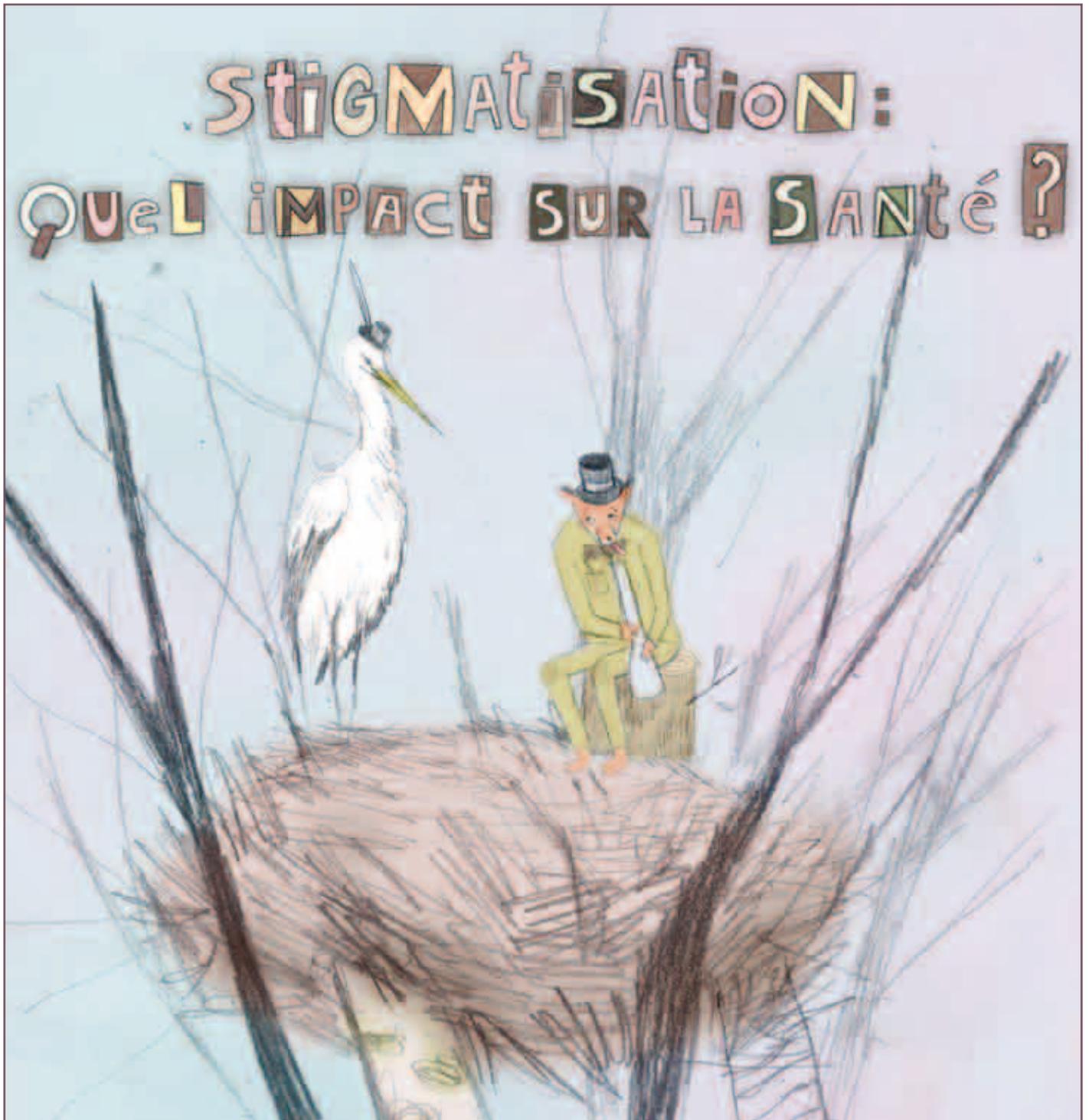


LA Santé

de l'homme



Cancer :

Enquête Inpes/
INCa

Ados : consommation
d'alcool stable, tabac
et cannabis en hausse

Développer l'écoute
des élèves
en difficulté

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

42, boulevard de la Libération

93203 Saint-Denis Cedex

Tél. : 01 49 33 22 22

Fax : 01 49 33 23 90

<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :

Thanh Le Luong

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Secrétaire de rédaction :

Marie-Frédérique Cormand

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**

<dire@inpes.sante.fr>

La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et

Nathalie Houzelle

<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>

Débats : **Éric Le Grand**

<ericgrand35@orange.fr>

Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>

Études/Enquêtes : **François Beck**

<francois.beck@inpes.sante.fr>

International : **Jennifer Davies**

<jennifer.davies@inpes.sante.fr>

Éducation du patient : **Isabelle Vincent**

<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>

Cinésanté : **Michel Condé**

<michelconde@grignoux.be>

et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>

Lectures – Outils : Centre de documentation

<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (Inpes), **Jean-Christophe Azorin**

(Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Zinna Bessa** (direction générale

de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes

de la Loire), **Judith Benrekassa** (InVS), **Alain**

Douiller (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard**

(Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne),

Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxem-

bourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel**

Fouache (Codes de la Mayenne), **Philippe**

Guilbert (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau fran-

çais des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits**

(SFSP), **Laurence Kotobi** (Université

Bordeaux-Segalen), **Éric Le Grand** (conseiller),

Claire Méheust (Inpes), **Colette Menard**

(Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éduca-

tion nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes),

Dr Stéphane Tessier (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**

Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abon-

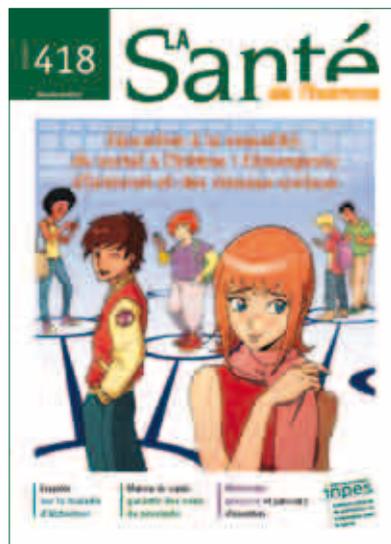
nements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)

N°ISSN : 0151 1998

Dépôt légal : 2^e trimestre 2012

Tirage : 7000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

Depuis janvier 2010, tous les numéros publiés sont intégralement accessibles sur le site internet de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

Vous y trouverez également :

- La revue : présentation et contacts
- Les sommaires des numéros parus et index depuis 1999
- Les articles en ligne : depuis 2003, 3 à 10 articles par numéro
- L'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'Inpes qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'Inpes traitant cette thématique.

► ENQUÊTE

Les inégalités sociales de santé au prisme de l'enquête Baromètre cancer Inpes/INCa

François Beck, Dominique Bessette, Arnaud Gautier 4

Dossier

Stigmatisation : quel impact sur la santé ?

Introduction

Annick Fayard, Jacques Fortin 7

Stigmatisation sociale et santé publique : les enjeux éthiques

Raymond Massé 9

Stigmatisation, discrimination, étiquetage : de quoi parle-t-on ?

Jacques Fortin, Annick Fayard 12

Stigmatisation : quelques points de vigilance pour les professionnels

Annick Fayard, Jacques Fortin 13

« Stimuler un autre regard sur l'image corporelle »

Entretien avec Catherine Olivo 14

« Si vous voulez travailler sur l'obésité, il faut déjà respecter les personnes obèses »

Entretien avec Anne-Sophie Joly 15

Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire : intervenir sans nuire

Andrée Brunet, Catherine Risi 17

Comment aborder les problèmes liés au poids sans contribuer à la stigmatisation : l'approche québécoise

Marie-Claude Paquette 20

« L'adolescent qui ne rentre pas dans la norme du groupe pourra être mis à l'écart »

Entretien avec Dominique Berger 23

Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ?

Aude Caria, Sophie Arfeuillère, Simon Vasseur Bacle, Céline Loubières . . . 25

Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques : une synthèse de la littérature

Béatrice Lamboy 28

Stigmatisation, homophobie et boucs émissaires

Éric Verdier 30

Stigmatisation et éducation thérapeutique du patient

Stéphane Tessier 32

« Les associations comme Aides se sont constituées pour réagir face à la stigmatisation »

Entretien avec Bruno Spire 34

« Ouvrir des centres d'accompagnement pour les personnes malades et leur entourage »

Entretien avec Christian Saout 36

« Ces jeunes qui refusent tout viennent pratiquer un sport rigoureux et contraignant »

Entretien avec Yves Sihrener 39

Pour en savoir plus

Céline Deroche 42

► ENQUÊTE

Adolescents de 15-16 ans en France : consommation d'alcool stable, tabac et cannabis en hausse

Stanislas Spilka 45

« Il y a beaucoup à apprendre des stratégies expérimentées dans d'autres pays »

Entretien avec Matthieu Chalumeau 47

► LA SANTÉ À L'ÉCOLE

« Développer l'écoute, le dialogue, le soutien aux élèves en difficulté »

Entretien avec Michel Gamain 48

► LECTURES

Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet 50



Illustrations : Cédric Abt

Les inégalités sociales de santé au prisme de l'enquête Baromètre cancer Inpes/INCa

Inscrit dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, le **Baromètre cancer 2010 Inpes/INCa** interroge le grand public sur ses perceptions des cancers, de leurs causes et des personnes qui en souffrent... Il participe ainsi à l'évaluation et à l'orientation des politiques publiques de prévention et d'éducation pour la santé, avec une dimension d'observation des inégalités sociales de santé qui vise à faciliter leur prise en compte dans les actions à entreprendre pour améliorer la prévention des cancers.



Le *Baromètre cancer 2010 Inpes/INCa* fait suite à une première enquête réalisée en 2005 par l'Inpes. Il analyse le regard que porte la population sur le cancer et montre qu'il est toujours considéré comme « la maladie la plus grave » par la majorité des Français, une maladie à part, dont nul n'est à

l'abri. La perception des facteurs potentiels de risque de cancer chez les personnes interrogées apparaît de plus en plus aiguë, y compris pour des facteurs n'ayant aucune incidence sur le développement de la maladie. Souvent associé à la mort, à la douleur, à la lourdeur des traitements, le cancer fait peur. Il est jugé comme une maladie « pas comme les autres » par deux tiers de la population, et qui peut concerner chacun d'entre nous (95 %). Ces résultats laissent transparaître une vision assez fataliste du cancer, mais il est important de souligner que plus de deux tiers des personnes interrogées rejettent l'opinion selon laquelle « on ne peut rien faire pour éviter le cancer », ce qui démontre une conscience assez importante de l'existence de moyens de prévention.

Décalage entre risques réels et ressentis

Les Français semblent globalement avoir le sentiment de vivre dans des

conditions potentiellement cancérogènes (figure 1). Ainsi, de nombreux comportements ou facteurs divers, y compris certains dont le lien avec le cancer est faible voire inexistant (par exemple, ne pas arriver à gérer ses émotions, ou avoir été fragilisé par des expériences douloureuses), sont considérés à risque par une majorité de Français. En 2010, comme en 2005, le tabagisme et l'exposition au soleil sans protection se détachent nettement parmi les comportements perçus comme favorisant l'apparition d'un cancer : respectivement 98 % et 97 % des enquêtés jugent que ceux-ci favorisent « certainement » ou « probablement » l'apparition d'un cancer. Vient ensuite des facteurs environnementaux (manger des aliments traités avec des produits chimiques, respirer un air pollué, vivre à côté d'une centrale nucléaire), puis des facteurs comportementaux (avoir recours aux cabines UV, boire plus de trois verres d'alcool par jour, fumer du cannabis). Or, le niveau de perception de ces risques n'est souvent pas proportionnel à leurs impacts réels : par exemple, boire trois verres d'alcool par jour représente bien un risque avéré, les UV artificiels également, alors que vivre à proximité d'une centrale nucléaire ou manger des aliments traités ne représentent pas un risque avéré. Enfin, des facteurs psychologiques qui ne sont pas des facteurs de risque de cancer (par exemple : ne pas arriver à gérer ses émotions, subir le stress de la vie moderne, avoir été fragilisé par des

expériences douloureuses) sont néanmoins identifiés comme tels par de nombreuses personnes.

De façon générale, ces causes jugées possibles de cancer sont incriminées par les personnes interrogées de façon plus importante en 2010 qu'en 2005. L'évolution du risque perçu est ainsi très significative pour les facteurs environnementaux : 49 % des sondés jugeaient en 2005 que « vivre à côté d'une antenne relais » pouvait favoriser l'apparition d'un cancer, ils sont 69 % en 2010, soit une augmentation de vingt points en cinq ans. Les aliments traités avec des produits chimiques enregistrent quant à eux une hausse de huit points.

Par ailleurs, les personnes les moins diplômées et les plus précaires sont plus enclines à adhérer à des opinions qui dévalorisent les personnes atteintes (« quand on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant », « on est souvent mis à l'écart »). Elles perçoivent moins les effets cancérogènes du tabac et de l'exposition non protégée au soleil ; la différenciation sociale de ces perceptions semble par ailleurs s'être amplifiée entre 2005 et 2010.

Les risques alcoolique et tabagique au défi des inégalités sociales de santé

Aujourd'hui comme en 2005, la quasi-totalité des consommateurs de tabac (98 %) considèrent que fumer peut favoriser l'apparition d'un cancer. Cette perception aiguë du risque de cancer lié au tabac peut s'interpréter par une bonne compréhension des

Figure 1. Opinions sur les facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer, évolutions 2005-2010 (pourcentages répondant au « probablement ou « certainement »).



campagnes de prévention, diffusées principalement par l'Inpes, mais également par le fait que ce message soit mentionné de manière très visible sur les produits du tabac depuis 2003. L'apposition des avertissements sanitaires illustrés apparue en avril 2011 s'inscrit dans ce contexte.

Si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque cancer, les fumeurs de

moins de dix cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni. De même, les individus les moins diplômés, et surtout les chômeurs, sont moins nombreux à penser que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer.

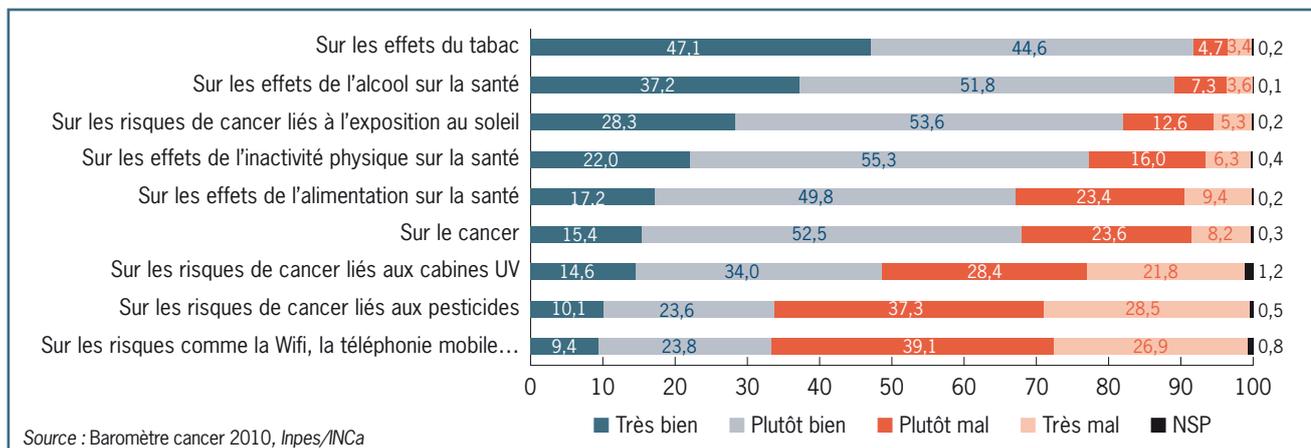
Alors que 92 % des personnes interrogées se sentent bien informées sur les effets du tabac sur la santé (figure 2), de nombreuses idées reçues telles que

« respirer l'air des villes est aussi mauvais que le tabac pour la santé » ou que « faire du sport permet de nettoyer les poumons » persistent en 2010. Elles sont à la fois beaucoup plus courantes parmi les fumeurs et sont toujours socialement différenciées. Une multitude d'informations liées à la santé publique sont apparues ces dernières années, notamment en rapport avec le principe de précaution. Un effort de rigueur dans les différents messages à transmettre au grand public sur la base d'éléments scientifiques validés par les médecins, les acteurs de prévention, les chercheurs et les décideurs politiques semble nécessaire.

Concernant les effets de l'alcool sur la santé, 89 % des enquêtés s'estiment bien informés. Cette perception varie avec l'âge et le diplôme (moins de 80 % après 55 ans, 75 % pour les sans diplôme). La connaissance des seuils à ne pas dépasser pour limiter les risques pour la santé, diffusés par l'Inpes (plus de deux verres quotidiens pour les femmes, plus de trois pour les hommes), est elle aussi plus rare parmi les personnes sans diplôme et les plus âgées.

Nombreuses sont les personnes qui relativisent la dangerosité de l'alcool en comparant celui-ci à d'autres facteurs de risque de cancer, en distinguant les effets des différents types d'alcool, ou encore en mettant essentiellement l'accent sur les dangers de l'ivresse. Par exemple, 89 % des 15-75 ans estiment que « le principal risque avec l'alcool, ce sont les accidents de la route et la violence » ; 72 % jugent que « boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que boire de l'alcool » ; 57 % considèrent que « aujourd'hui, la pollution provoque plus

Figure 2. Niveau d'information perçue sur différents thèmes de santé (en pourcentage).



de cancers que l'alcool » ; 52 % pensent que « ce sont surtout les alcools forts qui sont mauvais pour la santé ». L'adhésion à ces assertions est plus fréquente parmi les personnes moins diplômées et moins aisées, et elle est aussi positivement corrélée avec l'usage quotidien d'alcool, comme avec une moindre perception du risque de cancer associé à l'alcool.

S'agissant des opinions relatives aux boissons alcoolisées et à leurs dangers, de 2005 à 2010 elles sont restées relativement stables, à deux exceptions près : d'une part, les Français sont de plus en plus enclins à juger que « boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que boire de l'alcool », mais de moins en moins d'accord avec l'assertion « boire un peu de vin est meilleur pour la santé que ne pas en boire du tout ».

En ce qui concerne les inégalités sociales de santé, en 2010, le fait d'être au chômage n'est plus un facteur significativement associé à l'usage quotidien d'alcool, tandis que les moins aisés apparaissent même moins souvent consommateurs. En revanche, les « fausses croyances » relatives à l'alcool (penser que seuls les alcools forts et l'ivresse sont dangereux) restent plus prégnantes parmi les moins aisés et les moins diplômés. Le caractère moins addictif de l'alcool par rapport au tabac explique sans doute en partie que certains consommateurs parviennent à diminuer leur consommation, ce qui n'est pas le cas pour le tabac.

Des facteurs de risques connus mais de fausses croyances : l'exposition au soleil et la nutrition

La quasi-totalité des enquêtés sait que l'exposition au soleil peut provoquer des cancers, plus de neuf sur dix savent que le soleil fait vieillir prématurément la peau, et plus de huit sur dix se sentent bien informés à ce sujet. Toutefois, même si une amélioration est observée depuis 2005, seule une personne sur deux sait que les heures d'ensoleillement les plus dangereuses correspondent à la tranche 12h-16h (53,9 % en 2010 contre 45,8 % en 2005). Cette connaissance est plus fréquente parmi les femmes, les enquêtés les plus diplômés et ceux résidant dans le sud de la France. Quatre personnes sur dix pensent que les coups de soleil de l'enfance sont sans conséquence à l'âge adulte s'ils ont été bien soignés ; malgré une diminution en cinq ans, environ une

L'enquête Baromètre cancer

Le Baromètre cancer Inpes/INCa 2010 est un sondage aléatoire réalisé par téléphone par l'institut de sondages GFK-ISL. Pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population, un échantillon de ménages joignables uniquement sur téléphone mobile a été interrogé améliorant ainsi la représentativité de l'échantillon. L'enquête s'est déroulée du 3 avril au 7 août 2010.

Au final, 3 728 personnes âgées de 15 à 85 ans et vivant en France métropolitaine ont été interrogées (3 120 sur ligne fixe et 608 sur mobile). Le taux de refus est de l'ordre de 40 % pour l'échantillon des mobiles comme pour celui des fixes. La passation du questionnaire durait en moyenne trente-six minutes.

personne sur six croit encore que les coups de soleil préparent la peau en la rendant moins vulnérable au soleil (contre une sur quatre en 2005) ; enfin, près d'une sur dix estime que mettre de la crème solaire une seule fois permet de s'exposer au soleil toute la journée. Ces « fausses croyances » sont plus fréquentes parmi les hommes, les personnes les moins diplômées et celles disposant de faibles revenus ; ces variations déjà observées en 2005 se révèlent donc similaires en 2010. Ainsi, du point de vue des inégalités sociales de santé, les croyances relatives aux conduites à tenir vis-à-vis du soleil restent globalement socialement différenciées.

Concernant la nutrition, le caractère protecteur des fruits et légumes et de l'activité physique et celui, délétère, de la consommation fréquente de viande rouge, de charcuterie et de sel ou d'aliments salés sont davantage connus par les personnes ayant un niveau de diplôme et un revenu élevés. Une moins bonne perception concernant l'influence des fruits et légumes et de la charcuterie est par ailleurs observée chez les chômeurs. Le rôle négatif du surpoids ou de l'obésité est davantage connu par les individus ayant un niveau de revenu élevé. Enfin, le rôle positif de l'allaitement par rapport au cancer du sein chez la femme ayant eu un ou des enfants est davantage connu par les femmes diplômées du supérieur.

Des inégalités sociales de santé ancrées dans les représentations

Le Plan cancer 2 (2009-2013) avait fait de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité. Les résultats du Baromètre cancer 2010 permettent de porter un regard contrasté sur cette question. Par exemple, concernant le dépistage, le gradient social apparaît moins fort en 2010 qu'en 2005, notamment grâce aux dépistages organisés, même si des ques-

tions se posent encore en termes d'inégalités sociales pour les populations les plus précarisées vis-à-vis de l'accès, mais aussi de la fidélisation au dépistage. Sur la consommation régulière d'alcool, les inégalités sociales apparaissent moins marquées qu'il y a cinq ans. En revanche, concernant les connaissances de la population sur la perception des risques liés au cancer, on note une forte différenciation sociale des croyances relatives aux boissons alcoolisées et à leurs effets sur la santé, différenciation qui, globalement, n'a pas faibli en cinq ans. Ainsi, par exemple, un enquêté avec un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, qui se trouve au chômage et appartient à un ménage moins aisé, a environ cinq fois plus de chances de penser que l'alcool, excepté en cas d'ivresse, n'est pas mauvais pour la santé, en 2005 comme en 2010. Pour certaines opinions, les inégalités se sont même plutôt creusées sur la mise à distance du risque : par exemple, pour les personnes sans emploi, le fait d'être d'accord avec l'affirmation que fumer favorise certainement l'apparition du cancer a diminué entre 2005 et 2010. Les résultats du Baromètre cancer 2010 démontrent ainsi qu'il reste essentiel de poursuivre les recherches sur les moyens d'action les plus efficaces pour lutter contre la persistance d'idées reçues, le déni ou la relativisation du risque, et améliorer la connaissance par la population des différents facteurs de risques ou de protection.

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques, Inpes,

Dominique Bessette

Responsable du département prévention, INCa,

Arnaud Gautier

Biostatisticien, chargé d'études et de recherche, département Enquêtes et analyses statistiques, Inpes.

Stigmatisation : quel impact sur la santé ?

Tous les professionnels qui interviennent dans les domaines de la prévention, de l'éducation ou de la promotion de la santé sont un jour ou l'autre confrontés à la question de la stigmatisation, parce que toute intervention peut être stigmatisante.

Ce dossier a un double objectif : fournir des connaissances théoriques et donner la parole aux intervenants de terrain qui s'efforcent de lutter contre la stigmatisation. Il s'agit ainsi d'alerter sur l'impact négatif des effets stigmatisants sur la santé, car tous les professionnels ne sont pas toujours conscients du risque.

Dans sa première partie, le dossier précise la notion de stigmatisation. D'autres notions proches sont abordées, comme la discrimination, les deux phénomènes pouvant d'ailleurs se cumuler et se renforcer. Les experts sollicités en analysent les caractéristiques, le processus et les conséquences.

Car toute forme de stigmatisation a un impact sur la santé des personnes, c'est la raison pour laquelle la lutte contre la stigmatisation doit être érigée comme un point éthique préalable, à examiner avant de lancer toute action de santé publique. La seconde partie du dossier illustre les processus à mettre en œuvre pour l'éviter.

Un écart par rapport aux normes de la société

Au cœur de ce dossier, l'analyse de Raymond Massé permet de resituer la stigmatisation dans le contexte sociétal afin de comprendre ses mécanismes et ses finalités.



Illustrations : **Cédric Abt**

Nous avons choisi d'illustrer ce dossier avec les Fables de La Fontaine. Ces textes sont en effet d'une étonnante actualité, tant le processus de stigmatisation y est décrit, dénoncé. La Fontaine prend le parti des plus exposés et souligne la fragilité de ceux qui stigmatisent : à leur tour, ils peuvent être les victimes de ceux qu'ils ont voulu dominer. Une leçon de vie et d'éthique.

La stigmatisation, définie par Goffman (*lire l'article de R. Massé p. 9*) comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres, est à replacer dans l'ensemble des analyses sur la déviance. La déviance, qui peut amener aux situations d'exclusion, de ségrégation ou de marginalisation, se comprend comme un écart par rapport aux normes ou aux valeurs de la société ou au groupe d'appartenance. Certains auteurs montrent que la déviance, loin d'être le résultat voulu ou non d'une

action individuelle, est le résultat d'une qualification d'un acte par la société (« *labeling theory* » ou « théorie de l'étiquetage » [H.S. Becker 1985]).

Stigmates corporels, sociétaux, tribaux

Goffman distingue trois grandes catégories de stigmates :

- les stigmates corporels : les handicaps physiques, les troubles de la vision (myopie, cécité...), les défauts du visage ou du corps, etc. ;
- les stigmates tenant à la personnalité et/ou au passé de l'individu : trouble du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, alcoolisme. Beaucoup plus largement, dans certains contextes socio-historiques, ce peut être le discrédit attaché à la femme divorcée, au chômeur, à un certain type de préférences sexuelles, etc. ;
- les stigmates tribaux qui correspondent à « la race », à la religion ou à la nationalité et peuvent être transmis de génération en génération (par exemple, les personnes de race noire aux États-Unis).

Que ses stigmates soient visibles ou invisibles, dans tous les cas, le stigmatisé est perçu comme occupant une position inférieure, ce qui modifie la nature de ses relations aux autres. Ainsi, il doit s'affronter à son identité sociale marquée par ce stigmaté. Le phénomène le plus marquant qui en découle est la perte de l'estime de soi, voire le sentiment de culpabilité qui accompagne ce processus.

De plus, l'auto-stigmatisation est accentuée par les valeurs prônées par la société (mythe du « beau corps », primat de la valeur économique et de la société de consommation, individualisme, etc.). Construites sur les représentations sociales, les stigmatisations peuvent donc être véhiculées par les médias, amplifiées par la reproduction d'attitudes sociales négatives envers les personnes stigmatisées.

Vigilance éthique

Comment lutter contre la stigmatisation ? Par une vigilance éthique et permanente lors de la conception et la mise en œuvre des interventions qui peuvent avoir des effets stigmatisants : ce qui signifie notamment pour les professionnels être conscient d'effets potentiellement pervers de mesures adoptées sur la base de bonnes intentions. Mais aussi participer à la lutte contre la stigmatisation, en renforçant en particulier les facteurs de protection des personnes concernées (*lire l'article de A. Fayard et J. Fortin, p. 13*).

« La stigmatisation a été décrite par Goffman comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. »

La lutte contre la stigmatisation constitue un axe stratégique d'intervention, au cœur des politiques publiques de santé à mettre en œuvre. Il en est ainsi dans le domaine de la santé mentale, où elle est désormais un axe

stratégique – affiché et doté de lignes d'actions – dans les programmes portés par l'OMS Europe. Il reste désormais à systématiser cette réflexion éthique, à l'amorce même de toute réflexion en santé publique, tant en matière de prévention que d'éducation ou de promotion de la santé.

Annick Fayard et Jacques Fortin

Dossier coordonné par **Annick Fayard**, chargée d'expertise scientifique, direction de l'Animation, des territoires et des réseaux, Inpes, et le professeur **Jacques Fortin**, pédiatre, médecin de santé publique.

Stigmatisation sociale et santé publique : les enjeux éthiques

La stigmatisation, danger inhérent à toute action de santé publique, sape la prévention et, de surcroît, peut être délétère pour la société. L'anthropologue québécois Raymond Massé explique pourquoi l'absence de réflexion éthique sur les impacts des interventions de santé publique « n'est plus acceptable ». Il faut notamment former les intervenants quant aux coûts sociaux et éthiques des programmes d'intervention qu'ils mettent en application. Une santé publique éthique passe par la responsabilisation de ceux qui la mettent en œuvre au quotidien et des autorités politiques qui les mandatent.

