

Principes et mise en œuvre de la prévention

Améliorer la prévention nécessite de bien connaître les cibles auxquelles elle s'adresse. Il faut aussi développer les interventions dont l'efficacité est prouvée. Au niveau régional, un schéma de prévention inclut promotion de la santé, prévention, soin et médico-social.

L'homo medicus, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention

Communiquer en direction du grand public, l'informer et le sensibiliser est un exercice difficile. Il ne faut pas oublier que tout émetteur qui produit un message en direction d'un récepteur a des *a priori* sur sa cible, qu'il lui prête implicitement certaines caractéristiques. Réelles ou imaginaires, ces caractéristiques modèlent les messages et conditionnent leur efficacité. Ce constat général vaut bien sûr pour la prévention des conduites à risque (tabagisme, abus d'alcool, usage de drogues illicites, mauvaises habitudes alimentaires...). En effet, celle-ci a tendance à s'adresser à une cible idéale, à un individu fictif, que l'on pourrait baptiser l'*homo medicus*.

L'homo medicus originel

La notion d'*homo medicus* a été proposée par le médecin et sociologue Patrice Pinell, dans un ouvrage consacré à la naissance de la lutte contre le cancer en France [69]. Analysant en détail la première campagne de prévention menée par la Ligue contre le cancer en direction du grand public, en 1927, il montre que, sans s'en rendre compte, les médecins qui ont conçu cette campagne s'adressaient en fait à une cible fictive, idéale, sorte

de super-étudiant en médecine que Pinell baptise donc *homo medicus*, puisqu'il fallait, pour s'approprier les informations et les recommandations données, maîtriser le vocabulaire médical et être capable de regarder son propre corps comme un objet clinique. Pour Pinell, cet *homo medicus* est donc une fiction inventée par la lutte contre le cancer, fiction nécessaire à son action préventive, mais fiction tout de même, qui la condamne à bien des déceptions : « la croyance en l'*homo medicus* condamne les médecins à éprouver dans leurs pratiques un perpétuel désenchantement » [69].

Ramener la prévention contemporaine des conduites à risque à ce péché originel peut sembler réducteur mais, même si bien sûr la prévention a beaucoup changé et progressé, elle continue malgré tout à s'adresser implicitement à une cible idéale fictive. Il reste alors à préciser les contours de cet *homo medicus* contemporain, en s'appuyant sur trois faits stylisés.

Culture du risque, culte de la santé et gouvernement des corps à distance

Nos sociétés valorisent d'abord ce que le sociologue

Patrick Peretti-Watel
Sociologue,
Inserm UMR912,
Sesstim, ORS
Paca, Aix-Marseille
université

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



anglais Anthony Giddens nomme la « *culture du risque* », qui exhorte chaque individu à devenir autonome et responsable, à prendre sa vie en main, à se projeter sans cesse dans l'avenir, à « coloniser le futur » en restant attentif aux chances et aux risques qu'il recèle, en s'appuyant pour cela sur le savoir (le plus souvent chiffré) des experts.

Chacun d'entre nous doit donc devenir l'entrepreneur de sa propre existence, et cela tout particulièrement dans le domaine de la santé. En effet, la santé est devenue une valeur cardinale de nos sociétés, une fin en soi, d'autant qu'elle est définie de façon très extensive (à peu de choses près, la santé, c'est le bonheur), au point que certains auteurs parlent de « culte de la santé ».

Soulignons enfin que cette conception de l'homme est en phase avec une nouvelle façon de faire de la politique, dans le domaine de la santé comme ailleurs, que Michel Foucault a appelée le « gouvernement des corps à distance ». Si les individus sont des entrepreneurs rationnels, autonomes et responsables, cela les rend prévisibles, donc éminemment gouvernables : ce n'est donc plus la peine de les contraindre, mais simplement de les informer et de les inciter. En l'espèce, l'exemple type est celui de l'économie politique, qui modélise explicitement les comportements d'un agent doté de préférences clairement définies, en fonction d'un certain nombre de paramètres (taux d'intérêt, fiscalité...) qui constituent les leviers de l'action publique.

L'homo medicus contemporain

De ces trois faits stylisés on peut déduire deux types d'hypothèses implicites que formule la prévention des conduites à risque pour façonner l'homo medicus contemporain. Elle fait d'abord une hypothèse forte sur les préférences individuelles, en supposant que les individus valorisent avant tout leur santé de long terme, qu'ils sont des calculateurs qui cherchent à maximiser leur espérance de vie, plutôt que leur plaisir immédiat. Par exemple, il y a une dizaine d'années, l'Organisation mondiale de la santé formulait le message préventif suivant à destination des jeunes fumeurs : « À 25 ans, vous fumez, votre espérance de vie est de 40 ans, mais si vous arrêtez dès maintenant de fumer, votre espérance de vie sera de 48 ans ». Pour l'OMS, les jeunes fumeurs sont donc des calculateurs, qui se fient à un argument statistique, et qui sont prêts à renoncer à des plaisirs immédiats pour un bénéfice en santé futur : elle leur propose un arbitrage inter-temporel, en supposant qu'ils sont dotés d'une forte préférence pour le futur.

