

INPES
LES JOURNEES DE LA PREVENTION
PROMOUVOIR LA SANTE DES ENFANTS ET DES JEUNES

2èmes Journées annuelles – 29 et 30 mars 2006

Mercredi 29 mars 2006

Session 1 – amphithéâtre

« Une bonne estime de soi a-t-elle une influence sur la prise de risque » ?

Alain Morel

Cette question est très fréquemment rencontrée dans les consultations, pour adolescents notamment, mais également pour enfant. Cette question ne lasse pas de nous interroger, de nous mettre en difficulté face à ces enfants ou ces jeunes adolescents qui expriment ce mal-être avec cette violence. Pour parler de ces différents thèmes, nous avons quatre intervenants. Christine Ferron, psychologue, directrice adjointe d'un hôpital de jour pour adolescents. Elle était auparavant directrice adjointe des Affaires scientifiques à l'INPES. Elle va aborder la question de l'estime de soi sous l'angle de c'est quoi, comment se mesure-t-elle, comment change-t-elle et quelles sont les pistes d'action pour l'améliorer. Nous verrons ensuite cette question avec Michel Joubert sous un aspect social et sociétal. Avec Christelle Vincent, du CODES 95, nous verrons l'élaboration d'un outil de prévention de l'usage du cannabis chez les adolescents. Enfin, un regard venu du Québec avec Sylvia Kairouz, chercheur à l'Institut national de Santé publique du Québec, notamment à propos du « binge drinking » qui n'est pas propre uniquement aux sociétés nord-américaines, ni même nord européennes, puisqu'il a défrayé la chronique il y a quelques jours en Espagne. Je passe la parole à Christine Ferron.

Analyse des liens entre violences, conduites à risques et estime de soi

Christine Ferron

Je tiens d'abord à remercier les organisatrices de cette session Tania Rosilio, Nadine Gauthier et André Hawaj de l'INPES pour m'avoir conviée à y participer, ainsi que Sandra Kersané, documentaliste à l'INPES qui m'a aidée à défricher l'énorme littérature sur l'estime de soi dans laquelle il a fallu faire des choix. Il m'a été demandé de poser le décor. Je commencerai par dire que contrairement à ce que pourrait laisser penser un engouement récent dans les

médias et les maisons d'édition, ce concept d'estime de soi a des racines très anciennes. Et ses liens avec la santé mentale et les comportements de santé sont depuis longtemps établis. L'estime de soi se définit habituellement comme le sentiment que chacun a de sa propre valeur en tant que personne. C'est le processus par lequel un individu porte sur lui-même, et notamment sur ses performances et ses aptitudes, des jugements positifs ou négatifs. Il s'agit d'un concept psychologique déjà utilisé par William James en 1890, qui le définit comme le rapport entre les aspirations d'un individu et ses succès réels, repris dès 1902 par Coulis qui le définit comme le miroir de l'opinion exprimée envers un individu par ses proches. Étudié par Freud, quelques années après dans ses rapports avec le narcissisme, le concept d'estime de soi fait ainsi un détour par la psychanalyse. Le narcissisme, qui consiste en l'amour que le sujet se porte à lui-même, n'est pas un concept à tonalité négative. Il ne s'agit pas d'une dimension régressive de repli sur soi, mais au contraire d'une dimension constructive et adaptative qui permet au sujet, en s'appuyant sur l'amour qu'il éprouve pour lui-même, d'aimer quelqu'un d'autre.

Un narcissisme solidement établi confère à l'individu une confiance en soi suffisante pour permettre l'ouverture à l'autre dans sa différence. Dans le cas d'un narcissisme insuffisamment établi, Cohutte décrit des accès de rage narcissique en réponse à une blessure à l'amour propre de la personne. Ces réponses appartiennent au champ de l'agression, de la colère et du pouvoir destructeur. Ce qui distingue la rage narcissique de toute autre forme d'agression, dit-il, c'est le besoin de vengeance, de réparer un tort et un dommage quels qu'en soient les moyens ou le prix à payer. Dans les racines de l'estime de soi que constitue le narcissisme, on trouve donc d'emblée la notion de comportement violent lié à un narcissisme défaillant.

Mais qu'est-ce qui est donc à l'origine d'un narcissisme fragile et, par suite, d'une basse estime de soi ? Même si l'estime de soi évolue tout au long de la vie, avec des hauts et des bas, tous s'accordent à lui reconnaître des racines très précoces. Ainsi, selon Erikson ou Muchielli, l'estime de soi se développe corrélativement à la qualité de la confiance fondamentale acquise par la stabilité et la profondeur de la relation primitive à la mère. Le développement, le renforcement et le maintien de l'estime de soi sont liés, d'une part à ce que l'enfant perçoit de l'investissement de lui-même par ses parents – très tôt, l'enfant peut lire dans le regard de ses parents les sentiments qu'il leur inspire – ; d'autre part, aux réussites qu'il expérimente dans ses différents apprentissages. Pour le bon développement de l'estime de soi, le plus important est l'expression par les parents d'un amour inconditionnel, indépendant des performances de leur enfant. L'enfant intériorise alors que sa valeur représente une donnée stable, relativement indépendante des notions d'échec et de réussite.

Ainsi, la qualité des premières expériences, à l'origine d'un sentiment de bien-être et de sécurité, est essentielle. L'estime de soi est bien le reflet de l'organisation narcissique de l'enfant, c'est-à-dire d'un investissement de soi qui permet de se sentir bien dans sa peau. Cet

investissement de soi se traduit par la croyance en la possibilité d'aimer et d'être aimé, une pleine acceptation de son identité, enfin un sentiment de continuité et de cohésion de soi.

À l'adolescence, le développement puis l'établissement du narcissisme adulte sont des tâches nécessaires. L'adolescent doit choisir de nouveaux objets d'amour, mais aussi se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. Selon Daniel Marcelli, la façon dont certains adolescents maltraitent leur corps est un signe parmi d'autres de leur difficulté narcissique. Le narcissisme à l'adolescence est également en rapport avec le narcissisme parental projeté sur l'enfant devenant potentiellement celui qui peut réaliser les fantasmes grandioses de ses parents, mais qui peut aussi se sentir très dévalorisé de ne pas les réaliser. Certaines dépressions de l'adolescence peuvent être directement comprises par rapport à ce dernier phénomène.

Quand l'identité narcissique est assurée, l'adolescent peut sans danger s'engager dans une quête identificatoire. C'est souvent la relation avec l'ami(e) la ou le plus proche qui suscite chez l'adolescent une relation narcissique rassurante avec l'expérience de la réciprocité des affects. Le premier amour, quant à lui, satisfait à la fois la quête narcissique et la conquête objectale. Enfin, la bande de copains fournit à l'adolescent identification, projections, exaltation et rôle social.

Les psychologues de l'attachement soulignent ainsi que le caractère social de l'homme n'est pas le résultat d'un apprentissage, mais la réponse à un besoin fondamental. Dans la pyramide des besoins fondamentaux de Maslow, on retrouve d'ailleurs ce besoin d'estime, de reconnaissance, de respect et de pouvoir. Cette représentation de l'estime de soi comme un besoin fondamental est évidemment très liée au vaste courant de recherche qui s'est attaché à démontrer la nécessité de développer l'estime de soi des enfants et des adolescents dans un objectif de prévention. Au cours des années 1980, c'est l'Américaine Suzan Harker qui a le plus contribué à expliciter et diffuser le concept, notamment en créant un outil de mesure des compétences personnelles perçues chez les enfants. À sa suite, de très nombreux auteurs ont démontré qu'une estime de soi élevée contribuait significativement à accroître les capacités d'apprentissage, la capacité à porter un regard positif sur les aléas de la vie, la résilience, le bonheur, le bien-être. Tandis qu'une estime de soi défaillante augmentait la vulnérabilité aux troubles psychiques : dépression, anxiété, tendance suicidaire, trouble des conduites alimentaires, et la fréquence des comportements à risque : violence, usage de drogue, rapports sexuels non protégés.

L'estime de soi serait donc ainsi un mécanisme de défense et un facteur protecteur. On la retrouve d'ailleurs dans plusieurs étapes du modèle de planification de Green en tant que déterminant et conséquence des comportements de santé, en tant qu'indicateur de qualité de vie, et en tant que facteur prédisposant aux comportements de santé favorables. Dans le domaine de l'éducation du patient malade chronique, il a été démontré qu'un sentiment d'efficacité personnelle et une haute estime de soi associés à un fort soutien familial avaient

des effets directement protecteurs sur l'apparition de symptômes de dépression. De même, on a montré que l'estime de soi contribuait à accroître la capacité d'un individu à faire face à l'annonce d'une maladie et même augmentait ses chances de survie post-opératoire.

Ces différents résultats de recherche ont largement contribué à rendre ce concept incontournable, jusqu'à son inscription dans les années 1990 dans tous les programmes nationaux et internationaux de promotion de la santé auprès des jeunes, comme celui du Réseau européen des écoles promotrices de santé ou, au niveau national, la circulaire sur les orientations d'éducation pour la santé à l'école, qui précisait que l'éducation pour la santé avait pour objectif le développement d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres etc. Même l'Inserm, qui n'inclut pas à la légère les références théoriques de l'éducation pour la santé dans ses expertises collectives, s'est laissée emporter dans le courant de l'estime de soi. Ses experts écrivent : « L'estime de soi est un concept clé dans la compréhension de la santé mentale et dans la gestion des événements négatifs ».

De nombreux travaux ont également mis en évidence la relation inverse qui existe entre la qualité de l'estime de soi et la fréquence des consommations de substances psycho-actives. Dans un ouvrage collectif dirigé par Alain Morel, il est dit qu'estime de soi et respect d'autrui sont intimement liés car ils participent du même mouvement, celui du lien et de l'attachement. Une lacune dans le lien à une figure parentale peut susciter chez l'enfant une insécurité et une peur qui vont marquer toute sa destinée. La toxicomanie par la modification de soi et de son rapport au monde sous l'effet de substances influant sur la genèse des émotions et des significations et des significations affectives constitue une tentative de soulagement de telles blessures. L'auteur ajoute : « Le respect de soi et des autres se forge et se structure dans des interactions primaires et dans la confrontation à l'expérience sociale. C'est donc prioritairement d'éducation qu'il s'agit, apprendre et aimer, transmission et réciprocité, estime de soi et respect d'autrui ne peuvent être détachés de la relation affective et éducative. En matière de prévention, les soutiens aux adultes pour assumer leur fonction parentale et de support identificatoire sont ici primordiaux. » Ce qui est dit là est vraiment très important, notamment, notamment pour lutter contre le sentiment d'impuissance qui s'empare de tout éducateur pour la santé lorsqu'il entend parler de déterminants aussi précoces des comportements de santé. Comment agir sur les interactions primitives parents/enfant, comment intervenir ?

Pour accroître l'estime de soi des enfants, l'une des pistes d'action résiderait dans le soutien à la fonction parentale en veillant à maintenir une image valorisée et valorisante des parents. L'ethno-psychiatre Marie-Rose Moreau ne dit pas autre chose. Le concept de parentalité part du principe que même chez les parents les plus fragiles il y a des émergences sur lesquelles on peut s'appuyer. Or, la parentalité telle qu'elle est reprise actuellement consiste à rééduquer les mauvais parents. On transforme ce qui est de l'ordre de l'intime et de la subjectivité en ordre

social. C'est destructeur pour la famille, les parents ne sont pas démissionnaires, mais discrédités.