Les interventions de santé publique sont, *a priori*, considérées comme éthiquement justifiées. Bien sûr, on reconnaît que certains programmes en protection, prévention et promotion de la santé empiètent quelque peu sur l'autonomie des citoyens. Mais, jusqu'à récemment, la conviction d'agir pour « le mieux-être de la population » – en développant les compétences des individus pour qu'ils soient en capacité de gérer les risques évitables – suffisait à disqualifier les critiques. Or, au cours des dernières années, les sciences sociales ont raffiné leurs critiques en présentant la santé publique comme une entreprise normative de promotion de la santé et de moralisation des habitudes de vie (1). En réponse à ces critiques, les instances nationales et internationales de santé publique ont alors suggéré des codes d'éthiques soucieux de conjuguer principes éthiques et évidences scientifiques (2, 3). Tel est le cas de l'Association américaine de santé publique (4), de l'Association pour l'avancement de la promotion de la santé (5) ou de l'Union internationale pour la promotion et l'éducation à la santé (6). L'émergence d'une « nouvelle santé publique » (7), loin de faciliter la tâche, ne fait que confirmer l'ampleur des enjeux qui se cachent derrière les interventions fondées sur des « données probantes ». Se voulant une approche globale intégrant évidences scientifiques, leçons d'expériences préventives passées, action politique, promotion de saines habitudes de vie et amélioration des conditions sociales, cette nouvelle santé publique s'expose

encore davantage aux critiques. L'un des enjeux éthiques importants qui en découle – d'ailleurs pratiquement absent des codes éthiques mentionnés – est celui de la stigmatisation sociale de certains sous-groupes étiquetés comme étant à risque.

Des normes à l'étiquetage social

La santé publique est une entreprise normative et ce pour trois raisons. Elle définit d'abord les critères normatifs (seuils, taux...) qui déterminent les frontières entre le normal et le pathologique. Ainsi, par exemple, c'est en fonction de ces écarts à la moyenne sur des échelles de mesure de la tension artérielle, de la compétence parentale, de la détresse psychologique ou encore de l'isolement social que seront repérés les individus à cibler dans les programmes de prévention. Deuxièmement, la santé publique définit les comportements à risque qui sont responsables de la maladie et des traumatismes. Le tabagisme, la consommation immodérée d'alcool, le refus de la vaccination ou la malbouffe sont présentés comme autant de pratiques indisciplinées qui expliquent les écarts de l'état de santé à la norme. Troisièmement, elle définit les « groupes à risque » qui seront désormais ciblés par des interventions visant à éradiquer ces déviations à la norme.

Cette normativité inhérente à la santé publique conduit certains sous-groupes sociaux à être associés par la population générale à certaines pratiques sanitaires désormais affublées de

connotations négatives (exemples : malbouffe et obésité, sexualité à risque et maladies sexuellement transmissibles, conduite automobile en état d'ébriété et morbidité évitable). Le risque est alors celui d'un étiquetage social négatif des récalcitrants sourds aux messages préventifs et désormais associés à des étiquettes d'irresponsabilité, de manque de volonté, d'hédonisme voire d'irrationalité. Est-il possible d'éviter ce processus d'étiquetage et, surtout, de prévenir les impacts iatrogènes de la prévention en termes de stigmatisation et de discrimination sociale des groupes étiquetés ? Et ce, tout en évitant les écueils d'une moralisation des comportements à risque ? Les enjeux sont ici importants, y compris au plan éthique.

Exemples d'étiquetage de groupes sociaux

Les exemples d'étiquetage sont aussi nombreux que le sont les problèmes de santé ou les traumatismes évitables. Une première forme d'étiquetage touche des sous-groupes pratiquant des comportements à risque. Les fumeurs (cas classique) sont réputés déviants au regard des évidences scientifiques disponibles quant à la nocivité du tabac et l'ampleur des efforts dévolus à la promotion d'une vie sans fumée. Les adeptes de la malbouffe avec surpoids constituent un autre exemple. Une seconde forme d'étiquetage touche des groupes définis par leur orientation sexuelle, tels les homosexuels accusés d'être responsables de la transmission du virus du sida avant



que la maladie ne touche tout autant les hétérosexuels. L'étiquetage peut aussi toucher les parents et les enfants des familles ciblées par les programmes de prévention précoce de la délinquance, tels ceux dénoncés par le collectif *Pas-dezérodeconduite* et des intervenants québécois (8). Mais cet étiquetage peut prendre de multiples autres formes. Il peut être ethnique comme dans le cas des migrants haïtiens directement associés dans les années 1980 aux pratiques sexuelles à risque face au sida. Considérant, d'ailleurs, l'image sociale négative qui fut accolée à ce groupe, d'autres communautés ethniques se sont montrées réticentes à bénéficier de programmes d'éducation à la sexualité sécuritaire, craignant un tel stigmate collectif. De la même façon, certains ont refusé de participer à un programme de dépistage de prévention de la violence conjugale, craignant que tous les membres des communautés ethniques ciblées ne soient étiquetés « batteurs de femmes ». L'association de

la population inuit à l'alcoolisme ou au suicide est un exemple manifeste d'étiquetage ethnique apparu suite aux résultats d'enquêtes épidémiologiques médiatisées. L'étiquetage peut, encore, toucher des quartiers ; le fait de cibler certains quartiers défavorisés pour l'implantation de programmes de prévention des abus et négligences envers les enfants est tout autant à risque de stigmatiser l'ensemble des habitants. Il peut toucher des travailleurs et des secteurs économiques. Des travailleurs d'une usine associée à une forte prévalence d'un type de cancer risquent d'être stigmatisés par les membres de leur réseau social et victimes de discrimination de la part de compagnies d'assurance ou de futurs nouveaux employeurs.

Ciblage, étiquetage : risques d'amalgame

Dans chacun de ces exemples, des sous-groupes sont affublés d'une étiquette invariablement chargée de conno-

tations négatives : il y a les « obèses », les « buveurs », les « parents incompetents »... Aux yeux de la population générale, le fait que ces groupes soient officiellement ciblés par des programmes d'intervention confirme leur refus ou leur incapacité à se conformer aux prescriptions de saines habitudes de vie.

Deux dérives majeures sont susceptibles de découler de ce processus d'étiquetage. La première est celle de l'amalgame. Par exemple, tous les cyclistes refusant le port du casque ou toutes les nouvelles mères refusant l'allaitement maternel sont considérés *de facto* responsables des impacts sur la santé, sans nuances pour les histoires de vie et les conditions d'existence particulières. Tous les parents de jeunes enfants ciblés par les programmes de prévention précoce de la négligence risquent de se voir attribuer l'étiquette d'incompétence parentale dès qu'ils présentent un certain nombre d'indicateurs répertoriés par la recherche (faible scolarité, monoparentalité, antécédents de violence familiale par exemple). Le diagnostic populationnel posé à travers les études épidémiologiques se trouve transposé à chacun des individus désormais amalgamés au sein d'un groupe à risque uniforme.

La seconde dérive est celle de l'essentialisation, c'est-à-dire du processus de réduction de l'identité d'un individu à certaines caractéristiques de l'un de ses groupes sociaux d'appartenance. Ainsi, tous les autochtones seront considérés « par essence » comme des buveurs invétérés, tous les membres de tel groupe ethnique seront « naturellement » considérés comme violents envers leurs conjointes, ou encore toutes les familles habitant certains quartiers défavorisés seront d'emblée qualifiées d'« incompetentes ». La pensée sociale et l'opinion publique étant peu sensibles aux nuances, au contexte de vie et à la multicausalité, l'amalgame et l'essentialisation des attributs de tous les membres d'un groupe ciblé constituent des risques de dérive que les interventions de santé publique devront savoir éviter. Cette étiquette, attribuée par les autres, peut être intériorisée et se manifester sous forme de sentiments de culpabilité, d'infériorité et de honte. Les théoriciens de l'étiquetage social ont souligné que les individus qui se voient attribuer une image négative de

déviant, finissent par l'endosser jusqu'à adopter des comportements conformes à cette image. Tel est le cas des fumeurs qui s'accrochent au tabagisme en protestation contre l'ostracisme dont ils se disent victimes. Plus complexe est l'exemple analysé par Bernard Roy (9) chez les Innus du Québec. Fortement associées au diabète de type II, ces populations en ont fait une maladie « autochtone », voire un marqueur identitaire. La pratique d'activités sportives et la consommation de fruits et de légumes sont désormais assimilées à des pratiques de « blancs » et les programmes de promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique sont vus comme des stratégies d'acculturation aux « valeurs blanches ».

Les coûts de l'étiquetage : stigmate et discrimination

Une fois le processus d'étiquetage et de ciblage complété, les coûts sociaux qui en découlent prennent deux formes complémentaires : la stigmatisation et la discrimination sociales.

Les sédentaires qui, par exemple, « refusent » de pratiquer un minimum d'activité physique (avec pour conséquences le surpoids et/ou une mauvaise santé cardiovasculaire) seront porteurs de stigmates sous forme d'images négatives associées à ceux qui « ne font pas d'effort », « ne font pas attention à leur santé », bref refusent d'adopter les recommandations de la promotion de la santé. La stigmatisation

prend alors, dans la foulée des analyses de Goffman, la forme d'une « identité abîmée » par une expérience profonde de rejet social résultant d'un processus de dévaluation et de discrédit aux yeux des autres.

Dans un deuxième temps, ces groupes sont susceptibles de faire l'objet de discrimination. La société, voire le système de santé, s'appuyant sur ces attributs discrédités, ouvre la porte à des préjugés sous forme de difficulté d'accès à l'emploi, aux assurances invalidité, voire à des soins libres de surfacturation dans les systèmes de santé libéraux. Bien involontairement, la prévention et la promotion de la santé induisent un clivage entre les « bons » et les « mauvais », soit ceux qui mettent, ou pas, tout en œuvre pour se prendre en main, pour gérer de façon déterminée et rationnelle leur exposition aux facteurs de risque et pour améliorer leurs compétences en profitant des programmes d'*empowerment*.

Enfin, au-delà des coûts sociaux, la stigmatisation peut aussi nuire à la prévention elle-même. Ainsi, par exemple, la propension des jeunes obèses à l'isolement social, à la dépression, au repli sur soi nourrit des logiques d'évitement et d'auto-exclusion des programmes de prévention. Depuis 2001, l'Organisation mondiale de la santé identifie la stigmatisation sociale des personnes souffrant de troubles mentaux comme la principale cause d'échec des pro-

grammes de réinsertion sociale et les groupes de soutien affirment sans relâche que cette stigmatisation cause plus de souffrance que la maladie mentale elle-même. Onusida (10) soutiendra, de même, que la « *stigmatisation et la discrimination associées au VIH sapent les efforts de prévention* » en freinant le dépistage ou en favorisant le refus d'adopter des comportements préventifs susceptibles de révéler le statut VIH.

Cibler les interventions demeure pertinent

L'analyse critique de l'identification de groupes à risque doit toutefois être pondérée par une reconnaissance de son utilité pour la planification rigoureuse des interventions. La notion de « facteurs de risque » permet de mieux cibler les interventions en identifiant des conditions de vie et de travail, des comportements et des habitudes autour desquels des interventions peuvent être proposées. L'identification de groupes à risque permet de définir le pourtour des groupes d'individus les plus touchés par un problème de santé et les plus directement concernés par des facteurs de risques évitables. Certains groupes à risque, tels les jeunes dépressifs à risque de suicide en milieu scolaire, les conjointes et les enfants victimes de violences familiales, les minorités sexuelles face aux maladies sexuellement transmissibles ont, à titre d'exemples, bénéficié d'un accès à des services adaptés offerts dans le cadre

► Références bibliographiques

(1) Massé R. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, coll. Sociétés, cultures et santé, 2003 : 430 p.

(2) Carter S.M., Rychetnik L., Lloyd B., Kerridge I.H., Bauman A., Hooker C., et al. Evidence, ethics, and values : a framework for health promotion, *American journal of public health*, 2011, vol. 101, n° 3 : p. 465-472.

(3) Massé R., Williams-Jones B. Ethical dilemmas in health promotion practice. In : I. Rootman, Dupéré S., Pederson A., O'Neil M. (eds.). *Health Promotion in Canada*. Toronto : Canadian Scholars'Press, 2012 : p. 241-253.

(4) American Public Health Association. Code d'éthique disponible en ligne : http://publichealth.columbus.gov/Asset/iu_files/Public_Health_Code_of_Ethics.pdf

(5) Association for the Advancement of Health Promotion (AAHE). En ligne : http://www.uncp.edu/hper/health_promotion/Forms/ethics.pdf

(6) Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation à la santé (IUHPE). Views on Health Promotion Online. Health promotion code of ethics, 2008. En ligne : <http://www.iuhpe.org>

(7) Tulchinsky T.H., Varavikova E.A. What is the "New public health"? *Public Health Reviews*, 2010, vol. 32, n° 1 : p. 25-53.

(8) Voir le numéro hors-série n° 1/2012 de la revue *Nouvelles pratiques sociales* pour une revue critique des impacts éthiques, sociaux et politiques.

(9) Roy B. *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Québec :

Les Presses de l'Université Laval, coll. Sociétés, cultures et santé, 2002 : 264 p.

(10) Onusida. *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associés au VIH*. Genève : Onusida, 2005 : p. 5. En ligne : http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf

(11) Coughlin S.S., Beauchamp T.L., Weed D.L. *Ethics and epidemiology*. Oxford : Oxford University Press, 2nd ed., 2009 : 315 p.

(12) Frohlich K.L., Poland B., Sareck M. Contrasting entry points for intervention in health promotion practice: situating and working with context. In : Rootman I., Dupéré S., Pederson A., O'Neil M. (eds.). *Health Promotion in Canada*. Toronto : Canadian Scholars'Press, 2012 : p. 102-116.

de programmes de santé publique. Bref, l'identification de groupes à risque rend possible l'élaboration d'interventions mieux adaptées aux besoins et aux attentes spécifiques de chacun de ces groupes. À l'inverse, si des programmes de promotion de la santé visant l'ensemble de la population peuvent apparaître comme une solution permettant de réduire les risques d'étiquetage, de stigmatisation et de discrimination sociale, de telles actions non ciblées risquent d'entraîner un gaspillage de ressources et d'augmenter le risque d'inefficacité d'interventions mal ciblées. Ici encore, la gestion des enjeux éthiques en santé publique passe par l'analyse nuancée et sensible au contexte de chaque programme d'intervention.

Existe-t-il des correctifs à l'étiquetage social en santé publique ?

L'étiquetage social constitue l'un des impacts négatifs des pratiques de santé publique qu'il est probablement impossible d'éliminer totalement. Certains sous-groupes sociaux seront toujours spécialement concernés par des taux élevés de prévalence de tel ou tel problème de santé, par une exposition plus forte aux risques ou par une plus grande vulnérabilité face aux comportements à risque. Éduquer la popula-

tion à la santé à travers des programmes de promotion de la santé mieux adaptés, plus efficaces et plus sensibles à la stigmatisation sociale ne pourra pas éliminer l'association de certains sous-groupes à des pratiques et à des habitudes de vie désormais négativement connotées. Le risque existera toujours d'une moralisation des habitudes de vie de ceux qui résistent aux injonctions de la santé publique. Toutefois, la santé publique se doit de tout mettre en œuvre pour limiter les impacts négatifs de l'étiquetage. Certaines solutions existent. Le risque d'étiquetage découlant de la diffusion de résultats d'études épidémiologiques peut être limité par une prudence dans la présentation des résultats aux médias de masse (11). Les exemples sont multiples de raccourcis pris par les journalistes pour mettre en évidence les « points saillants » d'une recherche. D'autres suggèrent l'abandon des notions de facteurs, groupes ou comportements à risque par des concepts intégrateurs moins associés à l'étiquetage tels ceux de « modes de vie collectifs » à risque (12). Surtout, les intervenants en santé publique doivent être sensibilisés aux enjeux d'une justice sociale s'exprimant en termes de partage équitable des bénéfices (pour la collectivité) et des fardeaux de l'intervention (pour les groupes ciblés).

Sensibiliser les intervenants face aux enjeux éthiques

Cette conscientisation croissante des intervenants face aux enjeux éthiques soulevés ne doit toutefois pas confiner à l'inaction ; une abdication face à la mission de prévention et de promotion de la santé n'est pas justifiable. La santé publique se doit donc d'assumer le caractère inévitable de son empreinte normative sur la société. La nier freinerait le processus de prise de conscience des limites éthiques à la course à la santé parfaite et au bien commun sanitaire. Mais, parallèlement, considérant l'importance des acquis cumulés au cours des dernières décennies en matière d'éthique de la santé publique, l'absence de réflexion éthique sur les impacts des interventions n'est plus acceptable. Une piste de solution réside dans une formation continue des intervenants et professionnels quant aux coûts sociaux et éthiques des programmes d'intervention qu'ils construisent, mettent en application et évaluent. Une santé publique éthique passe par la responsabilisation de ceux qui la mettent en œuvre au quotidien tout autant que par celle des autorités politiques qui les mandatent.

Raymond Massé

Professeur,
Département d'anthropologie,
université Laval, Québec.

Stigmatisation, discrimination, étiquetage : de quoi parle-t-on ?

Comment comprendre les concepts de stigmatisation, de discrimination, d'étiquetage ? En voici les définitions.

Stigmatisation

Selon E. Goffman (1963), la stigmatisation est un **processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres**.

L'attribut discriminant (**stigmaté**) peut être d'ordre corporel (handicaps physiques, couleur de la peau, aspect et anomalies du corps, etc.) ou tenir à la personnalité et/ou au passé de l'individu (troubles du caractère, séjour passé en

hôpital psychiatrique, alcoolisme et autres conduites addictives, SDF, préférences sexuelles, etc.).

On notera que selon le contexte socio-historique le stigmaté peut apparaître ou s'atténuer (ex : selon le statut matrimonial de la personne, s'il s'agit d'une femme, etc.).

Ces stigmatés peuvent être **visibles** : l'individu est alors discrédité. Il est perçu comme occupant une position inférieure, ce qui modifiera la nature de ses relations. Le stigmaté affecte ainsi son identité sociale, son identité personnelle et le regard qu'il porte sur lui-même.

Les stigmatés peuvent être **invisibles** : l'individu est « discréditable » et son problème devient celui du contrôle de l'information à propos de son stigmaté. Les conséquences les plus importantes sont la **perte d'estime de soi** (dévalorisation liée au sentiment de ne pouvoir jouer le même rôle social que les autres du fait de son stigmaté), ce qui développe le **sentiment de culpabilité** (handicap, chômage).

Assises sur les **représentations sociales**, les stigmatisations peuvent être véhiculées par les médias qui font écho aux valeurs de la société (mythe du corps parfait par exemple.) Elles sont à resituer dans l'ensemble des **analyses sur la**

déviance. La déviance qui peut amener aux situations d'exclusion, de ségrégation ou de marginalité peut être comprise comme un écart par rapport aux normes et valeurs de la société ou au groupe d'appartenance.

Discrimination

La discrimination se réfère au domaine du droit (et à la loi) et par-là doit être distinguée de la stigmatisation. C'est la distinction, l'isolement, la ségrégation de personnes ou d'un groupe de personnes par rapport à un ensemble plus large. Elle consiste à restreindre les droits de certains en leur appliquant un **traitement spécifique défavorable**.

Volontaire ou inconsciente, la discrimination porte atteinte à l'égalité des droits et à l'égalité des chances, mais aussi à l'égalité des devoirs de chacun.

Exemple de critères discriminatoires : le statut social, les revenus, le sexe, l'âge, les préférences sexuelles, l'origine géographique ou sociale, la couleur de la peau, l'apparence physique ou vestimentaire, les opinions philosophiques ou politiques, la culture, le style de vie, etc.

Étiquetage

Dans *Outsiders* (1963), H. S. Becker a développé la théorie de l'étiquetage qui se réfère à la construction sociale de la déviance. Selon l'au-

teur, les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme des déviants. Par exemple, les toxicomanes, les fous, les gros, etc.

L'étiquetage est une mise en représentation et en discours ordonnant le monde social, à partir de valeurs prises comme normes à un moment donné. L'étiquetage social de certains groupes de personnes a pour conséquence de leur voir attribuer une image négative par le reste des acteurs du système.

Jacques Fortin, Annick Fayard

Stigmatisation : quelques points de vigilance pour les professionnels

Pour éviter de stigmatiser, l'intervenant en santé publique se doit d'avoir une double vigilance : en amont, dans la conception même de son intervention, et par la suite dans sa pratique quotidienne.

Comme le précise Don Nutbeam¹ dans le *Glossaire de la promotion de la santé*² élaboré pour l'Organisation mondiale de la santé :

« La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle à toute action de promotion de la santé. »

Pour se situer dans une approche de la promotion de la santé ainsi définie, les intervenants en prévention, éducation pour la santé et en promotion de la santé doivent être particulièrement vigilants afin d'éviter toute stigmatisation. Il leur faut être attentifs à la fois lors de la conception et mise en œuvre des interventions, qui peuvent avoir des

effets stigmatisants, et/ou en participant à la lutte contre la stigmatisation par des facteurs de protection. L'ensemble des travaux scientifiques publiés sur la stigmatisation (Goffman, Massé et bien d'autres auteurs)³, ainsi que les recommandations émises par l'OMS (dans les champs de la stigmatisation en santé mentale et par rapport aux personnes atteintes du VIH-sida) permettent de synthétiser les points de vigilance suivants :

- accroître réflexion et vigilance pour des interventions qui peuvent à terme stigmatiser des personnes, des groupes de personnes ou des communautés. Exemples :
 - concourir à diffuser des normes, des standards (poids, condition physique, alimentation, comportements sexuels) et valoriser des comportements sains, de type bien manger, bien dormir, bien bouger,
 - cibler des populations selon certaines caractéristiques (âge, zones d'habitation, niveau de revenu, origines socio-culturelles, facteurs de risques, etc.), les « étiqueter »,
 - véhiculer ou renforcer des stéréotypes (relatifs aux comportements, aux modes de vie, à certaines populations, etc.),
 - travailler pour et non avec les populations, les habitants, les usagers, les citoyens ;

- participer à la lutte contre la stigmatisation :
 - prendre conscience des normes sociales

valorisées et véhiculées, être capable d'analyser les normes et les interactions sociales dans un milieu donné,

- renforcer les compétences individuelles et collectives (comment lutter contre la pression sociale par exemple sur l'image du corps, renforcement des compétences psychosociales, travailler sur les normes, sur l'influence socio-culturelle, l'analyse des médias...),
- renforcer les compétences des professionnels et de tous les intervenants et donc les former,
- travailler à des environnements favorables (hôpitaux, écoles, milieu de travail, milieu de loisir, etc.) pour lutter contre l'étiquetage,
- informer et sensibiliser les communicants⁴, notamment auprès des élus (représentations des usagers en santé mentale),
- renforcer la participation de la population aux décisions qui la concerne.

Pour une analyse plus élaborée, se reporter à l'ouvrage de Raymond Massé (*lire l'article p. 9*).

Annick Fayard, Jacques Fortin

1. Centre collaborateur OMS pour la promotion de la santé du Department of Public Health and Community Medicine de l'université de Sydney (Australie).

2. WHO/HPR/HEP/98.1. Genève : OMS, 1999.

3. Lire l'article de Raymond Massé dans ce même dossier page 9.

4. Développer un plaidoyer (advocacy).

Entretien avec Catherine Olivo, chargée de projets, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Languedoc-Roussillon.

« Stimuler un autre regard sur l'image corporelle »

L'Ireps Languedoc-Roussillon développe un programme qui vise à sensibiliser les jeunes, les professionnels de l'éducation, du social et de la santé, et les institutions à la pression sociale en matière d'image des corps. Son objectif : favoriser une image corporelle positive et l'acceptation de la diversité corporelle.

La Santé de l'homme : En quoi consiste votre programme expérimental de promotion de la santé sur « l'image des corps » ?

Ce programme a été mis en œuvre par l'Ireps Languedoc-Roussillon avec un comité de pilotage¹. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé parce que nous nous adressons à différents niveaux d'action et de public, parce que la personne est considérée dans sa globalité, et enfin parce que l'image des corps englobe de multiples thématiques : estime de soi, égalité homme/femme, stigmatisation, handicap, accès à l'emploi, sexualité, alimentation, addiction, violence, etc.

S. H. : Concrètement, comment s'est déroulé ce programme ? Quelles actions avez-vous menées ?

Le programme s'est déroulé sur trois ans (2009-2012). Dans un premier temps, nous avons analysé la pression sociale véhiculée par les médias et à travers les représentations collectives. Un travail pluridisciplinaire a permis de concevoir un support théorique, fondé sur l'analyse de la littérature en anthropologie, psychologie et médecine. Par la suite, nous avons complété cet aspect théorique par des entretiens avec des professionnels de terrain, afin d'identifier les problèmes auxquels ils étaient confrontés. À partir de cet état des lieux, nous avons mis sur pied un comité technique² qui a élaboré un

outil pédagogique destiné aux professionnels travaillant auprès de groupes de jeunes. Cet outil vise le développement de la capacité des jeunes de 12 à 25 ans à analyser la pression sociale à laquelle ils sont soumis, concernant leur image corporelle. Enfin, douze professionnels de terrain ont été formés à l'outil ; ils ont pu ensuite l'expérimenter avec leur public (collégiens, lycéens, jeunes fréquentant une mission locale jeunes, jeunes suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse, jeunes SDF en accueil de jour, jeunes hospitalisés en service adolescents en psychiatrie, homosexuels en rupture familiale, adolescents en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), adolescents en école de la seconde chance, adolescents en surcharge pondérale). Quarante-trois ateliers ont été animés auprès de deux cents jeunes au cours du dernier trimestre 2011. Ceci a permis des adaptations et des corrections des animations proposées dans notre outil. Enfin, nous nous sommes aussi intéressés à l'aspect législatif et aux programmes et actions menés dans d'autres pays. Nous avons rédigé une synthèse sur ces aspects ainsi que des recommandations afin de sensibiliser les institutions à ces questions.

S. H. : Comment se décline votre outil pédagogique ?

L'outil s'appuie sur un triptyque :

- des ateliers corporels pour développer la « mise en corps » : travailler sur le corps lui-même ;
- des ateliers de réflexion nommés « mise en sens », c'est-à-dire des débats et des réflexions ;
- des ateliers plus créatifs que l'on a appelés « mise en imaginaire » ;

Travailler sur ces trois dimensions permet de mieux répondre aux attentes de chacun : les uns seront plus sensibles à des élaborations intellectuelles,

les autres à une exploration avec leur corps, etc.

S. H. : À quoi va servir cet outil et qu'en pensent les jeunes qui l'ont utilisé ?

Nous allons proposer, à partir de l'automne 2012 à Montpellier, des formations à cet outil pour tout professionnel (de l'éducation, du social, de la santé, etc.) travaillant avec des groupes de jeunes de 12 à 25 ans. Ces derniers pourront sélectionner dans l'outil les activités les plus adaptées au public de jeunes avec lesquels ils travaillent. Jusqu'à présent, les jeunes soulignent que les ateliers leur ont permis de débattre sur un sujet sur lequel ils ne communiquent pas ou peu : échanger avec leurs pairs leur a notamment ouvert un autre regard sur le corps et sur la pression sociale subie. Certains ont découvert que le corps pouvait être un sujet délicat, mettant l'accent sur des difficultés, des mal-être et des non-dits. Ces débats ont aussi permis de percevoir qu'il est important d'avoir conscience des représentations et jugements que l'on véhicule au quotidien.

Propos recueillis par Denis Dangaix

1. Ont participé au comité de pilotage : l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon, l'université Montpellier 1, l'Observatoire régional de la santé, le Réseau de professionnels pour la prise en charge des adolescents (Resado), l'Unité de soins pour grands adolescents de Montpellier, un représentant de la Commission régionale nutrition santé, la Délégation aux droits des femmes ainsi que la Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale.

2. Le comité technique était composé de professionnels divers : conseillers en insertion professionnelle, docteur en psychologie, médecin, diététicien, professeur d'université, chef de service du secteur Formations prévention conseil en addictologie, spécialiste des troubles du comportement alimentaire.

Pour en savoir plus
olivo.irepslr@orange.fr

Entretien avec Anne-Sophie Joly, présidente du Collectif national des associations d'obèses (CNAO).

« Si vous voulez travailler sur l'obésité, il faut déjà respecter les personnes obèses »

La prise en charge de l'obésité relève souvent du parcours du combattant entre le manque d'informations et la stigmatisation qui s'ajoute à la souffrance psychologique et physique des personnes en surpoids. Sous l'égide de sa présidente, Anne-Sophie Joly, le Collectif national des associations d'obèses s'efforce par ses actions de sensibiliser les professionnels et l'opinion publique à cette problématique et de faire reculer la stigmatisation.



La Santé de l'homme : Pourquoi avoir créé le Collectif national des associations d'obèses, il y a dix ans ?

Parce qu'à l'époque, il n'existait aucune recommandation de bonnes pratiques en chirurgie bariatrique (consistant à restreindre l'absorption des aliments, chirurgie spécifique à l'obésité). Je travaillais en presse médicale et je venais d'être opérée (pose d'un anneau gastrique). J'avais vécu un véritable parcours du combattant. Vous n'imaginez pas les questions que nous

devions nous poser quand nous décidions de rentrer dans ce cheminement. Qui fait quoi ? Qui le fait et comment, selon quel protocole ? Comment se déroule l'opération et s'effectue la prise en charge ? Y a-t-il un suivi ? Existe-t-il une équipe pluridisciplinaire ? En fait, nous étions dans l'aventure la plus complète. Le bouche-à-oreille était plus important que le parcours médical fléché. Alors, nous avons décidé de dire « stop ». Nous nous sommes rassemblées, toutes associations d'obèses confondues. Nous avons travaillé avec

la société savante de chirurgie bariatrique, l'on parlait à l'époque de chirurgie digestive. Nous avons demandé aux autorités qu'elles formulent des recommandations de bonnes pratiques. Ce qui a été fait depuis.

S. H. : Ce collectif est donc né en révolte contre la stigmatisation ?

Oui, il y avait incontestablement de la stigmatisation, notamment lors de la prise en charge médicale. Quels étaient les critères objectifs qui faisaient que telle personne avec tel indice de masse corporelle (IMC) allait être opérée ? Personne ne savait. Tout était compliqué et aggravait le vécu des personnes en surpoids. Le regard des gens, l'attitude au minimum désobligeante des personnes qui se considéraient normales et l'apparente décontraction des milieux de santé ont accéléré notre prise de parole.

