trois régions se situe entre la partie alémanique et la latine : D-CH et F-CH ($p\leq.000$ ***), D-CH et I-CH ($p=.002$ **). Dans la partie latine de la Suisse les parents associent davantage la maladie mentale à un dysfonctionnement cérébral.

L'item « b29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement. » montre une différence significative entre les tessinois et les romands (**) ainsi que entre les tessinois et les suisses alémaniques (*). Pour les parents alémaniques et romands la maladie mentale est présente lorsque des professionnels de la santé mentale recommandent de suivre un traitement. Le dernier item qui montre une différence significative « b18 être simplement triste » relie le concept de maladie mentale avec les émotions négatives. Les différences sont significatives entre les trois régions : D-CH et F-CH ($p\leq.000$ ***) ; D-CH et I-CH ($p=.021$ *) ; F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). Nous pouvons toutefois affirmer que les suisses alémaniques associent davantage des sentiments négatifs au concept de maladie mentale, par exemple quand ils déclarent : « être simplement triste » que ne le font les romands.

10.3.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères

Entre les garçons et les filles il n'y a pas des différences significatives en ce qui concerne les concepts de maladie mentale. Cela se vérifie à tous les niveaux, c'est-à-dire selon les Régions, les Âges et les groupes avec ou sans expérience de traitement. Il y a une valeur significative à l'analyse de variance univarié de l'item « Bk34 quelque chose qui est difficile à définir » mais après le T-test, qui est un test plus robuste, cette valeur ne l'est plus. Ce même item Bk34 présente deux contrastes significatifs. Je présente un ici et l'autre lorsque je parlerai des différences d'âge. Pour le groupe des filles des trois régions, les suisses romandes affirment, plus que les suisses italiennes ($p=.004$ **) et les suisses allemandes ($p=.012$ **), que la maladie mentale est « quelque chose difficile à définir ». Par contre, chez les garçons, alors que les différences entre les régions ne sont pas significativement importante, il est intéressant d'observer que les suisses allemands sont les seuls, parmi les trois régions linguistiques à affirmer que la santé mentale c'est un concept difficile à définir.

On peut donc conclure que c'est l'effet Région qui reste déterminant par rapport à l'effet Sexe, car les différences entre les garçons et les filles dans les différentes régions, ne sont pas significatives.

10.3.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique

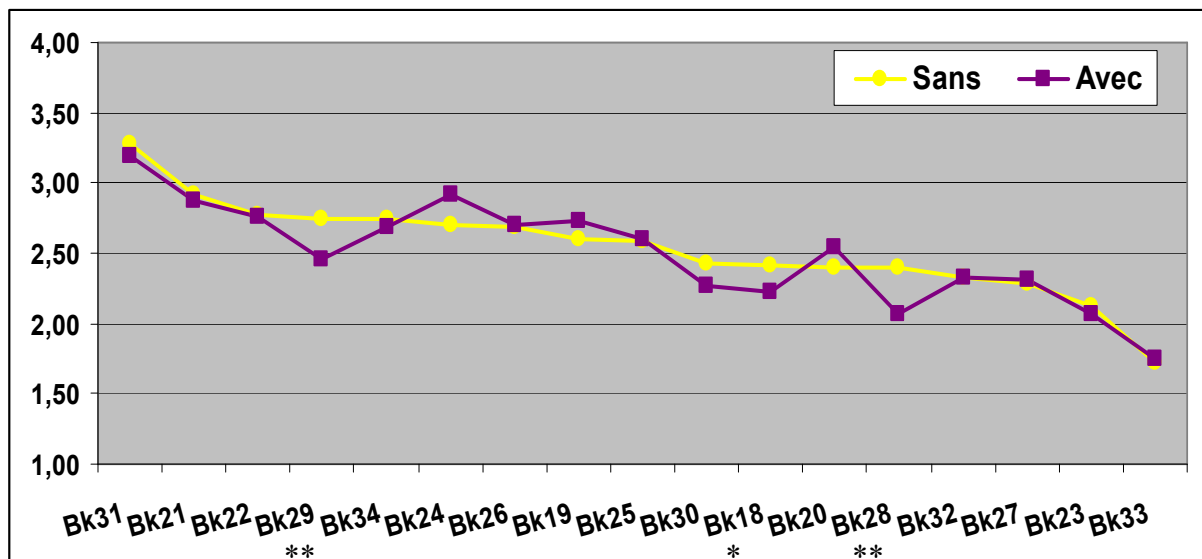
L'expérience de traitement clinique n'est pas un facteur d'influence très fort.

Tableau 10.52 : Ordre descendant des items par rapport aux groupe sans expérience de traitement

		Sans	Avec	Sig.
Bk31	quelque chose qu'on doit prendre au sérieux.	3,27	3,19	-
Bk21	qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête	2,91	2,88	-
Bk22	avoir du stress, des problèmes	2,78	2,75	-
Bk29	quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement.	2,74	2,46	$p=.013$ **
Bk34	quelque chose qui est difficile à définir	2,74	2,68	-
Bk24	quand on n'est pas en forme physiquement, on souffre aussi psychologiquement et vice-versa.	2,70	2,91	-
Bk26	quelque chose qu'on arrive à gérer moins bien que le physique	2,69	2,70	-
Bk19	se sentir pas très bien	2,60	2,73	-
Bk25	qu'on n'arrive plus à gérer son quotidien.	2,58	2,60	-
Bk30	quelque chose qu'on ne remarque pas tout de suite.	2,43	2,27	-
Bk18	être simplement triste	2,41	2,23	$p=.030$ *
Bk20	quand les sentiments ont été blessés	2,40	2,54	-
Bk28	ne pas avoir d'amis.	2,39	2,06	$p=.004$ **
Bk32	quelque chose qu'on n'arrive presque pas à soigner.	2,32	2,33	-
Bk27	quand on n'arrive pas bien à se concentrer.	2,28	2,32	-
Bk23	quand on est différent des autres	2,13	2,07	-
Bk33	quelque chose qu'on a depuis la naissance.	1,73	1,75	-

Le graphique suivant montre les différences entre les deux groupes d'adolescents « avec ou sans expérience de traitement clinique ».

Figure 10.18 : Comparaison entre les groupes avec ou sans expérience de traitement



Uniquement dans trois items (Bk29 ; Bk18 ; Bk20) nous observons une valeur significative entre les deux groupes. Le premier « Bk29 quand des professionnels, des psychologues et des psychiatres recommandent de suivre un traitement. » montre clairement comment les adolescents sans expérience de traitement clinique ont davantage de confiance dans l'avis des professionnels, ou en tout cas définissent la maladie mentale sur la base d'une suggestion de suivi thérapeutique. L'item « Bk18 être simplement triste » indique aussi une moyenne plus élevée en faveur des adolescents sans expérience de traitement. Le dernier item qui présente une différence significative entre les deux groupes est « Bk20 quand les sentiments ont été blessés ». Cette fois-ci c'est le groupe avec expérience de traitement à s'identifier majoritairement dans cette définition de la maladie mentale. En s'attendait à trouver une vision plus négative et stigmatisée de la maladie mentale de la part du groupe sans expérience de traitement ; cette hypothèse n'a pas été confirmée.

10.3.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents

Le facteur d'influence âge ne présente pas de différences significatives entre les quatre groupes. Seulement dans l'item « Bk34 quelque chose qui est difficile à définir », le contraste entre les facteurs Sexe et Âge, est significatif. Plus précisément on peut observer que les plus jeunes (<14) ont plus de difficulté à définir le concept de maladie mentale que les plus âgés (>16), la différence est statistiquement significative ($p=.005$ **).

Chapitre 11

Stratégies d'action/ de coping des adolescents et leurs parents en présence d'un problème psychologique

Par stratégies de coping nous entendons ce qui a été défini par Skinner et Wellborn (1994) „how people regulate their behavior, emotion, and orientation under conditions of psychological stress” (p. 112). Une large présentations des modèles de coping a été faite par Lucia Pancaldi dans son travail de licence à l'université de Zürich (2008).

11.1. Les stratégies d'action/ de coping des adolescents

Pour comprendre les stratégies d'action des adolescents en situation de dérangement psychologique, nous avons formulé la question de la manière suivante : « *E. Qu'est-ce que tu fais quand quelque chose te préoccupe mentalement/psychologiquement? Ecris, s'il te plaît, avec quelle fréquence tu fais les choses suivantes dans ces moments.* ». Cette formulation se trouve dans la partie E du questionnaire.

11.1.1. Les adolescents cherchent à se distraire avec la musique et la lecture

Vue globale des résultats : les items

Les adolescents qui ont participé à la partie quantitative étaient au total N=377; pour les analyses des stratégies de coping, les adolescents qui ont eu un ou plusieurs « *missing* » n'ont pas été pris en ligne de compte. L'ensemble des jeunes qui ont été retenus pour les analyses de ce bloc est donc de N= 347. Les adolescents qui ont participé à la partie qualitative étaient, comme pour les parties des concepts, N=51. Le tableau suivant illustre les résultats quantitatifs, par biais des moyennes et des écart-types de chaque item, selon les points que les jeunes ont attribué à chaque un : Jamais =1 ; Parfois = 2 ; D'ordinaire = 3 ; Toujours = 4.

Tableau 11.1 : Les items de la stratégie d'action en ordre descendant selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique.	347	3,12	0,77
Ek51 J'essaie de changer la situation.	347	3,03	0,79
Ek53 Je parle avec quelqu'un de mon problème.	347	2,75	0,93
Ek47 J'attends un peu, je me repose.	347	2,57	0,73
Ek50 Je pense que ce n'est pas si grave que ça.	347	2,33	0,81
Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul.	347	2,15	0,84
Ek49 Je vis avec.	347	2,12	0,84
Ek58 Je ne cherche aucune aide.	347	1,91	0,92
Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi.	347	1,91	0,76
Ek61 Je ne sais pas.	347	1,76	0,84
Ek56 J'essaie avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).	347	1,70	0,78
Ek60 Rien et personne ne peut m'aider.	347	1,56	0,72
Ek55 J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).	347	1,36	0,71
Ek54 Je prends des médicaments.	347	1,19	0,54
Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	347	1,12	0,37

Les items ont été classés par ordre descendant à partir de celui qui avait la moyenne la plus élevée. Le premier item (Ek48) est celui qui a reçu davantage des points. Cela correspond à dire que, selon les adolescents, cet item correspond à leurs stratégies d'action.

La stratégie choisie plus fréquemment par les adolescents qui s'imaginent être dans une situation de détresse psychologique, est celle qui correspond à l'item « Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique. ». En deuxième position, sans présenter un effet significatif entre les moyennes, il y a l'item « Ek51 J'essaie de changer la situation ».

Comparaison avec les données qualitatives

Les résultats qualitatifs pointent vers des stratégies visant une recherche d'aide dans l'entourage du jeune. La catégorie du « *social relation support* » est très ample. Chez les adolescents cela signifie souvent les parents : « *si je suis malade mentalement peut-être que j'irais chez mes parents* » (Fille, suisse romande) ; « *Zur meinem Mutter* » (Fille, suisse allemande).

Elle peut être aussi une aide spirituelle -un prêtre- ou un ami : « *Mentalement ? L'aide des autres...ou d'un prêtre, de mon copain ou d'une amie* » (Garçon, suisse romande) ; « *Bei einem psychischen Problem würde ich schneller zu einer Kollegin gehen* » (Fille, suisse allemande).

Peu importe avec qui, mais toujours quelqu'un capable de comprendre le jeune :

« *Psichico. parlarne con qualcuno che mi capisce.* » “*Psychique: parler avec quelqu'un qui me comprend*” (Garçon, suisse italienne).

En ce qui concerne les parents on retrouve la même nécessité de parler avec quelqu'un, des amis ou des collègues : « *Je vais parler avec d'autres personnes, d'autres amies... Plus chercher*

de l'exprimer avec d'autres personnes » (Mère, suisse romande) ; « *Da würde ich das eher mit meinen Freunden besprechen* » (Père, suisse allemand).

11.1.2. Stratégies de passivité face à des problèmes psychologiques

Vue globale des résultats : l'analyse en composantes principales

Nous avons analysé les stratégies d'action qu'un adolescent met en œuvre quand il est en face d'un problème d'ordre psychologique. L'analyse comporte 15 items repartis en 4 facteurs, après avoir effectué une conversion en 21 itérations. Le N qui a été retenu avec la fonction *listwise*, correspond à 347 adolescents. Le tableau suivant présente la saturation des items pour chaque facteur.

Tableau 11.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des stratégies d'action

	Component			
	1	2	3	4
Ek60 Rien et personne ne peut m'aider.	,766			
Ek58 Je ne cherche aucune aide.	,695			
Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul.	,602			
Ek53 Je parle avec quelqu'un de mon problème.	-,575			
Ek61 Je ne sais pas.	,536			
Ek49 Je vis avec.	,465		,352	
Ek55 J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc)		,695		
Ek54 Je prends des médicaments.		,682		
Ek56 J'essaie avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).		,632		
Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.		,445	-,336	
Ek50 Je pense que ce n'est pas si grave que ça.			,648	
Ek51 J'essaie de changer la situation.			,452	
Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique.				,778
Ek47 J'attends un peu, je me repose.				,654
Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi.			-,485	,486

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 21 iterations.

Le total de la variance expliqué avec les 4 facteurs est de 47,3% et la fiabilité interne entre tous les items correspond à un α de Cronbach de .434, ce qui correspond au plus bas α entre toutes les parties du questionnaire.

Le test de Kaiser et Barlett a la valeur suivante = .672. Le point de cassure du *scree test* n'est pas très clair. Il semble y avoir une inflexion après le troisième facteur mais pour une meilleure solution de cohérence et d'interprétation, j'ai gardé 4 facteurs. L'interprétation des composantes suit la procédure des chapitres précédents, c'est-à-dire, l'utilisation de la double source quantitative et qualitative, que j'ai schématisée dans les lignes suivantes.

Tableau 11.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. passivité $\alpha = .348$ (6 items)			
60.	Rien et personne ne peut m'aider.	.766	NOTHING HELPS
58.	Je ne cherche aucune aide.	.695	
59.	Je m'isole, je veux rester tout seul.	.602	RETRACTION/SILENCE
53.	Je parle avec quelque un de mon problème	-.575	
61	Je ne sais pas.	.536	I DON'T KNOW
49.	Je vis avec.	.465	
2. médicaments $\alpha = .509$ (4 items)			
55.	J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).	.695	MEDICINE
54.	Je prends des médicaments.	.682	ALTERNATIVE MEDICINE
56.	J'essaie avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.)	.632	ALTERNATIVE MEDICINE
57.	Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler	.445	
3. Self-help, minimalisation $\alpha = .422$ (3 items)			
50.	Je pense que ce n'est pas si grave que ça.	.648	POSITIVE/NEGATIVE THINKING
51.	J'essaie de changer la situation.	.452	CONTROL/SELF-EFFICACY
4. se distraire, attendre $\alpha = .361$ (4 items)			
48.	J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique.	.778	RELAX/DISTRACTION
47.	J'attends un peu, je me repose.	.654	TO WAIT
52.	J'attends que les autres viennent vers moi	.486	

Les premiers 3 items du facteur « **passivité** » montrent clairement l'attitude du jeune qui se renferme sur lui-même car il pense que il n'y a pas d'aide possible à son problème : « Rien et personne ne peut m'aider », « Je ne cherche aucune aide », « Je m'isole, je veux rester tout seul ». L'item 53 a une saturation négative, car ayant une formulation positive, il augmente négativement lorsque le jeune affirme le contraire, c'est-à-dire : « Je parle avec quelqu'un de mon problème ». Les deux stratégies qui restent : « Je ne sais pas » et « Je vis avec » sont les résultent d'une attitude plutôt ignorante et passive.

Le deuxième facteur comprend les items qui montrent une recherche active de la part du jeune, soit par des médicaments, soit par d'autres remèdes ou des solutions alternatives : « J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.) », « Je prends des médicaments », « J'essaie avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.) », « Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler ».

Dans le troisième facteur on retrouve les deux attitudes précédents, c'est-à-dire que d'une part on **minimalise**, mais de l'autre **on se mobilise soi-même** pour faire que les choses aillent mieux : « Je pense que ce n'est pas si grave que ça » et « J'essaie de changer la situation ».

On retrouve pour le dernier facteur des éléments de passivité mais formulés positivement, c'est-à-dire : **attendre, se distraire**. Ils sont exprimés par les adolescents de la manière suivante : « J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique », « J'attends un peu, je me repose » et « J'attends que les autres viennent vers moi ».

Quant à la fiabilité interne de chaque échelle, voici le coefficient α de Cronbach pour chaque une d'elles:

1. passivité $\alpha = .348$ (6 items)
2. médecine $\alpha = .509$ (4 items)
3. Self-help, minimalisation $\alpha = .097$ (2 items)
4. se distraire, attendre $\alpha = .361$ (3 items)

Les quatre échelles ont une fiabilité interne trop basse pour qu'on puisse poursuivre avec des analyses.

11.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

La présentation des items suit l'ordre utilisé dans la partie descriptive au commencement du chapitre. Nous commencerons par les analyses les plus complexes pour arriver aux analyses simples et détaillées. La première partie du chapitre présente les résultats concernant l'analyse de variance multivarié, ensuite une grille qui résume les résultats significatifs de l'analyse de variance univariés calculé pour chaque item, enfin l'analyse plus spécifique avec les T-test.

11.1.3.1. La région linguistique n'est plus le facteur d'influence principal

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

L'analyse de variance multivarié montre un effet significatif lors des effets principaux de l'Expérience, le Sexe et l'Âge ; ainsi que pour les contrastes entre les différents facteurs.

Tableau 11.4 : Test plurifactoriel multivarié des stratégies d'action (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	613,278	15,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	1,341	30,000	0,108
Expérience	Wilks' Lambda	2,168	15,000	0,007
Sexe	Wilks' Lambda	4,294	15,000	0,000
Âge	Wilks' Lambda	1,649	45,000	0,005

Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,563	30,000	0,030
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,463	30,000	0,054
Région * Âge	Wilks' Lambda	1,343	90,000	0,020
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	1,974	15,000	0,017
Expérience * Âge	Wilks' Lambda	1,515	45,000	0,017
Sexe * Âge	Wilks' Lambda	1,391	45,000	0,047
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

Contrairement aux résultats obtenus pour les concepts de santé et de maladie mentale, dans le cas des stratégies d'action autant les effets principaux que les contrastes, semblent être significatifs à l'exception de la Région.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Voici le tableau de l'analyse de variance univarié des facteurs principaux et des interactions.

Tableau 11.5 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux items

Items	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/Â	E/S	E/Â	S/Â
Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique.			p=.001 **					p=.048 *		
Ek51 J'essaie de changer la situation										
Ek53 Je parle avec quelqu'un de mon problème.			p≤.000 ***							p=.053 (*)
Ek47 J'attends un peu, je me repose.										
Ek50 Je pense que ce n'est pas si grave que ça.										
Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul.		p=.009 **		p=.026 *		p=.002 **				
Ek49 Je vis avec.			p=.069 (*)			p=.070 (*)				p=.002 **
Ek58 Je ne cherche aucune aide.										
Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi.			p=.006 **						p=.002 **	
Ek61 Je ne sais pas.			p=.001 **				p=.010 **			p=.057 (*)
Ek56 J'essaie avec des remèdes, des médecines										

naturelles (du thé, etc.).									
Ek60 Rien et personne ne peut m'aider.		p=.048 *	p=.098 (*)						p=.079 (*)
Ek55 J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).									
Ek54 Je prends des médicaments.				p=.023 *	p=.042 *		p≤.000 ***		
Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	p=.002 **	p≤.000 ***		p≤.000 ***	p=.008 **			p=.010 **	p=.002 **

En observant les résultats plus spécifiques de l'analyse de variance univarié, il est intéressant de voir la quantité d'effets principaux, ainsi que d'interactions qui montrent une valeur significative. Au total il y a 11 effets principaux et 2 tendances ; les interactions sont 10 et les tendances significatives dans les interactions sont 6. L'effet principal de la région est toujours présent et accentué. En outre on retrouve d'autres effets significatifs dans les autres facteurs d'influences que jusqu'à présent étaient restés cachées. La même observation vaut pour les interactions.

Je vais exposer les items l'un après l'autre, en présentant les moyennes et les écarts-types, ainsi que les graphiques pour mieux montrer les interactions qui présentent un effet significatif.

Dans le premier item « Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique » la différence entre les filles et les garçons est importante. Dans le tableau 11.6 on trouve les moyennes et les écarts-types des filles et des garçons avec le résultat du contraste entre les deux groupes (p=.005 **).

Tableau 11.6 : Item Ek48 : effet principal et contraste

1 ^{er} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique.	M SD	3,22 0,674	2,99 0,851	p=.005 **

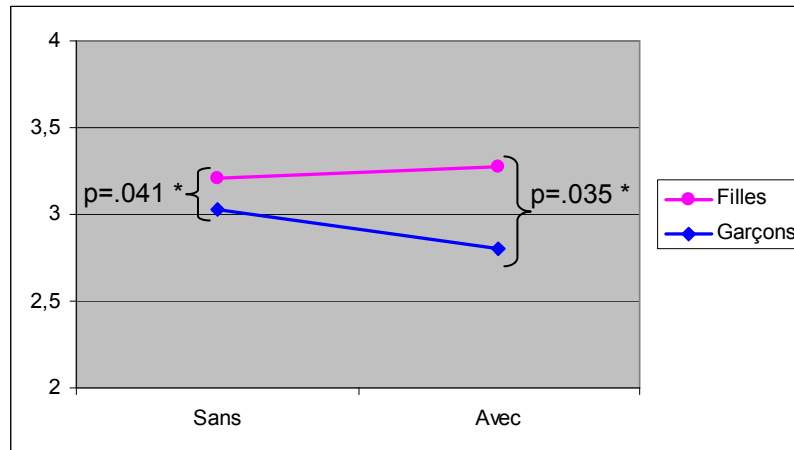
Le T-test montre que les filles choisissent significativement davantage la stratégie de distraction (p=.005 **) que les garçons.

L'interaction entre le Sexe et l'Expérience de traitement est aussi un élément qui provoque des différences significatives. Le groupe avec une expérience de traitement montre une différence entre les garçons et les filles (p=.035 *) légèrement plus accentuée que le groupe sans expérience (p=.041 *). Les filles utilisent davantage que les garçons la stratégie de la distraction.

Tableau 11.7 : Item Ek48 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience

p=.048 *		Filles	Garçons
Sans	M SD	3,21 0,680	3,03 0,831
Avec	M SD	3,27 0,649	2,80 0,939

Figure 11.1 : Item Ek48 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience



Le deuxième item « Ek51 J'essaie de changer la situation » n'a pas de différences significatives quant aux influences des facteurs.

Le 3^{ème} item « Ek53 Je parle avec quelqu'un de mon problème » se caractérise, lui aussi, par une différence significative entre les filles et les garçons ($p \leq .000$ ***).

Tableau 11.8 : Item Ek53 : effet principal et contraste

3 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Ek53	M	2,99	2,44	$p \leq .000$ ***
Je parle avec quelqu'un de mon problème.	SD	0,857	0,922	

L'effet principal du facteur Sexe est, dans cet item aussi, à faveur des filles ($p \leq .000$ ***). Lorsqu'elles ont un problème de type psychologique, elles ont notamment plus envie d'en parler à leur entourage que les garçons.

L'interaction que je présente par la suite entre le Sexe et l'Âge ajoute une information intéressante au résultat obtenu précédemment (cf. Annexe 2.3., Tableau 11.9. et Figure 11.2.). Elle montre bien que la différence entre les sexes est significative quand les adolescents sont plus jeunes. Vers l'âge de 16 ans, les garçons se rapprochent du comportement des filles: ils utilisent aussi cette stratégie de coping qui consiste à parler plus ouvertement de leur problème.

Les deux items successifs « Ek47 J'attends un peu, je me repose » et « Ek50 Je pense que ce n'est pas si grave que ça » n'ont pas d'effets principaux ni des interactions. Leurs différences ne présentent pas des effets significatifs.

L'item suivant, « Ek59 je m'isole, je veux rester tout seul », présente deux effets significatifs dans les facteurs d'influence de l'Expérience de traitement clinique ($p=.009^{**}$) et de l'Âge ($p=.026^*$). L'interaction où l'on trouve un importants effet de croisement des facteurs d'influence est entre Région et Sexe ($p=.002^{**}$). Je commence par présenter les effets principaux de l'Expérience et de l'Âge. La comparaison des résultats du T-test en ce qui concerne les groupes « avec ou sans expérience de traitement » est significative ($p=.003^{**}$).

Tableau 11.10 : Item Ek59 : effet principal et contraste

6 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul.	M SD	2,09 0,809	2,51 0,940	$p=.003^{**}$

Les adolescents avec une expérience de traitement choisissent significativement plus souvent la stratégie de s'isoler et de vouloir rester tout seul. De même les T-test entre les groupes d'âges présentent deux effets significatifs : entre le groupe d'âge <14 et 15-15,99 ($p=.001^{**}$) et entre 15-15,99 et >16 ($p=.027^*$). Il est intéressant d'observer une évolution et un progrès jusqu'à l'âge de 15-15,99; ensuite on voit une régression qui se rapproche des stratégies des plus jeunes.

Tableau 11.11 : Item Ek59 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Âge				Contraste					
		<14	14-14.99	15-15.99	>16	1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul.	M SD	1,95 0,799	2,16 0,911	2,36 0,815	2,09 0,826	-	$p=.001^{***}$	-	-	-	$p=.027^*$

L'interaction entre Sexe et Région dévoile un effet significatif entre les facteurs.

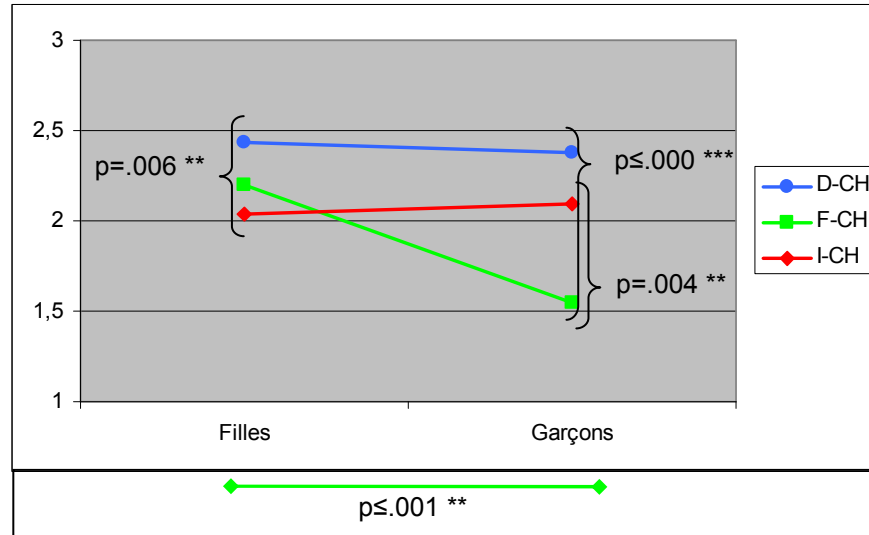
Tableau 11.12 : Item Ek59 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

$p=.002^{**}$		D-CH	F-CH	I-CH
Filles	M	2,43	2,20	2,04
	SD	0,893	0,797	0,757
Garçons	M	2,38	1,55	2,09
	SD	0,844	0,640	0,873

La seule région qui présente un effet significatif du sexe est la Suisse romande ($p=.001^{**}$). Les filles, plus que les garçons, font recours à cette stratégie, que l'on pourrait appeler d'isolement. Pour les divergences entre les régions à l'intérieur des groupes (filles/garçons) nous observons un effet significatif de la Région entre les filles D-CH et les filles I-CH ($p=.006^{**}$). Pour les garçons le T-test montre un important écart entre les romands et le reste des adolescents

suisse : D-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***), ainsi que entre F-CH et I-CH ($p = .004$ **). Les garçons romands utilisent moins souvent que les autres garçons suisses la stratégie de retrait et d'isolement.

Figure 11.3 : Item Ek59 : interaction entre les facteurs Région et Sexe



Le 7^{ème} item « Ek49 Je vis avec » se présente différemment chez les filles que chez les garçons, nous observons tendance vers un effet significatif ($p = .069$ *) (cf. Annexe 2.3. Tableau 11.13.) même si le T-test ne montre pas d'effet significatif entre les filles et les garçons.

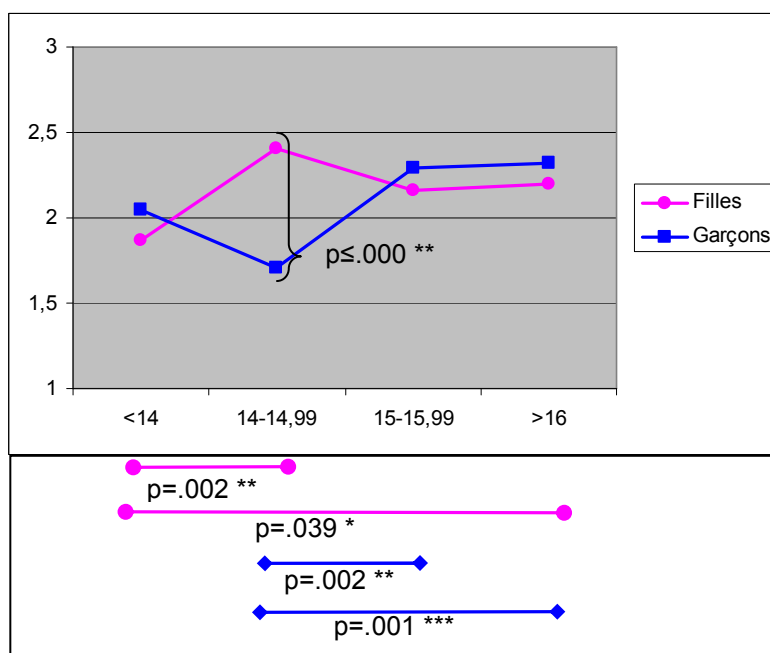
Cette même tendance à effet significatif apparaît dans l'interaction entre la Région et le Sexe ($p = .070$ *). Pour mieux saisir leurs différences, je présente en annexe 2.3. l'interaction entre les facteurs Région et Sexe (cf. Tableau 11.14. et Figure 11.4) et à la suite l'interaction entre l'Âge et le Sexe. Pour la première interaction on retrouve un schéma connu : chez les adolescents romands nous découvrons les plus grandes différences entre les sexes ; et ce sont eux qui ont la moyenne plus basse par rapports aux autres adolescents suisses. Ce résultats signifie que les romands assument moins souvent la stratégie de passivité et résignation « je vis avec » que ne le font les autres garçons suisses.

Pour ce qui concerne la deuxième interaction, celle entre Sexe et l'Âge qui présente un effet significatif important ($p = .002$ **), voici le tableau avec les données :

Tableau 11.15 : Item Ek49 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

$p = .002$ **		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Filles	M	1,87	2,41	2,16	2,20
	SD	0,718	0,756	0,799	0,855
Garçons	M	2,05	1,71	2,29	2,32
	SD	1,04	0,694	0,864	0,842

Figure 11.5 : Item Ek49 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge



La différence la plus remarquable, du point de vue des effets significatifs, est celle que l'on observe entre les garçons et les filles dans la tranche d'âge 14-14,99 ans. Les filles utilisent davantage la stratégie « je vis avec » que les garçons. On voit sur le graphique comment, pour les deux tranches d'âge successives, les filles et les garçons utilisent tout aussi fréquemment la stratégie « je vis avec ». Il existe d'autres effets significatifs entre les différentes tranches d'âge quand nous regardons uniquement le groupe des filles : il y a une différence significative à l'âge de <14 et 14-14,99 ($p=.002^{**}$) ainsi qu'entre les adolescents de <14 et >16 ans ($p=.039^{*}$). Chez les garçons il y a aussi des décalages selon l'âge : entre les 14-14,99 et les 15-15,99 ($p=.002^{**}$) ainsi qu'entre les 14-14,99 et les >16 ($p=.001^{***}$). Cette interaction montre que l'effet du sexe n'agit pas uniquement comme révélateur d'une différence entre les filles et les garçons mais aussi qu'à l'intérieur de ces groupes il y a des conduites différentes selon les tranches d'âge.

L'item suivant, « Ek58 je ne cherche aucun aide », n'a pas d'influences significatives entre les facteurs.

L'item, « Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi » est sensible aux influences du facteur Sexe ($p=.006^{**}$), ainsi que l'interaction entre l'Expérience de traitement et l'Âge ($p=.002^{**}$). Le T-test montre une différence significative entre les filles et les garçons ($p=.003^{**}$): elles utilisent davantage cette stratégie à connotation passive.

Tableau 11.16 : Item Ek52 : effet principal et contraste

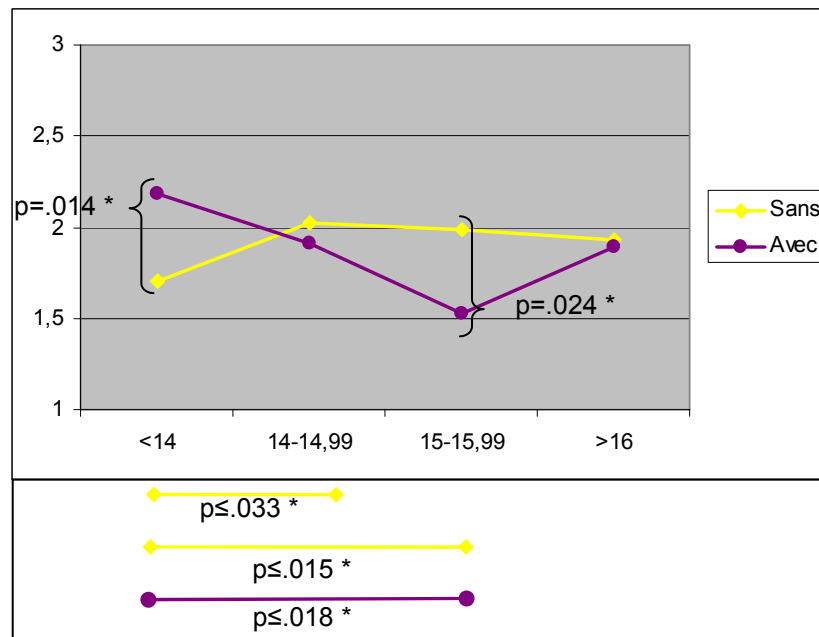
9 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste 1/2
		Filles	Garçons	
Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi.	M SD	2,02 0,699	1,78 0,806	$p=.003^{**}$

En ce qui concerne l'interaction, voici le tableau avec les moyennes et les écarts-types des différents groupes d'âge, qu'ils aient eu ou pas une expérience de traitement.

Tableau 11.17 : Item Ek52 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge

		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Sans	M	1,70	2,02	1,99	1,93
	SD	0,732	0,888	0,703	0,750
Avec	M	2,18	1,91	1,53	1,89
	SD	0,767	0,510	0,743	0,600

Figure 11.6 : Item Ek52 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge



Il est intéressant d'observer qu'à l'âge de <14 ans les réponses données par le groupe qui a ou qui n'a pas d'expérience de traitement s'inversent par rapport aux autres tranches d'âges. En effet, le groupe avec expérience de traitement clinique attend davantage que les autres aillent vers eux ($p=.014 *$). La différence entre les deux groupes est significative. Le deuxième effet significatif concernant à l'âge se réfère au groupe 15-15,99 ans. Cette fois-ci, c'est le groupe sans expérience qui à une moyenne significativement plus élevée ($p=.024 *$). A l'intérieur du groupe sans expérience de traitement, il y a des différences significatives entre les âges : entre <14 et 14-14,99 ($p=.033 *$) et entre <14 et 15-15,99 ($p=.015 *$). On en déduit que la moyenne s'élève avec l'âge. Dans le groupe avec expérience nous observons le phénomène contraire, la moyenne diminue avec l'âge entre <14 et 15-15,99, celle-ci devient significativement plus basse ($p=.018 *$).

Le 10^{ème} item, « Ek61 Je ne sais pas » a aussi l'influence d'un facteur, le Sexe ($p=.001 **$), et une interaction significative entre la Région et l'Âge ($p=.010 **$). La deuxième interaction présente uniquement une tendance significative entre le Sexe et l'Âge ($p=.057 (*)$).

Tableau 11.18 : Item Ek61 : effet principal et contraste

10 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Ek61	M	1,88	1,60	p=.003 **
Je ne sais pas	SD	0,890	0,753	

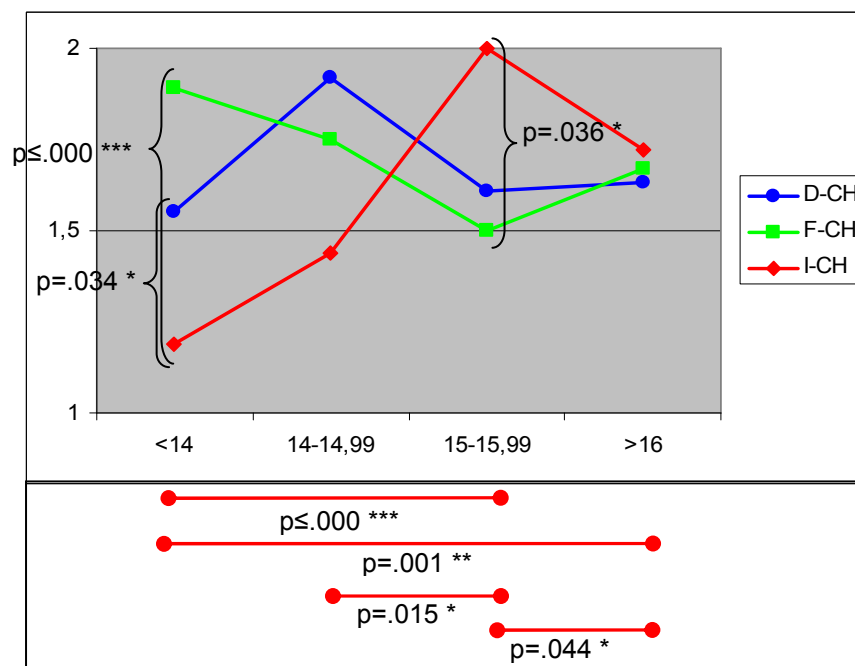
La différence entre les filles et les garçons a été calculée avec le T-test: le résultat est significatif (p=.002 **). Les filles affirment davantage que les garçons qu'elles ne savent pas quoi faire.

L'interaction entre les facteurs Région et Âge est intéressante :

Tableau 11.19 : Item Ek61 : interaction entre les facteurs Région et Âge

p=.010 **		<14	14-14,99	15-15,99	>16
D-CH	M	1,55	1,92	1,61	1,63
	SD	0,698	0,912	0,804	1,05
F-CH	M	1,89	1,75	1,50	1,67
	SD	0,680	1,00	0,577	0,577
I-CH	M	1,19	1,44	2,01	1,72
	SD	0,403	0,892	0,825	0,857

Figure 11.7 : Item Ek61 : interaction entre les facteurs Région et Âge



Uniquement les tessinois ont des différences significatives entre les âges : entre <14 et 15-15,99 il y a une grande croissance de la moyenne (p<=0.000 ***), entre 14-14,99 et 15-15,99 (p=0.015 *) Les adolescents jusqu'à 15,99 avouent souvent ne pas savoir ce qu'ils feront face à un problème de santé mentale. Entre <14 et >16 la différence entre les moyennes est significative, même si elle redescend (p=0.001 **); entre 15-15,99 et >16 la différence est toujours significative et la courbe est en baisse (p=0.044 *). En ce qui concerne les différences régionales par rapport aux âges, on observe des différences significatives chez les plus jeunes, <14. Remarquons qu'il s'agit

toujours de divergences par rapports aux tessinois qui ont le score plus bas : entre la D-CH et I-CH ($p=.034$ *) et entre F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). On retrouve le même phénomène à l'âge de 15-15,99, entre les D-CH et les I-CH ($p=.036$ *) mais cette fois les tessinois ont le score le plus haut.

L'interaction entre le Sexe et l'Âge est présentée en annexe (cf. Annexe 2.3., Tableau 11.20 et Figure 11.8). Dans le groupe des garçons on trouve plusieurs effets significatifs en relation avec l'âge : entre <14 et 15-15,99 ($p=.001$ ***); entre 14-14,99 et 15-15,99 ($p=.012$ *) et encore entre 15-15,99 et >16 ($p=.055$ (*)). Les effets significatifs du facteur d'influence Sexe se trouvent chez les adolescents les plus jeunes : entre filles et garçons de <14 ($p=.002$ **) et entre filles et garçons du groupe 14-14,99 ($p=.003$ **). Les courbes des garçons et des filles ont une particularité : les filles utilisent davantage cette stratégie vers les 14-14,99 ans, les garçons justes dans le groupe d'âge suivant. Ce même schéma nous allons le rencontrer dans les prochains items (cf. Ek60).

Le 11^{ème} item, « Ek56 J'essaie avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.). » n'a pas d'effets significatifs entre les facteurs.

Le 12^{ème} item, « Ek60 rien et personne ne peut aider », exprime un profond pessimisme devant un problème psychique. Cet item présente un effet significatif du facteur d'influence Expérience ($p=.048$ *) et une tendance significative du facteur d'influence Sexe ($p=.098$ (*)). Dans les interactions il y a une autre tendance significative entre les facteurs Sexe et Âge ($p=.079$ (*)).

Tableau 11.21 : Item Ek60 : effet principal et contraste

12 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Ek60	M	1,52	1,75	$p=.036$ *
Rien et personne ne peut aider	SD	0,715	0,726	

Le résultat du T-test entre les moyennes des groupes « avec ou sans expérience de traitement » est significatif ($p=.036$ *). Le groupe avec expérience de traitement utilise significativement plus souvent cette manière de réagir face à un problème de santé psychique.

En ce qui concerne le facteur d'influence Sexe (cf. Annexe 2.3, Tableau 11.22). Le T-test qui calcule l'effet significatif entre les moyennes des filles et des garçons n'est pas significatif. L'interaction qui présente une tendance significative entre les facteurs Sexe et Âge a été explorée pour voir si on retrouve les mêmes effets significatifs qu'aux items précédents (cf. Annexe 2.3, Tableau 11.23. et Figure 11.9.). Elle présente un graphique semblable à celui de l'item Ek61 : les filles utilisent davantage cette stratégie à une âge plus précoce que les garçons. Dans le groupe des garçons on trouve plusieurs effets significatifs en relation avec l'âge : entre

<14 et 15-15,99 ($p=.009^{**}$) ; entre 14-14,99 et 15-15,99 ($p=.041^{*}$) et encore entre 15-15,99 et >16 ($p=.086^{*}$). Les filles aussi présentent un âge où il y a un pic, dans ce cas c'est 14-14,99 ans et ensuite une redescente avec une moyenne semblable dans les autres groupes d'âges. L'effet significatif du facteur d'influence Sexe se trouve entre les filles et garçons de 14-14,99 ans ($p=.004^{**}$).

L'item suivant, « Ek55 J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acupuncture, etc.) », ne montre pas non plus d'influences des facteurs ni des interactions qui soient significatives.

L'avant dernier item, « Ek54 Je prends des médicaments », montre bien clairement des différences significatives par rapport à l'Âge ($p=.023^{*}$), ainsi que deux interactions significatives entre la Région et l'Expérience ($p=.042^{*}$) et entre la Région et l'Âge ($p\leq.000^{***}$).

Tableau 11.24 : Item Ek54 : effet principal et contrastes

14 ^{ème} item		Effet Principal : Âge					
		<14	14-14.99	15-15.99	>16		
Ek54 Je prends des médicaments.	M	1,34	1,29	1,11	1,09		
	SD	0,770	0,663	0,310	0,333		
		Contraste					
		1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
		-	$p=.013^{*}$	$p=.011^{*}$	$p=.038^{*}$	$p=.032^{*}$	-

Les résultats du T-test montrent plusieurs effets significatifs entre les groupes d'âges. Les différences pertinentes sont quatre : entre <14 et 15-15,99 ($p=.013^{*}$), entre <14 et >16 ($p=.011^{*}$), entre 14-14,99 et 15-15,99 ($p=.038^{*}$) et entre 14-14,99 et >16 ($p=.032^{*}$). Il existe un clivage entre les deux premiers groupes d'âge et les deux derniers. Les adolescents plus jeunes utilisent davantage cette stratégie de faire recours aux médicaments, les plus âgés ne semblent pas en faire autant d'usage.

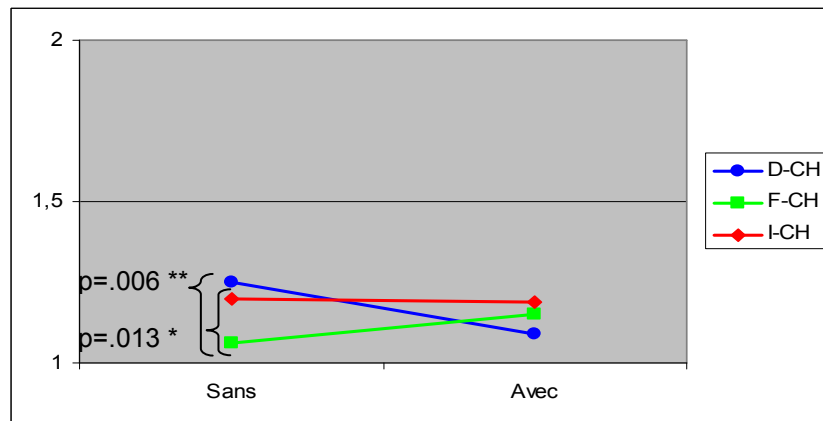
Je présente maintenant la première interaction entre la Région et l'Expérience :

Tableau 11.25 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

$p=.042^{*}$		Sans	Avec
D-CH	M	1,25	1,09
	SD	0,564	0,294
F-CH	M	1,06	1,15
	SD	0,224	0,475
I-CH	M	1,20	1,19
	SD	0,598	0,579

Une différence significative est observable seulement dans le groupe « sans expérience de traitement », en particulier entre les D-CH et les F-CH ($p=.006^{**}$) ainsi qu'entre les F-CH et les I-CH ($p=.013^{*}$).

Figure 11.10 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

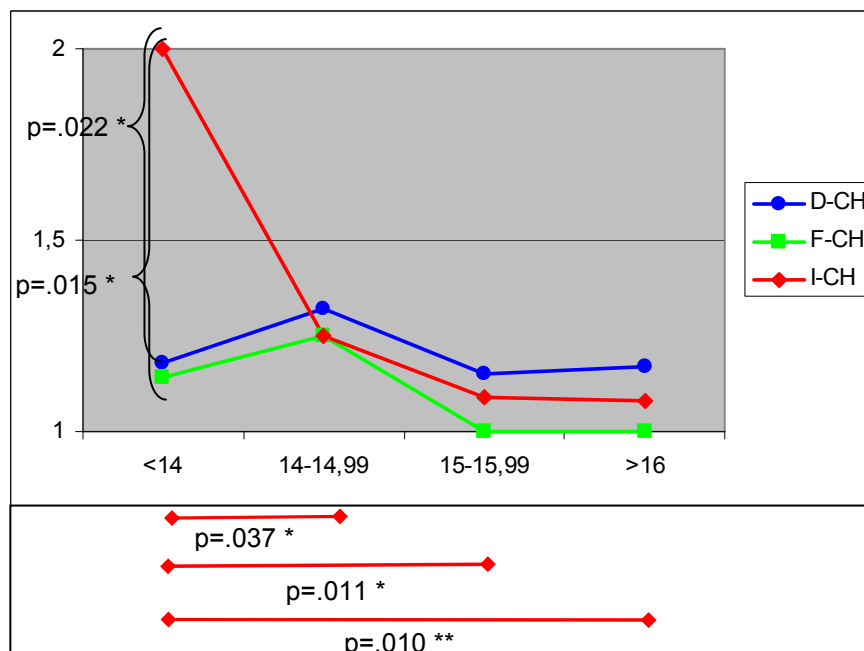


La deuxième interaction apparaît entre les facteurs Régions et Âges.

Tableau 11.26 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Âge

p≤.000 ***			<14	14-14,99	15-15,99	>16
D-CH	M		1,18	1,32	1,15	1,17
	SD		0,483	0,662	0,368	0,482
F-CH	M		1,14	1,25	1,00	1,00
	SD		0,343	0,774	0	0
I-CH	M		2,06	1,25	1,09	1,08
	SD		1,34	0,577	0,296	0,268

Figure 11.11 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Âge



Dans le groupe des <14 ans il y a de grosses différences entre la Suisse italienne et le reste de la Suisse : en premier I-CH et D-CH ($p=.022$ *), en deuxième I-CH et F-CH ($p=.015$ *). Ce graphique du contraste montre que la Suisse italienne est aussi la seule qui présente des

différences significatives entre les groupes d'âge : <14 et 14-14,99 ($p=.037^*$), entre <14 et 15-15,99 ($p=.011^*$) et entre <14 et >16 ($p=.010^{**}$).

Le dernier item « Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler », présente des effets significatifs dans les facteurs : Région ($p=.002^{**}$), Expérience ($p\leq.000^{***}$) et l'Âge ($p\leq.000^{***}$). Il y a aussi trois interactions qui ont des effets significatifs : entre la Région et l'Expérience ($p=.008^{**}$) ; entre l'Expérience et le Sexe ($p=.010^{**}$) ; entre l'Expérience et l'Âge ($p=.002^{**}$).

Je présente ici les contrastes de l'effet principal Région :

Tableau 11.27 : Item Ek57 : effet principal et contrastes

15 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	M SD	1,17 0,438	1,27 0,518	1,04 0,199	-	$p=.005^{**}$	$p=.001^{***}$

Les résultats des T-test montrent des effets significatifs dans les comparaisons du Tessin avec le reste de la Suisse : D-CH et I-CH ($p=.005^{**}$) ; F-CH et I-CH ($p=.001^{**}$). Les tessinois font moins appel à des lignes téléphoniques spécialisées pour résoudre leurs problème de santé mentale.

Le deuxième effet principal qui présente des données d'une certaine importance est l'Expérience de traitement :

Tableau 11.28 : Item Ek57 : effet principal et contrastes

15 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	M SD	1,09 0,292	1,33 0,610	$p=.006^{**}$

Le résultat du T-test montre un effet significatif entre les groupes ($p=.006^{**}$) en faveur du groupe ayant une expérience de traitement clinique. Les adolescents avec une expérience de traitement clinique font plus souvent appel à ces lignes téléphoniques spécialisées.

Le troisième effet principal est celui de l'Âge : des effets significatifs entre les groupes d'âges sont aussi à mettre en relief : entre <14 et 15-15,99 ($p=.007^{**}$) ; entre <14 et >16 ($p=.001^{***}$) ; entre 14-14,99 et 15-15,99 ($p=.009^{**}$) et entre 14-14,99 et >16 ($p=.002^{**}$).

Tableau 11.29 : Item Ek57 : effet principal et contrastes

14 ^{ème} item		Effet Principal : Âge				Contraste					
		<14	14-14.99	15-15.99	>16	1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	M	1,21	1,24	1,06	1,03						
	SD	0,408	0,523	0,308	0,179						
						-	$p=.007^{**}$	$p=.001^{***}$	$p=.009^{**}$	$p=.002^{**}$	-

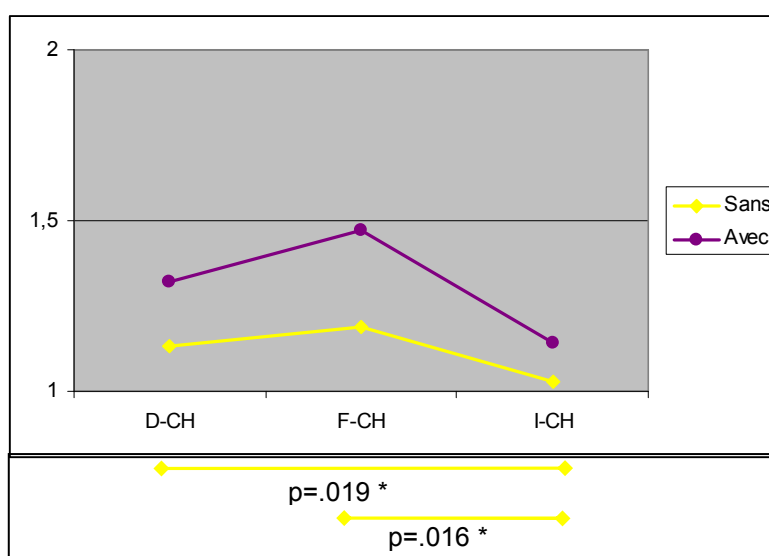
Avec la progression de l'âge cette stratégie est de moins en moins utilisée.

Le premier contraste surgit entre la Région et l'Expérience : voici le tableau avec les moyennes et les écarts-types des régions, ayant eu ou pas un Expérience de traitement.

Tableau 11.30 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

p=.008 **		Sans	Avec
D-CH	M	1,13	1,32
	SD	0,368	0,646
F-CH	M	1,19	1,47
	SD	0,394	0,697
I-CH	M	1,03	1,14
	SD	0,173	0,363

Figure 11.12 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Région et Expérience



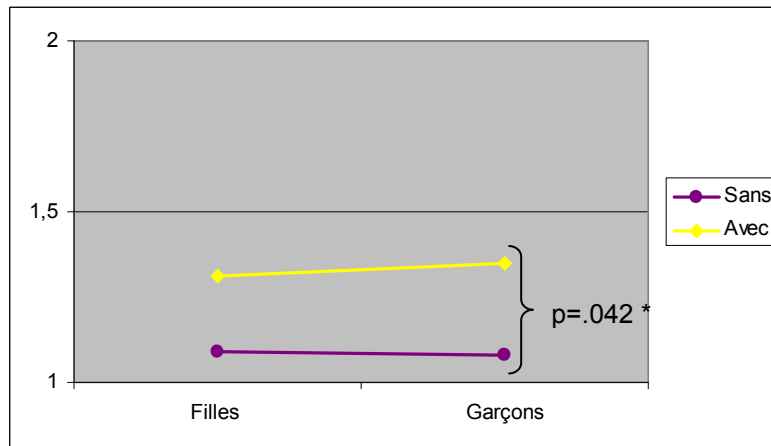
Les deux effets significatifs qui résultent du calcul des contrastes avec le T-test, se trouvent dans le groupe « sans expérience de traitement » entre les tessinois et les reste des adolescents suisses : I-CH et D-CH ($p=.019 *$) et entre I-CH et F-CH ($p=.016 *$). Même si les différences entre les groupes ayant ou pas un Expérience de traitement ne sont pas significatives, il est intéressant d'observer que ceux qui n'ont pas eu d'Expérience ont les moyennes les plus élevées des les trois régions suisses. Ce résultat confirme les résultats présenté au tableau 11.28, les adolescents avec expérience de traitement dans les trois régions suisses utilisent majoritairement cette stratégie par rapport à ceux qui n'ont pas eu d'expérience clinique.