En novembre 2005, de nombreux observateurs ont souligné le lien entre les déchaînements de violence dans les banlieues pauvres et le sentiment d'humiliation et d'exclusion de ces adolescents. Maxime Apostolo affirme ainsi que les jeunes qui ont enflammé les banlieues ont avant tout, je cite : « honte de vivre, considérés qu'ils sont comme des enfants non désirés, conçus hors du contrat social et qu'une République mal revenue de ses aventures coloniales se refuse à reconnaître. Envahis de ce sentiment de honte, à l'opposé donc de l'estime de soi, du respect si important à leurs yeux, ils brûlent ce qui les relie à ce monde qui les rejette, ils brûlent leurs écoles comme on déchire de rage et de honte un carnet de notes catastrophique, preuve de leurs échecs. Ces adolescents se vivent à la fois comme des parias et comme des incapables. Un lien direct est fait ici entre faible estime de soi et violence. »

Quel remède apporter à cette image de soi terriblement dégradée ? Marie-Rose Moreau, encore elle, déplore que parmi les réponses avancées au problème des banlieues aucune ne concerne la santé. L'hypothèse que les adolescents ne sont pas tous des casseurs qu'il suffirait d'exclure de la société, mais des personnes en souffrance psychique n'a pas été émise, dit-elle. Ces adolescents déscolarisés sont absents à la société et tant qu'ils ne la détruisent pas, ils sont transparents. Les institutions ont toujours conçu l'intégration des migrants comme un abandon de leur histoire pour accéder à ce qui serait l'identité française. Or l'adhésion aux principes républicains ne peut pas être un abrasement culturel mais un métissage. Pour l'estime de soi des enfants et des adolescents d'origine étrangère, l'ethno-psychiatre préconise des expériences valorisant la culture de chacun, notamment au sein de l'institution scolaire.

Selon David Lebreton, un monde marqué par l'obsolescence des valeurs, des techniques, voire des hommes rend difficile la transmission aux jeunes générations des repères susceptibles de fonder durablement le sentiment de sa valeur propre d'individu. Nulle évidence sociale ne garantit au jeune que son existence a une signification et une valeur. Les adolescents d'aujourd'hui ne dépendent plus de traditions, de chemins tout tracés ou d'idéologies susceptibles de donner sens et orientation à leurs difficultés personnelles. La culture des pairs supplante celle des pères, la transmission s'efface devant l'imitation. Il faut donc être à la hauteur du regard des autres, ceux de sa classe d'âge. L'une des terreurs des adolescents est de passer pour un bouffon. Le risque pour l'identité est plus redoutable à assumer que le risque pour la santé ou pour la vie. Pour obtenir l'assentiment du groupe, pour protéger son honneur, l'adolescent est prêt à relever tous les défis, endurer la douleur ou s'arranger de la loi. Se dérober à l'épreuve est impensable pour l'estime de soi et sa place dans le groupe.

L'autonomie du sujet et la fragmentation du lien social ont déplacé le foyer de l'estime de soi vers le regard des autres les plus proches, non plus les parents, dont l'amour est acquis, mais celui des pairs dont le jugement impitoyable s'énonce moins sur un mode moral que dans la

conformité à des modèles ambiants et provisoires. Bien que la problématique masculine soit centrale dans tous les raisonnements précédents, prenons garde à ne pas oublier au passage les filles dont toutes les études montrent qu'elles tendent à avoir une estime d'elles-mêmes bien plus basse que celle des garçons, y compris dans les domaines comme la scolarité, les conduites ou les relations sociales, où elles obtiennent objectivement de meilleurs résultats. Les auteurs des recherches sur ce sujet peinent à expliquer ce constat. Aspiration idéale trop élevée chez les filles, influence néfaste de l'environnement, importance attachée à l'apparence physique, valeurs culturelles favorables aux hommes, toutes les hypothèses ont été émises sans conclusion définitive. En revanche, Bolignini et Plancherel ont constaté que si l'estime de soi tend à s'exprimer comme un facteur unique chez les filles, elle se divise chez les garçons en deux dimensions principales : soi-même face aux adultes et soi-même face au père. Les garçons parviendraient ainsi plus facilement que les filles à préserver des zones d'estime de soi élevée, tandis que les filles atteintes dans une seule dimension de l'estime de soi tendraient à se juger globalement de façon négative.

David Lebreton souligne que l'impératif de représentation touche de plein fouet les adolescentes à travers la nécessité de séduire pour exister au moins sur la valeur de leur apparence. Évoquant les scarifications adolescentes, il affirme : « En retournant sa souffrance contre sa propre peau, en s'entaillant, l'adolescente récuse le modèle de séduction qui l'étouffe et qui fait de son apparence le critère d'évaluation majeur de ce qu'elle est là où le garçon est plutôt jugé sur ce qu'il fait. »

Lorsqu'on a affaire à des enfants ou des adolescents, il est de toute façon important de garder à l'esprit que l'estime de soi est la résultante de plusieurs composantes. Pour Christophe André et François Lelord, l'estime de soi recouvrirait au moins cinq dimensions : l'apparence physique, la réussite scolaire ou le statut social, les compétences athlétiques, la conformité comportementale et la popularité. Ces dimensions ne se distribuent pas forcément de manière homogène. C'est-à-dire qu'un adolescent peut avoir une estime de soi élevée sur certaines dimensions et faible sur d'autres. Un autre phénomène intervient, l'importance accordée à chacun de ces domaines. Si le jeune se juge favorablement sur un plan, mais pense que ses compétences ne sont pas désirables dans le milieu où il évolue, son estime de soi n'en sera pas confortée pour autant.

La comparaison de soi-même avec les personnes de son environnement immédiat représente l'un des mécanismes fondamentaux de l'ajustement de l'estime de soi. Mais le résultat de cette comparaison sera différent selon l'estime que l'on a de soi-même. Les sujets à haute estime de soi comparent plus volontiers vers le bas – il y a pire que moi –, tandis que ceux à basse estime de soi s'enfoncent en comparant vers le haut – plein de gens sont meilleurs que moi. Par ailleurs, plus le sujet pense qu'il est l'objet d'une évaluation favorable par les autres, plus cela améliore son estime de soi. Ce phénomène est différent de l'autosatisfaction liée au leadership. Pour l'estime de soi, il vaut mieux se sentir aimé que se sentir dominant.

Pour André et Lelord, l'estime de soi n'est pas qu'une caractéristique de la personnalité, c'est aussi un outil pour s'adapter à son environnement. Confronté à des difficultés, un enfant avec une bonne estime de soi adopte des stratégies de résolution de problèmes adaptées : recherche de soutien social, remise en question mesurée des comportements inadéquats, confrontation à la réalité. Une faible estime de soi est associée à des stratégies inverses : repli sur soi, réticence à parler de ses soucis, autocritique excessive, déni des difficultés, évitement du problème. Il existerait également un lien étroit entre l'estime de soi et la capacité à s'engager dans des actions qui apportent des bénéfices à long terme malgré l'absence de bénéfices à court terme, voire des inconvénients immédiats. Cette stratégie, qui ferait défaut aux personnes à basse estime de soi, expliquerait leur difficulté à adopter des comportements favorables à leur santé.

Alors, comme cela arrive pour tout concept suscitant à un moment ou à un autre de son histoire un engouement un peu irraisonnable, les actions fondées sur le développement de l'estime de soi font également l'objet de critiques. C'est ce que l'on pourrait appeler, puisqu'il est question d'adolescents, le côté obscur de la force. Il est ainsi impossible d'ignorer tout un courant de recherche initié par Roy Baumeister aux États-Unis qui remet en cause la pertinence de la représentation d'une haute estime de soi comme un garant de « bonne conduite ». Ce courant commence à être relayé en France, notamment par des équipes de recherche basées dans des IUFM. L'une d'entre elles dirigée par Marie-Christine Tocquesek conclut d'une analyse de cette littérature que les auto-évaluations hautement favorables seraient les plus à même de conduire les sujets vers des comportements violents ou à risque. Lorsqu'une opinion de soi positive est associée à la vanité, l'arrogance ou la suffisance, elle serait le signal d'une mauvaise adaptation et entraînerait des comportements défensifs : préjugés, comportement agressif et violent, biais d'auto-complaisance, rejet de la responsabilité et de l'échec. Une évaluation de soi négative portée par autrui ferait ainsi apparaître deux vues contradictoires du soi : une auto-évaluation favorable et une évaluation externe défavorable vécue comme une menace. Ce serait donc le décalage entre une opinion de soi consciemment élevée et une image de soi inconsciemment défailante qui serait à l'origine des comportements déviants.

Cette idée se révèle assez convaincante et rencontre des perceptions que nous pouvons avoir intuitivement les uns et les autres dans nos relations interpersonnelles. Mais il est aussi important de préciser que l'étude de Baumeister porte sur des comportements de violence extrême chez des criminels, terroristes, violeurs, dictateurs et autres psychopathes, et qu'il est difficile de généraliser ses conclusions à ce que nous appelons en France comportements à risque qui recouvrent heureusement des réalités moins extrêmes. D'autre part, on peut s'interroger sur la conception de l'estime de soi impliquée dans ces études qui se rapproche sans doute davantage de la mégalomanie ou de l'auto-évaluation grandiose que d'une représentation équilibrée et positive de soi.

Plus intéressante, me semble-t-il, est la réflexion d'André Dubuc de la Croix Rouge de Belgique, qui se demande si l'estime de soi ne charrie pas une nouvelle forme de pensée unique derrière laquelle se masque le modèle idéal d'un nouvel homo estimus sûr de lui, confiant dans ses capacités, sachant dire oui, osant dire non, se valorisant à suffisance, au risque de se fracasser l'encensoir sur le crâne, représentant par là une sorte d'antidote du manque et du déséquilibre. Le manque de confiance en soi ne peut-il pas se révéler aussi un moteur puissant, un levier, une source d'énergie et libérer aussi une pensée créatrice ? La réponse est naturellement dans la question. Comme pour toute action d'éducation pour la santé, elle nous conduit à prendre garde à ne pas vouloir formater les personnes, mais à les accompagner avec respect. Le même André Dubuc est d'ailleurs un fervent partisan du développement de l'estime de soi dans une approche globale de promotion de la santé.

Ces études et réflexions ne doivent donc pas, à mon avis, fondamentalement remettre en question la pertinence des actions destinées à accroître l'estime de soi des enfants et des adolescents. Il serait dommage que des débats comme celui-ci conduisent les intervenants en prévention à se priver d'intégrer dans leur pratique la réflexion sur le concept d'estime de soi. Sur un plan opérationnel justement, rappelons que les leviers du développement de l'estime de soi sont bien connus : le sentiment d'être aimé et le sentiment d'être compétent. D'une part, il importe que les attitudes éducatives assurent l'enfant ou l'adolescent qu'il est inscrit dans des réseaux de relation affective positive. L'une des sources de l'estime de soi repose sur la capacité d'autrui à dissocier l'acte de la personne. La réprobation vis-à-vis d'un comportement inadéquat ne doit pas amener la personne à sentir remise en cause sa valeur personnelle.

D'autre part, se sentir compétent, performant, doué, habile nourrit l'estime de soi. La réussite est valorisante, elle répond aux ambitions et aux attentes de la personne. Compte tenu de cette connaissance que nous avons des leviers de l'estime de soi et du lien reconnu entre estime de soi et prise de risque, il paraît judicieux, dans le cadre des actions de proximité, de ménager des situations où les personnes se sentent à la fois appréciées pour ce qu'elles sont et compétentes. Germain Duclos propose ainsi un programme pédagogique en quatre points : favoriser un sentiment de sécurité et de confiance, favoriser la connaissance de soi, favoriser un sentiment d'appartenance et un sentiment de compétence. Ce programme s'oppose aux actions de proximité centrées sur un apport de connaissances qui replongent les adolescents en échec dans la honte liée à leur difficulté d'apprentissage, de mémorisation, de concentration. De même, si l'on se soucie d'efficacité et de cohérence, comment justifier encore les actions de communication médiatique ayant volontairement ou non un impact négatif sur l'estime de soi.

On se souvient d'une campagne de communication qui valorisait les ex-fumeurs en les plaçant en situation d'exprimer leur fierté devant un micro. On se souvient malheureusement aussi des différentes campagnes de lutte contre le tabagisme qui, par une collusion de

représentation, ont assimilé le fumeur à des objets répugnants. Je cite, « l'objectif de cette stratégie est d'aller à l'encontre de l'image de la cigarette séduction, de la cigarette glamour, pour inscrire le tabagisme dans un univers glauque et défavorable, l'haleine, l'aspect sale et malodorant du tabac. Il ne s'agit pas de développer des messages culpabilisants, mais de faire comprendre que le fumeur est une victime. Effectivement, l'atteinte de l'estime de soi ne suscite pas la culpabilité, mais la honte. Le statut de victime n'a rien non plus de particulièrement valorisant.

