

diversité

entretien

Marie Choquet

directrice de recherche à l'INSERM

MARIE RAYNAL Marie Choquet, vous êtes directrice de recherche à l'INSERM et épidémiologiste. Vous vous occupez des grandes enquêtes sur la santé des jeunes depuis maintenant trente ans, ce qui fait votre renommée. Pourriez-vous tout d'abord nous présenter très rapidement l'INSERM ?

MARIE CHOQUET L'INSERM, c'est comme le petit frère du CNRS. Environ



■ Marie CHOQUET

deux mille chercheurs et autant de techniciens administratifs y travaillent. 95 % des chercheurs interviennent dans le champ des sciences fondamentales et 5 % seulement sont des épidémiologistes, qui travaillent sur la fréquence des diverses maladies, du diabète aux maladies des personnes âgées. Quant à moi, je m'occupe de la santé des jeunes pour essayer de comprendre ce qu'ils ont, pourquoi, quel est leur environnement social et psychologique.

MR Peut-on savoir ce qui vous a conduite à vous intéresser à la santé des jeunes ?

MC Ce sont je pense des éléments personnels qui m'y ont conduite : je suis étrangère, j'ai été formée à l'université de Louvain où j'ai fait ma thèse en psychologie. Puis je me suis mariée avec un Français et je suis arrivée en France où j'ai essayé de travailler. Je me suis alors aperçu que la psychologie en France est

essentiellement orientée vers la psychanalyse, ce qui n'est pas le cas en Belgique, plus anglo-saxonne, où une large place est réservée à la psychologie sociale, à la psychologie clinique, etc. Je n'étais pas formée pour la psychanalyse. On m'a conseillé d'aller à l'INSERM et j'ai commencé à travailler sur les aspects psychosociaux de la tuberculose. Une unité s'est ensuite créée autour des questions de toxicomanie. J'ai donc d'abord travaillé sur la consommation en général et puis, petit à petit, en travaillant sur la consommation – alcool, tabac, drogue –, les autres questions de santé se sont posées. La consommation des drogues en général n'est en effet ni uniquement sociale, ni uniquement médicale, elle est diversifiée. La question était de savoir si cette consommation était également liée à l'ensemble des autres problèmes de santé.

MR C'est donc en travaillant sur la toxicomanie que vous en êtes arrivée à vous intéresser à une catégorie de population plus jeune ?

MC Oui. On a commencé à travailler sur l'adolescence parce qu'on savait que, dans le monde entier, la consommation de ces substances commençait à l'adolescence. Quand on étudiait les 15-20 ans, on s'apercevait que certains commençaient dès 15 ans. Ensuite, on a élargi notre recherche aux collégiens et aux lycéens, et on a fini par aborder l'ensemble des jeunes. Au même moment, dans les années 1970, a émergé la question des suicides. Il était clair que leur nombre augmentait ; la mortalité, mais aussi les tentatives de suicide. On a essayé de modéliser ces phénomènes pour étudier les liens éventuels entre suicide et toxicomanie. Certes, les consommateurs de drogue font plus de tentatives de suicide. Mais à l'époque, et cela persiste, la toxicomanie est un problème plus masculin, et les tentatives de suicide sont plus féminines. On a alors travaillé sur les expressions différentielles des sexes. On a inclus des comportements masculins – en particulier la violence et

l'absentéisme scolaire – et des comportements plus féminins – la dépression, les troubles des comportements alimentaires, etc. Aujourd'hui, on aborde le problème par la santé mentale et on fait de la psychiatrie.

MR Si vous deviez faire un retour en arrière sur ces trente années de travail, comment pourriez-vous décrire l'évolution des comportements des adolescents et des jeunes? Quelles sont les évolutions, les changements? Qu'en est-il aujourd'hui?

MC Je parlerai d'abord des évolutions de la recherche elle-même, ce qui n'est pas nécessairement la même chose que l'évolution des phénomènes.

On est parti de la toxicomanie, qui fait partie de toute évidence des problèmes de santé – on se situe là dans le champ de la santé au sens strict du terme. On dispose maintenant de données sur à peu près trente ans de consommation en France parmi les jeunes.