S. H. : Comment les personnes en surpoids sont-elles stigmatisées ?

Quelqu'un qui stigmatise va, par exemple, laisser entendre – ou affirmer sans complexe – qu'une personne forte est dénuée de neurones et d'intelligence. Autre exemple : certains imaginent – et expliquent – que la plupart des gens qui sont concernés par le surpoids sont responsables d'un laisser-aller ; ce serait la conséquence d'un manque de volonté. La stigmatisation est directement liée au regard différent, inquisiteur.

S. H. : Quelles formes revêt la stigmatisation ?

Les formes de stigmatisation sont multiples et variées. La stigmatisation à l'embauche, par exemple, est sans doute la plus prégnante. Nous savons qu'entre deux candidats du même sexe ayant le même âge et niveau de diplôme, c'est la personne ayant une corpulence dite « normale »¹ qui sera embauchée en priorité. Qu'est-ce que cela veut dire ? Simplement qu'une personne en recherche d'emploi ou à l'embauche doit avoir un côté « avenant » quant à son aspect physique, ce qui signifie – selon la norme et les critères de marketing – pas de surpoids. Dans nos débats avec les sociologues, ceux-ci nous disent que la maigreur est l'équivalent d'un diplôme supplémentaire. Donc quelqu'un qui aura des rondeurs, ou trop de rondeurs, sera défavorisé car mésestimé par certaines personnes.

J'ajoute que 75 % des cas de discrimination touchant des personnes en surpoids concernent l'emploi. Cette stigmatisation – qui entrave la progression au sein de l'entreprise et bloque la rémunération – ne fait que s'accroître aujourd'hui. La crise n'arrange pas les choses, sans doute. Les entrepreneurs ont le choix d'embaucher des gens qui leur correspondent. Je suis désolée, mais je constate que nombre d'entre eux agissent comme s'ils pensaient que quelqu'un qui rentre dans un « 36 fillette » apporte plus de garantie. À quoi ? Permettez-moi de poser la question.

S. H. : Quelles priorités mettez-vous en avant pour lutter contre la stigmatisation ?

D'abord, nous plaçons en tête des priorités la sécurité et la prise en charge du patient. Dans le milieu médical, la stigmatisation est en baisse. C'est, je pense, la conséquence entre autres de l'action prioritaire de notre collectif dans ce domaine. Plus généralement, nous portons le message suivant : si vous voulez travailler sur l'obésité, il faut déjà aimer – dans le sens respecter – les personnes obèses. Sinon, vous allez les abîmer un peu plus qu'elles ne le sont déjà. Et elles n'ont pas besoin de cela. Partant de ce principe, il était simple pour nous de décliner l'image d'un personnage un peu plus rond que le voisin d'à côté. C'est ce que nous faisons dans nos interventions de communication.

S. H. : Mais concrètement, comment votre association s'est-elle comportée pour faire reculer la stigmatisation ?

Nous avons très clairement occupé le terrain. Notre collectif a, par exemple, été désigné comme expert à la Haute Autorité de santé (HAS), instance au sein de laquelle nous travaillons aujourd'hui à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques sur six dossiers différents². Nous avons été nommés membre de la commission élyséenne Anne de Danne pour la rédaction du rapport donnant lieu à la création du Plan obésité présidé par le professeur Arnaud Basdevant. Notre collectif travaille avec plusieurs ministères (Santé, Agriculture, Éducation nationale, Finances, etc.). Bref, nous ne les lâchons pas. Nous avons, certes, notre côté teigneux, mais ceci n'empêche pas la coopération. Ainsi, en 2011, j'ai été invitée à intervenir à l'ouverture du congrès de pneumologie. Je devais parler durant une demi-heure ; mon intervention aura duré plus d'une heure et demie. Le président de séance avait souhaité que mon intervention soit plus longue car j'exprimais comment et pourquoi nous voulions voir évoluer les choses. Je n'étais pas là pour dire aux pneumologues – ils étaient cinq cents dans la salle – « *voilà ce qu'il faudrait faire* », mais pour faire passer un message. Notre collectif croit au travail horizontal, au travail d'égal à égal pour un seul et même objectif : le bien-être du patient et du grand public.

Autre exemple : de nombreuses boutiques de mode disent – ou en tout cas laissent entendre – aux personnes qui sont en surpoids « *ici, on n'habille pas les gros* ». Après la taille 44, il n'y a plus rien à voir. Peut-être vont-ils finir par comprendre qu'ils sont en train de passer à côté d'un chiffre d'affaires et que finalement ce serait bien de se développer dans le domaine. Nous avons à mener le combat. Nous travaillons avec les établissements scolaires. Là encore, nous faisons face à d'importantes difficultés. Le fait que des distributeurs de sucreries aient été installés de longue date dans les collèges, par exemple, a fait l'objet de discussions serrées avec les directeurs des établissements : ces derniers nous expliquaient qu'ils récupéraient *via* ces distributeurs quelques financements indispensables à leur fonctionnement.

Là encore, il faut trouver des solutions qui satisfassent tout le monde.

S. H. : Pour lutter contre la stigmatisation, les experts internationaux préconisent le renforcement des compétences, le développement d'environnements favorables, le plaidoyer auprès des communicants. Vous retrouvez-vous dans ces recommandations ?

L'affaire est complexe. Ces deux dernières années, nous avons rencontré les députés européens pour leur expliquer le sens de notre engagement ; ils nous ont répondu qu'en France, nous n'étions pas si gros que cela. Ceci montre à quel point nous avons encore à faire. Nous avons simplement suggéré que, plus nous prenons collectivement les choses en amont, plus nous pourrions produire de l'information et faire passer des messages d'éducation à toute la population, auprès de toutes les générations. Certains parents font valoir que le plaisir de l'enfant va passer par un produit alimentaire : il est vraiment nécessaire de décrypter avec eux cette notion de plaisir. Donner de l'amour avant de donner de la nourriture. L'amour, c'est aussi un câlin. Donner de la nourriture, ce peut être aller la chercher au marché en famille et la cuisiner ensemble. En faire alors un véritable partage sociologique et humain avant d'en faire un partage alimentaire.

Peut-être sommes-nous au CNAO de doux rêveurs. Mais nous savons en quoi la stigmatisation a des effets terribles et comment elle s'ajoute à la souffrance psychologique vécue par les personnes en surpoids. Le fait d'occuper la présidence de ce collectif m'a ouvert les yeux en me disant « *si j'avais su, si j'avais eu l'information, si j'avais eu une autre éducation...* ». Nous pouvons sans doute faire partager un peu de ce « si » aux autres.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. N'étant pas en surpoids important par rapport aux indicateurs en vigueur : indice de masse corporelle (IMC) ou Body mass index (BMI).

2. Le CNAO a participé en tant qu'expert à six documents publiés par la Haute Autorité de santé (recommandations de bonnes pratiques et documents d'information) mis à disposition en ligne sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire : **intervenir sans nuire**

Alertés par des interventions de professionnels qui risquaient de stigmatiser les jeunes en milieu scolaire (peser les jeunes, organiser des concours de perte de poids), la Direction de santé publique¹ de la Montérégie (Québec) a rédigé un recueil de recommandations à leur usage, pour « intervenir sans nuire ». Faute de preuves d'efficacité des programmes en milieu scolaire visant une perte de poids, les auteurs incitent à la plus grande prudence, ce type d'intervention pouvant non seulement être inefficace, mais aussi stigmatisant.

Au Québec, depuis 2005, l'excès de poids chez les jeunes fait régulièrement la une des médias écrits et l'objet de multiples reportages à la télévision et dans les publications scientifiques et populaires. Avec raison, puisque 25 % des jeunes Québécois sont aux prises avec des problèmes reliés au poids (*voir encadré ci-dessous*) avec les conséquences que cela peut entraîner sur leur santé physique et psychologique. Des efforts importants sont faits pour sensibiliser professionnels de la santé, éducateurs et représentants des milieux de vie des jeunes quant au rôle qu'ils peuvent jouer face à cette problématique. Il n'est donc pas étonnant de voir poindre plusieurs actions pour prévenir le surpoids et l'obésité en milieu scolaire, des actions dont l'efficacité est variable.

L'approche École en santé

Implantée au Québec depuis 2005, l'approche École en santé (AÉS) vise la mise en œuvre des meilleures actions de promotion et de prévention en contexte scolaire² afin d'agir efficacement sur la santé, le bien-être et la réussite des jeunes Québécois. L'AÉS nécessite, pour nombre de professionnels des réseaux de l'éducation et de la santé, un renouvellement de leurs pratiques. Les directions de santé publique (DSP) du Québec, dont celle de la Montérégie, accompagnent par différents moyens (formation, documents, rencontres, etc.), le développement des compétences des acteurs du réseau de la santé afin que leurs pratiques en promotion/prévention répondent aux conditions d'efficacité reconnues par la littérature scientifique (7).

Peser les enfants : démarche à proscrire

C'est dans ce contexte que des questionnements par rapport à la prévention de l'obésité en milieu scolaire ont été soulevés. D'une part, la pratique de certains enseignants en éducation physique qui pesaient et mesuraient les enfants afin de dépister ceux dont le surpoids nécessitait une mise au point puisque cela n'est pas recommandé (8). D'autre part, certaines écoles de niveau secondaire (lycée) organisaient des concours de perte de poids ayant pour modèle une émission de télé américaine ! Bien que ces deux pratiques n'étaient pas généralisées à l'ensemble des écoles et qu'elles se faisaient avec des intentions louables, nous devons y répondre rapidement en proposant et en diffusant aux milieux scolaires les pratiques reconnues prometteuses et efficaces pour prévenir l'obésité chez les jeunes.

12-17 ans : un jeune Québécois sur quatre en surpoids

Au Québec, 25 % des jeunes de 12 à 17 ans ont un surplus de poids (16 % font de l'embonpoint et 9 % souffrent d'obésité)¹. Paradoxalement, plusieurs jeunes sont préoccupés de façon excessive par leur poids et peuvent développer des comportements nocifs pour le contrôler (*lire l'article de M.-C. Paquette, p. 20*). Près de 60 % des jeunes de 13 à 16 ans sont insatisfaits de leur image corporelle alors que la plupart d'entre eux ont un poids normal ou inférieur à la normale (3). Seulement 55 % des adolescents consomment cinq fois par jour des fruits et légumes (4).

37 % des jeunes de la Montérégie (région du Québec) de 12 à 17 ans pratiquent tous les jours ou presque le volume d'activités recommandé, c'est-à-dire l'équivalent d'au moins une heure d'activité physique d'intensité moyenne ou élevée (5). 34 % à 44 % des jeunes Québécois de 6 à 16 ans consomment chaque jour des grignotines (ex : croustilles, biscuits salés ou sucrés, barres de céréales sucrées), bonbons ou boissons gazeuses (6).

1. La prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a été estimée en comparant la valeur de l'IMC des jeunes Québécois aux valeurs de référence internationales établies par T.J. Cole et ses collaborateurs (2). Ces valeurs ont été déterminées en calculant des courbes de percentiles établies à partir des données de vastes échantillons représentatifs de six pays de continents différents. Les seuils d'embonpoint ont été définis par les centiles correspondant à un IMC de 25 chez un adulte de 18 ans et plus. Le seuil permettant de définir l'obésité correspond à un IMC de 30.

Intervenir sans nuire : six recommandations

Une équipe de la DSP de la Montérégie a consulté la littérature scientifique (5, 8-11) et des experts³ afin de produire une publication à l'intention des enseignants en éducation physique et à la santé, des infirmières scolaires, des directions et du personnel scolaire, etc. Intitulé *Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire* (12), ce document invite les intervenants à la prudence dans leurs actions pour lutter contre l'obésité, les mettant en garde contre certaines interventions pouvant entraîner des effets négatifs, dont la stigmatisation. Il aide le milieu scolaire à choisir des actions susceptibles de

Exemples d'activités en promotion de saines habitudes de vie en milieu scolaire

- Offre d'aliments sains, beaux et bons à la cafétéria.
- Réglementation pour favoriser l'activité physique (ex : augmentation du temps de cours en éducation physique, offre d'activités physiques aux services de garde ou en activités parascolaires).
- Mise en place d'environnements favorables à l'activité physique (ex : aménagement d'une cour d'école active, installation de supports à vélos, disponibilité d'équipements pour des jeux actifs lors des récréations).
- Activités éducatives sur le *Guide alimentaire canadien*¹, sur l'apprentissage de lecture des étiquettes des aliments, etc.
- Cours de cuisine.
- Activités pour développer le sens critique des jeunes face aux médias.
- Défilés de mode regroupant divers formats corporels.

1. Disponible en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/print_eatwell_bienmang-fra.pdf

prévenir les problèmes reliés au poids, en plus d'y aborder plusieurs aspects psycho-sociaux associés à cette problématique.

Le cœur de cette publication porte sur six recommandations à respecter pour prévenir l'obésité en milieu scolaire sans nuire. L'*encadré* ci-dessus présente des exemples d'actions pouvant être mises en œuvre, ciblant autant l'acquisition de connaissances, la modification d'attitudes ou le développement d'habiletés sociales que la mise en place d'environnements favorables.

Recommandation 1 : Cibler tous les jeunes

Bénéfique pour tous, la promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation doit cibler tous les jeunes, peu importe leur poids. L'adoption de saines habitudes, tôt dans la vie, favorise le maintien à long terme de celles-ci et diminue la probabilité, chez les futurs adultes, de souffrir de troubles cardiovasculaires, de diabète, de cancer, de dépression et d'obésité. Il est beaucoup plus facile de développer le goût pour différents aliments lorsque l'on est jeune qu'une fois adulte et cela est aussi vrai pour les habiletés motrices

et l'habitude de la pratique d'activités physiques.

Recommandation 2 : Intervenir sur les saines habitudes de vie

Le surplus de poids et la préoccupation excessive à l'égard de l'image corporelle sont deux aspects indissociables. Les interventions à privilégier pour prévenir l'obésité doivent cibler l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Ainsi faut-il mettre en place des environnements leur permettant de bouger plus et de manger mieux, mais également, il faut s'attaquer aux attitudes, aux habiletés, aux connaissances et aux valeurs des jeunes en lien avec leurs habitudes de vie.

Recommandation 3 : Ne pas intervenir sur la perte de poids

Il faut éviter de parler aux jeunes du besoin de maigrir et ne pas intervenir directement dans le but de leur faire perdre ou de contrôler leur poids. Les concours de perte de poids et la mise en place d'activités ciblant uniquement les jeunes aux prises avec un surplus de poids sont à proscrire en milieu scolaire. Les principales raisons pour ne pas intervenir sur la perte de poids sont relatives aux dangers de stigmatiser les jeunes vivant ce problème, aux dérapages possibles associés à des activités de type concours, aux risques d'accroître leur préoccupation excessive concernant leur poids ainsi qu'au manque de preuves d'efficacité des programmes en milieu scolaire visant une perte de poids (13). Notons aussi

que plusieurs écrits scientifiques rapportent qu'une diète avec restriction calorique importante peut avoir des effets néfastes chez les enfants et les adolescents (12).

Recommandation 4 : Ne pas peser les jeunes ni calculer leur IMC

À l'école, en aucun cas, il n'est question de peser, de calculer l'IMC ou de prendre toute autre mesure d'adiposité chez les jeunes pour identifier ceux avec un surplus de poids. En effet, l'évaluation des enfants et des adolescents par rapport à un surplus de poids doit se faire dans un contexte clinique (chez le médecin) (12). Ainsi, les jeunes qui expriment une préoccupation (perçue ou réelle) concernant leur poids doivent faire l'objet d'une évaluation individuelle, effectuée par un professionnel de la santé appuyé par une équipe multidisciplinaire, habilitée à évaluer et à traiter ce type de problème.

Recommandation 5 : Éviter de faire la promotion d'un seul format corporel

Les médias nous bombardent d'images de corps souvent irréalistes. Influencés par ces images, les jeunes souhaitent ressembler aux modèles véhiculés. Le respect de soi et des autres passe par l'acceptation de la diversité corporelle. L'école peut, à travers différentes activités, amener les jeunes à développer leur sens critique face à toutes ces images véhiculées dans les médias et faire la promotion de plusieurs formats corporels.

Repenser notre façon d'aborder les problèmes de poids

Pour Fannie Dagenais, du groupe d'action sur le poids ÉquiLibre (Québec), il faut « *repenser notre façon d'aborder les problèmes de poids* » d'une façon que l'on pourrait schématiser comme suit : 1) comprendre et considérer l'ensemble du problème – d'une part l'obésité et d'autre part la préoccupation excessive à l'égard du poids ; 2) tenir compte de l'environnement dans lequel les professionnels interviennent : croyances, valeurs, préjugés ; 3) intervenir sans nuire. Pour éviter donc toute stigmatisation dans une intervention ou un programme, il convient de prendre en compte tous les déterminants du poids d'un individu : biologie (hérédité, fonctionnement hormonal, perturbations métaboliques éventuelles, sexe, âge...), habitudes et vie familiale (habitudes alimentaires et d'activités physiques, dynamique familiale, préoccupation à l'égard du poids des parents), aspects sociaux culturels (normes de beauté, environnement, type de travail, statut socioéconomique, soutien, encouragements ou pression), aspects personnels (perfectionnisme, faible estime et affirmation de soi, difficulté à s'exprimer, image corporelle dévalorisée, anxiété, stress, bénéfices secondaires retirés de l'obésité). Tous ces déterminants se conjuguent pour façonner l'image de soi.

Yves Géry

Pour en savoir plus : « Repenser notre façon d'aborder les problèmes de poids : s'inspirer d'un nouveau paradigme », Fannie Dagenais, Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008, disponible sur le site Web des JASP à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

Recommandations 6 : Tenir compte des aspects psychosociaux reliés au poids

La question du poids déborde le simple aspect de la balance énergétique. Les risques de stigmatisation, de discrimination, tout comme les sentiments plus ou moins négatifs à l'égard de leur corps sont des aspects dont il faut tenir compte dans les interventions. Certains, sans le vouloir, peuvent véhiculer des préjugés à l'égard des jeunes aux prises avec un surplus de poids. Il importe de veiller à la façon dont les jeunes reçoivent le message afin de ne pas exacerber des comportements néfastes et une faible estime de soi. On doit prévoir des stratégies pour les aider à renforcer leur estime de soi et à développer leurs compétences pour reconnaître et faire face aux situations de moqueries et de préjugés.

Une diffusion à large échelle

Outre une diffusion dans toutes les écoles de la région, cette publication a été présentée et discutée auprès de plusieurs regroupements et lors d'événements spéciaux (éducateurs physiques, infirmières scolaires, Journées annuelles de santé publique du Québec, etc.).

De plus, dans un souci de collaboration et de partenariat, des exemplaires de ce document ont été diffusés

à plusieurs organisations du Québec telles que toutes les directions de santé publique, l'Ordre des diététistes, la Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants, etc. Bien que quelques années se soient écoulées depuis sa publication, ce document est toujours d'actualité et est maintenant utilisé par un organisme québécois, le groupe ÉquiLibre⁴, lors d'ateliers de formation.

En conclusion, un soutien apprécié

Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire, aucune évaluation rigoureuse de l'impact de cet outil sur les pratiques en milieu scolaire n'a été faite. Toutefois, comme cette thématique concerne plusieurs professionnels œuvrant auprès des jeunes à l'école, la présentation des six recommandations de ce document a suscité de vives discussions. Les commentaires reçus et entendus nous permettent de croire que nous avons répondu, en grande partie, à leurs préoccupations et à leurs besoins. Les intervenants nous ont dit avoir apprécié la rigueur et la clarté des recommandations. Celles-ci leur permettent d'intervenir en prévention de l'obésité chez les jeunes en milieu scolaire dans une approche intégrée et surtout en évitant la possibilité

de conséquences néfastes sur la santé physique et psychologique des jeunes. C'est un pas dans la bonne direction.

Andrée Brunet

agente de planification,

programmation et recherche,

Direction de santé publique de la Montérégie,

Catherine Risi

MD, MSc, médecin-conseil,

Direction de santé publique de la Montérégie,

professeur d'enseignement clinique,

faculté de médecine, université de

Sherbrooke, Québec (Canada).

1. Situées dans les dix-sept régions administratives du Québec, les DSP regroupent les services de promotion et de prévention, de protection et de surveillance incluant la santé environnementale, la santé au travail et les maladies infectieuses. La Montérégie est la deuxième région en importance au Québec.

2. Les actions de promotion et de prévention font référence par exemple à des activités éducatives réalisées en classe, à des politiques ou des règles mises en place dans l'école, à des changements au niveau des environnements physiques (ex. : cour d'école, support à vélo, etc.). Ces actions peuvent viser les jeunes, l'école, la famille et la communauté.

3. Lyne Mongeau, coordonnatrice du Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (www.saines habitudes de vie.gouv.qc.ca), et Andrée-Ann Dufour Bouchard, diététiste au groupe ÉquiLibre (www.equilibre.ca).

4. ÉquiLibre est un organisme à but non lucratif dont la mission est de prévenir et diminuer les problèmes reliés au poids et à l'image corporelle. <http://www.equilibre.ca>

► Références bibliographiques

(1) Shields M. L'obésité mesurée. L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au Canada. In : *Nutrition, Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Ottawa. Catalogue de Statistique Canada, vol. 1, n° 82-620-HWF, 2006 : 36 p.

(2) Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ*, 2000, vol. 320, n° 7244 : p. 1240-1243.

(3) Ledoux M., Mongeau L., Rivard M. Poids et image corporelle. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*, 1999. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2002 : p. 311-344.

(4) Microdonnées à grande diffusion du cycle 2.1 de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). *Statistique Canada*, 2003.

(5) Microdonnées à grande diffusion de cycle 3.1 de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). *Statistique Canada*, 2005.

(6) Lavallée C. *Enquête sociale et de santé*

auprès des enfants et des adolescents québécois. Volet nutrition. Institut de la statistique du Québec, 2004 : 166 p.

(7) Palluy J., Arcand L., Choinière C., Martin C., Roberge M.-C. *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2010 : 42 p. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1065_ReussiteEducativSanteBienEtre.pdf

(8) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Iness). *Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1^{ère} et 2^e ligne : guide de pratique clinique, volet 1*. Québec : Inesss, 2012 : 62 p. En ligne : www.inesss.qc.ca

(9) Organisation mondiale de la santé. *Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic, Report of a Who Consultation, Série de rapports techniques*. Genève : OMS, n° 894, 2000 : 252 p.

(10) Direction de santé publique. *Face à la pro-*

gression de l'obésité en Montérégie... Ensemble pour faire contrepoids ! Rapport de la directrice de santé publique. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2005 : 47 p.

(11) Association pour la santé publique du Québec, groupe de travail provincial sur la problématique du poids. *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action*. Montréal : Association pour la santé publique du Québec, 2005 : 58 p.

(12) Brunet A., Risi C., Samson I., Michaud I. *Pour faire contrepoids à l'obésité en milieu scolaire*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2007 : 28 p.

En ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/jeunesse/ecole-en-sante.fr.html#Document>

(13) CDC. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings. A report on recommendations of task force on community preventive services. *MMWR*, 2005, vol. 54, RR10 : p. 1-12.

Comment aborder les problèmes liés au poids sans contribuer à la stigmatisation : l'approche québécoise

Au Québec, de récentes études montrent l'amplification des problèmes liés à l'excès de poids ainsi que le risque représenté par la préoccupation excessive à l'égard du poids, qu'elle soit ou non justifiée. Pour le plan gouvernemental mis en place en 2006, la difficulté est donc double : promouvoir des habitudes saines de vie et tenter de réduire l'image négative de l'excès de poids dans la société. En outre, développer des environnements favorables, améliorer les habitudes en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé pour toute la population devrait permettre de réduire les risques de stigmatisation de sous-groupes de la population.



Selon les plus récentes données mesurées, 57 % des Québécois se situent dans la catégorie « embonpoint » (IMC supérieur à 25 et inférieur à 30) et 22 % se situent dans la catégorie « obésité » (IMC supérieur à 30) (1). Afin de tenter de réduire ces proportions alarmantes d'excès de poids dans la population, le Québec s'est doté, en 2006, d'un Plan d'action gouvernemental

(PAG) de « promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir » du ministère de la Santé et des Services sociaux (2). Ce plan concerne autant les problèmes d'excès de poids – embonpoint et obésité – que les problèmes de préoccupation excessive à l'égard du poids et de l'image corporelle. L'objectif est non

seulement de diminuer l'excès de poids, mais de le faire sans augmenter les problèmes d'image corporelle et en ayant comme trame de fond la santé de la population.

Obésité et préoccupation excessive à l'égard du poids

Les experts s'accordent globalement pour dire que l'augmentation des problèmes d'excès de poids et de préoccupation excessive à l'égard du poids découle des transformations importantes dans nos sociétés occidentales au cours des dernières décennies : automatisation du travail, omniprésence de l'automobile, accessibilité croissante d'aliments à haute densité énergétique, manque de temps, omniprésence d'images et de publicités.

En effet, notre environnement moderne favorise l'obésité tout en imposant de fortes pressions sociales qui valorisent la minceur. Afficher un corps mince est plus important que jamais, et les images véhiculées dans les médias sont celles d'un corps d'une minceur extrême chez les filles et les femmes ainsi que celles d'un corps musclé ou mince chez les garçons et les hommes. Ces standards corporels prônés en Amérique du Nord et dans la majorité des pays développés sont inatteignables et nuisibles à la santé. En plus de l'impact préjudiciable des médias et de la publicité, la médiatisation actuelle de la lutte contre l'obésité

pourrait augmenter la préoccupation excessive à l'égard du poids (PEP) et ainsi contribuer à la stigmatisation et à la discrimination des personnes avec un excès de poids.

Il n'est donc pas surprenant que, comme en attestent les études, les femmes autant que les hommes et les jeunes, développent une préoccupation excessive à l'égard de leur poids. Au Québec, on parle de préoccupation excessive à l'égard du poids (PEP) lorsqu'« une personne qui, ayant ou non un surplus de poids, est à ce point préoccupée par son poids que cela porte atteinte à sa santé physique et mentale » (3). Le concept de la PEP est associé à plusieurs éléments tels que la peur de grossir, l'importance accordée au poids et à la silhouette, la quête d'un poids et d'une silhouette idéalisés ainsi que les comportements alimentaires, d'activité physique ou autres qui y sont associés.

La préoccupation à l'égard du poids reflète une nouvelle réalité populationnelle qui n'est pas en lien direct avec les troubles de l'alimentation telles que l'anorexie et la boulimie. On parle ici de modifications de comportements alimentaires et d'activité physique qui sont moins drastiques que celles associées aux troubles de l'alimentation, mais qui, à long terme, sont potentiellement néfastes pour la santé. Ces comportements incluent des pratiques alimentaires et d'activité physique pouvant mener à des carences nutritionnelles, une relation à l'alimentation dysfonctionnelle ou des blessures dans le cas de l'activité physique excessive.

Une préoccupation générale de la population

Il n'existe pas actuellement d'indicateur mesurant la préoccupation à l'égard du poids. Cependant, il est possible d'évaluer la PEP de façon rudimentaire en relevant la proportion de personnes qui surestiment leur poids ainsi que la proportion de personnes de poids normal qui tentent de perdre du poids. Les données d'une récente enquête québécoise (4) montrent que 5 % des hommes et 16 % des femmes de poids normal ont le sentiment qu'ils sont en excès de poids. Aussi, 73 % des femmes de poids insuffisant pensent être de poids normal. En ce qui concerne les comportements associés au poids, 4 % des hommes et 12 % des



femmes de poids normal tentent d'en perdre. Il n'est pas souhaitable que les personnes de poids normal fassent des tentatives de perte de poids, car toute démarche de perte de poids entraîne avec elle des risques⁷ (5). Chez les personnes en excès de poids qui présentent des risques pour la santé, les risques associés à une démarche de perte de poids sont en revanche justifiables. Ils ne le sont pas pour les personnes de poids normal.

Si ces données confirment la présence de préoccupation excessive à l'égard du poids chez les adultes québécois, les jeunes ne sont pas en reste. L'enquête sociale et de santé (6) qui sondait des jeunes de 9 à 16 ans, rapporte qu'eux aussi sont préoccupés par leur poids. La proportion des jeunes qui tentait de perdre du poids se situait entre 5 % et 27 % selon l'âge et le sexe. Toutes catégories de poids confondues, les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à tenter de perdre du poids (35 % vs 24 % pour les jeunes de 9 ans, 32 % vs 13 % pour les jeunes de 13 ans et 33 % vs 9 % pour les jeunes de 16 ans). De plus, le quart des jeunes filles de poids normal ou insuffisant tentaient de perdre du poids (27 % pour les 9 ans, 24 % pour les 13 ans et 25 % pour les 16 ans).

Actions de santé publique : éviter la stigmatisation

Dans ce contexte, il est essentiel que les actions de santé publique ne contribuent pas à amplifier le phénomène de préoccupation excessive à l'égard du poids tout en tentant de prévenir l'excès de poids. C'est pour cette raison que le plan gouvernemental (PAG) adopte une approche axée sur la transformation des environnements, afin de les rendre plus favorables aux saines habitudes de vie. Une telle approche privilégie des interventions sur les environnements qui bénéficient à l'ensemble de la population, incluant les groupes vulnérables ou marginalisés. De par leur « universalité », les actions issues du PAG ont un plus faible potentiel de stigmatisation ou d'augmentation de la préoccupation excessive à l'égard du poids.

Les environnements, tels que décrits dans le plan gouvernemental, incluent la dimension transversale des normes sociales, lesquelles influencent les pratiques alimentaires, l'activité physique et les perceptions associées aux divers schémas corporels. Il importe en effet que l'environnement socioculturel actuel et les normes associées soient transformés par le biais d'interventions structurantes telles que des lois, politiques ou

campagne médiatique de grande envergure, afin de présenter des formats corporels diversifiés qui contribueront à diminuer l'insatisfaction corporelle.

