

L'estime de soi :

concept et condition de motricité pour le patient fumeur

Céline Corman, Stéphane Boutay & François Dekeyser

L'estime de soi :

« L'estime de soi est définie par l'attitude plus ou moins favorable que chaque personne a envers elle-même, la considération et le respect qu'elle se porte, le sentiment qu'elle a de sa propre valeur ».
(Rosenberg, 1989).

Un individu qui a une haute estime de soi fera plus facilement preuve d'un comportement adapté face à une situation difficile et il tendra à présenter une image positive de lui-même ; celui qui a une faible estime de soi adoptera plus souvent un comportement inadapté, reconnu comme tel par son entourage, ce qui pourra renforcer son sentiment d'incapacité, sa faible estime de soi et induire une tendance au retrait social. Ainsi, certains auteurs distinguent une psychologie propre aux individus à haute estime de soi ou faible estime de soi : *ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes sont affectés par l'échec, tandis que ceux qui ont une haute estime d'eux-mêmes tentent de dévaloriser la dimension sur laquelle ils ont échoué.*

Il est généralement accepté que *l'estime de soi* est impliquée d'une façon ou d'une autre dans l'explication du tabagisme des adolescents (Tucker, 1984). Mais les études empiriques sur les liens existant entre l'estime de soi et *la fume* ne sont pas claires et, lorsqu'un lien est établi, nous sommes en droit de nous demander le sens de ce lien. L'altération de l'estime de soi est-elle inaugurale, voire prédictive, de la consommation de substances ou l'inverse ? Nous ne disposons que d'un petit nombre de travaux sur ce thème aux résultats contrastés. Petit tour d'horizon...

Nous commencerons notre exploration par les recherches étudiant la relation estime de soi et tabac chez les adolescents (phase d'initiation) ; nous progresserons en développant cette relation chez les adultes (phase de maintien) et enfin nous investiguerons cette même relation chez les personnes en arrêt / voulant arrêter de fumer. Nous tenterons ensuite de comprendre en quoi l'estime de soi pourrait être une variable influente sur le comportement tabagique.

Certaines études ne montrent aucune relation significative entre l'estime de soi et le comportement tabagique (Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman & Stergar, 2007 ; Jackson, 1997, Greenberg, Lewis & Dodd, 1999). Or, il existe d'autres études aux résultats significatifs. En effet, les résultats portant sur plus de 1400 adolescents dans l'étude de Murphy & Price (1989) indiquent que la principale caractéristique distinguant les fumeurs des

non-fumeurs était l'estime de soi. Plus récemment, Guillon, Crocq & Bailey (2007) ont montré, auprès de 200 adolescents hospitalisés pour troubles mentaux (dépression, anxiété, trouble alimentaire...), que l'estime de soi distinguait également les fumeurs des non-fumeurs, et que plus le sujet était dépendant de la nicotine (mesure évaluée via le test de Fagerström), plus basse était son estime de soi.

Pour comprendre ces différents résultats, Abernathy, Massad & Romano-Dwyer (1995) proposent de distinguer les filles des garçons dans les analyses. L'analyse des données n'indique aucun résultat auprès des garçons (confirmant les premières études), mais une relation hautement significative auprès des filles : une fille à faible estime a 2.5 à 3.5 de fois plus de chance d'être également une fumeuse (confirmant les résultats des études où est établi un lien). Crump, Lillie-Banton et Anthony (1997) confirment ces résultats : celles qui ont une faible estime d'elles-mêmes ont 2,8 fois plus de chance de fumer que les filles qui ont une haute estime d'elles-mêmes.

Ceci suggère, que la motivation des filles à initier et/ou maintenir des habitudes tabagiques serait différente de celle des garçons. En 2005, Engels et ses collègues présentent les mêmes conclusions et ajoutent que : « les filles sont par ailleurs plus déprimées et possèdent moins d'estime que les garçons, et ces problèmes émotionnels sont fortement liés au comportement tabagique ».