L'interaction suivante se produit entre les facteurs Expérience et Sexe :

Tableau 11.31 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe

p=.010 **		Sans	Avec
Filles	M	1,09	1,31
	SD	0,309	0,604
Garçons	M	1,08	1,35
	SD	0,269	0,629

Figure 11.13 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe



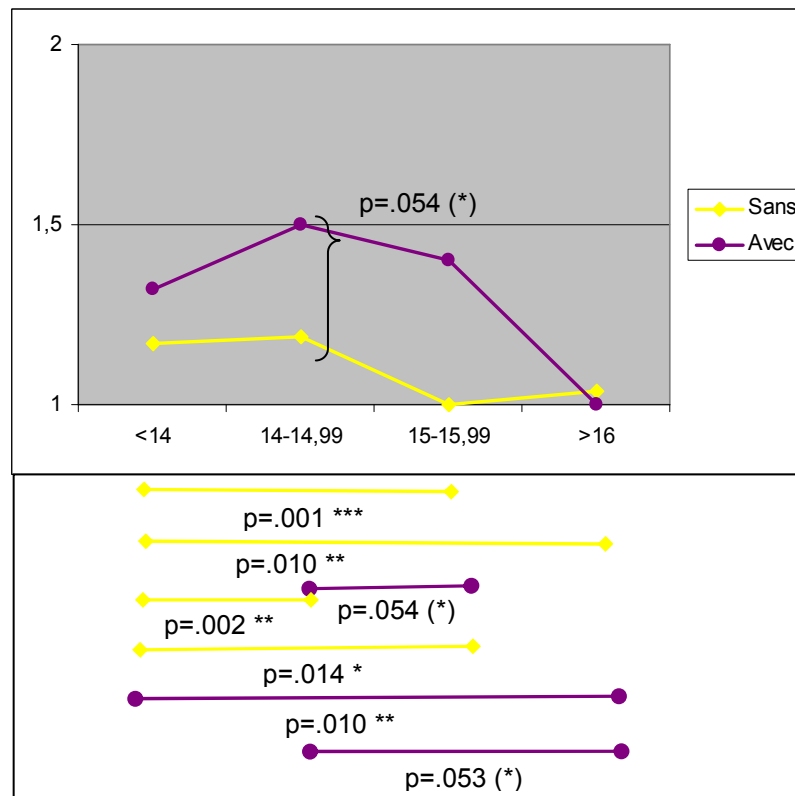
La seule différence significative qui ressort des T-test est celle que l'on trouve entre le groupe des garçons « sans expérience » et ceux qui en ont ($p=.042 *$).

Nous retrouvons la troisième interaction entre le facteur Expérience et l'Âge.

Tableau 11.32 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge

$p=.002 **$		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Sans	M	1,17	1,19	1,00	1,04
	SD	0,383	0,437	0	0,188
Avec	M	1,32	1,50	1,40	1,00
	SD	0,477	0,798	0,737	0

Figure 11.14 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge



Le groupe « sans expérience » présente un clivage entre les quatre groupes d'âge. Les deux premiers, les plus jeunes, ont des moyennes significativement plus élevées que les deux groupes d'adolescents plus âgés. Voici les effets significatifs : entre <14 et 15-15,99 ($p=.001$ ***), entre <14 et >16 ($p=.010$ **); entre 14-14,99 et 15-15,99 ($p=.014$ *) et entre 14-14,99 et >16 ($p=.002$ **). Dans le groupe avec expérience il y a une différence significative entre <14 et >16 ($p=.010$ **), les autres données pertinentes étant plutôt des tendances : entre 14-14,99 et >16 ($p=.053$ (*)); entre 15-15,99 et 16 ($p=.054$ (*)).

Les résultats confirment ce que nous avons présenté auparavant, c'est-à-dire que les adolescents avec une expérience de traitement utilisent davantage cette stratégie d'aide relative au lignes téléphoniques (cf. Tableau 11.28) et qu'avec la progression de l'âge cette stratégie s'estompe petit à petit (cf. Tableau 11.29).

11.1.4. Résumé des résultats des adolescents

La plupart des adolescents qui est confronté ou s'imagine de l'être, à un problème de santé mentale, dit de chercher à se distraire en écoutant de la musique ou en lisant. Ils essaient de résoudre par eux même le problème, seulement dans un deuxième temps ils vont en parler avec quelqu'un. Dans les résultats qualitatifs on observe que la majorité des jeunes lorsqu'ils cherchent une aide le cherchent dans leur entourage, c'est-à-dire les parents, les amis, frères ou sœurs, etc.

Contrairement aux concepts de santé et maladie mentale dans lesquels on observait une forte influence du facteur Région, dans les stratégies la Région n'a pas d'influence, c'est plutôt l'Expérience de traitement, le Sexe et l'Âge qui marquent les différences. La description détaillée se trouve dans le dernier sous-chapitre, 11.3. qui commente les résultats à la lumière des hypothèses.

11.2. Les stratégies d'action/ de coping des parents

Pour comprendre les stratégies d'action des parents en situation de dérangement psychologique pour l'un de leurs enfants, nous avons formulé la question de la manière suivante : « *E. Qu'est-ce que vous diriez à votre fils/fille quand il/elle a quelque chose qui le/la préoccupe* »

mentalement/psychologiquement? Écrivez, s'il vous plaît, avec quelle fréquence vous lui dites les choses suivantes dans ces moments. ». Cette formulation se trouve dans la partie E du questionnaire. Parmi les 16 différentes conseils que les parents peuvent donner à leur enfant, ils doivent pour chaque item signaler s'il s'agit d'un conseil qu'on leur donne « jamais », « parfois », « d'ordinaire » ou « toujours ».

11.2.1. Je dirais à mon fils qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème

Vue globale des résultats : les items

Les parents qui ont participé à la partie quantitative étaient au total N=442; pour les analyses des stratégies de coping, les parents qui ont été pris en ligne de compte, car ils n'avaient pas de missing, était de N=416. Les parents qui ont participé à la partie qualitative étaient, comme pour les parties des concepts, N=50.

Le tableau suivant illustre les résultats quantitatifs, par biais des moyennes et des écart-types de chaque item, selon les réponses que les parents ont données : Jamais =1 ; Parfois = 2 ; D'ordinaire = 3 ; Toujours = 4. Les items ont été classés par ordre descendant à partir de celui qui avait la moyenne la plus élevée.

Tableau 11.33 : Les items de la stratégie d'action en ordre descendant selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème.	416	3,24	0,80
e51 D'essayer de changer la situation.	416	2,91	0,80
e48 D'essayer de se distraire:lire, écouter de la musique.	416	2,61	0,75
e47 D'attendre un peu, de se reposer.	416	2,61	0,76
e56 D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).	416	2,14	0,82
e55 D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).	416	2,00	0,92
e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça.	416	1,94	0,80
e57 Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	416	1,74	0,82
e49 Qu'il doit vivre avec.	416	1,55	0,77
e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation.	416	1,47	0,66
e52 D'attendre que les autres vont aller vers lui.	416	1,37	0,58
e54 De prendre des médicaments.	416	1,24	0,46
e58 Qu'il ne doit chercher aucune aide.	416	1,16	0,51
e59 De se retirer et de rester tout seul.	416	1,12	0,39
e60 Je pense que rien et personne puisse l'aider.	416	1,05	0,26

La stratégie plus souhaitée de la par des parents pour leurs fils/filles adolescents est celle qui se réfère à confier son problème à quelqu'un « e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème. ». La deuxième, en ordre de préférence est celle qui les encourage à changer la situation « e51 D'essayer de changer la situation. »

Comparaison avec les données qualitatives

La catégorie **des rapports sociaux** est très ample. Les parents manifestent la nécessité de parler avec quelqu'un: amis ou collègues : « *Je vais parler avec d'autres personnes, d'autres amies... Plus chercher de l'exprimer avec d'autres personnes* » (Mère, suisse romande), « *Da würde ich das eher mit meinen Freunden besprechen* » (Père, suisse allemand).

11.2.2. Je lui dirais d'attendre et de se distraire un peu...

Vue globale des résultats : l'analyse en composantes principales

Les 15 items qui définissent les stratégies que les parents adoptent face aux enfants qui présentent un problème d'ordre psychologique, ont été étudiés à l'aide d'une analyse en composantes principales. Après une conversion en 12 itérations et, en regardant le point de cassure du *scree test* qui se trouve après le 5 facteur, j'ai décidé de garder la solution en 5 facteurs. Le N qui a été retenu avec la fonction *listwise*, correspond à 416 parents. Le total de la variance expliqué avec les 5 facteurs est de 56,5% et la fiabilité interne entre tous les items correspond à un α de Cronbach de .652. Le test de Kaiser et Barlett a une valeur de .689.

Le tableau suivant présente la saturation des items pour chaque facteur.

Tableau 11.34 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des stratégies d'action

Pattern Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
e47 D'attendre un peu, de se reposer.	,777				
e48 D'essayer de se distraire:lire, écouter de la musique.	,731				
e51 D'essayer de changer la situation.	,455				,378
e59 De se retirer et de rester tout seul.		,768			
e60 Je pense que rien et personne puisse l'aider.		,706			
e58 Qu'il ne doit chercher aucune aide.		,622			
e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation.		,473			
e55 D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).			,854		
e56 D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).			,819		
e54 De prendre des médicaments.			,443		,360
e49 Qu'il doit vivre avec.				,709	
e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça.				,651	
e52 D'attendre que les autres vont aller vers lui.				,648	
e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème.					,772
e57 Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.					,614

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 12 iterations.

Pour l'interprétation des composantes j'ai procédé comme dans les chapitres précédents, c'est-à-dire, en utilisant la double source quantitative et qualitative, que j'ai schématisée dans les lignes suivantes.

Tableau 11.35 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. se distraire, attendre $\alpha = .634$ (3 items)			
47.	D'attendre un peu, je se reposer.	.777	TO WAIT
48.	D'essayer de se distraire: lire, écouter de la musique.	.731	RELAX/DISTRACTION
51.	D'essayer de changer la situation.	.455	CONTROL/SELF-EFFICACY
2. passivité $\alpha = .502$ (4 items)			
59.	De se retirer et rester seul.	.768	RETRACTION/SILENCE
60.	Je pense que rien et personne ne puisse l'aider.	.706	NOTHING HELPS
58.	Qu'il ne doit chercher aucune aide.	.622	
61	Je ne sais pas ce que je lui dirai dans cette situation	.473	I DON'T KNOW
3. médicaments $\alpha = .643$ (3 items)			
55.	D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acupuncture, etc.).	.854	MEDICINE
56.	D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.)	.819	ALTERNATIVE MEDICINE
54.	De prendre des médicaments.	.443	ALTERNATIVE MEDICINE
4. minimalisation $\alpha = .542$ (3 items)			
49.	Qu'il doit vivre avec.	.709	
50.	De penser qu'enfin, ce n'est pas si grave que ça.	.651	POSITIVE/NEGATIVE THINKING
52.	D'attendre que les autres vont aller vers lui	.648	
5. parler avec quelqu'un $\alpha = .319$ (2 items)			
53.	Qu'il devrait parler avec quelque un de son problème	.772	
57.	Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	.614	POSITIVE/NEGATIVE THINKING

Le facteur englobe des items qui expriment les conseils données par les parents aux adolescents; ce sont des stratégies qui poussent le jeune vers la distraction, en minimisant le problème qu'il manifeste: **attendre, se distraire**.

Les quatre items du facteur nommé **passivité**, montrent très clairement que les suggestions données aux jeunes ne donnent aucun espoir; il est préférable de rester passif : « De se retirer et rester seul. », « Je pense que rien et personne ne puisse l'aider. », « Qu'il ne doit chercher aucune aide. », « Je ne sais pas ce que je lui dirai dans cette situation ».

Le troisième facteur inclut les items qui encouragent le jeune à une recherche active, soit par des médicaments, soit par d'autres remèdes ou d'autres solutions: « D'essayer avec la médecine

alternative (homéopathie, acuponcture, etc.) », « De prendre des médicaments », « D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).

Le quatrième facteur présente des conseils qui rappellent le premier: on **minimalise** tout en restant passif: « Qu'il doit vivre avec », « De penser que ce n'est pas si grave que ça » et « D'attendre que les autres vont aller vers lui ».

Le dernier facteur, le seul qui diffère de celui des adolescents, nous l'avons appelé : **parler avec quelqu'un**. Les items sont deux : « Qu'il devrait parler avec quelque un de son problème » et « Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler. »

Je vais présenter le coefficient α de Cronbach qui indique la fiabilité interne des facteurs:

1. se distraire, attendre $\alpha = .634$ (3 items)
2. passivité $\alpha = .503$ (4 items)
3. médecine $\alpha = .643$ (3 items)
4. minimalisation $\alpha = .542$ (3 items)
5. parler avec quelqu'un $\alpha = .319$ (2 items)

Les coefficients α de Cronbach des cinq échelles sont trop bas, ce qui signifie une basse fiabilité interne des échelles. Nous n'allons pas poursuivre les analyses avec les facteurs.

11.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

Nous présentons ici les items les uns après les autres, suivant l'ordre d'apparition dans la partie descriptive. Comme pour le chapitre précédant nous partons des analyses les plus complexes pour arriver aux simples et détaillées. La première partie du chapitre décrit les résultats concernant l'analyse de variance multivarié, ensuite une grille résume les résultats significatifs l'analyse de variance univarié calculé pour chaque item; enfin nous effectuons une analyse plus spécifique avec les T-test.

11.2.3.1. La Région linguistique et le Sexe sont les facteurs d'influence principaux

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Les valeurs significatives présentes dans l'analyse plurifactorielle multivarié, l'analyse de variance multivarié, montre les effets principaux pour la région et le sexe ; ainsi qu'un contraste entre région et expérience (ils sont entourés en vert).

Tableau 11.36 : Test plurifactoriel multivarié des stratégies d'action/ de coping (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	962,018	15,000	0,000

Région	Wilks' Lambda	4,372	30,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	1,299	15,000	0,199
Sexe	Wilks' Lambda	2,495	15,000	0,002
Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,645	30,000	0,017
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,171	30,000	0,243
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	0,793	15,000	0,685
Test Multivarié Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Dans le tableau ci-dessous nous retrouvons, presque dans tous les items, une valeur significative pour l'effet principal de la région.

Tableau 11.37 : Effets significatifs des effets principales par rapport aux items

Items	Effet Principal			Contraste		
	Région	Expé	Sexe	R/E	R/S	E/S
e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème.	p=.004 **		p=.021 *			
e51 D'essayer de changer la situation.	p=.001 ***					
e48 D'essayer de se distraire: lire, écouter de la musique.	p=.015 *					
e47 D'attendre un peu, de se reposer.	p≤.000 ***					
e56 D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).	p=.006 **		p=.030 *		p=.043 *	
e55 D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).	p=.024 *					
e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça.	p=.001 ***				p=.007 **	
e57 Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.				p=.034 *		
e49 Qu'il doit vivre avec.	p≤.000 ***	p=.022 *				
e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation.	p≤.000 ***		p=.024 *			
e52 D'attendre que les autres vont aller vers lui.						
e54 De prendre des médicaments.		p=.033 *	p=.001 ***			p=.020 *
e58 Qu'il ne doit chercher aucune aide.	p=.017 *			p=.002 **		
e59 De se retirer et de rester tout seul.	p=.047 *			p=.019 *		
e60 Je pense que rien et personne ne puisse l'aider.	p=.084 (*)					

Le premier item par ordre de moyenne, « e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème. » a un effet significatif au niveau de la région (p=.004 **) et en ce qui concerne les différences entre les mères et les pères (p=.021 *).

Tableau 11.38 : Item e53 : effet principal et contrastes

1 ^{er} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème.	M SD	3,28 0,785	2,95 0,876	3,33 0,750	p=.005 **	-	p≤.000 ***

Pour un enfant qui se trouve dans une situation psychique difficile, les parents suisses romands conseillent significativement moins souvent que les autres suisses, de parler de leur problème avec quelqu'un. Entre F-CH et D-CH ($p=.005$ **) et entre F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***).

En ce qui concerne les différences entre pères et mères, le résultat du T-test est significatif avec des valeurs encore plus marquées que celles de l'analyse de variance univarié :

Tableau 11.39 : Item e53 : effet principal et contraste

1 ^{er} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème.	M SD	3,33 0,712	3,12 0,876	p=.007 **

Les mères, significativement plus que les pères ($p=.007$ **), encouragent les adolescents à parler avec quelqu'un de leur problème.

Le deuxième item choisi par les parents, est « e51 D'essayer de changer la situation ». Nous y trouvons seulement une différence significative entre les régions. Je calcule les contrastes à l'aide du T-test.

Tableau 11.40 : Item e51 : effet principal et contrastes

2 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e51 D'essayer de changer la situation.	M SD	2,57 0,842	2,90 0,778	3,14 0,399	p=.006 **	p≤.000 ***	p=.014 *

Les parents tessinois encouragent leurs enfants à essayer de changer la situation beaucoup plus souvent que les autres parents. Les romands ont aussi une moyenne assez élevée. Entre I-CH et F-CH ($p=.014$ *), entre I-CH et D-CH ($p\leq.000$ ***) et entre F-CH et D-CH ($p=.006$ **).

L'item suivant « e48 D'essayer de se distraire : lire, écouter de la musique » présente aussi une différence entre les trois régions linguistiques.

Tableau 11.41 : Item e48 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e48 D'essayer de se distraire: lire, écouter de la musique	M SD	2,46 0,736	2,44 0,785	2,78 0,716	-	p≤.000 ***	p=.001 ***

Les parents tessinois pensent que se distraire est une bonne stratégie, et cela de manière plus accentuée que le reste des parents suisses. Les valeurs significatives du T-test entre I-CH et D-CH sont ($p \leq .000$ ***), et entre I-CH et F-CH ($p = .001$ ***).

L'item suivant décrit une stratégie visant à la distraction. Il présente aussi une différence au sujet des régions. Les moyennes et des écarts-types des trois régions :

Tableau 11.42 : Item e47 : effet principal et contrastes

4 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e47	M	2,45	2,34	2,82	-	$p \leq .000$	$p \leq .000$
D'attendre un peu, de se reposer.	SD	0,736	0,783	0,702		***	***

De nouveau les parents tessinois ont la moyenne la plus élevée par rapport aux autres régions suisses ce qui signifie qu'ils encouragent leurs enfants à attendre un peu et à se reposer, c'est une manière de minimaliser le problème psychologique : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***) ainsi que I-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***).

Le 5^{ème} item a quelques effets significatifs supplémentaires : pour le facteur d'influence Région ($p = .006$ **), pour le Sexe ($p = .030$ *) et dans l'interaction entre ces deux ($p = .043$ *).

Tableau 11.43 : Item e56 : effet principal et contrastes

5 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e56	M	2,15	1,85	2,24	$p \leq .007$		$p \leq .000$
D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).	SD	0,818	0,718	0,826	**		***

Les parents romands se différencient des suisses alémaniques et de tessinois car ils font moins recours au remèdes et aux médecines naturelles, leur moyenne est significativement plus basse : entre F-CH et D-CH ($p = .007$ **) et entre F-CH et I-CH ($p \leq .000$ ***).

La différence entre mères et pères est significative au T-test ($p = .019$ *). Les mères font significativement plus recours aux remèdes et aux médecines naturelles que les pères.

Tableau 11.44 : Item e56 : effet principal et contraste

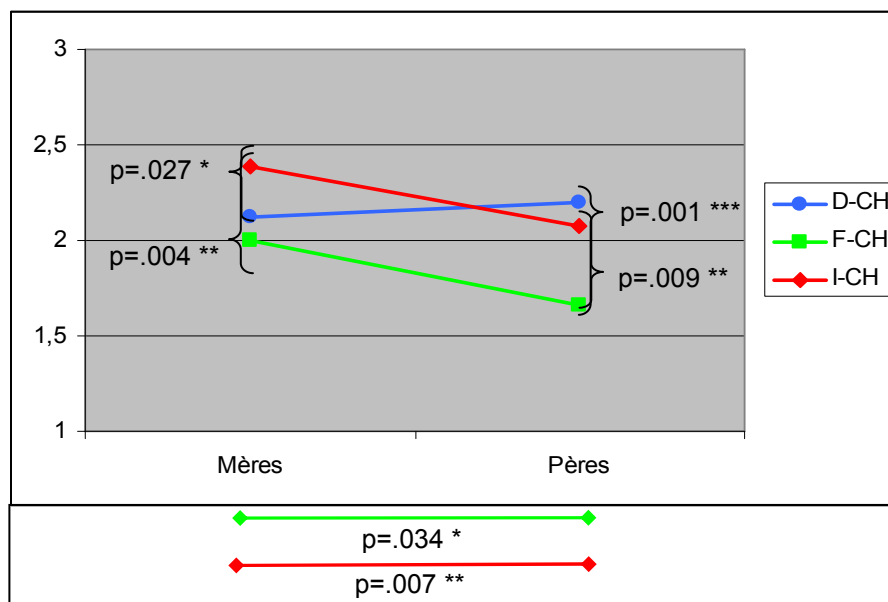
5 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
e56	M	2,22	2,04	
D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles	SD	0,808	0,815	$p = .019$ *

L'interaction entre les deux facteurs qui ont été présentées comme effets significatifs dans les effets principaux de cet item : la Région et le Sexe, reflète des divergences au niveau du sexe ainsi qu'au niveau des régions. Je vais d'abord présenter le tableau et ensuite le graphique pour qu'on puisse bien visualiser les résultats.

Tableau 11.45 : Item e56 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

p=.043 *		D-CH	F-CH	I-CH
Mères	M	2,12	2,00	2,39
	SD	0,864	0,682	0,786
Pères	M	2,20	1,66	2,08
	SD	0,755	0,725	0,841

Figure 11.15 : Item e56 : interaction entre les facteurs Région et Sexe



Les mères tessinoises ont une moyenne significativement plus élevée, I-CH et D-CH ($p=.027 *$) et I-CH et F-CH ($p=.004 **$). Entre les mères, les tessinoises sont celles qui encouragent davantage leurs fils et filles adolescentes à faire recours aux remèdes et aux médecines naturelles. En ce qui concerne les pères, ce sont les pères romands qui ont la moyenne significativement plus basse que le reste des pères en ce qui concerne cet item : F-CH et D-CH ($p=.001 ***$) et F-CH et I-CH ($p=.009 **$). Entre les deux sexes, uniquement en Suisse alémanique la différence n'est pas significative. En Suisse romande ($p=.034 *$) et en Suisse italienne ($p=.007 **$) la différence entre les mères et les pères est significative : les mères ont toujours la moyenne plus élevée que les pères.

Le 6^{ème} item « e55 D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.). » a aussi une différence significative.

Tableau 11.46 : Item e55 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e55 D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.).	M SD	1,78 0,862	1,83 0,823	1,19 0,943		$p \leq .000$ ***	$p \leq .000$ ***

Les suisses italiens ont une moyenne significativement plus basse : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***); I-CH et F-CH ($p = .003$ **), ce qui signifie qu'ils conseillent moins aux adolescents les médecines alternatives comme moyen pour surmonter un problème psychologique.

L'item suivant parle d'une stratégie qui tend à enlever de l'importance à la maladie « e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça ». Il montre très clairement une différence significative entre les trois régions ($p = .001$ ***). Nous observons aussi une interaction avec un effet significatif entre les facteurs Régions et Sexe ($p = .007$ **).

Tableau 11.47 : Item e50 : effet principal et contrastes

7 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça.	M SD	1,82 0,763	1,76 0,683	2,09 0,847		$p \leq .000$ ***	$p \leq .000$ ***

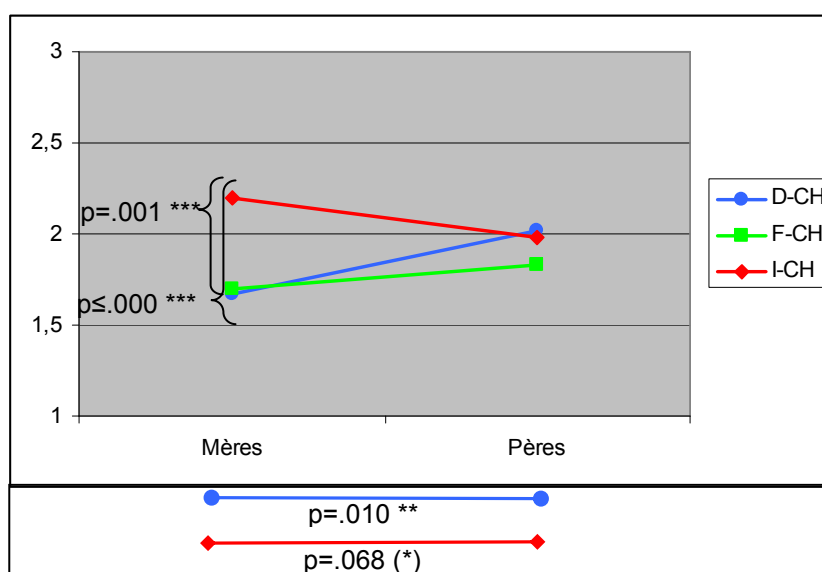
Par rapport aux autres parents suisses, les tessinois utilisent significativement plus souvent la stratégie de minimiser la problématique.

Le graphique suivant représente l'interaction entre la Région et le Sexe.

Tableau 11.48 : Item e50 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

$p = .007$ **		D-CH	F-CH	I-CH
Mères	M	1,67	1,70	2,20
	SD	0,719	0,701	0,884
Pères	M	2,02	1,83	1,98
	SD	0,781	0,664	0,794

Figure 11.16 : Item e50 : interaction entre les facteurs Région et Sexe



Quant au groupe des mères, on retrouve entre les régions des valeurs très significatives, plus accentuées même que celles de l'effet principal Région. Ceci est dû au fait que les pères ont un comportement plus homogène; ils atténuent les divergences qui existent entre les parents et

que nous avons retrouvé au niveau des régions. Les mères tessinoises ont une moyenne significativement plus élevée que celle des autres régions suisses : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***) et I-CH et F-CH ($p = .001$ ***), ce qui signifie qu'elles minimisent davantage que les autres mères.

Le 8^{ème} item « e57 Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler » a un effet significatif lors de l'interaction ($p = .034$ *). Voici le tableau ainsi que le graphique correspondant.

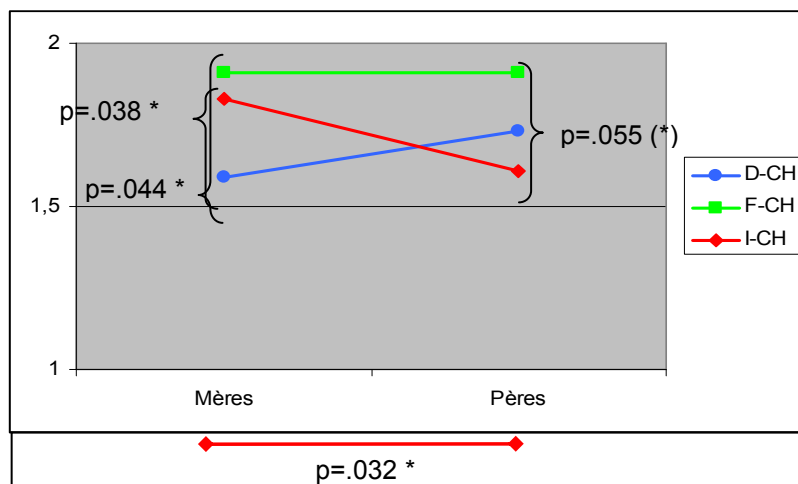
Tableau 11.49 : Item e57 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

p=.034 *		D-CH	F-CH	I-CH
Mères	M	1,59	1,91	1,83
	SD	0,769	0,910	0,758
Pères	M	1,73	1,91	1,61
	SD	0,891	0,981	0,740

Il y a des différences significatives entre les mères suisses alémaniques et les mères romandes ou tessinoises : D-CH et F-CH ($p = .044$ *); D-CH et I-CH ($p = .038$ **). Les suisses allemandes encouragent moins les adolescents à chercher une aide par téléphone.

Nous retrouvons une tendance significative ($p = .055$ (*)) entre les pères tessinois et les romands. Entre les mères et les pères tessinois il y a une différence significative ($p = .032$ *), et les mères ont une moyenne plus élevée, ce qui signifie qu'elles conseillent davantage que les pères à appeler des lignes téléphoniques où on trouve des aides pour des problèmes de santé mentale.

Figure 11.17 : Item e57 : interaction entre les facteurs Région et Sexe



L'item suivant « e49 Qu'il doit vivre avec » a l'effet principal de la Région ($p \leq .000$ ***) et celui de l'Expérience de traitement ($p = .022$ *).

Tableau 11.50 : Item e49 : effet principal et contrastes

9 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e49	M	1,43	1,34	1,70		$p = .001$	$p \leq .000$
Qu'il doit vivre avec.	SD	0,582	0,552	0,897		***	***

Les parents tessinois face à un problème de santé mentale de leur fils ou fille pensent davantage qu'il doit apprendre à vivre avec ça car ils ont la moyenne significativement plus haute que le reste des parents suisses : I-CH et D-CH ($p=.001$ ***) et I-CH et F-CH ($p\leq.000$ ***). Quant à l'effet principal du facteur Expérience, après le T-test, nous ne percevons pas de différence significative entre les deux groupes "avec ou sans expérience de traitement".

Tableau 11.51 : Item e49 : effet principal et contraste

9 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
e49 Qu'il doit vivre avec.	M SD	1,53 0,756	1,65 0,801	-

L'item « e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation » a des différences au niveau de la Région ($p\leq.000$ ***) et entre les sexes ($p=.024$ *).

Tableau 11.52 : Item e61 : effet principal et contrastes

10 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation	M SD	1,70 0,772	1,34 0,498	1,37 0,596	$p\leq.000$ ***	$p\leq.000$ ***	

Cette fois ce sont les suisses allemands qui ont la moyenne significativement plus haute : D-CH et F-CH ainsi que D-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***). Ce résultat signifie que les parents suisses allemandes ont plus souvent cette réaction, ils ne savent pas ce qu'ils diraient à leur fils dans une situation de détresse psychologique.

Voici le résultat du T-test entre mères et pères :

Tableau 11.53 : Item e61 : effet principal et contraste

10 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation	M SD	1,39 0,590	1,56 0,724	$p=.011$ *

Les pères ont significativement plus de difficulté que les mères à s'exprimer en cas de problème psychique/psychologique chez l'un des enfants ($p=.011$ *).

L'item suivant, « e52 D'attendre que les autres vont aller vers lui », n'a pas d'effets significatifs qui montrent des différences entre les groupes.

Les effets principaux de l'Expérience ($p=.033$ *) et du Sexe ($p=.001$ ***) sont significatifs en ce qui concerne le 12^{ème} item, « e54 De prendre des médicaments »; il en va de même pour l'interaction entre les deux ($p=.020$ *).

Le résultat du T-test entre les deux moyennes dans l'effet de l'Expérience n'est pas significatif.

Tableau 11.54 : Item e54 : effet principal et contraste

12 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
e54	M	1,22	1,31	-
De prendre des médicaments.	SD	0,444	0,547	

La différence entre les mères et les pères est significative ($p=.014 *$), les pères conseillent davantage la prise de médicaments.

Tableau 11.55 : Item e54 : effet principal et contraste

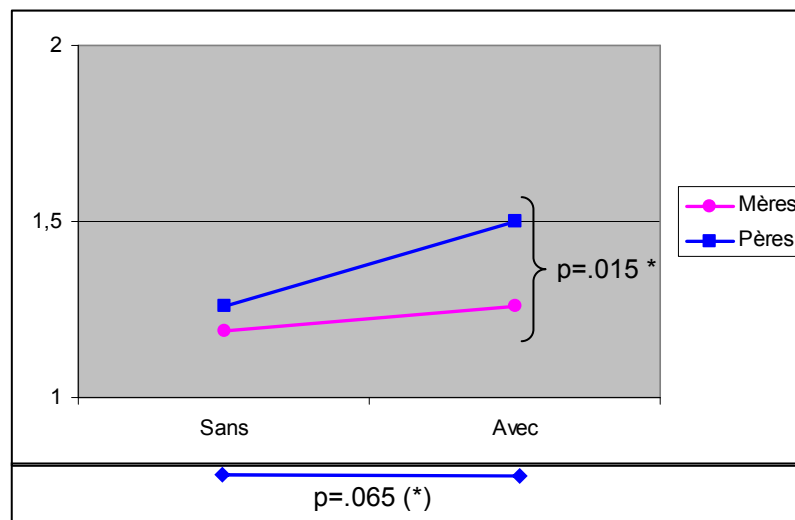
12 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
e54	M	1,19	1,30	$p=.014 *$
De prendre des médicaments.	SD	0,401	0,525	

L'interaction entre ces deux facteurs, Expérience et Sexe, a deux effets significatifs :

Tableau 11.56 : Item e54 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe

$p=.020 *$		Sans	Avec
Mères	M	1,19	1,16
	SD	0,407	0,377
Pères	M	1,26	1,50
	SD	0,483	0,672

Figure 11.18 : Item e54 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe



Les résultats du T-test indiquent une valeur significative entre pères et mères dans le groupe avec expérience de traitement ($p=.015 *$), et une tendance significative entre les groupes des pères avec ou sans expérience de traitement. Les pères sont toujours ceux qui conseillent davantage la prise des médicaments comme manière pour résoudre le problème psychologique.

Les deux items suivants, « e58 Qu'il ne doit chercher aucune aide » et « e59 De se retirer et de rester tout seul », ont les mêmes effets significatifs.

Le premier est la Région, le deuxième est l'interaction entre la Région et l'Expérience.

Tableau 11.57 : Item e58 : effet principal et contrastes

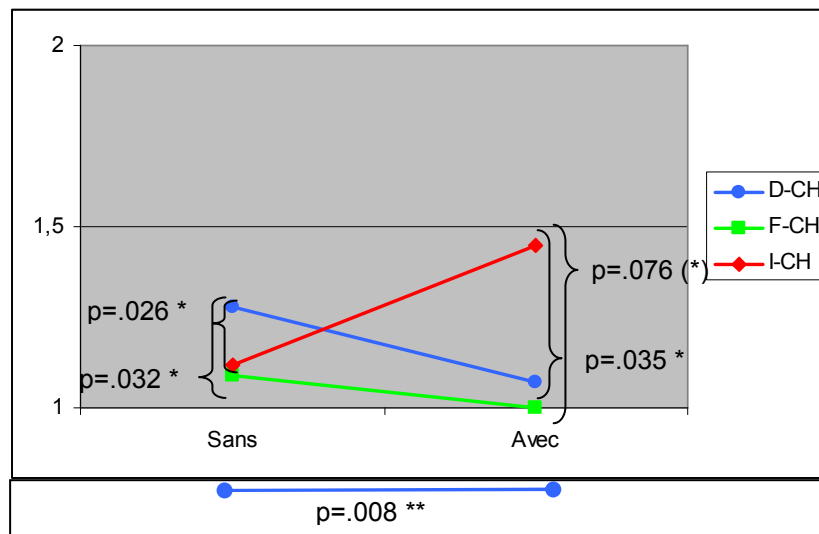
13 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e58	M	1,24	1,06	1,15	p=.010 **	-	-
Qu'il ne doit chercher aucune aide	SD	0,593	0,370	0,489			

La différence significative se trouve entre les D-CH et F-CH (p=.010 **). Les suisses allemandes conseillent aux adolescents significativement plus que les romands, de ne chercher aucune aide. Ci-dessous le tableau et le graphique des données de l'interaction entre la Région et l'Expérience.

Tableau 11.58 : Item e58 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe

p=.002 **			D-CH	F-CH	I-CH
Sans	M		1,28	1,09	1,12
	SD		0,651	0,446	0,418
Avec	M		1,07	1	1,45
	SD		0,258	0	0,887

Figure 11.19 : Item e58 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe



Dans le groupe sans expérience de traitement, ce sont les suisses alémaniques qui ont la moyenne significativement plus élevée par rapport au reste des suisses, ce qui signifie qu'il utilisent plus souvent la phrase présentée dans l'item « il ne doit chercher aucune aide » : D-CH et F-CH (p=.032 *) et entre D-CH et I-CH (p=.026 *). Par contre les résultats du T-test dans le groupe avec expérience clinique montrent que les tessinois ont une moyenne significativement plus élevée que les autres régions : I-CH et D-CH (p=.035 *), I-CH et F-CH (p=.076 (*)). Chez les suisses allemands il y a une différence significative entre ceux qui ont une expérience et ceux qui n'en ont pas (p=.008 **).

Le 14^{ème} item présente les mêmes effets significatifs que l'item précédent : la Région et l'interaction entre Région et Expérience.

Tableau 11.59 : Item e59 : effet principal et contrastes

14 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
e59	M	1,18	1,11	1,09	-	p=.024 *	
De se retirer et de rester tout seul	SD	0,388	0,453	0,359			

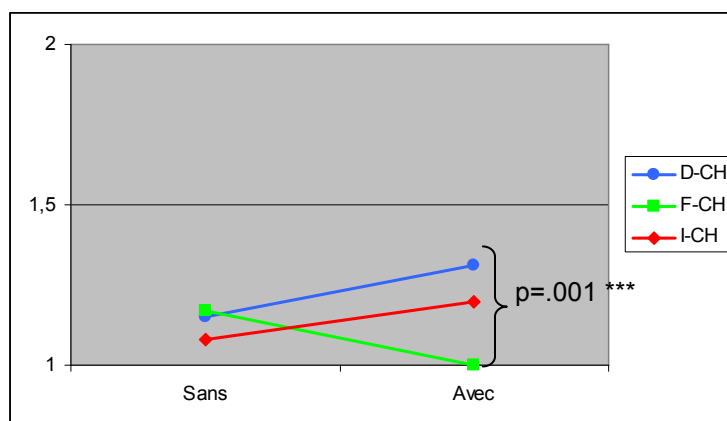
Le T-test montre une valeur significative entre les suisses italiens et les alémaniques ($p=.024 *$). Les suisses allemandes encouragent, significativement plus que les parents tessinois, les adolescents à se retirer et à rester tous seuls.

En ce qui concerne l'interaction entre la Région et l'Expérience de traitement, voici le tableau et le graphique avec les valeurs obtenues.

Tableau 11.60 : Item e59 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

p=.019 *		D-CH	F-CH	I-CH
Sans	M	1,15	1,17	1,08
	SD	0,356	0,541	0,303
Avec	M	1,31	1	1,20
	SD	0,471	0	0,696

Figure 11.20 : Item e59 : interaction entre les facteurs Région et Expérience



Le T-test montrent un seul effet significatif pour le groupe avec expérience de traitement, entre D-CH et F-CH ($p=.001 **$). Les parents suisses allemandes avec une expérience de traitement conseillent à leurs adolescents de se retirer et de rester seuls ; ce comportement de la part des parents romands est moins fréquent.

Le dernier item « e60 Je pense que rien et personne ne puisse l'aider » a uniquement une tendance significative en ce qui concerne la Région ($p=.084 (*)$) (cf. Annexe 2.3., Tableau 11.61). Il y a une différence significative entre les suisses alémaniques et les tessinois ($p=.012 *$). Les parents suisses allemandes pensent davantage que les parents tessinois que rien et personne peut aider leurs fils.

11.2.4. Résumé des résultats des parents

De manière générale les parents encouragent facilement leurs enfants à aller parler avec quelqu'un lorsqu'ils ont un problème psychologique. Leur deuxième stratégie est celle de motiver le jeune à changer la situation, de le rendre réactif face à son problème.

Les différences plus marquantes se réfèrent au facteur Régions. Les parents tessinois ont facilement toute sortes de propositions pour leurs jeunes : des stratégies actives « e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème » et « e51 D'essayer de changer la situation » et passives « e47 D'attendre un peu, de se reposer », « e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça » et « e49 Qu'il doit vivre avec » mais l'important c'est d'avoir une stratégie.

11.3. Les stratégies d'action à la lumière des hypothèses

11.3.1. Générations : adolescents et parents

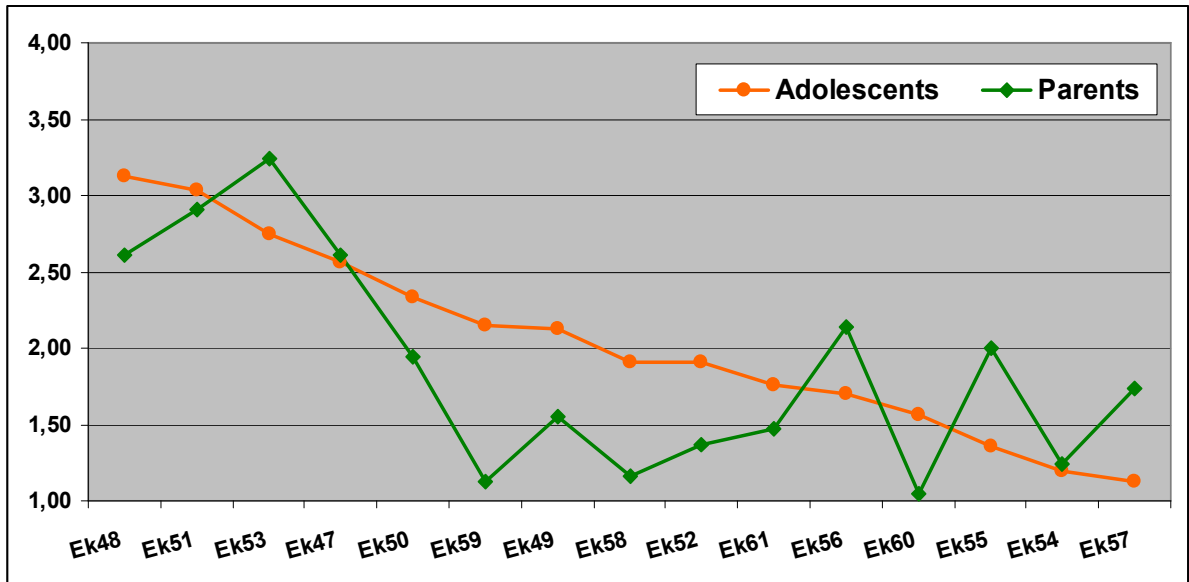
Le tableau et le graphique suivants présentent les moyennes des adolescents en ordre descendant; celle des parents se situe à côté. Le graphique a été conçu à partir du tableau, c'est-à-dire les items suivent l'ordre des résultats des adolescents. A la fin je fais une description des résultats.

Tableau 11.62 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents

		Adolescents	Parents	Sig.
Ek48	J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique.	3,12	2,61	p≤.000 ***
Ek51	J'essaie de changer la situation.	3,03	2,91	p=.038 *
Ek53	Je parle avec quelqu'un de mon problème.	2,75	3,24	p≤.000 ***
Ek47	J'attends un peu, je me repose.	2,57	2,61	-
Ek50	Je pense que ce n'est pas si grave que ça.	2,33	1,94	p≤.000 ***
Ek59	Je m'isole, je veux rester tout seul.	2,15	1,12	p≤.000 ***
Ek49	Je vis avec.	2,12	1,55	p≤.000 ***
Ek58	Je ne cherche aucune aide.	1,91	1,16	p≤.000 ***
Ek52	J'attends que les autres viennent vers moi.	1,91	1,37	p≤.000 ***
Ek61	Je ne sais pas.	1,76	1,47	p≤.000 ***
Ek56	J'essaie avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.).	1,70	2,14	p≤.000 ***
Ek60	Rien et personne ne peut m'aider.	1,56	1,05	p≤.000 ***
Ek55	J'essaie avec la médecine alternative (homéopathie, acupuncture, etc.).	1,36	2,00	p≤.000 ***
Ek54	Je prends des médicaments.	1,19	1,24	-

Ek57	Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler.	1,12	1,74	p≤.000 ***
------	---	------	------	------------

Figure 11.21 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Ek : stratégie de coping face à un problème de santé mentale



Généralement, à l'exception des items Ek47 et Ek54, autant les stratégies des adolescents que celles que les parents conseillent à leurs enfants, montrent une différence significative entre les deux générations.

La stratégie plus utilisée par les adolescents est celle qui correspond à la distraction, « Ek48 J'essaie de me distraire: je lis, j'écoute de la musique »; il y a ensuite l'item qui correspond à un désir d'action, la tentative de changer la situation « Ek51 J'essaie de changer la situation. ». Ces deux stratégies choisies par les adolescents ont un écart important par rapport à la troisième stratégie, Ek53, qui correspond à la première suggérée par les parents.

Les adolescents ont des moyennes significativement plus élevées dans les items Ek51, Ek50, Ek59, Ek49, Ek58, Ek52, Ek61 et Ek60, qui correspondent aux facteurs : « MI1 passivité » et « MI3 minimalisation ». Par contre les parents ont des moyennes significativement plus élevées aux items Ek53, Ek56, Ek55 et Ek57, qui concernent les facteurs « MI2 médicaments » et « MI5 parler avec quelqu'un ». Ces résultats confirment notre hypothèse selon laquelle les adolescents se distinguent des parents dans leur manière d'agir face à un problème de santé psychique, ils ont tendance à minimiser, essayer de changer la situation, en tout cas il est fort présent le désir de s'en sortir seuls. Les parents ne leur conseillent pas tellement ces comportements ou ces manières d'agir, mais plutôt ils les encouragent à chercher une aide, à essayer d'en parler avec quelqu'un.

Il existe donc, au niveau des générations, de grandes divergences quant au choix des stratégies d'action face aux problèmes de santé mentale.

11.3.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne

Entre les adolescents, les différences entre les régions ne sont pas aussi significatives qu'elles l'étaient aux chapitres précédents, 9 et 10, au sujet de la santé et de la maladie mentale.

Lorsqu'on regarde plus en détail les contrastes, on retrouve quelques valeurs significatives entre les régions. Dans l'item « Ek54 Je prends des médicaments », une différence entre les régions est observable seulement dans le groupe sans expérience de traitement, en particulier entre les D-CH et les F-CH ($p=.006$ **) ainsi que entre les F-CH et les I-CH ($p=.013$ *). Contrairement à ce que la littérature indique (Enquête suisse sur la santé (ESS), OFS, 2002), les suisses romands sans expérience de traitement ont beaucoup moins la réaction de prendre des médicaments que les suisses allemands et les tessinois. Notre hypothèse n'est donc pas confirmée. Dans le même item il y a un contraste entre les groupes d'âge et les régions : les adolescents tessinois du groupe <14 prennent significativement plus des médicaments que les romands ou les alémaniques. Dans le reste des groupes d'âge les comportements vis-à-vis des médicaments sont modérés et sans différences significatives entre les régions.

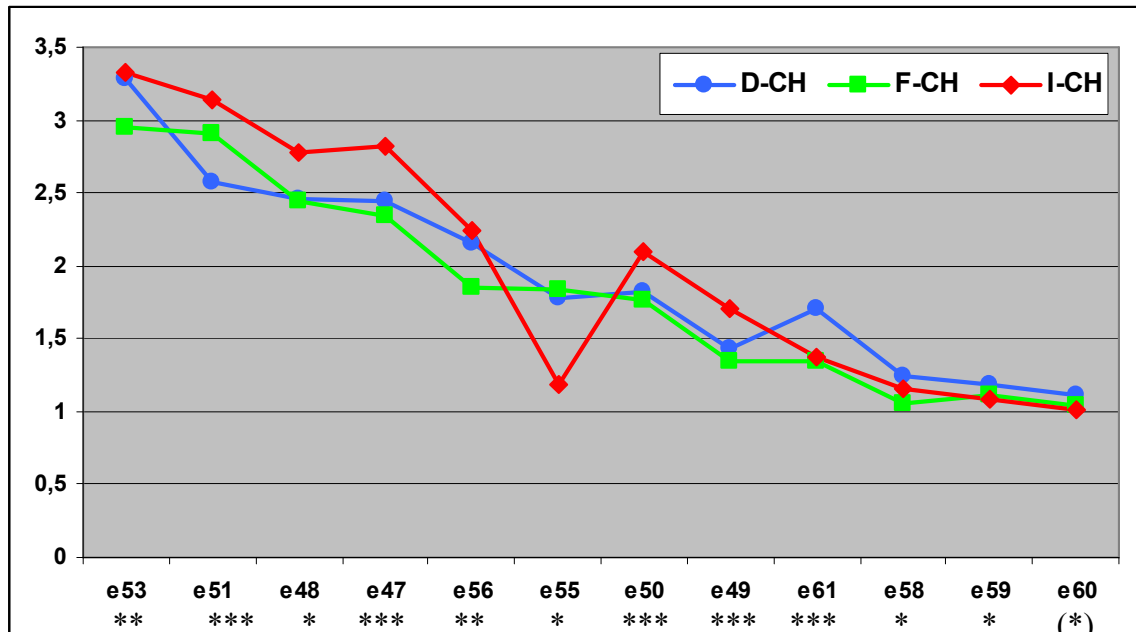
Pour les parents, la Région est un facteur d'influence très important.

Tableau 11.63 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents

Items en ordre descendant (par rapport à la moyenne)	1 Effet Principal	M SD	Régions		
			D-CH	F-CH	I-CH
e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème.	$p=.004$ **	M SD .785	3,28 .785	2,95 .876	3,33 .750
e51 D'essayer de changer la situation.	$p=.001$ ***	M SD .842	2,57 .842	2,90 .778	3,14 .399
e48 D'essayer de se distraire: lire, écouter de la musique.	$p=.015$ *	M SD .736	2,46 .736	2,44 .785	2,78 .716
e47 D'attendre un peu, de se reposer.	$p\leq.000$ ***	M SD .736	2,45 .736	2,34 .783	2,82 .702
e56 D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles.	$p=.006$ **	M SD .818	2,15 .818	1,85 .718	2,24 .826
e55 D'essayer avec la médecine alternative	$p=.024$ *	M SD .862	1,78 .862	1,83 .823	1,19 .943
e50 De penser que enfin, ce n'est pas si grave que ça.	$p=.001$ ***	M SD .763	1,82 .763	1,76 .683	2,09 .847
e49 Qu'il doit vivre avec.	$p\leq.000$ ***	M SD .582	1,43 .582	1,34 .552	1,70 .897
e61 Je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation.	$p\leq.000$ ***	M SD .772	1,70 .772	1,34 .498	1,37 .596
e58 Qu'il ne doit chercher aucune aide.	$p=.017$ *	M	1,24	1,06	1,15

		SD	.593	.370	.489
e59 De se retirer et de rester tout seul.	p=.047 *	M	1,18	1,11	1,09
		SD	.388	.453	.359
e60 Je pense que rien et personne ne puisse l'aider.	p=.084 (*)	M	1,11	1,04	1,01
		SD	.397	.192	.155

Figure 11.22 : Comparaison entre les moyennes des parents des trois régions culturelles suisses aux items Ek .



Les résultats de l'analyse univarié confirment ceux de l'analyse multivarié, qui montrent une valeur significative entre les trois régions dans tous les items sauf dans trois (e57, e52 et e54), qui ne sont d'ailleurs pas représentés sur le graphique.

Dans les trois items, « e51 D'essayer de changer la situation. », « e48 D'essayer de se distraire: lire, écouter de la musique. » et « e47 D'attendre un peu, de se reposer. », les parents tessinois sont ceux qui ont une moyenne significativement plus élevée. Ce résultat confirme notre hypothèse qui affirmait que les tessinois ont plutôt tendance à minimiser le problème de santé mentale. Si on regarde les items suivants : « e59 De se retirer et de rester tout seul », « e60 Je pense que rien et personne ne puisse l'aider », « e58 Qu'il ne doit chercher aucune aide » et « e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation. » on observe dans le tableau que les suisses alémaniques ont des moyennes plus élevées; cette différence est parfois significative (cf. e61, e58, e59), parfois présente seulement une tendance significative (cf. e60). Ce résultat ne confirme pas notre hypothèse, on s'attendait de la part des parents suisses alémaniques une attitude plus favorable à une recherche d'aide, en tout cas pas aussi négative et passive. Les parents suisses romands se situent entre les deux régions culturelles que je viens de décrire.

11.3.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères

Dans le groupe des adolescents, les filles affirment utiliser la stratégie de distraction et d'attente bien plus que les garçons. Pour les items « Ek48 J'essaie de me distraire: lire, écouter de la musique. » et « Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi. » la différence est significative ($p \leq .000$ ***). La facilité des filles à parler de leurs problèmes à des amis est confirmée par les moyennes plus élevée qu'on retrouve dans l'item « Ek53 Je parle avec quelqu'un de mon problème »; la différence est significative par rapport aux garçons ($p \leq .000$ ***).

Entre les parents les différences entre pères et mères sont également assez marquées dans quatre items : « e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème. », « e56 D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles », « e61 En effet je ne sais pas ce que je dirai à mon fils dans cette situation » et « e54 de prendre des médicaments ». Dans e53 et e56 les mères ont une moyenne significativement plus élevée, elles sont plus inclinées à conseiller ces comportements à leur fils ou fille; par contre dans e61 et e54 ce sont les pères qui se distinguent.

11.3.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique

En générale on observe que les adolescents ayant eu une expérience de traitement clinique, sont précisément ceux qui adoptent des stratégies d'action plus désappropriées. Voilà deux items où on retrouve ces différences significatives entre les groupes d'adolescents ayant ou pas eu une expérience clinique : « Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul. » et « Ek60 Rien et personne ne peut m'aider. ». Les adolescents avec une expérience de traitement montrent aussi une moyenne significativement plus élevée dans l'item « Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler. »

Dans le cas des parents ayant ou pas eu une expérience de traitement clinique pour l'un de leurs enfants, il n'y a pas des effets significatifs ni au niveau des items ni au niveau des facteurs.

11.3.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents

Le facteur Âge a une influence sur trois items en total. Les deux items « Ek54 Je prend des médicaments. » et « Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler. » reproduisent un schéma semblable entre les âges : les adolescents plus jeunes ont des moyennes plus élevées et elles descendent en progressant avec l'âge. Dans l'item « Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul. », il est intéressant d'observer une évolution et une progression des moyennes jusqu'à l'âge de 15-15,99; ensuite on voit une régression qui se rapproche des stratégies des plus jeunes.

