

DÉCEMBRE 09 - NUMÉRO 39

DÉPENDANCES



Questions
de santé publique

Revue éditée par
le **GREA** et l'**ISPA**

SOMMAIRE

Santé publique?

- Editorial **p.1**
Corine Kibora et Jean-Félix Savary
- Santé publique, pouvoirs publics et addictions **p.2**
Ces dernières constituent-elles un cas particulier?
Jean Martin
- Ethique et visions de l'être humain dans **p.5**
la politique des addictions «fondée sur les preuves scientifique»
Alfred Uhl
- La santé publique à l'interface des parcours **p.11**
de vie: l'exemple du tabac en milieu carcéral
Catherine Ritter, Corinne Wahl et Bernice Elger
- «Botellón»: un nouveau mode de rencontre **p.15**
ou un symptôme de mal être?
Pierre Maudet
- La santé de chacun comme souci de tous **p.18**
Francesco Panese
- Politique sociale et politique sanitaire dans **p.21**
le domaine des addictions: une interaction à trouver
Simon Darioli

ÉDITORIAL

La santé publique se donne l'ambition de comprendre la façon dont les styles de vie et les conditions de vie (société et environnement) déterminent la santé de chacun. En 1952 déjà, l'OMS la décrivant comme étant «*la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus*». Il s'agit donc d'une démarche plus large que le champ strict de la santé, qui intègre forcément des dimensions politiques, économiques et sociologiques.

Ce principe de protection de la santé s'est aujourd'hui imposé au cœur du fonctionnement de nos sociétés contemporaines, y compris dans le champ des addictions. La vision de santé publique a permis des avancées significatives dans le domaine de la politique des addictions (drogues illégales, alcool, tabac).

Le concept de «réduction des risques» a de son côté contribué à construire un équilibre entre sécurité collective et protection de l'individu, même si elle reste inégalement portée par les professionnels, selon les produits ou les disciplines.

Une politique de santé saine selon la charte d'Ottawa comprend la création de conditions-cadres favorables permettant aux individus de s'épanouir et «choisir leur niveau de risque». Créer des conditions cadres peut pourtant être perçu comme un retour du «paternalisme». La santé publique est d'ailleurs régulièrement la cible d'attaques, notamment de la part de milieux libéraux qui mettent au centre la responsabilité individuelle, ou de milieux économiques, avant tout soucieux de défendre leur profit. Mais si le discours sur une santé publique entravant les libertés individuelles trouve un large écho, c'est aussi parce que la santé publique a pénétré la sphère intime de l'individu – jusqu'au risque de dérive qui consisterait à refuser d'assurer ou de soigner une personne sous prétexte qu'elle n'a pas fait les bons choix en matière de santé. Laisser aux individus l'entière responsabilité de leur choix est potentiellement générateur d'angoisse et comporte le risque d'évacuer toute implication du contexte collectif.

Le débat est ainsi fondamental. Comment déployer en effet cette notion de protection quand elle s'applique à des comportements dont une des caractéristiques est le dommage à la santé? Et surtout, comment la pondérer avec un autre pilier de travail dans les addictions, à savoir les droits humains? La question du tabagisme en prison ou de la gestion des botellones offrent des cas concrets de réflexion.

Entre bien collectif et respect des droits individuels, la santé publique sera toujours un champ de tensions, par essence politique. Pour nourrir ce débat et consolider notre vision sur la question, nous proposons donc dans ce numéro un détour sur les fondements des rapports entre santé publique et addictions.

SANTÉ PUBLIQUE, POUVOIRS PUBLICS ET ADDICTIONS. CES DERNIÈRES CONSTITUENT-ELLES UN CAS PARTICULIER?

Dr Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois. Membre d'honneur et membre du Conseil politique de Santé publique Suisse.

Les addictions ont ceci de particulier qu'elles touchent au comportement individuel – et au plaisir – d'où l'attaque facile d'«ayatolla» de la santé aux promoteurs de la santé publique. Pourtant le choix de consommer un produit n'est pas neutre. Il dépend de plusieurs éléments qui légitiment de replacer cette question dans une perspective «publique». (réd.)