Trois variables viennent nous éclairer sur les liens complexes qu'entretient l'estime de soi avec le fait de fumer : le genre, la forte dépendance et le trouble psychiatrique. Le fait d'être une fille ou de souffrir d'un trouble psychiatrique, couplé à une faible estime seraient des facteurs de risque. Enfin, être nicotino-dépendant serait également lié à une faible estime.

Mais quelle est l'implication de ces découvertes ? Quel est le sens de ces relations ? Une faible estime de soi : cause ou conséquence du statut de fumeur ?

Quelques études tentent de répondre à ces interrogations :

Une première étude longitudinale est menée dans les collèges français (Laure, Binsinger, Foster, Ambar & Girault, 2005) auprès de 2000 élèves. Ceux-ci sont évalués à quatre reprises (au temps 1 puis après 6, 12 et 18 mois) sur leur comportement tabagique, leur estime de soi et leur anxiété. Dans un premier temps, ils confirment la relation tabac-estime de soi : les non-fumeurs ont une estime d'eux-mêmes plus élevée que les fumeurs. Ensuite, ils constatent que les non-fumeurs du temps 1 qui sont devenu fumeurs 2 ans plus tard

avaient déjà une forme « altérée » de leur estime au temps 1. Ce qui suggère que, dans cet échantillon, une faible estime de soi serait *prédictive* de la consommation tabagique.

L'étude de Mazanov et Byrne (2002) valide un modèle de prédiction du statut tabagique dont l'estime de soi fait partie. Elle suggère que les adolescents « fumeurs » et ceux qui ont « l'intention de fumer un jour » sont également ceux qui ont une estime d'eux-mêmes moindre que les « non-fumeurs » et que ceux n'ayant « pas l'intention de fumer ». Les auteurs conseillent donc de mettre en place des stratégies qui viennent booster l'estime de soi (et non pas uniquement faire de la prévention tabagique) dont l'objectif sous-jacent serait de conserver l'abstinence ou de le devenir.

Nous constatons donc que la variable *estime de soi* est une variable clé dans la compréhension de l'initiation tabagique mais aussi dans la prévention de cette initiation.

Nous avons exploré le lien entre l'estime de soi et l'initiation au tabac. Mais la phase de *maintenance* est-elle différente ou similaire ? « On ne fume pas sa première cigarette par manque de nicotine » nous explique Molimard, suggérant par là que les facteurs favorisant l'entrée dans la consommation tabagique seraient différents de ceux favorisant le maintien. Il existerait un paradoxe entre ce qui fait commencer la personne à fumer (identité, fuite, frime, curiosité, transgression...) et ce qui la fait continuer (goût, nicotine, gestion d'émotions, vide...).

Toutefois, Mitchell (1999), lors de la synthèse de ce qui a été entrepris au Canada chez les adolescents, découvre que les raisons invoquées par les jeunes pour *commencer* ET *continuer* à fumer seraient intimement liées à leur estime de soi. C'est pourquoi, bon nombre des interventions élaborées dans le cadre de la prévention tabac au Canada visaient, entre autres, à développer l'estime de soi ; c'est à cette fin qu'ont été mises sur pied une gamme d'activités telles que l'activité physique, le théâtre, l'éducation par les pairs et le développement des aptitudes à la communication et des aptitudes sociales

Ainsi, d'après cette étude, nous observons que la variable estime de soi est toujours présente dans ce qui lie l'individu à la cigarette. Lien qui irait au-delà l'initiation.

Une des rares recherches recensées sur le lien entre l'estime de soi et les « jeunes adultes » (18-24 ans, donc en phase de « maintien ») confirme la variable « estime de soi » comme moyen de distinguer les fumeurs des non-fumeurs (Croghan et al, 2006) même après ajustement pour l'âge et les affects négatifs. Par contre, les jeunes fumeuses auraient une

barrière supplémentaire par rapport aux hommes : elles ont une plus faible satisfaction de l'image de leur corps. Ceci pouvant peut-être expliquer la différence du lien estime de soi / tabagisme entre les hommes et les femmes.