En résumant on peut observer des tendances de comportements différentes entre les âges : on voit comme les plus jeunes ont des stratégies plus liées à l'action : prendre des médicaments,

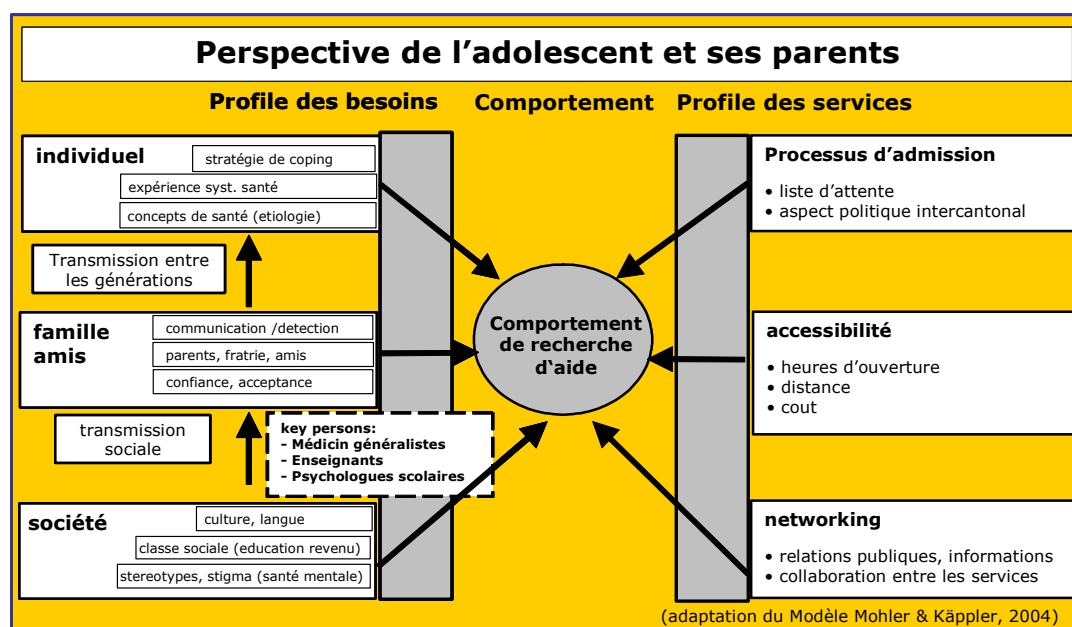
demander de l'aide par téléphone. Ils choisissent d'agir lorsqu'ils sont confrontés à un problème de type psychologique. Par contre vers 15-16 ans la tendance est plutôt de rester passif, de s'isoler. Passée l'âge des 16 ans on retourne parfois à des conduites plus actives.

Chapitre 12

L'accès aux soins pour les adolescents et les parents : éléments favorables et barrières

Ce chapitre a une place très importante dans cette thèse car on arrive au cœur de la problématique de l'accès aux soins en matière de santé mentale. La fin du chapitre 2 de la partie théorique, porte sur le contexte de la recherche sur l'accès aux soins. Sur cette thématique, on tend à focaliser son regard sur les barrières et les obstacles qui empêchent de trouver des solutions. Or, en dégagant les difficultés que l'on rencontre pour accéder aux soins, nous nous devons de regarder aussi les facteurs qui peuvent faciliter et favoriser l'obtention de ces soins. Dans l'analyse qualitative, les deux éléments, positif et négatif par rapport à l'accès, ont été décrits parallèlement et organisés suivant le modèle de Käppler et Mohler, présenté dans le premier chapitre de la thèse (cf. Figure 1.1.)²⁹. Je présente d'abord ce modèle adapté afin de pouvoir ensuite me pencher sur les catégories qui découlent des différentes analyses quantitatives.

Figure 12.1 : Catégories des barrières et des éléments favorables dans l'accès aux soins : Adaptation du Modèle "Access to Mental Health Care in children", (Mohler & Käppler, 2001, p.12)



²⁹ Modèle "Access to Mental Health Care in children", (Mohler & Käppler, 2001, p.12)

La figure 12.1 montre bien comment les éléments favorables et les barrières que nous avons trouvées dans l'analyse qualitative sont présents à tous les niveaux et autant du côté de la personne que des services sanitaires.

La première partie du chapitre est consacrée aux barrières; ce sont les résultats des adolescents et des parents. Je présente d'abord des données quantitatives du questionnaire; ensuite je fais la comparaison des données qualitatives. La présentation des éléments favorables ne sera pas aussi étendue que celle des barrières car il n'y a pas des données quantitatives qui fassent partie du questionnaire. Il est tout de même important de présenter brièvement les éléments favorables que nous avons trouvé dans les données qualitatives et qui encouragent l'accès aux soins de la santé mentale. Ils sont souvent présents dans le récit d'une expérience positive due, par exemple, au bon rapport instauré avec un professionnel des soins. Cette partie sera présentée à la fin de ce chapitre, avant la discussion des résultats.

12.1. Les barrières dans l'accès pour les adolescents

Très peu d'études explorent de manière systématique les barrières qui présentent les adolescents, dans cette voie d'accès aux soins de santé mentale. La littérature présente porte souvent sur les barrières au niveau institutionnel. Il s'agit par exemple les longues attentes pour accéder à un premier entretien, les horaires d'ouverture incompatibles parfois avec les horaires scolaires, la distance entre l'institution et le domicile du jeune adolescent, le personnel peu qualifié pour comprendre le milieu culturel du jeune et de son environnement familial. D'autres barrières se trouvent plutôt du côté du patient et de sa famille. Elles concernent des idées préconçues sur la santé et la maladie mentale, sur les professionnels qui travaillent dans ce domaine, sur les expériences que ces familles et ces jeunes ont eu avec le système sanitaire ou simplement sur les projections de leurs craintes et de leurs préjugés.

Les barrières qui empêchent ou freinent l'accès aux soins de santé mentale peuvent être de nature très diverse. Elles sont toujours liées à la difficulté d'atteindre une aide professionnelle, que ce soit du point de vue externe (barrière institutionnelle) ou par l'impossibilité de surmonter un obstacle interne (barrière provenant de la personne).

Ce chapitre présente les résultats des adolescents, concernant la partie du questionnaire qui s'occupait justement de dégager quelles étaient les barrières plus communes chez les jeunes. Ce sont des réponses données par ceux-ci lors des entretiens et qui figurent dans la partie

qualitative. Les barrières qui figurent dans ce chapitre, se basent sur un nombre discret d'adolescents : 51 pour la partie qualitative des entretiens et 363, sur 377 pour la partie quantitative du questionnaire. Les 14 adolescents qui n'ont pas été pris en considération ont eu des *missing* dans un ou plusieurs items. Pour cette raison ils ne sont pas inclus dans les 363 qui ont répondu à tous les items Gk. Quand les adolescents ont eu une expérience de traitement, les barrières rencontrées faisaient référence à une expérience précise ; pour ceux qui n'avaient jamais eu cette expérience, les barrières se situent dans l'ordre des hypothèses ou encore des projections des situations non vécues.

Ils répondent à la question suivante, en signalant si les items sont adéquats ou non :

« G. Imagine qu'un jeune a un problème mental/psychologique et qu'on lui conseille d'aller voir un psychiatre/psychologue.

Quelles pourraient être les raisons pour lesquelles il ne veut pas y aller ? »

La question est posée de manière indirecte pour éviter que l'adolescent se sente interpellé et se mette dans la situation de celui qui a un problème psychique.

12.1.1. Seulement les fous vont chez le psychologue/psychiatre

Le tableau 12.1., présente les items par ordre d'importance. Les moyennes concernent les réponses des adolescents à la partie du questionnaire qui fait référence aux barrières.

Tableau 12.1 : Les items des barrières en ordre descendant selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/ psychiatre.	363	3,11	0,92
Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	363	3,09	0,88
Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	363	2,61	0,97
Gk77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	363	2,53	0,83
Gk81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	363	2,42	0,95
Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/ clinique psychiatrique ou dans un foyer.	363	2,39	0,98
Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille.	363	2,37	0,85
Gk90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.	363	2,14	0,91
Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	363	2,12	0,87
Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	363	2,10	0,90
Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	363	2,07	0,91
Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	363	1,87	0,82
Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/ psychologiques sont normaux dans sa famille.	363	1,85	0,86
Gk78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	363	1,84	0,80
Gk84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	363	1,72	0,73
Gk89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.	363	1,42	0,69

Les premiers items font référence à la stigmatisation, le jeune à une grand peur d'être étiqueté par ses copains, car lui-même est le premier à avoir en tête plein de préjugé vis-à-vis des malades mentaux. Il est intéressant d'observer que les deux items aux moyennes plus élevées se réfèrent à la stigmatisation : Gk79 et Gk80. Suite à ça il y a deux items Gk91 et Gk77 qui parlent d'une certaine réticence envers le psychologue ou le psychiatre. Les adolescents disent ne pas savoir exactement ce qu'ils pourraient faire, ou pensent qu'ils n'ont pas besoin d'aide, ce qui relève d'une certaine ignorance à l'égard de ces professions.

Comparaison avec les données qualitatives

Les affirmations les plus fréquentes rencontrées dans la partie qualitative, réapparaissent aussi dans les données quantitatives: ce sont des barrières qui relèvent de la stigmatisation : il s'agit proprement dit de la catégorie *stigma, stereotypes, prejudice*. Voici trois exemples venant des trois régions linguistiques suisses : « *par exemple je n'aime pas comment les gens regardent vis-à-vis des personnes comme ça, par exemple à l'école il y en a qui disent des trucs, sont bêtes, il y en a un l'autre jour, il a dit que il était un trisomique c'étaient quand même intelligents* » (Garçon, suisse romande). « *Wenn man zum Psychologen geht, dann wird man immer so als Psycho abgestempelt, ah der spinnt, der muss zum Psychologen und so. Das ist einfach in unserer Gesellschaft, weil es so tragische Fälle gibt wie die halbwahnsinnigen in der Stadt, wo einem so drohen. Dass man einfach so Angst hat.* » (Garçon, suisse alémanique). « *uno è malato di mente ed è matto* » (Fille, suisse italienne).

La catégorie suivante a aussi une grande importance. C'est la barrière d'*Acceptance of help*. Quelques exemples pour mieux expliquer cette catégorie : « *C'était dur parce que de tout façon quelqu'un qui ne veut pas d'aide, on peut proposer toute l'aide du monde... Je n'ai jamais voulu l'accepter. C'est moi que décide si j'ai besoin de l'aide. Je ne voulais pas le reconnaître. J'ai détruis la moitié du foyer. Parce que on me l'a imposé, j'ai tout fait, pace que ne marche pas. Je ne suis pas la personne qui demande aide.* » (Fille, suisse romande). « *On ne m'a jamais proposé de l'aide. On me l'a toujours imposé. Pour ça au début je ne le aimais pas.* » (Fille, suisse romande). « *mi ha dato fastidio il fatto che non sono andato di mia spontanea volontà e mi hanno obbligato* » (Garçon, suisse italienne). « *es hat mich gestört, dass ich Hilfe brauchte* » (Fille, suisse allemande)

Une autre barrière est le concept même de maladie mentale. Quand l'adolescent est convaincu que la maladie mentale n'est pas soignable, la recherche d'aide devient fataliste, la bataille est perdue d'avance : « *Wenn das ein Wissenschaftler nicht erklären kann, wenn er sagt, das ist mir zu hoch und wenn dann so Wunderheilmittel kommen, dann ist das meistens eine*

psychische Krankheit. » (Fille, suisse allemande). « *Qu'on a un défaut au cerveau, peut-être.* » (Garçon, suisse romande).

12.1.2. La peur d'exclusion qui dérive de la stigmatisation : une grande barrière

L'analyse en composantes principales pour les 15 items de cette partie, a été réalisée en utilisant la méthode de rotation *oblimin*, comme pour les analyses précédentes. Par contre, le nombre d'adolescents dont l'analyse s'occupe est supérieur à celui des analyses précédentes N=363.

Après 10 itérations, la solution présente quatre facteurs bien interprétables. Les saturations de chaque item à son facteur sont présentées dans le tableau ci-dessus.

Tableau 12.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des barrières dans l'accès

Pattern Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
Gk89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.	,718			
Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	,715			
Gk90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.	,591			
Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétante.	,554			
Gk77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	,499			
Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.		,732		
Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/psycho-logiques sont normaux dans sa famille.		,652		
Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.		,592		
Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.		,449		,361
Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpi-tal/clinique psychiatrique ou dans un foyer.			-,758	
Gk81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.			-,749	
Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.			-,721	
Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.			-,695	
Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/psy-chologiques doivent être résolus en famille.				,683
Gk78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.				,628
Gk84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.				,465

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 10 iterations.

Le total de la variance expliqué avec les 4 facteurs est de 49,9% et la fiabilité interne entre tous les items correspond à un α de Cronbach de .772, ce qui correspond à un bon indice. Le test de Kaiser et Barlett a la valeur suivante = .769. Le point de cassure du *scree test* est clair après le

quatrième facteur, j'ai gardé donc 4 facteurs. Pour l'interprétation des facteurs, j'ai fait recours aux catégories qualitatives qui avaient permis de choisir les items.

Voici le tableau qui présente les quatre composantes de l'analyse factorielle.

Tableau 12.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. accessibilité, pas « user friendly », manqué d'informations $\alpha = .621$ (5 items)			
89.	Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.	.718	ACCESSIBILITY LEVEL_GEOGRAPHIC DISPARITY
88.	Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	.695	ACCESSIBILITY LEVEL_VASTING TIME
90.	Il pense que la thérapie coûte trop cher.	.602	ACCESSIBILITY LEVEL_COST
92.	Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	-.575	KNOWLEDGE PROFESSIONAL/ INSTITUTIONAL HELP
77.	Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	.536	LACK OF INFORMATION ABOUT SERVICES
2. aucune aide $\alpha = .620$ (4 items)			
91.	Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	.732	HELP EFFICACY
87.	Il croit que ses problèmes mentaux/ psychologiques sont normaux dans sa famille.	.652	BELIEFS/CONCEPTS AND PERCEPTION OF TREATMENT (CULTURE RELATED)
86.	Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	.592	BELIEFS/CONCEPTS AND PERCEPTION OF TREATMENT (CULTURE RELATED)
83.	Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	.449	PARENTS GUILT
3. normalité /stigma/ peur d'exclusion $\alpha = .729$ (4 items)			
82.	Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/ clinique psychiatrique ou dans un foyer.	-.758	FEAR OF STIGMATISATION/ MARGINALISATION
81.	Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	-.749	FEAR OF STIGMATISATION/ MARGINALISATION
80.	Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	-.721	FEAR OF STIGMATISATION/ MARGINALISATION
79.	Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	-.695	STIGMA/STEREOTYPE/ PREJUDICE
4. famille $\alpha = .506$ (4 items)			
85.	Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.	.683	BELIEFS/CONCEPTS AND PERCEPTION OF TREATMENT (CULTURE RELATED)
78.	Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	.628	INFORMATION
84.	Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	.465	PARENTS AS A BARRIERS (FAMILY BARRIERS)

Les items qui composent le premier facteur, nommée **accessibilité, pas « youth user friendly », manqué d'informations**, expriment l'idée selon laquelle les services devraient être plus

accessibles et proches des jeunes. En effet les barrières évoquées par ceux-ci les empêchent de percevoir les services de manière positive et facile à atteindre : « Gk89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui », « Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps » et « Gk90 Il pense que la thérapie coûte trop cher » (Erulkar et all., 2005). Ensuite il y a deux barrières qui manifestent un manque d'information et, du coup, une ignorance et une certaine crainte chez l'adolescent : « Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente » et « Gk77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera ».

Le deuxième facteur inclut 4 items : 83, 86, 87, 91. Je l'ai nommé **aucune aide** car c'est la première affirmation de l'échelle. Les autres items vont dans la ligne de ce que le jeune pense et croit : « Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide », « Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille », « Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même ». L'item Gk38 fait retomber le problème sur quelqu'un d'autre; cela permet au jeune de penser qu'il n'a pas besoin d'aide : « Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide ».

Entre les barrières, il ne pouvait pas manquer le concept de **normalité /stigma/ peur d'exclusion**; c'est une barrière qui concerne l'entourage « Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui » et « Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre ». La peur de l'exclusion est aussi présente dans les deux items suivants « Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer » et « Gk81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école ».

Le dernier facteur rapporte des éléments liés à la **famille**. Celle-ci devient parfois un empêchement pour une recherche d'aide et pour le démarrage d'un traitement : « Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille », « Gk84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre ».

Voici les résultats du calcul du coefficient de Cronbach pour les quatre échelles :

1. accessibilité, pas "user friendly", manqué d'information $\alpha = .621$ (5 items)
2. aucune aide $\alpha = .620$ (4 items)
3. normalité, stigmatisation, peur d'exclusion $\alpha = .729$ (4 items)
4. famille $\alpha = .506$ (3 items)

La troisième échelle est la seule qui présente une bonne fiabilité interne, je garderai seulement ce facteur pour les analyses. Les autres facteurs, 1, 2 et 4 ont un coefficient de Cronbach assez bas, ce qui signifie une faible fiabilité interne.

12.1.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

Dans ce sous-chapitre on présente tous les effets principaux des facteurs d'influence, ainsi que les contrastes qui s'établissent, item par item. On suivra l'ordre avec lequel ils ont été présentés dans la partie descriptive au commencement du chapitre.

Comme auparavant, nous commencerons par les analyses les plus complexes de l'analyse de variance multivarié; ensuite nous présenterons une grille qui résume les résultats significatifs de l'analyse de variance univariés et, enfin, les résultats spécifiques avec les T-test.

12.1.3.1. Plusieurs facteurs d'influence ont des effets significatifs

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

L'analyse de variance multivarié montre des valeurs significatives pour les effets principaux de la Région, l'Expérience, l'Âge et une tendance significative pour le facteur du Sexe. L'interaction plus forte se situe entre la Région et l'Âge ; l'autre entre la Région et l'Expérience.

Tableau 12.4 : Test plurifactoriel multivarié des barrières à l'accès (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
<i>Intercept</i>	Wilks' Lambda	196,548	16,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	1,857	32,000	0,003
Expérience	Wilks' Lambda	2,115	16,000	0,008
Sexe	Wilks' Lambda	1,592	16,000	0,069
Âge	Wilks' Lambda	1,884	48,000	0,000
Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,376	32,000	0,083
<i>Région * Sexe</i>	Wilks' Lambda	0,932	32,000	0,576
Région * Âge	Wilks' Lambda	1,502	96,000	0,002
<i>Expérience * Sexe</i>	Wilks' Lambda	1,117	16,000	0,338
<i>Expérience * Âge</i>	Wilks' Lambda	1,156	48,000	0,220
<i>Sexe * Âge</i>	Wilks' Lambda	0,824	48,000	0,798
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Le tableau présente les résultats plus spécifiques de l'analyse de variance univarié, la constellation des effets principaux et des contrastes est très éparpillée.

Pour l'ensemble des items il y a 12 significances dans les effets principaux et 5 tendances de significances ; pour les contrastes il y a 3 significances et 7 tendances de significances.

Pour le reste il y aurait trop des choses à dire si un veut faire une description résumée du tableau, donc je vais rentrer directement dans une description détaillée de chaque item.

Tableau 12.5 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux items

	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/A	E/S	E/A	S/A
Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/ psychiatre.	p=.030 *			p=.018 *						
Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.										
Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.			p=.062 (*)	p≤.000 ***					p=.062 (*)	
Gk77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.										
Gk81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.										
Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	p=.096 (*)			p=.007 **			p=.050 (*)			
Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.		p=.023 *	p=.037 *				p=.078 (*)			
Gk90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.										
Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	p=.046 *			p=.068 (*)			p=.057 (*)			
Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.			p=.006 **			p=.059 (*)				
Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.			p=.028 *		p=.014 *			p=.030 *		
Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.		p=.023 *	p=.097 (*)							
Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.	p=.097 (*)	p=.001 **							p=.058 (*)	
Gk78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	p=.026 *							p=.093 (*)		
Gk84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.										
Gk89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.							p=.008 **			

Le premier item, suivant l'ordre des moyennes, est le « Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/ psychiatre ». Il présente une forte stigmatisation sociale. Les effets principaux sont la Région ($p=.030 *$) et l'Âge ($p=.018 *$).

Pour la Région, voici le tableau avec les moyennes et les écarts-types :

Tableau 12.6 : Item Gk79 : effet principal et contrastes

1 ^{er} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	M SD	3,37 0,793	2,50 0,904	3,13 0,908	$p \leq .000$ ***	$p = .018$ *	$p \leq .000$ ***

La région qui a la moyenne significativement plus haute est la Suisse alémanique, par rapport à la Suisse romande ($p \leq .000$ ***), et en comparaison avec la Suisse italienne ($p = .018 *$), la partie romande présente la moyenne plus basse ($p \leq .000$ ***). Les romands sont ceux qui présentent le moins la stigmatisation comme étant une barrière.

Pour les groupes d'âges on observe une lente augmentation des moyennes, ce qui signifie que avec la progression dans l'âge la barrière liée à la stigmatisation augmente. Les effets significatifs se trouvent entre les groupes <14 et 15-15,99 ($p = .002 **$) et entre <14 et >16 ($p = .001$ ***).

Tableau 12.7 : Item Gk79 : effet principal et contrastes

1 ^{er} item		Effet Principal : Âge					
		<14	14-14.99	15-15.99	>16		
Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	M	2,83	3,01	3,25	3,27		
	SD	0,979	0,931	0,873	0,839		
		Contraste					
		1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
		-	$p = .002 **$	$p = .001 ***$	-	-	-

D'après l'analyse de variance multivarié univarié, le 2^{ème} item, « Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui », n'a pas d'influences des facteurs qui marquent des différences.

L'item suivant, « Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide », a une forte influence du facteur Âge ($p \leq .000$ ***), ainsi qu'une tendance significative dans le facteur Sexe ($p = .062 *$). L'autre tendance se trouve dans l'interaction entre l'Expérience et l'Âge ($p = .062 *$).

Je présente maintenant le deuxième effet principal, celui de l'Âge :

Tableau 12.8 : Item Gk91 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal : Âge					
		<14	14-14.99	15-15.99	>16		
Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	M	2,25	2,66	2,83	2,63		
	SD	0,943	0,969	0,977	0,920		
		Contraste					
		1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
		p=.008 **	p≤.000 ***	p=.008 **	-	-	-

La courbe des moyennes augmente jusqu'à l'âge des 15-15,99 ans, ensuite elle redescend.

La tranche d'âge des <14 se différencie des autres de manière significative : entre <14 et 14-14,99 (p=.008 **), entre <14 et 15-15,99 (p≤.000 ***) et entre <14 et >16 (p=.008 **). C'est lorsque l'âge progresse que les adolescents pensent qu'ils n'ont pas besoin d'aide.

Même s'il s'agit uniquement d'une tendance significative, je présente les résultats car ils pourraient être intéressants pour l'interprétation générale des données. Dans l'effet principal du Sexe (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.9.), le résultat du T-test montre une valeur significative entre les sexes (p=.029 *) en faveur des filles. Apparemment elles rencontrent plus souvent cette barrière lors d'une recherche d'aide.

La seule interaction se fait entre les facteurs Expérience et Âge (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.10. et Figure 12.2.). De manière évidente, autant dans le groupe qui a l'expérience d'un traitement clinique comme celui qui n'en a pas, la barrière prend plus d'importance avec l'avancement en âge. Par contre il n'y a pas de différences significatives entre les groupes d'adolescents avec ou sans expérience.

Les deux items suivants n'ont pas d'effets principaux ni d'interactions significatives : « Gk77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera. » et « Gk81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école ».

Le 6^{ème} item, « Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer » a un effet principal significatif dans l'Âge (p=.007 **), une tendance significative dans la Région (p=.096 (*)) et une interaction entre la Région et l'Âge (p=.050 (*)). Je commence par présenter la Région (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.11.) : le T-test ne montre aucune différence significative ; en observant les moyennes et voit simplement que les suisses allemands ont une moyenne plus élevée. L'effet principal de l'Âge a un effet significatif pertinent, voici le tableau avec les moyennes et les écarts-types.

Tableau 12.12 : Item Gk82 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Âge					
		<14	14-14,99	15-15,99	>16		
Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	M	2,64	2,22	2,39	2,32		
	SD	0,977	0,955	0,989	0,946		
	Contraste						
		1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
		p=.006 **	-	p=.027 *	-	-	-

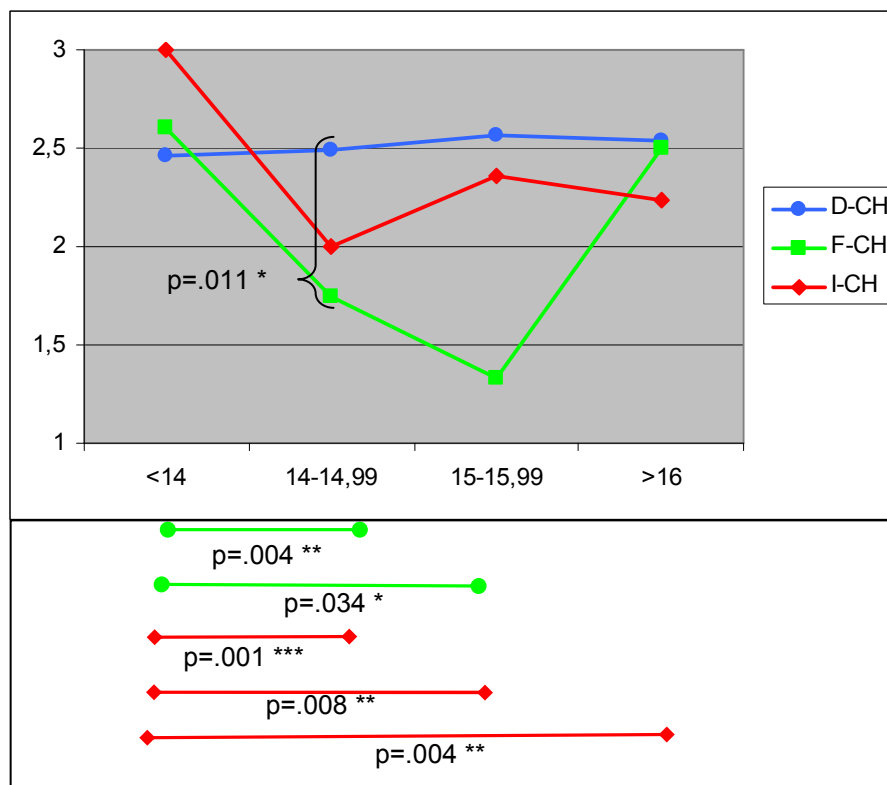
On observe les différences selon l'âge de manière significative entre <14 et 14-14,99 (p=.006 **) et entre <14 et >16 (p=.027 *). Les plus jeunes présentent la moyenne plus élevée : peut-être s'agit-il ici d'une crainte d'être éloigné de leurs familles à cause d'une maladie psychiatrique ? L'interaction montre un effet significatif limite et des différences régionales et d'âge intéressantes.

Tableau 12.13 : Item Gk82 : interaction entre les facteurs Région et Âge

		<14	14-14,99	15-15,99	>16
D-CH	M	2,46	2,49	2,57	2,54
	SD	0,989	0,952	1,17	0,859
F-CH	M	2,60	1,75	1,33	2,50
	SD	0,982	0,931	0,577	0,707
I-CH	M	3	2	2,36	2,24
	SD	0,907	0,791	0,905	0,979

Voici les données et leurs significances sur le graphique :

Figure 12.3 : Item Gk82 : interaction entre les facteurs Région et Âge



Dans la tranche d'âge 14-14,99 il y a une différence significative entre D-CH et F-CH ($p=.011$ *). Les autres valeurs significatives sont à chercher dans la même région entre les différents groupes d'âges : pour les suisses romands, le groupe des plus jeunes se distingue significativement, <14 et 14-14,99 ($p=.004$ **) et <14 et 15-15,99 ($p=.034$ *). Entre les tessinois on retrouve la même configuration, c'est-à-dire : <14 et 14-14,99 ($p=.001$ ***), <14 et 15-15,99 ($p=.008$ **) et <14 et >16 ($p=.004$ **).

Le 7^{ème} item « Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille » change selon l'Expérience ($p=.023$ *) et le Sexe ($p=.037$ *), l'effet principal est très marqué.

Il y a une tendance significative dans l'interaction entre la Région et l'Âge ($p=.078$ (*)). L'effet principal de l'Expérience a été analysé avec le T-test :

Tableau 12.14 : Item Gk85 : effet principal et contrastes

7 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille.	M SD	2,42 0,851	2,13 0,839	$p=.015$ *

La moyenne est significativement plus haute ($p=.015$ *) chez les adolescents sans expérience du traitement. Ils pensent davantage que les adolescents avec expérience de traitement que les problèmes mentaux doivent être résolus en famille.

En ce qui concerne l'effet principal du Sexe les garçons ont la moyenne significativement plus haute ($p=.004$ **) que les filles, cela signifie que les garçons pensent davantage que les problèmes psychologiques sont à résoudre en famille.

Tableau 12.15 : Item Gk85 : effet principal et contrastes

7 ^{ème} item		Effet Principal. Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille.	M SD	2,25 0,819	2,52 0,879	$p=.004$ **

Nous allons analyser l'interaction (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.16. et Figure 12.4.), même s'il s'agit uniquement d'une tendance significative. Dans le groupe des suisses romands on ne retrouve pas des différences significatives car le nombre des sujets est trop petit. Par contre entre les tessinois le groupe d'âge <14 se différencie significativement des autres. Ces groupes d'adolescents montrent une barrière familiale remarquable : les problèmes psychologiques sont à résoudre en famille et non pas faisant recours au système sanitaire.

Le 8^{ème} item, « Gk90 Il pense que la thérapie coûte trop cher », n'a pas d'effets significatifs des facteurs d'influences.

Le 9^{ème} item parle d'une barrière à la recherche d'aide en avançant la conviction que l'on peut s'aider soi-même « Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même ». Le facteur de la Région présente un effet significatif ($p=.046 *$) ; l'Âge seulement une tendance d'effet significatif ($p=.068 (*)$) ainsi que l'interaction entre la Région et l'Âge ($p=.057 (*)$).

La suisse romande se différencie de la suisse alémanique de manière statistiquement significative ($p=.017 *$). Les suisses allemands ont la moyenne plus élevée que les autres groupes d'adolescents suisses : apparemment ils rencontrent plus de barrières à l'accès en pensant que pour les problèmes psychologiques il faut s'aider soi-même.

Voici le tableau en ce qui concerne l'effet principal de la Région :

Tableau 12.17 : Item Gk86 : effet principal et contrastes

9 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/psychologiques, on doit s'aider soi-même.	M SD	2,21 0,842	1,90 0,768	2,13 0,906	$p=.017 *$	-	-

En annexe on retrouve les moyennes et les écarts-types pour le facteur Âge (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.18.). Les plus jeunes se différencient significativement des autres groupes car ils ont moins la barrière de l'autosuffisance que les adolescents plus âgées.

Je vais maintenant explorer l'interaction entre la Région et l'Âge (cf. Annexe 2.4., Tableau 10.19. et Figure 12.5.). Les adolescents tessinois présentent souvent de grandes différences à l'intérieur du groupe. En général, nous observons des moyennes plus basses dans le groupes des <14 ans. Ceux-ci se différencient significativement des plus âgées, dans les régions de la suisse italienne et de la suisse alémanique. Les adolescents plus jeunes sont moins sujets à penser que pour un problème psychologique il faut s'aider soi-même.

Pour le 10^{ème} item « Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente » on trouve une différence entre les filles et les garçons ($p=.006 **$) et une interaction entre Région et Sexe ($p=.059 (*)$).

Tableau 12.20 : Item Gk92 : effet principal et contrastes

10 ^{ème} item		Effet Principal. Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	M SD	2,20 0,872	1,96 0,923	$p=.011 *$

Le résultat du T-test sur les moyennes des filles et les garçons est significatif ($p=.011$ *). Cela veut dire que les filles ont davantage cette barrière que les garçons, elles ont plus de difficultés à trouver de l'aide et à savoir qui est la personne compétente pour leur problème.

En annexe on retrouve les moyennes et les écarts-types de l'interaction entre Région et Sexe (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.21. et Figure 12.6.). Le graphique montre une grande divergence entre les garçons et les filles de la suisse romande ($p=.002$ **). Les différences dans le groupe des filles et des garçons, dans les trois régions, ne sont que des tendances significatives, elles ne nous permettent pas de tirer des conséquences.

Le prochain item, « Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps » est sensible aux différences de Sexe ($p=.028$ *), ainsi qu'aux interactions entre la Région et l'Expérience ($p=.014$ *) et l'Expérience et le Sexe ($p=.030$ *). Commençons par présenter l'effet principal du Sexe : Le résultat du T-test entre les deux moyennes ne montre aucune valeur significative.

Tableau 12.22 : Item Gk88 : effet principal et contrastes

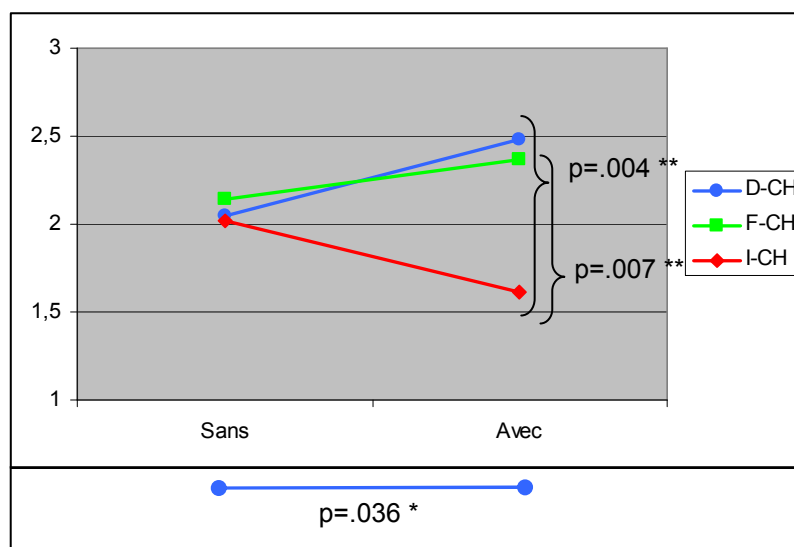
11 ^{ème} item		Effet Principal. Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
Gk88	M	2,10	2,04	-
Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	SD	0,893	0,929	-

Regardons maintenant l'interaction entre la Région et l'Expérience :

Tableau 12.23 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Région et Expérience

$p=.014$ *		D-CH	F-CH	I-CH
Sans	M	2,05	2,14	2,02
	SD	0,901	0,899	0,915
Avec	M	2,48	2,37	1,61
	SD	0,918	0,684	0,916

Figure 12.7 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Région et Expérience



Les grandes divergences au sujet de la durée de la thérapie se trouvent parmi les adolescents avec expérience de traitement. Les tessinois se différencient des suisses alémaniques ($p=.004^{**}$) et des suisses romands ($p=.007^{**}$). Entre les régions, seulement la suisse alémanique présente un décalage entre les adolescents sans expérience et ceux qui en ont ($p=.036^*$).

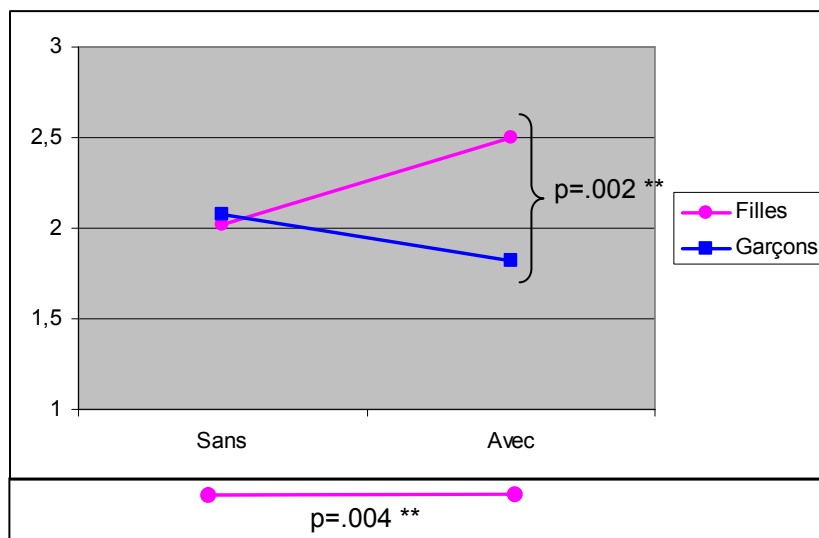
La différence significative est présente entre les garçons et les filles qui ont eu une expérience de traitement clinique ($p=.002^{**}$). Et dans le groupe des filles, cette différence significative existe aussi entre celles qui ont eu un traitement et celles qui n'en ont jamais eu ($p=.004^{**}$).

La deuxième interaction entre le Sexe et l'Expérience, se présente comme suit :

Tableau 12.24 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience

$p=.030^*$		Filles	Garçons
Sans	M	2,02	2,08
	SD	0,860	0,965
Avec	M	2,50	1,82
	SD	0,961	0,723

Figure 12.8 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience



Le douzième item « Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide » a un effet principal lié à l'Expérience ($p=.023^*$) et une tendance significative de l'effet principal lié au Sexe ($p=.097^*$).

Voici les moyennes et les écarts-types des groupes qui ont ou qui n'ont pas de traitement :

Tableau 12.25 : Item Gk83 : effet principal et contrastes

12 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste 1/2
		Sans	Avec	
Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	M SD	1,81 0,805	2,13 0,859	$p=.006^{**}$

Le T-test est significatif en faveur du groupe avec expérience ($p=.006^{**}$).

Quand à l'effet principal du Sexe (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.26.), le T-test ne montre pas d'effet significatif. Les filles ont la moyenne plus élevée mais la différence avec les garçons n'est pas significative.

Le 13^{ème} item, « Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/ psychologiques sont normaux dans sa famille », présente un cadre semblable au précédant : il y a aussi une influence de l'effet principal de l'Expérience ($p=.001$ ***). Par contre, nous trouvons une tendance significative dans l'effet principal de la Région ($p=.097$ (*)) et dans l'interaction entre l'Expérience et l'Âge ($p=.058$ (*)). Je commence par l'effet significatif qui concerne l'Expérience, ensuite je m'occuperai des tendances significatives.

Tableau 12.27 : Item Gk87 : effet principal et contrastes

13 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/ psychologiques sont normaux dans sa famille.	M SD	1,80 0,833	2,11 0,959	$p=.009$ **

La différence significative résultante du T-test est toujours plus pertinente dans le groupe avec expérience. Il est étonnant d'observer que ce sont justement les jeunes qui ont déjà eu une expérience de traitement qui ont le plus de barrières de ce genre.

En annexe le tableau concernant les différences entre les Régions (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.28). Cette barrière présente la même moyenne chez les suisses alémaniques que chez les tessinois. Les romands se différencient par une moyenne significativement plus basse : F-CH et D-CH ($p=.040$ *) et F-CH et I-CH ($p=.024$ *). Les adolescents romands sont moins sujets à penser que les problèmes mentaux sont normaux dans sa famille, que les suisses allemands et les tessinois.

En annexe le tableau et le graphique de l'interaction entre l'Expérience et l'Âge (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.29 et Figure 12.9). Le groupe des <14 ans est celui dont la moyenne est plus basse par rapport aux autres groupes d'âge. Si nous observons les différentes groupes d'âges, nous constatons que la variance « intra-groupe » est plus grande chez ceux qui ont déjà eu une expérience de traitement clinique que ceux qui n'en ont pas eu.

Le 14^{ème} item « Gk78 Il pense que les psychologues/ psychiatres donnent trop de médicaments » a un effet principal de la Région ($p=.026$ *) et une tendance significative dans le contraste entre l'Expérience et le Sexe ($p=.093$ (*)). L'effet significatif de la Région :

Tableau 12.30 : Item Gk78 : effet principal et contrastes

14 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
Gk78	M	1,86	1,66	1,88	-	-	-
Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	SD	0,717	0,772	0,849			

Le T-test ne montre aucune différence significative entre les moyennes des trois régions.

Dans l'interaction entre le Sexe et l'Expérience (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.31 et Figure 12.10). on retrouve toujours une plus grande variance « intra-groupe » entre les adolescents ayant déjà eu une expérience de traitement que parmi ceux qui n'en ont pas eu. La différence significative dans le groupe avec expérience de traitement clinique se fait entre les filles et les garçons ($p=.032^*$). Les garçons pensent davantage que les filles que les professionnels de santé mentale donnent trop de médicaments, celle-ci constitue une barrière au moment de l'accès aux soins.

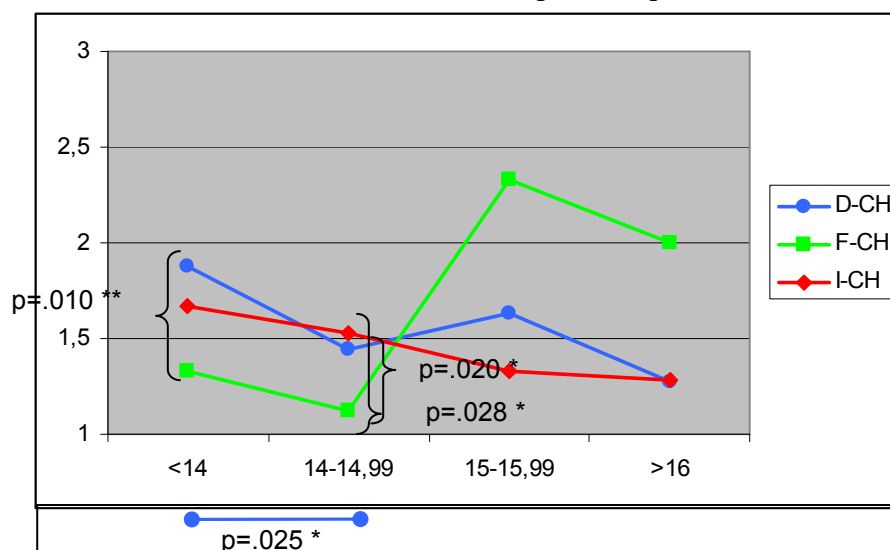
L'avant dernier item « Gk84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/ psychiatre » n'a pas d'effet principal ni d'interaction qui soient significatifs.

Le dernier item, « Gk89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui. » a une interaction qui présente un effet significatif entre la Région et l'Âge ($p=.008^{**}$).

Tableau 12.32 : Item Gk89 : interaction entre les facteurs Région et Âge

$p=.008^{**}$			<14	14-14,99	15-15,99	>16
D-CH	M		1,88	1,44	1,63	1,27
	SD		0,952	0,634	0,850	0,667
F-CH	M		1,33	1,12	2,33	2,00
	SD		0,572	0,342	1,53	1,41
I-CH	M		1,67	1,53	1,33	1,28
	SD		0,970	0,624	0,575	0,514

Figure 12.11 : Item Gk89 : interaction entre les facteurs Région et Âge



Les adolescents suisses alémaniques de <14 ans pensent davantage que les romands du même âge que le cabinet du psychologue ou psychiatre est trop loin de chez eux. La différence est significative : D-CH et F-CH ($p=0.010$ *). Par contre entre les adolescents de 14-14,99 il y a une différence significative entre F-CH et D-CH ($p=0.020$ *) et entre F-CH et I-CH ($p=0.028$ *). Parmi les suisses alémaniques seulement les plus jeunes ont cette barrière au moment de l'accès aux soins, en effet la différence significative est entre les deux groupes d'âge : <14 et 14-14,99 ($p=0.025$ *).

12.1.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions

En ce qui concerne l'analyse des barrières au niveau factoriel, les effets significatifs du test multivarié se situent au niveau du facteur Sexe et Âge.

12.1.4.1. L'Âge et le Sexe sont les facteurs d'influence principaux

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Voici le tableau avec les données de l'analyse plurifactorielle multivarié, effectuée avec SPSS.

Tableau 12.33 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèses df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	1,000	4,000	0,407
Région	Wilks' Lambda	1,155	8,000	0,324
Expérience	Wilks' Lambda	1,859	4,000	0,117
Sexe	Wilks' Lambda	3,601	4,000	0,007
Âge	Wilks' Lambda	4,211	12,000	0,000
Région * Expérience	Wilks' Lambda	0,551	8,000	0,818
Région * Sexe	Wilks' Lambda	0,959	8,000	0,467
Région * Âge	Wilks' Lambda	1,376	24,000	0,107
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	1,796	4,000	0,129
Expérience * Âge	Wilks' Lambda	0,967	12,000	0,479
Sexe * Âge	Wilks' Lambda	0,756	12,000	0,696
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Âge+Région * Expérience+Région * Sexe+Région * Âge+Expérience * Sexe+Expérience * Âge+Sexe * Âge				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Dans le facteur 3 il y a un effet significatif qui est celui de la Région.

Tableau 12.34 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux facteurs

	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/A	E/S	E/A	S/A
BAR 3	$p=0.027$ *									

Le troisième facteur « BAR3 normalité, stigmatisation, peur d'exclusion » présente des loadings négatifs. Cela signifie que si la Région est le facteur d'influence principal, celle qui montre la moyenne en négatif est celle qui a le score le plus haut.

Tableau 12.35 : Facteur BAR3 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} Facteur		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
BAR3 normalité, stigmatisation, peur d'exclusion	M	-0,230	0,344	0,041	p≤.000 ***	p=.018 *	p=.043 *
	SD	0,942	1,038	0,992			

Dans ce cas, les suisses allemands ont des scores plus élevées avec une différence significative ; viennent ensuite les tessinois et finalement les suisses romands qui semblent être les moins sujets aux préjugés et à la stigmatisation.

12.1.5. Résumé des résultats des adolescents

Les barrières plus présentes chez les adolescents en générale sont celles reliées à la stigmatisation, aux préjugés. Ils pensent que seulement les fous vont chez le psychologue, au même temps ils ont peur que leurs copains les voient aller chez le psychologue par crainte d'être sujet à la moquerie. Ces résultats se confirment avec les données qualitatives. Les facteurs d'influence majeurs sont la Région, l'Expérience et surtout l'Âge des jeunes. On peut observer comment les barrières changent selon les groupes d'âges des adolescents. Les plus jeunes sont moins sujets à la stigmatisation et à la peur de ce que diront leurs copains, par contre ils ont davantage des barrières relatives à des changements dans leur vie : changer de classe, d'école. Les différences régionales se caractérisent par une forte stigmatisation de la part des suisses allemands par rapport à la maladie mentale, par contre les romands ont beaucoup moins cette barrière.

12.2. Les barrières dans l'accès pour les parents

On entend par barrières des parents, les obstacles que les parents imaginent que les adolescents ont au moment de l'accès aux soins en santé mentale. Dans le questionnaire des parents, la formulation est la suivante : « *G. Imaginez qu'un jeune a un problème mental/psychologique et qu'on lui conseille d'aller voir un psychiatre/psychologue. Quelles pourraient être les raisons pour lesquelles il ne veut pas y aller ?* » Les items de cette partie du questionnaire, sont les

mêmes qui ont été proposés aux adolescents. Ils exposent les différentes raisons pour lesquelles le jeune ne veut pas aller chercher une aide chez un professionnel de la santé mentale. L'intérêt de questionner les parents est de voir si l'opinion des parents et des adolescents coïncident. Je présenterai cette comparaison au sous-chapitre 11.4.

Les adultes qui ont participé à la partie quantitative étaient (N=442), et ceux qui ont participé à la partie qualitative (N=50). Pour les analyses j'ai retenu seulement ceux qui ont répondu à tous les items du bloc des barrières, ce qui correspond à N=410.

12.2.1. L'avis des parents « Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui »

Vue globale des résultats : les items

Les items ont été présentés au tableau suivant en ordre descendant selon les moyennes.

Tableau 12.36 : Les items des barrières en ordre descendant selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
g80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	410	2,74	0,96
g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	410	2,66	0,92
g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	410	2,61	1,09
g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	410	2,20	1,01
g85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.	410	2,13	0,80
g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	410	2,11	0,97
g92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	410	2,09	1,00
g78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	410	2,08	0,92
g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	410	2,03	0,98
g83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	410	1,86	0,83
g86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	410	1,84	0,81
g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	410	1,81	0,88
g90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.	410	1,67	0,86
g87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.	410	1,60	0,78
g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	410	1,59	0,77
g89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.	410	1,38	0,70

Les parents attribuent aux jeunes des barrières liées au stigma social, (items g80 et g79). Ils manifestent aussi la présence d'une autre barrière causée par l'ignorance face à ce que psychologue ou le psychiatre pourra bien leur faire, item g77.

Comparaison avec les données qualitatives

La catégorie qui a été la plus évoquée par les parents, comme étant une barrière pour les adolescents dans l'accès aux soins, faisait référence aux professionnels de santé. Ils revenaient

aux mauvaises expériences faites lors des entretiens thérapeutiques. Les récits qui suivront, contiennent les éléments qui ont donné lieu aux catégories de l'analyse qualitative.

L'expérience vécue par ces parents, les deux tessinois, reflète ce que pour eux fut perçu comme un manque de professionnalité du psychiatre : l'absence d'écoute et de collaboration avec la famille:

“Ecco allora lì abbiamo detto “beh andiamo dal psichiatra”. Lo psichiatra, io non vorrei essere proprio molto cattiva, ma sono rimasta delusa, delusa in maniera., non ha capito niente di niente questo. Anzi mio figlio, che era un manipolatore, è riuscito a manipolarlo, a fargli crede quello che lui voleva che questo psichiatra credesse. E lui c'è cascato. E io da uno psichiatra mi aspetto qualcosa in più. Per lui forse è stato più facile mettere via la cosa così, ma lui non ha capito proprio niente di niente. Non ci ha ascoltato, siamo passati per due genitori che avevano le allucinazioni, che vedevano cose irreali, che si erano inventati delle cose, e abbiamo detto “no, così non possiamo continuare”.”(Mère tessinoise)

Cette mère suisse alémanique transmet par son expérience, la difficulté de trouver quelqu'un de compétent dans le domaine de la santé mentale:

„Nein, bei physisch und psychisch schwierig, jemanden guten (Fachperson) zu finden.“
(Mère, suisse allemand)

Voici le témoignage d'une mère de la Suisse romande. Elle raconte les difficultés rencontrées dans le système de santé mentale, quand elle a cherché de l'aide pour son fils qui présentait des problèmes d'hyperactivité.

« (...) donc on a jamais eu vraiment l'aide là adéquate parce que personne n'a répondu à nos attentes en fait, parce qu'après ça on a fait des séances de pédopsychiatrie et là...-donc votre médecin vous a adressé-.. oui, pour établir un diagnostic encore plus, et là c'était la catastrophe parce que ça été nul. -Qu'est ce qui a été difficile dans ce cas là pour vous et pour votre enfant ?- Pour l'enfant qu'il n'arrive pas à surmonter ce trouble qu'il a -et pour les parents aussi parce qu'il s'en rendait compte quand même ?- Oui, il s'en rend compte parce qu'il a des difficultés scolaires, donc ici il n'y a pas de miracles, l'école s'est comme ça, il faut que tu arrives, si tu n'arrive pas c'est un peu, c'est une étiquette tu es celui qui n'arrive pas qui es nul etcetera, malheureusement c'est un peu le cas, c'est toujours cette histoire de compétition générée par les notes par les moqueries etcetera donc, le plus possible il faut essayer de le mettre en confiance, dire qu'il n'y a pas que ça...mais l'aide non on en a pas eu, mais bon on a pas eu de chance parce que ça n'a pas marche peut-être aussi (...) » (Mère suisse romande)

L'expérience suivante vécue par cette mère de la Suisse romande, présente différents éléments qui peuvent devenir des barrières dans une situation future de recherche d'aide. Tout d'abord la barrière linguistique : la difficulté à se faire comprendre par le médecin. Elle dénonce une hyper médicalisation de ces enfants et au même temps une manque de franchise pour dire clairement que il ne sait pas ce qui a son enfant et comment il peut l'aider.

Pk/g5b/c.9. Oui, l'histoire de l'information -l'information donnée par le médecin ?- oui, oui,

chez qui t'oriente quoi, on est peut-être pas tombé non plus, on est tombé aussi sur **quelqu'un qui ne maîtrisait pas la langue française**, donc c'était très disparate, puis en fait ça ne menait à rien, ce gosse il était, je ne sais pas, 12 fois faire des séances et des batteries de tests pour finir à arriver à un diagnostic que tout le monde savait, oui votre enfant est anxieux, entre guillemets c'était ça, mais que faire ? que peut-on faire ? alors là c'est néant, en fait peut-être que vraiment il ne savait pas qu'est ce qu'il fallait, **ah il ne réagit pas à ce médicament alors on ne sait pas, c'est ça, ce qui a fait le pédopsychiatre c'est de donner le médicament, il n'a pas suivi un traitement.. oui, voilà, il a donné et après ça ne marche pas, alors que fait-on, alors là il n'y a plus de réponse**, vous voyez comment, l'aboutissement du truc c'est **qu'il ne savait pas nous donner une réponse, mais peut-être qu'il n'y a pas de réponse, mais au moins qu'il puisse le dire, c'est ça que je trouve dans ce domaine de médecins et tout ça c'est que c'est de nouveau pas franc**, les gens ne disent pas vraiment, moi j'aurais préféré qu'il dise eh bien je ne sais pas à la limite. Et après le pédopsychiatre vous avez arrêté ? ah oui parce qu'après moi j'ai fait des choses genre ostéopathie, des massages, des choses comme ça, pour détendre, puis voilà et ça a fonctionné ? bien sûr ça fonctionne sur le moment, mais le truc de base il est toujours là, vous voyez, de toute façon c'est complexe, là dedans on est un peu impuissant eh. Pk/g5b/c.10. pas trop, **j'ai l'impression qu'on était pas tellement écouté, on nous écoutait très mal, c'était très confus** soit le médecin soit le pédopsychiatre là je parle du pédopsychiatre, le médecin aussi entre guillemets, parce que lui était resté obtus, oui oui il correspond, il y a 9 critères sur 10 qui correspondent à votre truc donc c'est ça paff quoi, et puis il y a toujours un petit truc qui dit oui, mais peut-être ce n'est pas ça puisqu'il...vous voyez ? donc... (Mère suisse romande)

Un père suisse romand, raconte comment il a vécu la prise en charge de sa fille dans le système des soins en santé mentale. La difficulté n'a pas été de trouver qui pouvait les aider mais plutôt de savoir qui était le responsable des différents aspects de la prise en charge. Un trop grand nombre de spécialistes risquaient de diluer le climat de confiance nécessaire, surtout pour l'adolescente en difficulté qu'était sa fille.