On a ensuite élargi, petit à petit, vers une conception plus étendue de la santé, pour réfléchir par exemple à la violence, à l'absentéisme, etc. Sur ces phénomènes-là, pris en compte plus tardivement, nous n'avons pas nécessairement l'évolution sur trente ans, et nous manquons donc parfois de recul.

Si l'on considère maintenant la consommation alcool/tabac/drogue, plusieurs observations peuvent être faites.

La consommation est un phénomène qui n'est pas aussi simple qu'il paraît. On pense généralement qu'il y a des consommateurs et des non-consommateurs. Dans la réalité, il y a des petits, des moyens, des gros et des très gros consommateurs, et ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas parce que l'on fume un peu que l'on est toxicomane, ce n'est pas non plus parce que l'on est occasionnellement ivre que l'on est alcoolique. On a bien montré qu'il faut absolument avoir une vision beaucoup plus fine du problème si l'on veut vraiment le comprendre : la réflexion binaire ne correspond en rien à la réalité. C'est un point essentiel. Un toxicomane, c'est quelqu'un qui est dépendant de sa drogue; le consommateur lui relève d'un champ beaucoup plus vaste. Les lieux communs qui voudraient par exemple que celui qui consomme du cannabis consomme un jour ou l'autre de l'héroïne sont complètement faux. Si l'héroïnomane a effectivement la plupart du temps consommé du cannabis, tout consommateur de cannabis ne devient pas héroïnomane.

Ces choses aujourd'hui nous paraissent évidentes, mais, dans les années 1980, elles ne l'étaient pas. On disait alors : il ne faut pas commencer, si on commence, on va vers une drogue plus dure ensuite. Toutes les études montrent que cela est loin d'être vrai; en outre, plus le temps passe, moins c'est vrai. On a démontré par exemple que plus la consommation de cannabis augmente – et c'est un phénomène très important –, moins la liaison cannabis/autres drogues se vérifie. La différence entre le cannabis et les autres drogues illicites est devenue encore plus importante, avec, bien sûr, l'augmentation du coût de la vie, le circuit des ventes, etc.

Ce que l'on observe de la consommation de ces produits, c'est, d'une part, que l'on n'a pas une augmentation tous azimuts. Dire que c'est de pire en pire est faux. Il y a des choses qui augmentent, il y a des choses qui diminuent, il y a des choses qui se modifient, ça c'est la réalité. On n'est donc jamais dans «le pire en pire» ou le «de plus en plus précoce». On a constaté par exemple une très forte diminution de la consommation d'alcool depuis trente ans, pour la simple raison que la consommation quotidienne a quasiment disparu alors que l'on en avait encore 15 % il y a trente ans.

MR C'est incroyable, personne ne sait cela!

MC Pourtant, toutes les études le montrent. En 1971, dans l'enquête nationale, 12 % des jeunes consommaient tous les jours vin, bière ou alcool. Ils sont moins de 1 % aujourd'hui. Cette évolution s'est jouée surtout entre les années 1970 et 1990. Il ne faut sans doute pas crier victoire trop tôt, mais la consommation d'alcool a diminué chez les jeunes comme chez les adultes, et même encore plus chez les jeunes que chez les adultes. Par contre, ce que l'on a vu apparaître, mais qui n'a pas pris l'ampleur que l'on aurait pu craindre, c'est l'augmentation de l'ivresse. Les jeunes ont en effet consommé l'alcool un peu différemment, pour s'enivrer, ce que l'on qualifie d'ivresse «fin de

semaine», sans que l'on atteigne cependant en France, et de loin, les taux observés en Europe du Nord. On est donc un pays plutôt sur la bonne voie pour ce qui concerne la consommation de l'alcool chez les jeunes.

Par contre, la consommation des adultes reste élevée. Il y a donc bien quelque chose qui se passe entre 18 et 30 ans, période que l'on connaît moins bien. C'est en vieillissant que les jeunes en viennent à consommer de l'alcool autant que les adultes, dans un pays comme la France où l'alcool est omniprésent. Les modèles culturels persistent.