Mobiliser les acteurs privés en faveur de l'intérêt général de santé

En France, une charte d'engagement volontaire soutenue par le gouvernement et l'industrie de la mode fait la promotion, depuis 2008, de diverses mesures pour la prévention de l'anorexie et la promotion d'images du corps saines et diversifiées. Cette dernière initiative a inspiré une démarche similaire au Québec (7), en réponse aux pétitions lancées fin 2007 par deux adolescentes ayant souffert d'anorexie. Ces pétitions avaient pour but d'obtenir une action gouvernementale contre le culte de la minceur chez les jeunes, soit un problème qui s'avère très complexe. Face à leur impact médiatique, une réponse gouvernementale fut obtenue et l'aide du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine fut demandée afin d'essayer de contrer le problème. S'inspirant de l'approche française, la ministre a alors confié au Secrétariat à la condition féminine le mandat de se concerter avec plusieurs autres ministères et organismes, en vue de l'élaboration d'une charte d'engagement volontaire pour les milieux de la mode, des médias et de la publicité.

En septembre 2009, plusieurs représentants des secteurs québécois de la mode, de la publicité, des médias et de la musique, ainsi que des experts et des représentants du gouvernement du Québec, signaient un texte d'engage-

ment volontaire créé après six mois de discussions du groupe de travail, donnant naissance à la « Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée », la Chic.

Impulser de nouvelles normes sociales pour réduire les risques de stigmatisation

Cet accomplissement est tout à fait conforme à l'esprit du PAG qui prévoit, parmi les actions de son axe thématique sur les normes sociales, de « sensibiliser les médias, écrits et électroniques, afin qu'ils traitent davantage de pratique d'activité physique et de saine alimentation, et qu'ils présentent une variété de schémas corporels » (2).

Les signataires de la Chic souscrivent à la vision d'une société au sein de laquelle la diversité des corps est valorisée et s'engage à :

- promouvoir une diversité d'images corporelles comprenant des tailles, des proportions et des âges variés ;
- encourager de saines habitudes autour de l'alimentation et de la régulation du poids corporel ;
- dissuader les comportements excessifs de contrôle du poids ou de modification exagérée de l'apparence ;
- refuser de souscrire à des idéaux esthétiques basés sur la minceur extrême ;
- garder une attitude vigilante et diligente afin de minimiser les risques d'anorexie nerveuse, de boulimie et de préoccupation malsaine à l'égard du poids ;
- agir à titre d'agents et d'agentes de changement afin de mettre en avant des pratiques et des images saines et réalistes du corps ;

- faire connaître la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée auprès de nos partenaires, de nos clientèles et de nos relations professionnelles tout en participant activement à l'adhésion à ses principes et à leur respect (Québec, 2009).

En conclusion, il n'est pas aisé d'intervenir sur le poids. Même si l'ampleur des taux d'excès de poids exige une mobilisation sociétale vigoureuse et immédiate, elle ne peut se faire au détriment d'une autre problématique qu'est la préoccupation excessive à l'égard du poids. En effet, quel est l'intérêt d'agir sur une problématique au risque d'en exacerber une autre ? Une approche préventive qui vise les environnements et l'amélioration des habitudes alimentaires, d'activité physique et de santé de toute la population diminue les risques de stigmatisation de sous-groupes de la population. Il faut cependant demeurer vigilant et documenter l'impact des actions préventives sur la stigmatisation puisqu'il n'est pas possible d'éliminer complètement les risques de discrimination.

Marie-Claude Paquette

PhD, Conseillère scientifique, Équipe poids, Institut national de santé publique du Québec.

1. Toute démarche de perte de poids peut être associée à de la constipation ou de la diarrhée, de l'hypotension, des maux de tête, de la fatigue et des étourdissements. À long terme, certaines démarches peuvent aussi amener des conséquences plus graves telles que l'arythmie cardiaque, les déséquilibres électrolytiques, la formation de calculs biliaires et une perte de masse osseuse.

► Références bibliographiques

- (1) Shields M., Tjepkema M. Différences régionales en matière d'obésité. *Rapports sur la santé*, 2006, vol. 17, n° 3 : p. 65-71.
- (2) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*, 2006-2012. *Investir pour l'avenir*. MSSS, Gouvernement du Québec, 2006 : 50 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf>
- (3) Schaefer C., Mongeau L. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexions pour*

l'action. Montréal : Collectif action alternative en obésité, 2000 : 87 p.

- (4) Paquette M.-C., Lamontagne P. *La perception du poids, le statut pondéral et les actions sur le poids*. Institut national de santé publique du Québec (à paraître).

- (5) Venne M., Mongeau L., Strecko J., Paquette M.-C., Laguë J. *Bénéfices, risques et encaissement associés à l'utilisation des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)*. Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 88 p. En ligne : collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs78541

- (6) Ledoux M., Mongeau L., Rivard M. Poids et image corporelle. In : Institut de la statistique du

Québec (Ed.), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : Gouvernement du Québec, 2002 : p. 311-344.

- (7) Baril G., Paquette M.-C., Gendreau M. Le culte de la minceur et la gestion sociale du risque : le cas de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée. *Sociologie et sociétés*, 2011, vol. 43, n° 1 : p. 201-222.

- (8) Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (Québec, 2009). *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*. http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Charte/Para-clip_Charte.pdf

Entretien avec Dominique Berger, psychologue (psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent), maître de conférences à l'université Claude-Bernard à Lyon.

« L'adolescent qui ne rentre pas dans la norme du groupe pourra être mis à l'écart »

Il n'y a pas plus normatifs que les adolescents, explique le psychologue Dominique Berger. À l'école, l'adolescent se fond dans une « tribu » à laquelle il adhère. Ceux qui restent en marge encourent le risque d'être stigmatisés. En se positionnant comme des référents, les adultes ont un rôle majeur à jouer pour lutter contre la stigmatisation des jeunes entre eux. Par ailleurs, il convient de ne pas dramatiser la situation : la très grande majorité des adolescents ne stigmatise pas plus qu'elle ne fait l'objet de stigmatisation.

La Santé de l'homme : La stigmatisation a été décrite par Goffman dès 1963 comme « un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres ». Comment les adolescents peuvent-ils faire l'objet de stigmatisation ?

Avant de parler de stigmatisation, arrêtons-nous un instant sur le temps de l'adolescence : contrairement à une idée reçue, cette période est extrêmement normative. Ce n'est pas l'originalité qui la caractérise mais, beaucoup plus, la normativité. Il s'agit bien d'une période de vie spécifique où le jeune va passer de l'enfance à l'âge adulte dans un processus de maturation que je qualifie d'ordinaire. Pour ce faire, il aura besoin de s'appuyer sur d'autres images « identificatoires » que celles émises par ses parents ou les adultes de référence.

S. H. : Comment ce processus d'identification – et parfois son corollaire, la stigmatisation – se développent-ils ?

Il suffit d'aller à la sortie d'un collège et d'observer. Nous allons très vite repérer un ou des groupes avec des caractéristiques vestimentaires, comportementales, culturelles... communes. Il s'agira du groupe des « surfeurs », des « reggae-men », des « sportifs », etc. Des sortes de mini-tribus composées d'adolescents

qui sont des éléments structurants de l'identité adolescente. L'intégration dans ces groupes est le fait de correspondre à cette normativité groupale. Ce phénomène est très largement amplifié par la société dans laquelle nous vivons où chaque groupe va avoir des habitudes et des signes extérieurs de consommation. Celui qui ne rentre pas dans ce cycle autant consumériste que d'apparence, de normes édictées par le groupe, va se mettre et être mis à l'écart. Cette situation peut aboutir à de vrais phénomènes de stigmatisation. La question des « marques » commerciales est particulièrement éclairante à ce sujet.

S. H. : Cela veut-il dire que si l'adolescent n'a pas de relations fortes avec le groupe composé de ses pairs, la stigmatisation ne peut pas se mettre en place ?

L'appartenance groupale est importante pour l'adolescent, structurante pour sa personnalité. Comme le rejet d'ailleurs, sur un autre versant, par l'adolescent de cette quête d'appartenance groupale. Nous trouvons dans le processus de mise à l'écart – j'utilise davantage ce mot que le terme de stigmatisation – une double particularité : quelque chose de subi, mais aussi parfois de revendiqué. L'adolescent va chercher, à la fois, à se démarquer du groupe pour se réaffirmer mais toujours en regard des normes proposées par ce groupe. C'est pour cela que dans

le processus de stigmatisation, la désignation de signes distinctifs qui l'excluraient du groupe est complexe chez l'adolescent. Ce n'est pas un phénomène où il y aurait une victime, donc des persécuteurs. Mais toujours un phénomène complexe d'interaction entre le sujet et son environnement. Un exemple de cette « mise à l'écart » que je qualifie de complexe : je pense à des adolescents qui vont adopter des attitudes vécues comme extrêmement provocatrices par les jeunes de leur environnement mais aussi les adultes. Ils vont se construire tout un système relationnel dans lequel ils trouveront autant de bénéfices que de difficultés directement liées à la posture extrême qu'ils portent. Quand nous discutons avec eux, nous nous apercevons que c'est très compliqué pour essayer de modifier cet équilibre constitutif de leur personnalité. La chaîne de causalité qui conduit à la posture de victime n'est jamais « simple » ni linéaire. Ceci posé, il n'en demeure pas moins que certains sont des victimes qu'il est nécessaire de protéger.

S. H. : On parle beaucoup de « harcèlement » en milieu scolaire depuis plusieurs années. Quel est le lien entre stigmatisation, harcèlement et « boucs émissaires » ?

Nous sommes sur des registres différents. La question de la stigmatisation me semble davantage liée à la façon dont un

sujet se perçoit d'une part et, d'autre part, dont le groupe va percevoir ce sujet et le désigner comme extérieur. Le harcèlement est un phénomène de violence en milieu scolaire, avec une logique d'une autre nature, celle du passage à l'acte ; les adolescents victimes de harcèlement ne présentent pas forcément des caractéristiques homogènes ; ils sont souvent pris dans des systèmes relationnels, dans des fonctionnements groupaux qui les persécutent. Quant au « bouc émissaire », il s'agit encore d'un autre mécanisme (*lire l'article d'É. Verdier, p. 30*). Le bouc émissaire est lié à un fonctionnement groupal ou à un groupe d'adolescents qui a établi une loi, des règles de fonctionnement reposant sur la désignation de victimes symboliques qui peuvent d'ailleurs changer. Ces adolescents « boucs émissaires » vont être « différents » par rapport au groupe. Prenez le modèle de « l'intellectuel » : il va être persécuté – parce qu'il aura de bonnes performances scolaires – par un groupe aux performances plus moyennes. Ce peut être aussi le plus petit, le plus grand, le plus gros... Il n'y a pas de règle. C'est le signe souvent d'une fragilisation du fonctionnement groupal. C'est beaucoup plus simple de désigner un « mauvais » sujet extérieur au groupe que de remettre en question le fonctionnement du groupe.

S. H. : Quelles précautions et règles éthiques mettre en place pour empêcher le processus de stigmatisation ?

D'abord, bien prendre conscience que 90 % des adolescents ne fonctionnent pas sur les modèles que nous avons décrits auparavant. Ce n'est pas parce qu'il y a à peu près 10 % d'une population qui a des comportements discutables que toute la population va se comporter ainsi. Selon moi, la première réflexion éthique est là. Ne pas généraliser, mais bien garder une distance critique sur des faits objectivables.

Ensuite, concernant la posture à développer : plutôt que foncer dans l'action, toujours garder présente à l'esprit comme guide de conduite la phrase « *primum non nocere* ». S'interroger en fait sur comment ne pas nuire davantage, ni accroître les difficultés. Je crois que l'approche la plus rationnelle serait d'avoir un regard systémique sur le fonctionnement groupal et de ne pas sombrer dans une désignation du bon ou du mauvais objet ; le bon sujet étant la victime et le mauvais le

ou les persécuteurs. L'adulte ou l'équipe éducative ou soignante ne doit pas reproduire à l'inverse le processus de stigmatisation en désignant le persécuteur comme étant à son tour le mauvais sujet. Il faut sortir de la logique binaire victimisation/persécution pour introduire un temps intermédiaire qui permettra l'avènement de la réflexion et de la raison. C'est le temps de l'éducation. C'est bien grâce à une ouverture sur l'autre et une analyse réflexive qu'adolescents (et adultes) pourront se départir d'attitudes stigmatisantes.

La troisième réflexion est d'essayer de comprendre ce qui peut amener, à un moment donné, un groupe de jeunes à se comporter d'une façon qui peut être délictuelle. Je pense aux affaires de racket, par exemple. L'école ne doit pas être seule dans ces cas : les éléments doivent être posés de manière claire et pas simplement dans le milieu éducatif mais aussi dans le milieu judiciaire. La loi doit être dite dans tous ses aspects. Elle est indépendante de l'école et indépendante des lieux de vie. J'ajoute que ce n'est pas à l'école, ni au lieu de vie, d'édicter sa propre loi. C'est à la société de le faire et de protéger les adolescents, y compris contre eux-mêmes et leurs comportements.

S. H. : Pensez-vous à des exemples d'un travail éducatif en ce sens ?

J'ai suivi des cas où des jeunes avaient été victimes de violence, dans certains de ces cas il y avait de la stigmatisation au départ. Nous avons pu retravailler avec les équipes pédagogiques dans l'école en impulsant des programmes éducatifs et en instaurant un dialogue, en rappelant la loi. Il y a place à un moment donné pour un travail éducatif

sur le groupe dans une approche globale. Paradoxalement, les situations de violence sont inconfortables également pour ceux qui les impulsent. Pour cela, il est nécessaire de travailler aussi sur une approche territoriale avec l'ensemble des structures éducatives prenant en charge les adolescents en dehors du temps scolaire, avec les collectivités (communes, départements et régions). Il faut développer des partenariats dans une démarche éducative globale. Pour les cas les plus sévères, il y a des services qui fonctionnent bien comme les services éducatifs en milieu ouvert ou la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

S. H. : Quel rôle peut jouer l'éducateur auprès du jeune pour que ce dernier ne se livre pas à la stigmatisation des autres ?

L'adolescence est une période charnière dans la construction de l'adulte. C'est vraiment lors de cette période que les modèles sociétaux transmis à l'enfant sont remis en question. Ces modèles sont souvent à la fois contestés et critiqués. C'est à ce moment que l'adulte doit affirmer son statut d'adulte. Il doit avoir un positionnement clair. Lorsqu'il est professeur ou éducateur, il n'est pas l'ami des adolescents. Lorsqu'il est parent, il n'est pas le copain. Il propose une vision du monde. Il apporte à l'adolescent des éléments qui vont servir à baliser l'inconnu du futur, avec toute la distance nécessaire pour permettre à l'adolescent de pouvoir poser toutes les questions, voir de contester. La meilleure aide et la meilleure protection que nous puissions apporter à nos adolescents, c'est sans doute d'être assurés dans nos positions d'adultes.

Propos recueillis par Denis Dangaix

Le harcèlement : très minoritaire, mais très dommageable

Selon une enquête de l'Unicef et de l'Observatoire international de la violence à l'École¹, la stigmatisation et le harcèlement restent un phénomène relativement isolé, mais qui n'en est pas moins dommageable pour la santé des enfants. Si 83,5 % des élèves « jugent les relations entre pairs bonnes ou très bonnes », nous estimons à environ 11-12 % le taux d'élèves harcelés, ce harcèlement pouvant monter à 14 % pour le seul harcèlement verbal et symbolique. Il convient de se rappeler les conséquences psychologiques, les conséquences en termes de santé mentale et les conséquences scolaires de ces harcèlements : décrochage scolaire, absentéisme, perte d'image de soi, tendances dépressives et suicidaires de long terme. L'enquête souligne ainsi l'importance de cette violence cachée.

Yves Géry

1. À l'école des enfants heureux... enfin presque, une enquête de victimation et climat scolaire auprès d'élèves du cycle 3 des écoles élémentaires, Unicef, réalisée par l'Observatoire international de la violence à l'École.

Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ?

La stigmatisation en santé mentale a un fort impact sur le quotidien des personnes touchées. Si les représentations de la maladie mentale dans la société ont évolué au cours des dernières décennies, la stigmatisation reste très forte. Des initiatives permettent de lutter contre celle-ci : des actions militantes, éducatives, ainsi que des actions basées sur le contact individuel avec une personne atteinte d'un trouble psychique.

Une frise chronologique accélérée de l'image de la folie du Moyen-Âge à nos jours nous fait passer en quelques siècles d'une conception de la folie comme possession démoniaque à celle de troubles psychiques compris dans un système neuro-bio-psycho-social. Dans notre société, les représentations sociales des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale portent les traces de cette histoire, de la survivance d'une croyance solide en l'association de folie et danger. La stigmatisation conséquente vécue par les personnes concernées atteint tous les domaines de leur vie quotidienne. Une prise de conscience récente de ces effets interroge sur les meilleures stratégies à développer pour lutter contre cette stigmatisation et son potentiel d'exclusion.

De la folie aux troubles psychiques

Dans une société occidentale régie par les règles de la morale religieuse, le fou est celui qui les refuse. C'est un hérétique, une menace collective que l'on peut seulement aider par des traitements religieux (prières, pèlerinages, exorcisme).

En France, au XVII^e siècle, commence ce que Foucault (1) appellera le grand enfermement, c'est-à-dire la mise à l'écart et le contrôle social des pauvres, anormaux, mendiants, fous, etc.

Au fil des XVIII^e et XIX^e siècles, s'élaborent notamment des tentatives de traitements médicaux spécifiques, qui se résument souvent à des mesures forcées : contention, isolement, lobotomie ou électrochocs, etc.

Au milieu du XX^e siècle, la découverte des premiers médicaments psychotropes ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques et confirme l'inscription du traitement de la folie dans le champ de la médecine. La découverte de la psychanalyse, le développement des psychothérapies et les progrès de la recherche neurobiologique et génétique complètent la panoplie de traitements et construisent au fil du temps la conception bio-psycho-sociale des pathologies psychiatriques.

Parallèlement, durant les cinquante dernières années, les soins psychiatriques ont vécu une grande révolution, quittant l'asile pour la ville, par le déploiement de nouveaux services au plus près des populations. Actuellement, 75 % des patients suivis en psychiatrie sont soignés exclusivement en ambulatoire et jamais hospitalisés. On est passé d'un modèle carcéral à une intégration dans la cité d'un aliéné devenu citoyen.

Cette conception des soins est désormais promue comme référence au niveau international par l'OMS (2). Toutefois, l'intégration dans la cité de personnes, pendant tant d'années reléguées derrière des murs, ne cesse d'interroger sur les facteurs de leur insertion sociale et donc de l'impact de leur stigmatisation.

Les représentations sociales dans le champ de la santé mentale

La représentation sociale, concept développé en psychologie sociale est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la

construction d'une réalité commune à un ensemble social » (3). Les études menées depuis une vingtaine d'années montrent que les stéréotypes attachés aux « malades mentaux » véhiculent les notions de danger, de peur, l'exclusion de la communauté, l'imprévisibilité et l'irresponsabilité (4). Ce sont les éléments du stigmate porté sur les personnes identifiées comme relevant de ce groupe.

L'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités », menée en France, décrit trois archétypes : le fou, le malade mental et le dépressif (5). Dans l'imaginaire collectif, le fou, c'est celui qui n'a pas conscience de sa folie et dont les actes ne peuvent être expliqués. Le malade mental possède les mêmes caractéristiques que le fou mais intégrées à une compréhension médicale (maladie/cause/traitement). Enfin, le dépressif correspond à un état passager, justifié par les événements de vie et l'histoire individuelle. Pour résumer, on pourrait dire : « le fou est fou, le malade mental a une maladie et le dépressif fait une dépression » (6).

Globalement, les représentations sociales de la folie, de la maladie mentale et de la dépression sont assez similaires selon les couches sociales et les classes d'âge. On constate une opposition nette entre deux blocs de représentations : « le fou/malade mental, c'est l'autre », « le dépressif, cela peut être moi ».

Conséquences de la stigmatisation

La stigmatisation en santé mentale a un fort impact sur le quotidien des personnes touchées. C'est un fardeau qui s'ajoute aux symptômes des pathologies.

Le poids du diagnostic et les discriminations conséquentes représentent parfois même la difficulté majeure à laquelle la personne doit faire face. De nombreuses études (4) démontrent les discriminations liées à un problème de santé mentale dans les domaines de l'emploi, du logement, du soin (accès, compliance, pronostic) ou des relations interpersonnelles. On constate donc une perte d'opportunités marquée, associée à une diminution de la qualité de vie.

La stigmatisation en santé mentale ne se limite pas aux personnes étiquetées comme malades, mais touche également les proches et les soignants. Elle n'est pas non plus seulement issue de la population générale, soit d'un groupe majoritaire vers un groupe minoritaire disposant d'un pouvoir social moindre, mais peut venir des institutions, des structures de soins ou des groupes minoritaires eux-mêmes.

Ces représentations négatives peuvent également être internalisées par la personne qui les subit. On parle alors de *self-stigma* ou auto-stigmatisation.

L'étude Indigo (*International study of Discrimination and stigma Outcomes*) (7) offre un éclairage intéressant sur ces différents points. Les participants – des personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques – font notamment part d'une discrimination vécue pour « se faire des amis et les garder » (47 % d'entre eux), dans les relations avec la famille (43 %) ou pour trouver un travail (29 %).

L'étude Indigo a également permis de faire émerger la notion de discrimination anticipée, soit un évitement des situations où il existe un risque potentiel de discrimination (entretien d'em-

bauche, rencontre, etc.). En effet, 72 % des participants ressentent le besoin de cacher leur diagnostic.

Déconstruire les mécanismes discriminatoires : ce que nous apprennent les expériences étrangères

Une stigmatisation universelle ?

Afin d'œuvrer efficacement à sa diminution dans le champ de la santé mentale, il est indispensable d'identifier le type de stigmatisation considérée. Par ailleurs, puisque les représentations des troubles psychiques ont changé, il importe de se demander si une pareille évolution a été constatée en matière de stigmatisation. De nombreuses études ont été réalisées dans les pays occidentaux, notamment anglo-saxons, d'autres ont été menées sur les différents continents. Ainsi, à titre d'exemple, en Afrique (Maroc, Éthiopie, Nigeria ou Afrique du Sud), on retrouve les mêmes mécanismes de stigmatisation envers les malades ou les familles. Le repérage et le suivi des patients ne sont parfois pas, ou peu, assurés. Les difficultés socio-économiques et le manque de structures de soins et d'information font peser un poids croissant sur les familles, et ont un effet destructeur sur la solidarité et la tolérance. Par conséquent, même si les stéréotypes associés aux problèmes de santé mentale varient partiellement, on retrouve un même mécanisme global de stigmatisation des personnes touchées.

Une typologie des actions

Les initiatives de lutte contre la stigmatisation recensées au niveau mondial (*lire l'encadré ci-dessous*) se distinguent

selon plusieurs critères : santé mentale globale ou pathologie spécifique, localisation géographique, public visé, orientation générale du programme (information, protestation, contact), type de message utilisé (rétablissement/pronostic, non-dangereux, prévalence, etc.) (8). Selon les évaluations, les programmes mis en place n'ont pas le même impact. Les résultats vont d'une efficacité durable à une aggravation des représentations stigmatisantes, en passant par des effets éphémères. Il est donc indispensable de prêter une attention particulière à la conception de ces actions.

Ce que nous apprennent les réflexions de santé publique et de promotion de la santé

La prise en compte des répercussions de la stigmatisation sur la vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est un phénomène relativement récent. Les études montrent qu'il n'existe aucune solution rapide ni aucune réponse unique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. De nombreuses « causes » ont généré des actions prenant des formes variées, que l'on peut classer en trois catégories.

Actions militantes

Certaines se sont imposées par la « provocation », comme celles d'Act Up, mobilisées par la colère et la revendication. Ce mouvement a rendu visibles des injustices de prise en charge et de respect des droits des patients, et est en grande partie à l'origine de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce type d'action est intéressant quand un impact médiatique et une prise de conscience collective sont attendus. Dans le champ de la santé mentale, les auteurs (9) insistent sur les précautions à prendre avant d'utiliser ces stratégies. Si elles aident à réduire l'auto-stigmatisation, elles ne semblent pas avoir de répercussions durables sur les attitudes et les comportements du public et peuvent même, par effet rebond, renforcer les croyances stigmatisantes, voire empêcher la prise de conscience des problématiques en entraînant un rejet (sentiment de colère) à leur évocation.

Actions éducatives

Il s'agit le plus souvent d'actions locales, visant un petit groupe ayant pour objectif de « faire réfléchir », en

Exemples d'actions de lutte contre la stigmatisation

Dans plusieurs pays d'Europe, la Bibliothèque vivante¹ est un outil de lutte contre les discriminations et stigmatisations. La rencontre et l'échange permettent au grand public de découvrir l'histoire et le quotidien d'une personne issue d'un groupe confronté à des préjugés et des stéréotypes (homosexuel, immigré, handicapé ou vivant avec des troubles psychiques). Ce face-à-face contribue à une meilleure connaissance des troubles psychiques et à réduire les idées reçues associées².

En France, le site Psycom75 développe des actions de sensibilisation sur la psychiatrie et la santé mentale auprès des élus. Au Canada, des programmes de lutte contre la stigmatisation ont été lancés et évalués. Dans plusieurs pays européens : Angleterre, Belgique, Espagne, Irlande, Italie, etc., une « Mad Pride » est organisée pour combattre la stigmatisation. En Écosse, le programme « See me » vise à changer les attitudes et les comportements envers les personnes vivant avec des troubles psychiques. Il implique les personnes ayant une expérience directe de la stigmatisation.

1. Loubières C., Caria A. La bibliothèque vivante : un outil de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. La Santé de l'homme, 2011, n° 413 : p. 23-24.

2. Abergel R., Rothmund A., Tittle G., Wootsch P. La couverture ne fait pas le livre ! Le Guide de l'organisateur de la Bibliothèque vivante. Strasbourg : Les éditions du Conseil de l'Europe, 2005 : 70 p.

créant des espaces de discussions et de débats. Elles ne se situent pas dans la revendication mais dans l'explication, l'écoute des résistances et l'échange. Le groupe est mobilisé pour s'opposer à des arguments et définir ce qui semble le plus « juste » sur une problématique de discrimination. Bien que l'éducation puisse atténuer légèrement les attitudes stigmatisantes, les données probantes montrant que cette stratégie entraîne des changements comportementaux à long terme sont rares. En revanche, elle permet de mieux comprendre les représentations du public, si elle se développe dans un cadre bienveillant et d'écoute.

Actions d'identification

Il s'agit d'actions proposant la rencontre entre une personne représentative d'une minorité et une autre non concernée par le stigmate. Elles visent à faire ressentir l'impact de la stigmatisation à celui qui n'est pas concerné, afin de susciter l'empathie et la prise de conscience de l'injustice. Le contact direct individuel avec une personne atteinte d'un trouble psychique peut entraîner un changement d'attitude à long terme et influencer sur le comporte-

ment, les attitudes et sur les scores de distance sociale, en particulier les actions réalisées auprès de jeunes. Cependant, l'efficacité de l'action dépend de plusieurs critères :

- tous les participants à une interaction doivent être sur le même pied d'égalité ;
- la situation doit permettre une plus ample connaissance entre les participants ;
- il doit y avoir échange de renseignements qui contredisent les stéréotypes négatifs ;
- il faut qu'il y ait des objectifs mutuels ;
- les situations doivent exiger une coopération active ;
- enfin, il faut que l'écart entre le stéréotype et la personne rencontrée ne soit pas trop grand, au risque d'une re-catégorisation et d'un renforcement du stéréotype initial.

Les recommandations de bonnes pratiques

Fort de ces enseignements, la littérature et les évaluations d'action permettent de définir trois axes méthodologiques pour construire ces actions de sensibilisation.

Participation active de tous les acteurs, à tous les niveaux

Les personnes concernées par les troubles psychiques doivent être intégrées à tous les niveaux de la réalisation de ces actions. Les médias doivent être associés au programme de déstigmatisation. Bien utilisé, le support des médias en tant qu'alliés est souhaitable.

Travailler à l'échelle locale

Les campagnes généralistes et ponctuelles sont largement remises en question par la littérature (*lire l'article de B. Lamboy, p. 28*), car considérées comme peu efficaces et très coûteuses. Il faudrait plutôt favoriser des programmes centrés sur des groupes spécifiques, développés localement et inscrits dans la durée (10).

Inscription dans un projet multidimensionnel

Enfin, plusieurs auteurs (4) s'accordent à dire que pour qu'un programme anti-stigma soit efficace, il est important qu'il soit multidimensionnel, fasse appel à différentes formes d'interventions et d'intervenants et se situe à divers niveaux : politique de santé, organisation des services, insertion sociale et citoyenne.

Pour conclure, soulignons que les représentations et les comportements vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne pourront évoluer que si les pratiques psychiatriques ne s'éloignent pas du respect de la citoyenneté des usagers et favorisent leur *empowerment* (11). Ainsi, lutter contre la stigmatisation n'a de sens qu'en articulant l'amélioration de la qualité des soins et la défense des droits fondamentaux des personnes (12).

Aude Caria

Psychologue, coordinatrice,

et Sophie Arfeuillère

Chargée de mission, Psycom75, Paris,

Simon Vasseur Bacle

Psychologue, chargé de mission,

Centre collaborateur de l'Organisation

mondiale de la santé (CCOMS),

Mons-en-Barœul,

Céline Loubières

Coordinatrice de la Maison des usagers,

Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

► Références bibliographiques

(1) Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, coll. Bibliothèque des histoires, 1972 : 624 p.