Je pense également à la campagne de 2003 – c'est surprenant tout ce qu'on peut mettre dans une cigarette – avec, je cite encore : « Une campagne télévisée centrée sur un film associant l'univers du fumeur à celui d'une poubelle ». Je pense aussi à une récente campagne de lutte contre la consommation excessive d'alcool qui laisse entendre que la limitation de la consommation relève d'un geste simple, « un petit geste peut vous en épargner beaucoup d'autres ». Si le geste est simple, c'est que ceux qui ne parviennent pas à le faire sont des incapables. Or, comme le rappelle Philippe Lecor, on ne se débarrasse pas d'un comportement comme d'un vêtement quand il fait trop chaud. Le comportement fait partie de soi. Le modifier implique une refonte en profondeur de qui l'on est et de l'image que l'on a de soi-même.

C'est là à mon sens l'enjeu majeur de l'utilisation du concept d'estime de soi en prévention et en éducation pour la santé. Ni alibi, ni recette miracle, mais changement en profondeur du regard que nous portons sur nos publics et du rapport respectueux et égalitaire que nous choisissons d'établir avec eux. Je vous remercie.

Échanges la salle

Alain Morel

Je vous propose de prendre quelques minutes pour poser quelques questions à Christine Ferron, voire exprimer des remarques.

Patrick Laure

Ma question est celle d'un béotien. Nous avons suivi dans le département des Vosges depuis quatre ans 4 500 élèves d'une même classe d'âge et nous avons mesuré tous les six mois différents facteurs psychologiques, dont l'estime de soi, dont l'anxiété etc., que nous avons croisés avec des notions comme la santé perçue, l'image corporelle, les performances sportives, les performances scolaires, les consommations de substances. Nous avons constaté, comme vous le soulignez fort justement, qu'une estime de soi plutôt basse, inférieure à la moyenne de l'ensemble des élèves, était associée à la consommation, par exemple, de certaines substances comme le tabac ou le cannabis. Et nous nous sommes alors posé une question à laquelle nous n'avons pas trouvé de réponse jusqu'à présent, dans la littérature en

tout cas. Finalement, quel est le lien de causalité entre l'estime de soi et ce que l'on constate ? C'est-à-dire est-ce qu'une estime de soi basse entraîne – pour être caricatural et négliger tous les autres facteurs – une consommation de substances, comme par exemple le tabac, ou est-ce que c'est la consommation de ces substances qui entraîne une estime de soi basse ? Je crois que cela a un certain nombre de répercussions dans le champ de l'éducation pour la santé.

Christine Ferron

Je ne prétends pas être une grande spécialiste de l'estime de soi. Néanmoins, j'ai pas mal balayé la littérature, et ce que j'ai pu voir dans les études longitudinales va plutôt dans le sens de votre première assertion. C'est-à-dire qu'au départ, nous avons affaire à des enfants ou des préadolescents qui présentent une basse estime de soi ou une mauvaise image d'eux-mêmes, et en les suivant pendant plusieurs années et en faisant des mesures longitudinales, nous constatons que ce sont ceux-là qui sont les plus enclins à développer des consommations à risque, qui vont au-delà de l'expérimentation qui est plus largement répandue. Vous avez publié votre étude, j'en ai pris connaissance, et c'est un des éléments qui m'a aidée dans ma réflexion.

Frédérique Haller

Nous avons des chercheurs qui travaillent sur l'estime de soi en STAPS par rapport à des patients adultes obèses ou insuffisants respiratoires que nous ramenons à une activité physique, et nous constatons que pour les ramener à cette activité physique régulière, il faut un travail sur l'estime de soi. Vous avez cité cinq dimensions. La part de ces dimensions reste-t-elle identique ou y a-t-il une évolution du pourcentage ou de la part des dimensions entre l'adolescence et l'âge adulte ? Vous avez également cité deux leviers. Ces deux leviers restent-ils aussi importants à l'âge adulte ? Sachant que le premier levier, c'est-à-dire le sentiment d'être aimé ou la sécurité d'être aimé est peut-être plus difficile chez un adulte.

Alain Morel

D'ailleurs, ces cinq dimensions et ces leviers font-ils partie d'une grille validée ou sont-ils issus de votre travail ?

Christine Ferron

Les cinq dimensions sont celles présentées comme étant les composantes de l'estime de soi par Christophe André et François Lelord qui ont beaucoup publié sur la question dernièrement et qui ont une approche plutôt qualitative de ces questions. Les deux leviers peuvent s'appliquer à tout âge. Je n'ai pas eu le temps de développer tout ce que recouvre ce terme de sentiment d'être aimé, mais c'est le sentiment d'être apprécié, d'être attendu, que quelqu'un porte sur vous un regard positif, et notamment ne vous réduit pas à un symptôme ou à un

comportement inadéquat, c'est-à-dire vous considère dans votre entièreté d'être humain et pas seulement par rapport à un problème à résoudre ou un symptôme à soigner. C'est valable quelle que soit la population à laquelle on s'adresse ou pour laquelle on veut mettre en place des actions. Quant aux cinq dimensions, il s'agit de celles décrites par les auteurs. Ce sont des composantes qui ont, dans l'absolu, une égale valeur, mais qui pour un individu donné, n'auront pas la même importance. C'est-à-dire qu'une personne pourra se juger très positivement sur une de ces composantes et très négativement sur une autre. C'est plutôt une approche descriptive, analytique.

Frédérique Haller

La part de la réussite sociale peut peut-être croître par rapport à la part des aptitudes ou des compétences physiques, par exemple.

Christine Ferron

Non, en fait, elle prend un autre sens à l'âge adulte. C'est moins le théâtre de l'école pour laquelle les performances physiques ont une importance. Christophe André dit que finalement nous voyons refleurir à chaque printemps les régimes, toutes ces choses qui rencontrent un énorme succès dans la population adulte et qui, finalement, renvoient à la capacité à se montrer athlétique, en forme. Cette valeur est également très portée à l'âge adulte. En revanche, si un adolescent a une estime de soi très élevée sur une de ces composantes, mais qu'elle n'est pas valorisée dans son milieu familial ou par ses pairs, elle ne s'en trouvera pas renforcée.

Docteur Pariente

Je suis médecin de santé publique en Ile-de-France. En effet, l'estime de soi n'est pas un concept récent, il y a toute une tradition. Vous avez évoqué les études longitudinales pour faire le lien entre les facteurs d'estime de soi et les conduites à risque. Peut-être pourrions-nous rapprocher cela du concept de facteurs de vulnérabilité. C'est-à-dire que dans un certain nombre de pathologies, comme par exemple la dépression, des travaux longitudinaux ont mis en évidence des facteurs de vulnérabilité, c'est-à-dire des facteurs qui interagissent et qui vont ensuite être plus souvent associés à l'apparition d'une dépression. Le corollaire étant de se demander par quel moyen il est possible d'intervenir sur une certaine dimension de l'estime de soi dans la mesure où on considère qu'il y a un lien de cause à effet, ou en tout cas une sensibilité des sujets à basse estime de soi.

Christine Ferron

Je n'ai pas souhaité parler beaucoup des actions puisqu'elles vont être abordées dans la suite de la session. En tout cas, par rapport au facteur de vulnérabilité, je souscris tout à fait à ce que vous dites. C'est un peu le revers du facteur de protection qu'est l'estime de soi.

Alain Morel

Je vous propose de passer la parole à Michel Joubert, sociologue, un des responsables de la mission Prévention de Seine-Saint-Denis, qui va porter un regard plus sociologique sur la question de l'estime de soi.

La honte et l'estime de soi au prisme des processus de précarisation

Michel Joubert

Merci de laisser parler un sociologue dans cette noble assemblée. Mon intervention sera un peu différente, un peu décalée, mais complémentaire à ce qui a pu être dit d'un point de vue plus psychologique. Mon intervention sur ces questions-là est un peu à risque, c'est-à-dire qu'il n'est pas très bien considéré dans les différentes disciplines de s'aventurer sur les croisements de problématique ou de compétence. Comme l'on se fait critiquer par les sociologues et les psychologues si l'on s'aventure dans leur domaine. Tout le monde trouve donc à y redire, et je crois qu'il y a là quelque chose qui mériterait de changer. Voilà une vingtaine d'années que ces questions de croisement des références et des problématiques sont à l'ordre du jour et c'est de cela dont je voudrais parler pour donner des éléments de contexte plus sociologiques sur ces phénomènes de rapport à l'estime de soi.

La sociologie en tant que telle n'a donc aucune raison de venir empiéter sur le champ de la psychologie et de la paraphraser ou de lui donner des leçons. La question est simplement de savoir s'il existe aujourd'hui des raisons communes de revoir le périmètre de nos champs respectifs au regard des problématiques sanitaires et sociales qui s'expriment aux frontières, avec en arrière-fond des interrogations, des inquiétudes sur des risques de psychologisation ou de psychiatrisation des questions sociales ou, inversement, des tendances à donner un habillage social à des questions psychologiques. L'autre passage de frontière est celui entre connaissance et action, théorie et pratique. Que peuvent apporter nos disciplines, disciplines de production de connaissances et de recherche, aux acteurs engagés, notamment dans la prévention ? Cette question nous préoccupe. La connaissance des phénomènes, des processus, des conditions dans lesquelles un certain nombre de populations vont se trouver exposées, confrontées à des difficultés de ce type, est susceptible d'éclairer et d'améliorer l'action des professionnels, mais avec des précautions dans la manière de travailler et d'opérer ces transferts d'approche et de connaissance de la théorie à la pratique.

Dernier risque, et non le moindre, avec les questions de santé mentale, c'est que nous nous trouvons au cœur de questions sensibles, voire morales pour les sociologues. À partir du

moment où l'on considère que la santé mentale ce n'est pas que la maladie mentale ou la psychiatrie mais a bien à voir avec la manière dont les individus sont amenés à s'équilibrer, se déséquilibrer, se remobiliser par rapport à eux-mêmes face à un ensemble d'épreuves ou de conditions défavorables, ces mécanismes de mobilisation et d'action des individus dans ce domaine sont des questions morales dans le sens où ils conduisent les individus à se positionner à l'égard d'un certain nombre de valeurs et d'enjeux de société et souvent à être classés, jugés, évalués eux-mêmes sur ce qu'ils font par un ensemble d'instances de la société. Il n'est pas question de réfléchir sur la manière dont un certain nombre de violences peuvent être fabriquées aujourd'hui, mises en scène et exploitées par un ensemble d'intérêts, néanmoins je pense que l'actualité est tout à fait intéressante car précisément autour du débat public engagé sur la précarisation du rapport à l'emploi, nous avons une expression très forte de cette sensibilité poussée à l'extrême dans le corps social, ce lien entre précarisation des conditions de vie, précarisation du rapport au travail, précarisation des conditions dans lesquelles les individus sont amenés à se socialiser, et respect, valeurs, estime de soi. Tout cela au nom de l'impératif de flexibilité qui supposerait que les individus soient aujourd'hui plus à même de réguler seuls ces conditions qui leur sont faites de mobiliser plus fortement les ressorts psychologiques dont certains seraient plus ou moins bien pourvus. Il y a là quelque chose qui doit nous faire réfléchir sur un certain nombre d'enjeux de société.