Sur le tabac, on a surtout une modification de la population consommatrice. Si à une certaine époque c'étaient plus les garçons, maintenant ce sont les filles. Cette évolution s'est opérée en l'espace de trente ans, petit à petit. Les filles ont commencé par consommer un peu, puis régulièrement, et maintenant elles consomment en quantité égale à celle des garçons. Ce sont des consommatrices plus régulières à 16 ans par exemple. Je n'ai pas d'explication.

Bizarrement, le tabac est un indicateur du niveau culturel et politique, du niveau social d'un pays – si l'on est un peu cynique, bien évidemment. Plus les pays sont développés, plus les filles fument. C'est au Nord que l'on a le taux de tabagisme féminin le plus élevé. C'est presque un indicateur de développement...

MR Cela serait un signe d'émancipation?

MC Oui, d'émancipation et de richesse.

Pour revenir aux drogues illicites, il faut faire la différence entre le cannabis et le reste. On a aujourd'hui une importante augmentation de la consommation de cannabis, dans des proportions inattendues : en l'espace de cinq ans, le taux a triplé. C'est rare en matière de santé. Et cela pose question, puisque c'est un produit illicite qui n'entre pas dans le circuit économique habituel. Pourquoi cette consommation s'est-elle autant développée durant les dix dernières

années ? Elle fait certes un peu partie de la culture des jeunes, qui se sont approprié ce produit ; mais cela montre aussi l'importance de l'économie parallèle à l'adolescence, qui ne concerne pas seulement la consommation de cannabis d'ailleurs, mais aussi le téléphone, l'information, le piratage informatique. On s'aperçoit là qu'il existe un champ illégal, qui échappe complètement au contrôle adulte, en dehors de tous les circuits économiques, et dont, selon moi, on ne mesure pas encore complètement l'effet.

Par exemple, il y a une fête rave et, sans aucune publicité, on compte dix mille personnes. Comment cela est-il possible ? Ce ne sont pas dix mille personnes qui se connaissent.

Le cannabis fait partie évidemment du phénomène. Cela pose tout de même des questions, et on ne m'a toujours pas répondu : le cannabis arrive bien jusque chez nous, tout le monde n'a pas sa petite culture dans son jardin !

Pour les autres substances, c'est la consommation d'ecstasy qui s'est accrue. On arrive à des taux de consommation de 4-5 % d'une population, ce n'est pas rien. Les autres drogues restent un peu mineures, on a actuellement plus de jeunes qui ont consommé du cannabis que de l'héroïne, qui a, le sida aidant, plutôt diminué

Pour ce qui concerne les autres phénomènes, les vues sont beaucoup plus partielles, d'abord parce que nos enquêtes sont trop récentes (sur six ans, sur quatre ou cinq ans...). Les données sur la santé des jeunes n'existent pas magiquement. S'il n'y a pas d'enquêtes, il n'y a pas de données.

Ce qui a évolué durant les dix dernières années d'une façon un peu catastrophique, c'est la dépression, et en particulier la dépression des filles et les tentatives de suicide. Je suis très étonnée que l'on en parle si peu, comme si tout ce qui arrivait aux filles n'avait pas beaucoup d'importance...

MR Tout ce qui arrive aux filles n'aurait pas d'importance ?

MC Oui, on y attache moins d'importance, parce que leur comportement met moins en danger le fonctionnement social. Je trouve qu'il y a une indifférence des problématiques féminines. Un problème va jouer en importance s'il est masculin. Ce n'est pas dit, mais, implicitement, c'est bien comme cela que ça se passe. Par exemple, on parlera toujours de la mortalité par suicide, ce qui est bien sûr justifié. Mais les tentatives de suicide sont tellement

plus importantes, elles sont au nombre de 45 000 à 50 000 par an – on ne connaît pas le chiffre exact. C'est énorme ! Et surtout, cela a des conséquences à terme sur le devenir de ces jeunes et de leurs familles. Que ce soit 40 000 ou 60 000 – ça doit se situer entre ces deux bornes –, c'est énorme...

MR C'est en augmentation sur les dix dernières années ?