Malgré tout, le sens de la relation estime de soi et maintien du statut tabagique n'est pas étudié telle quel. Nous pourrions aller plus loin et émettre l'hypothèse que ce sont les *conséquences* du tabagisme qui joueraient alors sur l'estime de soi. Ainsi, si l'estime de soi influence le fait de fumer (initiation), ce seraient le comportement tabagique (maintenance) et plus spécifiquement ses conséquences négatives (stigmatisation, difficultés respiratoires, maladie, dépendance, difficulté de concevoir un enfant, impuissance, odeur de fumée, culpabilité vis-à-vis des fumeurs passifs, coût...) qui engendreraient une diminution de l'estime de soi bouclant le schéma de rétroaction.

De plus les individus qui ont une faible estime d'eux-mêmes chercheraient davantage un soulagement temporaire via des produits qui altèrent l'humeur, mais avec, en retour, l'addiction qui les mènerait à des sentiments de perte de contrôle, un sentiment d'échec et un abaissement de l'estime de soi (Greenberg et al, 1995).

Donc, les personnes fragilisées par leur faible estime d'elles, sont davantage fragilisées si elles sont fumeuses au vu des conséquences négatives du tabagisme (et d'autant plus à l'heure de la dénormalisation et de la stigmatisation consécutive).

Et le sevrage ?

Concernant l'intention d'en finir avec la cigarette, il semblerait que, là aussi, la question de l'estime de soi ait un rôle. Une étude de Falomir et Mugny (2007a) montre que les fumeurs qui s'identifient fortement au groupe de fumeurs et qui pâtissent d'une estime de soi négative ont moins l'intention d'arrêter de fumer lorsque la saillance de la norme anti-tabac est haute. Par contre, la saillance de cette norme contribue bien à augmenter l'intention d'arrêter de fumer des fumeurs ayant une estime de soi positive.

Par ailleurs, confrontés au discours anti-tabac d'un expert, les fumeurs vont plus probablement mettre en doute leur propre identité sociale en tant que fumeurs et augmenter leur intention d'arrêter de fumer lorsqu'ils peuvent s'auto-attribuer des caractéristiques positives à titre personnel. Autrement dit, les prises de position anti-tabac présentées par des experts peuvent amener les fumeurs à mettre en cause leur identité et leur comportement, mais seulement quand ils peuvent maintenir une estime de soi personnelle positive (Falomir et Mugny, 2007b).

Pour changer de comportement, le fumeur doit maintenir une estime de soi positive, mais doit en même temps remettre en cause son statut de fumeur (identité sociale et comportement). Cependant, selon le mécanisme de consistance de soi, les fumeurs stigmatisés ou avec une basse estime de soi continueraient à fumer du fait que la stigmatisation sociale du fumeur rendrait le fait de fumer cohérent avec l'image que ces fumeurs auraient d'eux-mêmes. Ensuite, la résistance au changement pourrait être expliquée par la menace de l'identité, ressentie par les fumeurs.

Nous constatons que l'intention de cessation tabagique soulève des questions d'image de soi, d'identité personnelle et de sentiment d'appartenance au groupe de référence. Forts de ces observations, nous devons donc rester attentifs à ces éléments et ne pas venir déposséder nos interlocuteurs de leur identité et de leur liberté de choisir.

La consolidation

Nous avons trouvé une étude sur la qualité de vie des adultes suite à un sevrage. Les résultats indiquent que les adultes restant abstinents 6 mois après la date d'arrêt rapportent, entre autres, une estime d'eux-mêmes plus élevée que ceux n'étant pas restés abstinents (Stewart et al, 1995). L'étude n'indique pas s'il y avait déjà une différence ou non au niveau de l'estime de soi de base des participants...

Ces données suggèrent d'importants bénéfices personnels auprès des personnes franchissant les divers obstacles à l'abstinence. Cependant, faute de comparaison avant-après, nous ne pouvons rien conclure sur les effets éventuels de la cessation tabagique ou de son échec sur l'estime des sujets. Nous ne pouvons que supposer...

A présent, nous allons explorer l'estime de soi **des publics « fragilisés »** avant de lier ce concept avec celui de la consommation tabagique.

Les individus de niveau social plus modeste auraient une moindre estime d'eux-mêmes et un moindre sentiment d'efficacité de leur action (Stronks, Vandemheen, Looman & Mackenbach, 1997). Exploration...