Les références sur lesquelles je m'appuie ont été citées tout à l'heure. D'abord, quinze ans de recherche sur le département de Seine-Saint-Denis. Alain Morel a précisé que beaucoup de recherches actions auxquelles nous avons participé se sont inscrites sur un territoire plus particulièrement marqué et concerné par la précarisation, dans le champ de la protection de l'enfance, dans le champ de la prévention spécialisée et dans le champ de la réflexion sur le développement des conduites à risque. Nous avons essayé de développer des travaux, des investigations, des recherches actions avec les professionnels, avec les cliniciens, avec les populations elles-mêmes, c'est-à-dire des jeunes avec lesquels nous rentrions en contact dans le cadre de ces recherches, pour mieux comprendre ce qui était en jeu, ce qui se passait, les processus à l'œuvre, et ainsi éclairer les différents professionnels concernés dans le cadre de leurs activités ordinaires d'enseignement, d'action sociale, de protection, mais également les activités de prévention. Les séminaires de réflexion que nous avons menés dans le cadre de la délégation interministérielle à la ville sur les questions de santé, puis sur les questions de santé mentale et de toxicomanie nous ont beaucoup aidés. Il s'agissait à nouveau de confronter des acteurs sur le terrain ayant des expériences dans ces domaines.

Le contexte général est depuis une vingtaine d'années un contexte de transformation de société. Et ce qui est exprimé, de manière un peu simplificatrice, en termes de développement de la souffrance sociale doit être aujourd'hui relativisé et rapporté aux conditions sociales dans lesquelles les individus vivent et peuvent exprimer les difficultés qu'ils rencontrent. En tant que sociologues, nous avons tendance à montrer la manière dont les choses se fabriquent.

Il y a, bien sûr, les tendances spécifiques à l'individu, mais il existe pour les phénomènes qui nous préoccupent aujourd'hui des mécanismes d'encadrement, de fabrication, d'induction qu'il est nécessaire de mettre en perspective de façon à ne pas charger exagérément l'individualité dans sa capacité ou dans son incapacité, ou alors avec des risques forts de paradoxe, c'est-à-dire en insistant sur la responsabilité de l'individu dans sa capacité ou son incapacité à renforcer encore les images ou les identités négatives qu'il pourrait avoir.

Les principales composantes de la fragilisation sociale telle qu'elle se développe à partir du moment où la société se précarise, c'est-à-dire où les sécurités sont remises en cause, où les cadres et supports sociaux sont fragilisés par la désagrégation d'un certain nombre de cohérence qui existaient dans le cadre des conditions de vie organisées dans les classes sociales, l'ensemble de ces fragmentations, de ces déstructurations au fil des années ont produit des tensions, des injonctions également aux individus, des injonctions à l'adaptation, à la recomposition extrêmement productrices de difficultés. Tout le monde se révèle dans des positions très inégales du point de vue des conditions même de réponse à ces injonctions. Et ce sont ces conditions différentielles de confrontation à ces transformations sociales qui sont aujourd'hui à l'ordre du jour. Beaucoup d'enfants et d'adolescents mis à l'épreuve aujourd'hui dans leur capacité éducative, relationnelle, sont souvent non pas les victimes, mais les porteurs d'une résultante qui s'inscrit dans ce que leurs familles ont pu connaître comme épreuves, déstabilisation et remise en cause de ce qui constituait leur sécurité, mais également de ce que la société leur renvoie comme jugement, comme image. Il y a donc là un ensemble d'images extrêmement éprouvantes auxquelles tous les adolescents engagés dans des conduites à risque sont confrontés, et qui ont à voir avec la question de la place. Si on n'a pas une bonne image, c'est souvent parce qu'on n'a pas de place, et pour quelles raisons a-t-on le sentiment de ne pas avoir de place. C'est-à-dire se reconnaître comme étant dans le corps social, destiné à occuper une place ou, au contraire, avoir le sentiment que rien n'a été prévu pour cela, que tout va à l'encontre de l'idée que chacun pourra trouver sa place. Il y a là un sentiment très directement ressenti et exprimé par un certain nombre d'adolescents qui ne se sentent pas reconnus, identifiés comme susceptibles de pouvoir, grâce à leurs capacités propres, trouver cette place.

Derrière la question de la place, il y a celle de la reconnaissance, c'est-à-dire une question de relation. Nous ne sommes plus devant l'individu seul, mais l'individu dans le rapport à l'autre et la manière dont l'autre à l'intérieur de la sphère familiale, puis l'adulte dans toutes ses figures, va être en capacité lui-même d'être dans une reconnaissance de ce que cet adolescent est amené à rechercher, à mettre à l'épreuve et à construire. Très souvent, les déficits s'alimentent du sentiment que les conditions minimum, les conditions sociales de base pour être dans cette relation n'existent pas. À partir de là, il y a un hiatus profond sur le plan social qu'il est difficile de combler simplement avec une approche individuelle ou clinique.

Les processus qui accompagnent la précarisation alimentent évidemment la question de la reconnaissance, que ce soit l'isolement, la ségrégation, la discrimination, autant de logiques sociales productrices de vulnérabilité. Les vulnérabilités sont vécues par les personnes qui les vivent comme quelque chose à laquelle elles ne s'identifient pas totalement. Elles résistent à l'idée qu'elles pourraient être identifiées à ces vulnérabilités, et il y a dans cette fabrique de précarité et de vulnérabilités des conditions extrêmement inégalitaires d'expression et de manifestation de l'estime de soi.

Les publics concernés sont très variés. Les enfants et les adolescents qui nous préoccupent aujourd'hui sont plus particulièrement concernés car ils connaissent en plus de la précarisation et des vulnérabilités sociales, des vulnérabilités spécifiques et des fragilités structurelles logiques propres à leur âge et qui se trouvent ici simplement surchargées, amplifiées, surdéterminées par les conditions sociales. Pour ceux qui vivent l'injonction d'avoir une bonne estime de soi comme une stigmatisation, c'est vécu comme une injustice, comme quelque chose qui leur a été imposé, qui a fait partie de conditions de fabrication sociale.

Pour revenir sur les logiques à l'œuvre dans ces processus sociaux de fragilisation, le stigmatisme vient cristalliser, marquer l'image négative, et il y a là quelque chose qui a une force destructrice tout à fait importante. C'est vécu comme une véritable sanction qui vient doubler la condition vécue par un certain nombre d'individus d'une image morale sur leur valeur, sur leurs qualités. Et beaucoup vivent aujourd'hui le simple fait d'habiter un quartier d'habitat social, d'être d'une certaine origine, de vivre dans un milieu défavorisé sur le plan socio-économique, comme porteur d'un jugement négatif qu'ils vont confirmer dans un ensemble d'interactions avec le monde adulte, confirmer à l'école, confirmer dans leurs relations avec des adultes. Ces processus s'enchaînent, alimentent ces images négatives, alimentent la fragilité de certains, renforcent la résistance et l'opposition d'autres. Les plus résistants auront besoin d'une bonne dose d'estime de soi pour convertir tout ce qui a été subi en termes de condition, de stigmatisme en quelque chose leur permettant malgré tout de trouver une adaptation décalée en s'engageant dans l'économie parallèle, en développant des activités illicites et en développant une capacité d'invention et de mobilisation extrême. Et les autres, au contraire, vont surcharger, sur-confirmer en permanence ces images et ces logiques d'identité négative. Jusqu'à un ensemble de phénomènes que nous connaissons, comme les conduites à risque, la consommation de produits, les tentatives de suicide, c'est-à-dire des situations limites dans ce processus d'ajustement à ces conditions pas si bonnes, même extrêmement défavorables, pour assurer ce processus d'équilibre où on est amené à se construire dans la négociation et l'équilibrage, situation idéale que l'on rencontre de moins en moins. Les conditions posées sont extrêmement difficiles à réunir quand on vit dans la précarité, avec des problèmes de survie et surtout des images négatives.

Un petit zoom sur le versant social de cette fabrique de honte, d'estime, d'images négatives. On retrouve cette pression sur l'individu. Aujourd'hui, de plus en plus, les individus sont sommés d'être responsables, autonomes, performants, et sont sommés d'avoir une bonne estime de soi. Cette sommation inégalitaire, puisque tout le monde n'est pas dans la même position pour y répondre, est une mise à l'épreuve extrêmement douloureuse. La recherche de ce qui pourrait aider à surmonter cette épreuve, à rendre moins insupportable cette attention qui traverse même la sphère familiale, qui traverse même le groupe de pairs à travers les valeurs de la compétition, de la concurrence, de la capacité à être le plus fort, le leader, ces mêmes mécanismes viennent cliver le groupe et produire de la dévalorisation. Il y a donc des mécanismes de dévalorisation qu'il faut aujourd'hui comprendre si on veut faire de la prévention et endiguer, combattre tous ces processus sans commencer par juger les individus, sans les soumettre à nouveau à des mécanismes de déconsidération.

Toutes ces manières de se considérer soi-même ne peuvent être réduites simplement à de la psychologie individuelle. L'image de soi, les traits de personnalité, les faiblesses individuelles sont, bien entendu, des composantes essentielles, mais elles n'existent que dans la confrontation aux autres dans des situations et des contextes donnés. Elles sont même souvent imagées, mises en scène, objectivées. Il y a ceux qui réussissent, ceux qui surmontent, ceux qui font preuve de résilience. Autant de figures extrêmement difficiles à vivre quand on est du côté de ceux qui ne sont pas dans la hiérarchie ou dans la classification, dans la distribution des bons points de résilience ou d'estime et qui sont du côté où il y a du mal-être, de la difficulté. Et là, la conduite à risque, la mise à l'épreuve, la violence vont trouver à s'exprimer parce qu'ils vont constituer des aliments, des matériaux, pour assurer la jonction et malgré tout continuer à être acteur.

Il y a donc un rapport social d'évaluation des individualités qui existe en permanence à l'école, à l'entrée du marché du travail, jusqu'à l'intérieur des groupes de pairs. Et la sensibilité très différentielle des jeunes aujourd'hui par rapport au CPE a à voir avec cette manière dont on met aujourd'hui en scène cette question du renvoi vers l'individu d'une mise à l'épreuve prolongée, donc d'une fragilité prolongée. C'est insupportable parce que cette fragilité est déjà là, est déjà insupportable, ce qui pose un problème dépassant totalement l'éducation à la santé. Il existe des figures sociales de mésestime que nous pouvons très rapidement lister. La première est l'attribution d'incapacité. Arrêtons de mettre les personnes en situation d'incapacité. Arrêtons de leur dire qu'ils ne sont pas capables. Cette fabrication d'incapacité, d'inemployabilité, d'inéducabilité, est invraisemblable. Les terminologies se sont multipliées pour signaler la moindre qualité ou la moindre capacité d'un certain nombre d'individus, et ces individus ne supportent pas d'être renvoyés à cette image négative. La société a beaucoup à faire. À l'école, l'échec peut être une bonne chose s'il est travaillé avec respect dans la relation à l'élève qui éprouve des difficultés ; il peut être une catastrophe s'il est le marqueur d'une incapacité, d'une nullité, car il fabriquera de la honte et de la douleur.

Tout un ensemble d'affaiblissements identitaires vont se manifester à l'occasion de ces processus et les acteurs, l'enseignant, le parent, le travailleur social, l'acteur de santé, sont très souvent amenés à corriger, compenser, améliorer l'image fabriquée, à rétablir de la dignité, du respect sur le plan de l'image. La première prévention étant que chacun dans son rôle soit en mesure d'assurer cette logique. Aujourd'hui, on a l'impression que c'est trop tard, que nous avons déjà des situations extrêmement dégradées d'un côté et qu'il est nécessaire d'exercer cette prévention de plus en plus jeune pour éviter que les générations futures ne vivent pas la même histoire.

En travaillant une approche ethnographique sur les histoires et les trajectoires des personnes qui étaient dans des situations extrêmes, nous avons constaté qu'elles ne sont pas dans la position suicidaire qu'on leur attribue, dans cette position vide de sens du point de vue de leur intériorité. Elles sont effectivement déçues par rapport au corps social, elles sont effectivement dans une confrontation et à la recherche d'autre chose, et souvent dans une subversion de tout ce qui leur est proposé. Le contact ou la capacité à recréer des situations différentes est donc extrêmement difficile. En même temps, elles n'attendent que cela. Il y a donc nécessité, à tous les niveaux du corps social, de multiplier les surfaces de reconnaissance, toutes les occasions permettant de recréer de la valeur, de la qualité, dans le respect mutuel. Ce qui signifie ne pas se laisser marcher sur les pieds, ne pas se laisser insulter, rétablir les termes d'un échange, reconstruire de l'échange et donc reconstruire du social là où il s'est fragmenté et là où on incrimine les difficultés de communication en stigmatisant encore davantage celles et ceux qui sont dans ces difficultés extrêmes.