MC Oui. Nous n'avions pas d'enquête en population générale auparavant. On disposait de quelques études hospitalières. Mais, on l'a vu dans les dernières études, seulement un jeune suicidant sur cinq est hospitalisé. La perception par l'hospitalisation seule est certes riche en informations, mais largement insuffisante. Entre 1993 et 1999, on a un taux de tentatives chez les filles qui a doublé, alors qu'il est resté stable chez les garçons. Il y a bien un problème spécifiquement lié à la santé mentale des filles, puisque l'on constate à la fois une augmentation des tentatives de suicide, une augmentation de la dépression, mais aussi une augmentation non négligeable des violences subies, et l'on sait bien que tout cela est intimement associé. Or les projets de recherche sur la santé des filles sont rares. Dans l'avenir nous étudierons davantage les conduites alimentaires.

MR Est-ce un phénomène émergent ?

MC On n'a pas assez enquêté pour savoir si cela a augmenté. Ce qui est sûr, c'est que la consultation pour troubles des conduites alimentaires a explosé.

MR C'est une sorte de révélation ?

MC Voilà, une sorte de révélation. Est-ce lié à l'augmentation des troubles, ou est-ce lié au fait que l'on ose maintenant consulter et que en outre des consultations se sont ouvertes ? C'est toujours le même problème : tous ceux qui sont malades ne consultent pas, surtout en santé mentale ; donc, quand la consultation augmente, cela ne signifie pas nécessairement que la pathologie augmente. On a des données en 1993, mais, même sur les troubles des conduites alimentaires, il est difficile d'avoir de bons outils, et ceux qui existent n'ont pas encore été suffisamment validés... Toutes les études montrent cependant qu'il y a un lien très fort bien sûr entre troubles des conduites alimentaires, dépression, tentative de suicide et violence subie. On est là dans une psychopathologie plus typique-

ment féminine, les consommations de drogue et les violences étant plutôt typiquement masculines.

La violence augmente, et pas nécessairement d'ailleurs là où on le pense. On constate en particulier une augmentation des violences les plus graves. Tout n'est pas noir, mais tout n'est pas rose non plus.

Pour ce qui concerne la psychopathologie des garçons : pas d'augmentation des tentatives de suicide, une moindre augmentation de la dépression et toujours une très faible proportion de garçons qui ont des conduites alimentaires problématiques.

MR Globalement, autant que l'on peut le mesurer, la santé des jeunes s'est-elle améliorée, au sens épidémiologique du terme ?

MC La santé physique oui, sauf certaines pathologies ayant des composantes psychosociales, comme les allergies, qui se sont beaucoup développées, ou tout ce qui est plaintes fonctionnelles et troubles du sommeil. Avec l'amélioration de la santé physique et la baisse de la mortalité et de l'accidentalité – il y a une baisse très nette du nombre d'accidents –, on a vu apparaître, presque dans le même temps, une augmentation des problèmes de santé mentale. On ne peut pas dire que cela se soit substitué, mais l'amélioration de la santé physique n'a pas amélioré l'ensemble de la santé, puisque l'on a vu apparaître des problèmes de santé mentale. Ce qui va à l'encontre de l'idée selon laquelle une bonne santé physique produit une bonne santé mentale.

MR Un esprit sain dans un corps sain...

MC C'est certainement l'idéal, mais cela ne se décline pas de façon automatique. Il y a des jeunes qui ont une mauvaise santé mentale dans un corps sain, et des jeunes qui ont des problèmes de santé physique et qui vont bien mentalement. On voit bien que cela ne se joue pas au même niveau. Toujours est-il que la pathologie du XXI^e siècle – l'OMS l'a déclarée d'ailleurs comme telle – est la dépression.

MR A-t-on des enquêtes qui permettent de comprendre l'origine de ces troubles?

MC On pourrait en tout cas en définir le contexte. On constate d'une part une intolérance croissante vis-à-vis de tout ce qui est trouble psychique : on a changé nos critères. Il y a quelques années, si un jeune était un peu violent, on l'acceptait. Aujourd'hui, toute violence des jeunes est devenue inacceptable, on a abaissé notre seuil de tolérance. Du coup il y en a plus!