P4.1. J'en connaît beaucoup, les infirmières, les médecins, les hôpitaux, et puis je pense qu'aujourd'hui on a une société très ouverte donc on trouve assez facilement les entités...par contre je trouve que ces entités travaillent toutes un peu indépendamment les unes des autres (...) j'en ai pas une vision très positive, beaucoup de services mais j'ai un peu l'impression que c'est un peu fermé, on a de la peine à entrer et - à se faire comprendre aussi ? - et à se faire comprendre et **à comprendre ce qu'ils font donc on a l'impression, ils ont beaucoup de sites, des sites Internet, beaucoup de communication on va dire, mais soit on est pas nous dans des situations adéquates par rapport à ce qu'ils font, soit on a pas compris ce qu'ils font, donc on s'adresse pas (...)** ou alors **les gens sont trop spécialisées, donc en ce qui est la communication elle est une communication trop spécialisée et puis vite trop d'intervenants, avec des colloques, pour finir on a pas l'impression d'avoir quelqu'un devant soi qui est consistant, ça devrait être plus personnalisé je pense**, on est trop face à des systèmes, dans les spécialisations de chacun ? voilà, alors des fois, nous, ce qu'on a vécu, c'est qu'on s'est trouvé dans une situation qu'on est 5 autour de la table pour parler d'un jeune qui est là aussi et qui forcément se sent minorisé dans un monde d'adultes, dans un concept de colloques, de travail en commun, de réseau, et puis tout un tas de mots qu'on utilise maintenant, ça s'inscrit là dedans, mais pour un jeune un réseau c'est pas un réseau, c'est 5 adultes qui parlent de lui, donc ça lui plaît pas, ce n'est pas assez direct, c'est ce qu'on a vécu. **Et là dedans il y a aussi peu de confiance qui peut s'installer c'est difficile à la mettre en place parce qu'il y a trop de**

gens. (Père suisse romand)

Une mère suisse romande parle des différentes solutions qu'elle a essayé de trouver pour sa fille, et qui n'ont pas réussi. Elle dit d'avoir été mal orientée par l'école, dans sa recherche d'aide.

« Malheureusement j'étais mal orientée, j'ai frappé à plusieurs portes sans succès. J'ai mis beaucoup de temps pour trouver la personne adéquate. A partir de trois ans mon enfant avait problèmes psychologiques. Je l'avais remarqué parce qu'elle ne s'intégrait pas au jardin d'enfance. Elle était terrorisée où il y avait plusieurs enfants, elle n'avait pas la capacité de s'intégrer. Quand la maîtresse parlait à l'ensemble des enfants elle n'avait pas la capacité de comprendre que c'était pour elle aussi ce genre de dialogue. Je me rendais compte que elle avait beaucoup difficulté à être gardée par autre personne. Elle était terrorisée quand je n'étais pas là. C'est seulement à l'âge de 9 ans que les difficultés ont augmenté, jusqu'à ce que l'enfant doive changer de classe parce qu'elle ne peut plus du tout suivre l'école. Elle est déjà en dépression à 9 ans. C'est avec les maîtresses de l'école que j'ai eu des appuis psychologiques, elles ont suivi mon enfant physiquement et psychologiquement. Les personnes qui s'occupaient de ma fille toute la journée, la maîtresse c'est rendu compte qu'il y a un problème et elle m'a parlé. Elle m'a demandé qu'est-ce que vous faites parce qu'elle va mieux. Tout ce que j'ai essayé a dit qu'elle est capricieuse, voilà et puis c'est tout. On n'a pas aidé plus. Elle devait aller à 15 km de la maison ou le rythme est différent, tout est basé sur la motivation.

C'était très très pénible, parce que je essayé 2 solutions et ça ne va pas bien. J'ai commencé à perdre mon moral parce que je pensais que j'étais moi à être incapable d'enlever mon enfant. J'étais triste pour cette situation. » (Mère suisse romande)

Cette mère raconte que l'aide est arrivé très tard pour sa fille, car personne n'a cru au mal être psychique, dont elle se plaignait.

« Non. C'était difficile car au début on ne la croyait pas, il disaient qu'elle jouait la comédie. Il a fallu arriver à l'extrémité comme la dépression, l'anorexie pour la prendre au sérieux, de la part des parents comme des éducateurs. Pour aller mieux il fallait partir de la maison pour être en institution. C'est des démarches qui lui ont coûté énormément. Elle devait recevoir une aide médicale pour qu'elle s'en sorte. » (Mère suisse romande)

Un autre grand domaine de barrières est celui de la stigmatisation sociale, la peur du qu'en dira-t-on ou d'être totalement exclu à cause d'un problème psychique, ou parce qu'on a fait recours à une aide psychologique ou psychiatrique.

Cette mère suisse romande exprime cette crainte qui l'a assez freinée dans l'accès aux soins pour sa fille :

« Je trouve que pour les problèmes psychiques il y a plus de réticence que pour les problèmes physiques, car on connaît moins, le domaine est différent et puis avec un enfant malade mentalement, qui doit aller en clinique, on est plus mis de côté (on sera la cible du jugement des autres). » (Mère suisse romande)

Le récit de cette mère suisse alémanique explique bien que la stigmatisation est présente dans la société et, de ce fait, elle peut devenir une barrière.

« Ich finde das Wort ‚psychisch‘ noch sehr belastet in der Gesellschaft, für mich ist es ein schwieriges Wort, deswegen vielleicht auch die Hemmungen, wohin zu gehen, das finde ich nach wie vor, der Durchbruch hat es noch nicht geschafft im Alltag wie die Medizin, das man dorthin und dorthin geht, weil es ja auch ein Arzt ist, es hat eine Aura und immer noch eine Stigmatisierung, die ich nicht los kriege. » (Mère suisse alémanique)

Les témoignages des parents ont été une source précieuse d'informations pour ce travail de thèse. J'ai du faire un choix pertinent avec les résultats à présenter mais beaucoup d'entre eux qui n'ont pas été présentés sont aussi riches et intéressants.

12.2.2. La barrière se situe dans une manque de connaissance et dans la peur du préjugé

Vue globale des résultats : l'analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales des 16 items qui font référence aux barrières, donne lieu à 4 facteurs, après une conversion en 12 itérations. Le N qui a été retenu avec la fonction *listwise*, correspond à 410 parents. Dans le tableau suivant nous présentons la saturation des items pour chaque facteur.

Tableau 12.37 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des barrières

Pattern Matrix ^a

	Component			
	1	2	3	4
g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	,734	,323		
g80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	,712		,313	
g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	,695	,359		
g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	,674			
g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	,666			
g89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.		,817		
g90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.		,809		
g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.		,672		
g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.			,734	
g86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.			,614	
g87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.			,592	
g92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	,412		,503	
g85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.				,731
g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.				,606
g78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	,454		-,367	,526
g83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.			,302	,455

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 12 iterations.

Le total de la variance expliquée avec les 4 facteurs est de 59,9% et la fiabilité interne entre tous les items correspond à un α de Cronbach de .872. Le test de Kaiser et Barlett a la valeur suivante = .845.

Tableau 12.38 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

4 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. stigma/ peur d'exclusion/ manque de connaissance $\alpha = .846$ (6 items)			
82.	Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	.734	FEAR OF STIGMATISATION/ MARGINALISATION
80.	Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	.712	FEAR OF STIGMATISATION/ MARGINALISATION
81.	Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	.695	FEAR OF STIGMATISATION/ MARGINALISATION
79.	Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	.674	STIGMA/STEREOTYPE/PREJUDICE
77.	Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	.666	LACK OF INFORMATION ABOUT SERVICES
78.	Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	.454	INFORMATION
2. accessibilité, pas « youth user friendly » $\alpha = .759$ (3 items)			
89.	Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.	.817	ACCESSIBILITY LEVEL_GEOGRAPHIC DISPARITY
90.	Il pense que la thérapie coûte trop cher.	.809	ACCESSIBILITY LEVEL_COST
88.	Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	.672	ACCESSIBILITY LEVEL_VASTING TIME
3. aucune aide $\alpha = .701$ (4 items)			
91.	Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	.734	HELP EFFICACY
86.	Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	.614	BELIEFS/CONCEPTS AND PERCEPTION OF TREATEMENT (CULTURE RELATED)
87.	Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.	.592	BELIEFS/CONCEPTS AND PERCEPTION OF TREATEMENT (CULTURE RELATED)
92.	Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	.503	KNOWLEDGE PROFESSIONAL/ INSTITUTIONAL HELP
4. famille $\alpha = .594$ (3 items)			
85.	Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.	.731	BELIEFS/CONCEPTS AND PERCEPTION OF TREATEMENT (CULTURE RELATED)
84.	Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	.606	PARENTS AS A BARRIERS (FAMILY BARRIERS)
83.	Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	.455	PARENTS GUILT

Le premier facteur est le **stigma/ peur d'exclusion/ manque de connaissance**. Il s'agit d'une barrière liée à l'entourage « g80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui » et « g79 Il

pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre ». La peur de l'exclusion est aussi présente dans les deux items suivants « g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer » et « g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école ». Ensuite il y a deux barrières qui reflètent le manque de connaissance que les parents attribuent aux adolescents: « g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera » et « g78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments ». Le dernier item, g78 a été changé et intégré dans cette première composante, même s'il avait une plus haute « loading » dans la quatrième composante. Ce changement est dû à un choix de sens.

Les items qui composent le deuxième facteur (g88, g89, g90), **accessibilité, pas « youth user friendly »**, font aussi référence au concept de « rendre les services plus accessible et proche aux jeunes ». En effet, les barrières évoquées par les parents des jeunes sont importantes. Elles empêchent les services d'être perçus de manière positive et facile à atteindre : « g89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui », « g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps » et « g90 Il pense que la thérapie coûte trop cher » (Erulkar et al., 2005).

Le troisième facteur inclut 4 items : 91, 86, 87, 92. Je l'ai nommé **aucune aide** car ces items reflètent la négation de toute aide extérieure: « g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide », « g86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même », « g87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille », et « g92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente ».

Le dernier facteur exprime des éléments liés à la **famille**. C'est elle parfois qui rend difficile une recherche d'aide ou le démarrage d'un traitement: « g85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille », « g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre » et « g83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide. ».

J'ai calculé le coefficient de Cronbach pour les quatre échelles :

1. stigmatisation, peur d'exclusion, manque de connaissance $\alpha = .846$ (6 items)
2. accessibilité, pas "youth user friendly", $\alpha = .759$ (3 items)
3. aucune aide $\alpha = .701$ (4 items)
4. famille $\alpha = .594$ (3 items)

Les trois premières échelles ont une très bonne fiabilité interne, la quatrième par contre n'est pas assez robuste. Elle ne sera pas prise en compte pour la suite des analyses.

12.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

La présentation des résultats suit exactement le schéma utilisé pour des adolescents. Dans la première partie du chapitre je présenterai les résultats concernant l'analyse de variance multivarié, ensuite une grille qui résume les résultats significatifs de l'analyse de variance univarié calculé pour chaque item. Finalement je ferai une analyse plus spécifique avec les T-test.

12.2.3.1. La Région est le facteur d'influence principal parmi les barrières

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

L'analyse de variance multivarié montre une significiance dans l'effet principal de la Région.

Tableau 12.39 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	244,084	16,000	0,000
Région	Wilks' Lambda	2,867	32,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	1,219	16,000	0,250
Sexe	Wilks' Lambda	1,086	16,000	0,366
Région * Expérience	Wilks' Lambda	1,171	32,000	0,238
Région * Sexe	Wilks' Lambda	0,978	32,000	0,503
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	0,843	16,000	0,637
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Le tableau présente les résultats plus spécifiques de l'analyse de variance univarié. La Région linguistique présente énormément d'effets significatifs, 10 items sur 16. Le facteur Expérience de traitement, bien qu'il n'ait pas d'effet significatif à l'analyse de variance multivarié, présente aussi un bon nombre d'items avec un effet significatif, 6 au total. Et le facteur Sexe présente 4 item avec un effet significatif.

Tableau 12.40 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux items

Items	Effet Principal			Interaction		
	Région	Expé	Sexe	R/E	R/S	E/S
g80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	p≤.000 ***	p=.034 *				
g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	p=.015 **	p=.035 *	p=.051 (*)			
g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	p=.001 ***	p=.064 (*)				
g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	p=.015 **	p=.023 *			p=.006 **	
g85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques	p=.002 **					

doivent être résolus en famille.						
g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	p≤.000 ***					
g92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.			p=.084 (*)			
g78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.		p=.084 (*)				
g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	p≤.000 ***					
g83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.						
g86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/psychologiques, on doit s'aider soi-même.	p=.008 **					
g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.			p=.015 *			
g90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.	p=.090 (*)					
g87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.	p=.096 (*)					
g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.		p≤.000 ***	p=.032 *			p=.009 **
g89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.						

Le premier item, « g80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui. » a un fort effet principal en ce qui concerne la Région (p≤.000 ***). L'Expérience montre aussi un effet significatif (p=.034 *).

Tableau 12.41 : Item g80 : effet principal et contrastes

1 ^{er} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g80	M	3,04	2,83	2,49	-	-	-
Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	SD	0,876	0,913	0,966	-	-	-

Les parents tessinois ont la moyenne plus basse. Cela signifie qu'ils considèrent cette barrière de la peur d'être victime de moquerie, moins pertinent pour les adolescents. La différence avec les autres deux régions suisses est significative : I-CH et D-CH (p≤.000 ***) et I-CH et F-CH (p=.005 **). Par rapport à l'Expérience de traitement, voici les moyennes et les écarts-types des deux groupes : le résultat du T-test entre les deux moyennes n'est pas significatif.

Tableau 12.42 : Item g80 : effet principal et contraste

1 ^{er} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
g80	M	2,75	2,63	-
Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	SD	0,955	0,976	-

Le deuxième item, « g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/psychiatre lui fera » présente des effets significatifs dans les trois effets principaux : pour la Région ($p=.015$ **) et l'Expérience ($p=.035$ *) ce sont des effets significatifs à part entière; le Sexe présente uniquement une tendance significative ($p=.051$ (*)).

Tableau 12.43 : Item g77 : effet principal et contrastes

2 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g77	M	2,87	2,66	2,52	-	$p=.001$	-
Il ne sait pas ce que le psychologue/psychiatre lui fera.	SD	0,907	0,921	0,921	-	***	-

Le contraste significatif se trouve entre les tessinois et les suisses allemands ($p=.001$ ***). Ces derniers attribuent davantage la barrière de la peur de ce que le psychologue ou le psychiatre lui fera, aux jeunes.

Quant à l'effet principal de l'Expérience il n'y a pas de résultat significatif d'après le T-test.

Tableau 12.44 : Item g77 : effet principal et contraste

2 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
g77	M	2,68	2,52	-
Il ne sait pas ce que le psychologue/psychiatre lui fera.	SD	0,930	0,904	-

Pour le facteur Sexe, le T-test montre bien un effet significatif entre les mères et les pères: face aux adolescents, les mères leur attribuent cette barrière bien plus que les pères (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.45).

Le 3^{ème} item, « g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre. » a lui aussi une valeur significative pour l'effet principal de la Région ($p=.001$ ***).

Par contre l'Expérience présente uniquement une tendance significative ($p=.064$ (*)).

Tableau 12.46 : Item g79 : effet principal et contrastes

3 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g79	M	2,98	2,49	2,40	$p\leq.000$	$p\leq.000$	-
Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	SD	1,03	1,09	1,06	***	***	-

Le troisième item montre, pour les parents suisses allemands, une moyenne significativement plus élevée que pour les autres régions : D-CH et F-CH ($p=.001$ ***) et D-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***).

***). Les parents suisses allemandes attribuent aux adolescents cette barrière lié à la stigmatisation davantage que les autres parents suisses.

D'après le T-test, l'effet principal de l'Expérience ne présente pas de résultats significatifs. (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.47).

Le 4^{ème} item, « g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide. » a deux effets significatifs aux effets principaux de la Région ($p=.015$ **) et de l'Expérience ($p=.023$ *), ainsi qu'une interaction avec un effet significatif entre la Région et le Sexe ($p=.006$ **).

Tableau 12.48 : Item g91 : effet principal et contrastes

4 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	M	2,34	2,41	2,03		p=.007 **	p=.003 **
	SD	1,05	0,966	0,990			

Ce sont les parents tessinois qui ont la moyenne la moins élevée. La différence avec les autres deux régions suisses est significative : I-CH et D-CH ($p=.007$ **) et I-CH et F-CH ($p=.003$ **). Ils attribuent moins souvent cette barrière aux jeunes, quand ils expliquent pourquoi les adolescents ne font pas recours aux soins de santé mentale.

Par rapport à l'Expérience, d'après le T-test, il n'y a pas de résultat significatif. Voici les moyennes et les écarts-types des deux groupes :

Tableau 12.49 : Item g91 : effet principal et contraste

4 ^{ème} item		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	M	2,21	2,18	-
	SD	1,03	0,944	

Pour l'interaction entre les facteurs Sexe et Région, voici le tableau des moyennes et des écarts-types :

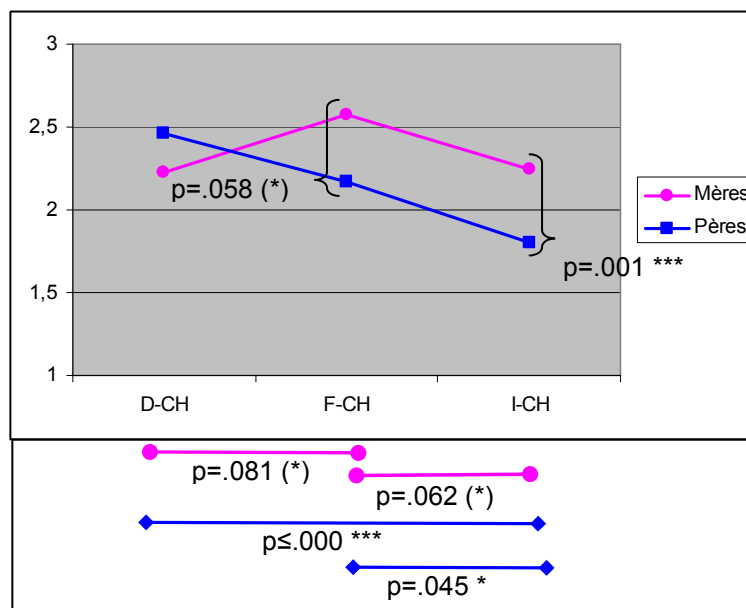
Tableau 12.50 : Item g91 : interaction entre les facteurs Région et Sexe

p=.006 **		Mères	Pères
D-CH	M	2,23	2,46
	SD	1,07	1,02
F-CH	M	2,58	2,17
	SD	0,965	0,941
I-CH	M	2,25	1,80
	SD	0,967	0,941

Le tableau, ainsi que le graphique, montre des résultats intéressants : la barrière « Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide », est attribuée aux adolescents significativement plus par les mères romandes et tessinoises que par les pères des mêmes régions. En Suisse alémanique ce vérifie le résultat contraire, même si la différence entre les sexes n'est pas significative.

Auparavant nous avons commenté les résultats des effets significatifs entre les régions. Cette interaction nous aide à mieux saisir les différences régionales relatives aux pères et aux mères séparément. Les parents tessinois ont la moyenne la moins élevée; la différence avec les autres deux régions suisses est significative. Or, ce résultat reste valable autant pour les pères que pour les mères ; les suisses romands ont la moyenne la plus élevée, avec deux tendances significatives entre les régions.

Figure 12.12 : Item g91 : interaction entre les facteurs Région et Sexe



Le 5^{ème} item, « g85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille. » ; ainsi que le 6^{ème} item, « g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école. » ont tous les deux un effet significatif pour le facteur Région.

Tableau 12.51 : Item g85 : effet principal et contrastes

5 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g85	M	2,31	1,91	2,11	p=.031	p=.001	p=.050
Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.	SD	.875	.762	.748	*	***	*

Les contrastes sont significatifs entre les trois régions : les suisses alémaniques montrent une moyenne significativement plus haute que les tessinois (p=.001 ***) et les romands (p=.031*). Les tessinois, eux, ont une moyenne significativement plus haute que les romands (p=.050 *). Ainsi les parents suisses alémaniques ont plutôt tendance à penser que la barrière qui s'interpose entre les adolescents et les soins de santé mentale est celle qui les amène à penser que les problèmes de santé mentale doivent être résolus en famille.

Tableau 12.52 : Item g81 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	M SD	2,47 .964	2,27 .852	1,82 .930	-	p=.001 ***	p≤.000 ***

Pour l'item ci-dessus, les parents tessinois ont la moyenne la plus basse, ils attribuent donc moins fréquemment cette barrière de la peur de devoir changer d'école aux jeunes que ne le font les autres parents suisses. En effet la différence avec les autres deux régions suisses est fort significative : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***) et entre I-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***)).

Les deux items suivants, le g92 (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.53) et le g78 (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.54) ont des tendances d'effets significatifs. Le premier pour l'effet principal du Sexe ($p = .084$ (*)) ; le deuxième pour celui de l'Expérience de traitement ($p = .084$ (*)).

Quant au facteur Sexe, le T-test montre un effet significatif entre les mères et les pères; les mères, plus que les pères, attribuent la barrière « Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente. » aux adolescents.

Pour le 8^{ème} item, « g78 Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments. » le calcul du contraste entre les deux groupes de l'Expérience de traitement ne montre aucun effet significatif lors du T-test.

Le 9^{ème} item présente un effet significatif remarquable au niveau de la Région ($p \leq .000$ ***). Ceci a été le cas pour beaucoup d'autres items.

Tableau 12.55 : Item g82 : effet principal et contrastes

9 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	M SD	2,25 1,07	2,25 .874	1,82 .927	-	p≤.000 ***	p≤.000 ***

Les parents tessinois sont ceux qui moins fréquemment attribuent la barrière indiquée par cet item « g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer. » aux adolescents. La différence avec les autres deux régions suisses est fort significative : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***) et entre I-CH et F-CH ($p \leq .000$ ***)).

L'item suivant, « g83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide. » n'a pas d'effets significatifs.

Le 11^{ème} item présente lui aussi, comme la plupart des items, un effet significatif de la Région ($p = .008$ **).

Tableau 12.56 : Item g86 : effet principal et contrastes

11 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
g86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	M SD	1,98 .866	2,00 .806	1,69 .742	-	p=.001 ***	p=.002 **

De nouveau ce sont les parents tessinois qui ont la moyenne la moins élevée; ils attribuent moins souvent cette barrière à leurs enfants adolescents. La différence avec les autres deux régions suisses est significative : I-CH et D-CH ($p=.001$ ***) et entre I-CH et F-CH ($p=.002$ **).

Le 12^{ème} item présente un effet significatif pour le facteur Sexe ($p=.015$ *).

Tableau 12.57 : Item g88 : effet principal et contraste

12 ^{ème} item		Effet Principal. Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	M SD	1,88 .891	1,73 .859	-

Les mères atteignent une moyenne plus élevée que les pères, mais la différence entre les deux n'est pas significative.

Pour le 13^{ème} et le 14^{ème} item on observe une tendance significative au même effet principal: la Région : l'item g90 ($p=.090$ *) (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.58) et l'item g87 ($p=.096$ *) (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.59). Dans les deux items les parents suisses alémaniques ont la moyenne la plus élevée et le contraste avec les romands est significatif. Ils attribuent davantage que les romands les deux barrières suivantes aux adolescents : « Il pense que la thérapie coûte trop cher. » et « Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille. ». Les parents tessinois se situent, de par leur moyenne, entre les deux régions, sans pour autant présenter une différence significative pour l'une ou l'autre.

L'avant dernier item, « g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre. » a deux valeurs significatives dans les effets principaux de l'Expérience ($p\leq.000$ ***) et le Sexe ($p=.032$ *), et une interaction avec un effet significatif entre l'Expérience et le Sexe ($p=.009$ **).

Tableau 12.60 : Item g84 : effet principal et contraste

15 ^{ème} item		Effet Principal : Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	M SD	1,61 .771	1,45 .782	-

Le T-test ne montre pas d'effet significatif entre la moyenne des parents qui n'ont jamais eu un enfant avec un traitement clinique et ceux qui en ont déjà fait l'expérience.

En ce qui concerne la différence entre les pères et les mères, le T-test ne donne pas de résultat significatif dans le contraste entre les moyennes des deux sexes.

Tableau 12.61 : Item g84 : effet principal et contraste

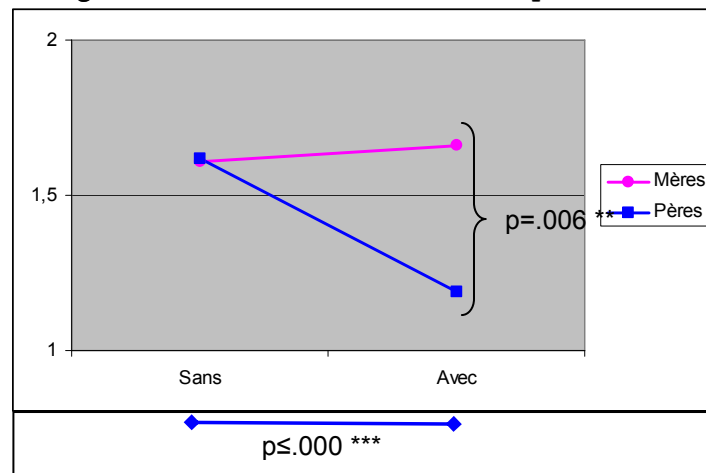
15 ^{ème} item		Effet Principal. Sexe		Contraste
		Mères	Pères	1/2
g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	M SD	1,61 .795	1,55 .749	-

Voici le tableau des moyennes et des écarts-types de l'interaction entre les facteurs Expérience de traitement et Sexe :

Tableau 12.62 : Item g84 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe

p=.009 **		Mères	Pères
Sans	M	1,61	1,62
	SD	.769	.777
Avec	M	1,66	1,19
	SD	.911	.471

Figure 12.13 : Item g84 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe



Concernant l'Expérience, on retrouve une différence significative uniquement entre les pères ($p \leq .000$ ***) qui indique que les pères sans expérience de traitement attribuent davantage que ceux qui ont une expérience, la barrière « g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre. » aux adolescents. En ce qui concerne le Sexe, la différence entre mères et pères se trouve dans le groupe qui a une expérience de traitement d'un des enfants ($p = .006$ **), les mères suggèrent davantage que les pères cette barrière aux jeunes.

Le dernier item, « g89 Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui. » ne présente pas de valeur significative, ni dans l'effet principal, ni dans les interactions.

12.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interactions

Quant à l'analyse de variance multivarié des facteurs appliquée aux barrières, les effets significatifs se situent au niveau des Régions linguistiques et de l'Expérience du traitement.

12.2.4.1. Région et Expérience de traitement : les facteurs d'influence principaux

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Voici le tableau des résultats de l'analyse de variance multivarié.

Tableau 12.63 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (facteurs)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	1,024	4,000	0,395
Région	Wilks' Lambda	5,329	8,000	0,000
Expérience	Wilks' Lambda	2,538	4,000	0,040
Sexe	Wilks' Lambda	1,115	4,000	0,349
Région * Expérience	Wilks' Lambda	0,608	8,000	0,772
Région * Sexe	Wilks' Lambda	1,067	8,000	0,384
Expérience * Sexe	Wilks' Lambda	1,041	4,000	0,386
Test Multivarié				
Design: Intercept+Région+Expérience+Sexe+Région * Expérience+Région * Sexe+Expérience * Sexe				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Le tableau suivant montre les valeurs significatives qui correspondent aux effets principaux et aux interactions des trois composantes principales.

Tableau 12.64 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (facteurs)

	Effet Principal			Contraste		
	Région	Expé	Sexe	1/2	1/3	2/3
BAR1	p≤.000 ***	p=.021 *				
BAR2						
BAR3			p=.064 (*)			

Le premier facteur, « BAR1 stigmatisation, peur d'exclusion, manque de connaissance » présente des effets significatifs au niveau de la Région (p≤.000 ***) et de l'Expérience (p=.021 *). Voici le tableau des moyennes et les écarts-types des Régions.

Tableau 12.65 : Facteur BAR1 : effet principal et contrastes

1 Facteur		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
BAR1 stigmatisation, peur d'exclusion, manque de connaissance	M SD	0,331 1,04	0,136 0,965	-0,257 0,918	-	p=.001 ***	p≤.000 ***

Les parents tessinois présentent la moyenne la moins élevée. Quand ils parlent de leurs enfants adolescents, ils leur attribuent significativement moins cette barrière (stigmatisation, peur d'exclusion, manque de connaissance) que ne le font les suisses alémaniques et les romands. La différence entre les tessinois et les autres deux régions suisses est fort significative : I-CH et D-CH ($p \leq .000$ ***) et entre I-CH et F-CH ($p = .001$ ***) .

Entre les mères et les pères qui ont ou qui n'ont pas d'expérience de traitement pour leurs enfants, la différence obtenue avec le T-test n'est pas significative.

Tableau 12.66 : Facteur BAR1 : effet principal et contraste

1 Facteur		Effet Principal. Expé		Contraste
		Sans	Avec	1/2
BAR1 stigmatisation, peur d'exclusion, manque de connaissance	M SD	0,017 0,991	-0,104 1,029	-

Le deuxième facteur, « BAR2 accessibilité, pas "youth user friendly" » n'a pas de valeurs significatives particulières parmi les facteurs d'influence.

Le troisième facteur, « BAR3 aucune aide » a seulement une tendance d'effet significatif au facteur Sexe ($p = .064$ (*)) (cf. Annexe 2.4., Tableau 12.67.). Apparemment les mères attribuent davantage cette barrière aux adolescents, de ne pas vouloir chercher et accepter une aide, que les pères.

12.2.5. Résumé des résultats des parents

Les résultats concernant les parents par rapport aux barrières qu'ils pensent ont les adolescents face au système des soins en santé mentale, sont très sensibles aux différences régionales. Les parents de la partie suisse alémanique ont toujours des moyennes plus élevées que les parents des régions latines de Suisse. Ce résultat indique qu'ils attribuent plus de barrières aux adolescents face à une recherche d'aide. Cela est vrai surtout pour les barrières liées à la stigmatisation : peur que les autres se moquent de moi si je vais voir un psychologue, il pensent que seulement les fous vont chez le psychologue, etc. Les parents suisses allemandes sont beaucoup plus sensibles à ce genre de barrières, la différence avec les autres parents est souvent statistiquement

significative. Les parents tessinois sont par rapport aux suisses alémaniques beaucoup moins penchés à attribuer aux adolescents des barrières concernant la peur de stigmatisation ou des préjugés de la part de autres.

L'expérience de traitement clinique joue aussi un rôle important : les parents n'ayant jamais eu d'expérience avec le système des soins présentent davantage de barrières que ceux qui ont déjà eu un contact et une expérience de traitement.

12.3. Les éléments facilitateurs dans l'accès aux soins

Une lecture attentive des entretiens, dans le but de faire l'analyse qualitative, permet de déceler tout aussi bien les « barrières » -obstacles à l'accès aux soins en santé mentale pour les adolescents et leurs familles- que des aspects positifs qui facilitent l'accès aux soins. Ces aspects relèvent, par exemple, d'un bon rapport avec un professionnel de la santé mentale ou du résultat positif d'une thérapie.

Je présente quelques exemples des catégories issues de l'analyse qualitative des entretiens, dans les trois langues originales.

Cette mère tessinoise explique quel est le moment adéquat pour chercher une aide thérapeutique, sans aucun préjugé envers les spécialistes de la santé mentale :

« Ma, se la cosa non è grave, passeggera, penso che una discussione fatta al momento giusto quando per entrambi è il momento giusto per capirsi, per discutere, si è disponibili, le cose posso anche andare a posto così. Se invece le cose sono più gravi, non ho esitato a rivolgermi a uno psichiatra. Perché mi sono sempre detta se uno rompe una gamba va dall'ortopedico, se uno ha un problema mentale va dallo psichiatra. » (Mère suisse italienne)

Une mère romande exprime la nécessité d'aborder au plus tôt les difficultés en faisant recours à une aide professionnelle, à une personne qui sache écouter l'enfant et le comprendre.

« Oui, parce que je pense qu'on ne peut pas renvoyer les problèmes. On a besoin de l'aide des gens qui vont aborder la difficulté. Une aide professionnelle pour se placer sur un autre plan. Une personne qui va écouter l'enfant, qui va le comprendre. » (Mère suisse romande)

Cette mère exprime son opinion sur des aspects qui favorisent l'aide thérapeutique

« Le dialogue, je pense que pour quelqu'un qui a une maladie mentale c'est très important, sûrement aussi les médicaments, bien que je sois en principe contre les médicaments, car je pense qu'il y a des effets secondaires à long terme. Quand on parle, on peut beaucoup guérir et quand les personnes nous écoutent aussi. Si on a un enfant et qu'on le laisse tout le temps

seul, au bout d'un moment il va être malheureux, il a besoin de contact, c'est important aussi pour le futur, si quelqu'un a grandi sans affection, après quand il est plus grand, il peut moins donner, quelqu'un qui a reçu beaucoup d'amour, il pourra après plus donner, donner de l'amour c'est important à tous les âges, c'est aussi le rôle des parents. » (Mère suisse romande)

Un autre élément important dans une relation d'aide c'est l'empathie :

« Penso che prima di tutto, passa tutto dal dialogo, da una certa empatia con l'altro. Anche se questo non vuol dire assumersi poi tutte le difficoltà dell'altro, assolutamente no. Però chiaro che se c'è una corrente che l'altro sente che io sono coinvolto, sicuramente mi fa più fiducia, di uno che è lì freddo e da dei giudizi così, molto teorici. Ecco forse la prima cosa sarebbe proprio questa, cercare di entrare in relazione con l'altro. Chiaro che l'empatia non è una cosa che si può decidere, però di lasciarsi un po' coinvolgere, nel senso che l'altro senta che io sono lì per lui e m'interessa a lui. » (Mère tessinoise)

Une impression positive lors d'un premier contact thérapeutique reste gravée dans la mémoire.

Cela facilitera l'accès aux soins dans une prochaine nécessité:

« Wir haben uns nie belächelt gefühlt, wir haben uns nie falsch gefühlt, ich denk mir auch, ich hatte auch fachlich einen guten Eindruck. Fast manchmal zu gut, man hatte wirklich manchmal überlegen, soll ich das jetzt sagen, oder löst das irgendetwas aus, dass dann die Maschinerie beginnt zu drehen. » (Mère suisse alémanique)

« Là je suis beaucoup plus basée sur la confiance: elle est fondamentale. Mais ensuite, il faut aussi poser un diagnostic parce que même si c'est pour une maladie mentale il y a des diagnostics qu'on peut poser, ce n'est pas le nom en soi qui est important, mais du moment que le diagnostic est posé, on sait aussi mieux quelle est l'attitude à avoir au niveau de l'entourage, de la famille et au même temps comment se situer par rapport aux médicaments, savoir ce qu'il faut faire de manière juste et ciblée, pour ne pas commencer à aller à droite et à gauche parce que, psychiquement, c'est pire : on commence à voir la maladie et on commence à se poser encore plus de questions... » (Mère suisse romande)

Cette mère suisse allemande décrit un moment libérateur, lorsque sa fille a accepté une aide et la famille a fait les démarches nécessaires pour assurer un suivi.

« (...) das war erleichtern, das wir da aufgefangen wurden, das war ein enormer Leidensdruck, den wir alle erlebt haben, und von dem her... ja, war das wie ein Licht am Ende des Tunnels. Was dann weiter geschieht ist wieder eine andere Sache, aber der Moment der Kontaktaufnahme war erleichternd. Für M. war das auch erleichternd, sie ist auch aus freiem Willen gegangen. Einen Tag oder zwei später ging es M. so schlecht, dass sie von sich aus gesagt hat, ruft da an. Es war über das Pfingstwochenende letzten Jahres, am Pfingstdienstag hatten wir schon einen Termin und M. durfte dann am 10. Juni eintreten, das war keine lange Zeit, es wurde rasch reagiert. (Mère suisse romande)

Un père suisse romand remarque combien il est important que le jeune lui-même fasse le pas d'accepter une aide thérapeutique:

« (...) tout dépendait de sa volonté, ce sont des choses qu'on nous a dites dès le départ, mais qu'on avait de la peine à accepter; effectivement, c'est le jeune qui doit se prendre en main pour décider, pour demander de l'aide, mais en tant que parents c'est toujours difficile à accepter. » (Père suisse romand)

Voici l'aide qu'une mère suisse romande imagine pour son fils:

« Oui, de quelqu'un auquel je fais confiance, je serais contente d'avoir une aide. Je l'accepterais parce que les problèmes mentaux ça doit être terriblement difficile à gérer, parce que du point de vue physique tu sais où est le problème, la blessure, tandis qu'avec les problèmes mentaux, pour moi, ça doit être terriblement angoissant, parce qu'on ne sait pas par où commencer, et sans une aide on se sent totalement impuissant. Comment vous imaginez cette aide? Quelqu'un qui se préoccupe totalement de mon enfant, non pas comme le patient numéro x. Quelqu'un pour qui, chaque personne qu'il a devant, il va essayer vraiment de tout faire pour le guérir. » (Mère suisse romande)

12.4. Les barrières et les éléments favorables à l'accès à la lumière des hypothèses

Dans cette quatrième et dernière partie du chapitre, je vais présenter les données qui ont été exposées jusqu'à présent et je les analyserai à la lumière des hypothèses formulées au chapitre 7.

12.4.1. Générations : adolescents et parents

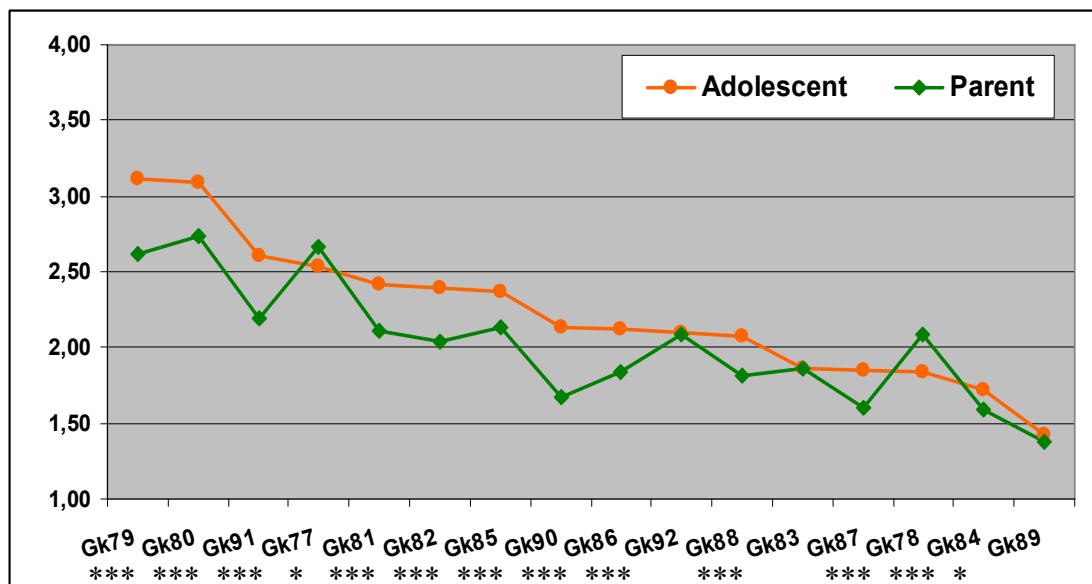
Les différences entre les générations, ainsi que les similitudes dans la manière de percevoir les barrières à l'accès des soins de santé mentale, apparaissent sur le tableau suivant :

Tableau 12.68 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents

		Ado	Parents	Sig.
Gk79	Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	3,11	2,61	p≤.000 ***
Gk80	Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	3,09	2,74	p≤.000 ***
Gk91	Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	2,61	2,20	p≤.000 ***
Gk77	Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	2,53	2,66	p=.042 *
Gk81	Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	2,42	2,11	p≤.000 ***
Gk82	Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	2,39	2,03	p≤.000 ***
Gk85	Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille.	2,37	2,13	p≤.000 ***
Gk90	Il pense que la thérapie coûte trop cher.	2,14	1,67	p≤.000 ***
Gk86	Il pense que, pour les problèmes mentaux/psychologiques, on doit s'aider soi-même.	2,12	1,84	p≤.000 ***
Gk92	Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	2,10	2,09	-
Gk88	Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	2,07	1,81	p≤.000 ***
Gk83	Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	1,87	1,86	-

Gk87	Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.	1,85	1,60	p≤.000 ***
Gk78	Il pense que les psychologues/psychiatres donnent trop de médicaments.	1,84	2,08	p≤.000 ***
Gk84	Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre.	1,72	1,59	p=.013 *
Gk89	Il pense que le cabinet du psychologue/ psychiatre est trop loin de chez lui.	1,42	1,38	-

Figure 12.14 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Gk : barrières dans l'accès des soins en santé mentale



Dans 13 items sur 16 la différence de la moyenne des adolescents par rapports aux adultes est significative, il s'agit d'un pourcentage très haut.

Les hypothèses sont confirmées, en effet on s'attendait de la part des adolescents à un jugement de la maladie mentale comme quelque chose d'étrange et anormale qui est propice à la stigmatisation et aux préjugés (Gk79 et Gk80) et à une attitude de minimalisation de la maladie mentale avec un désir à s'en sortir tous seuls (Gk86). Les parents par contre tiennent davantage compte de la nécessité de rechercher une aide professionnelle.

Comparaison avec les données qualitatives

Les barrières plus communes chez les adolescents sont la **stigmatisation** et les **préjugés** vis-à-vis de la maladie mentale et des systèmes de soins. Dans le questionnaire, ces concepts correspondent aux deux items « Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre. » et « Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui. ». Dans les entretiens, les jeunes expriment la stigmatisation de la manière suivante: « *uno è malato di mente ed è matto* » (garçons suisse italienne), « *Wenn man zum Psychologen geht, dann wird man immer so als Psycho abgestempelt, ah der spinnt, der muss zum Psychologen und so.* » (Fille suisse alémanique), « *donc voilà je voulais que personne ne me voit entrer chez elle, ça*

me dérangeait un peu, j'avais un peu de gêne. Parce que à l'école ce n'est pas bien vu d'aller chez la médiatrice? Disons que lorsqu'on va chez la médiatrice c'est pour des problèmes sociaux, c'est pour des problèmes avec ses parents ou avec les enseignants. » (Fille suisse romande)

Une barrière très présente aussi chez les adolescents est **l'acceptation et de l'aide et de la maladie elle-même**: « *Ich habe mich auch geweigert zur Psychologin zu gehen, fand es nicht nötig und war abgehauen von zu Hause. » (Fille suisse allemande) ; « C'était dur parce que de toute façon quelqu'un qui ne veut pas d'aide, on peut lui proposer toute l'aide du monde... Je n'ai jamais voulu l'accepter. C'est moi qui décide si j'ai besoin d'aide. Je ne voulais pas le reconnaître. J'ai détruit la moitié du foyer. Parce qu'on me l'a imposé, j'ai tout fait, pour que cela ne marche pas. Je ne suis pas la personne qui demande de l'aide. On ne m'a jamais proposé de l'aide. On me l'a toujours imposé. Pour ça au début je ne l'aimais pas. » (Fille suisse romande).*

Dans le questionnaire cette barrière de **non acceptation de l'aide** s'exprime par l'item « Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide ». Il est le troisième en ordre d'importance.

Pour les parents il est en quatrième position. Dans la recherche qualitative, cette barrière est fort présente; elle est perçue et décrite par les parents comme étant un mur dur à franchir ! « *Elle n'acceptait pas de rencontrer le psychologue. Elle n'était pas du tout content d'aller chez la psychologue scolaire après l'école. Elle ne comprenait pas ses difficultés. » (Mère suisse romande)*

Parfois elle peut être le résultat d'une expérience de rejet du système sanitaire et des professionnels qu'y travaillent : « *Disons la même que pour nous, simplement le souhait que nous avons en tant que parents c'est qu'elle veuille bien se soigner, puis, en fait, elle est vite dans un système où elle n'a pas forcément envie de se soigner, elle n'a pas forcément envie de se soigner elle-même. C'est là que nous avons deux visions peut-être différentes des choses, nous en tant qu'adultes, enfin moi-même, puis il y a d'autres adultes qui font la même chose que ma fille c'est clair. Nous avons peut-être plus de facilité à dire: ça c'est ma limite, et puis à partir de là je vais voir un spécialiste. Je pense qu'elle a des limites qu'elle se met trop élevées avant d'aller voir quelqu'un. C'est par rapport à une question de confiance ? Je ne sais pas, il faudrait voir avec elle, je pense que c'est aussi lié, tout est toujours aussi un peu lié à l'histoire de chacun, elle n'a pas vraiment aimé le milieu médical parce que son grand-père est mort dans des conditions médicales assez mauvaises dont elle a été témoin, donc je pense que c'est peut-être un phénomène de rejet. » (Père suisse romand).*

Chez les adolescents, les **concepts très négatifs** ou même assez fatalistes sur la **maladie mentale**, sont sans doute des barrières car ils bloquent toute solution possible en cas de malaise ou de dérèglement « *Wenn das ein Wissenschaftler nicht erklären kann, wenn er sagt, das ist mir zu hoch und wenn dann so Wunderheilmittel kommen, dann ist das meistens eine psychische Krankheit.* » (Fille suisse allemande), « *mais maladie mentale, on n'est pas vraiment normal parce qu'on a un défaut en nous.* » (Garçons suisse romand).

Une autre barrière plus spécifique des adolescents que des parents est celle de **s'aider soi-même** (self-help), qui revient à dire: " je n'ai besoin de personne, je me suffit à moi-même". Elle est très présente dans les entretiens, de manière moins prégnante dans le questionnaire. L'item du questionnaire est « Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même. ».

Quelques exemples des entretiens « *Wenn ich seelisch krank bin, dann versuche ich das selber zu lösen* ». (Garçons suisse allemand), à la question s'il chercherait une aide face à un problème de santé mentale, un garçon répond: « *Non, je ne crois pas, je m'aiderais moi-même. Pourquoi? pour moi chacun est responsable de soi-même, bon il y a des aides, ça aide aussi les personnes mais moi personnellement je préférerais faire moi-même. Pourquoi, ça te gêne? Non, c'est que je n'aime pas partager mes problèmes, parce que tout le monde a des problèmes, moi des fois j'écoute les problèmes des gens, mais moi je garde pour moi mes problèmes, je ne vais pas en parler.* » (Garçon suisse romand).

Une dernière barrière qui concerne autant les adolescents que leurs parents est la **difficulté à se rendre compte** qu'il y a un problème de type psychologique, chez soi ou chez les autres.... C'est moins visible qu'un problème physique. « *Je pense que la maladie physique c'est quand on ressent quelque chose et la maladie mentale je pense qu'il ne faut pas aller chercher pour savoir qu'on l'a. Parce que c'est plus difficile à voir, comme tu disais avant? oui, je pense qu'on sait mieux quand on a une maladie physique que mentale.* » (Garçon suisse romand); « *difficilement; l'expérience montre que nous n'avons pas vu qu'elle n'était pas bien, pas très visible au départ, après oui.* » (Père suisse romand); « *Körperliche Krankheiten merkt man ja, wie es jedermann merkt, wie es die Allgemeinheit meint. Ich weiss nicht ob man merkt, dass man psychisch ein Problem hat. Ich denke wenn es sehr problematisch wird merkt man es dann schon. Das andere ist ob man sich dann helfen lässt. Man merkt es oder man merkt es nicht. Es ist dann halt Pech wenn man es nicht merkt.* » (Fille suisse allemande); « *mentale è*

difficile capire se si è malati» (Père suisse romand).

Pour les parents des barrières très importantes peuvent être liées au rapport avec des **professionnels de la santé mentale** « *pas trop, j'ai l'impression qu'on n'était pas tellement écouté, on nous écoutait très mal, c'était très confus soit le médecin soit le pédopsychiatre; là je parle du pédopsychiatre, le médecin aussi entre guillemets, parce que lui était resté obtus, oui oui il correspond, il y a 9 critères sur 10 qui correspondent à votre truc donc c'est ça paff quoi, et puis il y a toujours un petit truc qui dit oui, mais peut-être ce n'est pas ça puis qu'il...vous voyez ? donc...* » (Mère suisse romande) ; « *Discuter avec un psychologue ou un psychiatre; le problème c'est que quand on parle avec ces docteurs, ils nous écoutent, mais ils ne répondent pas à nos questions. Ils ne font qu'écouter et prendre des notes. On n'a pas de réponse.* » (Mère suisse romande) ; « *Lo psichiatra, io non vorrei essere proprio molto cattiva, ma sono rimasta delusa, delusa in maniera..., non ha capito niente di niente questo. Anzi mio figlio, che era un manipolatore, è riuscito a manipolarlo, a fargli crede quello che lui voleva che questo psichiatra credesse. E lui c'è cascato. E io da uno psichiatra mi aspetto qualcosa in più. Per lui forse è stato più facile mettere via la cosa così, ma lui non ha capito proprio niente di niente. Non ci ha ascoltato, siamo passati per due genitori che avevano le allucinazioni, che vedevano cose irreali, che si erano inventati delle cose, e abbiamo detto "no, così non possiamo continuare.* » (Mère tessinoise) .

Des impressions négatives au long d'un **parcours thérapeutique** peuvent aussi constituer des barrières dans le vécu des personnes: « *quand on a eu de l'aide par rapport à son comportement, c'était toujours très théorique, on avait de la difficulté à l'appliquer, ce n'est pas facile. Donc, comment se comporter face à un adolescent qui présente telle attitude, c'est très difficile. Moi, je n'ai pas aimé, je n'ai pas réussi et puis ce sont des aides qui nous ont quelque part déculpabilisés en nous montrant qu'en définitive c'est une jeune personne qui prend son chemin et puis à un moment donné on ne peut plus (...) il n'y a plus de prise, ça c'est le plus difficile à accepter.* » (Père suisse romand); « *Einfach der Prozess, den wir gehabt haben bis die Abklärungen durch waren, der war relativ lange.* » (Père suisse allemand) .

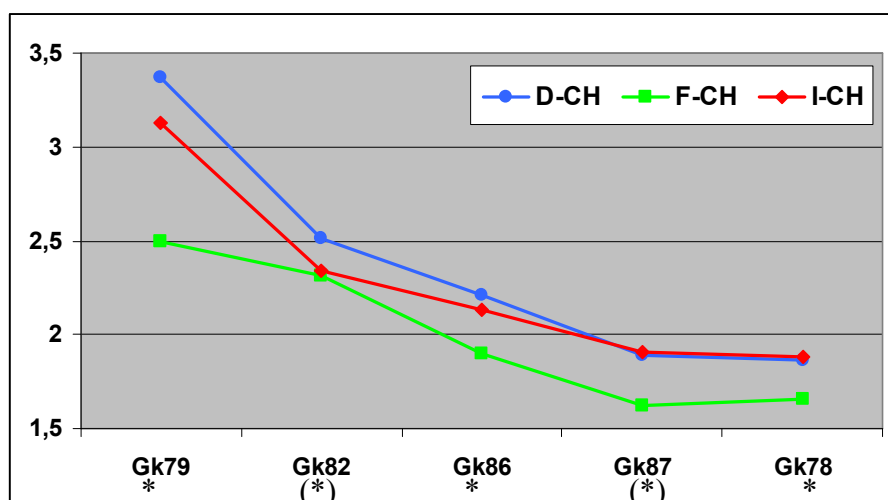
12.4.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne

Le facteur Région présente des effets significatifs dans cinq items : Gk79, Gk82, Gk86, Gk87 et Gk78. Il s'agit du facteur qui présente le plus d'influence sur les items. Le tableau suivant montre la suite des items influencés par ce facteur pour les données relatives aux adolescents.

Tableau 12.69 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents

Items en ordre descendant (par rapport à la moyenne)	1	Régions			
	Effet Principal		D-CH	F-CH	I-CH
Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	p=.030 *	M SD	3,37 0,793	2,50 0,904	3,13 0,908
Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/ clinique psychiatrique ou dans un foyer.	p=.096 (*)	M SD	2,51 0,987	2,31 1,025	2,34 0,949
Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	p=.046 *	M SD	2,21 0,842	1,90 0,768	2,13 0,906
Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/ psychologiques sont normaux dans sa famille.	p=.097 (*)	M SD	1,89 0,895	1,62 0,711	1,91 0,879
Gk78 Il pense que les psychologues/ psychiatres donnent trop de médicaments.	p=.026 *	M SD	1,86 0,717	1,66 0,772	1,88 0,849

Figure 12.15 : Comparaison entre les moyennes des adolescents des trois régions culturelles suisses aux items Gk .



À ce propos on peut affirmer que les suisses allemands ont les moyennes les plus élevées, ce qui signifie un plus haut pourcentage de barrières. Les romands ont les moyennes les plus basses. Le comportement des adolescents tessinois ressemble plus aux alémaniques qu'aux romands. Ces résultats n'étaient pas attendu, en effet les hypothèses présentées au chapitre 7, décrivaient les suisses allemandes comme les adolescents moins sujets à la stigmatisation et aux barrières en générale. Ce fait peut être expliqué par une casualité, même si cela est peu probable car ils ont dans plusieurs items la moyennes plus élevées. Donc effectivement c'est probable que lors des entretiens de la phase qualitative les personnes que nous avons interrogées n'avaient pas

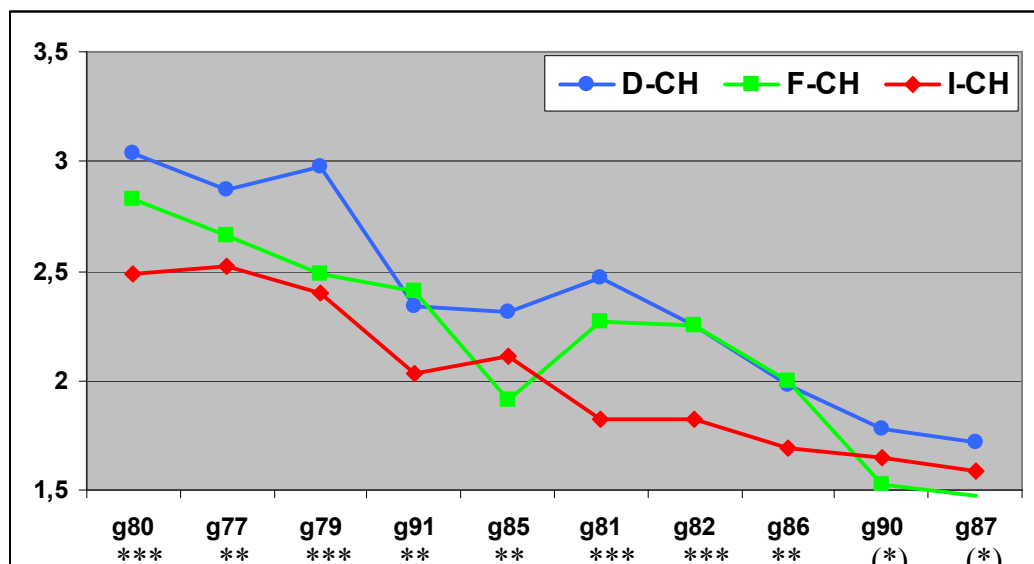
beaucoup de barrières par contre la grande majorité qui à répondu au questionnaire en présentait beaucoup plus. Ces résultats sont toutefois à prendre avec beaucoup de prudence vu le caractère exploratoire de la thèse.