Les missions de prévention essaient de travailler aujourd'hui avec un réseau d'acteurs à tous les niveaux du corps social, et pas seulement des spécialistes de la prévention, mais tous ceux qui, en tant qu'adultes, sont susceptibles de pouvoir modifier les termes de l'échange avec les enfants et les adolescents et à même d'enrayer cette vulnérabilité, cette spirale en abîme à l'œuvre actuellement. Nous avons une extraordinaire expérimentation en France aujourd'hui à travers la mobilisation contre le CPE, qui montre une volonté de résistance, la non-acceptation de la fatalité vis-à-vis de la fragilisation, de la précarisation des individus. C'est extrêmement encourageant. À côté du chantier politique et social, il y a également un chantier préventif qui doit se nourrir de cette résistance, de ce refus de la fatalité qui s'exprime actuellement. Je vous remercie.

Échanges avec la salle

Béatrice Almarachard

Je suis médecin et je travaille à la DRASS Aquitaine. En milieu scolaire et périscolaire, il serait nécessaire d'agir auprès des acteurs relais, de certains parents également, et de s'attacher à valoriser systématiquement tout ce qui amène un enfant ou un groupe d'enfants à

être ressource pour d'autres enfants ou une collectivité d'enfants. Il s'agit d'avoir une démarche systématique de mise en évidence de ce qui fait que cet enfant ou ce groupe d'enfants est ressource pour les autres. J'ai un exemple à travers les femmes immigrées. Des projets tendent à valoriser leur façon de faire la cuisine, en éditant par exemple un livre de recettes dont elles ont parlé.

Alain Morel

C'est la valorisation par les pairs en quelque sorte et en même temps communautaire.

Béatrice Almarachard

C'est mettre en évidence aux yeux de l'enfant lui-même ou aux yeux du groupe d'enfants qu'il est ou qu'ils sont ressource, qu'il est ou qu'ils sont une richesse autre que celles dont nous avons l'habitude.

Michel Joubert

En effet, tous ces termes utilisés en éducation pour la santé sont essentiels. Il faut ensuite s'interroger sur le lien entre les ressources propres d'une personne, d'un groupe à un moment donné et ce qui fait hiatus avec les mécanismes ordinaires de l'éducation, de la socialisation etc. Le problème étant le lien entre les deux. Il y a évidemment des ressources, le problème étant qu'il n'y a pas les passerelles et les communications permettant de se convertir en capacité d'affrontement, d'appropriation en termes de droit, de citoyenneté etc.

Docteur Damet

Je suis médecin de collectivité territoriale en municipalité. Je ressens un malaise de fond suite à ces deux interventions, peut-être davantage après celle de Christine Ferron. Vous avez parlé de la mobilisation actuelle contre le CPE. Il a été fait également allusion à l'Inserm, et ce malaise a pour moi à voir avec la fameuse publication de l'Inserm quelque peu controversée. Je suis venue ici avec l'espoir qu'en termes d'estime de soi, on parle de choses évolutives et non de l'ordre d'une classification. Quand j'ai entendu parler d'études longitudinales tout à l'heure, cela m'a fait penser à cette fameuse expertise. Or, je ne suis pas venue ici pour entendre dire que dès l'âge de 2 ans, on sait quels sont les enfants qui ont une bonne estime de soi et ceux qui ne l'ont pas. L'intervention de Michel Joubert suscite un peu le même malaise dans le sens où j'ai le sentiment que c'est de l'ordre d'une déclaration d'intention. C'est-à-dire qu'il y a quelque chose de possible, mais en même temps est-ce qu'une génération, voire plusieurs, ne sont pas perdues. Il est question ici des adolescents, mais nous pourrions dire la même chose d'adultes de 30 à 40 ans en rupture effective et posant des problèmes dans leur quartier. Quels critères objectifs peuvent être proposés à des politiques en matière de santé publique pour avancer et faire autre chose que de la classification ou de la répression ?

Alain Morel

Je me permets d'apporter un premier niveau de réponse à vos propos. Philippe Jeammet a écrit un article dans le *Monde* pour critiquer la pétition à laquelle vous faites référence dénonçant certains éléments de l'expertise de l'Inserm sur les troubles des conduites des enfants. Ce moment présent est un moment important pour peut-être dépasser ces contradictions, ces éventuelles divergences dans la mesure où des propos comme ceux de Christine Ferron se proposaient d'alimenter le débat social qu'a très bien relancé Michel Joubert à travers l'actualité. Il est essentiel de prendre en considération que de telles données, apparemment scientifiques, alimentent la réflexion sociale. Si celle-ci n'est pas alimentée et que nous en restons uniquement à des données d'apparence scientifique, nous risquons d'être confrontés à des réductionnismes et à des recommandations politiquement saisies de façon inquiétante. Nos débats et cet atelier sont destinés à aller au-delà.

Michel Joubert

J'ai essayé de montrer que la compréhension de ces processus permettait d'agir à tous les étages. Quand on comprend ces processus, il est possible d'identifier très précisément des espaces d'interaction autres avec ces jeunes, ces groupes, ces générations, d'imaginer sur le plan de la reconstruction des rapports sociaux des plages plus équilibrées, tenant compte de leur histoire. Ce ne sont pas simplement des histoires individuelles, mais de vraies histoires collectives vécues dans la disqualification. Quelque chose a été massif et extrêmement fort dans la destruction de valeurs, d'où les troubles importants qui s'expriment aujourd'hui. Ces jeunes ne se projettent absolument pas dans un avenir, ni dans un avenir de casseur, ni dans un avenir de brûleur de voitures, et ils sont dans une impasse et dans une situation qu'ils vivent eux-mêmes comme désespérée. En prévention, nous pouvons travailler avec eux, mais nous devons travailler les termes de la rencontre. Il ne suffit pas de mettre en place des ressources, car elles sont aussi un support de manifestation, de contestation, de remise en cause. Il s'agit de co-construire quelque chose. Et c'est ce que font beaucoup de gens dans le cadre d'actions communautaires sur la santé, de travaux sur l'insertion. Ce travail existe, ce n'est pas de l'utopie, mais il n'est pas engrangé, capitalisé comme étant la base d'une nouvelle alliance sur le plan des relations entre les adultes et les adolescents aujourd'hui. Or, c'est un peu de cela dont il est question. Actuellement, tout le monde est mal, les intervenants adultes se sentent eux-mêmes en situation précaire, pas préparés, pas formés, pas en ressource et en mesure de répondre à ces jeunes. Et les adolescents eux-mêmes lorsqu'ils sont dans cette remise en cause frontale de ce qui leur est proposé ne sont absolument pas satisfaits de cela. La perversion est de les laisser dans cet état-là, de ne pas convertir, transformer, déplacer ce qui s'exprime sur le terrain.

Christine Ferron

Ayant travaillé durant des années dans le champ de l'éducation pour la santé et exerçant aujourd'hui comme professionnelle dans un hôpital de jour pour adolescents, je crois profondément aux évolutions possibles des enfants et des adolescents, sinon je ne ferais pas le travail que je fais aujourd'hui. Il ne faut pas non plus diaboliser ce qui peut être réalisé en matière de recherche. Si j'ai cité les études longitudinales, c'est simplement parce que ce sont les seules permettant d'établir avec certitude un lien de cause à effet. Il ne faut pas en avoir peur, il faut les utiliser quand nécessaire et à des fins de démonstration éventuellement. Ce ne sont en tout cas en aucun cas des carcans.

Alain Morel

Christelle Vincent, vous êtes chargée de projet au CODES du Val d'Oise et vous allez nous présenter un processus d'élaboration d'un outil de prévention sur le cannabis.

Modalités d'élaboration d'un outil de prévention de la consommation de cannabis**Christelle Vincent**

Je souhaite tout d'abord remercier l'INPES de me donner la possibilité aujourd'hui de mettre en valeur une action de terrain réalisée par des jeunes. On m'a donc demandé d'intervenir aujourd'hui sur les modalités d'élaboration d'un livret sur le cannabis, qui a été réalisé dans le Val d'Oise en 2002. En 2001, le CODES a posé le constat qu'il existait très peu d'outils sur le thème du cannabis et surtout très peu d'outils réalisés par le public dit concerné. En essayant de faire des recherches statistiques, nous nous sommes rendu compte que les spécificités liées à la consommation du cannabis chez les jeunes devait amener à un certain nombre de projets. Nous avons essayé de travailler autour d'une action, sachant que l'action n'est possible qu'avec les partenaires de proximité. Nous avons donc sollicité une structure accueillant le public jeune et essayé de travailler avec une mission locale. La mission locale de Persan dans le Val d'Oise a trouvé le sujet intéressant et a souhaité travailler avec le CODES sur ce projet. Pendant près d'un an, la mission locale et le CODES ont réfléchi à la pertinence et à la faisabilité du projet. Nous avons prévu un certain nombre de réunions préparatoires pour nous mettre d'accord sur les actions à mener avec ce public, et surtout rechercher les études actions existant sur cette thématique. Nous avons trouvé très peu d'actions impliquant le public jeune dans la création d'un outil sur le cannabis. Nous avons ensuite décidé de rédiger le projet, de chercher les partenaires financiers, les partenaires extérieurs souhaitant participer à l'action, et nous avons élaboré le contenu de l'atelier.

La démarche souhaitée était d'impliquer le public dans toutes les étapes du projet. Il nous semblait important que les jeunes soient sollicités pour toute la construction du livret. En

accord avec la mission locale, nous avons cherché une structure accueillant régulièrement le public et avec laquelle nous pourrions travailler. Nous avons tablé sur les centres de formation jeunes accueillant le public dans des projets de réinsertion etc. Nous en avons sollicité plusieurs, sachant qu'il n'a pas été facile de trouver un centre de formation souhaitant s'investir dans un tel projet car cela ne rentrait pas dans leur priorité. Nous avons donc été confrontés à un problème de manque de temps et de moyens humains dans le cadre des centres de formation.

Un centre de formation a semblé intéressé. Je dis semblé parce qu'entre le moment où nous leur avons expliqué que nous souhaitions mener une action et le moment où nous leur avons expliqué qu'elle impliquait un investissement en temps, il a fallu répondre à un certain nombre de questions. Nous nous sommes mis d'accord avec le centre de formation pour mener une action sur le moyen terme. L'idée n'était pas de solliciter des jeunes pour créer un outil, mais il fallait au préalable disposer d'un certain nombre d'informations, et nous avons décidé d'utiliser une méthode en entonnoir, c'est-à-dire partir des représentations des jeunes sur la santé globale, revenir sur le thème de la toxicomanie et sur le thème du cannabis. En fait, l'objectif de cette l'action était bien de sensibiliser les jeunes sur la toxicomanie en général, et plus spécifiquement sur le cannabis tout en les impliquant dans la création d'un livret sur le cannabis.

S'agissant du déroulement de l'action, les différents partenaires se sont mis d'accord sur la mise en place d'un atelier. Nous souhaitions rencontrer le public jeunes pour les informer de nos intentions et voir s'ils souhaitaient s'investir dans ce projet. Nous avons eu une première réunion avec une trentaine de jeunes, ce qui nous a permis de constater que leurs craintes étaient pourquoi eux, pourquoi à Persan, car cela pouvait vouloir dire qu'ils étaient tous consommateurs de cannabis etc. Nous avons été amenés à répondre à leurs questions, à leurs réticences et à leur inquiétude par rapport au projet. Tout en leur expliquant que ce qui nous intéressait n'était pas de connaître leur consommation de cannabis, mais de travailler sur la création d'un outil pour que les jeunes impliqués dans le projet puissent servir de relais auprès d'autres jeunes suivis en mission locale et en centre de formation.