MR C'est très intéressant, parce que l'on entend plutôt dire le contraire. On dit que les jeunes sont de plus en plus violents, on ne dit pas que les adultes supportent de moins en moins la violence...

MC Maintenant, tout est considéré comme violent – on l'a vu d'ailleurs en matière de toxicomanie. Un gosse de 5-6 ans s'est bagarré dans la cour de l'école : il y a vingt ans, on s'en fichait. Aujourd'hui, on va le considérer comme violent, on va convoquer les parents, il va voir le psy, etc. De fil en aiguille, le mécanisme se remontant tout seul, on va probablement augmenter le risque et accentuer la violence. C'est assez étonnant.

Deuxième chose, bizarrement, on a attendu de la médecine, que ce soit la médecine scolaire ou la médecine préventive, qu'elle fasse que tout le monde aille bien. On n'accepte plus que quelqu'un aille mal. Le malaise, qui a probablement toujours un peu existé, devient inacceptable, devient pathologie. On en déduit que les jeunes sont déprimés. Ce qui pouvait passer inaperçu à une époque ne le peut plus. Ce que l'on ne sait pas exactement, c'est si, de ce fait, on n'accroît pas le phénomène.

Nous avons par exemple mené une étude sur le suicide. On a montré que les jeunes n'allaient pas forcément mieux, que ce soit en matière de tentative de suicide, de récurrence ou de dépression, s'ils étaient pris en charge. Certains allaient mieux, d'autres pas. On se demande donc ce que l'on est en train

de faire. Est-ce qu'il faut, est-ce qu'il ne faut pas? Pour moi, la question essentielle n'est pas seulement de se demander «est-ce qu'il faut traiter?», mais aussi «comment faut-il traiter?». Ce qui pose le problème plus général des pratiques de soin les plus adaptées. La question n'est pas résolue. S'il faut probablement traiter les plus graves, parce qu'il y a une très grande souffrance, et que la souffrance d'un enfant mérite d'être traitée, on ne sait pas si l'on n'est pas en train de pointer la souffrance et du coup de l'augmenter. Qu'est-ce que l'on fait ensuite au niveau des soins? on n'en sait rien. De plus, se pose dans certains cas la question de la stigmatisation...

MR Oui, c'est l'éternelle question...

MC On aurait tendance à se dire qu'il faut peut-être ne pas faire trop de cas de certaines choses... On a tellement élargi notre conception du champ du mal-être que l'on ne sait plus vraiment ce que l'on doit considérer comme mal-être, et qui doit être traité, parce que grave, et ce qu'il ne faut pas. Nous n'avons pas toutes les données pour le définir.

MR Mais les raisons décrites par les adolescents eux-mêmes? En parlent-ils?

MC Oui, plus on le leur demande, plus ils en parlent. Les adolescents ne sont pas à côté du monde. Ils lisent partout : «le mal-être des adolescents»... On est peut-être dans une société qui va vers la plainte... Auquel cas, on pourrait imaginer que tout le monde ait une béquille; et jusqu'à quand? et comment? et qu'est-ce que ça fait?

Je reste persuadée qu'il y a ici un élément pervers, je ne sais pas si le mot pervers convient, mais quelque chose en tout cas qui s'auto-alimente. Dans la Maison des adolescents où nous travaillons, ou dans n'importe quelle structure de soins, ceux qui téléphonent et qui viennent ne vont certes pas bien, mais on ne sait pas si, pour un certain nombre d'entre eux, on n'accroît pas leur problème. Si l'on fait intervenir tant d'acteurs sociaux, on sait bien qu'il deviennent utiles. Si ensuite on enlève les acteurs sociaux, la petite maison s'écroule...

MR Avez-vous relevé dans vos enquêtes un différentiel entre des adolescents en situation de précarité, de pauvreté, et les autres ?