(2) Organisation mondiale de la santé. *Politiques et pratiques en matière de santé mentale en Europe. Relever les défis, trouver des solutions*. Genève : OMS, 2008.

(3) Jodelet D. *Folies et représentations sociales*. Paris : Puf, 1989 : 63 p.

(4) Giordana J.-Y., dir. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Actes du congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française. Paris : Masson, 2010 : 264 p.

(5) Caria A., Roelandt J.-L., Bellamy V., Vandeborre A. Santé mentale en population générale : images et réalités (Smpg). Présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*, 2010, vol. 36, n° 3 (suppl. 1) : p. 1-6.

(6) Roelandt J.-L., Caria A., Defromont L., Vandeborre A., Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 2010, vol. 36, n° 3 (suppl. 1) : p. 7-13.

(7) Daumerie N., Vasseur-Bacle S., Giordana J.-Y., Bourdais-Mannone C., Caria A., Roelandt J.-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles

schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude Indigo. *L'Encéphale*, 2012, vol. 38, n° 3 : p. 224-231.

(8) Clement S., Jarrett M., Henderson C., Thornicroft G. Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: consensus development study. *Epidemiologia e Psichiatria sociale*, 2010, vol. 19, n° 1 : p. 72-79. En ligne : http://www.sapphire.iop.kcl.ac.uk/publications/clement_jarrett_eps_2010.pdf

(9) Lamboy B. *Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Synthèse de la littérature*. Inpes, direction des Affaires scientifiques, 2008.

(10) Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental illness. In : Guimón J., Fischer W., Sartorius N. *The image of madness*. Bâle : Karger, 1999 : p. 96-104.

(11) Daumerie N.-A. *L'empowerment en santé mentale*. *La Santé de l'homme*, 2011, n° 413 : p. 8-10.

(12) Caria A. *Pourquoi et comment informer et communiquer sur la santé mentale ?* Commission Couty Psychiatrie et santé mentale, Paris, 2008.

Pour en savoir plus

www.psycom75.org rubrique « Changer de regard »

Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques : une synthèse de la littérature

De nombreux programmes et campagnes de lutte contre la stigmatisation ont été développés et évalués. Il en ressort que les campagnes de communication n'ont pas pu montrer d'effets significatifs, et que les actions les plus prometteuses sont celles qui favorisent la rencontre et les échanges avec les personnes souffrant de troubles psychiques.

La stigmatisation apparaît comme un problème qui ajoute des difficultés et de la souffrance dans la vie des personnes atteintes de troubles psychiques, au-delà des effets propres de la maladie (1). La stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes ayant des troubles mentaux auraient de nombreuses conséquences sur leur qualité de vie (baisse de l'estime de soi, stress, problèmes d'adaptation sociale, isolement, marginalisation, hausse des différences socio-économiques, problèmes de logement, exclusion du monde professionnel, perte des droits civiques, etc.) et sur la prise en charge de leur maladie (problèmes de recours aux soins et d'observance du traitement, abandon thérapeutique, absence d'information, privation des libertés, etc.) (2-7).

Axe prioritaire d'intervention pour l'OMS et l'UE

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, reconnue comme un problème majeur, apparaît comme un axe prioritaire des politiques internationales de santé mentale. Au niveau de la Commission européenne, la déstigmatisation correspond à un des cinq domaines prioritaires. Ainsi, l'*European pact for mental health and well-being* proposé lors de la conférence de Bruxelles en 2008 a dégagé cinq axes d'actions prioritaires :

- la prévention de la dépression et du suicide ;
- la santé mentale chez les jeunes et dans l'éducation ;
- la santé mentale au travail ;

- la santé mentale des personnes âgées ;
- la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il s'agit d'accorder une place importante à la lutte contre la stigmatisation associée aux troubles mentaux. Dans son plan d'actions présenté à la suite de la conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (Helsinki, janvier 2005), l'OMS Europe invite ainsi à prendre des mesures pour réduire la stigmatisation (cf. point 3 du plan : « lutter contre la stigmatisation et la discrimination »).

L'article proposé ici dresse, de façon très synthétique, un état des lieux des connaissances concernant l'efficacité des campagnes de communication et des actions anti-stigma en général.

Actions anti-stigma

Au niveau international, de nombreuses campagnes et interventions de déstigmatisation ont été développées dans le champ de la santé mentale ces dernières années (8).

Ainsi, à titre d'exemple, la campagne française *Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques*, portée par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS, Lille), a été mise en œuvre en 2006-2007 (et reconduite en 2009) grâce à un collectif regroupant la Fnapsy, l'Unafam et l'Association des maires de France. Elle visait à attirer l'attention du grand public sur les problèmes de santé mentale et à promouvoir un regard de tolérance vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques.

Au-delà des programmes de communication anti-stigma, d'autres formes d'intervention ont été développées :

- des interventions favorisant la rencontre et les échanges avec les personnes souffrant de troubles psychiques (« *Contact based intervention* ») telles que le programme *In Our Own Voice* mis en œuvre depuis 1996 aux États-Unis, La Bibliothèque vivante en Europe (*lire l'article d'A. Caria et al., p. 25*) ;

- des actions de protestation comme le *Stigma Busters Group* porté par le *National Alliance on Mental Illness* (États-Unis). Ce groupe comprend environ quinze mille membres qui surveillent, alertent et s'opposent aux discours et comportements stigmatisants qui apparaissent dans les médias et la sphère publique (9) ;

- des actions locales d'éducation qui visent à diminuer les idées reçues sur les troubles mentaux en apportant des données objectives par différents canaux (brochures, livrets, vidéos, conférences, échanges, etc.) (9) ;

- des séances de thérapie cognitive et comportementale pour lutter contre l'auto-stigmatisation en s'appuyant sur l'éducation thérapeutique, la gestion du stress, l'exposition-désensibilisation et un travail sur les fausses croyances.

L'efficacité empirique des actions anti-stigma

Les études évaluatives réalisées dans le domaine ne sont pas nombreuses. Les effets des campagnes anti-stigma ont été peu étudiés empiriquement (9), et comme le souligne G. Thornicroft (9), de façon générale, on connaît encore peu de choses sur les interventions efficaces pour réduire la stigmatisation.

Quelques données empiriques sont cependant disponibles. Ainsi, des interventions anti-stigma ont pu montrer un certain nombre d'effets positifs. Dans le cadre des stratégies visant à lutter contre l'auto-stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, il semblerait que les interventions d'orientation comportementale et cognitive puissent avoir un impact sur l'estime de soi et l'amélioration du fonctionnement social (10). Les actions favorisant la rencontre et les échanges avec les personnes souffrant de troubles psychiques graves (« *Contact based intervention* ») auraient une certaine efficacité sur les connaissances, les attitudes et sur les scores de distance sociale, en particulier auprès des jeunes

(11-13). Cependant, ces résultats sont à considérer avec prudence (4), leur interprétation posant problème au regard d'autres données de recherche.

Recommandations des experts

S'appuyant sur de nombreuses années d'expérience dans le domaine de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles psychiques, des spécialistes formulent un certain nombre de recommandations afin d'améliorer la qualité des interventions mises en œuvre.

Les campagnes généralistes et ponctuelles sont largement remises en question. Considérées comme inefficaces et coûteuses, elles devraient être remplacées par des programmes centrés sur des groupes spécifiques et inscrits dans la durée (14, 15). Dans ce prolongement, plusieurs auteurs s'accordent à dire que pour qu'un programme anti-stigma soit efficace, il est important qu'il soit multidimensionnel, qu'il fasse appel à plusieurs formes d'interventions et se situe à plusieurs niveaux (16). En effet, A. Caria (5) rappelle que « les représentations et les comportements vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne pourront évoluer que si les pratiques professionnelles, elles-mêmes, changent et si tout

est fait pour affirmer la citoyenneté des personnes vivant avec des troubles psychiques. Communiquer, informer n'ont de sens qu'en coordination avec des actions concrètes pour favoriser l'insertion sociale des personnes (accès au logement, au travail, aux loisirs et à la culture) et promouvoir et protéger leurs droits fondamentaux. » Pour qu'elles soient efficaces, les interventions doivent aussi être en articulation étroite avec les personnes souffrant de troubles psychiques et ce, à plusieurs niveaux :

- en impliquant les usagers et leur famille dans les programmes (8) ;
- en favorisant l'empowerment (1, 13) ;
- en élaborant des interventions en lien direct avec l'expérience vécue et la problématique des personnes souffrant de troubles psychiques. Les experts recommandent de bien identifier les personnes que l'on souhaite cibler, d'objectiver leurs expériences, leurs besoins, les choses qu'elles souhaitent

Pour en savoir plus

Lamboy B., Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales médico-psychologiques*, 2012 (à paraître).

voir évoluer. « Sans de telles données, il est fort probable que la plupart de l'énergie soit dépensée dans des actions qui donneront plus de satisfaction aux personnes qui les auront développées qu'aux personnes qu'elles sont présumées servir » (15).

Réhabilitation psychosociale

Enfin, rappelons que l'objectif final recherché par toute intervention anti-stigma est d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Ce type d'intervention s'inscrit donc dans le champ de la réhabilitation (ou prévention tertiaire). Il nous semble ainsi primordial de replacer toute action de déstigmatisation, y compris une campagne de communication, au sein de ce domaine d'intervention. Toute nouvelle action devrait donc être construite en articulation avec les autres pratiques du champ de la réhabilitation psychosociale qui tendent à se développer en France (psychoéducation, entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive, militantisme, soutien social et familial, emploi et logement aidés).

Béatrice Lamboy

PhD, chef du département
Évaluation et expérimentation,
direction des Affaires scientifiques, Inpes.

► Références bibliographiques

(1) Lopez M. Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'Information psychiatrique*, 2007, vol. 83, n° 10 : p. 793-799.

(2) Thompson A.H., Stuart H., Bland R.C., Arbolada-Florez J., Warner R., Dickson R.A., et al. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, vol. 37, n° 10 : p. 475-482.

(3) Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 2007, vol. 19, n° 2 : p. 137-155.

(4) Castillo M.-C., Lannoy V., Seznec J.-C., Januel D., Petitjean F. Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'évolution psychiatrique*, 2008, vol. 73, n° 4 : p. 615-628.

(5) Caria A. Pourquoi et comment informer et communiquer sur la santé mentale ? Commis-

sion Couty Psychiatrie et Santé mentale. Paris, octobre 2008.

(6) Caria A., Daumerie N. Rapport de mission. *Taking actions against stigma across Europe*. Paris, Lille : CCOMS, avril 2008.

(7) Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 2009, vol. 373, n° 9661 : p. 408-415.

(8) Kadri N., Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2005, vol. 2, n° 7 : e136.

(9) Corrigan P., Gelb B. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatric Services*, 2006, vol. 57, n° 3 : p. 393-398.

(10) Corrigan P., Calabrese J.D. Strategies for assessing and diminishing self-stigma. In: Corrigan P., editor. *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington : American Psychological Association, 2005 : p. 239-256.

(11) Kolodziej M.E., Johnson B.T. Interpersonal

contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: a research synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, vol. 64, n° 6 : p. 387-396.

(12) Couture S., Penn D.L. Interpersonal contact and the stigma of mental illness : a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 2003, vol. 12, n° 3 : p. 291-305.

(13) Thornicroft G., Brohan E., Kassam A., Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2008, vol. 2, n° 1 : p. 3.

(14) Stuart H. Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health. *Canadian Public Policy*, 2005, vol. 31, n° s1 : p. 21-28.

(15) Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine*, 2006, vol. 11, n° 3 : p. 383-388.

(16) Pinfold V., Thornicroft G., Huxley P., Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 2005, vol. 17, n° 2 : p. 123-131.

Stigmatisation, homophobie et boucs émissaires

Le taux de suicide est plus élevé chez les jeunes se découvrant homosexuels ou bisexuels. La découverte de cette « différence » par rapport aux normes sociétales dominantes provoque une souffrance souvent niée par les autres. Or, un jeune qui peut compter sur le soutien de sa famille ou de son groupe de pairs qui entend sa plainte a beaucoup plus de chances de trouver en lui les ressources pour faire face.

Toute stigmatisation s'appuie sur un triple processus de peur – parfois inconsciente – et de rejet de l'autre :

- *de* mon groupe d'appartenance (dont le racisme forme l'épicentre) ;
- *dans* mon groupe d'appartenance (sexisme des hommes vers les femmes et inversement) ;
- en moi (dont la clé de voûte est l'homophobie), puisque l'intolérable est que je reconnaisse en moi une part homosexuelle.

Chacun de ces processus complémentaires utilise trois formes pour s'exprimer. La forme active, la plus corrélée à la stigmatisation, va de l'insulte jusqu'au meurtre en passant par le refus d'embauche ; elle est visible, souvent consciente et assumée par le discriminant, et tombe sous le coup de la loi lorsqu'elle est prouvée. La forme passive, beaucoup plus fréquente et banalisée, prend racine dans le déni d'existence de la différence, contraignant les personnes désignées à se cacher. Enfin, la forme de détournement traduit les représentations sociales qui rendent la différence tolérable par le plus grand nombre, comme « les gros sont joviaux », ou « les homosexuels sont sensibles » – forme encore plus perverse car il est difficile de se rebeller contre quelque chose qui est en apparence positif.

Espaces de parole

Une dizaine d'espaces de parole¹ a été mise en place dans toute la France. Ils m'ont permis d'établir une distinction entre les stigmatisations et les discriminations qui peuvent isoler – au point de retourner la violence contre soi ou contre les autres – et celles qui fédèrent. En effet, un jeune soutenu et

compris par sa famille ou son groupe de pairs (c'est-à-dire des jeunes de même âge et surtout de même sexe) a beaucoup plus de chances de trouver une voie de résolution à sa souffrance et de pouvoir mobiliser les ressources afférentes.

Ils transgressent le genre qui leur est imposé

On comprend à l'écoute des jeunes qui s'expriment dans ces espaces de parole que nombre d'entre eux ne se sentent appartenir à aucune « tribu » – à une époque où la norme sociétale commune s'est pourtant transformée en une multitude de normes communau-

taires – parce qu'un aspect important de leur identité se retrouve toujours laissé de côté. Une autre caractéristique commune à tous ces jeunes est qu'ils transgressent tous le « genre² » qui leur est imposé par leur groupe socioculturel, chacun à leur manière. Autrement dit, les garçons ne sont pas conformes au genre masculin et les filles au genre féminin. C'est notamment pour cette raison que les jeunes homosexuel(le)s occupent une place importante dans ces espaces de parole, lorsqu'ils n'ont pas réussi à se camoufler derrière une autre forme de différence, ou à s'affirmer dans ce qu'ils sont. Chez ces jeunes, le thème du suicide est extrê-

« Boucs émissaires » et vulnérabilité de l'identité masculine

La société est en crise, et cela a des répercussions en termes de violence contre soi ou l'autre. Dans toutes les périodes de crise de notre histoire, l'insécurité et la peur grandissent, et on voit justement augmenter un phénomène aussi vieux que l'histoire de l'humanité : la désignation de boucs émissaires, sans que cela ne soit diagnostiqué, encore moins traité et donc jamais prévenu lorsque cela se reproduit. Ces phénomènes s'accompagnent d'une vulnérabilité sans précédent de l'identité masculine, avec comme conséquence des violences redoublées contre tout ce qui est « féminin », violence que les hommes retournent aussi contre eux-mêmes. C'est cela qui explique en grande partie la stigmatisation à outrance des homosexuels et de ceux qui sont pris comme tels, mais plus encore : son intériorisation par ceux qui sont directement concernés. Les adolescents ne sont pas les derniers à utiliser cette modalité archaïque de résolution d'une violence endogène. Plus ils sont eux-mêmes victimes d'une discrimination, plus ils sont vulnérabilisés dans leur identité – surtout les jeunes hommes n'ayant par ailleurs aucun autre modèle masculin alternatif pour s'identifier – et plus les conséquences graves sur soi et les autres seront majorées. On pourrait prendre comme métaphore la nitroglycérine (le mélange de deux ingrédients, inoffensifs séparément, crée une explosion) : l'ingrédient « désignation de bouc émissaire » est fort dans les quartiers dits sensibles par exemple, la discrimination à leur rencontre l'étant aussi ; l'ingrédient « crise identitaire masculine » est également très présent, leurs pères et leurs grands-pères étant peu valorisés dans la société, les valeurs viriles contemporaines mettant plus que jamais en avant la réussite sociale. Peu étonnant dans ces conditions qu'on ait l'impression d'être assis sur une bombe à retardement homophobe, quand on sort du déni qui nous pousse à ne pas voir ce qui s'y passe.

Éric Verdier

mement présent, et certains sont déjà passés à l'acte. Les prises de risque mettant en jeu le pronostic vital jalonnent également le parcours de certains dans des moments de leur histoire où un tiers protecteur a fait défaut.

Stigmatisation et suicide chez les adolescents

Depuis le début des années 2000, la sursuicidalité (taux plus élevé que la moyenne) des jeunes se découvrant homo ou bisexuels commence à être reconnue en France. On estime qu'ils représentent environ le quart des garçons et des jeunes hommes qui se suicident. La fourchette basse de cette estimation correspond probablement à la proportion d'homosexuels dans les suicidants, alors que la fourchette haute étend l'hypothèse à ceux qui sont victimes d'homophobie (pas considérés comme des « vrais hommes ») sans être forcément homosexuels. Chez les filles, les estimations sont plus faibles (elles représentent environ 10 % des filles et des jeunes femmes).

Déni de souffrance de l'entourage

Comment analyser la persistance de la souffrance qui entoure la découverte de cette « différence » ? Comment comprendre surtout que la surdicécité des professionnels en santé mentale perdure ? Mes recherches sur les phénomènes de bouc émissaire chez les jeunes ont mis en évidence que c'est le déni de souffrance dans l'environnement social de la personne – et non la souffrance elle-même – qui majore le risque de passage à l'acte suicidaire.

Le suicide, ou la tentative, est donc la conséquence sur le plan psychique de ce que représente un phénomène de bouc émissaire sur le plan social : harcèlement, jugement, mépris, moqueries, honte et humiliation sont autant de catalyseurs d'un déni de souffrance qui mène invariablement à une violence contre soi (suicide, addiction, risque sexuel, etc.) ou contre les autres (violences de toutes sortes, par escalade ou pour se prémunir de subir le même sort).

Groupes de pairs : la meilleure protection

Chez des jeunes qui ont par ailleurs d'autres vulnérabilités, l'homophobie devient donc déterminante dans la trajectoire suicidaire, tant que le déni du corps social expose le jeune concerné à une insupportable solitude... Les groupes de pairs constituent certainement l'un des meilleurs remparts de protection face aux discriminations, à condition qu'ils puissent tous se retrouver sous une même bannière.

Mais où trouver ceux et celles qui sont comme soi quand révéler son homosexualité est encore un tabou ? De fait, ce sont les jeunes qui sont identifiés dans le corps social comme homosexuels – autrement dit les garçons féminins, et dans une moindre mesure les filles masculines – qui sont exposés aux moqueries et au rejet, souvent sans qu'il s'agisse forcément de préférence affective homosexuelle. Homo ou bisexuels, ils sont alors débâchés, et d'autant plus vulnérabilisés qu'ils ont intériorisé une blessure passée amenuisant leur capacité à se cacher pour se protéger.

Enjeu identitaire majeur à l'adolescence

Tous ces jeunes transgressent le genre assigné, et sont de fait victimes du diktat conjoint de la virilité et de la « matrilité³ ». Ils cumulent plusieurs facettes identitaires dissonantes face au regard social, ce qui peut leur interdire l'accès à une « tribu » de pairs protectrice. L'enjeu identitaire majeur à l'adolescence et au début de la vie adulte étant surtout sexuel, c'est probablement pour cette raison que ces jeunes transgresseurs du genre sont des proies désignées. Mais c'est l'accumulation des trois processus et vulnérabilise à l'extrême les jeunes concernés.

Les facteurs ressources principaux que j'ai identifiés sont donc issus de cette expérience d'animation d'espace de parole « au-delà des différences » : la rencontre « improbable » d'un jeune avec l'autre accompagne l'émergence de la fierté d'être ce qu'on est profondément, puisqu'on n'a plus besoin de se cacher par peur d'être débâché... Et c'est la dignité d'appartenir à la diversité humaine, et d'accepter sa singularité au lieu de tolérer sa différence, qui remplace la honte et l'humiliation à laquelle exposent les stigmates sociaux... Car ces jeunes apportent une transformation sociale où le « féminin libre » et le « masculin sensible », dominés socialement et opprimés au foyer, se donnent la main pour s'opposer à la domination de la virilité et de la matrilité.

Éric Verdier

Psychologue communautaire,
Chef du pôle Discriminations,
violence et santé, Ligue française
pour la santé mentale, Paris.

Pour en savoir plus

- Verdier É., Firdion J.-M. *Homosexualités et suicide*. Le triadou : H&O Éditions, 2003 : 224 p.
- Verdier É. *De la domination matrilivirile*. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Rapport général sous la direction d'Anne Tursz, direction générale de la Santé.
- Verdier É., Dorais M. *Petit manuel de Gayrilla à l'usage des jeunes. Comment lutter contre l'homophobie au quotidien*. Le triadou : H&O Éditions, 2005 : 174 p.
- Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2010 : 113 p.
- Verdier É. Bouc émissaire, trauma et résilience. In : Coutanceau R., Smith J., Lemitre S. dir. *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2012 : 480 p.
- Voir aussi l'article : Verdier É. Former les professionnels pour lutter contre les discriminations. *La Santé de l'homme*, juillet-août 2008, n° 396 : p. 48-49. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-396.pdf>

1. Recherche-action menée à la Ligue des droits de l'Homme de 2003 à 2006, puis travaux poursuivis à la Ligue française pour la Santé mentale, grâce à un financement ininterrompu de la Direction générale de la santé (DGS) depuis 2003.

2. Identité de genre : elle correspond à ce que nous montrons de nous dans nos attitudes, nos gestes et comportements, notre choix de métier et nos hobbies, et qui est décodé par nos contemporains dans notre société – c'est le sexe social.

3. La matrilité est à la féminité ce que la virilité est à la masculinité : un ensemble de comportements, de représentations et d'attitudes, qui confère à la personne qui les revendique un statut de dominant. Le stéréotype de la « bonne mère » est aussi sacré et donc enfermant pour les femmes que celui du « vrai mec » l'est pour les hommes. La matrilité se dote de la victimisation et de la manipulation, là où la virilité érige les remparts du narcissisme et de l'intimidation.

Stigmatisation et éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique a pour objectif d'améliorer les conditions de vie du patient malade chronique en tenant compte de ses attentes et de ses besoins. Paradoxalement, comme l'explique Stéphane Tessier, cette éducation peut se révéler stigmatisante, et ce dès l'inclusion du patient dans un programme. Une formation adaptée et l'adoption par les professionnels d'une véritable posture éducative sont susceptibles d'éviter cet écueil.

Parmi les actions éducatives pouvant être sources de stigmatisation, l'éducation thérapeutique du patient occupe une place spécifique. C'est en effet celle qui peut en créer de façon à la fois la plus massive dès le stade d'inclusion et la plus insidieuse tout au long du processus. Rappelons que l'éducation thérapeutique du patient, telle qu'elle est prévue par les textes¹, se déroule en quatre étapes principales : diagnostic éducatif, élaboration d'un programme éducatif personnalisé (que certaines équipes formalisent comme un contrat), mise en œuvre et évaluation.

Le potentiel stigmatisant de l'éducation personnalisée

Le risque de stigmatisation est porté par le concept même de « personnalisation du programme » qui structure toute l'action éducative. En effet, certaines équipes peuvent voir dans cette personnalisation l'occasion de trier entre les « bons » et les « mauvais » sujets. Ceux chez qui l'éducation thérapeutique du patient va permettre à l'équipe d'atteindre ses objectifs et ceux qui sont susceptibles de leur faire perdre du temps et de l'argent. De telles postures sont malheureusement fréquemment constatées à l'hôpital, reflétant les longues et douloureuses expériences cliniques des professionnels.

Dans sa conception, la personnalisation du programme d'éducation thérapeutique du patient vise à permettre une adaptation des actions éducatives spécifiquement au patient. Son objectif n'est pas d'adapter le patient aux exigences cliniques de l'équipe, ce qui irait à l'encontre même de la démarche d'éducation thérapeutique.

Pourtant, avant même le démarrage de l'action, dès le stade d'inclusion du patient dans le processus thérapeutique éducatif, la stigmatisation peut être à l'œuvre. En effet, les critères retenus pour élire les patients susceptibles de rentrer dans ce programme sont laissés à la seule appréciation des équipes. Or, dans la pratique, la formulation de ces critères d'inclusion relève beaucoup plus d'une analyse clinique qu'éducative : les professionnels du soin sont habitués à sélectionner les patients pouvant justifier de tel ou tel traitement en fonction de critères objectifs formulés en termes de signes cliniques ou biologiques dans le cadre de protocoles rigoureux. Il leur est donc naturel d'appliquer cette méthode, alors que le processus d'inclusion éducative diffère profondément de celui d'indications thérapeutiques.

Sous une apparente objectivité, des préjugés et des idées reçues

La mise en place d'une éducation thérapeutique peut se heurter à certains obstacles. Ainsi, la perception visuelle ou auditive restreinte chez un patient peut s'avérer objectivement « limitante », toutefois la démarche éducative doit s'adapter aux difficultés de cette nature. Par ailleurs, on constate aussi chez les professionnels une tendance à considérer que le patient n'est « pas assez cortiqué »² pour suivre un processus éducatif. Parfois, c'est un problème de langue ou de culture qui est évoqué, lorsque ce n'est pas l'âge canonique présumé interdire tout processus éducatif. Bref, derrière une apparente objectivité factuelle se cache en réalité un faisceau de préjugés, d'idées reçues

qui, si on peut comprendre (sans nullement les justifier) les raisons pour lesquelles on constate leur persistance en pratiques de médecine clinique, devraient être proscrits du processus éducatif.

En conséquence, chacun de ces critères d'inclusion est susceptible de produire une stigmatisation des patients qui seront exclus du processus éducatif.

Les phases suivantes de l'éducation thérapeutique du patient sont, dans la mesure où le choix des participants inclus est effectué, plus insidieusement stigmatisantes, mais le risque à chaque étape de confondre personnalisation et stigmatisation n'en est pas moindre.

Le diagnostic éducatif, en structurant des parcours pédagogiques spécifiques pour chaque patient, propose des choix qui doivent être clairement expliqués pour que chacun puisse les faire siens. À défaut, les parcours éducatifs présentés ou vécus comme étant de « deuxième zone » peuvent être perçus par les patients concernés comme des « mises à l'écart » humiliantes.

Le contrat éducatif peut aussi faire l'objet de discussions différenciées en fonction des personnalités en présence, paranoïdes ou confiantes, coopératives ou revendicatives. Les professionnels peuvent mal vivre ce qui pourtant fait l'objet de la loi : le droit du patient de ne pas être d'accord avec leurs prescriptions ! Certains peuvent ne pas hésiter à exprimer une amertume à l'égard de ce fameux « malade impossible de la chambre 15 » à qui on mélange son médicament avec la compote, « sinon il ne le prendrait pas ». Autre point, la recherche permanente du consente-

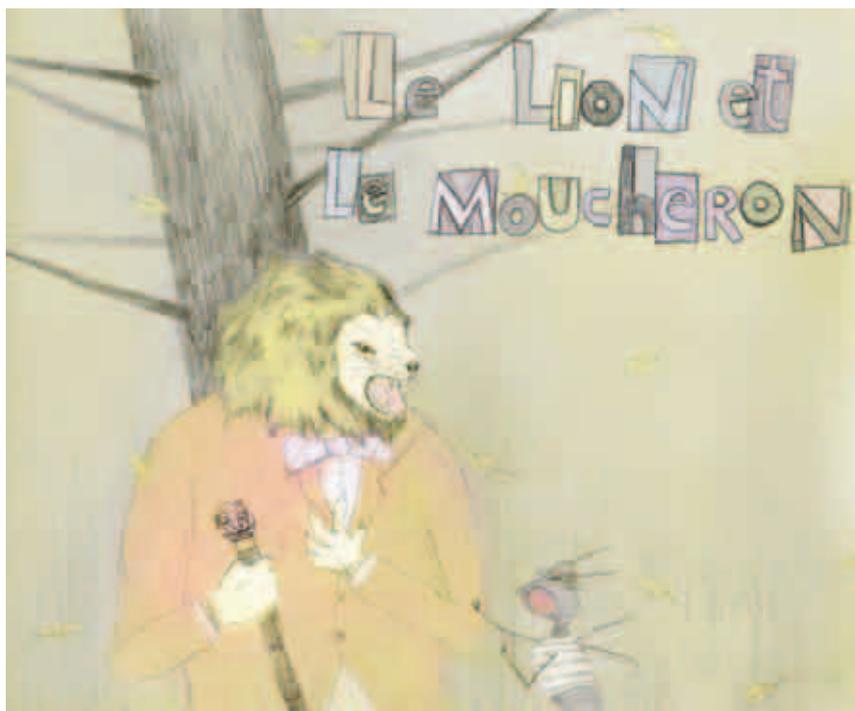
ment du patient à chaque étape du processus éducatif, jusqu'au partage de l'information éducative avec d'autres membres de l'équipe, requise par les textes officiels³, et qui peut là encore être à la source de distinction entre « les bons », ceux qui font confiance, et les autres, les méfiants. Certes, la loi stipule qu'un refus du patient ne doit avoir aucune conséquence dans son suivi ou son traitement. Pour parer à la tentation de se désintéresser d'un tel patient, un professionnel peut se tourner vers la formation, la réflexion collective et l'analyse régulière des pratiques.