En effet, lorsqu'une situation de précarité se prolonge et devient permanente, elle est hautement susceptible d'entraîner une dégradation de l'image de soi et un sentiment d'inutilité sociale qui débouche progressivement sur une souffrance psychique dont le mode d'expression dépend de l'histoire personnelle (Bastard, 2005). Cette situation engendrerait :

- une baisse de l'estime de soi et de sa faculté à être acteur de son propre destin ;
- des conduites d'évitement et de passivité ;
- des conduites addictives de compensation.

Dans les situations extrêmes, on assiste à un désintérêt de son propre corps, conduisant alors à des comportements à risque, à la consommation excessive de produits psychoactifs.

Les processus de précarisation peuvent donc induire une altération de la santé somatique et psychique.

Estime de soi, populations fragilisées et tabac

Alors que fumer est présent à chaque niveau de la société, certaines sous-populations exhibent une plus grande prévalence que d'autres. Le *genre* fut, au milieu des années 80, le plus grand prédicteur du statut tabagique mais le *statut éducationnel* a émergé petit à petit et est devenu la variable démographique la plus importante associée à la prévalence de fumeurs (Giovinno, 2004). Nombre d'études nous indiquent, en effet, un taux de fumeurs plus élevé parmi les populations précarisées. Le tabac, nous le savons, est un facteur de risque de nombreuses maladies mortelles mais ce facteur de risque n'est pas distribué de façon uniforme dans la population. En particulier, les groupes socialement les moins favorisés (chômeurs, ouvriers non-qualifiés) sont également ceux qui ont le plus de fumeurs dans leurs rangs et ceux qui ont moins de succès dans le sevrage tabagique. Ces différences ont de fortes implications : la différence de tabagisme entre les classes sociales expliquent plus de la moitié de la différence de mortalité entre elles (Lorant, Nguyen, Prignot & Laperche, 2006). Les données de l'enquête de santé de 2004 en Belgique (menée par l'institut scientifique de santé publique) nous indiquent que la majorité des fumeurs sont issus d'une scolarité primaire- secondaire inférieure. Ces mêmes personnes ont également commencé plus tôt, ont moins de tentative de sevrage et seraient plus dépendants que les individus issus de scolarité supérieure. De plus, si depuis quelques années nous assistons à une diminution du nombre de fumeurs, ce n'est pas le cas si nous nous focalisons sur la population la moins aisée. Il semblerait que les campagnes de prévention menées dans les années précédentes aient porté leurs fruits, mais à nouveau avec des effets non uniformes au sein de la population.

Ces différences sont trouvées déjà significatives entre individus suivant l'enseignement général ou professionnel (Beck et al, 2006) : les jeunes inscrits en filière générale présentent des niveaux de tabagisme plus faibles que ceux des jeunes inscrits en filière professionnelle, en apprentissage ou en formation alternée. Parmi les élèves en filière générale de 17-18 ans, le redoublement s'avère fortement lié aux usages (25% des jeunes qui n'ont pas

redoublé, 41% des jeunes ayant redoublé une fois et 45% des jeunes ayant redoublé plus d'une fois). Notons cependant que, la consommation de tabac est liée à l'origine sociale, qui détermine elle-même en grande partie le type de parcours scolaire et la situation professionnelle à la fin de l'adolescence. Le lien observé entre tabagisme et parcours scolaire médiatiserait donc, dans une certaine mesure, un lien entre la classe ou l'origine sociale et la consommation tabagique.

Toutefois, ce lien observé entre origine sociale et usage n'épuise pas complètement l'influence de la situation scolaire : quelle que soit l'origine sociale des parents, il reste un fort impact entre le type de scolarisation ou le redoublement et la consommation.

Ces quelques constats sonnent comme un avertissement aux campagnes d'information dénonçant avec beaucoup de réalisme les dangers du tabac en jouant sur la peur. Car si elles peuvent provoquer une prise de conscience chez certains, parmi les plus dépendants qui souhaitent déjà arrêter mais qui cumulent les handicaps, elles risquent surtout d'accroître une détresse psychologique déjà patente (Peretti-Watel, 2004).