MC Ce qui semble clair, c'est que la santé somatique, très liée aux soins, est très liée de fait à la pauvreté, que ce soit pour les soins dentaires, la vue, etc. En ce qui concerne l'obésité, c'est également le cas mais beaucoup moins, en tout cas jamais de façon aussi nette que l'on veut bien le dire. Par exemple, dans les familles plus défavorisées, on aura un taux de 10 %, alors qu'il sera de 5 % dans les familles favorisées. C'est deux fois plus, certes, mais ça veut aussi dire que, dans les classes sociales défavorisées, 90 % de la population ne souffrent pas d'obésité, et cet aspect-là n'est jamais mis en relief. Lorsqu'on est socialement défavorisé, rien ne vous serait possible ; et parallèlement, lorsqu'on est socialement favorisé, rien ne pourrait vous arriver. En conséquence de quoi, on reçoit des parents de milieu favorisé très étonnés de ce qui leur arrive. Et quand des gamins de milieu urbain défavorisé s'en sortent très bien, on s'en étonne également...

MR Du point de vue somatique, d'accord ; mais du point de vue psychologique ?

MC Les différences sont très nettement moindres. Il y a là encore des choses un peu plus complexes : la consommation de cannabis est par exemple plutôt le fait des classes favorisées, et la consommation de tabac le fait des défavorisés ; l'alcool, c'est plus le fait des Français, beaucoup moins celui des étrangers. On a des différences, mais jamais catastrophiques, ni dans un sens, ni dans un autre.

MR Donc la santé des jeunes n'est pas une question sociale ?

MC Si, probablement, mais plutôt une question de relation sociale, car les relations sociales ne se limitent pas à être pauvre ou pas. On peut être bien dans sa famille tout en étant pauvre et très mal dans sa famille tout en étant riche. C'est une donnée que l'on est obligé de constater. On a parfois des problèmes familiaux magistraux dans les milieux dits favorisés et on a souvent d'ailleurs des familles défavorisées qui ont su préserver justement leur savoir-faire relationnel. On ne le dit pas assez, et c'est très néfaste pour deux types de populations : pour les populations défavorisées, parce qu'elles ont l'impression qu'elles ne peuvent rien faire ; et pour les gosses de riches, à qui on dit : mais

puisqu'ils sont riches, de quoi vous plaignez-vous ? Alors qu'ils peuvent vivre des relations familiales très difficiles, avoir des pères autoritaires, écrasants, d'une violence inacceptable, pas nécessairement physique, mais verbale, et répétée, très grave. Il faudrait dépasser ces clivages pour essayer de comprendre et réagir tout de suite auprès des jeunes. Je prône une meilleure observation des populations, pour justement éviter ces excès dans un sens ou dans l'autre.

MR Et donc, pour agir, quelles seraient les préconisations ?

MC Les préconisations, c'est d'agir ni trop vite, ni trop tard. J'observe les deux extrêmes : soit on agit au moindre événement, parce que l'on ne sait jamais si la moindre petite chose ne va pas en cacher une autre qui sera pire ; soit on intervient en catastrophe. Il faut essayer d'aller vers des interventions plus raisonnables. On a essayé d'instituer des critères pour permettre à tous ceux qui ont affaire aux jeunes de réfléchir, pour qu'ils n'agissent pas à contretemps. On dit que, pour qu'un trouble soit vraiment important, il faut qu'il soit chronique. Ce n'est pas un événement qui devrait déclencher le plan ORSEC. Ce n'est pas parce qu'un jeune fume du cannabis, même quand cela se passe dans les couloirs de l'établissement, qu'il faut tout de suite appeler la police. Il faut dire quelque chose, parce que la loi est ce qu'elle est, mais on n'est pas obligé d'enfoncer le clou. Il faut absolument savoir attendre. On a toujours l'impression que c'est grave d'attendre. Mais les troubles et les conduites évoluent sur un temps assez long, on peut se donner un mois, deux mois d'observation pour voir ce qui se passe. On attend souvent d'ailleurs des années avant de faire quelque chose...

Donc, si ce n'est pas chronique, c'est beaucoup moins grave.

Un deuxième critère est le cumul. Si un jeune consomme de l'alcool, consomme du tabac et a fait en plus une tentative de suicide, la situation s'aggrave.

Un troisième critère est la précocité. Ce n'est pas pareil de fumer, ou de boire, avant 15 ans ou après 15 ans. La précocité est un indicateur de gravité.