Par rapport à cette première réunion collective de présentation, vingt et un jeunes ont souhaité s'inscrire à l'action. Je précise qu'au centre de formation, les jeunes sont rémunérés pour suivre leur formation, mais nous avons fait en sorte que ceux qui ne souhaitaient pas participer à cette action ne soient pas pénalisés par rapport à leur rémunération. Nous avons été étonnés de leur mobilisation. Il faut dire qu'un travail préparatoire dans le centre de formation avait déjà été réalisé puisqu'une référente avait proposé aux jeunes avant notre propre intervention de faire des recherches sur Internet sur le sujet, de voir si d'autres outils avaient été mis en place au niveau national etc.

L'atelier s'est donc mis en place. Nous avons eu onze journées d'animation sur trois semaines, du lundi au vendredi. Une partie de l'atelier était destinée à la sensibilisation sur les

toxicomanies avec l'intervention de professionnels extérieurs concernés, l'autre partie étant consacrée à la création de l'outil. Nous avons fait appel pour ce faire à un graphiste car il nous semblait important que le travail soit valorisé et que l'outil soit vraiment utilisé. Le graphiste a donc eu un rôle d'animation auprès des jeunes, en leur expliquant son métier, comment construire un livret, les différentes étapes etc.

Comme dans tout projet, la difficulté est de trouver des partenaires financiers. La préfecture du Val d'Oise et la Direction départementale de la Jeunesse et des Sports ont souhaité s'investir au niveau financier dans ce projet. Les intervenants extérieurs du projet étaient donc la mission locale, le CODES, les professionnels en fonction des thématiques abordées, à savoir santé, toxicomanie, cannabis, le graphiste, quelqu'un qui intervenait sur la loi. La radio locale est également intervenue dans l'idée de valoriser le travail des jeunes et a réalisé plusieurs interviews tout au long du projet qui ont été diffusées au niveau du département.

S'agissant de l'évaluation de ce projet, j'ai retenu quelques éléments. Un public impliqué et satisfait. En effet, les jeunes ont été impliqués dès le démarrage de l'action et sollicités par rapport à ce que nous souhaitions mettre en place pour donner leur avis. La possibilité de travailler également sur leurs craintes et leurs réticences au démarrage par rapport à l'action. Il est important de mettre en avant leur parole. Et une réussite du projet par rapport à l'implication du centre de formation et du travail préparatoire. Un partenariat réussi, sachant que la plus grande difficulté a été de coordonner tous ces professionnels et toutes les idées émises pour que le projet se déroule le mieux possible. Des réunions régulières entre les différents partenaires ont été organisées pour s'assurer que tout le monde vivait le même résultat. Et l'implication du graphiste a aussi été un élément important dans ce travail.

Quand nous avons commencé à réfléchir à la création du livret, nous avons estimé qu'il devait être utilisé tout au moins dans le département. Nous constatons au bout de quatre ans que ce livret est surtout utilisé hors du département du Val d'Oise, mais il est également utilisé sur le territoire national ainsi qu'en Belgique, en Suisse etc. Aujourd'hui, nous en sommes à la troisième réimpression, à raison de 40 000 exemplaires. Il n'est pas forcément utilisé comme simple outil d'information ou de documentation. Nous souhaitons qu'un travail soit mené autour de ce livret avec les jeunes, c'est-à-dire que des actions soient mises en place. Ce livret a aussi été présenté dans différents colloques, a été mentionné dans des revues spécialisées etc.

Nous avons réalisé deux types d'évaluation. Une première évaluation auprès de toutes les structures qui nous demandaient le livret à travers un questionnaire réalisé avec les vingt et un jeunes avec lesquels nous avons travaillé. Cette évaluation a été faite à travers différentes méthodes. D'une part, le questionnaire, d'autre part, une observation directe des animatrices et, enfin, une évaluation à moyen terme. C'est-à-dire que la mission locale qui suit ce public a pu voir les réactions par rapport au livret. Nous parlions tout à l'heure de l'estime de soi. Je reprendrai la définition de Germain Duclos, déjà citée à deux reprises, selon laquelle c'est par

la conscience de la valeur personnelle que l'on se reconnaît dans différents domaines. Lors de l'évaluation écrite et orale des jeunes, un certain nombre d'entre eux nous ont dit qu'ils avaient pris conscience de leurs propres connaissances sur le sujet et qu'on leur avait permis de donner leurs propres informations sur le sujet. Il y a également eu un travail autour du savoir-faire. Les illustrations de ce livret ont été réalisées par trois jeunes du groupe. Les différentes parties ont été décidées par le groupe avant d'être validées par les professionnels. Le titre « Cannabis... oui, non ? je ne sais pas, à vous de savoir » a été décidé par le groupe.

Par rapport aux outils aujourd'hui créés et diffusés au niveau national, cette démarche est tout à fait intéressante parce que le retour des jeunes est qu'enfin ils se reconnaissent dans un outil. Germain Duclos définit quatre composantes. Il parle davantage de connaissance de soi, de sentiment de compétence, de sentiment d'appartenance à un groupe et de sentiment de confiance. Par rapport au sentiment d'appartenance à un groupe, l'intérêt par rapport à ce groupe de vingt et un jeunes a été de travailler sur la notion de respect, d'écoute, sur un certain nombre de repères que nous avons perdus. Par rapport au sentiment de compétence, la possibilité de faire des illustrations, de travailler en lien direct avec un graphiste, de parler à la radio et de donner son ressenti par rapport à l'action. Et la valorisation également à travers des partenaires extérieurs, c'est-à-dire que nous avons incité les jeunes à rencontrer d'autres jeunes et des professionnels afin de leur demander leur avis.

L'atelier qui travaillait à l'époque à la mission locale, après quelques mois de travail autour de ce livret, m'a téléphoné et m'a dit : « Ce livret ouvre des échanges sur la façon dont chacun gère sa consommation et sur ses motivations personnelles. Cela ne permet pas de changer directement leurs représentations, mais impulse une réflexion pouvant essentiellement déboucher sur un changement de comportement ». Si au bout de quatre ans, ce projet est toujours d'actualité au niveau des demandes qui peuvent nous être faites, c'est parce que le public était réellement impliqué dans les différentes étapes du projet. Ce livret est disponible au CODES, donc n'hésitez pas à le demander.

Alain Morel

Cette démarche est intéressante, voire fondamentale dans l'implication des jeunes.

Échanges avec la salle

Françoise Cocher

Je suis responsable de l'association APEAS. Je souhaite revenir sur les deux premières interventions pour faire remarquer qu'on s'est limité aux problèmes de violence dans certains milieux précaires, en expliquant les problèmes de rupture affective, d'isolement etc. Mais certains enfants issus de milieux aisés et entourés d'affection sont également touchés par certaines violences, dont celles que des parents de victimes ont dénoncées en 2000, comme

par exemple le jeu du foulard, dont nous nous occupons personnellement. J'ai beaucoup apprécié l'exposé de Christelle Vincent, car nous aussi en tant qu'association sommes en train d'éditer des outils de prévention adaptés aux enfants de tous âges. Nous mettons des brochures à disposition gratuitement ainsi que des supports vidéo qui seront utilisables dans toutes les écoles lorsque la prévention sera enfin mise en œuvre au niveau de ces jeux de strangulation qui peuvent concerner toutes les couches de la société, aussi bien des enfants mal dans leur peau que des enfants très bien dans leur peau.

Alain Morel

Merci de ce témoignage. Par rapport à la première partie de votre question, j'ai en mémoire l'enquête que vient de sortir l'OFDT récemment à propos des consommations problématiques de substances psycho-actives chez les adolescents de 17 ans. Cette enquête « Escapades » sur Paris montre que, contrairement aux idées souvent reçues, il existe une plus grande proportion de jeunes de cet âge ayant des consommations problématiques de tabac, d'alcool ou de cannabis dans les secteurs géographiques parisiens bourgeois que dans des quartiers beaucoup plus paupérisés et au niveau social moindre. Les facteurs sociaux jouent, mais pas toujours dans le sens qu'on imagine.

Michel Joubert

D'une part, les familles, les personnes, les adolescents vivant dans des conditions précaires, dans des conditions sociales difficiles sont normaux et pas carencés forcément sur le plan affectif. Mais je travaille principalement sur ce département où la dégradation de la dimension socio-économique est particulièrement marquée. Nous en sommes à la seconde phase d'une étude longitudinale auprès de mille jeunes de ce département, toutes catégories confondues, et nous constatons le même phénomène que sur Paris, c'est-à-dire une sous-déclaration par rapport à d'autres estimations d'autres départements sur la Seine-Saint-Denis. Les quartiers du nord de Paris sont également dans une sous-déclaration, ce qui avait déjà été démontré pour un certain nombre d'établissements scolaires en ZEP. Il faut analyser ce phénomène avec précaution. Quand un jeune est issu d'un milieu défavorisé et vit dans un quartier sous surveillance, qui suscite une attention un peu ambivalente de la part de la société, on ne se déclare pas de la même manière que lorsqu'on a l'impression que cela fait partie des choses normales de son âge. Il y a également la dimension socio-économique de la consommation, c'est-à-dire que lorsqu'un jeune n'a pas les moyens d'acheter des produits, il rentre très tôt dans un système plutôt criminel dans le sens de la pénalisation, dans des trafics illicites. C'est donc un engagement supplémentaire. Alors que d'autres, plus favorisés sur le plan socio-économique, pourront pendant un temps prendre des risques et consommer sans rentrer dans des activités illicites, en dehors de l'acte de consommation lui-même. Il y a plusieurs facteurs de ce type qui interagissent. L'alcool, en revanche, plus facile d'accès et moins cher, sera

consommé de manière extrêmement sensible dans un certain nombre de quartiers d'habitat social.

Frédéric Goussouin de la ville de Brest

Je connais assez bien le problème qui vient d'être évoqué, notamment par rapport aux quartiers en difficulté et l'accès aux produits. Il existe en effet des stratégies différentes en termes d'accession aux produits. Je souhaite réagir par rapport à l'action qui a été mise en œuvre par le CODES, par rapport à ce qu'ont dit les deux premiers intervenants et par rapport à l'approche territoriale. Si nous voulons mettre en place de vrais programmes structurés basés sur l'estime de soi et la promotion de la santé, il me semble intéressant aujourd'hui de dépasser les seules entrées par dispositifs et arriver aux unités de vie. Ces unités de vie qui peuvent se retrouver autour d'un projet éducatif local sont, à mon sens, des leviers politiques pour influencer sur des priorités et aller au-delà de l'école, dans le champ du socioculturel, des pairs etc. Nous n'avons malheureusement aujourd'hui qu'une entrée trop restrictive, comme former des personnels relais dans des établissements scolaires. Or, l'enfant dans ses différents temps fréquente l'école, mais aussi les centres de loisirs, le quartier et nous devons avoir des approches territorialisées pour développer l'estime de soi.

Baptiste Cohen, Drogue Info Service à Paris

Je voudrais souligner à quel point les ambiguïtés finissent par réapparaître par tous les bouts malgré les efforts de chacun pour essayer de poser clairement les choses. La question « une bonne estime de soi a-t-elle une influence sur la prise de risque » montre bien que nous continuons à avoir vis-à-vis des comportements dont nous nous occupons une vision absolument négative. C'est-à-dire que les adolescents ne fument pas du cannabis pour prendre des risques, il faut arrêter de dire des bêtises. Ce n'est pas la première raison pour laquelle ils fument du cannabis ou du tabac ou boivent de l'alcool. Même chose pour nous. Quand on se réunit entre copains pour boire l'apéro, on n'est pas en train de se dire qu'on va prendre un risque en se demandant si on a une suffisamment bonne estime de soi pour gérer ce risque correctement. Nous avons une vision totalement faussée par notre propre préoccupation professionnelle. Nous devons nous en méfier considérablement, parce que si nous abordons les jeunes avec ce regard sur eux, nous ne pourrons pas les rencontrer. D'un côté, on leur dit que la bonne raison pour arrêter de fumer, c'est d'augmenter leur espérance de vie, ce à quoi ils nous répondent que l'espérance de vie, ça les soûle et qu'ils préféreraient connaître les raisons d'espérer, ce qui est tout autre chose et ne se mesure pas de la même façon. Et de l'autre, on leur dit que l'on va regarder leurs comportements à travers le prisme de la prise de risque. Il faut que nous fassions très attention au langage que nous employons et aux facilités que nous avons entre nous car elles doivent forcément se répercuter dans nos relations avec le jeune.