PRÉAMBULE – COMPORTEMENTS ET SOCIÉTÉ

L'usage de produits et la toxicomanie sont un problème lancinant de nos sociétés, au niveau des personnes et des familles, des collectivités, des autorités publiques - celles responsables de la santé et du social mais aussi des domaines policier et judiciaire. Sur la dimension sociétale, qu'on permette de reprendre un billet ancien (Martin : 1993): «Selon nos attitudes personnelles et nos rôles professionnels, nous jugeons que les usagers de drogues sont plutôt des marginaux, plutôt des malades ou plutôt des délinquants. L'expérience montre bien que la vie d'un dépendant de «béquilles pharmacologiques» illégales devient vite impossible, souvent un enfer (...) Nos concitoyens drogués sont des naufragés. En partie parce qu'ils ont été de trop bons élèves du mode de vie que nous glorifions, celui de la consommation. On peut avoir (on a le droit d'avoir ?) tout et tout de suite, c'est ce qu'ils peuvent avoir retenu du monde dans lequel ils ont grandi... ». Et une phrase que j'ai souvent proposée à certains idéologues, censeurs avocats de la manière forte: «Souvenons-nous que ceux que vous voyez comme des voyous sont nos enfants».

Une problématique centrale est ici celle de la liberté. La liberté ne vaut que par les limites qu'on accepte de lui mettre, formulation que je crois fondamentale; et la liberté ne devrait pas être celle de faire tout et n'importe quoi, à laquelle sont liées de multiples formes de violence, préoccupation majeure aujourd'hui. Les comportements violents - qui incluent la témérité au volant et l'obsession du sexe (pornographie et manifestations proches) - ont par ailleurs de multiples corollaires commerciaux, explicites ou moins explicites. Les dynamiques entrepreneurs dans ces domaines sont peu sensibles au besoin de ne pas mettre en danger leurs concitoyens influençables, jeunes notamment. Après quoi, bien entendu, on attend des services médicaux et sociaux qu'ils prennent soin des dégâts (un article met le doigt sur des insuffisances sérieuses dans le suivi de toxicomanes - Bruggmann : 2009).

Ces remarques ne sauraient rendre compte adéquatement de la problématique toxicomanie et il ne s'agit pas de rejeter trop de la responsabilité sur la société. Les origines

des addictions sont éminemment multifactorielles, d'où les difficultés rencontrées à les gérer. S'agissant de la question posée dans le titre de ce texte, un spécialiste universitaire consulté relève les récents progrès des neurosciences, qui montrent que les substances psychoactives ne sont pas inertes et justifient un statut d'exception, eu égard à leur impact sur le cerveau de la récompense, et cela surtout si on pense en termes de populations vulnérables.

CE QUI EST PARTICULIER: L'INTRICATION ÉTROITE D'UNE VIE, DE BESOINS DE TRAITEMENT ET D'INFRACTIONS PÉNALES

C'est la grande spécificité de notre sujet en ce qui concerne les produits illicites, comme d'ailleurs dans une moindre mesure les produits licites (limites à la vente à la consommation d'alcool et de tabac). Contrairement à la règle que chacun a le droit de faire ce qui lui semble bon tant qu'il n'interfère pas avec la liberté ou la sécurité des autres, nos sociétés ont décidé que la consommation, le commerce etc. de ce qui est décrété stupéfiant est pénalement punissable. D'où, dans le «traitement» (médical, juridique, carcéral...) des personnes concernées, des malaises et des contradictions. Cela est bien connu, il n'y a pas lieu ici d'élaborer sinon pour noter que, dans le passé récent, des milieux officiels parlent de dépénalisation dans plusieurs pays d'Amérique latine (voir 24 Heures, Lausanne, 26 août 2009, p. 4 ; Le Temps, Genève, 28 août 2009, p. 5). Dans la presse des Etats-Unis comme dans la presse médicale (Lancet : 2009), plusieurs dossiers posent la même question. Ceci en relevant comment la «War on drugs» telle que menée depuis des années a surtout eu des résultats regrettables – et c'est un euphémisme (mafias, assassinats, argent sale, corruption, oppressions/exactions sur les populations civiles); un échec clair. Un changement radical de doctrine apparaît improbable à court terme mais c'est l'occasion de rappeler que les décisions prises au siècle dernier de pénaliser un nombre croissant de produits, en particulier le cannabis, ont résulté de pressions politiques exercées pour des motifs où une idéologie biaisée et ethnocentrique avait beaucoup trop de place.