En ce qui concerne les résultats des parents, la Région a une influence beaucoup plus forte; en effet, 10 des items ont un effet significatif dans ce facteur.

Tableau 12.70 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents

Items en ordre descendant (par rapport à la moyenne)	Effet Principal		Régions		
			D-CH	F-CH	I-CH
g80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui.	p≤.000 ***	M SD	3,04 0,876	2,83 0,913	2,49 0,966
g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera.	p=.015 **	M SD	2,87 0,907	2,66 0,921	2,52 0,921
g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.	p=.001 ***	M SD	2,98 1,03	2,49 1,09	2,40 1,06
g91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	p=.015 **	M SD	2,34 1,05	2,41 0,966	2,03 0,990
g85 Il pense que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille.	p=.002 **	M SD	2,31 0,875	1,91 0,762	2,11 0,748
g81 Il a peur de devoir changer et aller ensuite dans une classe spéciale ou dans une autre école.	p≤.000 ***	M SD	2,47 0,964	2,27 0,852	1,82 0,930
g82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/clinique psychiatrique ou dans un foyer.	p≤.000 ***	M SD	2,25 1,07	2,25 0,874	1,82 0,927
g86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/psychologiques, on doit s'aider soi-même.	p=.008 **	M SD	1,98 0,866	2,00 0,806	1,69 0,742
g90 Il pense que la thérapie coûte trop cher.	p=.090 (*)	M SD	1,78 0,903	1,53 0,776	1,65 0,855
g87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille.	p=.096 (*)	M SD	1,72 0,809	1,47 0,709	1,59 0,779

Figure 12.16 : Comparaison entre les moyennes des parents des trois régions culturelles suisses aux items Gk .



En cas de maladie mentale, et face à l'accès aux soins, les parents tessinois semblent projeter sur leurs enfants moins de barrières que celles que les adolescents mêmes disent avoir. En revanche, nous rencontrons le phénomène renverse chez les parents romands. Les parents suisses allemands sont ceux qui arrivent à mieux estimer le comportement en termes de barrières présentes chez les adolescents.

Il s'agit aussi du groupe qui présente le plus grand nombre de barrières en comparaison aux autres régions linguistiques.

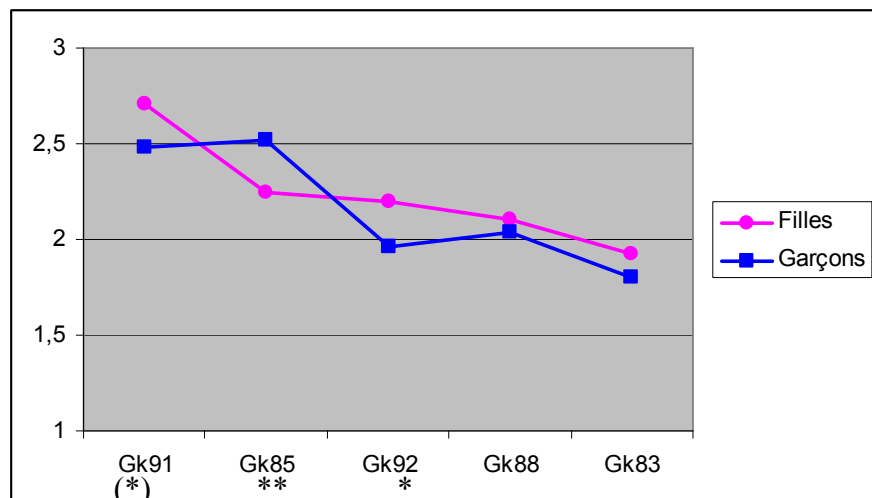
12.4.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères

D'une manière générale on découvre plus de barrières chez les filles que chez les garçons au moment de l'accès aux soins. Dans 4 items sur 5, les filles ont une moyenne plus élevée que les garçons. Le graphique ci-dessous aide à visualiser cette différence.

Tableau 12.71 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents

Items en ordre descendant (par rapport à la moyenne)	1	Sexe	
	Effet Principal	Filles	Garçons
Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide	p=.062 (*)	M SD 2,71 0,951	2,48 0,989
Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille.	p=.004 **	M SD 2,25 0,819	2,52 0,879
Gk92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente.	p=.011 *	M SD 2,20 0,872	1,96 0,923
Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps.	-	M SD 2,10 0,893	2,04 0,929
Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide.	-	M SD 1,92 0,779	1,80 0,872

Figure 12.17 : Comparaison entre les moyennes des filles et des garçons aux items Gk .



Dans l'item Gk92 il y a une interaction entre Sexe et Région est c'est entre les filles et les garçons de la Suisse romande que l'on retrouve l'effet significatif le plus haut en faveur des filles. C'est apparemment les filles qui ont –ou qui disent avoir– le plus de peine, à trouver l'aide adéquate et la personne compétente quand elles sont confrontées à un problème d'ordre psychologique. Dans l'item « Gk88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps » il y a une interaction entre le Sexe et l'Expérience de traitement. C'est dans le groupe avec expérience de traitement que l'on trouve un effet significatif entre les filles et les garçons : ceux-ci retrouvent cette barrière moins que celles-là.

Au niveau des composantes principales il y a un effet significatif dans le facteur « BAR2 aucune aide » les filles ont une moyenne significativement plus élevée que les garçons. De plus, pour l'item « Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille. » les garçons affichent une moyenne plus élevée que les filles avec une différence significative : la famille apparaît comme un refuge qui permet d'éviter l'accès aux soins en santé mentale.

La différence entre pères et mères est signalée dans 4 items, un pour chaque composante principale. Dans les 4, les mères ont toujours la moyenne plus élevée. Les items sont : « g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera » ; « g92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente. » ; « g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps. » et « g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre. ».

12.4.4. Familles avec et sans expérience de traitement clinique

Les adolescents qui ont déjà eu une expérience de traitement clinique ont des moyennes significativement plus élevées dans les items qui composent le facteur « BAR2 aucun aide ». Il s'agit de trois : « Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide », « Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/psychologiques sont normaux dans sa famille. » et, dans l'interaction entre Âge et Expérience, l'item « Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide. » En signalant ce type de barrières, ces adolescents affirment que leur expérience n'a pas été concluante: ils n'ont pas été guéris, ils ne vont pas mieux.

Les parents présentent 6 items ayant un effet significatif pour le facteur Expérience de traitement. Pour tous les 6, les résultats du T-test entre les deux groupes ne sont pas significatifs; on peut néanmoins dire que c'est toujours le groupe sans expérience de traitement qui à la moyenne la plus élevée. D'ailleurs des 6 items qui présentent cet effet significatif, 4 sont

inclus dans le facteur « BAR1 stigma, peur d'exclusion et manque de connaissance » et ce même facteur montre aussi une moyenne plus élevée quand il s'agit du groupe sans expérience de traitement. En définitive il s'avère que les parents n'ayant jamais eu une expérience de traitement avec un de leurs fils, posent davantage de barrières dans le chemin d'accès aux soins que les parents dont l'enfant en a déjà fait l'expérience ne serait-ce qu'une fois.

12.4.5. Différences entre les groupes d'âges des adolescents

Les items qui présentent des effets significatifs pour le facteur Âge sont 4: les items g91 et g86, qui font partie de la 2^{ème} composante principale « BAR2 aucune aide » et les items g79 et g82 qui constituent la 3^{ème} composante principale « BAR3 normalité, stigma, peur d'exclusion ».

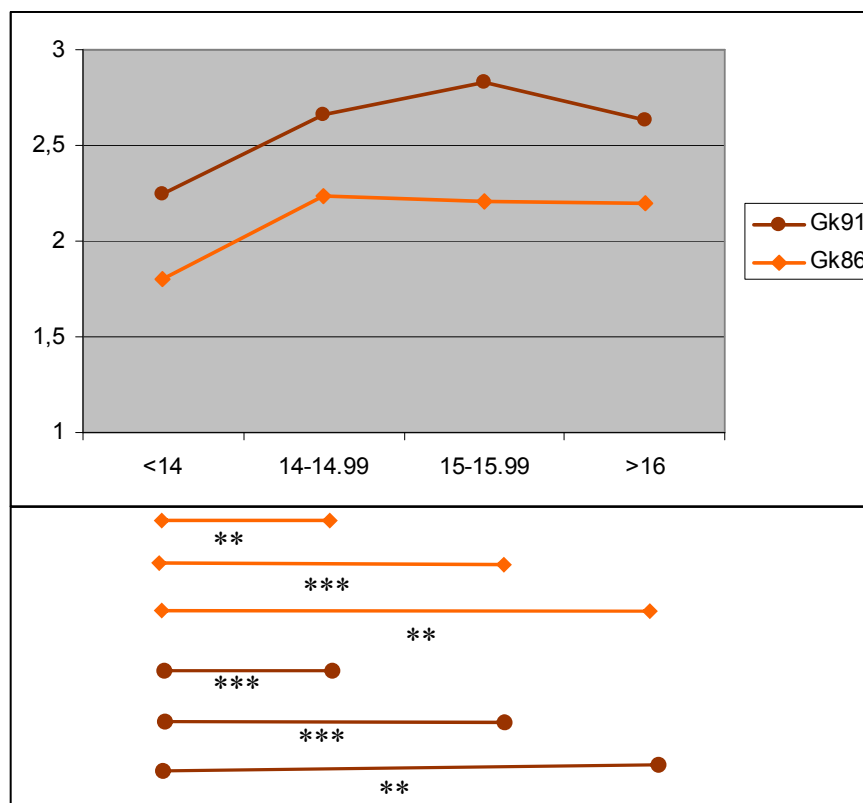
Tableau 12.72 : Évolution dans l'âge des items g91 et g86

Items en ordre descendant (par rapport à la moyenne)	1		Effet Principal : Âge			
			<14	14-14.99	15-15.99	>16
Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide.	p≤.000 ***	M SD	2,25 0,943	2,66 0,969	2,83 0,977	2,63 0,920
Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même.	p=.068 (*)	M SD	1,80 0,847	2,24 0,824	2,21 0,840	2,20 0,890

La différence entre les plus jeunes et le reste des adolescents est significative. Les adolescents plus jeunes ne présentent pas la barrière de l'autosuffisance et du rejet de toute aide.

Voici la courbe d'évolution des items g91 et g86 au long des trois ans d'adolescence:

Figure 12.18 : Représentation d'évolution entre les groupes d'âge, items g91 et g87



L'item «g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre » présente une courbe croissante qui augmente avec l'âge: la stigmatisation est moins forte lorsque les adolescents sont jeunes. Par contre, la peur de devoir changer d'école, représentée par l'item g82 est plutôt présente chez les jeunes. Ce résultats est conforme à ce que nous avions comme hypothèse et aux données de la littérature (Yeh, 2002). En effet cet auteur affirme que les adolescents plus jeunes sont moins sujets aux barrières et les barrières augmentent avec l'âge.

Chapitre 13

La culture familiale de la santé mentale

La partie du questionnaire qui a été développée de manière plus indépendante au projet AMHC et celle qui a plus d'affinité avec cette thèse, est celle que je vais présenter dans ce treizième chapitre. L'intérêt de ces réflexions consiste dans la présentation des différents concepts de culture familiale de la santé mentale. Quelles sont les différentes opinions de personnes questionnées à propos des éléments qui constituent une ambiance de santé mentale en famille. Ils décrivent leur situation familiale et réfléchissent sur la manière de maintenir cette ambiance et de la rendre de plus en plus favorable.

Cette partie de l'étude analyse, en tout premier, les résultats obtenus auprès des adolescents suisses. Nous avons voulu y ajouter des données issues d'un pays voisin, l'Italie. L'intérêt de comparer les deux pays, et spécialement l'Italie, est de vérifier l'hypothèse selon laquelle les tessinois, étant plus proches culturellement de l'Italie, ont une manière de voir la culture familiale de la santé mentale qui se rapproche plus des italiens que des suisses.

13.1. La culture familiale de la santé mentale vu par les adolescents suisses

Commençons par l'analyse des données quantitatives des adolescents suisses avec les quatre facteurs d'influence : Région, Expérience de traitement, Sexe et Âge. Dans ce même chapitre je présenterai les données qualitatives qui sont à l'origine du développement des items du questionnaire.

13.1.1. La confiance et l'amour inconditionnel : les bases d'une saine culture familiale

Vue globale des résultats : les items

Je me penche, tout d'abord sur les analyses des items avec une présentation descriptive par ordre descendant des moyennes, pour ensuite passer à l'analyse en composantes principales.

Tableau 13.1 : Les items de la culture familiale de la santé mentale en ordre selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	359	3,65	0,620
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	359	3,62	0,657
fc3 Avoir une communication agréable en famille.	359	3,49	0,705
fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	359	3,47	0,684
fc6 Unité/entente entre les parents.	359	3,41	0,742
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	359	3,36	0,690
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence.	359	3,27	0,834
fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	359	3,27	0,817
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	359	3,14	0,826
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble.	359	3,12	0,817
fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	359	3,06	0,731
fc11 Manger toute la famille ensemble.	359	2,91	0,925
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	359	2,57	0,912
fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie.	359	1,75	0,918

Pour les adolescents suisses, les deux premiers items, « fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est. » et « fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille. », constituent les éléments clés pour garder et favoriser une ambiance de santé mentale en famille. Le troisième élément est l'item « fc3 Avoir une communication agréable en famille », suivi de l'item « fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille ».

Comparaison avec les données qualitatives

Les données qualitatives analysées avec MAXqda présentent une liste d'éléments qui coïncident, par leur haute fréquence, avec les résultats quantitatifs. Voici le tableau qui représente les catégories qualitatives les plus fréquentes et les items quantitatifs avec les moyennes les plus élevées, ainsi que leur mutuelle correspondance.

Tableau 13.2 : Correspondance entre les premiers 5 items de l'analyse quantitative et les 5 catégories les plus fréquentes de l'analyse qualitative de la culture familiale de la santé mentale.

Catégories qualitatives	Fréquence	Items quantitatifs	Rang des moyennes
<i>dialogue_parler_écouter</i>	281	fc3 Avoir une communication agréable en famille.	3
<i>aimer_se sentir aimé</i>	151	fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	1
<i>joie_heureux_rogoler</i>	149	fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	4
<i>unité</i>	130	fc6 Unité/entente entre les parents.	5
<i>confiance_sincérité</i>	127	fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	2

Concernant ces cinq catégories, je présente des exemples d'affirmations relatives à la culture familiale de la santé mentale et aux éléments qui favorisent une ambiance positive en famille.

Le dialogue est l'élément auquel tant les jeunes comme les parents ont donné le plus d'importance: « *Le dialogue, l'écoute et surtout, pas se prendre trop au sérieux.... La rigolade*

donc ! » (Adolescente, suisse romande). « Garder toujours la communication avec l'enfant, importance du lien affectif: l'enfant doit se sentir aimé, valorisé » (Mère, suisse romande).

On retrouve le thème de se sentir aimé et accepté : *« dass man Geborgenheit und Liebe erfährt in einer heiteren Umgebung; dass man gekannt und akzeptiert wird, wie man ist; dass man gefördert und ermutigt wird » (Fille, suisse allemande).* La présence de la joie et l'humour en famille est exprimé par ce père tessinois: *« Esser contento, una bella risata o due al giorno. Non devi buttarti giù se piove o fa freddo. Una risata al giorno è importante. » (Père tessinois).* Pour terminer ce petit échantillon qualitatif, une mère tessinois reprend l'importance de la communication, sur laquelle se base la santé: *« La comunicazione é il cuore della salute ! » (Mère tessinoise).*

13.1.2. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

Ce sous-chapitre présente les effets principaux des facteurs d'influence, ainsi que les interactions qui ont un effet significatif, item par item. On suit l'ordre de présentation lors de la description au commencement du chapitre. Comme pour d'autres chapitres nous regarderons d'abord les analyses les plus complexes : l'analyse de variance multivarié, ensuite nous présenterons une grille des résultats significatifs de l'analyse de variance univarié et, à la fin, des résultats spécifiques des T-test.

13.1.2.1. Région, Sexe et Âge influencent la manière de concevoir la culture familiale

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

Tableau 13.3 : Test multivarié des concepts de culture familiale de la santé mentale (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
Intercept	Wilks' Lambda	380,392	14,000	0,000
région	Wilks' Lambda	2,533	28,000	0,000
expé	Wilks' Lambda	1,185	14,000	0,285
sexe	Wilks' Lambda	3,023	14,000	0,000
âge	Wilks' Lambda	1,347	42,000	0,071
<i>région * expé</i>	Wilks' Lambda	0,990	28,000	0,482
<i>région * sexe</i>	Wilks' Lambda	0,656	28,000	0,913
<i>région * âge</i>	Wilks' Lambda	0,768	84,000	0,941
<i>expé * sexe</i>	Wilks' Lambda	1,097	14,000	0,360
<i>expé * âge</i>	Wilks' Lambda	0,914	42,000	0,628
<i>sexe * âge</i>	Wilks' Lambda	1,112	42,000	0,291
Test Multivarié Design: Intercept+ région + expé + sexe + âge + <i>région * expé</i> + <i>région * sexe</i> + <i>région * âge</i> + <i>expé * sexe</i> + <i>expé * âge</i> + <i>sexe * âge</i>				

Les effets significatifs se trouvent au niveau des facteurs d'influence Région et Sexe. Le facteur Âge montre une tendance d'effet significatif. Aucune interaction entre les facteurs ne montre un effet significatif à l'analyse de variance multivarié. L'influence de ces deux facteurs d'influence sera étudiée de plus près avec l'analyse de variance univarié au prochain sous chapitre.

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Le tableau présente les résultats plus spécifiques de l'analyse de variance univarié.

Tableau 13.4 : Effets significatifs des effets principales par rapport aux items

	Effet Principal				Interaction					
	Région	Expé	Sexe	Âge	R/E	R/S	R/Â	E/S	E/Â	S/Â
fc2 Se sentir accepté/ aimé tel qu'on est.										p=.048 *
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	p=.006 **			p=.063 (*)						
fc3 Avoir une communication agréable en famille.										p=.005 **
fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.										p=.004 **
fc6 Unité/entente entre les parents.										
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	p=.032 *									p=.078 (*)
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence.				p=.049 *				p=.084 (*)		
fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.										
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.				p=.061 (*)						
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble.	p=.012 *		p=.014 *							
fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.										p=.013 *
fc11 Manger toute la famille ensemble.			p=.041 *					p=.054 (*)		
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	p≤.000 ***		p≤.000 ***							
fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie.				p=.052 (*)						

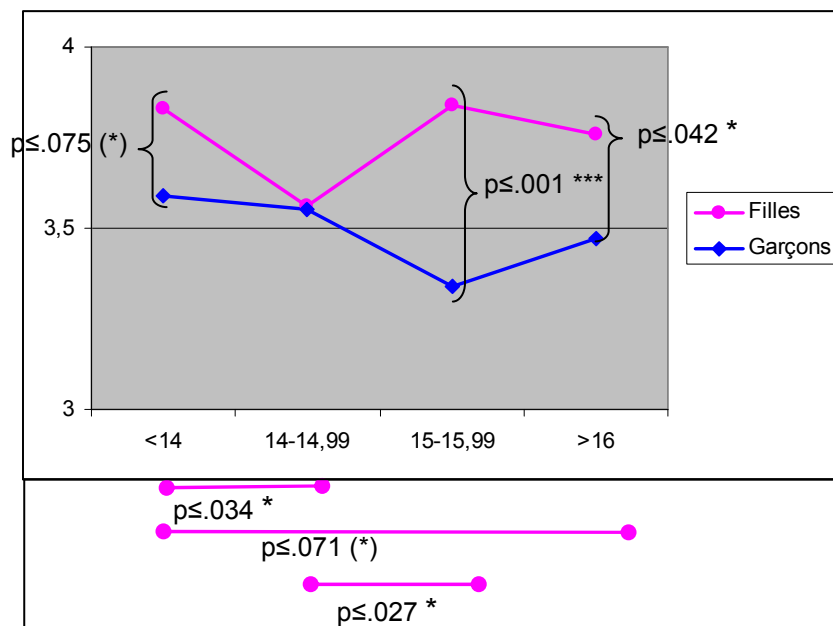
Le facteur d'influence Région présente quatre effets significatifs dans les quatre items suivants : fc10, fc8, fc9 et fc14, le facteur Sexe en présente trois et l'Âge un ainsi que trois tendances d'effet significatifs. Les interactions ont cinq effets significatifs et quatre tendances d'effets significatifs. Je vais décrire les items en détail suivant l'ordre de présentation du tableau.

Le premier item, « fc2 se sentir accepté/aimé tel qu'on est » n'a pas d'effet significatif par rapport aux facteurs d'influence. Par contre il présente un effet significatif dans l'interaction entre les facteurs Sexe et Âge ($p=.048^*$).

Tableau 13.5 : Item fc2 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

$p=.048^*$		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Filles	M	3,83	3,56	3,84	3,76
	SD	0,380	0,619	0,441	0,432
Garçons	M	3,59	3,55	3,34	3,47
	SD	0,751	0,670	0,815	0,762

Figure 13.1 : Item fc2 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge



De cette interaction on observe généralement que les filles, sauf dans la tranche d'âge 14-14,99 ans, attribuent davantage d'importance au fait de se sentir aimé/accepté en famille tel qu'on est, car elles ont des moyennes significativement plus élevées que les garçons. À l'âge de 14-14,99 leur moyenne diminue significativement par rapport aux autres âges.

Le deuxième item, « fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille », présente un effet significatif en ce qui concerne la Région ($p=.006^{**}$) et une tendance d'effet significatif par rapport à l'Âge ($p=.063^*$). La comparaison des résultats des T-test présentent des moyennes très claires : les D-CH, plus que les I-CH ($p=.001^{***}$), relie la santé mentale en famille avec

l'importance de vivre dans un climat de confiance; on retrouve la même différence entre F-CH et I-CH ($p=.002^{**}$).

Tableau 13.6 : Item fc10 : effet principal et contrastes

2 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille	M SD	3.74 .599	3.75 .507	3.49 .718	-	$p=.001^{***}$	$p=.002^{**}$

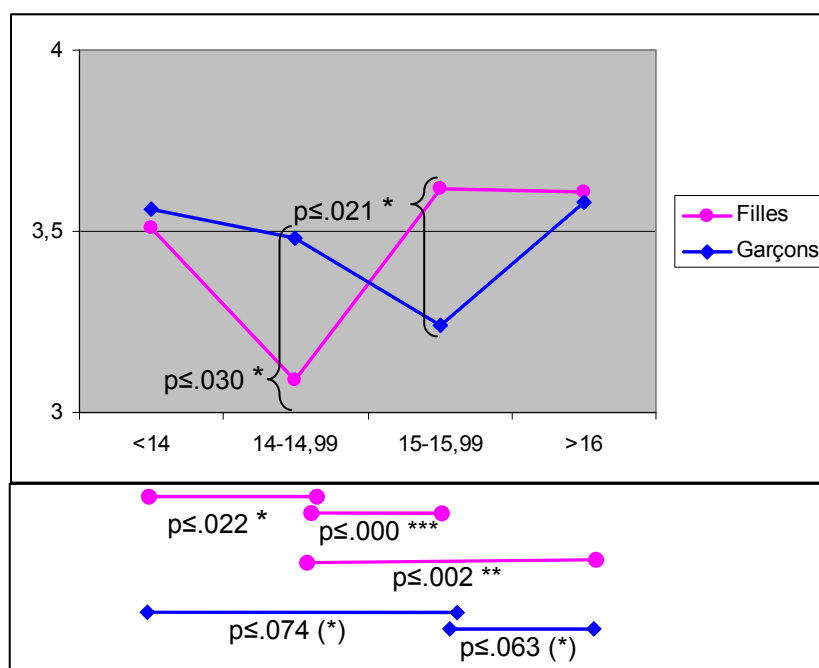
La tendance du facteur d'influence de l'Âge montre, par les moyennes et les écarts-types des groupes en question, que les deux groupes 14-14,99 et 15-15,99 ont des moyennes significativement plus basses que les adolescents de < de 14 ans (cf. Annexe 2.5., Tableau 13.7). Il s'agit ici d'un schéma habituel : les plus jeunes et le groupe des plus âgés ont généralement des moyennes plus élevées que les autres.

Le troisième item, « fc3 avoir une communication agréable en famille » montre un effet significatif dans l'interaction entre les facteurs Sexe et Âge ($p=.005^{**}$).

Tableau 13.8 : Item fc3 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

$p=.005^{**}$		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Filles	M	3,51	3,09	3,62	3,61
	SD	0,718	0,856	0,545	0,656
Garçons	M	3,56	3,48	3,24	3,58
	SD	0,641	0,634	0,913	0,642

Figure 13.2 : Item fc3 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge



Dans le groupe des filles de 14-14,99 ans la moyenne baisse considérablement. La moyenne est significativement plus basse que dans les autres groupes. Selon les adolescentes de cet âge-là,

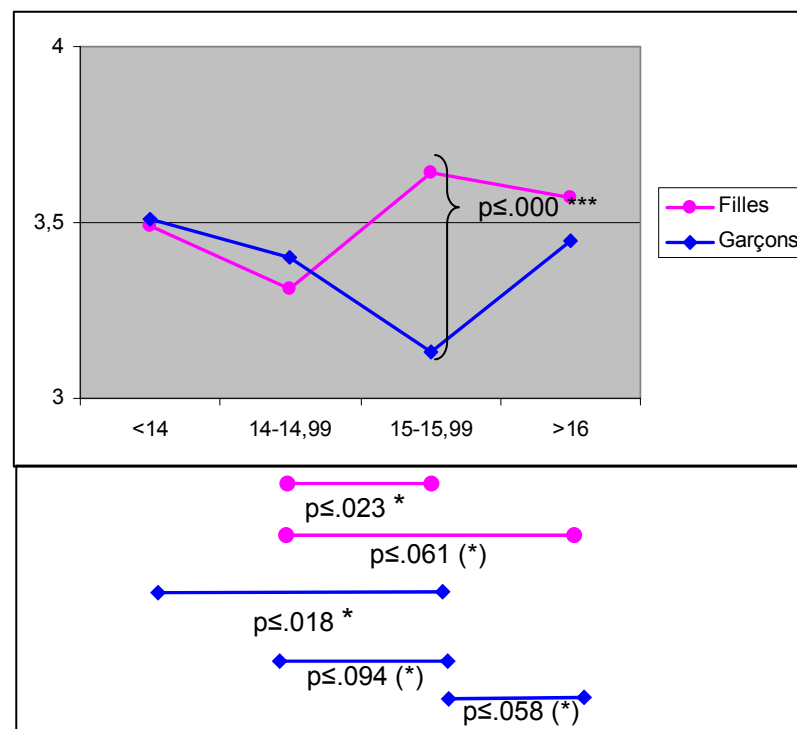
l'importance d'une communication agréable en famille diminue. Dans le groupe des garçons une forte baisse de la moyenne se fait à 15-15,99 ans. Ce groupe présente aussi une différence significative par rapport aux autres âges. Cette baisse radicale de la moyenne dans les deux sexes, pour deux groupes d'âge différents, permet de conclure que dans le groupe d'âge 14-14,99 et 15-15,99 la différence entre les sexes est significative, elle est de ($p=.030$ *) pour les plus jeunes et de ($p=.021$ *) pour le groupe des plus âgés.

L'item suivant, « fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille. » montre un effet significatif exactement dans les mêmes facteurs : Sexe et Âge ($p=.004$ **).

Tableau 13.9 : Item fc1 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

$p=.005^{**}$		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Filles	M	3,49	3,31	3,64	3,57
	SD	0,718	0,738	0,618	0,536
Garçons	M	3,51	3,40	3,13	3,45
	SD	0,683	0,734	0,704	0,724

Figure 13.3 : Item fc1 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge



Dans cette interaction entre filles et garçons de différents âges, on retrouve le même phénomène que pour l'item précédent: il y a une chute de la moyenne dans un groupe d'âge chez les filles et dans le groupe d'âge suivant pour les garçons. La différence importante entre les sexes se vérifie à l'âge 15-15,99. À cet âge-ci « Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille » est un élément considéré plus important de la part des filles que des garçons.

L'item suivant, « fc6 Unité/entente entre les parents » n'a aucun effet significatif au niveau des effets principaux et des interactions.

Le sixième item « fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres » présente une tendance d'effet significatif dans l'interaction entre les facteurs Sexe et Âge. Il a aussi un effet significatif dans le facteur Région ($p=.032$ *), que je tâche de décrire ci-dessous.

Tableau 13.10 : Item fc8 : effet principal et contrastes

6 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres	M SD	3,45 0,606	3,46 0,618	3,25 0,754	-	$p=.014$ *	$p=.050$ *

Le facteur Région a un effet principal sur l'item et il en résulte une différence significative entre les tessinois et le reste des adolescents suisses : I-CH et D-CH ($p=.014$ *) et I-CH et F-CH ($p=.032$ *). Les adolescents tessinois, à différence des romands et des suisses allemands, ne considèrent pas que "Avoir de la compréhension les uns pour les autres" soit un élément important et qui favorise la santé mentale en famille.

L'interaction entre Sexe et Âge est présentée en annexe (cf. Annexe 2.5., Tableau 13.11. et Figure 13.4.). Ces résultats ressemblent à ceux déjà obtenus pour les interactions entre le Sexe et l'Âge, en ce qui concerne les filles et les garçons dans leur développement. Les garçons ont une chute de la moyenne à l'âge de 15-15,99, les filles, de façon moins accentuée mais toujours présente, ont cette chute de moyenne à l'âge de 14-14,99. La différence significative entre les filles et les garçons se trouve à l'âge de 14-14,99 ans.

Le 7^{ème} item, « fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence. » présente un effet principal de l'Âge ($p=.049$ *), comme le montre le tableau suivant, et une interaction ayant un effet significatif entre les facteurs Expérience et Sexe ($p=.084$ (*)).

Tableau 13.12 : Item fc7 : effet principal et contrastes

7 ^{ème} item		Effet Principal : Âge									
		<14	14-14.99	15-15.99	>16	Contraste					
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence	M	3,34	3,16	3,17	3,42						
	SD	0,776	0,876	0,885	0,774						
						1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
		-	-	-	-					$p=.043$ *	$p=.033$ *

Les adolescents plus jeunes et les plus âgées, considèrent les parents comme un point de référence. Celui-ci est un facteur de grande importance pour la santé mentale. On trouve des différences considérables entre les groupes de 14 et 15 par rapport aux plus âgées.

L'interaction entre les facteurs Sexe et Expérience montre une tendance d'effet significatif (cf. Annexe 2.5., Tableau 13.13. et Figure 13.5.).

L'élément « Avoir des parents qui sont un point de référence » est apparemment plus important pour les filles qui n'ont jamais eu une expérience de traitement clinique que pour celles l'ayant déjà eue ($p=.035$ *). Pour les garçons c'est l'envers mais la différence n'est pas significative.

L'item suivant, « fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue. » n'a aucun effet significatif au niveau des effets principaux et des interactions.

Le 9^{ème} item « fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille » montre lui aussi, une tendance d'effet significatif dans le facteur d'influence de l'Âge ($p=.061$ *) (cf. Annexe 2.5., Tableau 13.14.) Le tableau en annexe démontre que les plus jeunes considèrent le fait d'« Avoir des relations proches avec les membres de sa famille » comme un élément important pour favoriser la santé mentale en famille. Ceci redevient important pour les adolescents de plus de 16 ans.

Le 10^{ème} item « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble. » présente deux effets principaux significatifs : la Région ($p=.012$ *) et le Sexe ($p=.014$ *).

Tableau 13.15 : Item fc9 : effet principal et contrastes

10 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contraste		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble	M SD	3,26 0,783	3,13 0,813	3,01 0,830	-	$p=.009$ **	-

Entre les régions linguistiques suisses on retrouve un effet significatif entre les tessinois et les suisses alémaniques ($p=.009$ **). Les romands se situent avec une moyenne au milieu des deux autres groupes. « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble » est un élément important pour les suisses alémaniques, plus que pour les adolescents tessinois.

L'effet significatif du Sexe montre que les garçons accordent significativement plus d'importance au fait de « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble ». Ils le considèrent comme un élément qui favorise la santé mentale en famille.

Tableau 13.16 : Item fc9 : effet principal et contrastes

10 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble	M SD	3,04 0,863	3,22 0,745	$p=.042$ *

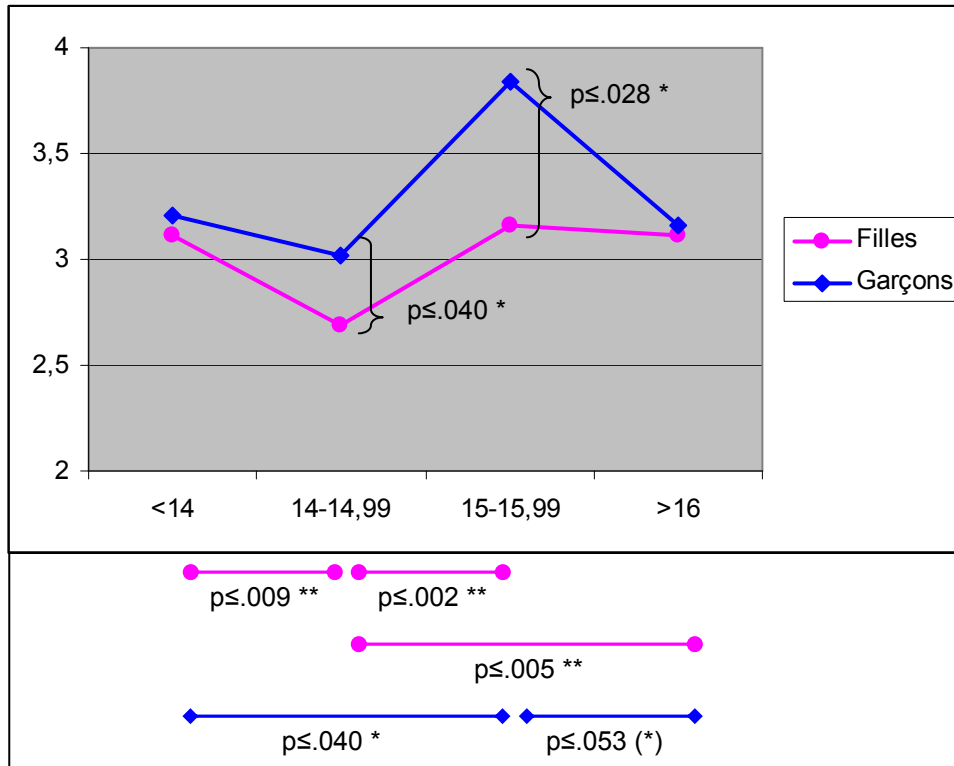
L'item suivant, « fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie. » montre un effet significatif dans l'interaction entre le Sexe et l'Âge ($p=.013$ *).

Voici le tableau avec les moyennes et les écarts-types des filles et des garçons pour tous les âges.

Tableau 13.17 : Item fc4 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge

p=.013*		<14	14-14,99	15-15,99	>16
Filles	M	3,11	2,69	3,16	3,11
	SD	0,699	0,644	0,699	0,664
Garçons	M	3,21	3,02	3,84	3,16
	SD	0,801	0,715	0,718	0,679

Figure 13.6 : Item fc4 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge



Le graphique permet de constater que les garçons et les filles ont une courbe très semblable en ce qui concerne cet item; seulement les garçons ont des moyennes plus élevées, ce qui signifie qu'ils estiment que « fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie. » est un aspect important pour favoriser la santé mentale en famille. Les différences entre les sexes se situent, comme toujours, dans les tranches d'âge 14-14,99 et 15-15,99.

Le 12^{ème} item « fc11 manger toute la famille ensemble » a un effet principal d'influence dans le facteur Sexe (p=.041 *) mais au T-test il n'y a pas d'effet significatif.

Tableau 13.18 : Item fc11 : effet principal et contrastes

12 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
fc11	M	2,90	2,92	-
manger toute la famille ensemble	SD	0,895	0,964	

Ce même item présente aussi une interaction avec une tendance d'effet significatif entre l'Expérience de traitement clinique et le Sexe ($p=.054$ *) (cf. Annexe 2.5., Tableau 13.19. et Figure 13.7.). Après avoir effectué le T-test, on constate que, de même que pour l'effet principal, cette interaction ne montre aucun effet significatif entre les moyennes des filles et des garçons, qu'ils aient ou pas une expérience de traitement.

L'avant dernier item, « fc14 passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies » a deux effets principaux : la Région ($p\leq.000$ ***) et le Sexe ($p\leq.000$ ***). Je présente d'abord l'effet principal de la Région et ensuite celui du Sexe.

Tableau 13.20 : Item fc14 : effet principal et contrastes

13 ^{ème} item		Effet Principal : Région			Contrastes		
		D-CH	F-CH	I-CH	1/2	1/3	2/3
fc14 passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies	M	2,24	3,10	2,61	$p\leq.000$	$p=.001$	$p\leq.000$
	SD	0,885	0,797	0,887	***	***	***

L'effet principal de la Région présente un effet différent entre les trois régions linguistiques en ce qui concerne l'item, « fc14 passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies ». La plupart des adolescents romands affirment qu'il s'agit d'un élément important pour la santé mentale en famille. Les différences sont significatives avec le reste des adolescents suisses : F-CH et D-CH ($p\leq.000$ ***), F-CH et I-CH ($p\leq.000$ ***) et aussi entre D-CH et I-CH ($p=.001$ ***) .

Entre les filles et les garçons, ce sont les garçons qui accordent plus d'importance cet élément qu'ils estiment décisif à l'heure de sauvegarder la santé mentale en famille.

Tableau 13.21 : Item fc14 : effet principal et contraste

13 ^{ème} item		Effet Principal : Sexe		Contraste
		Filles	Garçons	1/2
fc14 passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies	M	2,43	2,75	$p\leq.000$ ***
	SD	0,874	0,933	

Le dernier item « fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie » présente une variation au niveau des groupes d'âges avec une tendance d'effet significatif (cf. Annexe 2.5., Tableau 13.22). Les adolescents des deux tranches d'âges plus jeunes, se montrent plus sensibles à une dimension religieuse liée à la santé mentale en famille.

13.2. La culture familiale de la santé mentale vu par les adolescents : comparaison internationale

Dans cette deuxième partie du chapitre, je compare les données des adolescents suisses et celles des adolescents italiens. Après avoir constaté les différences qui existent entre les résultats obtenus auprès des tessinois et ceux des suisses alémaniques et romands, nous nous posons la question suivante : la divergence entre ces trois zones linguistiques suisses, et surtout entre les tessinois et les suisses allemands et les romands, est-elle due à une différence culturelle ? Si la réponse est affirmative, les tessinois ressembleraient-ils davantage aux jeunes italiens ? Où seraient-ils quand même plus proches des adolescents du même âge en Suisse ?

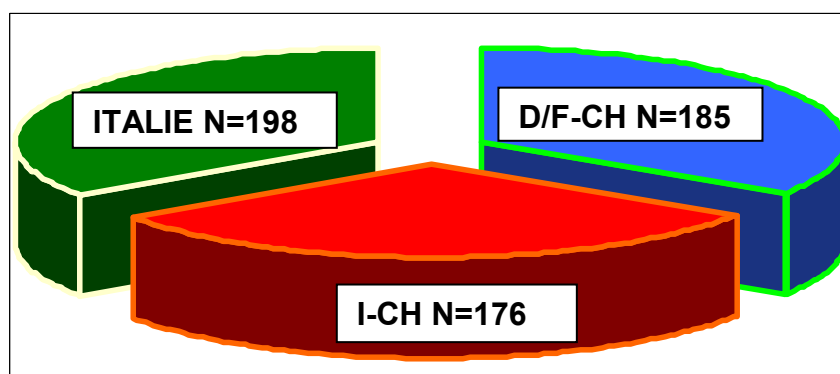
Pour vérifier cette hypothèse nous confronterons les trois groupes suivants :

- les suisses alémaniques et les romands ;
- les tessinois et
- les adolescents italiens.

Avant de présenter les résultats je donne une courte description des trois populations d'adolescents.

Nous avons travaillé avec les données de 589 adolescents : 377 suisses (D-CH=128, 22% ; F-CH=67, 11% ; I-CH=182, 31%), et 212 italiens (36%). Pour réaliser les analyses à l'aide du programme SPSS 13, nous avons fait trois groupes et gardé seulement les adolescents qui n'avaient aucun *missing* pour la partie du questionnaire sur la culture familiale de la santé mentale. Le reste des adolescents est de 559 sur 589 (361 suisses et 198 italiens) groupés comme suit: 185 suisses alémaniques et suisses romands confondus; 176 adolescents tessinois et 198 adolescents italiens. La distribution est la suivante :

Figure 13.8 : Le trois groupes d'adolescents qui vont être objet des analyses.



Cette comparaison, au niveau un peu plus international, permet d'observer surtout l'influence de la région culturelle.

13.2.1. Les adolescents suisses et italiens se rejoignent : la santé mentale viens de la confiance et l'amour inconditionnel en famille

Vue globale des résultats : les items

Le tableau suivant (13.23) présente les résultats concernant les réponses à la partie du questionnaire qui traite la question « *Selon toi, quelle est l'importance des choses suivantes en famille, pour maintenir une bonne santé mentale ?* ».

Les items sont organisés en ordre descendant selon les moyennes, des adolescents appartenant aux trois groupes suivants : les suisses allemands, les suisses romands, les suisses italiens et les italiens. Ce tableau présente une vue d'ensemble des éléments qui, selon les jeunes, ont une importance capitale pour maintenir une bonne santé mentale en famille. Dans un deuxième temps, nous étudierons les différences entre les groupes.

Tableau 13.23 : Les items de la culture familiale de la santé mentale en ordre descendant selon les moyennes

Items	N	Moyenne	Écart-type
fc2 Se sentir accepté/ aimé tel qu'on est.	559	3,63	0,645
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	559	3,60	0,661
fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	559	3,51	0,687
fc3 Avoir une communication agréable en famille.	559	3,50	0,771
fc6 Unité/entente entre les parents.	559	3,46	0,758
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence.	559	3,29	0,882
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	559	3,23	0,803
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	559	3,22	0,825
fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	559	3,17	0,838
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble.	559	3,12	0,795
fc11 Manger toute la famille ensemble.	559	3,07	0,897
fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	559	2,96	0,754
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	559	2,70	0,920
fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie.	559	1,99	1,649

Au sous-chapitre suivant je présente l'analyse en composantes principales faite à partir des données de l'ensemble des adolescents.

13.2.2. Le dialogue, le soutien et la coexistence en famille pour créer une culture saine

Vue globale des résultats : l'analyse en composantes principales

De l'analyse en composantes principales des 14 items qui composent la partie de la culture familiale de la santé mentale en résultent trois facteurs. Ces trois facteurs se composent après

une conversion en 8 itérations. Le point de cassure présent au *scree test*, qui représente le nombre de facteurs au-delà duquel l'information ajoutée n'est plus significative, a été identifié après le troisième facteur. Les trois composantes factorielles expliquent le 54% de la variance, avec un coefficient α de Cronbach à .830 et test de Keiser et Barlett (KMO) à .912.

À la suite nous présentons le tableau avec les résultats de l'analyse factorielle : l'extraction de facteurs et la saturation de chaque item à son facteur.

Tableau 13.24 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des éléments qui favorisent la santé mentale en famille

Pattern Matrix^a

	Component		
	1	2	3
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble.	,803		
fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	,691		
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	,664		
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	,661		
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence.	,456		
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	,454	,432	
fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie.		,681	
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.		,610	
fc11 Manger toute la famille ensemble.		,492	
fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.			,861
fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.			,796
fc3 Avoir une communication agréable en famille.			,508
fc6 Unité/entente entre les parents.		,399	,494
fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	,397		,463

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Lorsque l'analyse qualitative a été faite sur l'étude pilote de la culture familiale de la santé mentale, j'ai remarqué que les catégories correspondaient très bien au modèle écologique de Bronfenbrenner (cf. Figure 8.2.) C'est aussi grâce à ce modèle de base que nous avons pu mieux interpréter les facteurs, car ils correspondaient très bien aux trois niveaux du modèle de Bronfenbrenner.

L'interprétation des composantes a été faite, comme aux chapitres précédents, grâce à la double source quantitative et qualitative, que nous schématisons dans le prochain tableau (cf. 13.25). À gauche le numéro de l'item du questionnaire et à droite les respectives catégories de l'analyse qualitative qui ont servi à construire le questionnaire.

Le coefficient de Cronbach du deuxième facteur est trop bas, ce qui indique une fiabilité interne trop faible. Je vais garder seulement les facteurs 1 et 3 pour les analyses qui suivront.

Tableau 13.25 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative

3 COMPOSANTES

N° de l'item	Formulation de l'item dans le questionnaire	Extraction	Catégories de l'analyse qualitative
1. Coexistence, soutien, dialogue $\alpha = 794$. (6 items)			
<i>Relations familiales, sociales (micro et méso système)</i>			
fc9	Partager les expériences et porter les poids ensemble.	.803	BEING TOGETHER, SHARING
fc5	Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	.691	DIALOGUE
fc8	Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	.664	COMPREHENSION
fc10	Avoir une atmosphère de confiance en famille.	.661	SERENITY PEACE
fc7	Avoir des parents qui sont un point de référence.	.456	MODEL
fc12	Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	.454	FRIENDSHIP
2. dimension transcendantale, rituelle $\alpha = 427$. (3 items)			
<i>Niveau social et culturel (macro système)</i>			
fc13	Avoir une dimension religieuse dans sa vie.	.681	RELIGION
fc14	Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	.610	HOBBY
fc11	Manger toute la famille ensemble.	.492	RITUELS
3. dimension personnelle : amour et bonheur $\alpha = 766$. (5 items)			
<i>Niveau personnel (individuel)</i>			
fc2	Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	.861	TO ACCEPT
fc1	Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	.796	HAPPINESS
fc3	Avoir une communication agréable en famille.	.508	CONFIDENCE
fc6	Unité/entente entre les parents.	.494	UNITY
fc4	Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	.463	OPTIMISM

13.2.3. Analyse au niveau des items : effets principaux et interactions

Je rentre maintenant dans le vif des analyses de variance multivarié, et ensuite l'analyse de variance univarié. La seule variable qui a été prise en considération est celle de la Région culturelle.

13.2.3.1. La Région culturelle présente une influence significative

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

L'analyse de variance multivarié montre un effet significatif au le facteur d'influence de la région culturelle.

Tableau 13.26 : Test plurifactoriel multivarié des concepts de culture familiale de la santé mentale (items)

Test Multivarié				
Effet		F	Hypothèse df	Sig.
<i>Intercept</i>	Wilks' Lambda	2191,970	14,000	0,000
rég_cult	Wilks' Lambda	7,761	28,000	0,000
Test Multivarié Design: Intercept+rég_cult				

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

Le tableau présente les résultats plus spécifiques de l'analyse de variance univarié.

Tableau 13.27 : Effets significatifs des effets principales par rapport aux items

Items	EP rég_cult
fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	-
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	p=.001 ***
fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	p=.081 (*)
fc3 Avoir une communication agréable en famille.	-
fc6 Unité/entente entre les parents.	p=.081 (*)
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence.	
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	p≤.000 ***
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	p=.003 **
fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	p=.001 ***
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble.	p=.058 (*)
fc11 Manger toute la famille ensemble.	p≤.000 ***
fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	p≤.000 ***
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	p≤.000 ***
fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie.	p≤.000 ***

L'effet principal de la région culturelle, pour l'ensemble des items, présente huit effets significatifs et deux tendances d'effets significatifs. J'explore ces significances à l'aide du T-test.

Les moyennes des trois groupes : D/F-CH ; I-CH et Italie, sont présentées au tableau (13.28).

Tableau 13.28 : Les items de la culture familiale de la santé mentale en ordre descendant selon les moyennes des tessinois

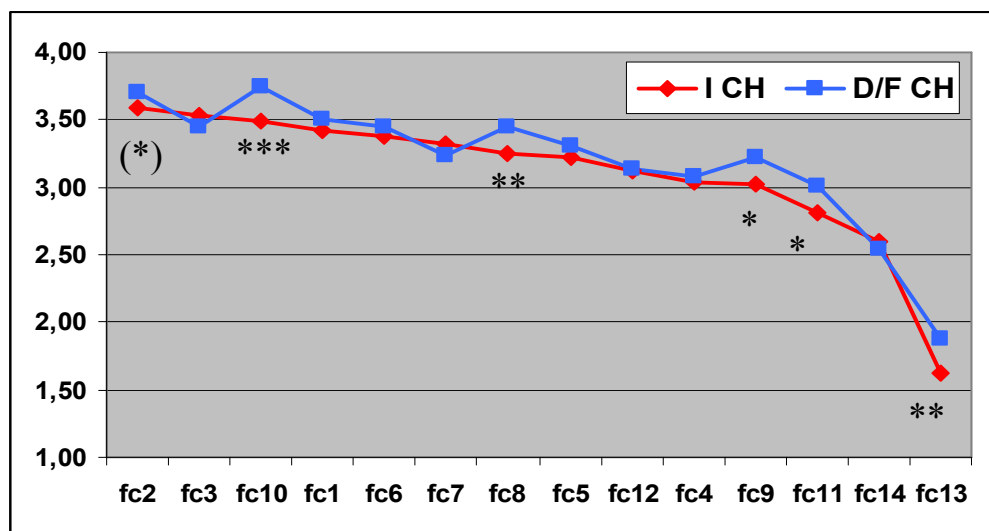
Items	D/F CH	I CH	Italie
fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	3,71	3,59	3,60
fc3 Avoir une communication agréable en famille.	3,45	3,53	3,52
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	3,74	3,49	3,58
fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	3,51	3,43	3,59
fc6 Unité/entente entre les parents.	3,45	3,38	3,55
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence.	3,23	3,32	3,32
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	3,45	3,26	2,99
fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	3,30	3,22	3,01
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	3,14	3,13	3,38
fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	3,08	3,03	2,79
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble.	3,22	3,02	3,13

fc11 Manger toute la famille ensemble.	3,01	2,81	3,37
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	2,54	2,60	2,92
fc13 Avoir une dimension religieuse dans sa vie.	1,88	1,63	2,42

Les trois graphiques qui suivent (Fig. 13.9, 13.10 et 13.11) ont été construits sur la base des ces moyennes et l'ordre des items suit de près les moyennes des adolescents tessinois.

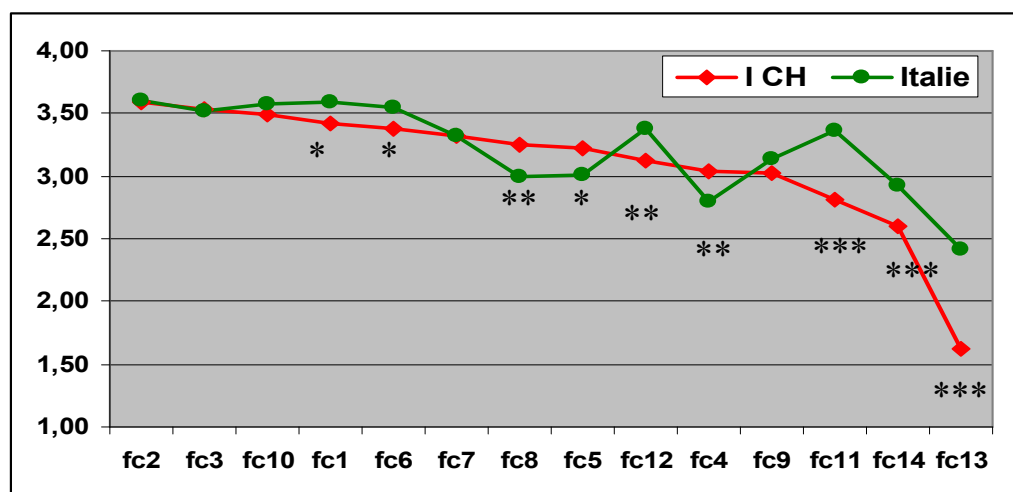
Dans le premier graphique - moyennes des tessinois face à celles du groupe suisse alémanique et romand-, il y a cinq différences significatives (fc10, fc8, fc9, fc11 et fc13) et une tendance significative (fc2).

Figure 13.9 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les adolescents de la Suisse allemande et de la Suisse romande



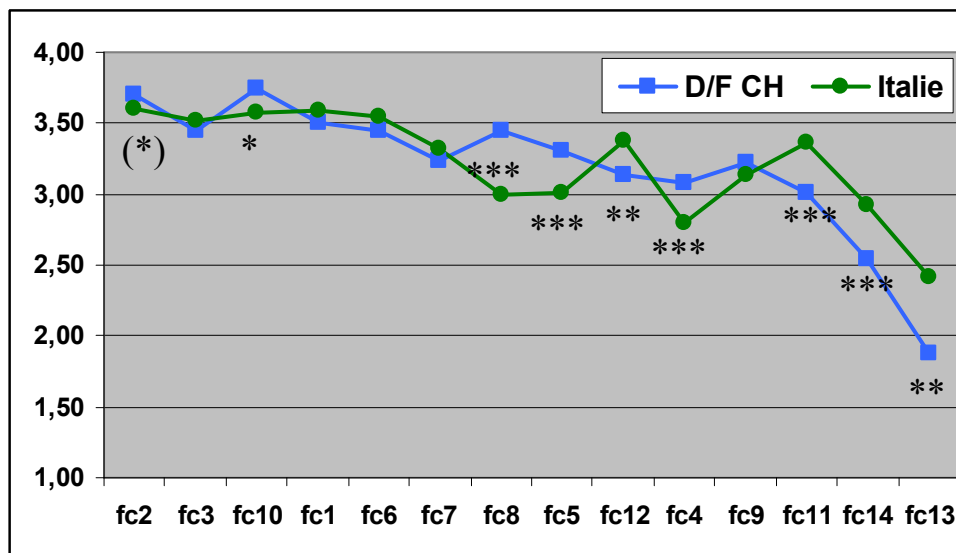
Au deuxième graphique on trouve les moyennes des tessinois face à celles des adolescents italiens. Les différences significatives sont plus nombreuses, neuf au total (fc1, fc6, fc8, fc5, fc12, fc4, fc11, fc14 et fc13).