Alain Morel

Tu sais combien nous sommes d'accord sur ce point, mais le focus était mis sur la question de l'estime de soi. Je t'accorde que la question posée était peut-être malheureuse dans le sens où tu l'entends. L'approche exprimée à travers la fabrication de cet outil de prévention, de ce livret est justement d'un autre ordre et montre qu'au-delà de la simple dénonciation ou du sempiternel rappel des risques pris en prenant telle ou telle substance ou en faisant telle ou telle chose, la question est de savoir comment ces jeunes gèrent leurs valeurs, le sens que peut prendre leur vie, et les limites qu'ils se donnent par rapport aux satisfactions et au plaisir qu'ils recherchent. C'est le vrai sujet et il est important de le rappeler.

Monique Carton

Je suis pédopsychiatre et je représente ici le Conseil de l'Ordre. J'ai trouvé la présentation du CODES tout à fait intéressante. Sur le plan du narcissisme et de l'estime de soi, ce travail très productif part des jeunes, de leur parole et de leur vécu, ce qui leur permet ensuite de construire quelque chose. Ce qui renvoie à ce que nous sommes en train de vivre. Je souhaitais intervenir à propos des parents discrédités. Quand on travaille avec des adolescents, on peut avoir une opinion dévalorisante sur le contexte familial, mais on a intérêt à ne pas l'avoir. Dans ces familles très précaires, il y a toujours des éléments positifs. Les adolescents, en général, émettent plutôt des critiques à l'égard de leur milieu familial, et il est tout à fait opportun que le thérapeute ou l'adulte qui est en face d'eux ait bien en tête que, malgré les critiques qu'il faut entendre, il y a des choses importantes, positives derrière, et il est hors de question que l'adolescent puisse imaginer que nous pensons comme lui que ses parents ne valent rien. C'est important dans les milieux difficiles, mais également dans les milieux bourgeois. Philippe Jeammet parlait tout à l'heure des adultes qui ont peur de dire non aux enfants, ou d'avoir l'air ridicule ou ringard sous prétexte que le haschisch est à la mode. Je pense qu'il faut pouvoir à la fois entendre le jeune, entendre ses critiques et avoir en tête en tant qu'adulte que dans leur milieu familial il y a peut-être des points vivants, d'amour dont il a besoin, et cela conforte le narcissisme.

Nicole Rousset

Je travaille au Planning Familial. Christine Ferron a dit que les filles avaient une moins bonne estime de soi que les garçons, ce qu'a confirmé Michel Joubert. Nous savons que les femmes sont précaires majoritairement par rapport aux hommes, et sont même plus pauvres que les hommes. Or, dans le projet du CODES, il y avait quinze garçons et six filles. Je suis convaincue que l'estime de soi est fondamentale, et nous travaillons là-dessus dans nos projets et nos actions en direction des adultes comme des jeunes. J'aimerais que quelqu'un me

dise pourquoi on rencontre moins de filles dans les conduites à risque, dans les conduites délinquantes. J'ai ma propre explication, mais j'aimerais entendre les vôtres.

Christine Ferron

Il faut être en effet attentif à ce point. Si les filles extériorisent moins leur mal-être, en revanche elles l'intériorisent beaucoup, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir des conduites objectivement dangereuses, pour elles-mêmes éventuellement, elles vont présenter des plaintes corporelles. C'est la raison pour laquelle j'ai cité l'exemple des filles qui se scarifient. Il s'exprime simplement d'une autre façon. Ce qui ne veut pas dire qu'elles ont une moins bonne estime d'elles-mêmes. En tout cas, dans les études utilisant des outils de mesure de l'estime de soi, elles obtiennent des résultats inférieurs à ceux des garçons, y compris d'ailleurs dans les domaines où elles sont objectivement meilleures, où elles réussissent mieux. En même temps, cela ne veut pas dire qu'elles sont moins dans la souffrance psychique. Au contraire, elles le sont au moins autant.

Alain Morel

Je vous propose de passer la parole à notre dernière intervenante Sylvia Kairouz qui, je vous le rappelle, est chercheur à l'Institut national de Santé publique du Québec et qui va nous parler du « binge drinking ».

Le « binge drinking »

Sylvia Kairouz

J'aimerais tout d'abord remercier l'INPES et les organisateurs de m'avoir invitée à venir partager avec vous aujourd'hui les résultats qui viennent du Canada et du Québec. Je vais aujourd'hui vous parler principalement du « binge drinking ». C'est la façon usuelle dont nous nous référons au comportement de consommation d'alcool qui, en bon français, signifie les épisodes d'intoxication et de consommation excessives, mais dans des épisodes ou des circonstances bien circonscrits dans le temps et l'espace. Cette présentation va également aborder toute la question de la concomitance de ce comportement avec un ensemble de conduites à risque, notamment reliées à l'usage de cannabis, la consommation quotidienne de cigarettes et le jeu pathologique. Il existe une littérature assez abondante et de plus en plus abondante sur la question de la concomitance et le fait que tous ces comportements peuvent résulter de certains facteurs communs et refléter une certaine orientation « déviante », représentant un plus grand risque pour la santé. Et ces comportements s'observent souvent de façon concomitante chez certains individus.

L'objectif général de cette présentation est avant tout de décrire la situation observée au Canada et d'expliquer comment le « binge drinking » ou l'intoxication s'observe de façon

concomitante avec les autres conduites à partir de facteurs individuels et environnementaux. Nous allons principalement nous concentrer sur l'influence de la famille. Nous savons que ce comportement du « binge drinking » s'observe de façon assez importante et dans une proportion assez élevée chez les jeunes. Le tiers des adolescents, surtout des lycéens, adopte ce comportement, et en dépit de plusieurs tentatives de prévention, d'intervention ou de sensibilisation au cours des dix dernières années, nous n'avons observé aucun déclin de ce comportement. Certaines données révèlent même une certaine augmentation, du moins une certaine stabilisation parmi les jeunes. Ce comportement en soi est important à prévenir, ou en tout cas, à étudier, mais aussi à cause d'un ensemble de risques associés ou pouvant resurgir quand on est en présence d'épisodes de consommation excessive, comme les blessures involontaires, les relations sexuelles non protégées et la consommation d'autres substances.

J'ai essayé de dresser un portrait de la population concernée, qui va parler de la consommation d'alcool, des autres conduites à risque, mais surtout tenter d'expliquer la concomitance de ces comportements. Cette présentation est divisée en trois parties. La première à partir de données sur la population, puis nous allons comparer ces conduites chez les jeunes par rapport à la population adulte, et comment le « binge drinking » se compare aux autres conduites à risque, notamment l'usage de cannabis, la consommation de tabac. Dans un second temps, nous allons regarder la concomitance en tant que telle. Et je tenterai de l'expliquer par des facteurs individuels et familiaux.

Il existe très peu de données épidémiologiques qui nous permettraient d'étudier de façon directe la relation entre les conduites liées aux substances et l'estime de soi. Il y a beaucoup de documentation expliquant le type de relation observée entre l'estime de soi et les conduites liées à la consommation de substances, mais concrètement les données dont nous disposons sont très limitées. Dans ce cadre, nous avons eu recours à des enquêtes pour sonder la situation ou dresser un portrait global. La première enquête est l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes qui nous donne un portrait général des comportements à risque. Nous avons eu ensuite recours à deux enquêtes menées à Ontario qui nous ont permis de regarder comment s'agglomèrent tous ces comportements, et quels sont les facteurs potentiellement explicatifs, notamment l'estime de soi.

Nous avons regardé la consommation d'alcool de ces jeunes au cours des douze derniers mois. Le « binge drinking » correspond à la consommation de cinq verres et plus au cours d'une même occasion dans les quatre dernières semaines, c'est-à-dire au moins une fois par mois. Même chose pour la consommation de cannabis et la consommation quotidienne de tabac. Nous avons inclus le jeu car il nous semble important d'étudier également cette conduite à risque, et c'est mesuré par une mesure diagnostique de dépistage, à savoir le Sogs (?), instrument couramment utilisé auprès des jeunes. Parmi les facteurs explicatifs, nous avons un ensemble de facteurs socio-démographiques touchant au sexe, à l'âge, au type de famille. Nous nous sommes intéressés aux familles bi-parentales vs les familles

monoparentales reconstituées. Puis le niveau d'études des parents et l'estime de soi. Au niveau des variables, touchant plus aux relations ou à l'environnement familial, nous avons regardé les pratiques parentales en termes de perception de la qualité de la relation avec les parents et le niveau de supervision parentale.

Cette première partie va fournir des chiffres concernant la prévalence de ces conduites à risque au Canada. Dans le groupe des jeunes de 12-19 ans, environ 32% en moyenne se déclarent buveurs, et parmi ces jeunes, environ 28% déclarent au moins une consommation excessive au cours des douze derniers mois. 28% sont utilisateurs de cannabis et 9% sont des fumeurs quotidiens. Si nous regardons les tendances parmi la population adulte, nous constatons que la proportion des buveurs augmente de façon assez importante, en revanche le « binge drinking » demeure à des niveaux assez proches. Ce qui signifie concrètement que les jeunes qui boivent le font de façon excessive comparativement au groupe adulte. Et par rapport au binge, nous constatons un déclin assez continu à travers les groupes d'âge, le niveau le plus bas étant dans le groupe de 65 ans et plus. En ce qui concerne le cannabis, nous avons également une tendance décroissante, de même que pour la consommation de tabac.

Cette première enquête a permis de dresser un profil de population. Nous allons maintenant parler de l'enquête menée exclusivement auprès des jeunes de 12-18 ans dans les écoles en Ontario. Nous retrouvons des taux de prévalence un peu plus élevés. 37% des jeunes ont consommé de façon excessive en 1999, et 35% en 2003. Le « binge drinking » n'a donc pas tendance à décroître. L'usage de cannabis semble être un peu en augmentation. Celle-ci n'est pas très significative entre 1999 et 2003. La consommation quotidienne se situe actuellement à 17% et le jeu pathologique est aux alentours 5,7% à 3,5%. Nous avons comparé ces données avec celles de la France. Nous avons utilisé le taux d'alcoolémie, et nous constatons que 7% des jeunes rapportent un épisode d'ivresse au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois, ce qui contraste énormément avec les 28%. L'écart est donc assez surprenant. En ce qui concerne la consommation de cannabis, nous avons des taux relativement proches et nous constatons une augmentation. Les données françaises révèlent une augmentation de l'usage du cannabis, et nous avons à peu près les mêmes tendances au Canada. En ce qui concerne la consommation quotidienne de tabac, les taux de prévalence sont assez semblables, à 16%. En France, on observe une décroissance, de même qu'au Canada, avec une baisse de 25 à 17% en quatre ans.

Notre deuxième question était de savoir si tous ces comportements tendaient à se regrouper ou si les jeunes tendaient à adopter plus qu'un comportement à risque en général. Nous avons utilisé des analyses en classes latentes permettant d'identifier des sous-groupes homogènes en termes de comportement. Dans notre cas, quatre comportements nous intéressent, à savoir la consommation de cannabis, le « binge drinking », le jeu pathologique et la consommation quotidienne de tabac. Nous regroupons dans une même classe les jeunes qui rapportent des

conduites similaires ; dans un second temps, nous avons nommé les classes ; et enfin, nous allons essayer de voir ce qui distingue ces différents groupes de jeunes.