QUID DE LA CONTRAINTE?

L'autorité publique a le monopole de la violence légitime, c'est une règle forte de nos régimes. En rapport avec la toxicomanie, on s'y est référé pour justifier des prises en charge sous contrainte, même aujourd'hui où l'éthique médicale met un accent majeur sur l'autonomie du patient/client et sur l'impérative nécessité de son consentement éclairé. Les addictions seraient-elles à cet égard un cas particulier? La Suisse a connu la possibilité de priver de liberté des alcooliques par exemple (internement administratif aujourd'hui disparu, privation de liberté à des fins d'assistance). On se souvient de la loi française sur l'injonction thérapeutique, il y a deux décennies. Les tribunaux de nos cantons peuvent assortir leurs jugements de toxicomanes de l'obligation d'un suivi médical.

Pour l'essentiel, l'expérience a été que les résultats positifs étaient modestes voire inexistantes ; nous n'avons pas de moyens efficaces d'aider à sortir de la toxicomanie une personne qui ne parvient pas à rassembler une motivation adéquate.

Toutefois, ce que nombre de praticiens que j'ai côtoyés disent c'est que, à tel ou tel moment (peut-être crucial) d'un traitement, il faut se résoudre à faire pression sur le patient pour qu'il s'engage dans une démarche de suivi/soins. Il existe des intervenants particulièrement charismatiques qui, en matière d'alcoolisme, de drogue, voire d'autres «compulsions», font des miracles sans exercer aucune contrainte - j'ai à l'esprit des exemples marquants mais, dans la vie de tous les jours, ne sont-ils pas l'exception plutôt que la règle? Un élément de pression (délibérée mais de bon sens) peut jouer un rôle utile. C'est en tout cas ce que m'ont dit des confrères alors que je suivais durant plus de vingt ans, au Service de la santé publique vaudois et par leur intermédiaire, bon an mal quelque 2000 cures à la méthadone: faire allusion ou faire appel aux injonctions ou refus (là-haut...) du médecin cantonal, au suivi sourcilieux qu'il exerçait, avait des effets positifs.

LES MENÉES À GRANDS FRAIS DES LOBBYS EN FAVEUR DES PRODUITS ADDICTIFS LICITES (SOUTIEN DONT NE BÉNÉFICIENT PAS LES SUBSTANCES ILLÉGALES!)

Un problème majeur est l'action de blocage, massive, obstinée, des lobbys des produits ou comportements nuisibles à la santé (NZZ : 2009 ; Paccaud : 2008). Il ne semble guère y avoir de limites aux ressources, y compris et notamment au plan politique, que ces milieux consacrent à ce combat. Tous les moyens sont bons pour protéger ses intérêts économiques à court terme. A relever ici que les ressources matérielles de ceux qui veulent une prévention plus effi-

cace sont minimes (minimes!) comparées à celles de la propagande commerciale. Ce qui empêche les avocats de la promotion de la santé de poser avec assez d'acuité la question majeure: «Par qui et comment la liberté de chacun est-elle plus indûment influencée, orientée, cadrée, dans la société d'aujourd'hui: par les modestes campagnes de prévention ou par les démarches publicitaires, jour après jour et à large échelle, objectivement nuisibles à la santé?»

(Martin : 2008). Poser la question, c'est y répondre.

Par qui et comment la liberté de chacun est-elle plus indûment influencée, orientée, cadrée dans la société d'aujourd'hui...?

Ce qui amène à relever une particularité: alors que tabac et alcool, voire médicaments et aliments critiquables (*non food, junk food*), sont vigoureusement soutenus par les milieux intéressés, les addictions aux produits illicites elles ne bénéficient pas de telle assistance (les lobbys des produits addictifs légaux s'opposent même avec virulence à des assouplissements à l'endroit des illicites - craignant toute analogie avec eux et une diminution de leurs propres recettes). Cette absence toutefois ne suffit pas à assurer une bienveillance suffisante, au plan des budgets/subventions, des pouvoirs publics ou d'autres financeurs; c'est une lutte constante pour obtenir les moyens de réaliser des programmes adéquats de prévention et de soins.

des assouplissements à l'endroit des illicites - craignant toute analogie avec eux et une diminution de leurs propres recettes). Cette absence toutefois ne suffit pas à assurer une bienveillance suffisante, au plan des budgets/subventions, des pouvoirs publics ou d'autres financeurs; c'est une lutte constante pour obtenir les moyens de réaliser des programmes adéquats de prévention et de soins.