Les patients peuvent se stigmatiser entre eux

À l'insu des professionnels, le regard des patients entre eux peut aussi avoir un effet stigmatisant, surtout dans le milieu fermé de la collectivité hospitalière. Chercher consciemment ou inconsciemment le bouc émissaire, « le mauvais de la classe » (NDLR : lire l'article d'É. Verdier, p. 30), et le charger de ses propres turpitudes, ou bien trouver un malade « pire » que soi-même, sont des attitudes que l'on retrouve chez des patients en quête de sécurisation. Et les personnes ainsi montrées du doigt, dans le service ou lors des sessions d'éducation, n'ont généralement pas la capacité ni les ressources d'en parler aux professionnels soignants, qui doivent être particulièrement attentifs à ce type de dérive.

Par ailleurs, lors des sessions pédagogiques, l'animation engendre d'inévitables compétitions entre les participants, susceptibles, si les professionnels n'y prennent pas garde, de reléguer ceux qui comprennent plus lentement, ou les plus bavards, au stade de « cancre de la classe ». À cet égard, les qualités d'animation de groupe et la vigilance s'enseignent autant que les méthodes pédagogiques. Ces compétitions plus ou moins conscientes mobilisent les fonctions de transfert/contre-transfert sur l'animateur(trice) que les patients peuvent chercher à séduire pour espérer (à tort bien évidemment) bénéficier d'une amélioration du traitement, ou inversement à contrer pour marquer leur caractère rebelle.

L'évolution sous traitement d'une maladie chronique, objet des attentions de l'éducation thérapeutique du patient, est susceptible de grandes variations d'un individu à l'autre, qu'il adhère ou non à son traitement. Les



différences visibles et perceptibles d'évolution peuvent donc engendrer des hiérarchies entre les patients, selon que leur état s'améliore ou se dégrade. Dès lors, il est facile tant pour les patients que pour les professionnels d'imputer consciemment ou inconsciemment de telles évolutions au respect ou non des recommandations, triant là encore les bons patients des mauvais. Cet effet secondaire de l'éducation thérapeutique du patient, à travers l'excessive responsabilisation du patient à l'égard de ce qui lui arrive, ne doit pas être sous-estimé par les équipes.

À cet égard, les textes cités ont prévu de faire signer un engagement de confidentialité aux patients sur ce qu'ils sont susceptibles d'apprendre sur les autres patients au cours de leur parcours éducatif.

La formation, meilleur atout contre la stigmatisation

En conclusion, ces effets potentiellement stigmatisants de l'éducation thérapeutique du patient exigent une formation très approfondie des professionnels, tout particulièrement dans les champs de l'éthique de l'éducation (charte d'Ottawa reprise dans la charte d'éducation pour la santé) et de la méthodologie pédagogique. L'objectif est que les professionnels n'adoptent plus une posture de supériorité, hélas encore souvent transmise lors des for-

mations cliniques, et acquièrent une véritable posture éducative d'accompagnement. Ils doivent aussi être capables de débusquer les éventuelles stigmatisations entre patients pour intervenir de façon adaptée, ce qui requiert de nouvelles aptitudes.

Dans le décours des actions, le fait de ne pas pouvoir prendre du recul fait souvent perdre de vue les objectifs éthiques initiaux. Il est donc nécessaire de prévoir des moments de discussion et d'échange de pratiques pour prendre la distance nécessaire et effectuer les réajustements requis. Faute de telles formations, de moments de réflexion collective en équipe, voire idéalement de supervision régulière d'analyse des pratiques, le processus d'éducation thérapeutique du patient au sein de l'équipe peut pointer du doigt et rejeter à la marge de très nombreux patients, généralement en situation de précarité, les plus à l'écart, accroissant ainsi les inégalités sociales de santé.

Stéphane Tessier

Médecin de santé publique.

1. Loi HPST du 21 juillet 2009 et arrêtés du 4 août 2010, Guide méthodologique de la HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/education-therapeutique-du-patient-etp?xtmc=etp&xtcr=4

2. Expression faisant référence au cortex cérébral.

3. Recommandations de l'HAS, en particulier le guide méthodologique. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/education-therapeutique-du-patient-etp?xtmc=etp&xtcr=4

Entretien avec Bruno Spire, président de l'Association de lutte contre le sida (Aides).

« Les associations comme Aides se sont constituées pour réagir face à la stigmatisation »

Lorsque le virus du sida a été découvert dans les années 1980, les personnes atteintes ont fait l'objet d'une très forte stigmatisation. Le mouvement associatif s'est créé pour lutter justement contre cette stigmatisation. Trente ans plus tard, le constat de Bruno Spire, président de Aides, est sans appel : même si des avancées ont pu être réalisées, la stigmatisation demeure encore aujourd'hui présente et tenace.

La Santé de l'homme : Lorsque le VIH-sida a été identifié dans les années 80, comment la stigmatisation des personnes atteintes s'est-elle mise en place ?

Je ne sais pas si ni comment la stigmatisation s'est mise en place, mais nous l'avons constatée dès l'identification du virus. D'abord aux États-Unis, puis en France. Cela a débuté par une peur qui s'est installée auprès des soignants. On ne savait rien sur cette maladie et ses modes de transmission. Les soignants craignaient d'attraper le virus. Les infirmières entraient dans les chambres en tenue de cosmonaute. Les malades étaient volontairement mis à l'isolement. Même si cette situation n'a pas duré dans le temps, des réactions extrêmement négatives se sont propagées à l'égard d'une population qui était en première ligne de la maladie : les homosexuels. Premiers touchés par le virus, ils ont été très vite montrés du doigt, vilipendés. Ils furent même considérés comme des pestiférés par certains groupes intégristes religieux ou certains politiques, particulièrement aux États-Unis. Ces groupes propageaient l'idée d'un châtement divin, demandaient l'exclusion de ces personnes et la mise en place de mesures extrêmement discriminantes, comme le tatouage par exemple. Fort heureusement, de nombreux professionnels de santé se sont rapidement opposés à ces outrances jugées à la fois inutiles et contre-productives, mais l'inconscient collectif

restera profondément marqué par cette époque, car c'est un état d'esprit que l'on retrouve encore aujourd'hui.

S. H. : En quoi la stigmatisation est-elle inhérente à cette maladie ?

La principale raison de cette relation entre le VIH-sida et la stigmatisation se trouve dans la transmissibilité. C'est d'abord une maladie transmissible. Et, d'une manière générale, les gens ont peur de la contagion. Imaginez la situation : nous avons affaire à une épidémie qui, au moment où elle est arrivée, a été exponentielle et rapide. Et le fait que sa transmission soit à la fois sexuelle et sanguine est venu renforcer un peu plus cette stigmatisation. Nous touchons là à des choses qui, encore aujourd'hui, restent taboues dans notre société : le sexe, le sang, la seringue, la drogue. Rappelons enfin que cette maladie concernait des groupes qui, avant même d'être affectés, étaient déjà stigmatisés. Ces groupes, homosexuels, usagers de drogue, migrants, sont encore aujourd'hui, et dans de nombreux contextes, montrés du doigt. Dans beaucoup de milieux ou pays, les homosexuels restent stigmatisés, mêmes s'ils sont séronégatifs. Les usagers de drogue sont aussi exclus même s'ils sont séronégatifs. Les migrants d'origine africaine, groupe plus récemment concerné dans nos pays, sont stigmatisés même s'ils sont séronégatifs car ils sont migrants, africains et noirs. La stigmatisation par la maladie est en fait venue s'ajouter à d'autres stigmatisations déjà existantes et tenaces.

S. H. : À partir du moment où la maladie provoque une stigmatisation, celle-ci entraîne-t-elle une détérioration de l'état de santé ?

Oui, la stigmatisation entraîne une baisse de l'estime de soi, notamment si la personne concernée est isolée. Elle n'arrive pas à assumer. De nombreuses études ont montré que cette baisse de l'estime de soi a une incidence directe sur les soins avec une moindre envie de consulter, de prendre ses médicaments quand il y en a, mais aussi une moindre envie de se protéger et de protéger les autres. Les épidémies virales comme le sida ont ceci de particulier que la santé des individus est intimement liée à la santé de tous, à la santé publique dans son ensemble. En générant l'exclusion des personnes touchées, la société se met elle-même en danger. Dans le cas du VIH-sida, la société a entretenu cette image du malade « exclu ». Elle a fabriqué cette marginalité, cette solitude dans laquelle le malade se retrouve isolé ou montré du doigt. Comment dans ces conditions adopter un comportement optimal pour sa propre santé et celle des autres ?

S. H. : Le fait d'être rejeté a donc des incidences négatives et objectives sur la santé de la personne stigmatisée ?

Oui, bien que certains pensent le contraire. Il y a eu, encore récemment, un débat scientifique sur cette question. Certains chercheurs pensent qu'il serait

plus politiquement correct de ne plus combattre la stigmatisation. Peut-être, estiment-ils, que stigmatiser quelqu'un, c'est l'exclure, le mettre à part. Et qu'en l'isolant, on l'empêche de contaminer les autres.

En poussant ce raisonnement à l'extrême, on flirte avec des principes douteux : souvenons-nous de ceux qui souhaitaient mettre les séropositifs en quarantaine, ou les interner dans des « sidatoriums ». C'est selon moi une vision hygiéniste et dangereuse, bien loin de la déontologie élémentaire de la médecine et non confirmée par les données scientifiques. En effet, des résultats scientifiques obtenus en France grâce à l'enquête Peretti-Watel⁷ démontrent bien la relation entre absence de discrimination et comportements préventifs.

S. H. : La création de l'association Aides s'est faite, comme d'autres associations de lutte contre le sida, sur une approche communautaire. N'est-ce pas justement une réponse à la stigmatisation ?

Les communautés affectées par ce virus se heurtaient au manque total d'information sur la maladie, à l'absence d'accompagnement, etc. Bref, elles souffraient d'isolement. La création de Aides a été une réponse apportée au besoin de soutien des gens touchés et de tous ceux qui avaient des proches atteints. Face à l'impuissance des médecins au début de l'épidémie, Aides a d'abord voulu répondre à ce besoin essentiel : pouvoir en parler. Car pouvoir s'exprimer sur la maladie constitue le premier rempart contre la stigmatisation. Le soutien des personnes séro-concernées, au sens large du terme, s'est construit en grande partie pour lutter contre l'exclusion. J'en suis persuadé : la stigmatisation est non seulement le vecteur de la mobilisation contre le sida, mais aussi l'un des moteurs du particularisme de notre combat.

Et même si cette notion est remise en question à l'heure de la chronicité de la maladie – qui tend à la « banaliser », comme le diabète ou l'hypertension – le sida reste une maladie à part car près de trente ans après, la stigmatisation demeure. S'il y a une forme de banalisation sur le plan médical, nous en sommes encore loin sur le plan



sociétal. C'est sans doute ce qui explique la forte mobilisation contre l'épidémie, qu'on ne retrouve pas contre d'autres pathologies.

S. H. : Le combat des associations comme la vôtre dure depuis des années. Qu'est-ce qui a fait office de catalyseur, permettant aux malades de commencer à être entendus ?

Les malades ont commencé à être entendus quand ils ont été, eux-mêmes, acteurs de leur propre prévention. À partir du moment où les malades jouent un rôle social, la stigmatisation peut diminuer. Le principe de grande implication des personnes vivant avec le VIH-sida (GIPA), développé aux États-Unis par des personnes malades, a été repris à Paris en 1994 par Arnaud Marty-Lavauzelle, alors président de Aides.

Ce principe a montré que pour une lutte efficace contre la maladie, les malades « doivent être des acteurs ». Ils ne doivent pas se contenter de porter des revendications, ils doivent participer. Cette notion est déterminante, elle reste au cœur du fonctionnement de notre association. Ainsi, par exemple, l'aide à domicile pour les malades s'est construite avec les malades. La circulaire ministérielle sur l'aide à domicile est l'aboutissement d'un combat mené en grande partie par des membres de l'association Aides.

S. H. : Quelle est, selon vous, la plus grande avancée que vous avez contribué à obtenir pour faire reculer cette stigmatisation ?

Les avancées obtenues grâce à notre mobilisation sont nombreuses. Je pense notamment à la réponse téléphonique portée par Pierre Knepp, membre de notre association et à l'origine de la création de Sida Info Service. Il avait mis en place une structure relais permettant de donner une réponse aux besoins de soutien des gens qui étaient isolés. Autres avancées : l'éducation thérapeutique sur la question de l'observance et du désir de soins, la reconnaissance du rôle central des malades dans les instances de santé, etc. Autant de contributions portées par les malades, grâce au travail des associations lors des universités des personnes séropositives, dans le cadre des lieux de parole ou de week-end de santé.

S. H. : Y a-t-il des terrains d'actions à occuper, des études à mener pour continuer à faire reculer cette stigmatisation ?

Nous pouvons encore optimiser nos méthodes au sein même de notre association. Construire par exemple davantage d'actions à partir de ce que nous percevons. Quand des malades prennent la parole dans des actions de proximité, ils se présentent normalement. Ils sont séropositifs, ils ont deux bras, deux

jambes, un cœur. Rendre visible une action n'est pas suffisant en soi, il faut témoigner autrement. Nous devons trouver une forme de discussion qui permet de faire changer progressivement le regard des gens. Nous devrions faire une recherche-action en ce sens.

L'autre enjeu, c'est d'adapter nos messages et nos actions aux nouvelles données sur la transmission du virus. La lutte contre l'épidémie a connu de grands bouleversements ces trois dernières années. On sait désormais qu'une personne séropositive, lorsqu'elle est sous traitement et bien suivie, est « indétectable ». Cela veut dire qu'elle ne transmet plus le virus, qu'elle n'est pour ainsi dire plus « contaminante ». Cette information, encore méconnue du grand public, doit être un levier supplémentaire pour faire reculer la stigmatisation. Mais nous n'oublions pas que si elle ne transmet plus, elle reste souvent homosexuelle, usager de drogue, migrante... et donc sujette à la stigmatisation, pour d'autres raisons que la maladie.

Nous démarrons aussi de nouvelles actions, portées notamment par des

groupes de femmes appelés « femmes séropositives en action ». Il s'agit de renforcer l'estime de soi parmi les femmes touchées, et par extension de renforcer leur capacité et leur envie de se mobiliser. Autour de la réalisation de petits films destinés à sensibiliser le public à la séropositivité, les participantes à ces groupes se soutiennent les unes les autres et expriment leur détermination commune à s'affranchir de la stigmatisation.

S. H. : Le fait que le VIH-sida ne soit plus classé comme une maladie « mortelle » mais « chronique » a-t-il une influence sur la stigmatisation ?

Encore une fois, la banalisation sur le plan médical est loin d'être une réalité sur le plan sociétal. La classification du VIH en maladie chronique n'a pas fait reculer la stigmatisation. En revanche, elle a fait diminuer la solidarité. La trithérapie a apporté des améliorations incontestables dans le domaine de la santé physique. Mais les personnes atteintes continuent à dire qu'il est toujours aussi difficile de vivre aujourd'hui leur séropositivité que

dans les années 1980. Le jugement est toujours présent. Parler de cette maladie dans le travail reste une gageure, car le risque de perdre son emploi est bien réel. Contrairement à d'autres maladies chroniques comme le diabète, il est toujours aussi difficile de dire à ses voisins ou à ses proches que l'on est séropositif. La première question qui vient encore souvent à l'esprit des gens lorsqu'ils apprennent la séropositivité d'un proche, c'est : « comment a-t-il pu attraper le virus ? ». Une question qui renvoie à une forme de culpabilité insupportable, et qui ne viendrait d'ailleurs à l'esprit de personne s'il s'agissait d'un cancer ou d'une sclérose en plaques. Il y a encore beaucoup à faire pour faire reculer la stigmatisation. Il y a trente ans, les personnes malades du sida devaient entre autres lutter contre l'exclusion. Aujourd'hui, la stigmatisation demeure une préoccupation majeure.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

J. Peretti-Watel P., Spire B., Obadia Y., Moatti J.-P., Vespa Group. Discrimination against HIV-infected people and the spread of HIV: some evidence from France. PLoS One, 2007, vol. 2, n° 5 : e411.

Entretien avec Christian Saout, président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), Paris.

« Ouvrir des centres d'accompagnement pour les personnes malades et leur entourage »

Fréquemment, une personne est stigmatisée du fait même qu'elle est malade. Christian Saout, président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), dénonce un tel rejet de la société. La stigmatisation, c'est un regard, un mot, une attitude, un acte ; cela commence même par le silence. Soutenir les malades afin qu'ils puissent prendre la parole, créer des « plans personnalisés de soins et d'accompagnement pour les patients et leurs proches » et les aider à faire valoir leurs droits face à la stigmatisation et aux discriminations, tels sont les objectifs que le Ciss s'est fixé.

La Santé de l'homme : Que signifie pour un patient « être stigmatisé » et pour quelles raisons peut-il l'être ?

La stigmatisation se définit comme le fait d'éprouver un sentiment de rejet de la part d'une société, d'un groupe ou d'un individu, en raison d'un critère de distinction prohibé ou non. Ici, la maladie doit être regardée comme un critère de distinction entre les personnes. Aujourd'hui, avec l'explosion des maladies chroniques, cela concerne près d'un quart de la population française. Se ressent alors comme stigmatisé celui ou celle qui a le sentiment, parfois étayé sur des faits, qu'il n'est pas traité par la

société, le groupe de personnes ou l'individu comme il l'aurait été sans cette maladie. Il s'agit donc du sentiment éprouvé face à des regards, des propos, des attitudes, des actes (dont les discriminations) qui sont manifestés par l'environnement de la personne malade, et ce en raison de sa maladie.

La stigmatisation se nourrit du rejet social, collectif ou individuel. L'approche des différents modes de rejet et leur passage en revue permettent de prendre la mesure de la stigmatisation. Pour avoir un aperçu rapide du phénomène, il suffit de saisir sur un moteur de recherche les mots « stigmatisation » et « maladie » pour que les réponses de premier rang mon-

trent combien les pathologies mentales sont le lieu de telles stigmatisations (*lire l'article d'A. Caria et al., p. 25*). L'Organisation mondiale de la santé estime qu'une personne sur quatre sera confrontée à une maladie mentale dans sa vie et que d'ici 2020 la dépression représentera la première cause d'invalidité dans le monde (1).

Mais qui parle aujourd'hui de la dépression, qui ose en parler dans son cercle familial, dans la cité ? Pas grand monde. Même pas ceux qui sont protégés par leur statut social. En Grande-Bretagne, Alastair Campbell a reconnu avoir souffert de dépression alors qu'il était proche conseiller (*spin doctor*) de Tony Blair. Rien de comparable en France, où même les maladies des présidents de la République sont dissimulées.

Ainsi, la stigmatisation, avant d'être amplifiée par un regard, un mot, une attitude, un acte commence par le silence. Ce même silence sur la séropositivité aujourd'hui interroge d'ailleurs le bilan de près de trente années de lutte pourtant active contre le sida et les représentations sociales qui l'accompagnent (*lire l'entretien avec B. Spire, p. 34*).

S. H. : Les personnes malades craignent d'être stigmatisées dans leur vie sociale, leur travail. Les soignants n'ont-ils pas aussi une part de responsabilité dans cette stigmatisation subie ?

Les stigmatisations opèrent, nous l'avons vu, dans un large spectre : du silence à la discrimination. Elles frappent durement les malades qui ne peuvent s'en remettre à un organisme protecteur. En France, il a fallu attendre 2005 et l'installation de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), aujourd'hui absorbée dans l'institution du Défenseur des droits¹.

Peut-on dire alors que l'on stigmatise et que l'on discrimine sans le savoir ? Non, nous adoptons ces comportements et commettons ces actes sous couvert de normes sociales basées sur le rejet de l'autre. Nous sommes tous tributaires de cet environnement, y compris les soignants dont certains, nous le savons bien, préfèrent les « bons » patients : ceux dont les vies sont compatibles avec les standards de comportement attendus des malades (2) (*lire l'article de S. Tessier, p. 32*) ; ceux dont le profil économique est compatible avec l'économie du cabinet comme l'ont montré, par



exemple, les refus de soins des spécialistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (3).

S. H. : Pouvez-vous illustrer votre analyse avec un ou deux exemples concrets ?

On trouve de bons exemples dans la lutte contre le sida. Pendant toute une période après 1996, alors que les standards de prise en charge étaient en faveur des trithérapies au lieu des mono ou des bithérapies, les femmes se trouvaient plutôt en bithérapies alors que les hommes étaient plus souvent en trithérapies. On voit que le critère prohibé de distinction en raison du genre, visé à l'article 225-1 du Code pénal, pèse dans le système de soins. Tout autant que celui de distinction en raison « des mœurs », du comportement dirions-nous aujourd'hui, qui faisait, et fait probablement encore, que les usagers de drogue étaient aussi moins bien pris en charge comparativement aux personnes n'ayant pas de tels usages.

Autrement dit, les patients sont stigmatisés dans la société parce qu'ils sont malades et ils sont stigmatisés dans le soin quand leurs modes de vie sont trop éloignés des représentations que se font les soignants de la capacité à suivre un traitement, en France comme ailleurs (4).

On trouve d'autres exemples dans les maladies psychiques. C'est bien parce

que les personnes sont mises au ban de la société qu'elles éprouvent le besoin de se soutenir entre elles. La naissance de l'auto-support des malades est un enrichissement pour les stratégies de prise en charge, mais c'est aussi le témoignage du combat contre les relégations sociales. C'est pour cela qu'un mouvement de malades comme la Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy) a créé les groupes d'entraide des malades (GEM), reconnus tardivement par la loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées.

S. H. : La stigmatisation peut-elle être un obstacle à l'accès aux soins ?

Une étude de socio-anthropologie (5) a montré que dans les motifs de renoncement aux soins figuraient de nombreuses raisons de société parmi lesquelles le fait d'avoir vécu des stigmatisations dans les expériences antérieures d'accès aux soins. En outre, il est singulier qu'à l'occasion de l'« Année 2011, année des patients et de leurs droits », un rapport (6) a été remis au ministre chargé de la Santé, à sa demande, à propos de la bientraitance dans les établissements de santé. Façon de reconnaître que tout ne va pas si bien. Le rapport indique d'ailleurs que l'objectif de bientraitance, qui est au cœur de l'éthique soignante, devrait permettre d'éviter les stigmatisations.

Mais bien évidemment, le monde du soin n'est pas un isolat dans la société : d'autres stigmatisations contre les malades sont à l'œuvre, et les commentateurs qui figurent dans les différentes éditions du Code pénal commenté fourmillent de condamnations qui montrent notamment que des discriminations ont lieu dans l'accès au travail ou dans l'accès au logement... alors que dans ce dernier domaine, d'ailleurs, la loi est particulièrement protectrice. Et la lecture de la presse quotidienne régionale est tout aussi illustrative : on y trouve de nombreux cas où les patients sont expulsés de leur logement, parfois en raison de la maladie, souvent parce que la maladie les a privés des ressources découlant de l'exercice devenu impossible d'une profession. Le droit au logement opposable, pourtant consacré par la loi, ne prévoit pas d'« exception de maladie » pour conserver son toit !

S. H. : Quelles sont les premières actions à mettre en œuvre pour lutter concrètement contre la stigmatisation ?

Le premier combat, c'est la parole. D'abord celle des malades eux-mêmes. Mais ne leur demandons pas trop car, comme on l'a vu, se dire malade c'est s'exposer à des risques de stigmatisation. Mais, en même temps, si tout le monde se tait, rien ne changera. Les malades doivent prendre la parole. Ils le font de plus en plus souvent collectivement, par leurs organisations. Il faut les aider et aussi les protéger quand, en parlant à titre individuel, ils s'exposent à des risques de stigmatisation. Permettre la « dicibilité », mais à condition de réduire parallèlement les risques de l'exposition aux risques.

Ensuite, le Défenseur des droits doit se montrer aussi actif que feu la Halde pour lutter contre les discriminations. La nouvelle autorité sera jugée à l'aune de ce qu'elle aura réussi dans le domaine. Faire mieux est un défi. En outre, il revient aux pouvoirs publics de faire savoir que la maladie est un état qui ne doit pas conduire aux stigmatisations. L'Institut national du cancer a ainsi mené récemment une campagne en faveur des personnes atteintes par un cancer intitulée « 2 millions de héros ordinaires ». De semblables actions avaient été menées par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, pour le compte du ministère chargé de la Santé, en faveur de

l'acceptation des personnes séropositives. La voie est donc ouverte. Le saut d'échelle, ce serait de parler de tous les malades et de la maladie, d'une façon générale et transversale.

Enfin, il revient aux associations d'agir pour soutenir cette lutte contre la stigmatisation. Celles qui peuvent obtenir auprès de la générosité du public les subides indispensables le font. Il faudrait ici encore un changement d'échelle et que les associations puissent ouvrir des centres d'accompagnement des personnes malades et de leur entourage, comme on a pu le faire avec les centres d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue, il y a plus de dix ans maintenant. Surtout quand on voit les difficultés qu'entraînent les polyopathologies de l'âge accompagnées de pertes cognitives importantes et qui terrassent les entourages. À côté du *cure* (soigner), ouvrir la possibilité du *care* (prendre soin), pour les patients et aussi pour leurs entourages, ces derniers étant embarqués dans d'importantes difficultés avec la maladie d'un proche. C'est une nécessité nouvelle, dictée par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

S. H. : Le Ciss s'est-il emparé de ce sujet ? Que fait-il dans ce domaine ?

Nous cherchons à influencer sur le cadre général. Nous n'avons pas ménagé notre effort lors des travaux préparatoires à la création de la Halde et nous fondons l'espoir d'être associés dans la nouvelle institution du Défenseur des droits.

Pour le reste, nous mettons en circulation une proposition de loi promue par le Ciss, dont les nouveaux élus issus des scrutins législatifs des 10 et 17 juin 2012 pourront s'emparer. Elle prévoit notamment la création des plans personnalisés de soins et d'accompagnement pour les patients et de centres d'accompagnement pour eux et leurs proches (en ligne sur le site de la SFSP²) afin de permettre à ceux dont la vie avec la maladie a besoin d'être soutenue par une solidarité active, notamment pour faire valoir leurs droits face aux stigmatisations et aux discriminations, de trouver des points d'appui. Pour le reste, la lutte contre la stigmatisation est une affaire de société qui nous concerne tous. Le Ciss y prend sa part, les associations œuvrant en faveur des malades également. Il nous reste, à l'instar d'autres regroupements associatifs dans d'autres domaines, à devenir un lobby puissant, organisé et propositionnel pour imposer nos sujets autant que notre calendrier.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Le Défenseur des droits est une autorité constitutionnelle indépendante, chargée de veiller à la protection des droits et des libertés et de promouvoir l'égalité. Inscrite dans la Constitution depuis le 23 juillet 2008 et instituée par la loi organique et la loi ordinaire du 29 mars 2011, elle regroupe les missions du médiateur de la République, du défenseur des enfants, de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) et de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS).
2. Site de la Société française de santé publique : <http://www.sfsp.fr/>

► Références bibliographiques

- (1) Dawson A., Tylee A., World Health Organisation. *Depression: Social and economic timebomb*. London : BMJ Books, 2001 : 191 p.
- (2) Fainzang S. Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique. In : *Représentations de santé et construction des normes médicales*. Séminaires du SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales), novembre 2004 : 12-20. En ligne : <http://www.b3e.jussieu.fr/sirs/cadreidf.htm>
- (3) Després C. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et de dentistes parisiens pour le compte du Fonds CMU*. Irdes, juillet 2009 : 99 p. En ligne : <http://www.cmu.fr/userdocs/IRDES%20refus%20de%20soins.PDF>
- (4) Mataria A. Disparités socio-économiques, accès aux trithérapies et survie. *Transcriptases*, n° 107, avril 2003 : p. 3-5. En ligne : http://www.pistes.fr/transcriptases/107_239.htm
- (5) Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*, n° 169, octobre 2011 : 7 p. En ligne : www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf
- (6) Bressand M., Chriqui-Reinecke M., Schmitt M. *Promouvoir la bientraitance en établissement de santé*. Rapport au ministre chargé de la Santé, février 2011 : 530 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000097/index.shtml>

Entretien avec Yves Sihrener, enseignant et responsable de l'association CAS (Centre d'activités sportives) à Roubaix.

« Ces jeunes qui refusent tout viennent pratiquer un sport rigoureux et contraignant »

Sidéré par l'« invisibilité » de certains jeunes en très grande difficulté et qui échappent à tout accompagnement social, Yves Sihrener, enseignant, a créé une association qui favorise leur insertion par la pratique du sport de combat. Lancé en 1986, ce programme a pu être pérennisé dans l'agglomération lilloise et salarie cinq animateurs. Certains jeunes qui ont bénéficié de ce dispositif font désormais fonction d'encadrants.

La Santé de l'homme : Pourquoi avoir créé un centre d'activités sportives en direction de jeunes violents ?

L'association a été créée officiellement en 1986. Elle est le résultat d'une action menée auparavant depuis une dizaine d'années auprès de publics jeunes (16-25 ans) très difficiles. Ma pratique, déjà ancienne, d'enseignant réfléchissant avec d'autres – je pense au pédiatre Jacques Fortin¹ – au type d'aide à apporter aux établissements scolaires et centres de vacances, confrontés à la violence, m'a vite fait comprendre qu'il n'existait pas grand-chose qui pouvait convenir à ces jeunes en difficulté. Ils étaient livrés à eux-mêmes, sans solution offerte ni accompagnement organisé.

Le hasard a voulu que je me trouve devant une situation particulière qui m'a fait, petit à petit, comprendre que face à la violence, à la rupture sociale de jeunes adultes et adolescents, le sport de combat pouvait être d'un apport extrêmement positif. L'idée de départ est donc simple : si nous voulons entrer en contact avec ces jeunes, nous devons leur proposer des choses qui leur parlent. Au départ, ils n'ont rien. Ils ne souhaitent rien. Et nous leur disons : « *le combat vous plaît ? Venez* ». Nous les attirons dans une pratique sportive dite violente. Nous travaillons avec eux sur leur violence instinctive pour la modifier, apprendre à la canaliser. Ces jeunes



sont en rupture sociale. Nous allons vers eux. Le sport est le prétexte.