Ajoutons que l'OMS suppose aussi que les jeunes fumeurs font confiance à l'information préventive, et qu'ils sont dotés d'une rationalité instrumentale qu'ils vont mobiliser pour modifier leurs comportements. L'hypothèse contraire, c'est de supposer qu'ils se méfient des messages préventifs, et qu'ils ont tendance à être plus raisonnables que rationnels, et à utiliser l'information qui leur est donnée pour adapter leurs croyances plutôt que leurs comportements.

Une cible qui reste largement fictive

En réalité, une bonne partie d'entre nous ne se conforme pas au modèle de l'homo medicus contemporain. Par exemple, il n'y a pas que la santé dans la vie : quand on demande aux gens ce qui est le plus important dans leur existence, un gros quart répond la santé en premier, mais la famille, les amis, les amours et le travail sont également souvent cités¹. Ensuite, il ne faut pas occulter la question du plaisir. Toutes les conduites à risque procurent du plaisir, et cet aspect est presque totalement absent dans la littérature de santé publique. Il faut également noter que certains individus sont plus tournés vers le présent que vers l'avenir : dans une enquête de l'Inpes en 2008, à la question « Pour gagner quelques années de vie supplémentaires, seriez-vous prêt à vous priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer ? », les réponses positives sont majoritaires, mais 43 % des personnes interrogées répondent tout de même par la négative, et ne feraient donc pas le « bon » arbitrage inter-temporel².

Toutefois, la situation est sans doute pire encore concernant la confiance du public à l'égard de la prévention, et au-delà à l'égard des autorités de santé. S'agissant des actions de protection des personnes que mettent en œuvre les autorités, comme de la véracité des informations diffusées, les niveaux de confiance en population générale sont en effet médiocres, voire extrêmement bas, selon le domaine considéré³. On observe ainsi que moins d'un Français sur trois se fie aux actions menées contre l'obésité ou le tabagisme des jeunes, tandis que moins d'un sur deux se fie aux informations données sur ces deux sujets. Les niveaux de confiance sont encore plus faibles pour les OGM, les pesticides et les nanoparticules (une personne sur dix se fie aux actions menées, comme aux informations diffusées).

Enfin, les individus ne sont pas forcément rationnels, mais plutôt raisonnables. Ils ont tendance à modifier leurs croyances, en déformant, en détournant les informations qui leur sont données, pour conforter leurs pratiques, et donc éviter de les modifier : c'est un phénomène que les psychologues et les sociologues connaissent bien. Les perceptions du risque tabagique illustrent bien ce point : quasiment tous les fumeurs reconnaissent que fumer peut provoquer le cancer, mais sept sur dix associent ce risque à des seuils de consommation qui sont justement supérieurs à leur propre pratique [67]. De même, la majorité des fumeurs estiment que respirer l'air pollué des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer, et que faire de l'exercice permet de se nettoyer les poumons.

En l'occurrence, il s'agit de croyances « fausses », mais qui ont tout de même un substrat de vérité qui peut les rendre convaincantes : le risque varie bien avec le niveau de consommation, la pollution de l'air et ses méfaits

1. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

2. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

3. http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre-2012_Edition-speciale-30-ans.pdf.

ont été largement médiatisés ces dernières années, et des études très sérieuses ont montré que la pratique sportive diminuait le risque de cancer chez un fumeur.

Homo medicus et inégalités sociales

Mais si les cibles réelles de la prévention ne ressemblent pas forcément à l'*homo medicus*, en outre la distance à cet idéal croît lorsque l'on descend dans l'échelle sociale. Autrement dit, les personnes les plus défavorisées sont les plus éloignées de l'*homo medicus*, en premier lieu parce que la précarité raccourcit l'horizon temporel. Vivre en situation précaire, sans savoir si l'on parviendra à trouver ou à conserver un emploi, un logement, suscite des préoccupations bien plus pressantes que sa santé de long terme. Il est également difficile de se considérer comme l'entrepreneur de sa propre existence lorsque vous avez le sentiment que tout vous échappe : la précarité induit ainsi parfois une forme de fatalisme.