POINT DE VUE DE SANTÉ PUBLIQUE SUISSE - LE BESOIN DE «POLITIQUES PUBLIQUES SAINES»

Il est essentiel de se souvenir que le milieu dans ses multiples dimensions est un facteur principal de santé ou de maladie. S'agissant des addictions, cela inclut les circonstances de la personne en termes de conditions socio-économiques, de facilité - ou pas - d'accès aux produits, de ressources thérapeutiques disponibles. On se réfère ici à un document majeur, la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé de 1986 (soulignant le rôle des conditions de vie, de travail et de logement, de l'environnement physique y compris pollutions, d'aspects sociaux et culturels tels qu'intégration et respect des différences). La réalisation des objectifs de santé publique et de soins dépend largement de la mise en place par les pouvoirs publics de «conditions-cadres» appropriées, y compris légales et réglementaires (voir aussi à ce propos la réf. SSSP dans la bibliographie).

En une phrase: «Even more than a public health policy, what we need is a Healthy Public Policy» (mieux encore qu'une politique de santé publique, nous avons besoin d'une politique publique saine/qui promeuve la santé). Ou, plus opérationnel, «Make the healthy choice the easy choice» (faire en sorte que le choix aisé - pour la personne, le consommateur - soit le choix sain). C'est dans cette perspective que la Suisse doit se doter d'une loi fédérale sur la prévention, dont un avant-projet a été mis en consultation en 2008 (le Message du Conseil fédéral adressant le projet

définitif aux Chambres est attendu en automne 2009). Ci-dessous des passages de la réponse d'août 2008 de Santé publique Suisse à cette consultation:

- Santé Publique Suisse salue ce projet de loi: c'est une étape urgente et indispensable à l'amélioration de la santé de la population: il importe de fixer des objectifs de santé précis et d'améliorer la coordination entre les acteurs. Le projet tel que soumis représente une réforme nécessaire palliant certains défauts du système actuel et en intégrant les points forts.
- Santé Publique Suisse est particulièrement satisfaite d'y voir les éléments suivants: la suppression des lacunes légales concernant les maladies psychiques et physiques non transmissibles; l'inscription dans la loi des principes de base pour la promotion de la santé et couvrant plusieurs champs; l'objectif de réduire les inégalités en matière de santé; la volonté de prendre en compte tous les domaines politiques.
- Santé publique Suisse salue l'introduction d'instruments de pilotage;
- S'agissant de la répartition des rôles entre les acteurs, les principes suivants sont appropriés: la Confédération se concentre sur les aspects stratégiques; les cantons continuent à être responsables de la prévention et de la promotion de la santé et sont chargés de la mise en œuvre des mesures; les organismes privés, représentants de la société civile, jouent un rôle important aussi bien dans la mise en œuvre des mesures que dans l'élaboration d'objectifs nationaux.



Dans une prise de position complémentaire du printemps 2009, Santé Publique Suisse souligne encore:

- Les buts de prévention et promotion de la santé qui seront élaborés auront (doivent avoir) un impact sur tous les domaines politiques. Conformément à l'approche «*Health in all policies*», ils devront s'adresser

aussi bien au domaine de la santé qu'à celui de la formation, des transports, de l'environnement, etc. Les études d'impact sur la santé prévues dans le projet de loi représentent dans ce sens un instrument important.

- Pour que ces buts puissent être élaborés et que les mesures qui s'y réfèrent soient mises en œuvre, il faudra disposer des ressources humaines et financières nécessaires.
- La mise en œuvre des buts nécessite un acteur/coordonateur fort avec toute l'indépendance et la latitude décisionnelle requises. L'Institut de prévention et de promotion de la santé doit être construit dans ce sens.

