



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)

Proposer 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^e 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
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
10. Bruchon-Schweitzer M., Boujut E. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, 2^e 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/
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.