Enfin, les milieux populaires se caractérisent aussi par une plus grande méfiance à l'égard des messages préventifs. Les résultats d'une enquête Inpes de 2008 illustrent ce point : moins les individus sont diplômés, plus ils ont tendance à penser que les campagnes de prévention (concernant l'alcool, le tabac et l'alimentation) sont trop nombreuses, infantilisantes, énervantes, ou qu'elles exagèrent les risques pour la santé⁴.

Ajoutons que cette plus grande distance à l'égard de l'*homo medicus* a des conséquences délétères : en effet, si la prévention est d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à des individus qui ressemblent effectivement à l'*homo medicus*, et si les personnes les plus défavorisées sont celles qui y ressemblent le moins, alors l'efficacité de la prévention est socialement différenciée, et elle peut contribuer à creuser les inégalités sociales de santé.

Homo medicus et addictions

La question des addictions, qui préoccupe de plus en plus les pouvoirs publics, peut être abordée comme un cas particulier de ce que le sociologue américain Peter Conrad a appelé la « *médicalisation de la déviance* ». Une conduite médicalisée est une conduite qui est redéfinie comme une pathologie, ou comme le symptôme d'une pathologie, de sorte qu'elle relève d'une prise en charge médicale, sachant qu'en l'absence d'un agent pathogène clairement identifié le levier de la médicalisation est la compulsion : une conduite devient pathologique lorsqu'elle est décrite comme compulsive, addictive. Nous avons ainsi considérablement étendu, ces dernières années, le champ des addictions, qui recouvre désormais non seulement les usages de drogues licites et illicites, mais aussi des pratiques dopantes, des troubles alimentaires, les jeux vidéo, d'argent et de hasard... Évidemment, cette extension a des causes objectives, au premier rang desquelles nos progrès dans la compréhension des mécanismes biochimiques de l'addiction, ainsi que l'essor des nouvelles techno-

logies de l'information et de la communication (jeux en ligne...). D'autres explications devraient toutefois être recherchées, en particulier s'agissant des intérêts des acteurs en présence, qu'ils soient engagés dans des jeux scientifiques, politiques ou économiques.

En particulier, cette extension de la notion d'addiction permet de sauvegarder, au moins provisoirement, le mirage de l'*homo medicus* : plutôt que de considérer que quelqu'un fume, boit, mange trop, ou joue, parce qu'il y prend du plaisir ou satisfait ainsi d'autres besoins, parce qu'il a d'autres préoccupations que sa santé, parce qu'il ne se projette pas dans le long terme, parce qu'il se défie des messages préventifs, bref tout simplement parce que ce n'est pas un *homo medicus*, nous avons tendance à considérer que c'est l'addiction, la compulsion qui endorment, qui éclipsent cet *homo medicus* qui serait malgré tout en chacun de nous. Mentionnons d'ailleurs que la prévention use justement parfois de la rhétorique du réveil, avec par exemple l'idée qu'il faut réveiller le vrai moi entreprenant et autonome qui sommeille dans chaque fumeur. En outre, certaines actions de promotion de la santé visent à restaurer la confiance en soi, l'estime de soi, l'autonomie des individus, avant même d'essayer d'améliorer leur santé : il s'agit bien là d'une tentative pour nous façonner à l'image de l'*homo medicus*.

Sans remettre en cause la pertinence scientifique de la notion d'addiction, on peut donc s'interroger sur l'extension de ses usages en dehors du champ savant. Non seulement la « mise en addiction » des conduites à risque permet de préserver indirectement la cible idéale quoique fictive de la prévention, mais en outre elle a l'inconvénient majeur de nous dissuader de chercher à comprendre ces conduites, c'est-à-dire de dévoiler le sens qu'elles prennent pour ceux qui s'y adonnent. Une fois ces conduites catégorisées comme « addictives », en effet, il n'est plus vraiment nécessaire de se demander quelles sont les motivations, les attentes des individus, puisque la compulsion suffit à en épuiser le sens : de ce point de vue, un fumeur fume, un buveur boit, un joueur joue, chacun simplement parce qu'il ne peut pas s'en empêcher.

En finir avec l'homo medicus ?

Il serait peut-être temps, finalement, de rompre avec cette cible implicite, idéale et fictive, et d'admettre que les « vrais gens » ne sont pas nécessairement des calculateurs autonomes et confiants, dotés d'une rationalité instrumentale et d'une forte préférence pour leur santé future. Tout en mettant fin à ce « *perpétuel désenchantement* » dont parlait Pinell, cela permettrait de mieux ajuster la mire des campagnes de prévention, en ciblant les gens tels qu'ils sont vraiment, dans leur diversité et leurs contradictions, et sans pénaliser les populations précaires. Sans négliger non plus, enfin, leur capacité à s'appropriier les informations préventives, pour les déformer, les détourner, et réassurer leurs conduites à risque, au lieu de les réformer. ↑

4. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.