EN GUISE DE CONCLUSION

La santé publique n'a pas toujours bonne presse, notamment quand elle met en évidence des risques liés à des comportements répandus. On voit et on verra encore dans l'avenir des attaques – parfois bien inélégantes – de « marchands de mauvaise santé et de maladie » à l'endroit de ceux qu'ils dénomment ayatollahs ou apôtres de la santé. Au reste, fondamentalement, il importe de soutenir la cause de politiques publiques (globalement) saines - *healthy public policies* -, allant au-delà d'une politique sectorielle de santé publique. Il importe que les pouvoirs publics s'engagent en ce qui concerne les dépendances, au plan de la prévention comme de la prise en charge. Une loi fédérale sur la prévention suffisamment « outillée » sera importante à cet égard.

S'agissant des addictions, les particularités à considérer sont notamment le fait que l'usage, respectivement le commerce, de certains produits est illégal alors que celui d'autres est légal voire culturellement encouragé (moins qu'auparavant toutefois, notamment en ce qui concerne le tabac). Les produits illicites ne bénéficient pas de l'appui de puissants lobbies qui s'efforcent de retarder/bloquer la prévention.

Bibliographie:

- (1) Bruggmann P. Une épidémie se propage et personne ne s'en inquiète. Bulletin méd. suisses 2009, 90, 1486.
- (2) Lancet. This week in medicine. 2009, 373.
- (3) Martin J. Les naufragés de la drogue sont les enfants de l'époque. 24 Heures (Lausanne), 27 février 1993.
- (4) Martin J. Promotion de la santé – Où sont les pressions indues sur la liberté des gens ? Bulletin méd. suisses 2008, 89, 1648.
- (5) Neue Zürcher Zeitung/NZZ. Attacke gegen «Gesundheitsapostel» (dsc). Zürich, 13. August 2009.
- (6) Paccaud F. La prévention est un sport de combat. Bull. méd. suisses 2008, 89, 1015.
- (7) Société suisse de santé publique/SSSP (aujourd'hui: Santé Publique Suisse). Buts pour la santé en Suisse. Berne, 2002, www.public-health.ch

Courriel:

jean.martin@urbanet.ch

ETHIQUE ET VISIONS DE L'ÊTRE HUMAIN DANS LA POLITIQUE DES ADDICTIONS «FONDÉE SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUE»

Alfred Uhl, coordinateur de la recherche et documentation en prévention des addictions de l'Institut Anton Proksch et collaborateur à l'Institut de recherche sur les addictions Ludwig-Boltzmann (LBISucht), Autriche.

En matière de prévention, les pratiques se fondent aussi bien sur des connaissances empiriques que sur des choix éthiques présupposant des représentations du monde, de la société et de l'être humain. Dans la première partie de l'article, deux représentations de l'être humain se trouvent confrontées: celle qui prévalait autrefois dans la prévention des addictions et justifiait un contrôle paternaliste, alors que les approches privilégiées actuellement mettent l'accent sur la participation et l'émancipation, dans l'esprit de la Charte d'Ottawa de l'OMS. On montrera ensuite que des tendances au contrôle paternaliste ont récemment gagné en importance dans le discours politique sur le tabac et l'alcool. Se référant à une conception de la science simpliste et dépassée, cette approche se targue d'être «fondée sur les preuves» et conduit à détourner l'attention des questions éthiques fondamentales que soulève la pratique.

L'ÉVOLUTION DE LA REPRÉSENTATION DE L'ÊTRE HUMAIN DANS LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Dans le domaine de la prévention des addictions, on ne croit plus guère au succès des mesures dissuasives et des tentatives de manipulations normatives en vogue dans les années 1960, au début de la démocratisation des drogues. La représentation de l'être humain qui sous-tendait ces approches a grandement perdu de son autorité dans les milieux de la prévention, mais aussi de l'éducation en général. Elle postulait l'existence d'individus incapables d'être pleinement responsables d'eux-mêmes et nécessitant la «tutelle de l'Etat» - une représentation dont le trait marquant était de justifier un «contrôle paternaliste», pour le dire de façon métaphorique¹.