S. H. : En quoi consiste votre travail très concrètement ?

Notre activité sportive autour du combat² utilise les mêmes moyens qu'un encadrement classique – des sportifs confirmés – comme une association de même nature. Sauf que l'association – et c'est une différence importante – propose sa discipline en allant chercher les jeunes où ils se trouvent. Les animateurs vont sur le terrain, dans les quartiers, sur leurs lieux, dans leur environnement. Nous

cherchons des combattants de bon niveau. Et nous leur parlons. Nous travaillons avec eux dans des locaux qui sont soit des usines désaffectées, soit un supermarché abandonné. Ces locaux sont le plus souvent donnés ou mis à disposition gratuitement par des propriétaires ou des municipalités qui sont au courant de notre travail. Nous les faisons venir dans des lieux totalement marginaux car nous souhaitons ainsi renforcer l'idée de la violence confrontée à la marginalité. Cela plaît aux jeunes concernés. Ainsi, nous pratiquons les activités sportives dans des lieux qui semblent le plus appropriés à l'objectif éducatif. Les jeunes



transforment eux-mêmes leurs locaux pour qu'ils s'y sentent chez eux. Trouver ce type de local est un véritable défi.

S. H. : Qui sont les animateurs qui encadrent l'association ?

Ils sont de deux types. Il y a des personnes qui viennent du monde sportif, qui ont une pratique du sport de combat mais aussi une envie de communiquer une passion, des valeurs. Il y a aussi des jeunes que nous avons trouvés au hasard de nos rencontres, avec qui nous avons partagé du temps. Nous cherchons des jeunes motivés, des pratiquants assidus. Notre association souhaite promouvoir à l'interne tous ceux de nos participants qui ont un parcours sportif. Nous proposons alors des formations adaptées. Des jeunes, ainsi, deviennent aides-moniteurs, puis moniteurs d'activités lorsqu'ils sont prêts. Par ailleurs, certains d'entre eux, doués et motivés, se lancent dans le sport de compétition, mais en dehors de l'association et par le biais de clubs traditionnels.

S. H. : Combien de jeunes participent aux activités sportives ?

Environ six cents jeunes rejoignent nos activités, chaque année, dans six lieux différents situés dans l'agglomération lilloise. Cinq animateurs sont aujourd'hui salariés et nous comptons une bonne vingtaine de bénévoles. Nous proposons également des activités de sports à risques comme l'esca-

lade ou les sports de montagne, et ce pour un public un peu différent.

S. H. : Qui sont ces jeunes ? Ont-ils des points communs dans leur trajectoire ?

Notre activité est ouverte à tous ceux qui veulent participer. Nous avons bien entendu un public cible prioritaire composé de jeunes qui disent ou que l'on dit être en rupture, en errance, en opposition avec l'environnement direct, l'École, le travail, la famille. Ils vivent en groupe, en bande. Beaucoup se trouvent

confrontés à une délinquance plus ou moins avancée. Arrivent avec ce public cible tous ceux qui sont paumés. Ils ne sont pas forcément violents. Mais ils ne vont pas bien. Ils sont pour certains dépendants de la drogue ou/et de l'alcool. Ils sont en difficulté de vie. Nous les appelons « les invisibles », des adolescents ou des jeunes adultes dont personne ne semble s'occuper et qui échappent à toute tentative de réponse sociale. Point d'éducateurs, ni d'assistantes sociales pour eux. Ils sont invisibles car ils ne vont pas là où l'on pourrait proposer une aide. Nous arrivons sur un schéma intermédiaire entre les structures et la rue. Nous voyons ainsi dans nos activités de plus en plus de lycéens en rupture scolaire. Ils ont 16 ou 17 ans et ils ne font rien. Un deuxième type de public est important pour nous : ce sont les jeunes qui vont très bien. Notre public cible n'est pas exclusif. Nous nous ouvrons à des jeunes qui ont un parcours normal. La dynamique d'échanges entre des jeunes qui ont des parcours différents mais qui se retrouvent dans une même activité est pour nous fondamentale.

S. H. : Vous les aidez à se reconstruire. Comment faites-vous ?

Tous ces jeunes ont des pesanteurs de vie, des manques, des ruptures. Nous les recevons tels quels. Nous essayons de les faire entrer dans une activité où nous

L'impact sur les jeunes : de l'apprivoisement à l'amélioration de l'estime de soi

Au fil des années, Yves Sihrener explique avoir constaté que la méthode utilisée amenait des effets identiques :

- un premier temps est nécessaire à l'apprivoisement, plus ou moins long selon les participants concernés : accepter de mettre son corps « en jeu » sous le regard des autres, prendre conscience de ses manques, être pourtant accepté par le groupe, forment le premier temps de l'entrée dans l'activité ;
- peu à peu, l'amélioration est visible, elle est donc soulignée par l'encadrement ; les difficultés exprimées dans le dialogue avec l'éducateur sont reçues comme acceptables et surtout modifiables. Non seulement le manque (physique, relationnel), l'abus (de produits) ne sont pas des défauts, mais on en prend acte puisque l'on peut les modifier ensemble et donc en parler... ;
- les progrès sont systématiquement mis en valeur et soulignés devant le groupe, ce qui renforce (ou déclenche !) l'estime de soi, absente pour la quasi-totalité de nos participants, qu'ils soient agressifs ou fermés sur leur souffrance ;
- les étapes suivantes forment une progression « naturelle » : amélioration de la confiance en soi, entente avec l'encadrement pour agir sur soi (ses pratiques toxicomaniaques, son comportement), demande de conseils (nous envoyons des spécialistes ou ceux-ci viennent jusqu'à nous). La question de la santé est au cœur de notre pratique, mais nous la traitons à la fois de manière pointilliste et selon les circonstances, au hasard des besoins exprimés par les individus ou le groupe ;
- les temps suivants améliorent la vie avec les autres : prises de responsabilités, accueil des nouveaux par un jeu de parrainage à l'interne, recherche de nouveaux participants par cooptation, etc.

sommes censés ne pas avoir à nous occuper d'eux. Nous sommes sur un leurre. Ces jeunes refusent toutes les règles sociales, toutes les contraintes. Et pourtant, ces mêmes jeunes viennent pratiquer un sport particulièrement rigoureux et contraignant. Ils doivent venir à l'heure, être propres. Ils ne doivent pas avoir bu ou être sous une quelconque emprise, sinon ils ne sont pas acceptés. Notre grande surprise, depuis des années, est de nous rendre compte que dans cette espèce de recherche de ce qui leur manque, ces jeunes acceptent volontiers des contraintes pour pouvoir appartenir au groupe. Le premier travail est cette action sur le collectif pour le collectif : apprentissage des règles, faire des choses ensemble, avoir des objectifs communs, se fatiguer ensemble, l'entraînement est difficile, nous appelons cela « l'effet groupe ». Puis, dans un second temps, après quelques mois, la distance volontaire des animateurs devient intérêt pour le jeune. L'animateur trouve un prétexte pour rencontrer le jeune. Peu à peu, la parole s'ouvre sur la vie et non sur l'activité. Ensemble, nous devons alors apporter des réponses précises en nous appuyant sur l'animateur, avec l'idée évidente qu'il vaut mieux proposer une démarche positive qu'une contradiction, une moralisation, une interdiction, etc.

S. H. : Vous visez l'amélioration de l'estime de soi avant la capacité de vivre en groupe ?

Il nous semble que, pour ce public, il est nécessaire de passer par une étape de la réconciliation avec soi, avant de pouvoir agir parmi – avec, pour – les autres. C'est pour cette raison que nous avons choisi les sports de contact (de combat), dont la forme est duelle, plutôt que le sport collectif comme le football. Former une équipe nous semble l'ultime étape d'un processus de (re) construction. Nous sommes souvent

surpris des changements visibles constatés après plusieurs mois : le corps, refermé sur lui-même, s'ouvre ; le regard est plus franc (combien de jeunes qui nous arrivent ont un regard supposé sournois ou provocateur !) ; les mouvements se déplient ; le visage sourit ! Ne seraient-ce pas les indicateurs de la santé retrouvée ?

S. H. : Quel bilan tirez-vous de cet accompagnement ?

Des points forts comme la durée et la pérennité de l'association, par exemple. Elle commence de façon bizarre en 1976, s'organise en 1986 et dure encore. Cela prouve que notre action n'est pas éphémère. Le renouvellement, ensuite. Nous avons des jeunes qui sont venus à l'âge de 20 ans et qui, aujourd'hui, plus de vingt ans après, sont encore présents. Ils sont une vitrine pour nous, des grands frères pour nos jeunes. Cette équipe d'anciens partage à la fois la mémoire de l'association mais aussi la vie de chaque jour. Ils ont un statut un peu magique. C'est très important pour nous. Puis, nous avons des retours du terrain. Il semble que notre action fasse diminuer, ici et là, où nous sommes présents, les chiffres de la délinquance. Mais nous voyons bien que nous avons toujours à convaincre. Certaines municipalités ne souhaitent pas un « genre » d'association comme la nôtre. Enfin, rien n'est gagné. Nous voyons bien qu'il faut un temps fou pour changer un comportement. Il est donc nécessaire de maintenir le jeune assez longtemps dans cette activité pour que l'on puisse s'apercevoir des résultats. Et cela n'est pas simple.

S. H. : Lors des activités, abordez-vous les questions de santé ?

Pour ce qui est de la santé, la particularité de notre action est qu'elle n'en parle pas, dans un premier temps. Nous ne

nous présentons pas comme des acteurs de la santé physique ou mentale (spécialistes que nos jeunes fuient le plus souvent), mais comme des pratiquants sportifs. C'est parce que nous ne parlons pas de la toxicomanie et de ses dangers comme thème imposé que nous pouvons en parler ensuite, à propos de l'état du jeune dans sa pratique sportive (la plupart d'entre eux ont déjà tellement entendu parler des méfaits du tabac, de l'alcool, de la drogue !). Ils restent les maîtres du jeu de l'information à la santé, et cette information ne peut être détachée de tout ce qu'elle accompagne : les comportements, la maîtrise de soi et de ses pratiques, la recherche des compétences, le regard des autres. Les jeunes qui nous rejoignent ne sont ni clients, ni cibles, ce sont des individus qui méritent patience et considération. Nous sommes sans doute, par cet aspect, complémentaires de tous les spécialistes qui œuvrent sur cette question.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

1. *Jacques Fortin a été témoin de la création du Centre d'activités sportives. Il souligne que les jeunes recrutés à cette époque n'avaient rien, sauf leur violence et le goût de se battre le plus efficacement. Et ce fut là le point d'accroche : « Tu veux te battre, viens chez nous, ça sera dur, on a des costauds qui s'entraînent, on ne sait pas si t'es capable de tenir le coup... ». Ce type de provocation a attiré quelques caïds qui, par fierté (« on n'est pas des lopettes »), ont intégré les entraînements et peu à peu accepté des règles qui prenaient sens pour eux. Au sein des bandes, les règles sont précises, les codes bien définis ; ils participent à l'identité du groupe. Au CAS, il y a beaucoup de rituels qui facilitent le sentiment d'appartenance. Par ailleurs, le rôle des anciens est très important dans une vie de quartier. Ils recadrent les jeunes d'une manière plus directe et efficace que les parents des jeunes parce qu'ils donnent un sens très positif et intégratif à la notion d'autorité.*

2. *Tous les sports de combat, en particulier ceux à la mode : boxe thaïlandaise dans les années 1990, et aujourd'hui le free-fight. Le choix du sport est secondaire, l'important est qu'il sert d'outil éducatif.*

Pour en savoir plus :

Casanova R., Pesce S. dir. *Pédagogues de l'extrême. L'éducabilité à l'épreuve du réel.* Paris : ESF, coll. Pédagogies/outils, 2011, 208 p.

Cet ouvrage recense et analyse des initiatives pédagogiques à travers le monde, ayant pour point commun de tenter d'inventer des solutions face à des situations particulièrement difficiles. Outre un article sur le CAS de Roubaix, l'ouvrage inclut d'autres programmes mis en œuvre en France : la pratique de la boxe pieds/poings pour les déficients visuels, des « ados, ambassadeurs de la loi » dans des quartiers réputés difficiles d'Île-de-France, la conscience de la douleur et l'empathie dans la rééducation des mineurs délinquants.

Du sport aussi pour les 18-35 ans consommateurs de drogues ou d'alcool

En parallèle de ce programme « sport de combat », depuis quelques années, l'association CAS a ouvert des activités en direction des 18-35 ans qui souffrent de dépendance à l'alcool ou aux drogues. L'association propose à ces adultes une activité sportive moins exigeante afin :

- qu'ils prennent goût à l'effort et aux résultats positifs qui s'ensuivent ;
- qu'il leur soit possible par un suivi plus prononcé d'accéder à des accompagnements de santé.

Le CAS travaille avec des partenaires de santé. « Nous pensons ainsi que l'activité sportive peut être un pont pour le soin ou la prévention pour des personnes qui sont là aussi en rupture », explique-t-on au sein de la structure.

Pour en savoir plus

Vous trouverez dans ce Pour en savoir plus une sélection d'articles, d'ouvrages et de sites Internet relatifs à la stigmatisation, ses effets et les moyens de la prévenir. La première partie, intitulée « Stigmatisation, normes et représentations », vise à préciser les concepts. Les parties suivantes sont consacrées à différents champs disciplinaires, comportements ou problématiques de santé où la stigmatisation s'exerce : santé mentale, obésité, VIH/IST, consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, questions de genre et d'âge, sexualités et parentalités. Les liens Internet proposés ont été consultés pour la dernière fois le 30/06/2012.

Stigmatisation, normes et représentations

- Boëtsch G., Hervé C., Rozenberg J.-J. *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*. Paris : De Boeck, 2007 : 360 p.
- Becker H.-S. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié, 1985 [éd. originale 1963] : 247 p.
- Bourguignon D., Herman G. Au cœur des groupes de bas statut : la stigmatisation [chapitre 3]. In : Herman G., dir. *Travail, chômage et stigmatisation*. Paris : De Boeck Université, 2007 : p. 99-144.
- Bouthillier L., Filiatrault F. collab. *Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population*. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1235_Stigmatisation_activite_surveillance.pdf
- Goffman E. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit, coll. Le Sens commun, 1975.
- Haghighat R. A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 2001, vol. 178, n° 3 : p. 207-215. En ligne : <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/178/3/207.pdf>
- Massé R. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, coll. Sociétés, cultures et santé, 2003 : 413 p.



- Peretti-Watel P., Moatti J.-P. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés*. Paris : Le Seuil, coll. La République des idées, 2009 : 103 p.



Santé mentale

- Beck F., Guignard R., Rolland du Roscoat E., Briffault X. Attitudes et opinions vis-à-vis de la dépression. In : Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. dir. *La dépression en France*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2009 : p. 121-142. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1210.pdf>
- Giordana J.-Y., dir. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Paris : Masson, 2010 : 264 p.
- Lamboy B., Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales médico-psychologiques*, 2012 (à paraître).
- Leroy A., Pralong L., Reymond Wolfer C. Désstigmatiser les maladies mentales : une expérience dans les lycées en Suisse. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 38-39. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
- Lopez M., Garret-Gloaneac N. Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en

santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'Information psychiatrique*, 2007, vol. 83, n° 10 : p. 793-799.

En ligne : http://www.jle.com/fr/revues/medecine/ipe/e-docs/00/04/38/7D/telecharger.phtml?code_langue=fr&format=application/pdf&titre=Version%20PDF

- Stigma [dossier thématique]. *L'Information psychiatrique*, octobre 2007, vol. 83, n° 8 : p. 645-709.

En ligne : http://www.jle.com/fr/revues/medecine/ipe/sommaire.phtml?cle_parution=2085

Quelques articles de ce dossier :

- Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale. Par Roelandt J.-L., Caria A.
- Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. Par Benoist J.
- Les enjeux de la lutte pour la non-stigmatisation en santé mentale. Par Canneva J.
- Stig-mater, depuis Jacques Derrida. Par Desmons P.

- Stuart H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 2003, vol. 28, n° 1 : p. 54-72.

En ligne : <http://id.erudit.org/iderudit/006981ar>



Quelques expériences de destigmatisation en santé mentale

EUROPE

- **L'étude Indigo (INternational study of Discrimination and stiGma Outcomes)**
L'objectif de cette étude est de mieux connaître

l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur la vie des personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de troubles schizophréniques. Elle a porté sur plus de sept cents personnes à travers vingt-huit pays, notamment européens.

– Daumerie N., Vasseur Bacle S., Giordana J.-Y., Bourdais Mannone C., Caria A., Roelandt J.-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude Indigo. *L'Encéphale*, juin 2012, vol. 38, n° 3 : p. 224-231.



• **La recherche ASPEN (Anti Stigma Programme European Network)**

La recherche ASPEN permet de mieux connaître la stigmatisation en santé mentale dans les pays de l'Union européenne. Elle propose un focus sur les troubles dépressifs et analyse les politiques de santé mentale. En ligne : <http://www.antistigma.eu/>

FRANCE

• **Psychom**

Psychom75 développe des actions de sensibilisation à la psychiatrie et la santé mentale auprès des élus. Le site Internet de l'association propose de nombreux exemples d'expériences de lutte contre la stigmatisation dans sa rubrique « Changer de regard ». En ligne : <http://www.psychom75.org/>

• **La Bibliothèque vivante**

Élaborée en 2000 par l'ONG danoise « Stop the violence » et soutenue par le Conseil de l'Europe, la Bibliothèque vivante est une expérience visant à lutter contre les discriminations et stigmatisations. Comme dans une bibliothèque, un lecteur vient à la rencontre d'un « livre » qui est, en fait, une personne confrontée dans son quotidien aux préjugés, aux stéréotypes. L'objectif de l'expérience : lutter contre la stigmatisation, les idées reçues en favorisant la rencontre.

En ligne : <http://humanlibrary.org>

– Loubière C., Caria A. La Bibliothèque vivante : un outil de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 23-24.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>

– Barroche M.-C., Angster A. Bibliothèque vivante en Lorraine : des personnes concernées par des troubles psychiques témoignent de leur vécu. *La Santé de l'homme*, mai-juin 2011, n° 413 : p. 25.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>

CANADA

• **Programme « Changer les mentalités » de la Commission santé mentale**

Cette initiative de lutte contre la stigmatisation a été conçue pour changer l'attitude et le comportement de la population canadienne à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques. Son action principale est d'évaluer les programmes de lutte contre la stigmatisation en cours au Canada et d'en tirer des préconisations.

En ligne : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Campagneanti_stigmatise.aspx

ÉCOSSE

• « **See me** »

Le programme écossais « See me » vise à changer le regard sur les personnes vivant avec des troubles psychiques. Il implique un travail avec les médias, développe des actions localement avec des partenaires en s'appuyant sur l'expérience de personnes ayant directement subi la stigmatisation.

En ligne : <http://www.seemescotland.org/>

ANGLETERRE

• « **Time to change** »

Vaste programme anglais de déstigmatisation des personnes vivant avec des troubles psy-



chiques : campagnes nationales, lobbying, travail avec les médias, actions de sensibilisation auprès de différentes communautés, etc. En ligne : <http://time-to-change.org.uk/>



► **Obésité**

• Csergo J. *Trop gros ?* Paris : Autrement, coll. Mutations, 2009 : 264 p.

• Halpern C. L'obésité : une maladie sociale ? *Sciences humaines*, 2011, n° 223 : p. 20-24.

• Le Masne A. *Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement*. Saint-Denis : Inpes, coll. Repères pour votre pratique, 2011 : 4 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1364.pdf>

• Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (Québec). *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*. Québec : ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, 2009 : 1 p.

En ligne : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Charte/Para-clip_Charte.pdf

• Poulain J.-P. Mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation de l'obésité ? Les dimensions sociales de l'obésité. *Cahiers de nutrition et de diététique*, 2001, vol. 36, n° 6 : p. 391-404.

• Tibère L., Poulain J.-P., Pacheco Da Proenca R., Jeannot S. Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obésité*, 2007, vol. 2, n° 2 : p. 173-181.

• **Collectif national des associations d'obèses (CNAO)**

Créé en 2003, le CNAO regroupe des associations françaises. Ses principales actions consistent à communiquer sur l'obésité auprès des associations et du grand public, et à être l'interlocuteur privilégié des instances de tutelle. Le collectif œuvre à une meilleure compréhension et prise en charge des patients ; il conseille les pouvoirs publics afin qu'ils pren-

ment des décisions visant à enrayer la progression du phénomène, et responsabilise les industries agro-alimentaires en termes de choix de production et en matière de publicité.



► VIH/SIDA

• Collymore Y. *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au sida*. [page internet]. 2012.

En ligne : <http://www.prb.org/frenchcontent/articles/2002/1aluttecontrelastigmatisationetladiscriminationlieesausida.aspx>

• Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel Unesco. *VIH/sida, stigmatisation et discrimination : Une approche anthropologique*. *Études et rapports*, 2003, série spéciale, n° 20 : 70 p.

En ligne : <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756f.pdf>

• Girard G. Impact délétaire de la stigmatisation des prises de risque ? *Transversal*, septembre-décembre 2009, n° 49 : 2 p.

En ligne : http://pmb.santenpdc.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=10210

• Mellouk O. Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : des discours à la réalité. *Transcriptases*, 2010, n° 144 : p. 78-80.

En ligne : http://www.vih.org/documents/transcriptases_144_vienne.pdf

• Onusida. *Aide mémoire : discrimination et stigmatisation*. Genève : Onusida, 2003 : 3 p.

En ligne : http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs_stigma_discrimination_fr.pdf

• Onusida. *Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH*. *Études de cas des interventions réussies*. Genève : Onusida, 2005 : 80 p.

En ligne : http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf

► Alcool, tabac, drogues illicites

• Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques*. *Enquête sur les représen-*

tations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp). Paris : OFDT, 2002 : 228 p.

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000600/0000.pdf>

• Dargelos B. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte anti-alcoolique en France (1850-1940). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157 : p. 52-71. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page52.htm>

• Le Garrec S. Le temps des consommations comme oubli du présent. *Psychotropes*, 2011, vol. 17 : p. 19-38.

En ligne : <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2011-2-page-19.htm>

• Peretti-Watel P., Moatti J.-P. La stigmatisation des fumeurs en débat : que nous dit la littérature scientifique ? *Tabac Actualités*, mai 2008, n° 88 : 8 p.

En ligne : http://pmb.santenpdc.org/opac_css/doc_num.php?explnum_id=5303

• Peretti-Watel P. *Cannabis, ecstasy : du stigmatisé au déni. Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2005 : 294 p.

• Peretti-Watel P. L'évaluation de la lutte antitabac : démêler une toile d'araignée avec des gants de boxe ? *Regards croisés sur l'économie*, 2009, n° 5 : p. 201-209.



► Questions de genre et d'âge, sexualités et parentalités

• Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire*. *Acquis des sciences sociales et perspectives*. Paris : Inpes, coll. La santé en action, 2010 : 113 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1291.pdf>

• Desmons P. Classifier les questions de genres et de sexualités sans stigmatiser ! Mais comment est-ce possible ? *L'Information psychiatrique*, 2011, vol. 87, n° 4 : p. 259-260.



• Ennuyer B. *Les Malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris : Dunod, coll. Action sociale, 2002 : 336 p.

• Firdion J.-M., Beck F., Legleye S., Schiltz M.-A. Des risques suicidaires plus élevés parmi les minorités sexuelles. *La Santé de l'homme*, 2010, n° 409 : p. 4-6.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>

• Heenen-Wolff S. *Homosexualité et stigmatisation*. Paris : Puf, coll. Souffrance et théorie, 2010 : 199 p.

• Le Goff J.-F. La stigmatisation des familles monoparentales : thérapie familiale dans des quartiers dits « difficiles ». *Dialogue*, 2011, n° 194 : p. 45-56.

• Stigmatisation des parents : conséquences pour les enfants [numéro thématique]. *Dialogue*, 2011, n° 194 : 156 p.

• Verdier É., Firdion J.-M. *Homosexualités et suicide*. Le Triadou : H&O Éditions, 2003 : 224 p.

Céline Deroche,

Chef du département Documentation,
direction des Affaires scientifiques, Inpes.



Adolescents de 15-16 ans en France : consommation d'alcool stable, tabac et cannabis en hausse

Selon les derniers résultats de l'enquête européenne Espad réalisée auprès des 15-16 ans, la consommation d'alcool, en France, reste stable, tandis que l'usage de tabac et de cannabis augmente, plaçant notamment la France en première position en Europe.

L'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*¹ (Espad) permet de comparer les différents niveaux d'usage de substances psychoactives des adolescents européens âgés de 15-16 ans. Ce cinquième exercice de l'enquête s'est déroulé entre avril et juin 2011 et a réuni 36 pays². En France, l'enquête est coordonnée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec l'équipe « Santé de l'adolescent » (U 669) de l'Inserm, la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesc) du ministère de l'Éducation nationale et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

L'enquête française concernait les élèves scolarisés dans les établissements publics et privés (sous contrat) du second degré relevant de l'Éducation nationale et du ministère de l'Agriculture. Au total, 195 établissements ont été sélectionnés aléatoirement et 2 572 élèves nés en 1995 (dans leur seizième année lors de l'enquête) ont répondu au questionnaire. Cette dernière édition de l'enquête Espad offre l'occasion de réaffirmer certaines caractéristiques des usages de produits psychoactifs en population adolescente et de tirer quelques enseignements des tendances qui se dessinent en Europe depuis bientôt seize ans. Ainsi :

- le tabac et l'alcool demeurent, à l'adolescence, les deux produits psychoactifs les plus consommés au cours du mois³ et, derrière, le cannabis reste de loin le premier des produits illicites ;
- les comportements de consommation montrent de grandes disparités, les niveaux observés variant encore fortement d'un pays à l'autre ;

- les niveaux de consommation des filles et des garçons affichent généralement de fortes différences selon les produits et de grandes variations d'un pays à un autre ;
- entre 2007 et 2011, les niveaux des principaux produits consommés ont évolué diversement selon les pays.

Alcool : usage globalement stable, y compris en France

En Europe, une très large majorité des adolescents âgés de 15-16 ans ont déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie (plus de 70 % pour 32 pays sur 36). Dans une moindre mesure, il en est de même pour les consommations récentes (avoir bu au moins une fois une boisson alcoolisée lors du mois précédant l'enquête) qui concernent plus de la moitié des adolescents interrogés dans les trois quarts des pays participants. La République tchèque (79 %) et le Danemark (76 %) se classent⁴ premiers, la France se retrouvant à la 9^e place (67 %). L'Irlande, avec un adolescent sur deux usagers, se situe à la 26^e position. Les dernières places sont occupées par les pays du nord de l'Europe dont les consommations récentes se démarquent toujours singulièrement de celles des autres pays par des niveaux inférieurs : Finlande (48 %), Suède (38 %), Norvège (35 %) et Islande (17 %).

À l'image de la France où les garçons ont des consommations, dans le mois précédant l'enquête, plus fréquentes que les filles (70 % vs 64 %), les jeunes garçons européens déclarent généralement des niveaux de consommation supérieurs aux adolescentes : les pays d'Europe du sud, et les États du Sud-Est notamment, présentent des écarts importants de plus de dix points : Italie, Serbie ou Albanie.

Toutefois, deux pays (Islande et Suède) font figure d'exception avec des prévalences au cours du mois plus élevées chez les filles, la Suède affichant l'écart le plus important, soit 41 % pour les filles vs 34 % pour les garçons.

Entre 2007 et 2011, le niveau d'usage récent d'alcool des adolescents français est resté constant (respectivement 64 % vs 67 %, l'écart n'étant pas statistiquement significatif) s'inscrivant ainsi dans la stabilité observée globalement en Europe. Quatre pays affichent cependant des niveaux en hausse (République tchèque, République de Chypre, Monaco et Monténégro), alors que sept ont vu leurs consommations récentes d'alcool baisser. Parmi ces derniers, l'Islande se révèle être le seul pays en Europe où la baisse a été continue depuis 1995 (56 % contre 17 % aujourd'hui).

France : le tabac en hausse, en particulier chez les filles

Après l'alcool, le tabac est le produit le plus diffusé en Europe. En moyenne⁵, un Européen âgé de 15-16 ans sur deux déclare avoir déjà fumé une cigarette au cours de sa vie. Les usages au cours du mois concernent 28 % des adolescents en Europe. La France, positionnée à la 6^e place (38 %) talonne la Lettonie et la République tchèque qui, avec respectivement 43 % et 42 % d'usagers dans le mois, occupent les deux premières places du classement. L'Albanie, le Monténégro et l'Islande ferment le classement avec environ un élève concerné sur dix. Contrairement à la consommation d'alcool, les écarts de niveaux entre les filles et les garçons sont moins marqués. Toutefois, dans cinq pays (France, Monaco, Irlande, Bulgarie et Slovénie), les jeunes filles déclarent des usages

récents supérieurs aux garçons. Ainsi, en France, 47 % des filles se sont déclarées fumeuses au cours du mois contre 29 % des garçons.

Après une période où le tabagisme était orienté à la baisse en Europe au début des années 2000, les niveaux semblent se stabiliser dans une majorité de pays. Seuls sept d'entre eux (Finlande, France, Hongrie, Monaco, Pologne, Portugal, Roumanie) enregistrent une augmentation franche des usages de tabac. La France fait partie de ceux où la consommation de tabac au cours du mois a le plus progressé entre 2007 et 2011 (30 % *vs* 38 %), en particulier chez les jeunes filles (31 % en 2007 contre 47 % actuellement). Ce mouvement à la hausse fait suite à une première période de baisse, suivie d'une stabilité des usages. Sur l'ensemble de la période 1999-2011, les niveaux observés en France décrivent ainsi une courbe en « U ». Cependant, le niveau atteint en 2011 demeure inférieur à celui de 1999 (44 %) permettant de conserver une tendance globalement à la baisse sur les douze dernières années.