Figure 13.10 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les italiens



Ces résultats nous font penser que les tessinois se rapprochent plus des autres adolescents suisses que des adolescents italiens. Voici maintenant le graphique qui compare les moyennes des suisses alémaniques et romands et celles des adolescents italiens.

Figure 13.11 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse romande et allemande et les italiens



Il y a huit différences significatives (fc10, fc8, fc5, fc12, fc4, fc11, fc14 et 13). et une tendance significative (fc2). Il s'agit pratiquement des mêmes items qui montraient des différences significatives entre les tessinois et les italiens.

13.2.4. Analyse au niveau des facteurs : effets principaux et interaction

Pour l'étude des facteurs résultant de l'analyse en composantes principales, je procède de la même façon qu'avec les items : l'analyse de variance multivarié d'abord, l'analyse de variance univarié ensuite.

13.2.4.1. La Région culturelle reste le facteur d'influence significatif

Les effets significatifs de l'analyse de variance multivarié

L'effet principal lié à la Région culturelle est présent aussi lorsqu'on travaille au niveau de composantes principales. Voici le tableau des résultats de l'analyse de variance multivarié.

Tableau 13.29 : Test plurifactoriel multivarié des éléments qui favorisent la santé mentale en famille (facteurs)

Test Multivarié		F	Hypothèses df	Sig.
Effet				
Intercept	Wilks' Lambda	0,073	3,000	0,974
rég_cult	Wilks' Lambda	19,630	6,000	0,000
Test Multivarié	Design: Intercept+rég_cult			

Les effets significatifs de l'analyse de variance univarié

L'analyse plurifactorielle univarié des composantes principales montre des effets significatifs pour les trois facteurs dans l'effet principal de la Région culturelle.

Tableau 13.30 : Significances de l'effet principal par rapport aux composantes principales de l'analyse factorielle

Facteurs	EP rég_cult
FC1	p=.009 **
FC3	p=.002 **

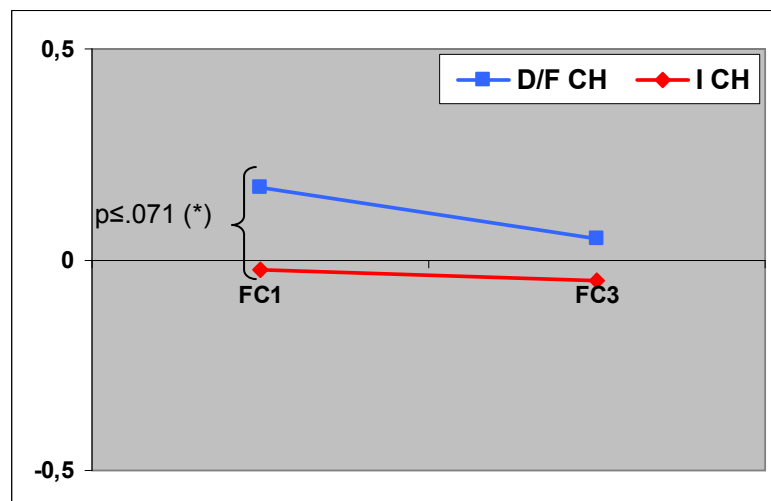
J'étudie maintenant ces effets significatifs dans les deux facteurs à l'aide du T-test. Les moyennes des trois groupes : D/F-CH ; I-CH et Italie, sont présentées au tableau suivant (13.31).

Tableau 13.31 : Les facteurs de la culture familiale de la santé mentale avec les moyennes de chaque région culturelle

Items	D/F CH	I CH	Italie
FC1 Co-existence, soutien, dialogue	0,172	-0,024	-0,139
FC3 Dimension personnelle : amour et bonheur	0,051	-0,051	-0,002

Les résultats des T-test comparant les moyennes des régions culturelles sont rapportés dans les graphiques qui représentent celles-là pour chaque facteur et pour chaque groupe d'adolescents. Les résultats des analyses concernant les items, à savoir, que les tessinois se rapprochent davantage des suisses romands et des suisses allemands dans leurs réponses concernant la culture familiale de la santé mentale, est confirmé aussi au niveau des facteurs. Le premier graphique représente la comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les adolescents alémaniques et romands.

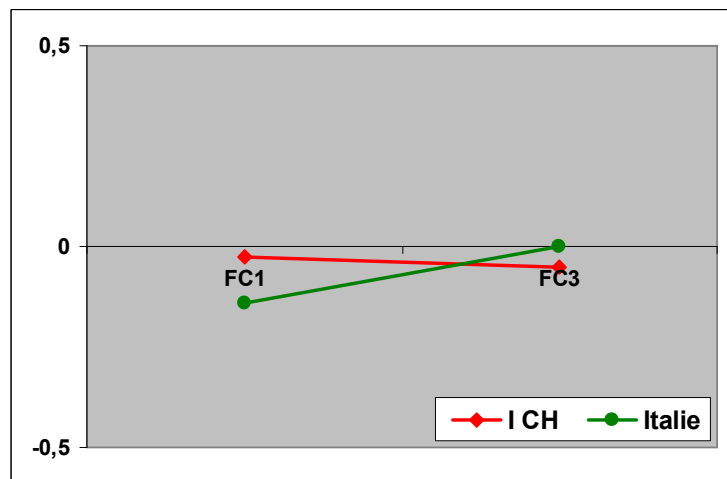
Figure 13.12 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les adolescents de la Suisse allemande et de la Suisse romande



Les lignes sont très semblables ; uniquement dans le premier facteur « FC1 Co-existence, soutien, dialogue » il y a une tendance à effet significatif entre les données. Les tessinois accordent moins d'importance que les romands et les suisses alémaniques à l'importance des éléments suivants pour la santé mentale: « partager les expériences et porter les poids ensemble », « écouter et parler ensemble », « être toujours disponibles pour un dialogue », « avoir de la compréhension les uns pour les autres », « avoir une atmosphère de confiance en famille », « avoir des parents qui sont un point de référence et avoir des relations proches avec les membres de sa famille ».

Dans le deuxième graphique les moyennes des tessinois font face aux moyennes des adolescents italiens.

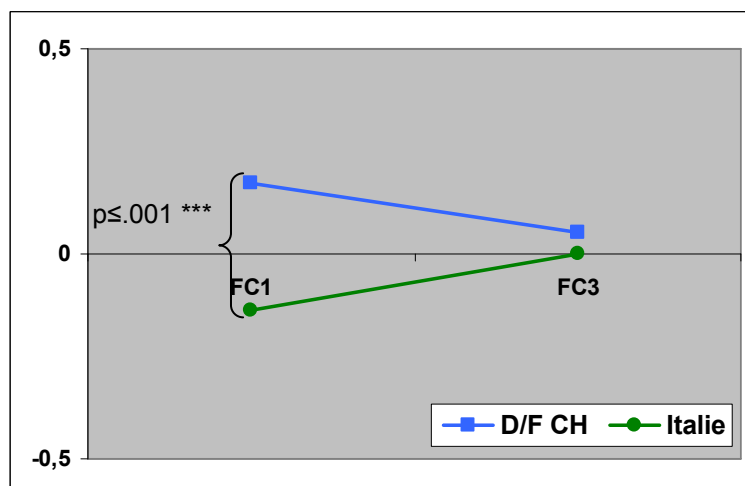
Figure 13.13 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les italiens



Il n'y a pas des différences significatives entre les deux groupes d'adolescents.

Le troisième graphique, compare les suisses romands et alémaniques avec les adolescents italiens et nous montre le même effet significatif que nous avons trouvé entre les tessinois et les suisses romands et alémaniques. Voici le graphique :

Figure 13.14 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse alémanique et romande et les adolescents italiens



La différence significative se situe dans le premier facteur : les adolescents italiens sont plus proches, dans leurs réponses, des adolescents tessinois que des autres suisses, vue la différence pertinente montrée dans le graphique ($p=.001$ ***) ci-dessous.

13.2.5. Résumé des résultats des adolescents suisses

Voici le résumé des données obtenues auprès des adolescents suisses qui correspondent aux premiers résultats présentés dans ce chapitre.

Il est intéressant de relever, encore une fois, l'étroite correspondance entre les résultats qualitatifs et quantitatifs de cette partie du questionnaire. Les cinq catégories retrouvées le plus fréquemment dans l'analyse qualitative (*dialogue_parler_écouter* ; *aimer_se sentir aimé* ; *joie_heureux Rogoler* ; *unité familiale et confiance_sincérité*), correspondent aux cinq items (*fc3 Avoir une communication agréable en famille* ; *fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est* ; *fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille* ; *fc6 Unité/entente entre les parents et fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.*), qui répondent de plus près aux facteurs favorisant la santé mentale en famille. De cette manière l'étude quantitative confirme de l'étude qualitative et rend les résultats plus crédibles.

13.3. Résultats qualitatifs qui expriment la culture familiale de la santé mentale

Cette partie de la recherche constitue un outil nouveau et créatif pour donner plus de marge d'expression aux adolescents et aux parents sur le thème de la culture familiale de la santé mentale. Nous leur avons demandé de répondre à la question suivante formulée à la fin du questionnaire portant sur la famille :

« Maintenant pense à ta famille et à la manière dont elle essaie de maintenir et promouvoir la santé mentale et tâche de formuler une devise (un « slogan ») en une phrase ou en quelques mots qui décrivent l'ambiance chez toi. »

Au début de la recherche nous ne savions pas si les jeunes et leurs parents auraient voulu répondre à cette question, car nous sommes conscients qu'il n'est pas toujours facile de résumer en une phrase ou en quelques mots l'ambiance familiale, en relation avec la santé mentale.

Nous avons récolté les devises familiales de 253 familles suisses. Chaque famille est représentée au moins par un adolescent et un parent. Parfois les deux parents ont bien voulu formuler la devise. Nous avons récolté les devises aussi en Italie, auprès des adolescents et des parents.

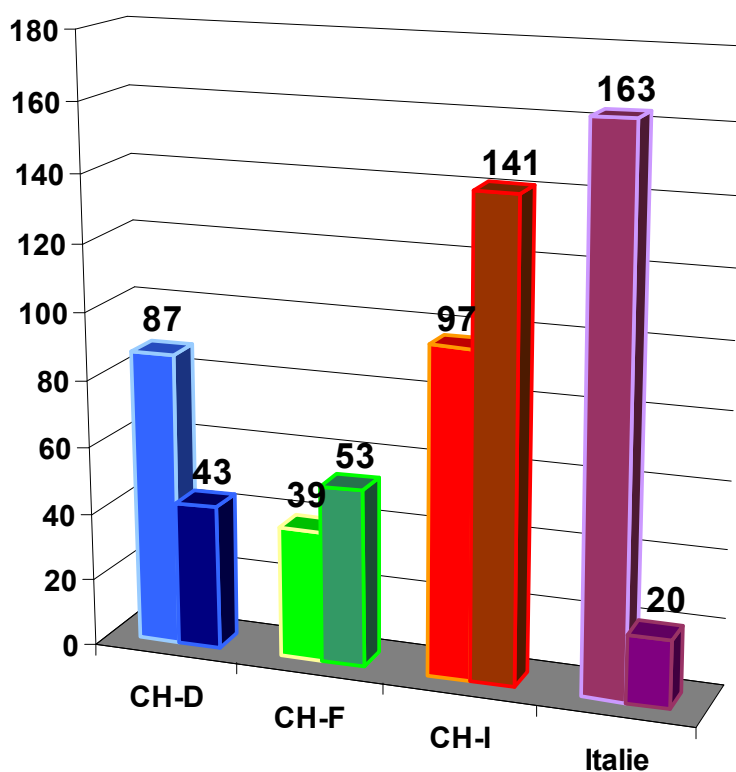
Voici le nombre des devises familiales des adolescents et des parents, selon la région de provenance :

Figure 13.15 : Provenances et nombre des devises familiales parmi les adolescents et les parents

Adolescents : colonne de gauche (claire)

Parents : colonne de droite (foncé)

Nombre total : N= 643

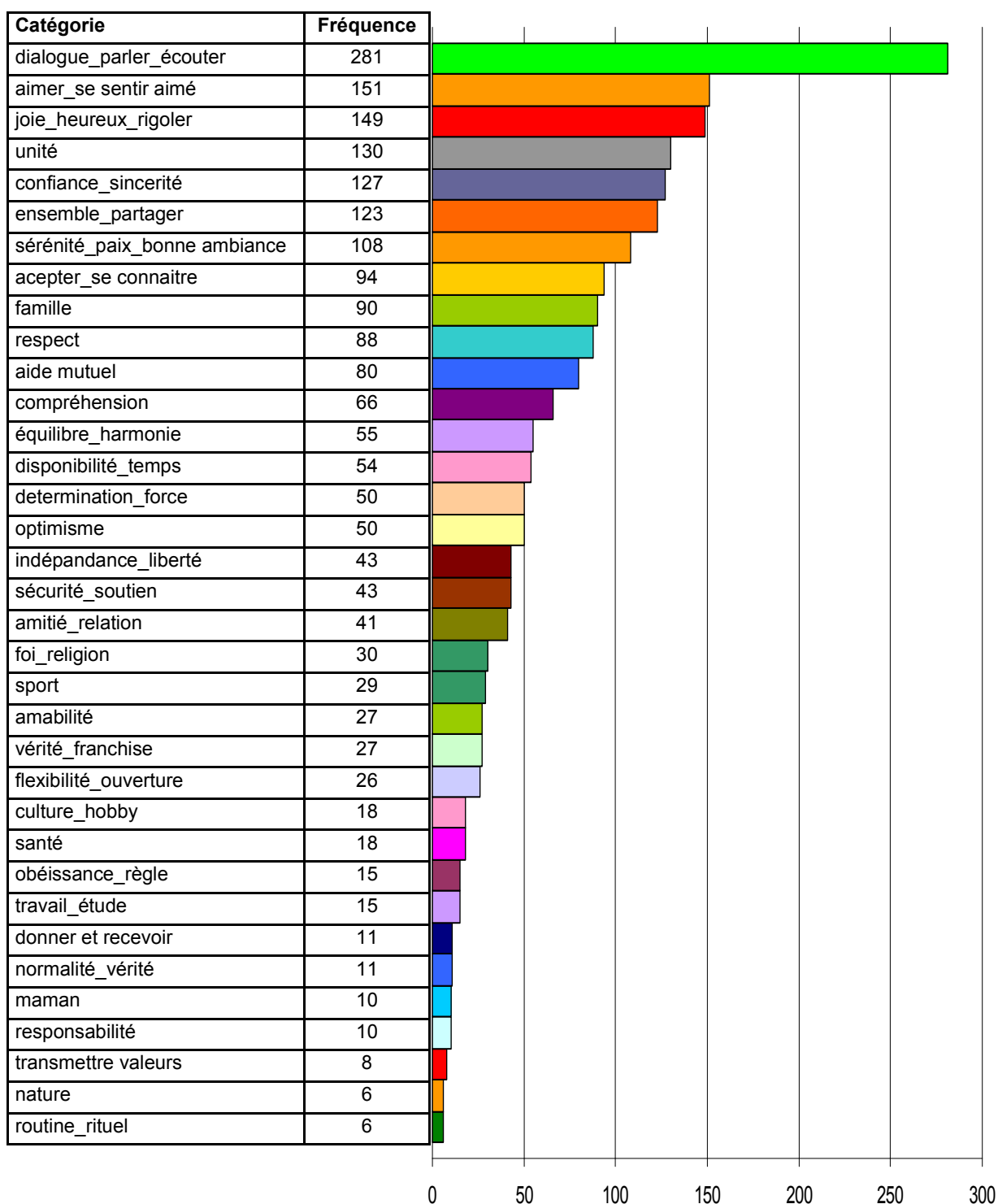


Après avoir analysé les données à l'aide du logiciel MAXqda pour l'analyse qualitative, nous avons structuré les résultats en choisissant les catégories qui ressortaient le plus souvent et nous avons construit la partie du questionnaire qui explore les représentations des gens au sujet d'une culture familiale de la santé mentale.

Pour mieux illustrer les catégories qui sont ressorties de l'analyse qualitative, je montre dans l'annexe 2.6. (Tableau 13.32 et 13.33) des exemples des devises familiales que les adolescents et les parents ont donnés. Il faut spécifier que souvent une devise contient plus d'un concept, nous les avons distribuées selon la catégorie qu'on voulait illustrer.

Les catégories, en ordre de fréquence, se trouvent dans le tableau suivant :

Tableau 13.34 : Catégories de la culture familiale de la santé mentale en ordre de fréquence



Les catégories présentées ici ont été organisées dans le modèle socio écologique de Bronfenbrenner, comme l'avaient été celle relatives au projet AMHC (cf. Fig. 8.2.).

Le fait de pouvoir les organiser ainsi permet une vision d'ensemble plus cohérente et une possibilité de les décrire.

Tableau 13.35 : Les catégories de l'analyse qualitative de la culture familiale de la santé mentale dans le modèle de Bronfenbrenner

Catégories MAXqda : Culture Familiale de la Santé Mentale

	Catégories générales	Catégories spécifiques	
1. Niveau Société Macrosystème	Culture	Activités culturelles, hobby Transmission des valeurs Routines	
	Religion	Rapport avec Dieu	
2. Niveau Relations Sociales Microsystème et Mesosystème	École Travail	Étude -Travail	
	Relations sociales	Amitié, relations sociales	
	Famille	Dialogue Être ensemble, partager Se sentir aimé, aimer Compréhension Confiance Respect Routine Unité	
3. Niveau Individuel	1. Émotionnel (psych.)	Joie, humour Sérénité, paix	
	2. Cognitive (psych.)	Se connaître, s'accepter Optimisme	
	3. Comportement (psych.)		
	4. Biologique	Sports/exercice	
		Équilibre - Harmonie Famille - Travail	Équilibre Psycho- Physique et Émotionnel- Relationnel

2. Structurel

Équilibre - Harmonie Famille - Travail

Le dernier sous-chapitre est dédié aux résultats concernant la culture familiale de la santé mentale vus à la lumière des hypothèses.

13.4. Les résultats de la culture familiale à la lumière des hypothèses

Je commencerai par présenter les différences entre les générations, pour passer ensuite aux quatre facteurs principaux d'influence : Région, Expérience de traitement, Sexe et Âge, ainsi que les données qualitatives. Dans une deuxième partie nous discuterons des résultats obtenus lors de la comparaison internationale.

13.4.1. La culture familiale de la santé mentale : comparaison entre les générations

Dans leur questionnaire les parents ont aussi répondu aux questions relatives aux facteurs qui favorisent une bonne santé mentale en famille. Il est intéressant d'observer les différences entre

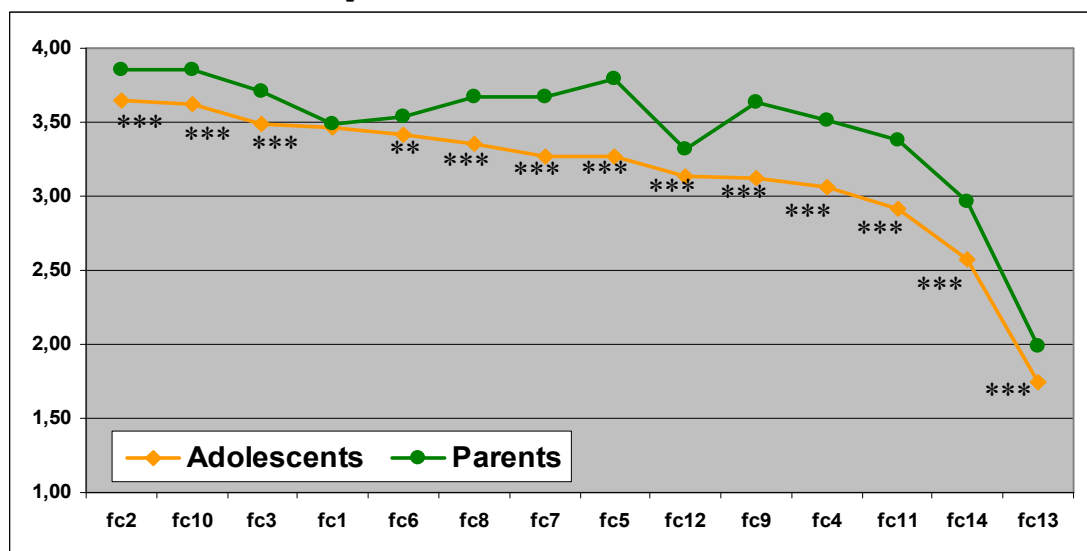
les réponses des parents et des adolescents. On découvre combien les points de vue peuvent être différents.

Tableau 13.36 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents

Items		Adolescents	Parents	Sig.
fc2	Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	3,65	3,85	p≤.000 ***
fc10	Avoir une atmosphère de confiance en famille.	3,62	3,85	p≤.000 ***
fc3	Avoir une communication agréable en famille.	3,49	3,71	p≤.000 ***
fc1	Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	3,47	3,48	-
fc6	Unité/entente entre les parents.	3,41	3,54	p=.014 **
fc8	Avoir de la compréhension les uns pour les autres.	3,36	3,68	p≤.000 ***
fc7	Avoir des parents qui sont un point de référence.	3,27	3,67	p≤.000 ***
fc5	Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue.	3,27	3,79	p≤.000 ***
fc12	Avoir des relations proches avec les membres de sa famille.	3,14	3,32	p=.001 ***
fc9	Partager les expériences et porter les poids ensemble.	3,12	3,63	p≤.000 ***
fc4	Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie.	3,06	3,51	p≤.000 ***
fc11	Manger toute la famille ensemble.	2,91	3,38	p≤.000 ***
fc14	Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies.	2,57	2,97	p≤.000 ***
fc13	Avoir une dimension religieuse dans sa vie.	1,75	1,99	p≤.000 ***

Le graphique montre de manière très claire que les parents ont tendance à avoir des moyennes plus élevées que les adolescents à chaque item. Les différences des moyennes, entre les adolescents et les parents, à part l'item fc1, sont toujours fortement significatives.

Figure 13.16 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items fc : les éléments qui favorisent la santé mentale en famille



Les adolescents et leurs parents coïncident dans leurs jugements des deux premiers items : « fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est » et « fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille », ils les considèrent être les facteurs les plus importants pour maintenir une ambiance favorable à la santé mentale en famille.

Il y a, par contre, deux items qui semblent particulièrement importants aux parents et moins aux adolescents, il s'agit de « fc5 Écouter et parler ensemble, être toujours disponibles pour un dialogue. » et « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble. ».

Je vais maintenant aborder la discussion sous l'angle des facteurs d'influence, en commençant par le premier facteur : la Région.

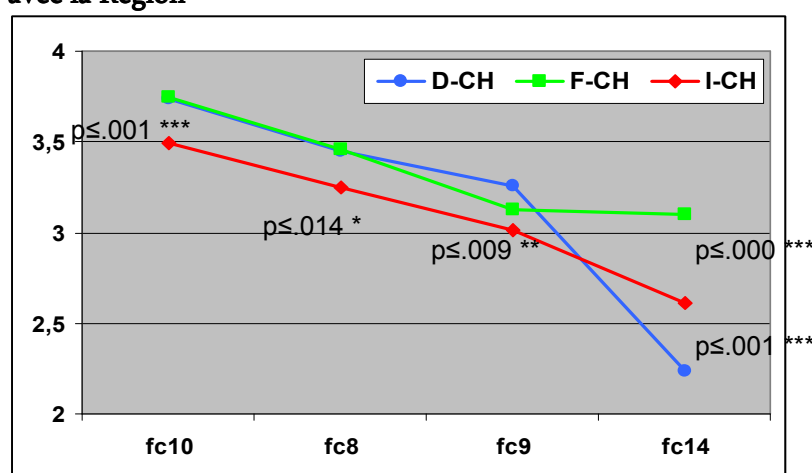
13.4.2. Régions linguistiques/culturelles en Suisse : Suisse allemande, Suisse romande et Suisse italienne

Voici le tableau avec les moyennes des trois régions et le graphique qui montre ces différences significatives.

Tableau 13.37 : Les items qui ont un effet significatif de la Région

Item	D-CH	F-CH	I-CH
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille	3.74	3.75	3.49
fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres	3,45	3,46	3,25
fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble	3,26	3,13	3,01
fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies	2,24	3,10	2,61

Figure 13.17 : Comparaison entre les moyennes des quatre items qui ont un effet significatif avec la Région



La Région est le facteur qui montre le plus d'effets significatifs et qui a motivé le choix des groupes lors de la comparaison internationale. En effet, des quatre items qui montrent un effet significatif au niveau de la Région, le groupe d'adolescents tessinois se distingue des adolescents suisses alémaniques, et dans trois items sur quatre, ils se différencient aussi de manière significative des adolescents romands.

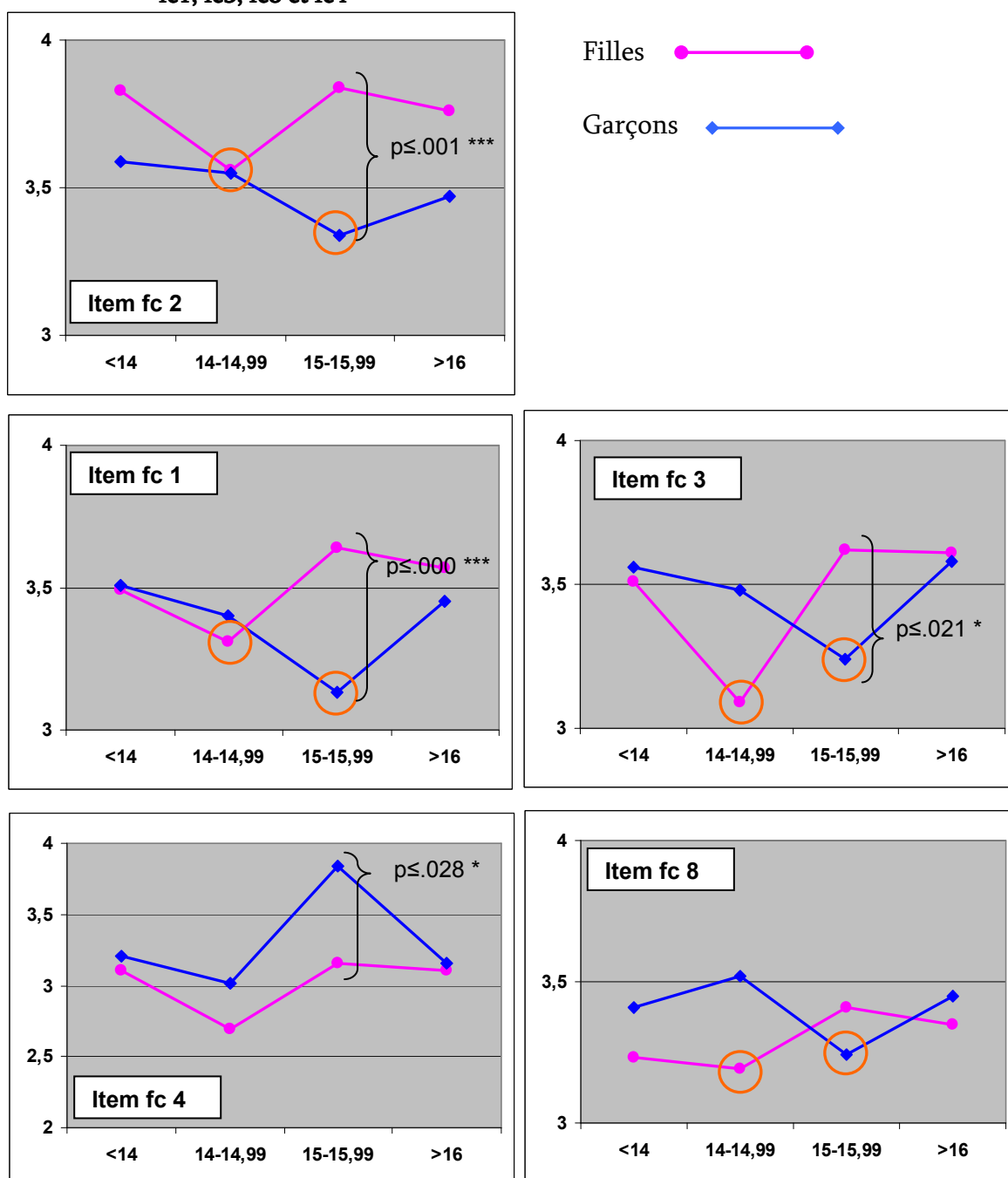
13.4.3. Sexe : garçons et filles ; père et mères

Le deuxième facteur d'influence qui montre des effets significatifs est le Sexe. Les items qui ont été touchés par ce facteur sont trois : fc9, fc11 et fc14. Dans les trois cas les garçons montrent des moyennes plus élevées que les filles.

Mais c'est quand on regarde les interactions entre le Sexe et l'Âge des adolescents que l'on retrouve des différences intéressantes. Au total il y a cinq items qui présentent ces interactions : fc2, fc3, fc1, fc8 et fc4. Pour quatre d'entre eux (fc2, fc3, fc1 et fc8) la moyenne plus basse pour les filles correspond à l'âge de 14-14,99 et pour les garçons à l'âge 15-15,99 (à l'intérieur du cercle orange). Toujours dans quatre items sur cinq (fc2, fc3, fc1 et fc4) on retrouve une différence significative entre les moyennes des filles et des garçons dans la tranche d'âge de 15-15,99 ans (parenthèse avec la signifiante).

Voici les graphiques des interactions qui viennent d'être commentées :

Figure 13.18 : Les cinq graphiques représentant les interaction entre Sexe et Âge des items fc2, fc1, fc3, fc8 et fc4



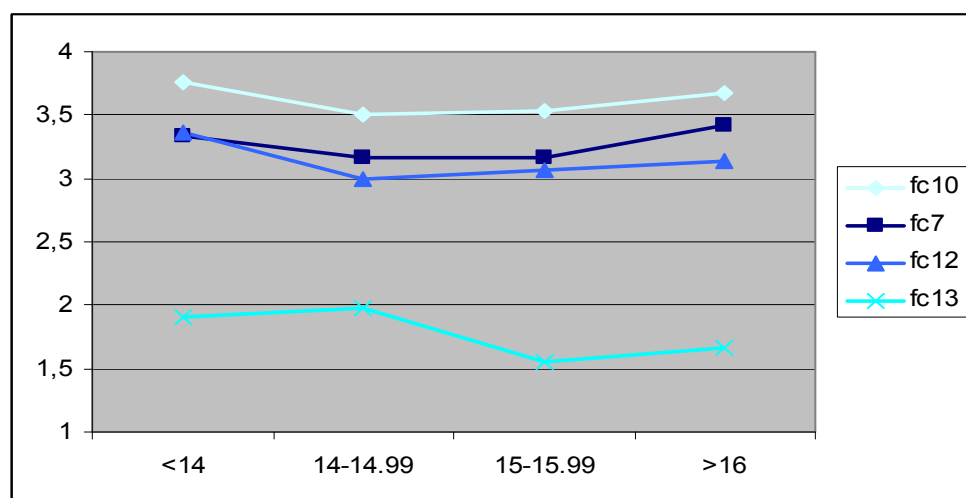
13.4.4. Différences entre les groupes d'âges des adolescents

Le facteur d'influence de l'Âge touche les quatre items suivants : fc10, fc7, fc12 et fc13. Pour les trois premiers items la dynamique est la même. Elle est représentée dans la Fig. 11.19.

Tableau 13.38 : Les items qui ont un effet significatif de l'Âge

Item	<14	14-14.99	15-15.99	>16
fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille	3,76	3,51	3,53	3,67
fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence	3,34	3,16	3,17	3,42
fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille	3,36	3,00	3,06	3,13
fc13 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille	1,90	1,98	1,55	1,66

Figure 13.19 : Comparaison entre les moyennes des quatre items qui ont un effet significatif avec l'Âge



Le groupe le plus jeune présente habituellement la moyenne la plus élevée. La moyenne descend avec l'âge et remonte presque toujours chez les adolescents plus âgés. L'item fc13 ne suit pas le même mouvement ; ce sont les deux groupes des plus jeunes qui ont les moyennes les plus élevées par rapport aux plus âgées.

13.4.5. Comparaison internationale

Je présente maintenant les points importants de la comparaison internationale entre les régions culturelles : suisse alémanique et romande, le Tessin et l'Italie.

Les résultats de l'analyse de variance multivarié montrent clairement l'existence d'un effet significatif de la Région culturelle. Lorsqu'on se penche sur l'effet précis agissant dans les trois régions culturelles, au niveau des items et des facteurs, on s'aperçoit que les tessinois se rapprochent plus des autres adolescents suisses que des adolescents italiens dans leur choix des éléments importants pour maintenir la santé mentale en famille.

Les deux graphiques suivants en sont la preuve autant au niveau des items que des facteurs :

Figure 13.20 : Comparaison entre les moyennes des trois régions culturelles aux items fc

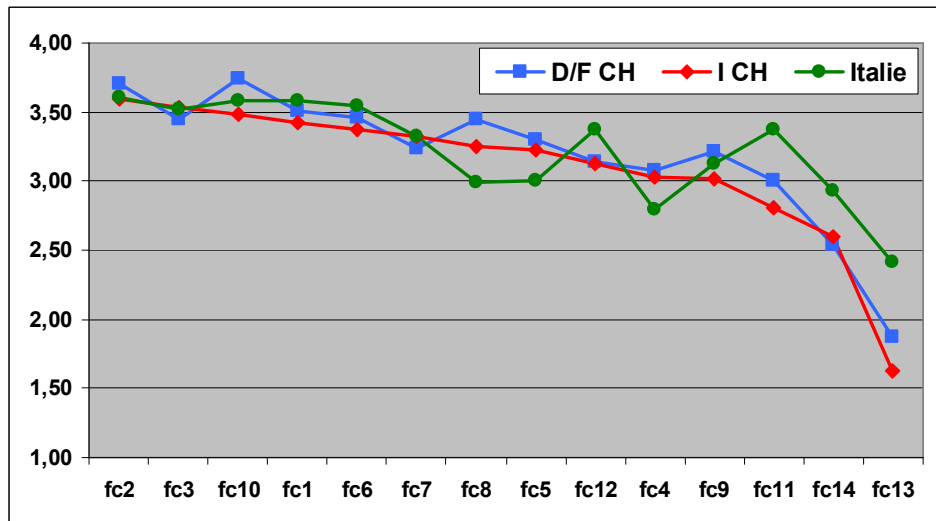
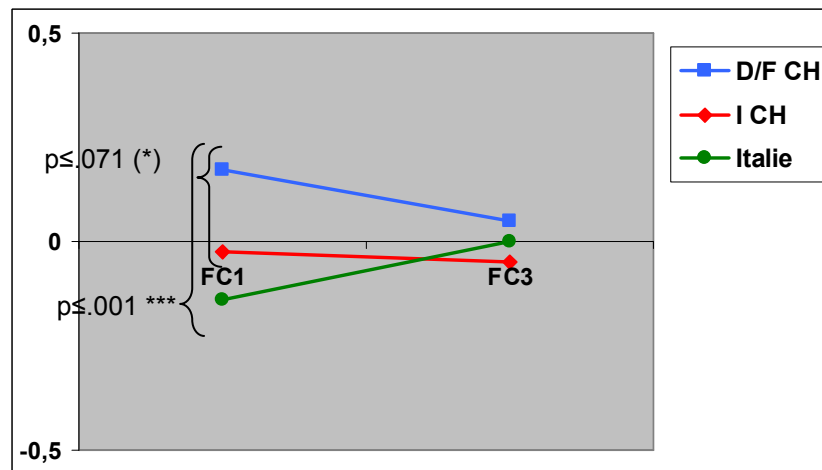


Figure 13.21 : Comparaison entre les moyennes des trois régions culturelles aux facteurs fc



Pour ce qui concerne les résultats qualitatifs, les devises familiales illustrent bien les différentes catégories que nous avons pu ressortir de l'analyse qualitative. Le choix des exemples rapportées dans les tableaux 13.32 et 13.33 en annexe (2.6.) correspond aux devises les plus caractéristiques. Si une des régions culturelles n'est pas représentée par sa langue dans une des catégories, cela ne signifie pas qu'il n'y avait pas de devise, simplement on a du faire un choix pour la présentation.

Ces devises, avec lesquelles les adolescents et les parents ont essayé de résumer l'ambiance familiale en quelques mots, nous renseignent sur des éléments que les personnes mettent en lien avec la santé mentale dans leur famille, sont des bouts de cultures familiales. Elles sont fortes intéressantes et propices à une étude plus approfondie sur le sujet.

En conclusion nous pouvons affirmer que il y a autant de devises familiales que de cultures familiales, autant de cultures familiales que de familles !

Chapitre 14

Résumé des résultats, discussion et conclusion :

la culture familiale de la santé mentale et l'accès des adolescents aux soins

Ce chapitre présente une synthèse des résultats obtenus jusqu'ici, à la lumière des hypothèses et des questions qui ont motivé cette recherche. Les cinq chapitres consacrés à l'exposition des résultats sont ici résumés dans trois sous-chapitres : les concepts (chapitres 9 et 10), l'accès au système des soins (chapitres 11 et 12) et la culture familiale de la santé mentale (chapitre 13).

14.1. Les concepts de santé et de maladie mentale

Les concepts de santé mentale et de maladie mentale ont fait l'objet de nos premières analyses. Il était important de savoir quel genre d'idées on évoque quand on parle de santé et de maladie mentale. L'opinion des parents et des adolescents sur ces deux points centraux de notre recherche était essentielle. Il fallait comprendre quel était le parcours d'accès aux soins prévus pour la maladie mentale. Pour cette raison, nous avons traité ce sujet aussi bien au début des entretiens qu'au début du questionnaire. Les deux sources d'information ont prouvé, une fois de plus, combien il est difficile de définir, à tout âge, autant la santé que la maladie mentale.

14.1.1. La santé mentale

Dans la partie quantitative de la recherche, le concept de santé mentale est perçu autant par les adolescents que par leurs parents de manière semblable. Les deux générations considèrent qu'il s'agit d'un domaine **très important** et le mettent en relation avec le fait de **ne pas consommer de la drogue** : items « Ak15 quelque chose de très important » et « Ak6 ne pas consommer de drogue ».

Pour la plupart des items, les parents ont des moyennes plus élevées que les adolescents. En particulier, pour les parents les items « a8 avoir un équilibre » et « a4 penser positivement » sont fortement associés au concept de santé mentale.

Le plus grand nombre des réponses des adolescents à la question : « A1.2.2 Qu'est-ce que vous entendez par santé psychique/mentale? » accentuent la **localisation** « *Se sentir bien dans sa tête.* » (Garçon suisse romand), « *Ça c'est dans le cerveau, c'est dans la tête, je ne sais pas si je dis vrai, mais moi je pense c'est savoir soi-même si on se sent bien, si on a des problèmes dans le cerveau, si on a des maladies, comme la mucoviscidose, une maladie lunaire, on oublie plein de choses, on fait tout le temps la même chose à chaque fois, on a des tics, moi j'appelle ça la santé psychique, mais il n'y a jamais eu des moitiés de cerveau, il y a toujours eu que des cerveaux, on peut avoir un cerveau petit, mais être intelligent, on peut avoir un cerveau grand mais ne pas être du tout intelligent.* » (Garçon suisse romand). Les parents font significativement moins ce lien entre la santé mentale et la localisation.

Les adolescents associent fortement la santé mentale à un état de **bien-être général** « *être bien en soi-même* » ; les parents, en revanche, la voient la comme un bien-être psychique : « *se uno si sente bene, che é rilassato, tranquillo* » (Père, suisse italien) et « *Wenn man sich freut am Leben* » (Mère suisse allemande).

Les deux générations définissent souvent la santé mentale comme une **absence de maladie psychique**, par exemple « *ne pas être dépressif* », « *Dans le sens qu'on ne déprime pas, que ça va bien, quoi.* » (Fille suisse romande) ou alors, la question de la santé mentale est répondue en parlant de la **maladie** « *De mal vivre dans le sens d'être déprimé, d'être ... oui c'est surtout au niveau de la dépression, de voir les choses assez noires, assez difficiles...* » (Mère suisse romande).

Parents et adolescents définissent la santé mentale en constatant l'absence de problèmes ou de stress ou alors, en voulant définir la santé ils décrivent la maladie : ils pointent automatiquement vers les difficultés et le stress : « *Wenn ich keine Probleme habe, die mich belasten. Wenn ich nicht ständig Gedanken an etwas machen muss. Wenn es mir gut geht.* » (Fille suisse allemande) ; « *Stare bene non avere problemi non aver subito uno choc* » (Fille suisse italienne) ; « *Però io penso che anche uno che ha dei problemi che non riesce a chiarire, delle cose profonde che lui non riesce a mettersi in pace, problemi di relazione con gli altri, penso che si possa già parlare un po' di malattia e anche lì bisognerebbe curarlo. Sotto un profilo di cura la vedo un tipo di malattia, nel senso che c'è uno scompenso, non c'è un equilibrio, non c'è una pace e allora bisognerebbe trovare la medicina. Può quindi diventare* »

una malattia, magari inizia in sordina ma se poi non si aiuta la cosa può peggiorare. » (Mère suisse italienne); « *Si on a un problème en nous même, qu'on ne comprend pas des choses, et on doit aller voir un psychologue qui nous explique.* » (Fille suisse romande).

Les parents, plus que les adolescents, définissent la santé mentale comme la **capacité de gérer sa propre vie** : « *Dass ich mit dem Leben zurechtkomme. Mit den Anforderungen.* » (Père suisse allemand) ; « *C'est d'avoir suffisamment de force pour surmonter des problèmes de santé; soit la douleur soit le fait d'avoir une mobilité restreinte. Pas se laisser abattre.* » (Père suisse allemand).

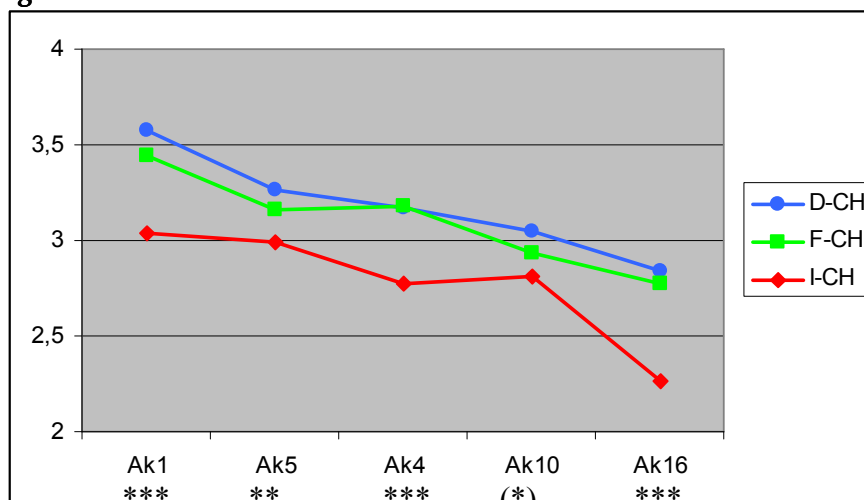
Les parents, dans les résultats de la partie quantitative, définissent la santé mentale comme la capacité à **penser positivement** « *c'est d'avoir un esprit positif et puis aborder la journée, la vie avec une vision positive des choses.* » (Père suisse romand) ; la **capacité d'affronter la vie de manière positive** avec toutes ses ressources « *Psychische Gesundheit hat viel zu tun mit Zuversicht, Mut für den Alltag, Freude haben, das Gefühl haben, dass man den Tag meistern kann.* » (Père suisse allemand); « *Le moteur de ce qui fait qu'on peut réaliser notre projet de la journée. Si on est en forme on va avoir une journée comme on désire. Si on a des faiblesses du point de vu psychologique, on a des barrières pour réaliser les projets de la journée.* » (Mère suisse romande).

14.1.1.1. La santé mentale selon les régions suisses

Au niveau des items et des facteurs, le seul facteur significatif dans l'analyse multivarié est la Région linguistique. La grande différence régionale de la Suisse apparaît très clairement dans les concepts que les adolescents ont à propos de la santé mentale et de la maladie mentale. 5 items montrent les mêmes résultats dans les trois régions, dans: « Ak1 être heureux, joyeux », « Ak5 avoir sa vie en main », « Ak4 penser positivement », « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre », « Ak16 je sais plus ou moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer ».

D'un côté les suisses alémaniques et les suisses romands et de l'autre, avec des concepts assez différents, les suisses italiens. Ce clivage entre les tessinois et le reste de la Suisse est confirmé par les résultats de l'analyse multivarié entre les composantes principales. En effet, les suisses alémaniques et les suisses romands associent fortement la santé mentale au fait d'être positif et actif (MH1). La différence avec les tessinois est dans les deux cas fortement significative ($p \leq .000$ ***).

Figure 14.1 : cf. Figure 7.10 : Comparaison entre les régions dans les 5 items qui présentent des différences significatives



Dans le cas des adultes, on retrouve une forte influence du facteur Région. Il ne s'agit pas du même clivage, réel chez les adolescents, qui différencie les Tessinois et le reste de la Suisse. D'ailleurs, les deux items qui avaient une influence régionale chez les adolescents, « Ak1 être heureux, joyeux » et « Ak4 penser positivement », présentent chez les adultes un clivage entre les suisses alémaniques et les deux régions latines : D-CH et F-CH ($p=0.002$ **) et D-CH et I-CH ($p=0.041$ *). L'item « a2 qu'on n'est pas trop sensibles » suit le même schéma : Suisse alémanique vs. Suisse latine : dans les deux cas, la différence est significativement importante ($p\leq 0.000$ ***).

Les facteurs confirment clairement les données pertinentes des effets principaux de Région et Expérience. C'est toujours la Suisse alémanique qui se différencie de manière significative du reste de la Suisse. Voici les effets significatifs pour le premier facteur MH1 (positivité, activité) : D-CH et F-CH ($p\leq 0.000$ ***), D-CH et I-CH ($p=0.001$ ***); pour le deuxième facteur MH2 (normalité et fonctionnalité) : D-CH et F-CH ($p=0.001$ ***), D-CH et I-CH ($p=0.001$ ***). Pour le quatrième facteur, MH4 (métacognition et jugement) les mères tessinoises se distinguent des autres mères de Suisse avec un score de moyenne nettement plus élevée : I-CH et D-CH ($p\leq 0.000$ ***), I-CH et F-CH ($p=0.031$ *).

La différence générationnelle apparaît uniquement dans le groupe romand : les adolescents romands ont des concepts plus similaires aux Suisses alémaniques ; les parents, par contre, affichent une ressemblance lié à l'esprit latin en ce qui concerne les concepts.

Comparaison avec les données qualitatives spécifiques aux régions linguistiques

Les résultats qualitatifs relatifs aux Suisses italiens montrent une tendance générale à définir la santé mentale comme un état de bien-être ou comme le fait de ne pas avoir des problèmes : « *Uno che sta bene, non ha problemi* » (Garçon, suisse italien). Les Suisses alémaniques

l'associent aussi à un état de bien-être, plus spécifiquement de bien-être psychique tout comme le faisaient les adultes : « *dass es einem gut geht* » (Garçons, suisse alémanique). Les réponses des Romands vont clairement dans la ligne de la « localisation » : « *C'est dans la tête qu'on ne se sent pas bien* », ainsi que de dénommer une maladie.

14.1.1.2. La santé mentale selon les sexes

Entre les filles et les garçons, il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne les concepts de santé mentale. On en déduit qu'ils ont généralement les mêmes représentations de santé mentale. La même observation s'applique à l'ensemble des pères et des mères.

14.1.1.3. La santé mentale selon les expériences de traitement

Le groupe sans expérience de traitement associe plus facilement la santé mentale à un fait cognitif : « Ak3 pouvoir penser clairement » ($p=.034$ *), que ne le font les adolescents qui ont déjà eu recours à un traitement psychologique. La même observation vaut pour l'item « Ak10 ne pas devoir aller chez le psychologue/psychiatre ». En effet, pour les jeunes sans expérience de traitement, la santé mentale est perçue comme le fait de ne pas devoir aller chez le psychologue ($p\leq.000$ ***).

Dans tous les items qui montrent une différence significative entre les groupes « avec et sans expérience de traitement », ce dernier est celui qui a les moyennes les plus hautes, sauf pour un item, le dernier « a16 je sais plus ou moins de quoi il s'agit mais c'est difficile à expliquer ».

14.1.1.4. La santé mentale selon les âges

Quant aux concepts de santé mentale, l'âge des groupes n'est pas significatif. De temps à autre, nous retrouvons des situations où l'âge fonctionne comme un facteur d'interaction. Souvent, on retrouve les moyennes les plus élevées, cf. a6 et a16, chez les plus jeunes.

14.1.2. La maladie mentale

Les résultats de la recherche quantitative nous permettent d'observer que le concept de maladie mentale correspond, pour les adolescents et pour leurs parents, à « Bk31 quelque chose de sérieux ». Dans les deux cas, la moyenne de cet item se distancie de manière fortement significative de la moyenne de l'item suivant ($p\leq.000$ ***). Cela signifie que cet item se

différencie des autres et prend clairement la première place. Il est aussi frappant d'observer que pour les deux générations, l'item « Bk33 quelque chose qu'on a depuis la naissance » est le moins associé au concept de maladie mentale.

Le deuxième item associé par les adolescents au concept de maladie mentale est celui qui fait référence au concept de localisation « Bk21 qu'il y a quelque chose qui ne marche pas bien dans la tête »; pour les parents, ce même item est seulement en 6^{ème} position. Pour les adolescents, les problèmes et le stress sont aussi liés à la maladie mentale. C'est peut-être à cause d'un lien étymologique qu'ils associent le stress et les problèmes, qui pourraient en être la cause, à la maladie mentale. Les parents, eux, voient dans la maladie mentale un facteur qui rend la vie difficile et empêche de bien vivre son quotidien.

Les données qualitatives ajoutent du sens et de l'information aux résultats que nous venons de décrire et confirment : la **localisation** reste pour les adolescents le meilleur moyen de définir la maladie mentale : « *c'est pas avoir la tête juste* » (Fille, suisse romande), « *la maladie physique c'est le corps, la maladie mentale c'est la tête* » (Fille, suisse romande), « *Qu'on a un défaut au cerveau, peut-être.* » (Fille, suisse romande), « *Wenn man im Kopf nicht mehr ganz drauskommt und einfach irgend etwas macht.* » (Garçon, suisse allemand). Les adolescents, en plus de localiser la maladie mentale dans la tête, pensent que celle-ci est à l'origine des problèmes liés à la **pensée**... « *Si on n'est pas bien dans le cerveau, on a eu un malaise, si des fois on a trop réfléchi, on peut avoir des trucs dans le cerveau, ceux qui sont tombés dans les pommes* » (Garçon suisse romand), « *Wenn man etwas schnell vergisst. Wenn man etwas, was man gesagt hat immer wieder wiederholt und es nicht merkt.* » (Garçon suisse alémanique).

Quand les adolescents abordent le thème de la maladie mentale, ils font souvent référence à des **maladies** très concrètes, à une série d'idées préconçues ou symptômes qui n'expliquent pas nécessairement ce qu'est la maladie mentale. Ils énumèrent tout simplement des maladies : « *la dépression, je vois la dépression, autrement les handicapés mentaux, des choses comme ça.* » (Fille, suisse romande), « *Traumatisme crânien, cancer au cerveau* » (Garçon, suisse romand), « *Par exemple quand on a plusieurs personnalités* » (Fille, suisse romande). Voici quelques exemples de réponses donnés par des parents : « *Il y a des névroses, des schizophrénies, des dépressions, troubles de personnalité...* » (Mère suisse romande), « *La maladie mentale psychique c'est... je ne suis pas psychologue ni psychanalyste, mais je pense que ça se traduit par des troubles du comportement, des angoisses* » (Père suisse romand), « *Depression, kommt mir spontan in den Sinn, Verstimmungen als eine Vorstufe von Depression, da gibt es sicher noch*

viele, oder Schizophrenie, all diese Bereiche die mit der Psyche zu tun haben, Psychosen » (Mère suisse alémanique).

Une autre catégorie pour expliquer la maladie mentale, souvent nommée par les adolescents et non pas par les adultes, est l'idée d'un **éloignement de la norme** « *On n'est pas comme les autres gens, des fois il y a des gens qui naissent comme cela, différents des autres. Comment tu vois qu'ils sont différents des autres? Par exemple, il y a une dame qui fouille toujours dans les poubelles, elle n'est pas comme les autres dames.* » (Garçon suisse romand), « *Wenn etwas nicht richtig ist an dir.* » (Fille suisse romande).

Les parents expliquent comment ils s'aperçoivent de la maladie mentale « *La maladie mentale je la verrais à travers des comportements, comportements physiques, des gestes au dehors de l'ordinaire.* » (Mère suisse romande), « *Ci sono dei comportamenti, che si dice questo qua è un po' matto. Malato o non malato lo lascio agli specialisti.* » (Père tessinois)

14.1.2.1. La maladie mentale selon les régions suisses

Pour les deux générations, le facteur d'influence le plus marquant est la Région autant pour le concept de santé que pour celui de maladie mentale. Résumons en disant que les Suisses allemands ont une vision de la maladie mentale plus liée aux sentiments et aux émotions négatives ; les Tessinois, et souvent aussi les Romands conceptualisent différemment la maladie mentale : ils la mettent plus par rapport à une norme et aussi au dérangement du fonctionnement de la vie quotidienne.

Chez les parents, c'est à nouveau le facteur Région qui marque les différences.

14.1.2.2. La maladie mentale selon les sexes

Entre les garçons et les filles, il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne les concepts de maladie mentale.

Pour les parents, les différences entre les mères et les pères ne sont pas non plus significatives.

14.1.2.3. La maladie mentale selon les expériences de traitement

L'expérience de traitement clinique n'est pas un facteur d'influence très fort. Uniquement dans trois items (Bk29 ; Bk18 et Bk20), nous observons une valeur significative entre les deux groupes.

14.1.2.4. La maladie mentale selon les âges

Pour le facteur d'influence Âge, il n'a pas de différences significatives entre les quatre groupes.

14.2. L'accès aux soins de santé mentale

Cette partie du chapitre présente un résumé des résultats des chapitres 10 et 11, qui portaient sur les stratégies de coping face à un problème de santé mentale ainsi que sur les éléments favorables et les barrières que l'on rencontre sur le chemin d'accès aux soins.