Christine Ferron¹ nous rappelle également deux campagnes publicitaires ayant des effets opposés : d'un côté, une campagne de communication valorisait les ex-fumeurs en les plaçant en situation d'exprimer leur fierté devant un miroir ; de l'autre, différentes campagnes de lutte contre le tabagisme qui, par une collusion de 9 représentations, ont assimilé le fumeur à des objets répugnants. « L'objectif de cette stratégie est d'aller à l'encontre de l'image de la cigarette séduction, de la cigarette glamour, pour inscrire le tabagisme dans un univers glauque et défavorable telle que l'haleine, l'aspect sale et malodorant du tabac ». Il ne s'agissait pas de développer des messages culpabilisants, mais de faire comprendre que le fumeur est une victime. Effectivement, l'atteinte de l'estime de soi ne suscite pas la culpabilité... mais la honte, nous rappelle Ferron. Mais le statut de victime n'a rien de particulièrement valorisant. Ainsi, les personnes déjà démunies matériellement et socialement, voient les médias accoler l'étiquette à la fois de personnage dégoûtant (car fumer est associé à un univers sale et malodorant) et de victime. Cela ne redorera pas le blason de cette population.

Tous ces éléments plaident en faveur d'une lutte plus précise et plus efficace au bénéfice de cette population. Les chercheurs suggèrent, en effet, que des interventions spécifiques à un groupe donné pour la promotion et l'éducation de la santé sont plus facilement acceptées et produisent des résultats meilleurs, plus rapides et plus tenaces que des interventions non spécifiques à la population (Marin et al, 1995). Avec cette implication : pour qu'un

¹ Psychologue, intervention aux journées de prévention de l'INPES, mars 2006.

programme d'intervention marche correctement pour une population défavorisée, le programme doit être basé sur des recherches faites avec ce genre de population et adaptée à leurs besoins, capacités et ressources spécifiques. En effet, Ehrich et Emmons (1994) font remarquer que les personnes à niveau socio-économique faible ont des obstacles à la cessation tabagique différents des niveaux socio-économiques plus élevés (difficultés financières, illettrisme, absence d'intervention dans le milieu professionnel...).

Il paraît donc judicieux, au vu de ce qui précède, dans le cadre d'actions auprès de cette population, que les interventions soient telles que les personnes se sentent appréciées pour ce qu'elles sont et compétentes. Que nos interventions n'évident pas cette question cruciale de l'estime de soi.

Hypothèse du lien existant entre estime de soi et le tabac :

L'explication de ce lien estime de soi / tabac est multiple :

- La cigarette comme mode de *coping* vis-à-vis de l'estime de soi défaillante : la cigarette serait un moyen de faire face à son insatisfaction personnelle. La cigarette serait utilisée pour se donner un sentiment artificiel de valeur de soi, de pouvoir, d'efficacité et de réalisation de soi. Pour restituer une forme de normalité superficielle, d'apparence, de look. Enfin, pour se protéger de l'environnement social (introversion, égocentrisme) (Fernandez & Szulman, 1998).
- La cigarette comme identité : Selon le mécanisme de *rehaussement de soi*, les jeunes évaluent l'image des fumeurs positivement et commencent alors à fumer avec la motivation d'acquérir une image de soi plus positive. Selon le mécanisme de *consistance de soi*, les jeunes commenceraient à fumer parce que l'image qu'ils ont d'eux-mêmes correspond à l'image qu'ils ont des fumeurs, indépendamment de la valeur positive ou négative de ces images. Fumer serait une habitude qui contribue à la construction et à la consolidation d'une partie de l'identité d'une personne. Elle place les fumeurs dans le champ social, dans une catégorie sociale visible (celle de fumeurs) qui produit un fort sentiment d'appartenance de groupe. Dans un second temps, lorsque la consommation est établie, le discours anti-tabac expose souvent les fumeurs à leur propre déviance et les décrit en termes négatifs : être fumeur peut être menaçant pour leur propre identité et leur intégrité. La motivation défensive peut constituer une réaction naturelle face à la stigmatisation sociale du fait que le fumeur est motivé à protéger son identité

