

La prévention sanitaire ou la mise en risque du monde

> Entretien avec Patrick Peretti-Watel, sociologue*.

Pour le sociologue du risque Patrick Peretti-Watel, à l'heure où le biomédical fait figure de référentiel dominant, la prévention se résume à une traque obsessionnelle du risque sous toutes ses formes. Guidée par un idéal de sécurité absolue, elle est devenue « mise en risque du monde » avec comme sujet principal ce que le sociologue appelle « l'homo medicus », un personnage rationnel, autonome et calculateur qui agirait et consommerait en ayant toujours à l'esprit la préservation de son capital santé. Autant dire que la prévention s'adresse à une fiction et s'empêche par-là même d'atteindre ses objectifs. Comment dès lors expliquer le succès rencontré par cette logique de prévention? Qui sont ses principaux laudateurs? Quel est le rôle de la médicalisation dans la mise en risque du monde? Telles sont quelques-unes des questions à partir desquelles Peretti-Watel nous invite à imaginer une nouvelle éthique de la prévention.

Dans votre livre « Le principe de prévention, le culte de la santé et ses dérivés¹ », vous définissez la prévention sanitaire comme une « mise en risque du monde ». Qu'entendez-vous par là ?²

Ces trente dernières années, la notion de risque a connu un succès croissant. De nombreux phénomènes qui, auparavant, n'étaient pas considérés comme des risques le sont aujourd'hui devenus. Cette prolifération du risque se vérifie tout particulièrement dans le domaine sanitaire. Il ne se passe pas une semaine sans que la littérature biomédicale ne fasse état de la découverte de nouveaux facteurs de risque liés à telle ou telle pathologie. Pour ma part, m'inspirant

des travaux du philosophe François Ewald, ce que j'appelle la notion de risque ne recouvre pas un domaine donné de phénomènes ou d'activités mais se rapporte à une façon de se représenter les éléments. De ce point de vue, la grippe espagnole qui a tué des millions de personnes entre 1917 et 1918 n'était pas à proprement parlé un risque vu que personne ne l'a anticipée. La grippe est arrivée, a tué, puis est repartie. En revanche, la grippe que l'on a appelé porcine, mexicaine ou H1N1 était bien un risque. Des mécanismes de veille sanitaire ont été mis en place, la crise a été anticipée et on a essayé de la prévenir. Ainsi comprise, la notion de risque renvoie donc à une attitude prospective par rapport au danger que recèle l'avenir. Et c'est

* Patrick Peretti-Watel est sociologue à l'Inserm (France). Il est membre de l'unité 912 « SE4S » (Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés).

1. Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés*, La République des idées, Seuil, 2009.

2. Propos recueillis par Julien Nève

vrai que dans de nombreux domaines de l'activité humaine, on tente de développer des technologies en vue de transformer des dangers en risques et ainsi opérer une « mise en risque du monde ». En accumulant des connaissances sur ces risques, notre objectif est soit d'arriver à mieux les prévenir en réduisant leur probabilité d'occurrence, soit de les assurer, dans le cas où nous ne serions pas en mesure de les prévenir. La prévention et l'assurance sont donc deux techniques de mise en risque du monde. S'agissant du domaine sanitaire, les épidémiologistes font des statistiques où ils essaient de mettre en évidence des corrélations entre des comportements ou des expositions d'une part et des pathologies d'autre part. Sur base de ces travaux, la santé publique liste les choses à faire ou à ne pas faire pour rester en bonne santé.

Et ce que vous appelez « l'homo medicus » est en quelque sorte le sujet de cette prévention

Nous vivons dans ce que le sociologue anglais Anthony Giddens appelle « la culture du risque ». Et c'est un aspect particulier de l'individualisme contemporain que de plus en plus chercher à responsabiliser les individus, à les autonomiser afin qu'ils prennent les bonnes décisions aujourd'hui pour, selon les mots de Giddens, « coloniser » leur futur, c'est-à-dire pour prévoir aujourd'hui les obstacles qui pourraient se présenter demain. Ainsi par exemple, dans le domaine de la santé, les messages de prévention vont vous dire explicitement qu'il faut préserver votre capital santé. On vous donne de l'information pour que vous deveniez l'entrepreneur de votre propre santé. Derrière cette mise en risque de la santé et ce développement de la prévention, il y a donc l'idée que l'on s'adresse à un individu réellement autonome et responsable, capable de saisir des arguments probabilistes, de faire des calculs et de choisir ce qui est le mieux pour lui. Tel est effectivement l'homo medicus, le sujet fixe et idéal de cette prévention.

On vous donne de l'information pour que vous deveniez l'entrepreneur de votre propre santé.

Mais n'y a-t-il pas un intérêt stratégique dans le fait de faire reposer la prévention sur l'individu et non plus sur la société ou le collectif ?

Il y a des auteurs qui sont effectivement très critiques vis-à-vis de cette évolution. Selon eux, mettre l'accent sur les facteurs comportementaux de telle ou telle maladie, c'est aussi une façon d'ignorer le rôle et l'impact des facteurs environnementaux. On fait énormément de campagnes de prévention contre le tabagisme, l'abus d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires, alors que l'on reste très en retard dans le domaine de la réglementation sur les polluants dans l'environnement. On peut dès lors penser qu'il y a une dimension stratégique et politique qui consiste à mettre l'accent sur des comportements individuels et à passer sous silence d'autres aspects dont l'impact est sans doute au moins aussi important.

Dans le champ des drogues, nombreux sont ceux qui dénoncent les dangers liés au phénomène de médicalisation des assuétudes et à la montée en puissance de l'addictologie. Partagez-vous ce genre de crainte ?

Ces derniers temps, la médicalisation fait figure de gros mot. Or, si l'on se réfère à la définition du sociologue américain Peter Conrad, la médicalisation doit simplement s'entendre comme le processus par lequel on décide qu'un problème social est en réalité un problème d'ordre médical et qu'il revient donc au corps médical de s'en charger. Le jour où l'on a décidé que l'homosexualité n'était pas un vice mais une maladie, on a médicalisé l'homosexualité. Depuis lors, considérant qu'elle n'était ni un vice ni une maladie, on l'a fort heureusement démedicalisée. Toutefois, la médicalisation n'a pas toujours un sens péjoratif. Ainsi, alors que dans la France des années 70, la loi en vigueur identifiait les usagers de drogues à des coupables ou des délinquants, la mis en place, à la fin des années 80, de l'injonction thérapeutique a per-

mis que l'on considère les usagers non plus seulement comme des délinquants mais aussi comme des malades. Cette médicalisation de la toxicomanie a eu pour conséquence de laisser au toxicomane le choix entre aller en prison ou se faire traiter par des médecins. Dans ce cas concret, les avantages de la médicalisation sont patents. Cela étant dit, considérer que l'usager de drogue est un malade revient à le considérer comme un citoyen de deuxième zone, quelqu'un qui n'est pas complètement digne de confiance, ni complètement autonome. S'agissant du champ des addictions, les raisons de son récent développement sont d'abord scientifiques. La neurobiologie a par exemple fait d'énormes progrès pour identifier les mécanismes de l'addiction au niveau des neurorécepteurs et a ainsi permis que la réflexion sur l'addiction puisse être détachée du produit. On est désormais en mesure de penser les addictions sans drogue. Mais la justification du développement de l'addictologie tient également à des raisons stratégiques. Pour une profession donnée, disposer d'une définition extensible de sa mission permet de majorer son pouvoir et ses moyens financiers. Récemment, j'ai discuté avec une jeune fille qui m'a déclaré faire de la prévention de la cyberdépendance tout en estimant que les jeunes avec lesquels elle interagissait n'étaient pas cyberdépendants. Toutefois, si elle voulait toucher des subsides pour pouvoir continuer à faire de la prévention des abus de jeux vidéo, elle était obligée de brandir l'étiquette « cyberdépendance ». Les enjeux sont aussi organisationnels. Ainsi, en France, la décision de considérer l'alcool et le tabac comme des drogues a fait exploser le budget de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT). Il existe aussi des enjeux politiques. Lorsque j'étais à l'observatoire des drogues et des toxicomanies, du fait des restrictions budgétaires nous manquions d'argent pour mener nos enquêtes jusqu'au jour où le ministère des Finances nous commande une étude sur l'addiction aux jeux d'argent. À cette

Lorsque les conduites à risque sont associées à des pathologies comportementales, il n'y a plus rien à y comprendre.

époque, en effet, la Française des jeux détenait encore le monopole sur les jeux d'argent, ce qui était contraire à la réglementation européenne. Or, la seule façon de justifier la persistance de ce monopole consistait à démontrer que les jeux d'argent étaient un problème de santé publique. Bref, il y a de nombreuses raisons autres que scientifiques pour expliquer le développement de l'addictologie.

L'addiction ou la dépendance sont donc des notions qui sont au carrefour de nombreux enjeux de pouvoir.

Actuellement, un nombre croissant de conduites à risques sont effectivement médicalisées grâce à la notion de dépendance. De très bonnes revues américaines vous expliquent par exemple que le tabagisme est une maladie chronique addictive et que, partant, elle doit être traitée au même titre que n'importe quelle maladie chronique. Il conviendrait donc de prescrire à vie des substances antinicotiniques à tous les fumeurs et les rembourser par le mécanisme de l'assurance sociale, sachant que les médecins prescripteurs sont évidemment financés par les firmes pharmaceutiques qui produisent le substitut nicotinique. À l'instar du tabagisme, on parle aussi d'addiction aux jeux d'argent ou à la nourriture. Et comme le montre très bien Peter Conrad dans ses travaux, la notion qui permet de médicaliser les conduites à risque en l'absence d'un agent pathogène, c'est la notion de compulsion. Les gens seraient en fait atteints d'une maladie de la volonté. Ils ne peuvent pas s'empêcher de faire ce qu'ils font alors que c'est mauvais pour eux. La notion d'addiction est donc vraiment une notion-clé pour comprendre ce processus de médicalisation des conduites à risque. Dans son travail sur les premiers pas de la lutte contre le cancer au début du XX^e siècle, Patrice Pinel a montré que l'échec des premières campagnes de prévention lancées dans les années 20 était lié au fait que leurs concepteurs, des professeurs de médecine, s'adressaient au grand public comme si celui-ci n'était composé

que d'étudiants en médecine. De façon générale, les messages préventifs s'appuient implicitement sur une vision idéale de leurs cibles, autrement dit, des individus qui sont supposés faire confiance à la prévention, se préoccuper en priorité de leur santé et avoir une forte préférence pour le futur. Quand l'OMS lance des campagnes disant : « vous avez 25 ans, vous êtes fumeur, vous avez une espérance de vie de 40 ans, mais si vous arrêtez de fumer aujourd'hui votre espérance de vie passe à 48 ans », elle s'adresse à ce genre d'homo medicus. Or, ce dernier est évidemment une fiction, les gens ne se comportent pas de cette façon. Et on voit que pour la prévention la notion d'addiction a du sens car elle permet d'expliquer son échec. Ce n'est pas que l'homo medicus auquel on veut s'adresser n'existe pas, il est simplement endormi par la dépendance. Sur ce point, le sens que l'on donne à la promotion de la santé est très révélateur. En effet, la promotion de la santé consiste non pas à faire des actions qui visent directement à améliorer les comportements de santé des individus mais à leur donner les moyens de prendre leur vie en mains. On veut restaurer leur estime de soi ou ce que la psychologie appelle leur lieu de contrôle de soi de manière à en faire des homo medicus, c'est-à-dire des gens responsables, autonomes qui se préoccupent en priorité de leur santé. On veut les réveiller, les extraire de ces comportements addictifs. Cette façon de définir comme addictif toutes les conduites à risque, c'est aussi une façon de justifier les échecs de la prévention en expliquant que la prévention s'adresse à un homo medicus engourdi par les addictions.

Et cela permet aussi de ne pas prendre en compte les inégalités sociales de santé dans l'explication des échecs de la prévention...

En effet, cette vision centrée sur un individu isolé, calculeur et autonome ne permet pas de prendre en compte le contexte. Or, les conduites à risque sont des pratiques sociales qui sont ancrées dans les habitudes et souvent transmises par des pairs ou des proches. Elles ont donc du sens, des fonctions précises et, par conséquent, peuvent se justifier. Il faut bien

comprendre cela si l'on veut modifier un comportement. Par exemple, pour convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer, il faut comprendre la nature de son attachement à la cigarette, savoir comment il a commencé à fumer, mais



**ATTENTION:
SOCIÉTÉ
A' RISQUES!**

aussi les raisons pour lesquelles il fume. Fait-il partie de ceux qui fument pour gérer leur stress, par convivialité, pour gérer leur poids, etc. ? À partir du moment où l'on considère que le tabagisme n'est qu'une addiction, que le fumeur fume parce qu'il est dépendant à la nicotine, on ne cherche pas à comprendre le contexte lié à cette consommation. C'est là que réside le principal inconvénient de la médicalisation des conduites à risque. Lorsqu'elles sont associées à des pathologies comportementales, il n'y a plus rien à y comprendre. Et si on ne comprend pas pourquoi les gens s'engagent dans des conduites à risque, on ne peut les prévenir.

Comment alors démedicaliser la prévention ?

Cela dépend des contextes nationaux. Ainsi, en France, c'est principalement aux médecins que revient la tâche de faire de la prévention, à l'instar des pays anglo-saxons où les médecins sont même payés pour faire des actes de prévention. Cette évidence est assez discutable. Généralement, les médecins n'ont pas le temps et craignent en outre de faire fuir leurs patients en les interrogeant sur leur consommation d'alcool et en tentant de les persuader de la diminuer, voire de la stopper. Par ailleurs, la plupart ne sont pas du tout formés à faire de la prévention. Il suffit de voir la partie qu'occupe la prévention dans leur cursus pour s'en convaincre. Or, à mes yeux, la prévention nécessite une formation spécifique. Un médecin est formé pour reconnaître des symptômes et prescrire des médicaments et non pas pour convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer ou de boire. À mon sens il faut donc développer des métiers de la prévention qui ne soient pas réservés au corps médical. En France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mis en place des formations afin de former des acteurs capables de se rendre sur le terrain, de rencontrer des personnes en situation de précarité, de nouer un dialogue avec des fumeurs en vue de leur proposer des

solutions pour diminuer leur consommation. Et ces acteurs ne doivent pas être des médecins car la nature fortement asymétrique de la relation thérapeutique est un obstacle à l'échange et au dialogue.

Dans votre dernier livre, vous invitez le lecteur à réfléchir à la nécessité d'habiller la prévention d'une nouvelle éthique. Quelles seraient les principales caractéristiques de cette éthique ?

La prévention repose sur l'idée évidente que tout le monde veut rester en bonne santé et que la santé est une priorité pour tout le monde. Or, la santé n'est qu'une valeur parmi d'autres et quand on essaye de promouvoir cette valeur, il arrive que notre discours se heurte à d'autres valeurs. Par conséquent, construire une nouvelle éthique implique en premier lieu de se rendre compte des conflits de valeurs que posent les actions de prévention. Quand on interdit le tabagisme dans telle ou telle zone, on porte atteinte aux libertés individuelles au nom de la santé. Nous devrions toujours avoir en tête que la promotion de la santé rentre en opposition avec d'autres valeurs. Cela peut tout à fait se justifier, ce n'est pas forcément grave, mais il faut prendre le temps d'expliquer pourquoi on le fait. À mon sens, la notion d'éthique est liée à celle de crédibilité. Les enquêtes montrent par exemple qu'au sein des milieux populaires, nombreux sont les fumeurs qui sont très critiques par rapport à la prévention car, à leurs yeux, les autorités qui pointent les dangers du tabagisme, qui leur disent que c'est mal de fumer et qu'il faut arrêter, sont aussi celles qui prélèvent à peu près 12 milliards de taxes sur le tabac. C'est une contradiction qui peut être vécue comme un hold-up de la part de l'État. À partir du moment où la seule justification de l'augmentation du tabac c'est de favoriser l'arrêt, je trouverais logique qu'une proportion donnée des recettes fiscales du tabac soient affectées à des actions de prévention.