14.2.1. Les stratégies de coping face à un problème psychologique

Quant aux résultats quantitatifs, la stratégie choisie plus fréquemment par les adolescents qui pensent se trouver dans une situation de détresse psychologique est celle qui correspond à l'item « Ek48 J'essaie de me distraire et j'écoute de la musique ». Cette stratégie correspond à l'idée de « se distraire » ; elle est souvent citée dans la littérature (Skinner et al., 2003). Dans leur étude, Don Gorman, Mark Brough et Elvia Ramirez (2003), retrouvent le même résultat, la première stratégie d'action est la distraction. En deuxième position, sans présenter un effet significatif entre les moyennes, il y a l'item « Ek51 J'essaie de changer la situation ». Cette stratégie correspond dans la littérature à l'idée de « la résolution des problèmes ». De par leurs moyennes, ces deux stratégies se distancient de manière significative de la troisième, « Ek53 Je parle avec quelqu'un de mon problème », qui correspond à la première stratégie suggérée par les parents et fait référence à une recherche d'appui social.

Les adolescents ont des moyennes significativement plus élevées dans les items « Ek51 J'essaie de changer la situation. », « Ek50 Je pense que ce n'est pas si grave que ça. », « Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul. », « Ek49 Je vis avec. », « Ek58 Je ne cherche aucune aide. », « Ek52 J'attends que les autres viennent vers moi. », « Ek61 Je ne sais pas. » et « Ek60 Rien et personne ne peut m'aider. », qui correspondent à ceux qui composent les facteurs : « MI1 passivité » et « MI3 minimalisation ».

Les parents, en revanche, ont des moyennes significativement plus élevées dans les items « e53 Qu'il devrait parler avec quelqu'un de son problème. », « e56 D'essayer avec des remèdes, des médecines naturelles (du thé, etc.) », « e55 D'essayer avec la médecine alternative (homéopathie, acuponcture, etc.) » et « e57 Qu'il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler. » c'est-à-dire dans les facteurs « MI2 médicaments » et « MI5 parler avec quelqu'un ».

On peut donc conclure que les deux générations présentent de grandes divergences dans leur manière d'envisager les stratégies face à un problème de santé mentale.

Les stratégies de coping des adolescents et celles que les parents conseillent à leurs enfants coïncident sur le plan des résultats qualitatifs. Ceux-ci signalent des stratégies qui visent une recherche d'aide dans l'entourage du jeune. La catégorie **des rapports sociaux** est très ample.

Chez les adolescents, cela signifie souvent les parents : « *si je suis malade mentalement peut-être que j'irai chez mes parents* » (Fille, suisse romande), « *Zur meinem Mutter* » (Fille, suisse allemande). Ce peut être aussi une aide spirituelle, avoir recours à un prêtre ou à un ami : « *Mentalement ? L'aide des autres...ou d'un prêtre, de mon copain ou d'une amie* » (Garçon, suisse romande), « *Bei einem psychischen Problem würde ich schneller zu einer Kollegin gehen* » (Fille, suisse allemande). Peu importe avec qui, mais toujours quelqu'un capable de comprendre le jeune : « *Psichico. parlarne con qualcuno che mi capisce.* » (Garçon suisse italien).

Les parents manifestent la même nécessité de parler avec quelqu'un, ami ou collègue : « *Je vais parler avec d'autres personnes, d'autres amies... Plus chercher de l'exprimer avec d'autres personnes* » (Mère, suisse romande), « *Da würde ich das eher mit meinen Freunden besprechen* » (Père, suisse allemand).

14.2.1.1. Les stratégies de coping selon les régions

Parmi les adolescents, les différences régionales ne sont pas significatives. Elles l'étaient aux chapitres précédents, 9 et 10, sur la santé et la maladie mentale, en rapport avec les aspects que nous avons étudié.

Lorsqu'on regarde plus en détail les contrastes, on retrouve quelques valeurs significatives entre les régions. Dans l'item « Ek54 Je prends des médicaments », une différence entre les régions apparaît uniquement dans le groupe sans expérience de traitement, en particulier entre les D-CH et les F-CH ($p=.006$ **) ainsi qu'entre les F-CH et les I-CH ($p=.013$ *). Contrairement à ce que la littérature nous présente (OFS, ESS, 2002), les Suisses romands qui n'ont pas d'expérience de traitement affirment prendre moins de médicaments que les Suisses allemands et les Tessinois, et ceci de manière significative.

Dans le même item, il y a un contraste entre les groupes d'âge et les régions : les plus jeunes adolescents tessinois (groupe d'âge <14) disent prendre plus de médicaments que les romands ou les alémaniques, et de nouveau de manière significative. Dans le reste des groupes d'âge, les

comportements vis-à-vis des médicaments sont modérés et sans différences significatives entre les régions.

Pour les parents, un facteur d'influence important lors de l'analyse plurifactorielle multivariée, est la Région. Ces résultats sont confirmés par l'analyse univariée qui montre une valeur significative entre les trois régions dans 13 items sur 16 (les 3 items exclus : e57, e52 et e54).

Les parents tessinois ont un score significativement plus élevé que les autres parents suisses dans les facteurs « SA1 se distraire, attendre » et « SA4 minimalisation ». Face à un problème psychologique, ils conseillent davantage aux adolescents d'essayer de se distraire et de ne pas donner trop d'importance à leur état.

Par contre, dans le deuxième facteur, « SA2 passivité », les parents suisses alémaniques montrent une moyenne supérieure, avec une différence significative par rapport aux parents romands ou tessinois. La stratégie qu'ils conseillent à leurs enfants adolescents qui se trouvent face à un problème psychologique est de rester passifs.

14.2.1.2. Les stratégies de coping selon les sexes

A l'intérieur du groupe d'adolescents, les filles, plus que les garçons, affirment utiliser la stratégie de se distraire et d'attendre. Au même temps, elles semblent avoir une plus grande facilité à parler de leurs problèmes à des amis. Les garçons du même âge, eux, ont plus de peine à s'ouvrir. La littérature confirme cette observation : les filles font plus souvent recours à des stratégies de type "appui social" et "distraction" que les garçons (Donaldson et al., 2000), aussi bien dans l'enfance (Causey & Dubow, 1992) que dans l'adolescence (Hampel & Petermann, 2005).

Résumons en disant que les comportements des filles et des garçons, surtout en Suisse romande, sont assez divergents en ce qui concerne les stratégies d'action face à un problème de santé mentale.

Parmi les parents, les différences sont également assez marquées. Les mères conseillent de parler du problème psychologique avec quelqu'un de confiance et encouragent à essayer des remèdes, par exemple la médecine naturelle ; les pères, par contre, conseillent de prendre des médicaments ou affirment parfois ne pas savoir quoi dire à leur enfant.

En général, on peut dire que les pères conseillent davantage une attitude de minimalisation du problème, et cela de manière significativement plus marquée que les mères. Il est tout de même intéressant de constater que, dans l'item « e50 De penser que, enfin, ce n'est pas si grave que ça », - point central du facteur « SA4 minimalisation »-, il y a un contraste entre les facteurs

Sexe et Régions. Comme résultat de ce contraste on voit que bien qu'en général ce sont les pères qui ont des moyennes plus élevées, les mères tessinoises sont dans l'absolu celles qui ont la moyenne la plus élevée dans l'item de minimalisation.

14.2.1.3. Les stratégies de coping selon les expériences de traitement clinique

Les adolescents qui ont eu une expérience de traitement clinique sont précisément ceux qui adoptent des stratégies d'action plus dysfonctionnelles. Dans les deux items qui composent le premier facteur « SA1 passivité », on retrouve des différences significatives entre les deux groupes d'adolescents, ceux qui ont et ceux qui n'ont pas eu d'expérience clinique : « Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul. » et « Ek60 Rien et personne ne peut m'aider. ». Ces résultats sont confirmés par la littérature (Seiffge-Krenke, 1998).

Les adolescents qui ont eu une expérience de traitement montrent aussi une moyenne significativement plus élevée dans l'item « Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler. »

Pour les parents, il n'y a pas d'effets significatifs ni au niveau des items ni au niveau des facteurs, entre ceux qui ont eu une expérience de traitement clinique pour l'un de leurs enfants et ceux qui n'en ont pas eu.

14.2.1.4. Les stratégies de coping selon les âges

Pour le facteur Âge, on ne retrouve pas non plus de grandes différences pour ce qui est des stratégies d'action. Les deux items « Ek54 Je prend des médicaments. » et « Ek57 Il y a des numéros de téléphone qu'on peut appeler. » reproduisent un schéma semblable : les adolescents plus jeunes ont des moyennes plus élevées et celles-ci descendent avec l'âge. On voit comment les plus jeunes ont des stratégies plus liées à l'action : prendre des médicaments, demander de l'aide au téléphone.

Par contre, dans l'item « Ek59 Je m'isole, je veux rester tout seul. », il est intéressant d'observer une évolution jusqu'à l'âge de 15-15,99 ; par la suite on assiste à une régression qui se rapproche des stratégies des plus jeunes. Ce résultat coïncide avec celui que l'on retrouve dans le facteur "SA1 passivité". Il montre aussi une progression significative avec l'âge jusqu'au 15-16 ans et ensuite une baisse de la moyenne.

En somme, même si les différences ne sont pas très grandes, on observe des comportements assez divergents entre les différents groupes d'âge : les plus jeunes choisissent d'agir lorsqu'ils

sont confrontés à un problème d'ordre psychologique ; vers 15-16 ans il y a plutôt une tendance à rester passif, à s'isoler. Passé l'âge des 16 ans, on revient parfois à des conduites plus actives.

14.2.2. Les éléments favorables et les barrières dans l'accès aux soins

Dans l'accès aux soins en santé mentale, les adolescents et leurs familles rencontrent aussi bien des éléments positifs - aspects qui facilitent l'accès aux soins - que négatifs - obstacles et barrières qui rendent difficiles les démarches.

Ces deux aspects sont souvent issus de l'expérience vécue en première personne, dans le système des soins. Ils sont parfois le fruit de préjugés ou d'ignorance. La santé mentale est encore, de nos jours, un domaine méconnu et, pour la plupart des familles, insaisissable.

La variété de facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'accès aux soins est considérable. Dans la mesure où l'on prend conscience de leur existence et de leur nature, il est plus facile des les prévenir ou éliminer – dans le cas des obstacles - ou alors, de les soutenir et encourager quand il s'agit d'éléments favorables. Ces derniers sont extrêmement importants, surtout à l'adolescence. L'expérience acquise à cet âge décisif modèlera les habitudes et les jugements ultérieurs quant à l'efficacité des soins. Un jeune qui fait une première expérience positive aura plus de facilité pour accéder aux soins de santé mentale dans le futur, lorsque d'autres problèmes psychologiques plus graves se présenteront dans sa vie (Department of Health, 2004).

14.2.2.a. Les éléments favorables

Les résultats présentés ci-dessous portent uniquement sur les données qualitatives. Les éléments qui favorisent l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale font souvent référence aux rapports humains qui s'établissent avec les professionnels : le **dialogue**, le **certitude de savoir écouter** « *posso esprimere la mia opinione, mi sento ascoltata* » (Fille suisse italienne), **l'empathie et la confiance** « *Là je suis beaucoup plus basée sur la confiance, c'est fondamental* » (Mère suisse romande).

Les personnes questionnées expriment le besoin **d'aborder au plus vite les difficultés au moyen d'une aide professionnelle**, l'urgence de faire recours à une personne qui sache **écouter l'enfant et le comprendre** : voilà le souhait d'une mère romande pour son enfant.

La confiance dans **l'efficacité d'une aide professionnelle** (Wright, 2005), ainsi qu'une expérience positive restent en mémoire : ce sont autant d'éléments favorables dans le futur. Citons d'autres facteurs positifs : la transparence et la clarté dans les rapports professionnels : recevoir un diagnostic clair, avoir une ligne de traitement explicite, dans laquelle le patient se sent impliqué.

Un autre élément clé dans l'accès aux soins est **l'acceptation de la maladie et d'une aide professionnelle** : ces deux pas doivent être faits par le jeune lui-même. Voici le témoignage d'un père suisse romand : « (...)tout dépendait de sa volonté, ce sont des choses qu'on nous a dites dès le départ, mais que nous avions de la peine à accepter ; effectivement c'est le jeune qui doit se prendre en main pour décider, pour demander de l'aide, mais en tant que parents c'est toujours difficile à accepter. » (Père suisse romand)

Pour les adolescents, un élément qui joue un rôle déterminant est **l'espoir de s'en sortir**. Quand on leur demande s'ils accepteraient une aide psychologique, la plupart répond "oui" dans l'espoir d'aller mieux : « *Oui, pour m'en sortir un jour, parce que je ne voudrais pas rester à vie avec un problème dans la tête. Comment tu imagines cette aide ? Je serais dans une salle avec un psychologue ou un psychiatre et puis il va me parler ou me faire des tests, et je devrais aller le voir plusieurs fois par semaine. Et comment tu aimerais que ça soit, que ça se passe ? Que ça se passe bien.* » (Garçons suisse romand,).

C'est souvent le **médecin de famille** ou le **pédiatre** - des personnes de confiance et des points de référence pour les parents - qui facilitent l'accès à un professionnel de la santé mentale : « *d'abord le pédiatre, c'était celui qui m'était plus proche et puis c'est le pédiatre qui m'a guidée en fait, c'est comme ça que je suis arrivée chez le pédopsychiatre* » (Mère suisse romande, 3 07 3) ; « *unser Hausarzt hat uns an die Jugendpsychiatrie verwiesen, die Nummern und so* » (Père suisse alémanique)

La littérature parle souvent des facteurs exposés ci-dessus. Il faut ajouter un élément décisif : la **confidentialité**. Les adolescents accordent une extrême importance à la confidentialité dans la relation patient-médecin (Freake, Barley and Kent, 2006). Peut être n'avons-nous pas rencontré cet élément car il s'agit d'un acquis, d'un facteur présent dans les institutions qui ont collaboré à notre projet, comme par exemple l'UMSA.

14.2.2.b. Les barrières

Parmi toutes les barrières que nous avons rencontrées sur le chemin de l'accès aux soins de santé mentale, quelques-unes sont communes aux adolescents et à leurs parents. D'autres sont plus spécifiques à une génération ou à une autre. Je commence par les barrières spécifiques aux adolescents, ensuite je regarde celles qui sont communes aux deux générations et je termine par les barrières propres aux parents.

Les plus communes chez les adolescents sont la **stigmatisation** et les **préjugés** vis-à-vis de la maladie mentale et des systèmes de soins. Cette barrière est non seulement présente dans les entretiens, mais aussi dans le questionnaire, représenté par les deux items «Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre.» et «Gk80 Il ne veut pas que ses camarades se moquent de lui. ».

Chez les adolescents, les **concepts très négatifs** ou même fatalistes sur la **maladie mentale** constituent de sérieuses barrières car ils ne laissent pas entrevoir de solution en cas de malaise ou de dérèglement « *Wenn das ein Wissenschaftler nicht erklären kann, wenn er sagt, das ist mir zu hoch und wenn dann so Wunderheilmittel kommen, dann ist das meistens eine psychische Krankheit.* » (Fille suisse allemande), « *mais maladie mentale, on n'est pas vraiment normaux parce qu'on a un défaut en nous.* » (Garçons suisse romand).

Une autre barrière spécifique aux adolescents est celle de **s'aider soi-même** (self-help), qui revient à dire "je n'ai pas besoin d'aide", "je me suffis à moi-même". Elle est très présente dans les entretiens, de manière moins prégnante dans le questionnaire. L'item du questionnaire est « Gk86 Il pense que, pour les problèmes mentaux/ psychologiques, on doit s'aider soi-même. ». À la question de savoir s'il chercherait une aide en cas de problème de santé mentale, un garçon répond: « *Non, je ne crois pas, je m'aiderais moi-même.* » (Garçon suisse romand).

On retrouve aussi chez les adolescents le refus d'accepter aussi bien la maladie que l'aide correspondante. Dans le questionnaire, cette barrière de **non acceptation de l'aide** s'exprime par l'item « Gk91 Il trouve qu'il n'a pas besoin d'aide », qui est le troisième par ordre d'importance. Pour les parents, il est en quatrième position. Dans la recherche qualitative, cette barrière est fort présente et elle est décrite par les parents comme étant un mur difficile à franchir ! « *Elle n'acceptait pas de rencontrer le psychologue. Elle n'était pas du tout contente d'aller chez la psychologue scolaire après l'école. Elle ne comprenait pas ses difficultés.* » (Mère suisse romande). Suivant les adolescents, elle peut être le résultat d'une expérience de rejet du système sanitaire et des professionnels qui y travaillent.

Une dernière barrière qui touche aussi bien les adolescents que leurs parents est la **difficulté à se rendre compte** qu'il y a un problème de type psychologique, chez soi ou chez les autres.... Il

est moins évident qu'un problème physique : c'est la conclusion à laquelle arrivent des gens de tout âge.

Ces barrières sont documentées dans la plupart des études à ce sujet : la stigmatisation, penser pouvoir s'en sortir tout seul, la négation de toute aide et penser que personne ne peut aider dans une situation de détresse psychologique (Rickwood et Deane, 2007; Gould et Velting, 2004 ; Wilson et Deane, 2005).

Pour les parents, des barrières importantes concernent souvent la relation décevante qu'ils ont eue avec des **professionnels de la santé mentale**... « *Discuter avec un psychologue ou un psychiatre ; le problème c'est que quand on parle avec ces docteurs, ils nous écoutent, mais ils ne répondent pas à nos questions. Ils ne font qu'écouter et prendre des notes. On n'a pas de réponse.* » (Mère suisse romande) ; « *Lo psichiatra, io non vorrei essere proprio molto cattiva, ma sono rimasta delusa, delusa in maniera.., non ha capito niente di niente questo.* » (Mère suisse italienne) .

Une dernière barrière est celle qui s'est construite à partir des impressions négatives lors d'un **parcours thérapeutique** considéré comme insatisfaisant par les personnes qui l'ont subi.

14.2.2.1. Les barrières dans l'accès aux soins selon les régions

Le facteur Région présente des effets significatifs dans cinq items, deux desquels (« Gk79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre. » et « Gk82 Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/ clinique psychiatrique ou dans un foyer. ») composent le troisième facteur « BAR3 normalité, stigmatisation, peur d'exclusion » ; celui-ci présente aussi la Région comme un facteur d'influence principal. Les Suisses allemands ont, en général, des scores plus élevés avec une différence significative par rapport aux Tessinois et aux Romands. Les Suisses romands se trouvent moins sujets à la barrière des préjugés et de la stigmatisation.

En règle générale, ce sont toujours les Suisses allemands qui présentent le plus grand nombre de barrières, quand il s'agit de différences par rapport à la région. Les Romands, par contre, ont les moyennes les plus basses. En général, les adolescents tessinois ont un comportement qui ressemble plus aux alémaniques qu'aux romands.

En ce qui concerne les résultats des parents, les réponses concernant les barrières sont à lire de la manière suivante : elles font référence aux projections des parents vis-à-vis de leurs enfants, il s'agit des barrières que les parents pensent qu'auraient les adolescents dans le chemin vers l'accès aux soins de santé mentale. Pour nous, il s'agit de savoir si l'avis des parents coïncide avec les informations que les adolescents viennent de nous fournir.

Le facteur Région a une forte influence : 10 items sur 17 ont un effet significatif dans ce facteur. Face à l'accès des soins en santé mentale, les parents tessinois attribuent à leurs enfants moins de barrières que les adolescents eux-mêmes déclarent en avoir. En revanche, les parents romands en attribuent davantage. Ce sont les parents suisses allemands qui arrivent mieux à estimer le comportement en termes de barrières présentes chez les adolescents. Il s'agit du groupe qui présente le plus grand nombre de barrières en comparaison avec les autres régions linguistiques.

14.2.2.2. Les barrières dans l'accès aux soins selon les sexes

Les filles disent avoir davantage de barrières que les garçons au moment de l'accès aux soins. C'est apparemment elles qui ont le plus de peine ($p=.011^*$) à savoir où trouver de l'aide et qui est la personne compétente quand elles sont confrontées à un problème d'ordre psychologique. Les garçons de leur côté ont une tendance à penser que les problèmes mentaux/psychologiques doivent être résolus en famille, et ceci de manière significativement différente par rapport aux filles ($p=.004^{**}$).

Ces résultats sont confirmés au niveau des composantes principales. En effet, dans la première « BAR2 aucune aide » on trouve les filles avec une moyenne significativement plus élevée que les garçons ; contrairement au facteur « BAR4 famille » qui, cette fois-ci, montre les garçons ayant une moyenne plus élevée que les filles. Dans ce cas, la famille, vue comme un refuge, peut empêcher l'accès aux soins en matière de santé mentale. Ce résultat est confirmé par la littérature : les garçons ont plus tendance que les filles à chercher une aide informelle pour résoudre des problèmes psychologiques, voire, par exemple la famille (Landsverk, 1994).

Pour les parents, la différence de sexe est présente dans 4 items, un pour chaque composante principale ; dans les 4 ce sont toujours les mères qui ont la moyenne la plus élevée. Les items sont : « g77 Il ne sait pas ce que le psychologue/ psychiatre lui fera » ; « g92 Il ne sait pas où trouver de l'aide et qui est la personne compétente. » ; « g88 Il pense que la thérapie va durer trop longtemps. » et « g84 Il pense que ses parents ne veulent pas qu'il aille voir un psychologue/psychiatre. ».

14.2.2.3. Les barrières dans l'accès aux soins selon l'expérience de traitement clinique

Parmi les adolescents, ceux qui n'ont jamais eu d'expérience de traitement clinique signalent une barrière dans l'item « Gk85 Il pense que les problèmes mentaux/ psychologiques doivent être résolus en famille. » Ne connaissant pas le système de soins en matière de santé mentale, ils ne

pensent pas que cela pourrait les aider lors d'un problème psychologique. La littérature confirme ce résultat : les jeunes n'ayant jamais eu d'expérience de traitement clinique ont une prédisposition négative concernant les aides qui sont proposées (Ciarrochi, & Deane, 2001; Kuhl, Jarkon & Morrissey, 1997).

Les adolescents qui ont déjà eu une expérience de traitement clinique montrent une moyenne significativement plus élevée dans les items « Gk83 Il pense en effet que ce sont ses parents qui sont responsables du problème et ont besoin d'aide. » et « Gk87 Il croit que ses problèmes mentaux/ psychologiques sont normaux dans sa famille. » Ces deux items concernent la famille des adolescents à problèmes. Ils décrivent la perception que ces jeunes ont de leur famille et en particulier de leurs parents. Ils les considèrent responsables de leur problème. Dans la littérature existante, plusieurs études démontrent qu'une souffrance psychologique à l'âge de l'adolescence est un phénomène plus fréquent lorsque l'un des parents souffre d'un trouble psychologique. (Cummings, 1995; Gotlib & Avison, 1993; Rutter, 1999; Warner, Weissman & Fendrich, 1992).

En général, on retrouve une plus grande variance « intra-groupe » entre les adolescents ayant déjà eu une expérience de traitement et ceux qui n'en ont pas eue.

Du côté des parents, les résultats des analyses montrent que ceux qui n'ont jamais eu une expérience de traitement avec l'un de leurs fils sont plus sujets aux barrières de la stigmatisation et à la peur de l'exclusion dans le chemin d'accès aux soins, que les parents qui ont déjà eu accès aux soins au moins une fois avec un de leurs enfants.

14.2.2.4. Les barrières dans l'accès aux soins selon l'âge

Les barrières changent selon l'âge et les différences peuvent présenter des effets significatifs.

Les plus jeunes (<14 ans) sont confrontés à une barrière liée à la peur de devoir changer d'école à cause des conseils du psychologue ou du psychiatre. Elle est représentée par l'item Gk82 « Il a peur de devoir aller ensuite dans un hôpital/ clinique psychiatrique ou dans un foyer. ». Dans le quatrième facteur « BAR4 famille », ils voient la famille comme un élément qui peut empêcher l'accès aux soins de santé mentale.

Au fur et à mesure qu'on avance dans l'âge, on voit les moyennes augmenter dans les deux facteurs : « BAR2 aucune aide » et « BAR3 normalité, stigma, peur d'exclusion ». La différence entre les plus jeunes et les autres adolescents est significative. Les adolescents plus jeunes ressentent beaucoup moins la barrière de se sentir autosuffisants, n'ayant pas besoin d'aide.

L'item « g79 Il pense que seuls les fous vont chez le psychologue/psychiatre » présente aussi une courbe croissante avec l'âge. Ces données nous parlent d'une stigmatisation moins forte lorsque les adolescents sont plus jeunes.

Plusieurs études confirment ces résultats. Par exemple, dans une étude faite en Australie, lorsqu'on demande aux parents pourquoi les jeunes ne sollicitent pas d'aide, on retrouve cette réponse : l'aide n'est pas recherchée (BAR 2) par peur de l'exclusion et de la stigmatisation de la part des amis et de la famille. (Sawyer, Areny, Baghurst et al. 2000).

14.3. La culture familiale de la santé mentale

Jusqu'à présent, nous avons décrit les concepts, les stratégies d'action, les éléments favorables et les barrières qu'adolescents et adultes rencontrent sur le chemin de l'accès aux soins. Ce sont autant d'éléments qui configurent une culture de la santé mentale.

Ce dernier sous-chapitre résume les résultats obtenus autour de la question suivante : quels seraient les éléments qui permettent de créer une atmosphère familiale propice et favorable à la santé mentale?

Ici de nouveau, nous avons utilisé la double méthodologie : qualitative et quantitative. Signalons déjà que les résultats obtenus auprès des adolescents lors de la recherche quantitative coïncident avec ceux de la recherche qualitative. Cette parfaite coïncidence pèse très lourd au moment de questionner leur validité.

On retrouve par contre quelques divergences entre les générations et les régions culturelles.

Je présenterai le résumé en respectant l'ordre suivi jusqu'à maintenant.

14.3.1. La culture familiale de la santé mentale vue par les adolescents

Les entretiens et le questionnaire auxquels ont répondu les adolescents nous fournissent les éléments qui servent à construire une ambiance favorable à la santé mentale, au sein de la famille. Voici le tableau qui représente la correspondance entre les résultats qualitatifs et quantitatifs issus de la recherche. Nous y trouvons les catégories les plus fréquentes de l'analyse qualitative et les items quantitatifs avec les moyennes les plus élevées.

Tableau 14.1 : cf. Tableau 13.2 : Correspondance entre les premiers 5 items de l'analyse quantitative et les 5 catégories les plus fréquentes de l'analyse qualitative de la culture familiale de la santé mentale.

Catégories qualitatives	Fréquence	Items quantitatifs	Rang des moyennes
<i>dialogue_parler_écouter</i>	281	fc3 Avoir une communication agréable en famille.	3
<i>aimer_se sentir aimé</i>	151	fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est.	1
<i>joie_heureux_rigoler</i>	149	fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille.	4
<i>unité</i>	130	fc6 Unité/entente entre les parents.	5
<i>confiance_sincérité</i>	127	fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille.	2

Le **dialogue** en famille, pouvoir **parler et écouter** librement, voici la catégorie la plus nommée lors des entretiens avec les adolescents et les parents. Le premier item du questionnaire, celui auquel les adolescents ont attribué le plus de points, est « fc2 **se sentir accepté/aimé** tel qu'on est. ». Dans un contexte familial, nous sommes en présence d'un élément décisif pour pouvoir s'épanouir et être en harmonie mentale avec les autres. Il coïncide d'ailleurs avec la deuxième catégorie la plus fréquemment citée dans les entretiens. Ensuite, on trouve des éléments comme la **confiance** ; l'unité, la cohésion entre les parents et les membres de la famille ; et l'**humour** : rigoler ensemble, se montrer content, dédramatiser les situations.

Ces données sont confirmées par l'Association Américaine des pédiatres (2003) dans le rapport intitulé « Report of the Task Force of the Family ». Récemment, Youngblade et ses collègues (2007) ont écrit un article dans lequel ils présentent les éléments importants pour un développement sain de la jeunesse. Lorsqu'ils abordent le contexte familial, voilà ce qu'ils disent : « *With respect to promotive factors in the family context, family engagement, closeness, communication, and parental healthy role modeling were significantly related to adolescent social competence, health-promoting behavior, and self-esteem, as well as less internalizing and externalizing behavior. Family closeness was related to fewer academic problems. Family communication, rules about television, and parents' own healthy behavior were related to adolescent health-promoting behavior.* » (s50). Dans le même article, lors de la discussion, ces éléments sont repris : « *First, consistent with research that demonstrates positive connections between positive characteristics of families and child outcomes, 38 family closeness, connection, communication, and engagement were related to both more positive outcomes, as well as less negative outcomes. Thus, "mundane" aspects of family life such as talking to one another, having dinner together, and knowing about the adolescents' friends seem to matter positively across multiple indicators of adolescent wellbeing.* » (s52).

14.3.1.1. La culture familiale de la santé mentale selon les générations

Les adolescents et leurs parents coïncident dans leurs évaluations des deux premiers items. Ils les considèrent comme les facteurs les plus importants pour maintenir un climat favorable à la santé mentale. Il s'agit de « fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est » et « fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille ».

Il y a, en revanche, un item qui semble être particulièrement important pour les parents et moins pour les adolescents : il s'agit de « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble. ».

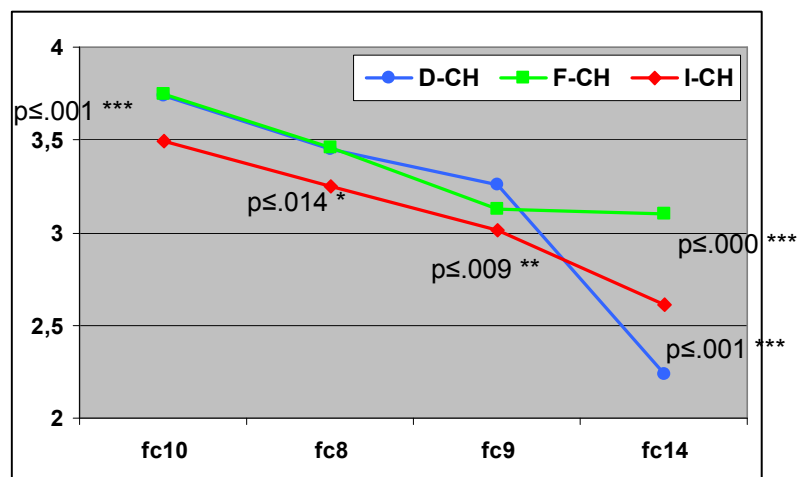
Les parents ont tendance à avoir des moyennes plus élevées que les adolescents à chaque item. Les différences des moyennes entre les deux groupes, à part l'item fc1, sont toujours hautement significatives.

Les adolescents, alors qu'ils traversent une phase de vie que l'on pourrait définir de "recherche de soi-même" et "d'ouverture vers le monde et de découverte des relations sociales", posent tout de même des jugements très adéquats et positifs sur la famille. Ils démontrent un grand attachement à la famille qui constitue pour eux une valeur irremplaçable. Leurs propos démontrent à quel point la famille reste pour eux un espace fortement lié à la santé psychique.

14.3.1.2. La culture familiale de la santé mentale selon les régions

Le premier facteur, la Région, contient les effets les plus significatifs. Dans les items suivants, le groupe d'adolescents tessinois a des moyennes plus basses que ceux des adolescents suisses alémaniques et romands : « fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille » ; « fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres » ; « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble » ; « fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies ».

Figure 14.2 : cf. Figure 13.16 : Comparaison entre les moyennes des quatre items qui ont un effet significatif avec la Région



Ces différences entre les trois cultures suisses pourraient être interprétées de la manière suivante : les Tessinois, sans aucun doute, diffèrent des Romands et des Alémaniques. Ce qui nous a motivés à tenter une comparaison internationale avec des adolescents italiens vient précisément de la constatation de ces différences régionales : les adolescents tessinois ressemblent-ils davantage aux adolescents italiens ou aux suisses ?

La comparaison avec l'Italie s'est faite sur la base de ces trois groupes culturels : suisse alémanique et romande, le Tessin et l'Italie. Les facteurs montrent que le premier a plus de différences significatives concernant les régions culturelles : « FC1 Coexistence, soutien, dialogue ». Mais les tessinois ont une différence statistiquement plus grande avec les adolescents italiens qu'avec les autres adolescents suisses.

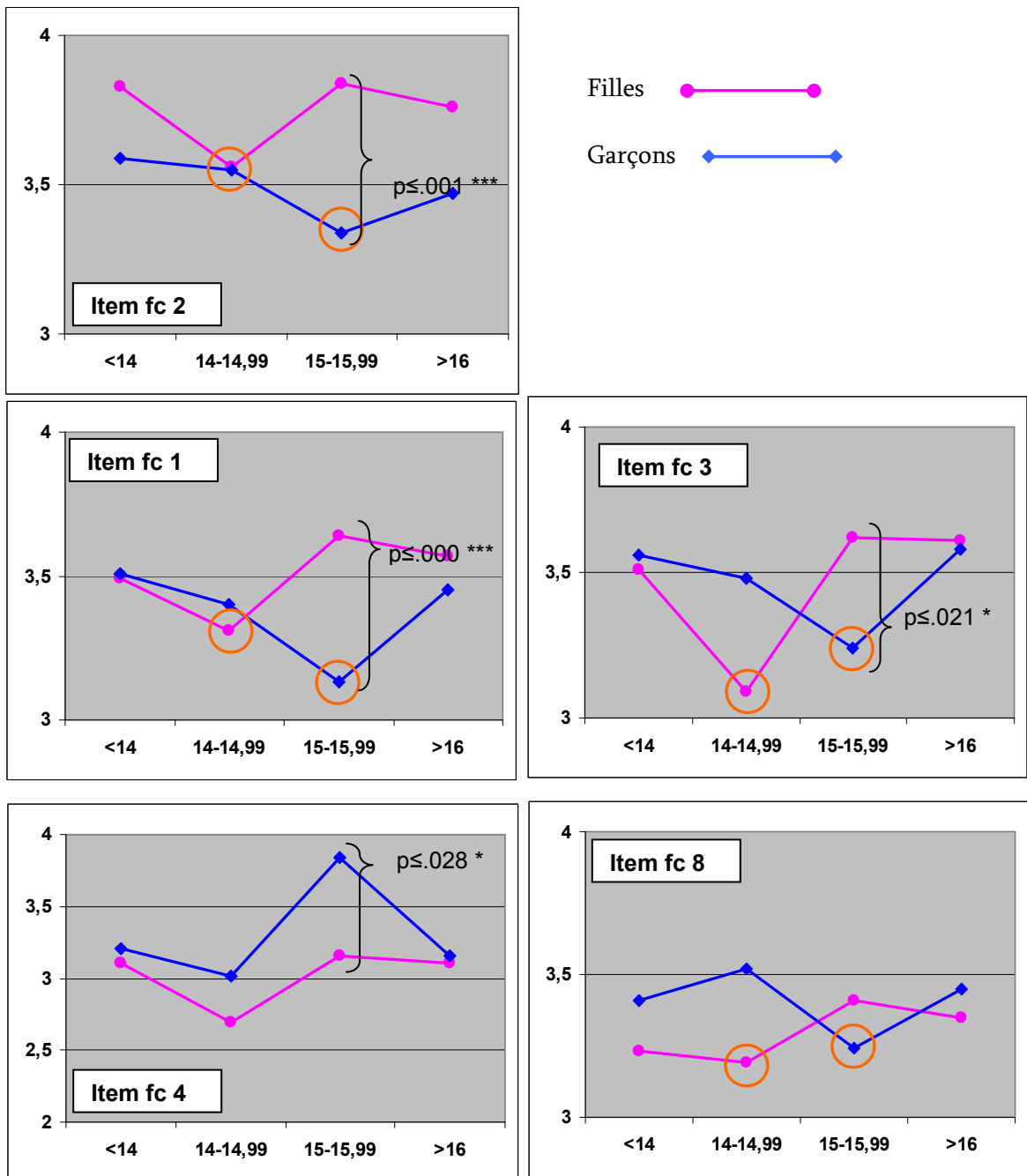
Au niveau des items et des facteurs, lorsque nous nous penchons sur l'effet qui opère dans les trois régions culturelles, nous nous apercevons que les tessinois se rapprochent plus des autres adolescents suisses que des adolescents italiens dans leur choix des éléments importants pour maintenir la santé mentale en famille.

14.3.1.3. La culture familiale de la santé mentale selon les sexes

Le facteur d'influence Sexe est le deuxième à montrer des effets significatifs importants. Les garçons ont des moyennes plus élevées que les filles dans les items qui se réfèrent à l'atmosphère familiale qui se construit autour du partage des repas, des difficultés et des loisirs ; ce sont tous des éléments qui favorisent la santé mentale en famille : « fc9 Partager les expériences et porter les poids ensemble » ; « fc11 Manger toute la famille ensemble » et « fc14 Passer ensemble du temps libre, avoir des hobbies ».

Un élément très intéressant apparaît quand on observe les interactions entre le Sexe et l'Âge des adolescents. Au total, il y a cinq items qui présentent ces interactions : « fc2 Se sentir accepté/aimé tel qu'on est. », « fc3 Avoir une communication agréable en famille. », « fc1 Être heureux et rendre heureuses les personnes de notre famille. », « fc8 Avoir de la compréhension les uns pour les autres. » et « fc4 Rendre les autres attentifs au bon côté des choses de la vie. ». Pour quatre d'entre eux (fc2, fc3, fc1 et fc8), il y a un décalage par rapport au sexe : la moyenne plus basse pour les filles correspond à l'âge de 14-14,99 et pour les garçons à l'âge 15-15,99 (à l'intérieur du cercle orange). Toujours dans quatre items sur cinq (fc2, fc3, fc1 et fc4), on retrouve une différence significative entre les moyennes des filles et des garçons dans la tranche d'âge de 15-15,99 ans (parenthèse avec la signification).

Figure 14.3 : cf. Figure 13.17 : Les cinq graphiques représentant les interactions entre Sexe et Âge des items fc2, fc1, fc3, fc8 et fc4



Ce résultat montre comment les garçons et les filles évaluent les mêmes choses de manière égale à des âges différentes.

14.3.1.4. La culture familiale de la santé mentale selon les âges

Dans les quatre items qui présentent un effet significatif de l'âge, « fc10 Avoir une atmosphère de confiance en famille » ; « fc7 Avoir des parents qui sont un point de référence » ; « fc12 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille » ; « fc13 Avoir des relations proches avec les membres de sa famille », on retrouve un schéma qui se répète : le groupe le plus jeune présente

habituellement la moyenne la plus élevée. La moyenne descend avec l'âge et remonte presque toujours chez les adolescents plus âgés.

14.4. Conclusion

En conclusion de ce travail de doctorat j'aimerais reprendre les questions de recherche qui nous ont accompagnés durant tout le processus d'investigation et essayer de donner une réponse:

Questions de recherche :

- a. Peut-on décrire une culture familiale de la santé mentale ?

Je pense que oui, nous avons essayé de le faire tout au long de cette thèse avec différentes méthodologies et différents instruments. Il s'agit d'un sujet vaste et complexe, nous avons juste commencé une exploration qui pourrait continuer...

- b. Les parents sont-ils conscients que la relation qu'ils ont avec leurs enfants et l'ambiance familiale a une répercussion sur la santé mentale ?

Je crois pouvoir affirmer aussi un oui mais de façon plus timide... il y a de la part des parents une conscience à ce sujet mais elle reste implicite. Avec les questions relatives à la culture familiale de la santé mentale, nous leur avons demandé un exercice d'explicitation et cela a donné lieu à des résultats très intéressants (cf. chapitre 13).

- c. Quelles sont les représentations de la santé mentale et la maladie mentale chez les adolescents ?

Cette question trouve sa réponse dans les chapitres 9 et 10, ainsi qu'un résumé au chapitre 14.

Avant de passer aux limites du travail de recherche, à la validité interne et externe et les perspectives futures, j'aimerais encore retourner à une réflexion qui était resté en suspend au chapitre 7. Lorsque j'ai présenté les questions de recherche et les hypothèses, j'ai lancé la réflexion suivante à laquelle j'aimerais porter une réponse :

J'écrivais... « *Tenant en compte le fondement théorique de ce travail de recherche nous nous attendons à des résultats allant dans le sens de trouver des cultures familiales de la santé mentale différentes selon les régions linguistiques suisses (cultures), selon les générations, selon les sexes et selon l'expérience ou l'absence d'expérience de traitement clinique dans le système de santé mentale, les barrières vont aussi être différentes car elles sont directement liées au type de culture familiale de santé mentale.* »

Et bien après avoir analysée les données et présentée tous les résultats je peux bien affirmer que les cultures familiale que nous avons trouvées sont très différentes, surtout en ce qui concerne les régions linguistiques suisses et les générations. Les facteurs du sexe et de l'expérience du traitement clinique ne montrent pas de si grandes différences au niveau des représentations de la santé mentale, mais plutôt au niveau des barrières et des stratégies d'action face à un problème de santé mentale.

Nous pouvons aussi ajouter que, bien que nous n'ayons pas pu vérifier directement le lien entre les cultures familiales et les barrières, pour certains aspects, en observant des différences au niveau de la culture familiale de la santé mentale, nous avons en même temps pu observer des différences au niveaux des barrières dans l'accès aux soins. Parfois, les éléments qui marquaient ces différences dans la définition de la culture familiale de la santé mentale étaient les éléments qui bloquaient l'accès aux soins (cf. représentations négatives de la santé mentale).

14.4.1. Limites du travail de recherche

Ce travail de recherche présente deux sortes de limites : celles qui ont surgi à l'imprévu, dues aux circonstances défavorables du moment (limites des circonstances) et celles imposées par les choix que nous avons dû faire tout au long du travail (limites des conséquences). Je commencerai par décrire les limites des conséquences, car elles dépendaient davantage de nous, en tant que chercheurs. Tout projet de recherche implique des choix et ceux-là ont des conséquences. Quelques-unes sont positives, d'autres négatives : ces dernières sont souvent des limites.

Le premier choix a été d'étudier les concepts relatifs à la santé mentale au sein des trois cultures suisses. Ce projet a naturellement impliqué un choix des cantons et de certaines villes à l'intérieur des cantons : ceci est sans doute discutable. De plus, les démarches bureaucratiques, l'approbation du projet par les commissions d'éthiques des quatre cantons qui ont participé à la recherche, les contacts avec les différents professionnels de la santé et des familles, la traduction du matériel expérimental dans les trois langues nationales, etc. a occupé une bonne partie de notre temps. Il y en a eu ensuite moins pour la récolte des données quantitatives dans chaque partie du pays, de sorte que l'étude aurait pu être plus étendue donc davantage représentative.

En ce qui concerne les limites des circonstances, nous n'avons pas pu réaliser l'étude quantitative dans le canton Vaud. En mars 2006, une décision des autorités politiques de

l'instruction publique du canton bloquait toutes les interventions et les recherches dans les écoles. Nous n'avons donc pas pu distribuer nos questionnaires dans les établissements de Lausanne et alentours. Nous avons voulu compenser et chercher plus d'adolescents dans le canton de Fribourg mais malheureusement les démarches ont pris plus de temps que prévu et la récolte des données a été effectuée tardivement ; cela explique que l'échantillon d'adolescents romands est très restreint et donc moins représentatif pour la Suisse romande (67 adolescents romands).

Une autre limite concerne la population dont il est question dans l'étude quantitative : le groupe des personnes ayant une expérience de traitement et celui des personnes n'en ayant pas sont de taille très différente : "sans expérience" 83%, "avec expérience" 17%. Les jeunes qui ont déjà eu une expérience de traitement participent difficilement à ce genre d'études. Pour les entretiens qualitatifs, moyennant un contact personnel, la motivation est encore possible, mais la plupart rejettent un questionnaire qui leur arrive de façon assez impersonnelle et qui porte sur la santé et la maladie mentale. Dans mes contacts personnels avec les adolescents de ce groupe j'ai détecté une grande saturation, un état de fatigue et de méfiance à ce sujet.

Les limites de l'étude ici énoncées ont bien sûr une répercussion sur la validité interne et externe de l'étude. Je vais présenter ces deux aspects plus en détail.

14.4.2. Validité interne

La validité interne est un indice qui permet une appréciation de la valeur d'une recherche et donc d'évaluer la fiabilité ou la certitude de ses conclusions. L'évaluation est faite à partir des conclusions qu'on tire de l'analyse statistique de l'échantillon, c'est-à-dire des sujets de la recherche, et non à l'ensemble de la population à l'étude.

En ce qui concerne cette thèse, je pense pouvoir affirmer de manière générale que la validité interne est élevée et cela pour différentes raisons. La première dérive de la double méthodologie : qualitative et quantitative. Apparemment, la méthodologie qualitative est constituée de données de « première main », les interviews, donc de données qui ont une validité interne immédiate (Baumard, 1998). Pour augmenter la validité interne, en évitant le changement des données qualitatives lors de la transcription des entretiens, nous avons procédé de la manière suivante : la personne qui a transcrit l'interview n'était jamais la personne qui faisait l'interview, mais une autre personne. En ce qui concerne les interviews, nous avons essayé de soigner dans la mesure du possible le lien culturel, c'est-à-dire : les interviews suisses allemandes ont été faites par une Suisseuse allemande, celles au Tessin par des Tessinois, etc.

Ceci pour éviter des biais culturels. La deuxième raison est validée par la manière dont nous avons essayé de contrôler les mesures en constituant des groupes équivalents à tous égards : autant de filles que des garçons ; autant d'adolescents jeunes (12 ans) qu'âgés (16 ans) ; venant autant de la ville que de la campagne. Seuls les groupes avec et sans expérience de traitement clinique étaient très différents, ce qui nous a enlevée de la fiabilité par rapport à cette hypothèse de recherche. La troisième raison qui augmente la validité interne de la recherche a été l'entraînement des personnes conduisant les entretiens et la standardisation des situations de passation de l'entretien. Nous avons rédigé un document (en allemand) avec toutes les indications permettant le contrôle de la situation expérimentale, surtout en ce qui concerne la phase qualitative. Le fait d'avoir fait des études pilotes pour vérifier que les instruments, interviews et questionnaires mesuraient bien ce qu'on attendait d'eux est un élément qui augmente la validité interne.

De manière plus spécifique, pour ce qui est de l'analyse qualitative, les résultats vont dans la lignée des résultats d'autres recherches (Armstrong, Hill and Secker, 1998), ce qui fait gagner en validité interne la recherche.

14.4.3. Validité externe

La validité externe est un indice qui permet d'évaluer la valeur de la recherche, et plus précisément d'évaluer la fiabilité de ses conclusions qui viennent de l'échantillon et qu'on souhaite généraliser à la population.

La validité externe de ce travail de recherche est moyenne. Elle est constituée en effet de quelques éléments qui lui donnent une bonne validité externe et d'autres qui la réduisent. Les éléments qui lui donnent une bonne validité externe sont la méthodologie choisie et le système de recrutement. Cette recherche a été construite sur la base d'une méthodologie mixte : qualitative et quantitative (cf. chapitre 8). Cette méthodologie se caractérise par l'exploration (approche qualitative) et la vérification (approche quantitative) (Baumard, 1998). Elle nous a permis d'explorer le terrain avec les entretiens semi structurés et ensuite de construire, sur la base des résultats qualitatifs, l'instrument standardisé quantitatif, le questionnaire. Ce processus nous a maintenus très proches des concepts et des idées des adolescents et des parents quant à la santé et la maladie mentale. Les données quantitatives ont confirmé en bonne partie les résultats qualitatifs, cet aspect augmente donc la validité du travail de recherche. Le recrutement de la population s'est fait de manière aléatoire et par strates, chaque sujet de chaque strate ayant été choisi au hasard. Cette procédure d'échantillonnage augmente la

validité externe. Le grand nombre des entretiens qualitatifs est aussi un élément qui augmente la validité externe de la phase qualitative, car le calcul des pourcentages des réponses s'est basé sur un bon nombre d'entretiens. Ce qui, par contre, a affaibli la validité de la recherche a été commenté dans les limites, c'est-à-dire, le nombre très restreint des adolescents romands ayant participé à la recherche ainsi que le nombre restreint de jeunes avec une expérience de traitement clinique. S'agissant d'une étude exploratoire, les résultats que nous avons trouvés sont à interpréter avec précaution et ne sont guère généralisables à l'ensemble de la population suisse.

14.4.4. Perspectives futures

Suite aux considérations précédentes, plusieurs idées pourraient être amorcées en guise de conclusion de cette thèse.

Un premier souhait serait de pouvoir améliorer cette recherche et la rendre vraiment représentative de la population suisse. Cela serait possible en augmentant le nombre des participants à la phase quantitative dans les trois régions culturelles en Suisse, surtout en Suisse romande.

Les suggestions qui suivent concernent de possibles mesures d'ordre politique au niveau de la promotion de la santé mentale en santé publique :

1. Développer une stratégie de promotion de la santé mentale, en tenant compte des différences culturelles dans les trois régions en Suisse : allemande, française et italienne.

Le résultat le plus frappant de ce travail de recherche est l'énorme diversité que nous avons rencontrée entre les trois régions linguistiques, aussi bien au niveau des concepts que des définitions de la santé et de la maladie mentale. Il en va de même pour les différentes barrières que les adolescents rencontrent dans l'accès aux soins. Cela nous permet de dire qu'une campagne de promotion de la santé mentale dans notre pays sera efficace dans la mesure où elle développera des stratégies de manière ascendante : commencer par les cantons pour arriver au niveau national. Cette réflexion est soutenue par une étude de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Zürich, réalisé par Wang et Schmid (2007).

2. Fournir aux enfants et aux adolescents des informations précises et concrètes sur la santé et à la maladie mentale, et ceci en milieu scolaire. (Wilson et Deane, 2001 ; Kelly et Jorm, 2007).

Cette mesure permettrait une meilleure connaissance du sujet et entraînerait deux conséquences directes :

- diminuer la stigmatisation sociale liée à la maladie mentale et aux personnes souffrant d'un trouble psychique ;
- aider les adolescents à mieux reconnaître des indices d'un trouble psychique en eux-mêmes ou chez leurs camarades ; cette reconnaissance est un pas préalable à une meilleure acceptation de la maladie.

3. Créer des structures spécialisées qui favorisent la santé des adolescents dans tous les cantons. (WHO, 2002 ; Tylee et Haller, 2007; Haller et Sanci, 2007; McGorry, 2007; McGorry et Tanti, 2007; James, 2007)

Ces structures sont déjà présentes dans quelques cantons (par ex. : Vaud : UMSA). L'adolescence est une phase clé dans la vie d'un homme ; le jeune développe et intériorise des comportements qui auront une portée décisive pour sa santé future. Des structures se spécialisant dans cette période de vie et des professionnels formés dans l'accueil des jeunes sont indispensables.

Les éléments favorables à l'accès aux soins, ainsi que les barrières énoncées plus haut par les adolescents eux mêmes, me permettent d'énumérer quelques caractéristiques que ces structures et ces professionnels ne devraient pas perdre de vue : l'écoute active et le dialogue bilatéral ; une grande empathie ; du tact et de la sensibilité dans la relation ; la capacité de créer un climat de confiance et de transparence ; la confidentialité.

4. Faire en sorte qu'une personne de référence accompagne de plus près les familles dans le système des soins en santé mentale ; réussir à ce que l'adolescent et les parents participent et collaborent davantage - si cela est nécessaire - aux décisions de prise en charge. (Leggatt, 2007).

5. Tenir informés les professionnels de la santé mentale, au sujet des concepts, des stratégies de coping, des éléments favorables et des barrières que les adolescents et les familles rencontrent dans l'accès aux soins.

Il est important que les professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé psychique soient plus conscients des peurs et des préjugés qui hantent souvent les personnes venant chercher de l'aide. Cette connaissance leur permettra d'établir avec leurs patients une communication plus efficace.

6. Revaloriser le rôle de la famille ; mettre en place des stratégies soulignant l'importance de créer une culture de la santé mentale positive et authentique.

Transmettre aux parents, (par les médias, par le médecin de famille, etc.) les connaissances nécessaires dans le domaine, de manière à les rendre capables de favoriser la santé mentale en famille et de construire une culture familiale de la santé mentale. Ces éléments se trouvent dans le chapitre 13. Rappelons les plus importants : le dialogue entre parents et enfants, le climat de confiance, l'amour inconditionnel envers chacun des enfants, la joie et le sens de l'humour.

Bibliographie

- Abella, A., Manzano, J. (2006). Child and adolescent psychic disorders: a major public health issue today. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 157, 29–34.
- Ackermann-Lieblich U., Paccaud F., Gutzwiller F., Therese Stutz Steiger, (2002). *Buts pour la santé en Suisse La santé pour tous au 21ème siècle*. (OMS Europe) Edité par la Société suisse de santé publique.
- Albert, I., & Trommsdorff, G. (2003). *Intergenerational transmission of family values*. Paper presented at the 11th European Conference on Developmental Psychology, Milan, Italy.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., Bell, K.L., & O'Connor, T.G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent–family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development*, 65, pp. 179–194.
- Alvira, R. (1998). *El lugar al que se vuelve*. Ed. EUNSA.
- American Academy of Pediatrics, (2003). Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111;1541-1571.
- Andersen R. M. (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, (1), 1-10
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., Costello, E. J., Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75–80.
- Apostolidis, T. (2006). Représentation sociales et Triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicología : Teoría y Pesquisa*, 22 (2), pp. 211-226.
- Armstrong, C., Hill, M. and Secker J. (1998). *Listening to Children*. Centre for the Child & Society, University of Glasgow. The Mental Health Foundation.
- Arqua, A. (1974). Hygiène et prévention médicale chez Ibnou Sina (Avicenne). Alger, SNED.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. Em M. Augé & C. Herzlich (Orgs.), *Le sens du mal*. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie (pp. 35-91). Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Baumard, P. et Ibert, J., (1998). Quelles approches avec quelles données ? Chapitre IV in : R.A. Thiétart (Ed), *Méthodologie de la recherche en gestion*, Nathan.
- Bell S. M. & Ainsworth M. D. (1972). Infant Crying and Maternal Responsiveness. *Child Development*, 43, (4), 1171-1190.
- Bellelli G. (1987), *La représentation sociale de la maladie mentale*, Naples : Liguori.

- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1980). Development of Children's Concepts of Illness. *Pediatrics*, 66 (6), 912-917.
- Bisig, B., et Gutzwiller, F., (1999). *Prestations de soins en Suisse: pléthore ou pénurie? L'influence du niveau social, de la région de résidence, de la nationalité, du sexe et du type d'assurance-maladie*. Problèmes de l'Etat social PNR 45.
- Bois, P. du (1983). *Union et division des suisses*. Lausanne : De l'Aire.
- Boyd, R. and Richerson, P. J. (1985). *Culture and the evolutionary process*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bovina, I. B. (2006). Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : force versus faiblesse. *Papers on Social Representations*, 15, 5.1-5.11.
- Bowlby, J. (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Briggs-Gowan, M. J., Horwitz, S. M., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M., Leaf, P. J. (2000). Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 841-849.
- Brown, A. S., Susser, E. S. (2002). In utero infection and adult schizophrenia. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 8:51-57
- Bryman, A. (1995) *Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration*. pp. 57-143. In J. Brannen (ed.) *Mixing Methods: Qualitative and quantitative research* Aldershot: Avebury.
- Bryman, A. (1995). *Quantity and Quality in Social Research*. London, Routledge.
- Bürgin, D., and Bettschart, W. (1999). Child and adolescents psychiatry in Switzerland. In H. Remschmidt et H. van Engeland (Hrsg), *Child and Adolescent Psychiatry*.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 511-518.
- Burns, B. J., Costello, E. J. and al. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff (Millwood)*, 14 (3), 147-59.
- Burton-Jeangros, C. (2001). *Cultures de santé dans les familles: rationalité face aux risques*, Thèse n. 520, Genève: Faculté de Sociologie.
- Campbell, J.D. (1975). Illness is a point of view: the development of children's concept of illness. *Child Development*, 46, 92-100,
- Campbell, S. B. (1995). Behaviour problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-49.
- Cardia-Vonèche, L., et Bastard, B. (1995). Préoccupation de santé et fonctionnement familial. *Science sociales et santé*, vol. 13, n.1.
- Cardol, M., Groenewegen, P. P., de Bakker, D. H., Spreeuwenberg, P., van Dijk, L. and van den Bosch, W. (2005). Shared help seeking behaviour within families: a retrospective cohort study. *BMJ*. 330; 882-890.

- Carlton, P. A., & Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23, 35-45.
- Caro, P. and Derevensky, J. (1991). Family-focused intervention model: implementation and research findings. *Topics in early childhood special education*, 11(3), pp. 66-80.
- Causey, D. L. & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 47-59.
- Charton L., Wanner P. (2001), Migrations internes et changements familiaux en Suisse. Analyse du module « mobilité » de l'enquête suisse sur la population active de 1998. Neuchâtel : OFS.
- Champion, L. A., Goodall, G. M., Rutter, M. (1995). Behavioural problems in children and stressors in early adult life: a 20-year follow-up of London school children. *Psychol Medicine*, 25, 231-46.
- Christensen, P. (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Social Science & Medicine*, 59, pp. 377-387.
- Ciarrochi, J. V. & Deane, F. P. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29(2), 233-246.
- Claveirole, A. (2003). Listening to children voices: challenges of research with adolescents mental health services users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, pp. 253-260.
- Cockburn, K. and Bernard, P. (2004). Child and Adolescents mental health within primary care: a study of general practitioners' perceptions. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 21-24.
- Commission Européenne (2005). Livre Vert Améliorer la santé mentale de la population: Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne. Communauté européenne.
- Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF), (2005). Reconnaître et promouvoir les prestations des familles. Lignes stratégiques 2010. Berne.
- Consiglio di Stato - Dipartimento della sanità e della socialità Bellinzona, settembre (2005). *Pianificazione socopsichiatrica cantonale 2005-2008*.
- Costello, E. J., Burns, B. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Dulcan, M., Brent, D. (1988). Service utilization and psychiatric diagnosis in pediatric primary care: the role of the gatekeeper. *Pediatrics*, 82, 435-440.
- Costello, E. J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6): 836-41.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E., Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effets of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 298-311.

- Costello, E. J., Egger, H., Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, (10), 972–986.
- Coverdale, J. H. (2006). A Research Agenda Concerning Depictions of Mental Illness in Children's Media. *Academic Psychiatry*, 30:83-87.
- Cresson, G. (1995). *Le travail domestique de santé, analyse sociologique*. L'Harmattan, coll. logiques sociales, 344p.
- Cummings, E. M. (1995). Security, emotionality, and parental depression: A commentary. *Developmental Psychology*, 31(3), 425-427.
- Currie, C. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents, No. 4, Copenhagen: WHO 2004*.
- De Rosa, A. S. (1987). The social representations of mental illness in children and adults: Current: *Issues in European Social Psychology*. Cambridge University Press.
- Deane, F. P. & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10(4) 45-59.
- Denham, S. A. (1999). The definition and practice of family health, *Journal of Family Nursing*, 5 (2), 133-159.
- Department of Health, (2004). National service framework for children, young people and maternity services : Core standards. London: DH Publications.
- Donaldson, D., Prinstein, M. J., Danovsky, M. & Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry.*, 70(3), 351-359.
- Dulcan, M. K., Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Brent, D., Janiszewski, S. (1990). The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: do parents' concerns open the gate? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29, 453-458.
- Durkheim, É. (1967). Représentations individuelles et représentations collectives. In *Sociologie et Philosophie*, Collection Le Sociologue, Paris : Presses universitaires de France, 1-38.
- Ehrenberg, A. et Lowell, A. M. (2001). *La maladie mentale en mutation: Psychiatrie et société*. 311p. Ed. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Revue Esprit*, Paris, 304, 133-156.
- Etheridge, K., Yarrow, L. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 125-128.
- Field, A. P. (2005). *Discovering statistics using SPSS (second edition)*. London: Sage.
- Flick, U. (Org) (1991). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris: l'Harmattan.

- Flick, U., (1998). *Wann fühlen wir uns gesund ? Subjective vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Flick, U. (2000). Qualitative Inquiries into social representations of health. *Journal of Health Psychology*, 5 (3), pp. 315-324.
- Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness, *Papers on social representations*, 10, 3.1-3.18.
- Freake, Barley and Kent, (2006) Journal of adolescent, Adolescents view of helping professionals : a review of the literature.
- Galli, I. et Fasanelli, R., (1995). Health and illness : a contribution to the research in the field of the social representations. Paper on social representations. 4, 1-13.
- Georgas, J., Mylonas, K., Bafiti, T., Christakopoulou, S., Poortinga, Y. H., Kagitçibasi, E., Orung, S., Sunar, D., Kwak, K., Ataca, B., Berry, J. W., Charalambous, N., Goodwin, R., Wang, W.-Z., Angleitner, A., Stepanikova, I., Pick, S., Givaudan, M., Zhuravliova-Gionis, I., Konantambigi, R., Gelfand, M. J., Velislava, M., McBride-Chang, M., & Kodiç, Y. (2001). Functional Relationships in the nuclear and extended family: A 16 culture study. *International Journal of Psychology*, 36, pp. 289-300.
- Georgas, J., Berry, J. W., van de Vijver, F. J. R., Kagitçibasi, C. and Poortinga, Y. H. (2006). *Families across cultures : A 30-Nation psychological study*. Cambridge University Press.
- Gilgun, J.F., Daly K., Handel G, (1992). *Qualitative Methods in Family Research*. Sage Publications.
- Glascoc, F. P., and Dworkin, P. H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*. Vol.95, no.6 june.
- Gonzalez, J. M., Alegria M., Prihoda T. J., (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology*, Vol. 33, No. 5, 611–629.
- Gorman, D., Brough, M., Ramirez, E., (2003). How young people from culturally and linguistically diverse backgrounds experience mental health: Some insights for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12 (3), 194–202.
- Gotlib, I. H. & Avison, W. R. (1993). *Children at risk for psychopathology*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., et al. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behaviour for suicidality. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 1124-1133.
- Gratitot-Alphandery, H. et Zazzo, R. (1970). *Traité de psychologie de l'enfant. Tome 1. Histoire et généralités*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Grotevant, H.D., & Cooper, C.R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development*, 56, 415–428.

- Grusec, J. E. & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30, 4-19.
- Haemmerle, P., (2008). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz – Ist-Zustand und Perspektiven. MPH – Master-Thesis.
- Haeven, P. C. L., (1996). Adolescent health: the role of individual differences. London, Routledge.
- Haller, D. M., Sanci, L. A., Patton, G. C. and Sawyer, S. M., (2007). Toward Youth Friendly Services: A Survey of Young People in Primary Care. *Society of General Internal Medicine*, 22:775–781.
- Haller, D. M., Sanci, L. A., Sawyer, S. M., Patton, G., (2008). Do Young People's Illness Beliefs Affect Healthcare? A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*, 42 (5), 436-449.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(2), 73-83.
- Helman, C. (1990). *Culture, health and illness : an introduction for health professionals*. 2nd Edition London: Wright.
- Helman, C. G. (1991). The Family Culture: a Useful Concept for Family Practice. *Family Medicine*, 23, 376-381.
- Hercek, V., (1994). *Geschlechtstypische Unterschiede in der heutigen Gesellschaft und ihr Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten*. Lizentiatsarbeit an der Universität Freiburg, Schweiz.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et Maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.
- Herzlich, C. (1972). La représentation sociale. In S. Moscovici (Eds) *Introduction à la psychologie sociale Vol. 1*. Paris : Larousse.
- Herzlich, C. et Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*. Médecine et sociétés. 295p.
- Herzlich, C. (1984). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS. 210 p.
- Herzlich, C. (2001). *Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation: un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept*. In Em F. Buschini & N. Kalampalikis (Orgs.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici* (pp. 189-200). Paris: Editions de la MSH.
- Hetherington, J. A., Stoppard, J. M., (2002). The theme of disconnection in adolescent girls' understanding of depression. *Journal of Adolescence*, Volume 25, Issue 6, 619-629.
- Hickie, I. B., Groom, G., McGorry, P., (2005). Australian mental health reform: time for real outcomes. *The Medical Journal of Australia*, 182: 401-406.
- Hickie, I. B., Fogarty, A. S., Davenport, T. A., Luscombe, G., M., and Burns, J. (2007). Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S47-S52.

- Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Leventhal, J. M., Forsyth B, Speechley KN (1992). Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics*, 89, 480-485.
- Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Leventhal, J. M. (1998). Identification of psychosocial problems in pediatric primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152, 367-371.
- Hugger, P., (1992). *Les suisses : modes de vie, traditions et mentalités*. Lausanne : Payot.
- Jakobson, R. (1969). *Essais de linguistique générale*. Editions de Minuit, Paris, 209-248.
- James, A. M., (2007). Principles of youth participation in mental health services. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S57-S60).
- Jodelet, C. (1984). Représentations sociales phénomènes, concept et théorie. In Moscovici S. (Eds) *Introduction à la psychologie sociale Vol. 1*. Paris, Larousse.
- Jodelet, C. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jodelet, C. (1990). *Approches théoriques et méthodologiques des représentations " dans Représentations et handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes*. Paris : Publications du CTNERHI.
- Jodelet, C. (1991). Les représentations sociales. Collection *Sociologie D'aujourd'hui*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1992). Les représentations sociales de la maladie mentale en milieu rural Français : genèse, structure, fonction. In U. Flick (Eds.) *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. L'Harmattan.
- Joffe, H. (1999). Représentations sociales et psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 4, 15-30.
- Joffe, H. (2002). Social representations of health psychology. *Social science information*, 41, 480-559.
- Jones, D. (1994). Effet of parents participation on hospitalized children's behaviour. *Issue in comprehensive pediatric nursing*, 17(2), pp. 81-92.
- Jorm, A. F., Wright, A. and Morgan, A. J. (2007). Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia*, 187: 556-560.
- Jorm, A. F., Kelly, C. M. (2007). Improving the public's understanding and response to mental disorders. *Australian Psychologist*, 42: 81-89.
- Kaplan, R. D. (1996). *The End of the Earth*. New York, Random House.
- Kellerhals, J. (1979). Fragen und Vorschläge zum soziologischen Studium der Krise der Familie. In Meinrad Perrez *Krise der Kleinfamilie?* Verlag Hans Huber.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F. and Wright, A., (2007) Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S26-S30.

- Kentler, H. (1979). Haben Wohngruppen eine Chance? In Meinrad Perrez *Krise der Kleinfamilie?* Verlag Hans Huber.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, California: University of California Press.
- Kocher G. et Oggier W. (2004). *Système de santé en Suisse 2004 – 2006*. (pp. 263-276). Bern : Hans Huber.
- Kuhl, J., Jarkon-Horlick, L., & Morrissey, R. F. (1997). Measuring barriers to help-seeking behaviour in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(6), 637–650.
- Kuendig, H., (2003). Enquête sur les comportements de santé des élèves de 11 à 16 ans : *une statistique descriptive des données nationales de 2002*. Lausanne : ISPA (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies).
- Laget, J., Chanez, J. M., Dubos, P. F., Plancherel, B., Staffoni-Donadini, L., Schwarz, F., Halfon, O. (2002). Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud: une étude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le rôle et le vécu de l'hospitalisation. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 153, 272–281.
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J., (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*, eds. Hamina.
- Landsverk, J. (1994). Design and assessment issues in conducting longitudinal outcome studies of children in welfare systems. In T. Vecchiato (Ed.), *Social research methods for the evaluation of social services*. Padua: Fondazione Emanuela Zancan.
- Larossa, R., (2005). Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research. *Journal of Marriage and Family*, vol. 67, 837-857.
- Lazarsfeld, P., et Wagner, T., (1958). *Academic Mind*. New York : Free Press.
- Leaf, P. J., Horwitz, S. M., Leventhal, J. M. et al. (1990). Primary care pediatrics: what is detected, what is done. Presented at the Annual Meeting of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P. et al. (1996). Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889–897.
- Leggatt, M. S. (2007). Minimising collateral damage: family peer support and other strategies. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S61-S63
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: age of onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809–818.
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1284–1292.

- Litman, T. J. (1974). The family as a basic unit in health and medical care : a social behavioural overview. *Social Science and Medicine*. vol.8, 495-519.
- Logan D. E., and King C. A., (2001) Parental Facilitation of Adolescent Mental Health Service Utilization: A Conceptual and Empirical Review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (3), 319 – 333.
- Maioli Sanese, V. (2004). *Ho sete, per piacere*. Casa Editrice Marietti S. p. A. Genova-Milano.
- Martin, J. (1987). *Pour la santé publique*. Paris: Réalités Sociales.
- Mattanza, G., Schweizer, M., Ess, S., Frei, A., Roth, H., Koch, P., (2002). *Stationen im Prozess der Anerkennung der psychologischen Psychotherapie*. Office fédéral des assurances sociales, Berne.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (8. Aufl. ed.). Weinheim: Beltz Verlag.
- McGorry, P. D., (2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S53-S56.
- McGorry, P. D., Tanti, C., Stokes, R., Hickie, I. B., Carnell, K., Littlefield, L. K. and Moran J. (2007). Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation — where young minds come first. *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S68-S70.
- Michaud, P.-A., et Alvin, P., (1997). *La Santé des adolescents*. Lausanne, Payot.
- Mohler, B. (2001). Cross-cultural issues in research on child mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 763-776.
- Mohler, B., & Käppler, C., (2001). Proposal: Access to Mental Health Care in Children: The AMHC – Study. Pg. 12.
- Moliner, P., Rateau, P., Cohen-Scali, V., (2002). *Les représentations sociales : pratique des études de terrain*. Presses Universitaires de Rennes.
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental health illness among British and French mental health professionals. *Papers on social representations*, 4, 1-52.
- Morgan, D.L., (1988). *Focus Group as Qualitative Research*. Sage Publications Qualitative Research Methods, vol.16.
- Morin, M. (1996). Perspectives de recherches pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies. *Psychologie Française*, 41-42, 147-154.
- Morrow, V. and Richards, (1996). The ethics of social research with children: an overview. *Children and Society*, 10, 90-105.
- Morrow, V. (2001). Using qualitative methods to elicit young people's perspectives on their environments: some ideas for community health initiatives. *Health Education Research*, 16 (3), 255-268.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

- Moscovici, S. (1976). Psychologie des représentations sociales. *Cahiers Vilfredo Pareto*, 14, 409-416.
- Moscovici, S. (1984). The myth of the lonely paradigm: a rejoinder. *Representation. Social Research*, 51, 939-968.
- Moscovici, S. (1991). Des représentations collectives aux représentations sociales. In D. Jodelet, *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 62-86.
- Moscovici, S., Buschini, F., (2003) *Les méthodes en sciences humaines*. Paris, PUF, 2003.
- Murdock, G. P. (1949). *Social Structure*. New York : The MacMillan Co.
- Natapoff, J. N. (1978). Children's views of health: a developemntal study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000.
- Office fédéral de la statistique (2002). *Enquête suisse sur la santé*, Neuchâtel.
- Observatoire suisse de la santé (2006). *La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002. Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé*. Mandat de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS). Bern : Obsan.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A., Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1415-1422.
- OMS, (1976). Indices Statistiques de la santé de la famille. Série des Rapports Techniques. No 587, Genève, p.18.
- OMS, (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Bureau Régional de l'Europe.
- OMS, (1997). *Action en faveur de la santé des adolescents*.
- OMS, (1999). Série de Rapport techniques, No 886, *Santé et développement de l'adolescent : pour une programmation efficace*. Genève.
- OMS, (2001). Rapport sur la Santé dans le Monde. La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs.
- OMS, (2003). *Panorama de la Santé : la Suisse en comparaison européenne*.
- ONU, (1989). Convention Internationale des Droit de l'Enfant, Genève.
- Owens, P. L., K. Hoagwood, and al. (2002). Barriers to children's mental health services. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (6), 731-738.
- Pancaldi, L. (2008). Bewältigungsstrategien bei psychischer Belastung: Wie denken Kinder und Jugendliche darüber? Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S., (2007). Adolescent health 3: mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 369: 1302-1313.
- Piaget, J. & Inhelder B. (1971). *La psychologie de l'enfant*. Paris, PUF.
- Pitrou, A. (1992). *Vivre sans famille ? Les solidarités familiales*, Toulouse, Éditions Privat (première édition 1978).

- Polaino-Lorente, A. et Garía Villamisar, D., (1993). Los masters de terapia familiar. Guía para la formación de terapeutas. En la colección Textos del Instituto de Ciencias para la Familia. Rialp. Madrid.
- Polo, L. (1996). *La persona humana y su crecimiento*. Pamplona : Eunsa.
- Pro Familia Suisse, (2004). Charte des familles. *Les cahiers de la famille 12*. Berne.
- Pumariega A. J., Glover S., CE Holzer C. E., Nguyen H., (1998). Utilization of Mental Health Services in a Tri-Ethnic Sample of Adolescents. *Community Mental Health Journal*, 34 (2), 145-156.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999). *Der Familien-Identifikations-Tests (FIT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rickwood, D. J., Deane F. P. and Wilson, C. J., (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187 (7 Suppl): S35-S39.
- Rohan, M. J. & Zanna, M. P. (1996). Value transmission in families. In C. Seligman, J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds) *The psychology of values: the Ontario Symposium*. Vol.8, 253-276. Mahwah, NJ:Erlbaum.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.
- Rossmann, B. R. (1992). School-age children's perceptions of coping with distress: Strategies for emotion regulation and the moderation of adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(8), 1373-1397.
- Roth, A. and Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, London: The Guildford Press.
- Rüesch, P., et Manzoni, P., (2003). *Monitorage de la santé psychique en Suisse*.
- Rutter, M. L. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 174, 480-493.
- Rutter, M., Caspi, A., Moffitt, T. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.
- Ryan, N. M. (1989). Stress-coping strategies identified from school age children's perspective. *Research in Nursing and Health*, 12(2), 111-122.
- Salewski, C., (2003). Illness representations in families with chronically ill adolescent : differences between family members and impact on patients' outcome variables. *Journal of Health Psychology*, vol.8 (5), 587-598.
- Sawyer, M. G., Areny, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graefz, B. W., Kosky, R. J., Nurcombe, B., Patton, G. C., Prior, M. R., Raphael, B., Rey, J., Whaites, L. C. & Zubrick, S. R. (2000). *The mental health of young people in Australia*. Canberra, Australia: Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care.

- Sawyer, M., Arney, P., Baghurst, J. and al. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust NZ J Psychiatry*, 35, 806-814.
- Sawyer, S. M., Sanci, L. A., Conn, J. J., Patton, G. C. (2007). A training agenda in adolescent medicine and health. *International journal of adolescent medicine and health*, 19(3):305-15.
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:7, pp 649–659.
- Schmit, G., Rolland, A.C., Jeckel, C., (2003). Qui inviter ce soir ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 51, 170–177.
- Schmid, H., Delgrande, J. M., Kuntsche, E. N., Kuendig, H., Annaheim, B. (2007). *Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz*. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Forschungsbericht Nr. 42, SFA-ISPA Lausanne.
- Secker, J., Armstrong, C. and Hill, M., (1999). Young people's understanding of mental illness. *Health Education Research*, vol.14, n.6.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). Social support and coping style as risk and protective factors. In I. Seiffge-Krenke (Ed.), *Adolescents' health: A developmental perspective*. Mahwah, NJ Erlbaum.
- Serino, C. (1987). *Entre 'normal' et 'différent': Aspects du lien soi/autrui dans le processus de représentation sociale*. In G Bellelli (ed.) *La Représentation Sociale de la Maladie Mentale*. Ligouri: Naples.
- Shapiro, J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: a review. *Social Science Medical*, Vol. 17, no. 14, pp. 913-931.
- Shelton T., Jeppson, E. and Johnson, B. (1987). *Family centered-care for children with special health care needs*. Washington, DC: Association for the care of children's health.
- Shlomo, A. (1999). *Culturally competent family therapy*. Westport, Connecticut, Praeger, Greenwood Publishing Group.
- Skinner, E. A. & Wellborn, J. G. (1994). *Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective*. In D. Featheman, R. Lemer & M. Perlmuner (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 91-133). Hillsdale, NJ, England: Erlbaum.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Schwab, J. J., Stephenson, J. J., Ice, J. F., (1993) *Evaluating Family Mental Health: History, Epidemiology, and Treatment Issues*. New York: Plenum Press.
- Schwartzman, J. (1983). *Family ethnography. A tool for clinicians*. In: J. C. Hansen. (ed.) *Cultural perspectives in family therapy*. USA Aspen Systems Corporation.

- Spinedi, G. (2008). Zugangsbarrieren zu professioneller Hilfe: Wie denken Kinder und Jugendliche darüber? Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
- Steinhausen, H.-C., Winkler-Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 262-271.
- Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale*. Paris, PUF.
- Sturm, R., Ringel, J. S., Andreyeva, T. (2003). Geographic disparities in children's mental health care. *Pediatrics*, 112, e308–e315.
- Swartz, M. J. (1982). Cultural sharing and Cultural Theory: some findings of a Five-Society Study. *American Anthropologist*, New Series, 84 (2), pp. 314-338.
- SUPEA, (2004). *Les consommations de substances à l'adolescence : problèmes associés, trajectoires individuelles et accès aux soins*. Résultats d'une étude financée par l'Office fédéral de la santé publique (ref. 316.98.8108), réalisée par l'Unité de recherche du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Lausanne.
- The Kidscreen Group Europe. (2006). The KIDSCREEN questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Thompson, C. S., & Rickwood, D. Gender differences in adolescent help seeking: Sex-typed barriers to seeking professional help. Manuscript in preparation.
- Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369: 1565–73.
- Tinsley, B. J. (1992). Multiple influences on the acquisition and socialisation of children's Health Attitudes and behaviour: an integrative review. *Child Development*, 63, pp. 1043-1069.
- Traité de psychologie de l'enfant. (1970). Tome 1. Histoire et généralités. Paris, Presses Universitaires de France.
- Twenge, J. M. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*. 79 (6), 1007-1021.
- Yeh, C. J. (2002). Taiwanese students' gender, age, interdependent and independent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(1), 19-29.
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L. A., Huang I.-C., Novak M., (2007) Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence Risk and Promotive Factors in Families, Schools, and Communities. *Pediatrics*, 119; 47-p53.
- Vincent, C. E. (1963). The Family in Health and Illness: Some Neglected Areas. *The Annals of the America Academy of Political and Social Science*, 346; 109.

- Vogel, D.L., & Webster, S.R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 351–361.
- Vygotsky, L. (1934). *Pensée et Langage*. F. Sève, Paris, La Dispute.
- Wang, J., et Schmid, M. (2007). Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich. <http://www.gesundheitskompetenz.ch>
- Warner, V., Weissman, M. M., Fendrich, M. & Wickramaratne, P. (1992). The course of major depression in the offspring of depressed parents: Incidence, recurrence, and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 795-801.
- Weisner, T.S. (2002). Ecocultural understanding of children's developmental pathways. *Human Development* 45(4):275-281.
- Wertlieb, D., PhD (2003). Converging Trends in Family Research and Pediatrics: Recent Findings for the American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. *Pediatrics*. Vol. 111 No.
- Wilson, C. J. & Deane, F. P. (2001). Adolescent Opinions About Reducing Help-Seeking Barriers and Increasing Appropriate Help Engagement. *Journal of Educational and Psychological Consulting*, 12:4, 345-364.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. (2005). Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help negation? *Journal of Clinical Psychology*, 61: 1525-1539.
- Witt, W. P., Kasper, J. D., Riley, A. W. (2003). Mental health services use among school-aged children with disabilities: the role of sociodemographics, functional limitations, family burdens, and care coordination. *Health Serv Res*, 38, 1441–1466.
- WHO. Adolescent friendly health services: an agenda for change, (2002). Report No.: WHO/FCH/CAH/02/14. Geneva: WHO.
- Winnicott, D. W. (1972). *La consultation thérapeutique chez l'enfant*. Gallimard, Paris.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M., Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (supplement 406) , 14–23
- Wydler, H. & Stähli, R., (2002). *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 7.
- Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Hurworth, R. E. and McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *The Medical Journal of Australia*, 183, 18-23.
- Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R. and al. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health utilization in children and adolescent. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1081–1090.
- UMSA, *La santé des adolescents, à l'image de la société: Résultats de l'étude sur la santé et les styles de vie des adolescents en Suisse* (2002). Lausanne.

Zwaanswijk, M. (2005). Pathways to Care: Help-seeking for child and adolescent mental health problems. <http://www.nivel.nl>

Liste des tableaux :

Tableau 6.1 : Population résidante permanente en Suisse à la fin 2005.....	75
Tableau 8.1 : Thématiques des quatre parties de l'interview avec les questions correspondantes.....	97
Tableau 8.3 : Nombre de familles prévues pour la phase qualitative	101
Tableau 8.4 : Nombre de familles recrutées pour la phase qualitative.....	101
Tableau 8.5 : Composition des familles interviewées.....	105
Tableau 8.6 : statut socioprofessionnel, différencié entre mères et pères	106
Tableau 8.7 : niveau de formation scolaire, différencié entre mères et pères.....	106
Tableau 8.8 : les quatre parties qui composent le questionnaire standardisé AMHC.....	108
Tableau 8.10 : gain de familles participantes à la phase quantitative.....	115
Tableau 9.1 : Les items de la santé mentale en ordre descendant selon leurs moyennes.....	118
Tableau 9.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la santé mentale.....	119
Tableau 9.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	120
Tableau 9.4 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (items).....	122
Tableau 9.6 : Item Ak6 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	123
Tableau 9.7 : Item Ak1 : effet principal et contrastes	124
Tableau 9.9 : Item Ak3 : effet principal et contrastes	124
Tableau 9.10 : Item Ak5 : effet principal et contrastes	125
Tableau 9.11 : Item Ak4 : effet principal et contrastes	125
Tableau 9.13 : Item Ak10 : effet principal et contrastes	125
Tableau 9.15 : Item Ak16 : effet principal et contrastes	126
Tableau 9.17 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	126
Tableau 9.18 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	127
Tableau 9.19 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs).....	128
Tableau 9.20 : Significances pour les facteurs de santé mentale dans les effets principaux et les interactions.....	129
Tableau 9.21 : Facteur MH1 : effet principal et contrastes	129
Tableau 9.22 : les items de la santé mentale en ordre descendant selon leurs moyennes.....	130
Tableau 9.23 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la santé mentale.....	131
Tableau 9.24 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	132
Tableau 9.25 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs).....	134
Tableau 9.26 : Significances des effets principales par rapport aux items.....	134
Tableau 9.27 : Item Ak15 : effet principal et contrastes	135
Tableau 9.28 : Item ak15 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe.....	135
Tableau 9.29 : Item a8 : effet principal et contrastes.....	136
Tableau 9.30 : Item a4 : effet principal et contrastes.....	136
Tableau 9.32 : Item a1 : effet principal et contrastes.....	137
Tableau 9.33 : Item a9 : effet principal et contrastes.....	137
Tableau 9.34 : Item a9 : effet principal et contrastes.....	137
Tableau 9.36 : Item a10 : effet principal et contrastes.....	138
Tableau 9.38 : Item a2 : effet principal et contrastes.....	138
Tableau 9.40 : Item a2 : effet principal et contrastes.....	138
Tableau 9.41 : Item a7 : effet principal et contrastes.....	139
Tableau 9.42 : Item a16 : effet principal et contrastes.....	139
Tableau 9.44 : Test multivarié de la santé mentale (facteurs).....	140
Tableau 9.45 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs).....	140
Tableau 9.46 : Facteur MH1 : effet principal et contrastes	141
Tableau 9.47 : Facteur MH1 : effet principal et contrastes	141
Tableau 9.48 : Facteur MH2 : effet principal et contrastes	141

Tableau 9.49 : Facteur MH2 : effet principal et contrastes	141
Tableau 9.50 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents	143
Tableau 10.1 : Les items de la maladie mentale en ordre descendant selon les moyennes	149
Tableau 10.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la maladie mentale	150
Tableau 10.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	151
Tableau 10.4 : Test plurifactoriel multivarié de la maladie mentale (items).....	153
Tableau 10.5 : Effets principaux significatifs par rapport aux items.....	154
Tableau 10.6 : Item Bk22 : effet principal et contrastes.....	155
Tableau 10.9 : Item Bk24 : effet principal et contrastes.....	156
Tableau 10.10 : Item Bk34 : effet principal et contrastes.....	156
Tableau 10.11 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Sexe et Région	156
Tableau 10.12 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge	157
Tableau 10.13 : Item Bk29 : effet principal et contrastes.....	158
Tableau 10.14 : Item Bk29 : effet principal et contrastes.....	158
Tableau 10.15 : Item Bk20 : effet principal et contrastes.....	158
Tableau 10.17 : Item Bk18 : effet principal et contrastes.....	159
Tableau 10.18 : Item Bk18 : effet principal et contrastes.....	159
Tableau 10.20 : Item Bk28 : effet principal et contrastes.....	159
Tableau 10.21 : Item Bk28 : effet principal et contrastes.....	160
Tableau 10.22 : Item Bk27 : effet principal et contrastes.....	160
Tableau 10.23 : Item Bk27 : interaction entre les facteurs Région et Expérience	160
Tableau 10.24 : Item Bk23 : effet principal et contrastes.....	161
Tableau 10.25 : Test plurifactoriel multivarié de la maladie mentale (facteurs)	161
Tableau 10.26 : Significances pour les facteurs de santé mentale dans les effets principaux et les interactions.....	162
Tableau 10.27 : Facteur MI1 : effet principal et contrastes.....	162
Tableau 10.29 : les items de la maladie mentale en ordre descendant selon leurs moyennes ..	164
Tableau 10.30 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle de la santé mentale	166
Tableau 10.31 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	166
Tableau 10.32 : Test plurifactoriel multivarié de la santé mentale (facteurs).....	169
Tableau 10.33 : Effets significatifs principaux par rapport aux items.....	169
Tableau 10.34 : Item b25 : interaction entre les facteurs Expérience et Région.....	170
Tableau 10.35 : Item b26 : effet principal et contrastes	171
Tableau 10.36 : Item b24 : effet principal et contrastes	171
Tableau 10.37 : Item b25 : interaction entre les facteurs Région et le Sexe.....	171
Tableau 10.38 : Item b21 : effet principal et contrastes	172
Tableau 10.39 : Item b21 : interaction entre les facteurs Sexe et Région.....	173
Tableau 10.40 : Item b29 : effet principal et contrastes	173
Tableau 10.41 : Item b29 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	174
Tableau 10.42 : Item b29 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience.....	174
Tableau 10.43 : Item b34 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience.....	175
Tableau 10.44 : Item b18 : effet principal et contrastes	176
Tableau 10.48 : Test multivarié de la maladie mentale (facteurs)	177
Tableau 10.49 : Test univarié de la maladie mentale (facteurs).....	178
Tableau 10.51 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents	179
Tableau 10.52 : Ordre descendant des items par rapport aux groupe sans expérience de traitement.....	183
Tableau 11.1 : Les items de la stratégie d'action en ordre descendant selon les moyennes	186
Tableau 11.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des stratégies d'action.....	187
Tableau 11.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	188

Tableau 11.4 : Test plurifactoriel multivarié des stratégies d'action (items).....	189
Tableau 11.5 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux items	190
Tableau 11.6 : Item Ek48 : effet principal et contraste	191
Tableau 11.7 : Item Ek48 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience	192
Tableau 11.8 : Item Ek53 : effet principal et contraste	192
Tableau 11.10 : Item Ek59 : effet principal et contraste	193
Tableau 11.11 : Item Ek59 : effet principal et contrastes	193
Tableau 11.12 : Item Ek59 : interaction entre les facteurs Région et Sexe	193
Tableau 11.15 : Item Ek49 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge	194
Tableau 11.16 : Item Ek52 : effet principal et contraste	195
Tableau 11.17 : Item Ek52 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge	196
Tableau 11.18 : Item Ek61 : effet principal et contraste	197
Tableau 11.19 : Item Ek61 : interaction entre les facteurs Région et Âge	197
Tableau 11.21 : Item Ek60 : effet principal et contraste	198
Tableau 11.24 : Item Ek54 : effet principal et contrastes	199
Tableau 11.25 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Expérience	199
Tableau 11.26 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Âge	200
Tableau 11.27 : Item Ek57 : effet principal et contrastes	201
Tableau 11.28 : Item Ek57 : effet principal et contrastes	201
Tableau 11.29 : Item Ek57 : effet principal et contrastes	201
Tableau 11.30 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Région et Expérience	202
Tableau 11.31 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe	202
Tableau 11.32 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge	203
Tableau 11.33 : Les items de la stratégie d'action en ordre descendant selon les moyennes	205
Tableau 11.34 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des stratégies d'action.....	206
Tableau 11.35 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	207
Tableau 11.36 : Test plurifactoriel multivarié des stratégies d'action/ de coping (items)	208
Tableau 11.37 : Effets significatifs des effets principales par rapport aux items	209
Tableau 11.38 : Item e53 : effet principal et contrastes.....	210
Tableau 11.39 : Item e53 : effet principal et contraste	210
Tableau 11.40 : Item e51 : effet principal et contrastes.....	210
Tableau 11.41 : Item e48 : effet principal et contrastes.....	210
Tableau 11.42 : Item e47 : effet principal et contrastes.....	211
Tableau 11.43 : Item e56 : effet principal et contrastes.....	211
Tableau 11.44 : Item e56 : effet principal et contraste	211
Tableau 11.45 : Item e56 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	212
Tableau 11.46 : Item e55 : effet principal et contrastes.....	212
Tableau 11.47 : Item e50 : effet principal et contrastes.....	213
Tableau 11.48 : Item e50 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	213
Tableau 11.49 : Item e57 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	214
Tableau 11.50 : Item e49 : effet principal et contrastes.....	214
Tableau 11.51 : Item e49 : effet principal et contraste	215
Tableau 11.52 : Item e61 : effet principal et contrastes.....	215
Tableau 11.53 : Item e61 : effet principal et contraste	215
Tableau 11.54 : Item e54 : effet principal et contraste	216
Tableau 11.55 : Item e54 : effet principal et contraste	216
Tableau 11.56 : Item e54 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe	216
Tableau 11.57 : Item e58 : effet principal et contrastes.....	217
Tableau 11.58 : Item e58 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe	217
Tableau 11.59 : Item e59 : effet principal et contrastes.....	218

Tableau 11.60 : Item e59 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	218
Tableau 11.62 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents.....	219
Tableau 11.63 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents.....	221
Tableau 12.1 : Les items des barrières en ordre descendant selon les moyennes.....	227
Tableau 12.2 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des barrières dans l'accès.....	229
Tableau 12.3 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative.....	230
Tableau 12.4 : Test plurifactoriel multivarié des barrières à l'accès (items).....	232
Tableau 12.5 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux items.....	233
Tableau 12.6 : Item Gk79 : effet principal et contrastes.....	234
Tableau 12.7 : Item Gk79 : effet principal et contrastes.....	234
Tableau 12.8 : Item Gk91 : effet principal et contrastes.....	235
Tableau 12.12 : Item Gk82 : effet principal et contrastes.....	236
Tableau 12.13 : Item Gk82 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	236
Tableau 12.14 : Item Gk85 : effet principal et contrastes.....	237
Tableau 12.15 : Item Gk85 : effet principal et contrastes.....	237
Tableau 12.17 : Item Gk86 : effet principal et contrastes.....	238
Tableau 12.20 : Item Gk92 : effet principal et contrastes.....	238
Tableau 12.22 : Item Gk88 : effet principal et contrastes.....	239
Tableau 12.23 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	239
Tableau 12.24 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience.....	240
Tableau 12.25 : Item Gk83 : effet principal et contrastes.....	240
Tableau 12.27 : Item Gk87 : effet principal et contrastes.....	241
Tableau 12.30 : Item Gk78 : effet principal et contrastes.....	242
Tableau 12.32 : Item Gk89 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	242
Tableau 12.33 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (facteurs).....	243
Tableau 12.34 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux facteurs.....	243
Tableau 12.35 : Facteur BAR3 : effet principal et contrastes.....	244
Tableau 12.36 : Les items des barrières en ordre descendant selon les moyennes.....	245
Tableau 12.37 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des barrières.....	249
Tableau 12.38 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative.....	250
Tableau 12.39 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (items).....	252
Tableau 12.40 : Effets significatifs des effets principaux par rapport aux items.....	252
Tableau 12.41 : Item g80 : effet principal et contrastes.....	253
Tableau 12.42 : Item g80 : effet principal et contraste.....	254
Tableau 12.43 : Item g77 : effet principal et contrastes.....	254
Tableau 12.44 : Item g77 : effet principal et contraste.....	254
Tableau 12.46 : Item g79 : effet principal et contrastes.....	254
Tableau 12.48 : Item g91 : effet principal et contrastes.....	255
Tableau 12.49 : Item g91 : effet principal et contraste.....	255
Tableau 12.50 : Item g91 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	255
Tableau 12.51 : Item g85 : effet principal et contrastes.....	256
Tableau 12.52 : Item g81 : effet principal et contrastes.....	257
Tableau 12.55 : Item g82 : effet principal et contrastes.....	257
Tableau 12.56 : Item g86 : effet principal et contrastes.....	258
Tableau 12.57 : Item g88 : effet principal et contraste.....	258
Tableau 12.60 : Item g84 : effet principal et contraste.....	258
Tableau 12.61 : Item g84 : effet principal et contraste.....	259
Tableau 12.62 : Item g84 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe.....	259
Tableau 12.63 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (facteurs).....	260
Tableau 12.64 : Test plurifactoriel multivarié des barrières (facteurs).....	260

Tableau 12.65 : Facteur BAR1 : effet principal et contrastes	261
Tableau 12.66 : Facteur BAR1 : effet principal et contraste	261
Tableau 12.68 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents	264
Tableau 12.69 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents.....	269
Tableau 12.70 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents.....	270
Tableau 12.71 : Ordre descendant des items par rapport à l'ensemble des parents.....	271
Tableau 12.72 : Évolution dans l'âge des items g91 et g86.....	273
Tableau 13.1 : Les items de la culture familiale de la santé mentale en ordre selon les moyennes	276
Tableau 13.2 : Correspondance entre les premiers 5 items de l'analyse quantitative et les 5 catégories les plus fréquentes de l'analyse qualitative de la culture familiale de la santé mentale.	276
Tableau 13.3 : Test multivarié des concepts de culture familiale de la santé mentale (items)..	277
Tableau 13.4 : Effets significatifs des effets principales par rapport aux items	278
Tableau 13.5 : Item fc2 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	279
Tableau 13.6 : Item fc10 : effet principal et contrastes	280
Tableau 13.8 : Item fc3 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	280
Tableau 13.9 : Item fc1 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	281
Tableau 13.10 : Item fc8 : effet principal et contrastes	282
Tableau 13.12 : Item fc7 : effet principal et contrastes	282
Tableau 13.15 : Item fc9 : effet principal et contrastes	283
Tableau 13.16 : Item fc9 : effet principal et contrastes	283
Tableau 13.17 : Item fc4 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	284
Tableau 13.18 : Item fc11 : effet principal et contrastes	284
Tableau 13.20 : Item fc14 : effet principal et contrastes	285
Tableau 13.21 : Item fc14 : effet principal et contraste.....	285
Tableau 13.23 : Les items de la culture familiale de la santé mentale en ordre descendant selon les moyennes	287
Tableau 13.24 : Extraction des facteurs de l'analyse factorielle des éléments qui favorisent la santé mentale en famille	288
Tableau 13.25 : Liste des items regroupés par facteur et catégories de l'analyse qualitative	289
Tableau 13.26 : Test plurifactoriel multivarié des concepts de culture familiale de la santé mentale (items) 290	290
Tableau 13.27 : Effets significatifs des effets principales par rapport aux items	290
Tableau 13.28 : Les items de la culture familiale de la santé mentale en ordre descendant selon les moyennes des tessinois.....	290
Tableau 13.29 : Test plurifactoriel multivarié des éléments qui favorisent la santé mentale en famille (facteurs)	292
Tableau 13.30 : Significances de l'effet principal par rapport aux composantes principales de l'analyse factorielle.....	293
Tableau 13.31 : Les facteurs de la culture familiale de la santé mentale avec les moyennes de chaque région culturelle	293
Tableau 13.34 : Catégories de la culture familiale de la santé mentale en ordre de fréquence. 297	297
Tableau 13.35 : Les catégories de l'analyse qualitative de la culture familiale de la santé mentale dans le modèle de Bronfenbrenner	298
Tableau 13.36 : Ordre descendant des items par rapport aux adolescents	299
Tableau 13.37 : Les items qui ont un effet significatif de la Région	300
Tableau 13.38 : Les items qui ont un effet significatif de l'Âge	302

Tableau 14.1 : cf. Tableau 13.2 : Correspondance entre les premiers 5 items de l'analyse quantitative et les 5 catégories les plus fréquentes de l'analyse qualitative de la culture familiale de la santé mentale..... 322

Liste des figures:

Figure 1.1. : Modèle “Access to Mental Health Care in children”, (Mohler & Käppler, 2004, p.12)	18
Figure 1.1. : Modèle “Access to Mental Health Care in children”, (Mohler & Käppler, 2004, p.12)	20
Figure 1.2. : Modèle “Culture Familiale de la Santé Mentale”, (Gianella, 2005)	20
Figure 2.1 : Interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans l’apparition et l’évolution des troubles mentaux et du comportement.	25
Figure 2.2 : Modèle de promotion de la santé mentale en Europe	26
Figure 2.3. : Nombre d’adolescents qui ont eu au moins un contact avec un professionnel ou une structure de prise en charge	36
Figure 6.1 : Langues nationales parlée dans les communes en 2000	76
Figure 6.2 : Répartition des coûts publique de la santé subsides de l’assurance maladie compris entre 1970-2000.	79
Figure 8.1 : Les deux phases méthodologiques : qualitative et quantitative	94
Figure 8.2 : Le système des catégories de l’étude AMHC, orienté au Modèle socioécologique de Bronfenbrenner.....	100
Figure 8.3 : Stratégie de recrutement pour la phase qualitative	102
Figure 8.4 : Le total des interviews réalisées, divisé entre les membres de la famille (mères, pères et enfants)	104
Figure 8.6 : Nombre d’adolescents pour chaque région linguistique	111
Figure 8.7 : Nombre d’adolescents pour chaque sexe.....	112
Figure 8.8 : Nombre d’adolescents sans ou avec expérience de traitement	112
Figure 8.9 : Nombre d’adolescents dans chaque groupes d’âge.....	112
Figure 8.10 : Nombre d’adolescents pour chaque zone résidentielle	113
Figure 8.11 : Nombre d’adolescents qui ont participé à la recherche avec et sans leurs parents	113
Figure 8.12 : Nombre de familles reparties selon leur salaire	115
Figure 9.1 : Item Ak6 : interaction entre les facteurs Région et Âge	123
Figure 9.4 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Région et Sexe	127
Figure 9.5 : Item Ak16 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge	127
Figure 9.6 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l’item a15.....	136
Figure 9.7 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Ak : santé mentale.....	143
Figure 9.8 : Comparaison entre les régions dans les 5 items qui présentent des différences significantes.....	144
Figure 9.9 : Comparaison entre les groupes avec ou sans expérience de traitement dans les 2 items qui présentent des différences significatives	146
Figure 9.10 : Comparaison entre les groupes avec ou sans expérience de traitement dans les 6 items qui présentent des différences significatives	147
Figure 10.3 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	156
Figure 10.4 : Item Bk34 : interaction entre les facteurs Âge et Sexe.....	157
Figure 10.6 : Item Bk27 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience.....	160
Figure 10.8 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l’item b25	170
Figure 10.9 : Interaction entre les facteurs Région et Sexe pour l’item b25	172
Figure 10.10 : Interaction entre les facteurs Sexe et Région pour l’item b21	173
Figure 10.11 : Interaction entre les facteurs Région et Expérience pour l’item b29	174
Figure 10.12 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l’item b29	175
Figure 10.13 : Interaction entre les facteurs Sexe et Expérience pour l’item b34	176

Figure 10.15 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Bk : maladie mentale.....	180
Figure 10.16 : Comparaison des 8 items dans lesquels les adolescents présentent des différences significatives entre les régions.....	181
Figure 10.17 : Comparaison entre les régions dans les 4 items qui présentent des différences significatives.....	182
Figure 10.18 : Comparaison entre les groupes avec ou sans expérience de traitement.....	184
Figure 11.1 : Item Ek48 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience.....	192
Figure 11.3 : Item Ek59 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	194
Figure 11.5 : Item Ek49 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	195
Figure 11.6 : Item Ek52 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge.....	196
Figure 11.7 : Item Ek61 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	197
Figure 11.10 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	200
Figure 11.11 : Item Ek54 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	200
Figure 11.12 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	202
Figure 11.13 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe.....	203
Figure 11.14 : Item Ek57 : interaction entre les facteurs Expérience et Âge.....	203
Figure 11.15 : Item e56 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	212
Figure 11.16 : Item e50 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	213
Figure 11.17 : Item e57 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	214
Figure 11.18 : Item e54 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe.....	216
Figure 11.19 : Item e58 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe.....	217
Figure 11.20 : Item e59 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	218
Figure 11.21 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Ek : stratégie de coping face à un problème de santé mentale.....	220
Figure 11.22 : Comparaison entre les moyennes des parents des trois régions culturelles suisses aux items Ek.....	222
Figure 12.1 : Catégories des barrières et des éléments favorables dans l'accès aux soins : Adaptation du Modèle "Access to Mental Health Care in children", (Mohler & Käppler, 2001, p.12).....	225
Figure 12.3 : Item Gk82 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	236
Figure 12.7 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Région et Expérience.....	239
Figure 12.8 : Item Gk88 : interaction entre les facteurs Sexe et Expérience.....	240
Figure 12.11 : Item Gk89 : interaction entre les facteurs Région et Âge.....	242
Figure 12.12 : Item g91 : interaction entre les facteurs Région et Sexe.....	256
Figure 12.13 : Item g84 : interaction entre les facteurs Expérience et Sexe.....	259
Figure 12.14 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items Gk : barrières dans l'accès des soins en santé mentale.....	265
Figure 12.15 : Comparaison entre les moyennes des adolescents des trois régions culturelles suisses aux items Gk.....	269
Figure 12.16 : Comparaison entre les moyennes des parents des trois régions culturelles suisses aux items Gk.....	270
Figure 12.17 : Comparaison entre les moyennes des filles et des garçons aux items Gk.....	271
Figure 12.18 : Représentation d'évolution entre les groupes d'âge, items g91 et g87.....	273
Figure 13.1 : Item fc2 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	279
Figure 13.2 : Item fc3 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	280
Figure 13.3 : Item fc1 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	281
Figure 13.6 : Item fc4 : interaction entre les facteurs Sexe et Âge.....	284
Figure 13.8 : Le trois groupes d'adolescents qui vont être objet des analyses.....	286

Figure 13.9 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les adolescents de la Suisse allemande et de la Suisse romande	291
Figure 13.10 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les italiens	291
Figure 13.11 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse romande et allemande et les italiens.....	292
Figure 13.12 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les adolescents de la Suisse allemande et de la Suisse romande	293
Figure 13.13 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse italienne et les italiens	294
Figure 13.14 : Comparaison entre les adolescents de la Suisse alémanique et romande et les adolescents italiens.....	294
Figure 13.15 : Provenances et nombre des devises familiales parmi les adolescents et les parents	296
Figure 13.16 : Comparaison entre les moyennes des adolescents et celles des adultes aux items fc : les éléments qui favorisent la santé mentale en famille.....	299
Figure 13.17 : Comparaison entre les moyennes des quatre items qui ont un effet significatif avec la Région.....	300
Figure 13.18 : Les cinq graphiques représentant les interaction entre Sexe et Âge des items fc2, fc1, fc3, fc8 et fc4	301
Figure 13.19 : Comparaison entre les moyennes des quatre items qui ont un effet significatif avec l'Âge.....	302
Figure 13.20 : Comparaison entre les moyennes des trois régions culturelles aux items fc.....	303
Figure 13.21 : Comparaison entre les moyennes des trois régions culturelles aux facteurs fc..	303
Figure 14.1 : cf. Figure 7.10 : Comparaison entre les régions dans les 5 items qui présentent des différences significatives.....	307
Figure 14.2 : cf. Figure 13.16 : Comparaison entre les moyennes des quatre items qui ont un effet significatif avec la Région.....	323
Figure 14.3 : cf. Figure 13.17 : Les cinq graphiques représentant les interactions entre Sexe et Âge des items fc2, fc1, fc3, fc8 et fc4	325

FORMATION

- 2004 - 2008 **Doctorat** en Psychologie à l'Université de Fribourg (CH) sous la direction du Prof. M. Perrez
 "Santé publique et culture familiale de la santé mentale:
 favoriser l'accès des adolescents aux soins de santé mentale en Suisse "
- 2002 - 2004 **Master** en Mariage et Famille à l'Université de Navarre, (E)
- 2002 Cours d'accompagnement des personnes en fin de vie à la Croix Rouge Genevoise

DIPLOMES

- 1997-2001 **Licence en Psychologie** à l'Université de Genève
Certificat A: Psychologie du développement cognitif
Certificat B: Psycholinguistique
Certificat C: Psychologie clinique de l'enfant
 Travaux pratiques d'évaluation des fonctions cognitives (Neuropsychologie)
Travail de diplôme: Etude expérimental dirigé par le Prof. P. Bovet-
- 1993-1997 **Maturité** Tipe B au Lycée Cantonal de Lugano

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES - STAGES

- Depuis 2008 **Psychologue FSP-psychothérapeute** au Centre de pédopsychiatrie et au Friped, Fribourg
- 2008 **Collaboratrice scientifique** au Service de l'enfance et la Jeunesse, Fribourg (3 mois)
- 2004-2007 **Doctorande** dans l'Etude AMHC (Access to Mental Health Care in Children), à Zurich.
 Ce Projet fait partie du PNR52, promu par le Fonds National de Recherche Suisse.
 Directeurs du Projet : Prof. Christoph Käppler et Dr. med. M.P.H. Beat Mohler
- 2007 Bourse du Fond National Suisse pour chercheur débutant (6 mois)
- 2002-2003 **Psychopédagogue**, Ecole spécialisée *La Voie Lactée*, Genève.
- 2002-2003 **Coordinatrice**, Associations d'Etudiants pour la Dignité et les Droit de l'Homme, Genève.
- 2001 **Assistante** au CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) en Neuropédiatrie, Lausanne.
- 2000 **Stagiaire** à l'Hôpital Universitaire de Genève, en Neuropsychologie.

LANGUES ET INFORMATIQUE

Italien	Langue maternelle	Espagnol	courant
Français	courant	Portugais	bonnes connaissances
Allemand	courant	Informatique	Windows XP, SPSS Version 13
Anglais	courant		MAXqda analyse qualitative

ASSOCIATION

The Swiss Society for Public Health

REFERENCES

- Prof. Dr. M. Perrez Université de Fribourg (CH) Psychologie Clinique
 Rue de Faucigny 2 CH-1700 Fribourg
- Dr. méd. P. Haemmerle Service de Pédopsychiatrie du Canton de Fribourg
 Ch. des Mazots 2 CH-1700 Fribourg
- Prof. Dr. P.-A. Michaud Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents
 Avenue de Beaumont 48, CHUV CH-1011 Lausanne
- M. S. Quéru Service de l'Enfance et la Jeunesse
 Bd. Pérolles, 30 CH-1700 Fribourg

Annexes 1 : Partie théorique et méthodologique

- 1.1. Bien-être psychique en Suisse en 2002
- 1.2. Description de l'état de santé mentale des adolescents résidants dans les cantons de Zürich, de Fribourg et du Tessin
- 1.3. Données sur la Suisse et les quatre cantons participants à la recherche
- 1.4. Interview pour Enfants et Adolescents sur leurs Concepts de Santé, leur Savoir et leurs Expériences dans le Système de Santé
- 1.5. Questions analytiques de l'interview
- 1.6. Tableau avec 3 exemples du processus d'analyse qualitative
- 1.7. Glossary Qualitative Analysis Concepts: mental health and illness
- 1.8. Glossary Qualitative Analysis Access : barriers and facilitators
- 1.9. Questionnaire étude AMHC (Version Adolescent)
- 1.10. Tableau 6.9 : catégories qualitatives et projet des items du questionnaire
- 1.11. Questionario Cultura Familiare della Salute Mentale

Annexes 2: Résultats

- 2.1. Chapitre 9 : tableaux et graphiques des tendances significatives
- 2.2. Chapitre 10 : tableaux et graphiques des tendances significatives
- 2.3. Chapitre 11 : tableaux et graphiques des tendances significatives
- 2.4. Chapitre 12 : tableaux et graphiques des tendances significatives
- 2.5. Chapitre 13 : tableaux et graphiques des tendances significatives
- 2.6. Exemples devises familiales de la culture mentale