Un quatrième critère est l'inversion des sexes. On est obligé de constater que toutes les conduites sont à peu près sexuées. Lorsqu'un garçon adopte une conduite féminine ou une fille une conduite masculine, ça n'a pas le même sens. Une fille jeune, très violente, qui en même temps présente un tableau de comportements déviants, doit absolument déclencher le plan ORSEC, il n'y a pas à attendre. Par contre, chez les garçons, s'il y a uniquement la violence et rien d'autre, on est probablement un peu dans une normalité.

MR Ce sont des éléments très importants que vous nous livrez là, et que non seulement les enseignants, mais aussi tous les adultes qui s'occupent des enfants et des adolescents devraient connaître. Or ce que vous venez de dire est très peu connu...

MC Nous sommes confrontés en France à un problème spécifique, celui du passage de la connaissance des spécialistes vers le grand public. Sur certains points, ça n'est pas utile. Quand on a une connaissance médicale, il suffit que les médecins généralistes de France et de Navarre le sachent. Mais on a montré que, pour qu'une donnée scientifique soit diffusée auprès de l'ensemble des personnels du même corps, en l'occurrence les médecins, il faut sept ans. Lorsqu'on va vers l'ensemble du public, il faut vingt ans, malheureusement. Comment réduire cette durée ?

On avait prévu de produire des documents en direction des enseignants, au moins, parce qu'ils sont des partenaires très importants. Et c'est d'autant plus important que, quand ils sont inquiets, tout le monde est inquiet, et qu'ils sont en outre une courroie de transmission vis-à-vis des familles. Mais ce temps de diffusion est rarement pris et les circuits de diffusion ne sont pas utilisés. On pourrait faire une émission de télévision, par

exemple. Il n'y a pas mieux que la télé pour diffuser le savoir. Et ce de préférence sous une forme un peu ludique, plus créative ? Cela me semble être un chantier essentiel. Peut-être n'y ai-je pas assez travaillé, mais en tout cas j'y ai travaillé et je n'ai pas trouvé la solution. Il faut certainement plus de forces vives qu'un seul chercheur dans son laboratoire. Donc à défaut, ce qui marche le mieux, c'est l'affolement, et ce qui marche le moins la raison. Ce qui intéresse le plus les gens, ce sont les cas extrêmes, ce n'est pas ce qui arrive dans les populations générales.

MR C'est le règne de l'hyperbole dans les médias...

MC Voilà ! Le meurtre dans les banlieues marche bien ! Il y a pourtant des journaux étrangers qui consacrent quatre pages aux parents tous les week-end, je trouve ça génial. On pourrait avoir nous aussi cette ambition dans les journaux de grande diffusion.

MR Ne serait-ce qu'une page déjà ! D'autant que l'on pourrait essayer de penser la santé des jeunes autrement que sous le seul angle négatif, et se poser des questions concernant leur bien-être. Comment peuvent-ils envisager leur adolescence sous des auspices agréables avec leur famille, avec leurs enseignants ? Comment répondre à leurs inquiétudes ? Bref, d'une façon positive. Cela changerait peut-être les perspectives en regard de ce que vous disiez précédemment. On arriverait sans doute à des conduites beaucoup plus apaisées.

MC Ce qui est assez étonnant, c'est que, quand on dit bien-être, on pense : je ne suis pas mal ; mais ça ne veut pas dire que toutes les secondes, tous les jours, à toute heure, on soit bien. On a du mal à imaginer que la vie d'un adolescent ne soit pas 100 % de bien-être du matin jusqu'au soir ; dès qu'ils ont un petit souci, on se pose des questions. On est sur une pente qui n'est pas saine. Il faut aussi accepter le fait que les êtres humains ont quelque chose en commun, adolescents, comme adultes : des jours avec et des jours sans ; le tout c'est que, évidemment, cela ne se chronicise pas. Tout n'est pas parfait tout le temps, et le bien-être ne veut pas dire la pleine forme du matin au soir et tous les jours de l'année ; c'est assez difficile à faire comprendre...