- La cigarette comme récompense immédiate : Il existerait un lien étroit entre l'estime de soi et la capacité à s'engager dans des actions qui apportent des bénéfices à long terme malgré l'absence de bénéfices à court terme, voire des inconvénients immédiats. Cette stratégie, qui ferait défaut aux personnes à basse estime d'elles, expliquerait leur difficulté à adopter des comportements favorables à leur santé (André & Lelord, 2001).
- Auto-médication émotionnelle : la dépression et l'anxiété sont associés à une faible estime de soi et le lien existant entre un ajustement émotionnel pauvre et fumer pourrait être interprété comme une forme d'auto-médication (Carmody, 1989). La nicotine serait utilisée pour éviter les problèmes actuels et pour soulager les troubles émotionnels.
- Contrôle du poids : les études examinant la satisfaction de l'image corporelle et le statut tabagique ont trouvé que les fumeurs se sentaient moins attirants, exhibaient plus d'insatisfaction corporelle et sont plus motivés pour contrôler leur poids par rapport aux non-fumeurs. L'étude de Garner (1997) montre, en effet, que 50 % de l'échantillon féminin disent fumer dans le but de contrôler leur poids (ce qui peut être logique vu l'effet coupe-faim de la nicotine).

Ainsi, les liens *estime de soi / statut tabagique* peuvent être directs mais en outre influencer plus *indirectement* le statut tabagique: via la régulation concernant le poids chez les jeunes filles (Camp, Klesges & Relyea, 1993), l'insécurité sociale chez les garçons (Clayton, 1991) et la susceptibilité à l'influence sociale (pression des pairs) plus générale (Stacy, Sussman, Dent, Burton & Flay, 1992).

Ces hypothèses sur les liens entre l'estime de soi et la consommation tabagique permettent une ébauche de compréhension sur le lien entre population fragilisée et tabac. En effet, récompense immédiate, déficit d'efficacité des modes de *coping* présents et difficultés émotionnelles et identitaires sont également retrouvés dans la littérature de ce type de population.

Il est en effet supposé que des personnes à faible niveau socio-économique soient plus fréquemment exposées à des événements ou à des circonstances de vie stressantes et qu'elles soient moins bien équipées pour faire face à ce genre de stress (mode de coping). Elles trouveraient de la sorte une façon de gérer ce stress par un moyen simple et rapide : la cigarette.

Lien estime de soi- tabac modulé par d'autres variables

L'association trouvée entre estime de soi et tabac peut être modulée par divers facteurs psycho-sociaux tels que l'activité (les exercices), les normes familiales et relationnelles, les modes de coping utilisés (autres que le tabac), le stress (postulat que l'estime de soi sans stress ne mène pas à une consommation tabagique), les autres comportements à risques, les représentations du tabac au sein du groupe de pairs (moyen social pour les rencontres, association avec des événements plaisants ou attribution de caractéristiques personnelles positives). (Recension dans Croghan et al, 2006).

En guise de conclusion...

À chacun des stades de consommation (préparation, initiation, maintien), une estime de soi faible semble jouer un rôle qui fragilise l'individu. De plus, aux différents stades de sevrage (décision, préparation, action, consolidation), l'estime de soi est également à prendre en compte. Par ailleurs, fumer fait partie de l'identité de la personne et vouloir lui retirer ce comportement constitue, en sorte, une menace à l'identité même de l'individu. Sentiment d'identité et d'appartenance au groupe sont des variables également clés dans ce qui nous préoccupe.

Greenberg (1995), trouve une association entre une haute estime de soi et la réalisation d'exercices physiques. Or, faire de l'exercice est tout à fait le genre d'activités prônées par les experts pour accompagner l'arrêt tabagique. Nous sommes en droit à nouveau de nous demander si l'estime de soi est la cause ou la conséquence du fait de faire des exercices... Si c'est la conséquence, on ne pourra que conseiller encore et toujours la mise en place d'une activité plaisir pour les patients. Inversement, si c'est la cause nous devrions trouver d'autres moyens de booster l'estime de soi avant d'envisager la mise en place d'une activité physique.

Méfais du monoxyde et danger de l'hélium : un contre-éclairage utile

Les magazines de psychologie et de nombreux ouvrages de développement personnel nous promettent que le bonheur est au bout de [l'estime de soi](#)...

Or la recherche est bien moins affirmative.

[Baumeister et al. \(2003\)](#) dans une étude qui a fait date concluent : *Nous n'avons pas trouvé d'indications que renforcer l'estime de soi (par intervention thérapeutique ou en milieu scolaire) soit bénéfique. Nos résultats ne plaident pas en faveur de la promotion et de l'extension de l'estime de soi dans l'espoir que cela pourrait améliorer les résultats scolaires. Au regard de l'hétérogénéité des hauts degrés de l'estime de soi, complimenter sans mesure pourrait tout aussi bien promouvoir le narcissisme et ses conséquences indésirables.*

Ce ne sont pas seulement les comportements prosociaux, mais aussi les comportements antisociaux qui sont plus probables chez les enfants ayant une haute estime de soi. ([Salmivalli et al. 1999](#)).

Dans un nouvel ouvrage, *The Narcissism Epidemic* (l'épidémie du narcissisme), [Jean Twenge](#) et [W. Keith Campbell](#) soulignent que le résultat d'avoir tout fait pour augmenter l'estime de soi de nos enfants est la création d'une génération de personnalités gonflées d'un sens disproportionné de leur valeur personnelle (la définition clinique du narcissisme) mais sans véritable résilience ni capacité à réparer les choses et les relations.

Faisant le point sur les recherches actuelles, ils soulignent que l'entraînement des habiletés sociales est bien plus payant et efficace que l'inflation du sens de soi - et promet un bonheur plus durable. L'antidote à la bulle spéculative de l'estime de soi? Twenge recommande l'humilité, une évaluation de soi plus juste, la [pleine conscience](#) et faire passer les autres avant soi. Dans une interview à [Newsweek](#) elle déclare : *De telles valeurs pourront sembler ringardes, peut-être même défaitistes pour ceux d'entre nous qui pensent qu'ils sont spéciaux, mais faits-moi confiance : plus on pratique, plus cela devient facile.*

Quant à [Baumeister et al. \(2003\)](#), ils concluent : *Nous recommandons plutôt d'utiliser les compliments visant à renforcer l'estime de soi comme des récompenses des comportements socialement désirables et les efforts personnels.*

A noter : [cette équipe de recherche a mis l'essentiel de ses résultats en ligne](#). Pour une traduction de l'abstract d'une de leurs études les plus marquantes, visitez le site [afforthecc](#).

Benjamin Schoendorff, <http://souffranceaction.blogspot.com>

Bibliographie

Abernathy, T., Massad, L., & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30, 899–907.

Association canadienne de santé publique. (1995) Programme de lutte contre le tabagisme pour les femmes à faible revenu. *Rapport final de l'évaluation nationale*. Ottawa.

Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the public interest*, 4, 1-44.

Bastard M. (2005). Population précarisée en souffrance psychique. Des réponses professionnelles à améliorer. *Empan*, 4, 108-115.

Beck, F., Legleye, S., Spilka, S. & Peretti-Watel, P. (2006). Le tabagisme des adolescents : baisse du niveau d'usage et représentations spécifiques. *Psychotropes*, 12, 75-86.

Boles, S.M. & Johnson, P.B. (2001). Gender, weight concerns, and adolescent smoking. *Journal of Addict Dis*, 20(2), 5-14.

Boudreaux, E., Carmack, C.L., Scarinci, I.C. & Brantley, P.J. (1998). Predicting smoking stage of change of low socioeconomic status, primary care outpatients : Replication and extension using decisional balance and self-efficacy theories. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5, 148-165.

Camp, D. E., Klesges, R. C., & Relyea, G. (1993). The relationship between bodyweight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology*, 12, 24–32.

Carmody, T. P. (1989). Affect regulation, nicotine addiction and smoking cessation. *Psychoactive Drugs*, 21, 331–342.

Clayton, C. (1991). Gender differences in psychological determinants of adolescent smoking. *Journal of School Health*, 61, 115–120.

Croghan, I.T. (2006). Is smoking related to body image satisfaction, stress and self-esteem in youth adults. *American Journal of Health Behaviour*, 30, 322-333.

Crump, R.L., Lillie-Blanton, M. & Anthony, J.C. (1997). The influence of self-esteem on smoking among african-american school children. *Journal of Drug Education*;27(3), 277-91.

Engels, R.C., Hale III, W.W., Noom, M. & De Vries, H. (2005). Self-Efficacy and Emotional Adjustment as Precursors of Smoking in Early Adolescence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1880-1890.

Falomir, J.M. & Mugny, G. (2007a). Expert vs non expert influence and positive self-esteem. Manuscrit non publié

Falomir, J.M. & Mugny, G. (2007b). Expert vs non-expert influence and threatening social comparison. Manuscrit non publié.

Fernandez, L. & Szulman, H. (1998). Les modèles psychologiques de l'addiction. *Psychotropes*, 4, 47-67.

Garner, D.M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30-47.

Giovino, G.A. et al. (1994). Surveillance for selected tobacco-use behavior –United States 1900-1994_ *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 43, 1-43.

Greenberg, J.L., Lewis, S.E. & Dodd, D.K. (1999). Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addictive behaviors*, 24(4),565-71.

Guillon, M.S., Crocq, M.A. & Bailey, P.E. (2007). Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. *Addictive Behaviors*, 32, 758-764.

Guillon, M.S. & Crocq, M.A. (2004).L'estime de soi chez les adolescents : une revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52 : 30-36

Jackson, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addictive Behaviors*, 22, 685-698.

Janis, I.L. & Mann, L. (1977) Decision making : A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York : New Press.

King, T.K. & Matacin, M., Marcus, B.H. et al. (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addict Behav*, 25(4),613-618.

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.

Laure, P., Binsinger, C., Friser, A., Ambard, M.F. & Girault, S. (2005). L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédictives de la consommation de substances psychoactives par les préadolescents ? *Psychotropes*, 11, 73-90.

Lelord, F. & André, C. (2001). L'estime de soi. Odile Jacob : Paris.

Marin, G. et al. (1995). A research agenda for health education among underserved populations. *Health Education Quarterly*, 22, 346-363.

Mazanov, J. & Byrne, D.G. (2002). A comparison of predictors of the adolescents intentions to smoke with adolescent current smoking using discriminant function analysis. *British Journal of Health Psychology*, 7, 185-201.

Mitchell, B. (1999). Le tabagisme chez les jeunes, Santé Canada, 1-32.

McKee, S. A., O'Malley, S. S., Salovey, P., Krishnan-Sarin, S., & Mazure, C. (2005). Perceived risk and benefits of smoking cessation: Gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 30, 423-435.

Murphy, N., & Price, C. (1988). The influence of self-esteem, parental smoking, and living in a tobacco production region on adolescent smoking behaviors. *Journal of School Health*, 58, 401-404.

Perretti-Watel, P. (2004). Demain, j'arrête. Portraits statistiques des fumeurs dissonants. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 51, 215-226.

Prochaska, J.O. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behavior. *Health Psychology*, 13, 39-46.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton, NJ

Stacy, A. W., Sussman, S., Dent, C. W., Burton, D., & Flay, B. R. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 163–172.

Stewart AL, King AC, Killen JD, et al. (1995). Does smoking cessation improve health-related quality-of-life? *Ann Behav Med*, 17,331-338. 16.

Stronks, K., VandeMheen, H.D., Looman, C.W.N. & Mackenbach, J.P. (1997) Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Preventive Medicine*, 26, 754-766.

Toll, B. A., Salovey, P., O'Malley, S. S., Mazure, C., Latimer, A., & McKee, S. A. (2008). Message framing for smoking cessation: The interaction of risk perceptions and gender. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(1), 195–200.

Twenge, J.M. & Campbell, W.T. (2009). *The Narcissism Epidemic : Living in the Age of Entitlement*. Free Press: New York NY.