France : le niveau de consommation le plus élevé d'Europe pour le cannabis

Le cannabis continue d'être le premier produit illicite expérimenté et consommé par les jeunes adolescents européens avec, là encore, de grandes variations d'un pays à l'autre. D'une part, l'expérimentation s'échelonne de 4 % en Albanie à 42 % en République tchèque, la France arrive deuxième avec 39 % d'expérimentateurs, la moyenne européenne se situant à 17 %. D'autre part, l'étendue des niveaux de consommation récente de cannabis est particulièrement importante : de 24 % parmi les jeunes Français, premiers au classement, à 1 % parmi les élèves moldaves et bosniaques. Trente pays présentent des niveaux d'usage de cannabis au cours du mois inférieurs ou égaux à 10 %. Les jeunes Tchèques sont 15 % à déclarer un usage récent, ce qui les positionne à la 2^e place.

Dans la très grande majorité des pays (26 pays sur 36), les garçons déclarent toujours des usages récents supérieurs à ceux des jeunes filles, l'inverse n'étant jamais observé. En revanche, dans quelques rares pays (France, Monaco, Bulgarie) où les niveaux sont parmi les plus élevés, la consommation des filles est comparable à celle des garçons.

Sur le long terme, après une période où les consommations de cannabis au cours du mois ont globalement progressé en Europe de 4 % à 7 % entre 1995 et 2003, elles ont ensuite légèrement régressé en 2007 pour finalement de nouveau s'orienter à la hausse entre 2007 et 2011. Dans ce panorama des usages en Europe, la France occupe une place singulière. En effet, si la consommation de cannabis au cours du mois des jeunes Français a augmenté comme c'est le cas d'autres jeunes Européens, l'ampleur de la progression (+ 9 points) est en revanche sans commune mesure avec celle de leurs homologues des autres pays (généralement de l'ordre de 2 ou 3 points). Aujourd'hui, la France retrouve donc les niveaux enregistrés en 1999 et 2003. Cette dernière enquête semble confirmer l'imprégnation de l'usage de cannabis en France parmi la population adolescente, qui, depuis plus d'une décennie, concerne environ un élève sur quatre.

Depuis la première enquête en 1995, plus de 500 000 jeunes Européens ont répondu au questionnaire Espad, constituant un des plus importants recueils d'informations sur les usages de drogues licites et illicites parmi la population adolescente en Europe. Il est possible désormais d'étudier les comportements de consommation de cinq générations différentes sur une période longue de seize ans.

L'enquête offre au moins deux niveaux de lecture possibles : une approche nationale des résultats et une deuxième privilégiant la comparaison des niveaux entre pays. Cette dernière lecture impose toutefois une grande

prudence dans l'interprétation des résultats, tant les contextes culturels diffèrent selon les pays. En revanche, l'étude et la comparaison des tendances sur le long terme peuvent s'avérer plus aisées et instructives. L'enquête Espad permet en effet de « repérer » des pays dont les évolutions sont singulières, notamment la France, et de mener alors des comparaisons ciblées qui s'avèrent riches d'enseignements.

Stanislas Spilka

Responsable de l'enquête Espad France,
Observatoire français des drogues
et des toxicomanies (OFDT).

1. Il s'agit d'une enquête quadriennale menée en milieu scolaire, initiée pour la première fois en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues avec le soutien du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). La France a intégré le projet en 1999.

2. Albanie, Allemagne (5 Länder), Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, République de Chypre, Danemark, Estonie, Îles Féroé, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Malte, République de Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Ukraine. Dans la grande majorité des pays, les échantillons sont représentatifs de la génération née en 1995, excepté pour l'Allemagne, la Belgique et la Russie où les échantillons se limitent à certaines régions uniquement (les données russes notamment se limitant à la seule ville de Moscou).

3. L'usage au cours du mois ou « usage récent » concerne les élèves qui ont déclaré avoir eu un ou plusieurs usages au cours des trente derniers jours précédant l'enquête. Exemple : « Combien de fois avez-vous bu une boisson alcoolisée, au cours des trente derniers jours ? » - « une à deux fois », « trois à cinq fois », « quarante fois ou plus ». Il est courant de demander aux répondants s'ils se sont engagés dans un comportement récemment, en utilisant notamment la période des trente derniers jours. Cet indicateur est souvent utilisé pour obtenir une idée de l'ampleur de la régularité d'une consommation : quelque chose qui a eu lieu récemment est plus susceptible de se produire sur une base plus régulière. Il convient, toutefois, de préciser que si un tel raisonnement fonctionne chez les adultes, il est probable que parmi la population adolescente, une telle mesure n'implique pas la régularité. En effet, compte tenu de l'âge des adolescents interrogés dans Espad en particulier, les consommations ne sont pas encore complètement installées et encore moins stabilisées. En outre, même fréquente au cours du dernier mois, la consommation est souvent récente (il peut même s'agir de toutes premières consommations) et rien n'implique qu'elle perdurera. L'interprétation des niveaux à partir de questions sur les trente derniers jours précédant l'enquête, doit donc être prudente afin d'éviter une image exagérée d'une consommation régulière parmi les jeunes populations.

4. La situation des pays est décrite, pour chaque indicateur, à l'aide d'un classement décroissant des niveaux d'usage déclarés dans chacun d'eux, sans tenir compte des éventuels ex æquo.

5. La moyenne calculée pour l'ensemble des pays européens ne tient pas compte du poids démographique de chacun des pays au sein de l'Union européenne.

Bibliographie

- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., et al. *The 2011 Espad Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm : CAN, 2011 : 390 p. En ligne : www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/the_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_06-08.pdf
- Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents. 1. Données épidémiologiques. *Médecine-sciences*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168. En ligne : <http://www.medecinesciences.org/articles/medsci/pdf/2007/13/medsci20072312p1162.pdf>

Pour en savoir plus

Des éléments de l'enquête et un résumé sont disponibles sur www.ofdt.fr ou www.espad.org (site de l'enquête en anglais).

Entretien avec **Matthieu Chalumeau**, directeur de l'Association d'information et de ressources sur les drogues et dépendances et sur le sida (AIRDDS) et du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD) Bretagne à Rennes.

« Il y a beaucoup à apprendre des stratégies expérimentées dans d'autres pays »

La Santé de l'homme : Quelle analyse faites-vous de la dernière enquête Espad, si on la compare aux enquêtes antérieures ?

L'une des qualités d'Espad est d'informer sur les tendances de long terme. On voit ainsi que sur *plus de dix ans* en France (1999-2011), au cours du mois précédant l'enquête, les usages d'alcool, de tabac et de cannabis révèlent des évolutions contrastées : la consommation d'alcool progresse (60 % en 1999 *vs* 67 % en 2011), l'usage de tabac est en baisse (44 % *vs* 38 %) alors que celui du cannabis reste stable (22 % *vs* 24 %). Mais ces usages fluctuent dans le temps.

S. H. : Au-delà des chiffres, en quoi et comment se singularise la France ?

La France semble se singulariser en Europe par des évolutions changeantes, laissant entendre que les comportements de consommation varient assez fortement d'une génération à l'autre. En comparaison, certains pays affichent des évolutions continues sur l'ensemble de la période. Peut-on y voir, au-delà des particularismes nationaux, le reflet des politiques publiques qui seraient d'un côté constantes et durables, et de l'autre, à l'inverse, plus conjoncturelles ? En effet, les trois derniers plans gouvernementaux de lutte contre les drogues illicites (1999-2001, 2003-2008 et 2008-2011) reposent sur des orientations parfois fort contradictoires, et la tentation est grande de voir dans le résultat de ces enquêtes la démonstration objective de la réussite ou de l'échec d'une politique publique. Toutefois, la consommation de produits psychoactifs, notamment chez les adolescents, est multifactorielle, et la

compréhension des motivations de l'usage est une affaire complexe. La prudence s'impose donc.

Certes, le rebond constaté du tabagisme en France rappelle que rien n'est jamais acquis. Mais on ne peut pour autant, me semble-t-il, conclure à un échec des politiques menées depuis plus de vingt ans et qui ont pour l'instant permis le recul du tabagisme chez les adolescents comme chez les adultes, sur une longue période. De même, pour l'évolution du cannabis : malgré la baisse observée en 2007, les niveaux restent élevés depuis 1999 ; ceci mérite une réflexion plus approfondie que le simple constat d'échec de telle ou telle politique menée ces quinze dernières années. Les résultats Espad montrent là encore que les choses sont un peu plus complexes, notamment au regard des grandes différences observées en Europe.

S. H. : Comment expliquer que les niveaux de consommation varient considérablement d'un pays européen à l'autre ?

Effectivement, si l'on prend l'exemple de l'alcool, certains pays (du nord en particulier) ont réussi à faire régresser fortement la consommation, et ce de manière continue depuis plus de dix ans. La réussite des mesures mises en place peut servir de cadre d'analyse pour d'autres pays. Dans le cas de la France, cela faciliterait la mise en perspective des mesures les plus récentes mises en œuvre dans la foulée de la loi HPST² qui visent, entre autres, à limiter l'accessibilité de l'alcool dans la population adolescente : les nombreux arrêtés locaux pris récemment pour restreindre les achats d'alcool (horaires d'ouverture, éloignement des « zones » d'achat, etc.)

montrent qu'il s'agit bien souvent de mesures prises isolément, ne donnant suite à aucune évaluation de leurs effets ou de leur réalisation effective.

S. H. : Les stratégies mises en œuvre dans certains pays européens peuvent-elles être utiles à d'autres ?

Il y a probablement beaucoup à apprendre dans l'étude de certaines stratégies expérimentées dans d'autres pays. L'enquête Espad est trop souvent cantonnée à des exercices de comparaison de niveaux d'usages entre pays (« palmarès »). En France, la reprise d'une partie des résultats de cette dernière enquête Espad par la presse³, ainsi que les controverses qui ont suivi sur l'attitude qu'il conviendrait d'adopter, concernant les usages de cannabis notamment, montrent les limites de ces exercices de comparaison parfois insuffisamment contextualisés et de l'utilisation des résultats de ces enquêtes épidémiologiques. Cela illustre notre difficulté à nous saisir pleinement des résultats de ces enquêtes afin de contribuer à construire collectivement des réponses adaptées et des orientations publiques cohérentes et partagées. Les seize années d'observations que nous propose Espad devraient pouvoir y contribuer.

Propos recueillis par **Yves Géry**

1. À noter que la Bretagne est l'une des trois régions françaises où l'enquête Espad a fait l'objet d'une déclinaison régionale.

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

3. Voir notamment l'article « Drogues : l'échec des politiques répressives chez les jeunes » publié dans *Le Monde* daté du 31 mai 2012.

Entretien avec Michel Gamain, principal du collège Guy Mareschal à Amiens.

« Développer l'écoute, le dialogue, le soutien aux élèves en difficulté »

Le collège Mareschal d'Amiens participe au programme européen « École 21 » dont l'objectif est de lier promotion de la santé et développement durable dans les établissements scolaires. Les actions mises en place au collège portent sur des thématiques variées, en lien avec la santé et l'environnement. Dans un sens beaucoup plus large, elles contribuent au bien-être des élèves, à l'amélioration du climat de l'établissement et au développement de relations pacifiées.

La Santé de l'homme : Votre établissement fait partie du « réseau ambition réussite¹ », vous accueillez un internat d'excellence, et depuis trois ans le collège fait partie du dispositif « École 21 ». En quoi consiste ce dernier dispositif ?

Mon prédécesseur (NDLR : Michel Gamain est principal depuis deux ans) avait engagé le collège dans ce dispositif et signé la charte « École 21 » (*lire l'encadré*), que nous avons développée avec mon équipe. École 21 permet de lier les principes et les valeurs du développement durable et ceux de la promotion de la santé autour d'actions communes. Ici, quand on parle développement durable, cela va bien au-delà de l'acceptation habituelle du terme incluant aussi le « bien vivre ensemble ». Et effectivement, dans le collège, le dispositif est articulé autour du « bien vivre ensemble », à la fois en ce qui concerne l'amélioration du cadre de vie en lien avec l'environnement, et en ce qui concerne l'amélioration des relations interpersonnelles. Nous sommes situés dans un quartier un peu difficile et nous avons un fonctionnement d'établissement qui n'est pas toujours simple car nous accueillons des filières générales, une section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa) et un internat d'excellence ; il fallait donc un projet transdisciplinaire pour améliorer le fonctionnement et les relations. École 21 fonctionne comme un levier pour mener à bien différentes actions.

S. H. : Quelle action « phare » avez-vous mis en place dans ce cadre ?

Avec ce dispositif, le collège bénéficie d'un double accompagnement méthodologique par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie et par l'infirmière conseillère technique de l'inspection d'académie. À ce titre, l'Ireps a organisé une formation sur la communication non violente. Dans le collège et le réseau qui fonctionne autour de l'établissement, douze personnes ont été formées : les infirmières, l'assistante sociale, le conseiller principal d'éducation, des enseignants, y compris des maîtres G² du Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased). Cette formation d'une durée de trois jours m'a permis, en tant que principal, de pouvoir bénéficier, au sein de l'établissement, d'un vivier de personnes formées à l'écoute et au dialogue. À partir de cet acquis, nous avons mis en place, il y a un an, un dispositif que nous avons intitulé « sas de remotivation », à destination des élèves les plus fragiles qui ont besoin d'être écoutés, et éventuellement orientés vers des spécialistes (psychologues, assistantes sociales, etc.). Ils sont repérés, soit par le préfet des études, soit par les conseillers principaux d'éducation. Un système de « feuilles-navettes » a été mis en place pour permettre aux personnes formées à la communication non violente et qui animent le « sas de remotivation » de pouvoir rencontrer les élèves quand ils sont libres, et d'assurer un suivi. Les élèves trouvent ainsi une

possibilité de s'exprimer, de « sortir » ce qu'ils ont à nous dire.

S. H. : Quel bilan faites-vous de cette première année de fonctionnement du « sas de remotivation » ?

Forts de cette première expérience, nous le faisons évoluer en fonction des besoins. Pour l'instant, nous repérons principalement des élèves qui sont déjà en très grande difficulté, et le « sas » trouve ses limites pour ces élèves. En effet, cette année, en particulier en ce qui concerne les jeunes accueillis dans l'internat d'excellence, nous avons des adolescents très fragilisés par la vie, avec des parcours très accidentés, un environnement familial chaotique. Après la journée de cours ou quand ils arrivent à l'établissement le lundi, puis à l'internat le lundi soir après avoir passé le week-end dans leur famille, on est obligé de « raccrocher les wagons ». Puis, quand arrive le jeudi soir (dernière nuitée d'internat) et qu'ils savent qu'ils vont retrouver leur famille le lendemain, ils n'ont pas forcément envie de repartir... donc ce n'est pas simple, ça crée des tensions, ils ne dorment pas toujours suffisamment, et quand on leur demande d'apprendre des dates ou de résoudre des équations du second degré, ils ne sont pas très calmes dans leur tête. Or, nous voudrions pouvoir repérer les élèves plus en amont, quand ils sont un peu moins fragiles, un peu moins désstructurés. Aussi, à la prochaine rentrée scolaire, nous allons faire évoluer le « sas de remotivation » dans ce sens. Et puis, toujours dans le même ordre d'idée, nous allons mettre en place des ateliers d'ex-

pression sous forme de groupes de parole pour les élèves fragilisés, en l'occurrence les internes (20 pour l'année scolaire 2011-2012, 40 attendus en septembre 2012). Pour la plupart, ils viennent de loin, de contrées différentes, ils ne s'écoutent pas toujours, ne s'apprécient pas forcément et ne se respectent donc pas, et peuvent glisser rapidement vers la vulgarité les uns envers les autres. À travers ces groupes de parole, nous voudrions leur apprendre à s'exprimer autrement, à partir de la culture générale, pour qu'ils comprennent comment on prend la parole les uns avec les autres, les uns à côté des autres.

S. H. : Sas de remotivation et groupe de parole s'inscrivent pleinement dans l'amélioration du vivre ensemble, quelles autres actions avez-vous mises en place dans le cadre d'École 21 ?

Cette année scolaire 2011-2012, les élèves de la classe de Segpa ont créé un jardin biologique. Ils ont bêché, planté, créé des jardinières, participé à la construction d'un composteur, etc. Nous avons également profité du fait que les élèves de Segpa maniaient la bêche pour leur demander de délimiter les emplacements de parking et ainsi éviter que les voitures ne se garent sur les pelouses. Pour ce faire, ils ont planté de petites haies. Ce projet est intéressant parce qu'il améliore le cadre de vie du collège, et que ce sont les élèves qui en sont porteurs. Au départ, le jardin biologique était destiné aux élèves de la Segpa, puis des élèves de l'internat se sont joints à eux. Cela a permis de rapprocher naturellement le public de la Segpa de celui de l'internat autour de ce projet. Ils ont fait un travail collectif. Par son aspect fédérateur, le dispositif a fait se rencontrer des jeunes qui ne se seraient jamais croisés autrement. Pour la rentrée prochaine, nous voulons poursuivre et développer l'action du jardin biologique. Car c'est bien beau d'avoir mis les jardinières et le composteur mais il ne faut pas que cela serve à faire pousser des herbes folles ! Donc, à partir de ce qui s'est passé cette année, nous allons créer un « club jardinage » ouvert à tous les élèves volontaires.

Par ailleurs, parmi les actions que nous avons mises en place dans le cadre d'École 21, il y a également une action très spécifique : c'est le « goûter » pour les élèves qui bénéficient de l'heure d'ac-

compagnement éducatif³. Nous n'aurions jamais pu mettre en place une telle action, pourtant simple : offrir un goûter aux élèves qui restent, après les cours, à l'accompagnement éducatif. Cela rend cette heure de travail plus facile, or, sans budget ce n'était pas possible, on la finance donc sur les fonds européens d'École 21.

S. H. : Quelles nouvelles actions prévoyez-vous de mettre en place ?

La formation à la communication non violente nous a vraiment apporté une nouvelle façon de travailler. En amont, nous avons identifié le fait qu'il fallait axer nos actions sur le vivre ensemble, parce qu'il y avait un malaise, un certain mal-être dans le collège. Au-delà du dispositif déjà mis en place qui va perdurer, nous – enseignants et personnels de l'équipe éducative – avons donc décidé, à partir de septembre 2012, d'élaborer une « charte du respect mutuel ». C'est un objectif ambitieux et un enjeu important : nous sommes partis du constat que le règlement intérieur pouvait être un levier intéressant pour la question du vivre ensemble. Notre double objectif est de faire réfléchir, d'une part, un groupe d'élèves sur ce que devrait être le comportement des enseignants, d'autre part, un groupe d'enseignants sur ce que devrait être le comportement des élèves. À partir de là, nous identifierons un corpus commun, un consensus sur lequel

bâtit une charte du respect mutuel. Ensuite, ce projet de charte circulera, fera l'objet de consultations et d'échanges avec tous. L'année scolaire 2012-2013 n'y suffira sans doute pas, mais l'un des objectifs immédiats est de « pacifier » les échanges verbaux à l'intérieur de l'établissement, parfois d'une très grande vulgarité de la part d'un certain nombre d'élèves. Cet objectif requiert d'agir sans attendre. Certains mots s'échappent, et quand les enseignants les entendent, ils les prennent directement pour eux, alors que de tels débordements ne sont pas dirigés contre la personne, mais contre l'institution, l'environnement. D'autant que, dans certains cas, l'institution génère, sans s'en rendre compte, de la violence, par exemple par manque d'égalité et d'équité. Il faudra savoir se remettre en cause et nous prendrons le temps nécessaire pour mener à bien ce projet important.

Propos recueillis par
Sandrine Broussouloux

1. Le « réseau ambition réussite » désigne les établissements relevant de la politique de l'éducation prioritaire. Les maîtres G sont des enseignants rééducateurs qui interviennent dans les Rased.

2. Les maîtres G font partie des enseignants spécialisés qui exercent auprès d'élèves présentant des besoins éducatifs particuliers liés à une situation de handicap, une maladie ou des difficultés scolaires graves.

3. L'heure d'accompagnement éducatif est une offre éducative supplémentaire pour les élèves en difficulté. Ils bénéficient ainsi une à deux fois par semaine d'un accompagnement individualisé en petits groupes.

« École 21 » : un programme européen pour améliorer la qualité de vie dans les établissements scolaires

École 21 est un « dispositif innovant qui intègre les approches de promotion de la santé et de développement durable », comme le définit l'Union européenne, qui porte et finance ce projet¹. Depuis trois ans, vingt et un établissements scolaires français et belges se sont engagés dans ce dispositif transfrontalier expérimental. École 21, qui concerne l'ensemble de la communauté éducative (personnels des établissements scolaires, enseignants et non enseignants, élèves et parents), permet de mettre en œuvre des actions au sein de l'établissement (primaire ou secondaire). Le programme s'intègre dans le projet d'école et la démarche du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté². Ancrées dans le quotidien, les actions du programme peuvent porter sur des thématiques comme l'amélioration du climat scolaire, l'aménagement du cadre de vie, la nutrition, le tri des déchets, etc., mais elles ont toutes comme point commun de contribuer à améliorer la qualité de vie au sein de l'établissement, qualité de vie tant du point de vue de l'environnement que des relations humaines.

S. B.

1. « École 21 » fait partie du programme « Générations en santé » de l'Union européenne, lui-même inclus dans le programme de coopération transfrontalière « Interreg ».

Pour en savoir plus : www.generationsensante.eu
2. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré ; instance de réflexion, d'observation et de proposition, il conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement.

Image et santé : matériaux, outils, usages

Sous la direction de Florence Douguet, Thierry Fillaut et François-Xavier Schweyer



Cet ouvrage fait suite aux journées d'études de 2007 et 2008 : « La santé par et à travers l'image », organisées par des équipes de recherche en sciences humaines et sociales. Il réunit des contributions pluridisciplinaires : historiens, anthropologues, sociologues, spécialistes de la communication, ergonomes, juristes sur le thème de la présence de l'image dans le secteur de la santé. L'ensemble de ces contributions souligne l'omniprésence de l'image (fixe ou animée) dans le champ de la santé, d'une part comme média incontournable (affiches, magazines télévisés...) et, d'autre part, comme outil de diagnostic et

de soin, notamment à travers l'imagerie médicale (scanners, IRM...).

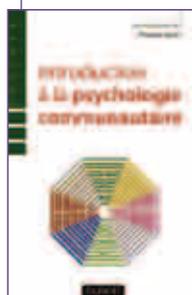
Ce livre est composé de quatre parties : la première aborde l'image comme objet du patrimoine et matériau pour la recherche scientifique, et souligne l'intérêt des fonds iconographiques sur la santé pour la recherche en histoire. La deuxième partie est dédiée à la fabrique des images en santé, et s'attache à faire le point sur leur impact dans la communication en santé publique : affiches, spots télévisés de prévention, magazines télévisés sur la santé. La troisième partie engage une réflexion sur l'image dans la formation en santé et son rôle pédagogique, à travers notamment l'enrichissement des formations grâce aux images et films en santé. Enfin, la quatrième et dernière partie est consacrée à l'image comme objet identitaire, à partir de la fermeture ou de la promotion d'établissements et d'hôpitaux. Elle réunit des contributions qui font cas de ces événements, sous un angle anthropologique et sociologique.

Laetitia Haroutunian

Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Recherche, Santé, Social, 2011 : 240 p., 23 €.

Introduction à la psychologie communautaire

Sous la direction de Thomas Saias



Qu'est-ce que la psychologie communautaire ? Cette discipline nouvelle promeut une approche reposant sur des valeurs de solidarité et de justice sociale, sur l'engagement des professionnels et sur la recherche de la participation des populations concernées par les interventions. Son intérêt porte sur la dimension communautaire des actions de santé, de promotion de la santé et de développement local. Elle s'intéresse aux mécanismes

sous-tendant l'implantation et la réussite de telles actions. Cette introduction à la psychologie communautaire, premier ouvrage français sur la discipline, a été rédigée par un collectif de dix-sept psychologues et sociologues.

Ce document est destiné aux universitaires, enseignants-chercheurs et étudiants, à la recherche d'un cadre permettant de développer de nouvelles formes d'action et de recherche. Il intéressera aussi les acteurs de terrain, psychologues ou travailleurs sociaux exerçant dans des structures sanitaires, de prévention/promotion de la santé, de développement social local ou dans des structures politiques territoriales et ministérielles. Les interventions innovantes présentées pourront enrichir les pratiques professionnelles.

Paris : Dunod, coll. Psycho Sup, 2011 : 240 p., 24 €.

L'adolescence hypermoderne Le nouveau rapport au temps des jeunes

Jocelyn Lachance



Le sentiment de manquer de temps, de vivre dans l'urgence de l'instant tout en redoutant l'avenir caractérise le nouveau rapport au temps des jeunes. Dans le contexte de l'hypermodernité, Jocelyn Lachance met en avant le fait que l'expérience du temps s'organise autour de l'usage des technologies de la communication et s'accompagne du discours des adultes sur le manque de temps, le stress et l'essoufflement. Les technologies de la communication, situées désormais au cœur de la sociabilité juvénile, affecteraient aussi leur rapport au temps en précipitant leur désir d'immédiateté, voire leurs fantasmes d'ubiquité. À partir d'une enquête

menée auprès de jeunes de 15 à 19 ans, cet ouvrage analyse le rapport au temps d'une nouvelle génération, sommée de répondre à l'injonction d'autonomie dans un monde teinté d'incertitude. Destiné aux chercheurs sur la jeunesse et aux professionnels de l'adolescence, il interroge notre représentation d'une génération souvent stigmatisée par les discours médiatiques.

Sandra Kerzanet

Laval : Presses de l'université, coll. Sociologie au coin de la rue, 2011, 168 p., 20 €.

Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?

Sous la direction d'Étienne Grass et François Bourdillon

Ce séminaire, organisé par la chaire Santé de Sciences Po, le Centre interdisciplinaire d'analyse des politiques publiques de santé, la Société française de santé publique et Médecins du monde, a conduit à confronter les meilleurs spécialistes nationaux et internationaux du domaine à des professionnels de terrain, issus de toutes les disciplines et de tous les horizons. L'objectif était de proposer des recommandations pour l'action publique en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Ce cadre de travail a visé à dépasser les idées reçues et à construire une réflexion collective à partir d'une analyse de la littérature. Le recueil présente d'abord les lignes directrices d'une nouvelle politique, puis les propositions de mesures concrètes qui en découlent. Enfin, des annexes viennent illustrer les propos de ce document en dressant, notamment, un état des connaissances et des déterminants des inégalités sociales de santé.

Sandra Kerzanet

Paris : Éditions de Santé & Presses de Sciences Po, coll. Séminaires, 2012 : 71 p., 15,50 €.

Tabac info service



Parce que l'arrêt du tabac est un véritable défi pour de nombreux fumeurs, l'Inpes et le ministère chargé de la Santé ont créé Tabac info service, un dispositif d'information et d'aide accessible par téléphone et sur Internet.

Sur le **site Internet tabac-info-service.fr**, outre des informations sur le tabac, ses méfaits et les solutions pour arrêter, les fumeurs peuvent trouver des outils et exercices interactifs pour faire le point sur leur dépendance au tabac, leurs freins à l'arrêt, leurs motivations... Le site propose également un programme de coaching personnalisé qui permet

au fumeur qui souhaite arrêter de recevoir des e-mails de soutien, des encouragements, des conseils adaptés à son profil et des suggestions d'exercices, etc.

Tabac info service, c'est également une ligne téléphonique accessible du lundi au samedi, de 8h à 20h. Au 39 89*, les conseillers de Tabac info service informent et orientent les fumeurs et leur entourage : connaître la consultation de tabacologie la plus proche de son domicile, savoir quelles sont les méthodes efficaces en matière d'arrêt, commander de la documentation... Tabac info service propose également aux fumeurs qui le souhaitent de bénéficier d'un suivi personnalisé par un tabacologue. Les personnes suivies sont rappelées gratuitement au moment convenu avec le tabacologue et peuvent ainsi être accompagnées tout au long de leur arrêt. Ce suivi est l'occasion de faire un point sur leur démarche, renforcer leur motivation à rester non-fumeur, réfléchir aux éventuelles difficultés rencontrées, etc.

*0,15 euro/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de l'opérateur.



Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé

2012, 10^e ANNIVERSAIRE

équilibres

Abonnez-vous gratuitement !

Chaque mois, *Équilibres*, la newsletter de l'Inpes, présente les actions menées par l'Institut dans le cadre de ses missions :

- mise en œuvre des programmes nationaux de prévention et d'éducation pour la santé ;
- expertise et conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participation à la gestion des situations de crise dans le domaine sanitaire ;
- élaboration de programmes de formation à l'éducation pour la santé.

Équilibres s'adresse aux professionnels, mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...

Un panorama riche en informations et en initiatives.

Nous contacter : equilibres@inpes.sante.fr

www.inpes.sante.fr
inpes

L'INDUSTRIE DU TABAC
FINANCE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

L'INDUSTRIE DU TABAC
ŒUVRE EN FAVEUR DE L'ÉDUCATION

L'INDUSTRIE DU TABAC
SE SOUCIE DES MÉGOTS SUR LES PLAGES

EXACTEMENT CE QU'ON APPELLE UN ÉCRAN DE FUMÉE



QUE L'INDUSTRIE DU TABAC NE VOUS TROMPE PAS :
si elle affirme être une entreprise "responsable", elle est
surtout responsable de 60000 morts par an en France.

31 MAI : JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC



www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé