

# Mouans-Sartoux : mieux manger à la cantine et bouger plus, deux leviers de santé publique

**Mouans-Sartoux est une commune de 10 000 habitants des Alpes maritimes. La mairie s'est engagée dans un combat écologiste et d'amélioration de la santé de ses administrés. Depuis 2012 les cantines scolaires de la ville servent des repas bio, dont la plupart des aliments sont produits localement.**

**Gilles Pérole**

Adjoint au maire de Mouans-Sartoux, président du réseau Un Plus Bio

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les mille repas préparés et servis chaque jour dans les trois restaurants scolaires de la commune des Alpes-Maritimes sont 100 % bio. Ville active PNNS (voir ci-après) depuis 2005, Mouans-Sartoux multiplie les actions qui permettent à la population de prendre sa santé en main, avec la mise à disposition d'équipements sportifs variés et le développement de programmes qui invitent à une mobilité active. La Maison d'éducation à l'alimentation durable (MEAD), créée en 2016, confirme cette dynamique qui vise à promouvoir le bien-être collectif autant qu'au sein des foyers et à partager les connaissances en réseau.

Une alimentation bio, saine, équilibrée favorise-t-elle une meilleure santé? À cette question qui agite encore aujourd'hui la société scientifique et que les acteurs des différentes tables rondes des États généraux de l'alimentation ont largement abordée pour un débat public salubre, la ville de Mouans-Sartoux, située dans l'arrière-pays azuréen entre Cannes et Grasse, apporte son lot de réponses. Ici, une réflexion déjà ancienne sur le contenu des assiettes en restauration collective, qui consiste à associer un choix d'aliments sains aux neuf repères nutritionnels définis dans le Programme national nutrition santé (PNNS)<sup>1</sup>, a abouti à une démarche originale

1. Mouans-Sartoux est ville active PNNS depuis 2005. Les neuf repères nutritionnels : trois des cinq portions de fruits et légumes proposées chaque jour, pain bio type 80 au repas et au goûter à 18 g de sel/kg, laitages nature bio, viandes ou poissons bruts, limitation des graisses, aucun plat industriel, limitation du sucre, fontaine à eau dans chaque restaurant, pas de sel en libre-service, activités physiques lors de la pause méridienne.

encore assez peu répandue en France. C'est un pas de plus vers une politique éducative globale où l'approche de la nutrition passe par un autre volet essentiel : l'activité physique.

Pour répondre à ses besoins en légumes, la municipalité a créé une régie agricole sur le domaine de Haute-Combe. C'est dans cette propriété agricole traditionnelle de 6 hectares, acquise par préemption, que deux agriculteurs embauchés par la mairie s'emploient à faire pousser les légumes qui alimentent directement les cuisines des trois groupes scolaires de la commune. En 2017, la régie a produit plus de 25 tonnes de légumes certifiés bio, soit 85 % des volumes consommés dans l'année.

## Chaque semaine, un repas sans protéines animales

Dans chacune des cuisines équipées d'une légumerie (un espace dédié au stockage en vrac et à la préparation des produits bruts), tous les plats sont faits maison. Les agents, formés régulièrement à de nouvelles pratiques alimentaires, s'activent pour préparer des menus visés de près par une diététicienne : bio, équilibrés, de saison, valorisant les produits complets et, de plus en plus, les protéines végétales. Depuis l'an dernier, un repas est proposé chaque semaine à base de protéines végétales, une manière d'instaurer une culture alimentaire plus diversifiée et de contribuer à la lutte contre le réchauffement climatique.

## Un projet éducatif global

La transition vers un modèle alimentaire intégré au territoire – le développement d'une agriculture relocalisée, la renaissance d'activités de transformation, d'échanges



économiques et sociaux sont les autres piliers du projet alimentaire – a connu plusieurs étapes. Dès 1999, alors que l'affaire de la vache folle jette le trouble sur la consommation de viande bovine en Europe, la ville décide de recourir à des lots de viande bio. Un premier pas vers une évolution des approvisionnements et la volonté de sortir d'un système alimentaire globalisé qui pose de plus en plus de problèmes sanitaires.

En 2006, la ville met en place le programme « Bien manger, bien bouger, c'est bon pour la santé » et révisé les menus de cantine pour intégrer notamment la saisonnalité : fini les tomates en hiver et les fraises au mois de mars ! Trois ans plus tard, elle signe son premier projet éducatif local, qui intègre la question alimentaire et place l'enfant au cœur de la politique publique.

La consommation de produits bio atteint 75 % dès 2011 et une vaste opération de réduction du gaspillage alimentaire est entreprise, qui, en quatre ans, fait chuter le volume de restes de repas de 80 %, à 32 grammes par assiette quand la moyenne nationale stagne environ à 150 g (source Ademe). Les convives se voient proposer la portion qui correspond à leur appétit, ils sont largement sensibilisés à la valeur du contenu de leur plateau-repas, dont ils trient eux-mêmes les restes avant de sortir du réfectoire.

Le temps de pause méridienne est déclaré « centre de loisirs », pour assurer un accompagnement éducatif du temps de repas, mais aussi pour proposer aux enfants des activités physiques, des ateliers nutrition, des ateliers cuisines avec les chefs des cantines scolaires, du jardinage pour découvrir les légumes qu'ils mangent chaque jour...

Détail remarquable : l'objectif de manger 100 % bio, atteint en janvier 2012, n'a pas entraîné de surcoûts, une performance qui interpelle de nombreuses collectivités françaises et européennes et que la ville de Mouans-Sartoux s'honore de recevoir en visite.

### Mesurer les effets de la politique alimentaire durable chez les habitants

Si la souveraineté alimentaire et manger bio, local, sain et juste sont au cœur du projet local, la volonté d'en mesurer les effets sur l'évolution des pratiques des habitants est apparue assez rapidement. En 2013, la commune crée un Observatoire de la restauration durable associé à un comité de pilotage (la direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Forêts, les comités régional et départe-

mental d'éducation à la santé, l'école de commerce Skema Business School, le programme de recherche en droit alimentaire Lascaux, l'université Nice-Côte d'Azur, l'association Un Plus Bio). Le but de cet outil est de mesurer avec précision l'impact de la politique alimentaire publique sur les habitudes alimentaires des familles. À ce jour, deux enquêtes ont été menées auprès des parents, des enfants et du personnel municipal. La première, en 2013, fait apparaître que 66 % des personnes interrogées confient avoir fait évoluer leurs achats vers plus de bio et de local, en privilégiant la saisonnalité et la fraîcheur des productions. Dans la dernière enquête livrée à l'été 2016<sup>2</sup>, ce taux grimpe à 85 % des parents interrogés. Les enfants déclarent apprécier de leur côté « la variété », « le bon goût des aliments », « les repas sains », le service en portions personnalisées et, donnée remarquable entre toutes, ils ne sont plus que 8 % à trouver qu'ils mangent « trop de légumes » alors qu'il y en a à tous les repas.

### Essaimer les bonnes pratiques avec la MEAD

Mouans-Sartoux, dotée d'un Agenda 21 local France, adhère au Club des villes et territoires cyclables et est membre fondateur du Club des territoires Un Plus Bio (premier réseau national des cantines bio). Pour donner à l'ensemble de ses actions un cadre officiel visible et ouvert sur la société civile, elle a créé, en octobre 2016, la Maison de l'éducation à l'alimentation durable (MEAD), au sein du domaine agricole de Haute-Combe. Cinq piliers définissent ce projet alimentaire territorial (PAT) : produire et manger bio localement, favoriser les installations agricoles, sensibiliser les publics à l'alimentation durable, soutenir la recherche et la formation, enfin communiquer et diffuser les actions. Toute une série d'actions découle de ce nouveau contrat : la production agricole à destination des habitants, celle de la régie bien sûr mais également celle issue de toutes formes d'agriculture biologique et durable, qui valorise les pratiques culturelles agro-écologiques, la gestion optimisée de la ressource en eau des cultures, la fabrication de composts... La MEAD abrite une conserverie, plus précisément une cellule de surgélation, qui permet d'absorber les pics de production estivale de la régie. Elle héberge une cuisine pédagogique

2. <http://mead-mouans-sartoux.fr/wp-content/uploads/2018/01/Résultats-questionnaire-parents-2016-2.pdf>

avec la mise en place d'ateliers pour tous les publics (enfants, bénéficiaires de l'épicerie sociale et solidaire, familles, classes nature de l'agglomération, cuisiniers) qui bénéficient de cours, de stages et de formations dans une salle dédiée. La sensibilisation au lien entre équilibre alimentaire, activité physique et entretien d'une bonne santé est au cœur des engagements des intervenants.

Pour diffuser ce message vers l'extérieur, un travail de partenariat associe plusieurs acteurs institutionnels dans le cadre de programmes de recherche-action, dont la Skema Business School, l'Institut national de la recherche agronomique (Inra) d'Avignon et le programme Lascaux. Depuis le printemps 2017, en collaboration avec l'université Nice-Côte d'Azur, un diplôme universitaire (DU) « Chef de projet en alimentation durable » a vu le jour, dont les sessions théoriques et pratiques ont périodiquement lieu au siège de la MEAD. Viennent se former à une nouvelle vision du développement des territoires en lien avec l'alimentation des gestionnaires, techniciens, étudiants et cuisiniers.

### Le « Défi familles à alimentation positive »

Au quotidien, l'évolution des pratiques de la population passe par une invitation permanente au changement. Dans les écoles, des potagers pédagogiques permettent aux enfants de se rapprocher de la terre, tandis qu'à la lisière du périmètre communal, les jardins familiaux offrent à de nombreux foyers de quoi produire leurs propres légumes. Chaque semaine, le service éducation envoie par courriel aux parents des suggestions de menus du soir pour équilibrer l'offre alimentaire du midi. Des fiches produits et recettes sont systématiquement jointes, qui expliquent la valeur nutritionnelle et l'intérêt santé des fruits et légumes de saison.

Depuis septembre 2017, une vingtaine de familles ont également rejoint le premier « Défi familles à alimentation positive », créé par l'association Corabio et inspiré du « Défi familles à énergie positive ». À travers huit ateliers, les habitants sont invités à se pencher sur leur propre mode de consommation. Ils reçoivent des conseils en diététique et équilibre alimentaire, visitent des fermes et des points de vente locaux spécialisés en alimentation durable, apprennent à décrypter l'étiquetage des produits qu'ils achètent, prennent des cours de cuisine pour valoriser la place des protéines de bonne qualité, dont les légumineuses. Ils sont initiés aux pratiques du jardinage, du balcon au potager, ainsi qu'à

la réduction du gaspillage alimentaire et consolident ainsi une culture alimentaire, de qualité où les notions de santé trouvent naturellement une place de choix.

### **L'incitation à l'activité physique aussi !**

Depuis le début, l'approche globale de la nutrition est associée à un travail de sensibilisation à la pratique quotidienne d'activités physiques. Depuis 2002 sont ainsi proposés aux enfants des pedibus et velobus pour se rendre à l'école de manière active. C'est bon pour la santé mais aussi pour les apprentissages : les élèves arrivent bien réveillés. Dans le prolongement de ces actions, le centre de loisirs a sensibilisé à la mobilité active en coconstruisant avec les enfants les meilleurs itinéraires vélo et piéton. L'installation d'un parking à vélos dans chacune des trois écoles a été un vrai déclencheur de ce mode de déplacement, les parents accompagnant eux-mêmes leur enfant en bicyclette. Les écoliers ont également contribué au choix et au chronométrage des panneaux minutés des itinéraires piéton à destination de la population.

### **Quand la volonté politique est au rendez-vous**

Pourquoi la collectivité locale a-t-elle ainsi entrepris d'inscrire la santé au menu des assiettes et, plus largement, des habitudes de vie ? Rien n'obligeait le conseil municipal à s'engager dans l'administration d'une compétence tout à fait facultative. Pourtant, Mouans-Sartoux a toujours pris soin d'être au rendez-vous des grandes évolutions de société. Cela tient à un héritage légué par l'ancien maire emblématique André Aschieri, élu sans discontinuer de 1974 à 2015. Également député un temps, son travail parlementaire l'avait amené à créer l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). Localement, il traduisait ses engagements par la mise en cohérence des actions de la commune avec les enjeux de santé et d'environnement et envisageait tôt les conditions d'une transition écologique de son territoire, dont la politique alimentaire est devenue l'un des piliers. Mais pas seulement : tout habitant bénéficie de la proximité d'équipements

sportifs municipaux nombreux et accessibles à pied ou à vélo dans le cadre d'un plan local de déplacements actifs. La ville compte deux gymnases, un dojo, une salle de musculation, un stade de foot, des pistes forestières, une salle de danse, des terrains de proximité, un centre équestre... Chaque année depuis 2003, l'opération « Courir dans mon village » engage tous les enfants de l'école élémentaire dans les rues du village et le parc du château, chacun à son rythme et sans esprit de compétition.

Aujourd'hui, c'est l'adjoint au maire Gilles Pérole, en charge de l'éducation, qui transforme une bonne partie de l'ensemble de ces essais. Fondateur de la Maison d'éducation à l'alimentation durable, il est également à l'origine d'un projet pilote européen intitulé Bio-Canteens, qui consiste à démontrer auprès d'un réseau de collectivités de divers pays de l'Union européenne, réunies sous la bannière du programme Urbact, qu'une transition alimentaire réussie sur un territoire peut être reproduite ailleurs, lorsque la volonté politique est au rendez-vous. ➤



# La formation en prévention : besoins et réalités

**Développer la formation  
en prévention  
contribue à faire  
évoluer les pratiques  
professionnelles  
et à produire de nouvelles  
connaissances issues  
de la recherche,  
ressource clé.**

**Anne-Paule Duarte**

Membre de la Commission spécialisée  
Système de santé et sécurité des  
patients, IFSI Pitié-Salpêtrière  
Doctorante en sciences de l'éducation,  
CREF-EA 1589,  
université Paris-Nanterre,

**L**a formation en prévention représente un des défis majeurs dans le processus de transformation du système de santé actuel. La réflexion en cours s'inscrit dans une logique de pertinence, qualité, sécurité et visibilité des parcours des patients et parcours de formation des professionnels.

De nombreux acteurs interagissent dans le domaine de la prévention, professionnels de santé, de l'éducation, du secteur social, associations d'usagers et instituts de veille. Dans ce contexte, le partenariat et la coopération entre les acteurs devient une priorité.

## **Émergence des besoins en formation<sup>1</sup>**

Le virage préventif implique un accompagnement au changement et un accompagnement méthodologique des équipes pluriprofessionnelles. L'approche populationnelle et l'exercice coordonné demande des compétences multidisciplinaires (démarche relationnelle, éducative, pédagogique, de projet, de médiation et de communication) et une expertise en santé publique et en sciences humaines et sociales.

Investir le domaine de la prévention nécessite une communication accessible, lisible et compréhensible par un large public. Elle demande aussi une approche individuelle davantage centrée sur les personnes et leur environnement en ce qui concerne le parcours de santé, parcours scolaire et parcours professionnel.

Dans le contexte actuel, une attention toute particulière au regard des personnes

vulnérables et fragiles reste prioritaire (enfants, adolescents, femmes, personnes en perte de mobilité, situations de précarité) pour favoriser l'équité en santé. C'est pourquoi l'action collective de tous les secteurs doit prévaloir afin d'assurer en concertation une réponse rapide et adaptée à ces situations.

Il s'agit également d'intégrer une démarche qui va promouvoir la santé des citoyens, mais aussi des professionnels, avec une réduction des risques, protection des personnes, qualité de vie et de bien-être, tout au long de la vie. Il est nécessaire d'adapter les besoins de l'ensemble de la population à l'offre, en privilégiant l'accessibilité, la continuité et la proximité, favorisant une meilleure connaissance de la personne et des proches.

## **Émergence d'une culture commune de la prévention**

Pour s'adapter aux enjeux de la prévention, il faut renforcer les compétences des divers acteurs aux questions de prévention et d'éducation à la santé, en identifiant les bonnes pratiques (pratiques cliniques préventives), et innover en mutualisant les expériences des territoires et pays étrangers. Il est nécessaire de faire évoluer la formation des professions de santé pour mieux répondre à l'évolution des besoins avec des gains de santé pour tous. Les liens entre les équipes de recherche universitaires et les établissements de santé ou structures d'exercice coordonné restent à développer.

Le HCSP<sup>2</sup> observe une montée en compétences qui se manifeste tant sur le champ

1. HCSP. Auditions groupe de travail « Place des offreurs de soins dans la prévention », 2017-2018.

2. HCSP, *ibid.*

de la santé publique (des médecins et paramédicaux), ou encore dans le domaine des sciences humaines et sociales, sciences de l'éducation, pratiques avancées (infirmier coordinateur de parcours complexe de soins) et autres disciplines associées. Dans cet environnement, la reconnaissance en termes de statut, de missions transversales et de coordination est nécessaire mais peu développée et non pérenne.

Au regard de ces différents constats, le HCSP identifie comme principal levier d'action l'évolution de la formation initiale et continue des professions de santé, basée sur une culture commune de la prévention et sur l'exercice interprofessionnel.

À ce sujet, le processus d'« universitarisation » de la formation des professionnels de santé en cours propose la constitution d'équipes d'enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers et réadaptation ; la formation aux nouveaux métiers comme les pratiques avancées infirmières ; et des temps de formation communs à plusieurs filières tel le service sanitaire<sup>3</sup>. Le déploiement du service sanitaire pour les étudiants en santé va contribuer à la prévention primaire par des actions en interdisciplinarité avec la réalisation

de projets communs autour des comportements favorables à la santé<sup>4, 5, 6</sup>.

Un système de formation flexible, coordonné et proactif est nécessaire pour accompagner les évolutions futures. De nombreux défis restent à relever au regard de la promotion et de la protection de santé, notamment le rôle actif des citoyens (patients experts, aidants naturels...), de la promotion d'environnements sains, de la divulgation et de la mise en place de bonnes pratiques.

Au final, il convient de repenser un rapport entre le savoir des adultes en formation et le développement d'une recherche scientifique pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle contribuant à l'évolution des pratiques professionnelles et à la production de nouvelles connaissances. Proposer une offre de formation de référence et permettre le développement d'une expertise en santé participent à l'émergence d'une économie du savoir, une ressource clé à explorer. ➤

3. Le Bouler S. Rapport « Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique ». Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation. Février 2018.

4. Vaillant L. Rapport « Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé ». Janvier 2018.

5. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif service sanitaire des étudiants en santé (JO du 13 juin 2018).

6. Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé (JO du 13 juin 2018).



# tribunes

## Une politique de prévention des conduites addictives respectueuse des libertés individuelles

**En équilibre entre une vision normative de la santé et le respect des choix des individus, la prévention en matière de conduites addictives doit être soucieuse du respect démocratique et éthique.**

**Denis Lejay  
Valérie Saintoyant  
Nicolas Prisse**

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)

**P**roposer aujourd'hui une politique de prévention des addictions, en particulier des mesures visant à limiter la consommation d'alcool, c'est courir le risque d'être accusé de vouloir entraver la liberté des Français et d'être étiqueté «hygiéniste». Qu'en est-il en réalité? Est-il légitime pour l'État d'intervenir en la matière? Comment définir une position qui soit respectueuse de la liberté individuelle dans le champ de la lutte contre les addictions?

Ces questions sous-tendent l'action de l'État en matière de lutte contre les conduites addictives, animée et coordonnée au niveau interministériel par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). D'autant plus qu'au-delà de la prévention et de la promotion de la santé, cette politique comprend l'application de la loi et la lutte contre les trafics, qui peuvent elles-mêmes mettre en tension les libertés individuelles.

### **Normes sanitaires et libertés individuelles : la légitimité de l'intervention publique**

Dans une optique strictement libérale, l'État pourrait laisser faire les individus et se dégager de la responsabilité de prévenir et de les protéger des risques qu'ils prennent par la consommation de substances psychoactives : l'individu est totalement libre et l'État ne lui devra rien quand il sera malade. À l'instar d'autres comportements à risque, tels que la pratique de sports dangereux, l'individu serait alors invité à se couvrir contre le risque *via* une assurance privée, à condition d'en avoir les moyens.

Mais l'État est investi d'une responsabilité sanitaire et d'une mission de protection.

Schématiquement, en contrepartie de cette protection, les individus consentiraient à payer des cotisations et renonceraient aussi à une part de liberté. Ce renoncement se traduit par l'encadrement de la consommation d'alcool et de tabac dans certaines circonstances mais aussi par une pression sociale induite par les campagnes de prévention. Quant aux stupéfiants, c'est le choix d'un interdit protecteur qui a été fait.

La liberté individuelle contrariée est toutefois compensée par la liberté que procurent l'absence de dépendance à un produit ainsi qu'une meilleure santé et une qualité de vie dans l'immédiat et à long terme. La prévention des conduites addictives est l'occasion d'une affirmation de liberté, en ce qu'elle offre une opportunité d'émancipation contre des déterminismes sociaux.

D'avantage encore que la protection de l'individu, c'est la protection du tiers contre les risques et dommages induits par la consommation de substances psychoactives qui fonde la légitimité de l'intervention publique. Un enfant sur mille naît en France avec un syndrome d'alcoolisation foetale. Un Français sur cinq se dit aujourd'hui très affecté par les dommages subis par l'alcoolisation de tiers. La consommation d'alcool est impliquée dans 30 % des accidents mortels de la route, 30 % des condamnations pour violences, 40 % des violences familiales, 30 % des viols et agressions. Les victimes de violences liées à la consommation d'alcool, en particulier conjugales ou sexuelles, sont souvent des tiers plus vulnérables. Quant au tabac, ce sont principalement les effets nocifs du tabagisme passif qui ont motivé les interdictions de fumer dans les lieux publics.

Dans ces circonstances, éclairer le débat



public impliquerait d'identifier plus clairement les libertés et le plaisir immédiat sacrifiés, d'un côté, et les libertés conquises pour soi-même et pour les autres, d'un autre côté, et de les mettre en balance en vue d'une action publique équilibrée et convaincante. Et rappeler que cette action offre également des perspectives de cohésion citoyenne et de « mieux vivre ensemble » autour de valeurs comme le respect de la vie, le respect de l'autre, la maîtrise de soi, la solidarité, ou encore la justice sociale.

Enfin, la responsabilité sanitaire et protectrice de l'État est associée à sa responsabilité de gestion des finances publiques, alors qu'alcool et tabac entraînent des coûts de l'ordre de 20 milliards d'euros pour les pouvoirs publics et un coût social de 120 milliards d'euros pour chacun des produits. Réduire les consommations et les risques associés, c'est aussi, pour les pouvoirs publics, se donner la possibilité de réaffecter ces dépenses à d'autres finalités.

### Comment concilier la prévention des conduites addictives avec un projet démocratique ?

Qu'elles contraignent ou qu'elles libèrent, les normes et propositions de santé orientent les comportements et reposent sur la définition de la santé de l'OMS qui invite à une convergence entre santé et bien-être. Ces impératifs sont-ils compatibles avec la démocratie et acceptables dans notre société ?

Le plan de mobilisation contre les addictions, porté par la Mildeca, repose sur deux postulats : fonder l'action publique sur les résultats de la recherche scientifique ; créer les conditions d'un libre choix, par l'étayage des « capacités » de l'individu et par la juste information du public.

En misant sur le choix éclairé des individus, l'action publique écarte, pour l'alcool et le tabac, une politique de prohibition et, prenant appui sur les données de la science, tente de se dégager des représentations idéologiques qui peuvent surgir dès lors qu'on parle de consommation d'alcool, de tabac ou de stupéfiants.

Toutefois ces postulats ne garantissent pas la neutralité absolue de l'action publique et des écueils peuvent être identifiés qui, mis en évidence et portés au débat public, pourraient renforcer l'acceptabilité et donc l'efficacité de la prévention.

### La prévention, fondée sur des données scientifiques, au risque d'une morale d'État

Les résultats de la science, qui mettent en évidence les risques et dommages liés à la consommation de produits psychoactifs,

conduisent à promouvoir un comportement visant à les limiter. Le glissement vers la morale peut être alors rapide, dès lors que les recommandations sanitaires deviennent des injonctions, des « devoirs de santé ».

Ce phénomène peut être accentué par la sélection opérée dans l'ensemble des données scientifiques disponibles, pour retenir celles qui sont le plus favorables aux finalités poursuivies. La décision politique, l'arbitrage final, se fait alors parfois sur la base de cette donnée parlante, présente comme emblématique, sans laisser tout l'espace au contradictoire, pourtant nécessaire.

Pour être bien acceptées par tous les citoyens et efficaces, les politiques de prévention doivent identifier un certain nombre de tentations moralisatrices et naviguer entre ces écueils.

- Il est établi que la prévention est d'autant plus efficace qu'elle est précoce, d'où l'accent mis sur l'aide à la parentalité. Se pose alors la question de la légitimité de l'État à s'immiscer dans l'éducation dispensée par les parents, étant entendu que ceux-ci peuvent être attachés à la transmission d'autres valeurs. Le spectre de l'État totalitaire, revendiquant l'éducation du peuple est, dans ces circonstances, à garder à l'esprit, ne serait-ce que pour se préserver de certaines dérives. L'enjeu étant de concilier les impératifs d'une prévention éducative avec la liberté des familles en matière d'éducation.

- De même, la science valide les programmes de prévention des conduites addictives centrés sur le développement des compétences dites psychosociales. Les pouvoirs publics veulent déployer ces programmes et agir sur les jeunes pour renforcer leur capacité à identifier leurs émotions et mieux les contrôler, les aider à faire face à des situations complexes et à trouver des solutions, et leur apprendre à résister aux pressions néfastes du groupe. Se dessine ainsi le profil d'un individu entretenant de bonnes relations avec les autres et avec soi-même. L'idéal de cet individu équilibré, même s'il se rattache à une tradition humaniste et à la figure de l'« honnête homme » du XVII<sup>e</sup> siècle, n'impose-t-il pas le modèle d'un homme dominant toutes ses passions, sachant renoncer au plaisir immédiat pour un bien-être à terme, bien intégré dans la société, critique sans être contestataire, inventif sans être créateur, se refusant à tous les écarts, voire docile ? Le souci de l'État à l'égard de la santé des individus ne risque-t-il pas de se transformer en obligation à se conformer à un stéréotype humain ? Les normes sanitaires servent-elles à consolider un ordre social ?

- Le risque d'une prévention fondée sur la

responsabilisation des individus pourrait être, à terme, d'exclure, au motif qu'ils seraient seuls coupables de ce qui leur arrive, ceux qui ne seront pas conformés aux prescriptions de la science, reprises par l'État. La maladie deviendrait une « déviance », alors même que la reconnaissance de l'addiction comme une pathologie et que la diffusion de services de réduction des risques et des dommages marquaient des progrès en matière de non-stigmatisation. En outre, les comportements déviants par rapport à cette bonne conduite peuvent constituer une autre forme de richesse pour la société.

- La juste information a-t-elle son utilité quand elle se heurte à des esprits manipulés et formatés par le marketing des industriels et la pression des cercles, amical et familial ? L'État peut-il se contenter d'être neutre ? Ne doit-il pas, lui aussi, recourir à des techniques de marketing éprouvées, pour influencer les représentations et *in fine* les comportements ? Quand verse-t-on alors dans la « propagande » ?

- Afin de réduire les consommations de tabac ou d'alcool, la plupart des études s'accordent sur l'efficacité du levier prix, qui, s'il augmente, entraîne une diminution des achats, des consommations et des conséquences qui leur sont liées. Ce type d'action a un impact immédiatement plus marqué pour les consommateurs dont les revenus sont les plus modestes. Doit-on y voir une contrainte supplémentaire infligée à ces catégories, auxquelles on supprime la liberté de recourir à telle ou telle substance et à certains plaisirs immédiats ou, au contraire, une lutte contre les inégalités sociales de santé, permettant de soustraire certains d'entre eux à la double peine « pauvreté-cancer » ?

### Le risque d'une fracture entre l'action publique et l'opinion

La démocratie est également en jeu, lorsque, en plus du risque d'une violence d'État, la lutte contre les conduites addictives se heurte à l'état de l'opinion, courant ainsi le risque d'être inopportune, inefficace, voire contre-productive.

Dans le domaine des addictions, la prévention comporte en effet aussi une dimension collective tant le rôle des représentations est déterminant pour les consommations. Ainsi, si la bataille contre le tabac apparaît désormais comme bien engagée, c'est aussi grâce à la détérioration de son image dans la perception de la société. En revanche, cannabis et surtout alcool restent associés à la convivialité et à la fête.

- Dans un pays où le vin est considéré comme une « *boisson totem* » (Roland Barthes)



et un patrimoine national, la lutte contre la consommation à risque d'alcool n'est-elle pas vouée à l'échec? Jusqu'à quel point les données de la chimie et de la science, qui mettent tous les alcools sur le même plan et incluent le vin dans les données sur les risques induits par l'alcool, doivent-elles être invoquées contre les représentations sociales et culturelles (on a ainsi parlé de notre « *intimité culturelle avec notre psychotrope licite majeur* »)? Sont-elles audibles? Faut-il alors se contenter de cibler certains alcools, certains publics ou certains modes de consommation, comme le *binge drinking*? S'il existe un lobby de l'alcool, n'y a-t-il pas en face de lui un « biopouvoir », prônant la santé dans toutes les politiques, d'autant plus puissant aujourd'hui qu'il se cachera derrière la neutralité de la science?

- Si la consommation de cannabis n'est pas légalisée en France, elle est de plus en plus acceptée et légitimée, sous l'influence aussi des expériences de légalisation de ce produit dans d'autres pays occidentaux. Qu'il s'agisse de prévention ou de lutte contre le trafic, l'État perd en crédibilité. Doit-il s'efforcer de reconquérir cette crédibilité, notamment en confortant l'interdit protecteur, ou bien s'adapter à la vague de légalisation constatée ailleurs ainsi qu'à la tolérance sociale qui s'est installée dans une partie de la société française (sans qu'on puisse en mesurer d'ailleurs le poids majoritaire ou minoritaire)?

- La lutte contre les drogues illicites est d'autant plus difficile que les trafics sont consubstantiels à l'économie de pays étrangers auxquels la France est liée et qu'ils assurent des moyens de survie et de régulation de l'espace public dans certains quartiers très défavorisés. Dans ces circonstances, l'État doit se prémunir contre le soupçon d'un usage détourné, par les forces de l'ordre, de la législation contre les stupéfiants à seule fin de renforcer le contrôle policier dans certaines zones ou vis-à-vis de certaines populations jugées à risque.

Même si elle se fonde sur la science et vise l'émancipation et la responsabilisation des individus, la mobilisation contre les conduites addictives, lorsqu'elle est animée d'un souci démocratique, est un exercice d'équilibre. Elle doit être attentive à la concordance entre, d'une part, les données de la science et de la santé publique, et, d'autre part, certaines aspirations ou représentations de la société française ou de certaines évolutions à l'échelle mondiale. Elle peut anticiper, voire suggérer un choix de société, mais appelle une vigilance éthique constante. ➤

### Bibliographie générale

1. Agir contre la pollution de l'air intérieur. *Que choisir Santé*, n° 120, oct. 2017.
2. Ajrouche R., Ielsch G., Cléro E., Roudier C., Gay D., Guilleric J. et al. Quantitative health risk assessment of indoor radon : A systematic review. *Radiat Prot Dosimetry*, 2017, 177 : 69-77.
3. Bachelard O. (dir.). *Le Bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*. Presses de l'EHESP, 2017.
4. Bacqué M.-H., Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees économiques et sociales*, 2013, 173 : 25-32.
5. Bantuelle M., Demeulemeester R., (dir.). *Comportements à risque et Santé : agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces*. Paris : Inpes, « Référentiels », 2008 : 62 p.
6. Bauer G., Davies J. K., Pelikan J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot Int*, juin 2006, 21 (2) : 153-9.
7. Bernaud J.-L., Lemoine C. *Traité de psychologie du travail et des organisations*. Paris : Dunod, 2012.
8. Berthelette D., Bilodeau H., Chagnon F. et al. *Rapport du groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé*. Montréal : Institut santé et société, 2008 : 19 p. [https://unites.uqam.ca/ergo/A014\\_files/A014.pdf](https://unites.uqam.ca/ergo/A014_files/A014.pdf)
9. Broder J., Chang P., Kickbusch I., Devin-Zamir D., McElhinney E., Nutbeam D., Okan O., Osborne R., Pelikan J., Pleasant A., Rootman I., Rowlands G., Nunes-Saboga L., Simmons R., Sorensen K., Velardo S., Wills J. IUHPE Position Statement on Health Literacy (developed by the IUHPE Global Working Group on Health Literacy). À paraître. [www.IUHPE.org](http://www.IUHPE.org)
10. Bruchon-Schweitzer M., Boujut E. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, 2<sup>e</sup> édit., 2014.
11. CDSS. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009. [www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)
12. Calenge B. *Les Bibliothèques et la Médiation des connaissances*. Paris : Éditions du Cercle de la librairie, 2015.
13. Cecchi C. (dir.). « Santé publique et environnements de vie : transport, mobilité, déplacements, aménagements de l'espace ». Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, actes du colloque de la Société française de santé publique, septembre 2013.
14. Cecchi C., Lévi-Jurin V. « Ville, santé, qualité de vie ». Actes du colloque de la Société française de santé publique. Collection « Santé et Société » n° 16, Paris, déc. 2011.
15. Choquet M., Hassler C., Morin D. *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*. DPJJ, Ministère de la Justice-Inserm. Paris : La Documentation française, 2005.
16. Commission spécialisée des risques environnementaux (CSRE). *Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements*. Rapport final après consultation publique. Paris : HCSP, 2018 : 189 p.
17. Custovic A., Wijk P. G. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma : ARIA update (in collaboration with GA (2) LEN). *Allergy*, 2005, 60 : 1112-15.
18. Deschamps J.-P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *Environnement et santé publique - La revue du praticien*, 1984, 34 : 485-97.
19. Desrumaux P., Vonthron A.-M., Pohl S. *Qualité de vie, Risques et santé au travail*. Paris : L'Harmattan, 2011.
20. Dossier : « Communiquer pour tous : les enjeux de la littérature en santé ». Inpes-Santé publique France. *La Santé en action*, juin 2017, 440.
21. *Entretenir sa maison au naturel. Alerte aux toxiques invisibles. 60 Millions de consommateurs*, n° 188, avril 2017.
22. Farrelly M. C., Davis K. C., Haviland M. L., Messeri P., Heaton C. G. Evidence of a dose-response relationship between "truth" antismoking Ads and youth smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 2005, 95 (3) : p. 425-431.