MR Oui, c'est une espèce de mirage : quand on est jeune, on est en bonne santé, on n'a mal nulle part et donc tout va bien ; ça se gâte quand on est vieux...

MC C'est effectivement complètement faux !

Il y a également un deuxième facteur qui entre en jeu : comme on a tout fait pour nos enfants, (globalement, en effet, les parents sont plus concernés par les enfants qu'il y a cinquante ans), on met en cause notre propre système, et l'on est d'autant plus enclin à accentuer le phénomène que l'on n'ose pas se dire que l'on a éventuellement fait des erreurs. C'est très paradoxal, parce qu'on demande tout à la fois aux jeunes. On leur demande d'être en forme en même temps qu'on ne leur laisse pas de place. C'est quelque chose qu'il faudrait peut-être développer. Tous ceux qui travaillent sur l'adolescent, et en particulier les psychiatres, parlent du paradoxe de l'adolescence. C'est sans doute une période paradoxale, mais quand on observe la société, on peut se demander si ce n'est pas là qu'il faut chercher quand on cherche l'erreur : avec des adultes paradoxaux, on ne fait qu'accentuer le paradoxe des adolescents. Et surtout, on n'y comprend plus rien et on n'est plus capable de prendre un minimum de distance. Le nombre de dispositifs que l'on met en place est énorme, a-t-on vraiment besoin de tout ça ? Les points d'écoute ? J'ai personnellement beaucoup de doutes sur ces points d'écoute... Ils ne me dérangent pas, mais je ne suis pas sûre qu'ils soient d'une efficacité notoire.

MR Tout de même, les radios de jeunes, par exemple, reçoivent des coups de téléphone sans arrêt et témoignent d'un besoin très fort de dialogue.

MC Oui, mais parce que l'on est dans une démocratie. On a pensé que la démocratie allait se faire sans discussions avec les jeunes, ce qui est complètement paradoxal. L'école en est un très bel exemple. Il n'y a pas assez de discussion à l'école, on se demande pourquoi. C'est tout de même étonnant !

MR Et donc ils discutent ailleurs. C'est un phénomène en expansion. C'est ce qui m'avait le plus frappée dans les premières émissions de *reality show* avec les adolescents, le Loft, etc. : ils parlaient, parlaient, ils parlaient non stop, ils ne faisaient que ça d'ailleurs. Ils parlaient, ils posaient des questions d'une manière très crue, ils posaient les problèmes. Mais les adultes ne sont peut-être pas prêts à entendre...

MC On a deux types d'adultes : soit les démagogues, qui discutent avec les gosses, cheveux longs, cigarette au bec, comme s'ils étaient eux aussi des adolescents – c'est ce qu'il y a de pire ; soit des adultes sur la défensive, autoritaires et campés sur un piédestal. On ne sait pas s'y prendre, on est dans une société en pleine évolution. Quand j'ai commencé à travailler, je n'avais pas d'ordinateur, on écrivait à la main et c'est une secrétaire qui tapait ensuite mon texte, on gommait avec une espèce de blanc et puis on retapait. La société a complètement changé. On parle de la mondialisation, et il est vrai qu'il s'est passé quelque chose au niveau du monde. Ces modifications ont modifié aussi les liens sociaux. On doit donc s'adapter à ce nouveau monde qui par ailleurs peut être très sympathique. Mais bizarrement, sur tout ce qui est éducatif, que cela concerne les parents ou que cela concerne les enseignants, on a l'impression que rien n'a changé. La famille n'a qu'à se débrouiller, l'école n'a qu'à se débrouiller. C'est comme si la technique n'avait rien produit de différent au niveau des relations sociales. Mais l'adaptation, elle, n'est pas naturelle ! Je ne comprends pas. C'est comme si l'on avait mis partout des ordinateurs sans mode d'emploi ; eh bien, on ne les aurait pas utilisés, et puis c'est tout.

MR Il y a eu un grand débat sur l'école...

MC Oui, mais pas sur la démocratie à l'école. Ce n'est pas la même chose. Le débat a conclu qu'il faut enseigner. Soit. Mais je trouve qu'il manque dans ce débat ce qui est le fondement de la société, à savoir les relations humaines. ■