Nous avons identifié trois groupes de jeunes, dont deux groupes à risque élevé. Le premier groupe est celui des fumeurs. 100% de ces jeunes fument de façon quotidienne, mais adoptent d'autres comportements dans une proportion extrêmement élevée. 74% de ces jeunes boivent de façon excessive, consomment du cannabis et sont des joueurs pathologiques. Le deuxième groupe est un peu plus faible en intensité, mais ce sont des non-fumeurs. Ce qui distingue les deux groupes est donc le statut de fumeur ou non. Le troisième groupe est celui que nous avons nommé jeunes à faible risque. Dans la population générale des jeunes, 35% font du « binge drinking », alors que dans ce dernier groupe nous n'en avons que 5%. Ce sont des jeunes qui, généralement, n'adoptent aucune de ces conduites à risque ou très peu. 53% des jeunes n'adoptent pratiquement aucune de ces conduites, alors que 29% sont non-fumeurs et adoptent des conduites à risque élevé et que 19% sont des fumeurs et adoptent des conduites à risque très élevé. Globalement, environ 47% des jeunes sont à risque élevé et adoptent au moins deux de ces comportements à risque.

Qu'est-ce qui distingue ces trois groupes ? Qu'est-ce qui distingue les jeunes à faible risque des jeunes à risque élevé ? Je présente ici des rapports de cote, c'est-à-dire que lorsque le chiffre est égal à un, cela signifie qu'il n'y a aucune différence, et plus le chiffre augmente, plus la caractéristique est présente. Et quand le chiffre tend vers zéro, la caractéristique est moins présente. Ces deux groupes ne se distinguent pas vraiment entre eux, mais ils se distinguent sur plusieurs caractéristiques par rapport aux jeunes à faible risque. Nous voyons qu'ils sont plus vieux. Ils sont dans une plus grande proportion issus de familles monoparentales. Le niveau d'études des parents ne joue pas très fortement, mais il est un peu plus faible par rapport aux jeunes qui ne sont pas à risque. Le niveau de supervision parentale est très bas. Et la qualité de la relation, telle que rapportée par les jeunes, est beaucoup moins bonne et plus faible par rapport aux jeunes à faible risque.

S'agissant de l'estime de soi, nous constatons que ce facteur est significatif, mais vraiment à la limite. Les jeunes fumeurs rapportent une estime de soi légèrement plus faible que les jeunes qui ne sont pas à risque. En revanche, les non-fumeurs à risque élevé rapportent une estime de soi légèrement plus élevée. L'estime de soi joue différemment selon les conduites adoptées. Dans ce cas, nous avons mis l'usage du tabac, du cannabis, la consommation d'alcool et le jeu pathologique ensemble, et peut-être que la relation de l'estime de soi à ces conduites n'est pas la même. De plus, la mesure est un peu plus auto-rapportée par rapport à des variables plus objectifs tels que l'âge, la structure familiale etc.

Pour résumer ces résultats, l'abus de substances demeure élevé chez les jeunes. 35% des jeunes rapportent au moins un épisode d'intoxication ou de binge au cours du dernier mois. 37% ont consommé du cannabis au cours de la dernière année. 20% sont des fumeurs quotidiens, et 4,4% sont des joueurs pathologiques. Les conduites à risque tendent à se

manifester de façon concomitante. Bien que 53% des jeunes ne rapportent pratiquement aucune de ces conduites, 46 ou 47% des jeunes rapportent tout de même plus d'une de ces conduites.

En conclusion, si nous regardons ces chiffres, nous pouvons dire que ces habitudes de consommation doivent rester une problématique prioritaire de santé publique. Il est important d'examiner la concomitance et non pas de regarder chacune de ces conduites de façon séparée, ceci même dans la conception et le développement des approches préventives. Les résultats concernant la supervision, les relations parentales nous indiquent quand même l'importance de développer des modèles préventifs écologiques. À ce titre, nous prenons ancrage dans une approche intitulée l'approche « école en santé » développée par une équipe à l'Institut national de Santé publique visant avant tout la promotion de l'estime de soi et des compétences individuelles, mais surtout en adoptant une approche intégrée, en faisant la promotion de la santé dans le milieu scolaire, mais également en incluant des actions dans le milieu familial et dans la communauté.

Bien sûr, ces résultats ont des limites évidentes. Il s'agit de données épidémiologiques issues d'enquêtes existantes, et elles sont de nature quantitative. Elles nous donnent un cliché instantané de la situation. Mais nous avons besoin d'études complémentaires pour tenter de comprendre les processus et les mécanismes sous-jacents à ces résultats, surtout au niveau de la relation entre les jeunes et le milieu familial. Je vous remercie.

Alain Morel

La question de la supervision familiale et de la qualité des relations familiales semble centrale.

Sylvia Kairouz

Il semble y avoir une certaine constellation de facteurs qui ne nous surprend pas. Il s'agit de familles plutôt monoparentales, avec très peu de supervision, une qualité moins bonne de la relation familiale. Nous les avons identifiés, mais l'interaction entre ces facteurs est à explorer.

Échanges avec la salle

Frédérique Haller

Nous avons eu la chance que l'Observatoire régional de santé sorte un baromètre santé jeunes 2005. Je vous rassure, si au Canada ces « binge drinking » ne décroissent pas, il en est de même dans notre région où la prévalence de ce comportement atteint entre 13 et 15%. On retrouve dans ce baromètre un certain nombre de facteurs que vous avez évoqués, comme la famille monoparentale, la supervision etc. En revanche, il semblerait qu'un distinguo soit fait

dans ce document à propos de l'usage de cannabis, entre l'usage occasionnel et l'usage fréquent. Dans les Pays de Loire, la consommation quasi-quotidienne du cannabis est vraiment liée à l'âge auquel le jeune commence à en consommer. Etes-vous allée un peu plus loin que la consommation de cannabis dans les douze derniers mois ? Sachant que pour nous, elle ne semble pas forcément liée à cette constellation que vous avez évoquée, mais la consommation quotidienne ou pluri-hebdomadaire qui a un impact sur la vie sociale du jeune est vraiment corrélée à la précocité de sa consommation.

Alain Morel

La précocité de la consommation est un indicateur qui ressort massivement. Je suppose que c'est la même chose au Canada.

Sylvia Kairouz

Tout à fait. Nos chiffres d'ailleurs concordent avec les vôtres. L'âge de l'initiation est très important, que ce soit pour l'alcool ou le cannabis. Nous avons des mesures plus fines pour la consommation de cannabis, mais comme je l'ai dit, nous avons dû jongler avec les bases de données pour donner le profil le plus exhaustif possible et regarder le lien avec l'estime de soi. Dans les données englobant l'estime de soi, on ne peut aller au-delà de la consommation des douze derniers mois. En revanche, au niveau des enquêtes canadiennes, nous avons plusieurs mesures en termes de consommation des douze derniers mois et la fréquence de consommation au cours des douze derniers mois.

Patrick Frujavide

Je suis conseiller technique régional de la Fédération française Sports pour Tous. Nous sommes intéressés par cette étude épidémiologique menée sur les profils des jeunes ayant une conduite à risque. Avez-vous identifié un lien avec l'activité physique ou non ?

Sylvia Kairouz

Nous n'avons pas étudié l'activité physique dans cet ensemble d'études. En revanche, une étude est menée à l'INSPQ avec des chercheurs universitaires qui tentent de suivre une cohorte de jeunes âgés de 11 ans sur cinq ans avec des mesures bi-annuelles. Nous en sommes à notre troisième collecte de données. Nous nous concentrons sur un plus large éventail de conduites à risque, notamment la sédentarité et l'activité physique, c'est-à-dire des activités positives et négatives par rapport à la santé. Dans quelques mois, nous aurons sans doute des résultats préliminaires.

Frédérique Haller

En Pays de Loire, l'observatoire s'est intéressé à cette question. L'activité physique a une influence au niveau de l'usage du cannabis, sachant qu'il y a également des campagnes de prévention chez les sportifs. Nous constatons que la consommation de cannabis chez les jeunes ayant pratiqué un sport en club dans les sept derniers jours est largement inférieure à la moyenne. Mais cela n'a pas été observé sur l'alcool ou sur le « binge drinking ».

Alain Morel

Ce qui me semble important, c'est votre conclusion sur la nécessité de développer à partir de ces données des programmes d'action multi focaux. Ce n'est pas simplement une intervention sur telle dimension, mais une intervention collective, à la fois environnementale, individuelle.

Sylvia Kairouz

Pour revenir à l'approche « école en santé », le milieu à partir duquel nous intervenons est l'école, mais avec une approche intégrée qui va amener les parents à s'impliquer, voire le voisinage et la communauté. Nous parlons de conduites de santé en général, ce qui va englober les conduites dont nous avons parlé, mais également l'activité physique, l'alimentation. Et elle cible plusieurs points d'intervention, non seulement l'individu mais son environnement.

Bernard Barrault

Je suis professeur à l'université Laval, anthropologue et infirmier. J'ai beaucoup de questions par rapport à votre intervention, mais j'aimerais surtout faire un commentaire. C'est un regard très quantitatif. Il manque beaucoup d'éléments qualitatifs selon moi. Vous portez beaucoup d'attention à l'appartenance au milieu familial, mais peu à l'appartenance au milieu local. S'agit-il du milieu urbain ou rural ? Je travaille beaucoup chez les autochtones où nous savons que la consommation d'alcool est très importante, et c'est selon moi un facteur identitaire. En France, l'alcool est un important facteur de lien social. Chez Lisenoo (?) chez qui j'ai travaillé, ne pas boire signifie qu'on n'est pas un vrai autochtone. J'ai d'ailleurs écrit un article à ce sujet. Claude Fichelard a travaillé entre autres sur le concept d'incorporation. Il ne s'agit pas simplement d'incorporer des glucides, des vitamines, des protéines, mais de la symbolique et je crois que l'alcool, au-delà du facteur de risque, doit aussi être regardé pour sa symbolique.

Sylvia Kairouz

Je suis d'accord avec vous, c'est une approche très quantitative, et il existe en effet des variantes importantes, comme la région, le milieu urbain ou rural. D'autres études ont été réalisées avec les mêmes données et ont étudié plus spécifiquement le milieu scolaire, et les résultats varient énormément d'une école à l'autre. On peut multiplier les niveaux à l'infini,

mais malheureusement nos capacités d'analyse et d'appréhension de la réalité demeurent tout de même limitées. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes concentrés sur la famille. Le facteur rural versus urbain a été intégré dans le modèle initialement, mais nous n'avons pas constaté de variation significative.

Christine Ferron

J'aimerais faire un commentaire sur la mise en évidence du lien avec la famille monoparentale. Dans le cadre du baromètre santé au niveau national, mis en place par l'INPES, nous avons renoncé à mettre en avant ce type de facteur, le jugeant extrêmement discriminatoire et stigmatisant par rapport à ce type de famille. Surtout si le lien n'est pas fait avec tout ce que signifie une famille monoparentale en termes souvent de précarité, de support social défaillant, tout un ensemble d'éléments qu'on a souvent du mal à explorer dans des études de type épidémiologique. Cela soulève presque un point d'éthique par rapport à la présentation de ce type de résultat et aux interprétations qui peuvent en être faites, y compris sur un plan politique.

Alain Morel

Cela nous ramène au débat précédent sur l'expertise Inserm. Que veut dire supervision familiale ? En quoi sommes-nous supervisant ou pas ?

Claire Perrin

Je suis sociologue et je travaille à l'université de Lyon 1, tout particulièrement sur les activités physiques. J'ai suivi un étudiant qui a travaillé sur l'alcoolisation et les pratiques sportives. Il a développé un point de vue tout à fait intéressant à travers une étude menée sur plus de 3 000 jeunes, à savoir que l'on ne peut pas mettre toutes les pratiques sportives dans un même sac. Il y a des sports collectifs, des activités individuelles, des pratiques en club ou des pratiques libres, mais également des finalités attribuées par les jeunes à leur pratique sportive. Et en fonction des finalités prioritaires pour eux, on observe des comportements totalement différents. Il a distingué des profils où il y a une recherche de forme, une recherche de plaisir avant tout, une recherche de convivialité, de performance. C'est dans le profil recherche de convivialité que l'on observe le plus de conduites comme celles que vous décrivez. L'approche qualitative mérite aussi de distinguer les pratiques sportives parce qu'elles recouvrent énormément de significations sociales. Notamment dans les sports collectifs, il y a les troisièmes mi-temps qui intègrent des consommations importantes d'alcool, mais qui sont des conduites associées à la convivialité.

Alain Morel

Merci aux intervenants.