En diffusant l'idée de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa promulguée par l'OMS (1986) a favorisé l'émergence d'une représentation de l'être humain mettant en avant la participation et l'émancipation, dont s'inspire désormais la prévention des addictions dans de nombreux pays occidentaux. Cela signifie que les stratégies et les interventions mises en œuvre dans ce domaine sont

aujourd'hui dictées par des réflexions fondées sur la conviction que la plupart des personnes sont capables de prendre les bonnes décisions de manière autonome, pour peu qu'on les aide à développer des compétences leur donnant prise sur leur existence, qu'on les informe de manière complète et impartiale, qu'on les encourage à faire des choix, qu'on les amène à viser activement le bonheur et à gérer les risques avec discernement. Les personnes concernées sont acceptées quelle que soit leur situation concrète, leur autonomie n'est pas mise en doute et on leur laisse dans une très large mesure la liberté de décider elles-mêmes. Elles sont considérées comme des sujets à part entière, comme des partenaires capables d'interactions, dont on souhaite renforcer la capacité à changer et à améliorer soi-même ses conditions de vie, afin de diminuer la probabilité de la fuite dans des conduites d'évitement auto-destructrices. Les mots-clés sont ici «empowerment» et «compétence face au risque».

LE RETOUR DU PATERNALISME DANS LA PRÉVENTION: L'EXEMPLE DE LA POLITIQUE MENÉE CONTRE LE TABAGISME

Depuis quelques années, de multiples signes annoncent sans équivoques le retour du paternalisme dans la prévention des addictions. Cette évolution est particulièrement évidente dans le domaine du tabac, qui peut servir d'exemple. Sous l'influence des Etats-Unis, une campagne massive a été lancée contre la consommation de tabac dans l'espace public. La protection des non-fumeurs constituait un argument tout à fait recevable dans un ordre social démocratique garantissant les libertés individuelles. Au fil du temps, l'image de la fumée est devenue de plus en plus négative, et des mesures de lutte contre le tabac ont commencé à être exigées de manière générale également là où aucun tiers n'était concerné. Menée de façon très émotionnelle et surnoisement moralisatrice, la campagne anti-tabac s'est faite toujours plus véhémente, provoquant la grogne des fumeurs, soumis à une pression grandissante pour leur faire changer de comportement. Des expressions telles que «fascisme sanitaire» ou «Etat-nounou» («Nanny State») sont l'expression de ce mécontentement. Cette évolution a permis d'instaurer des lois d'une sévérité jusque-là inimaginable dans la plupart des pays européens, au nom de la protection des non-fumeurs, mais également de la pré-

¹ D'un point de vue logique, une représentation de l'être humain n'est pas un sujet capable d'agir d'une manière ou d'une autre, mais une conception de l'humanité justifiant une certaine manière de traiter ses semblables.

vention sanitaire individuelle. Le premier argument peut se justifier dans une perspective libérale et démocratique, il est compatible avec une représentation participative et émancipatrice de l'être humain, dans la mesure où le respect des droits d'autrui rend inévitable une certaine restriction des libertés. Le second argument est en revanche beaucoup plus problématique, et il faut se demander s'il n'ouvre pas insidieusement la porte à une limitation des libertés fondamentales.

Au-delà de ces préoccupations d'ordre éthique, il est difficile d'évaluer les effets qu'a pu produire la très forte pression exercée ces dernières années sur la consommation de tabac des populations des différents pays. Les données épidémiologiques sont trop imprécises pour rendre compte de manière fiable des changements modérés (Uhl et al., 2008), et les effets potentiels des mesures sont concurrencés par d'autres évolutions plus marquées et plus générales; deux tendances sont notamment à prendre en compte: d'une part, les habitudes de consommation des hommes et des femmes se ressemblent de plus en plus (assimilation des rôles sociaux de l'un et l'autre genre), d'autre part, la puberté débute de plus en plus tôt, ce qui conduit les enfants à être plus rapidement des adolescents relativement indépendants et fait baisser l'âge de la première expérience avec l'alcool, la nicotine et les drogues illégales (accélération).

POLITIQUE DE L'ALCOOL «FONDÉE SUR LES PREUVES» - UN CHEVAL DE TROIE AU SEIN DES PRATIQUES DE PRÉVENTIONS CONTEMPORAINES

Depuis quelques temps, dans toute l'Europe, l'alcool a tendance à être toujours davantage considéré comme un problème. Traditionnellement partisans d'une politique visant à contrôler et à sanctionner la consommation d'alcool, les pays nordiques et anglo-saxons ont été mis en demeure d'adapter leur réglementation à celle de l'Europe centrale et méridionale sous l'effet du processus d'intégration européenne – ce que leurs instances dirigeantes ont eu de la peine à accepter. Ils ont tout d'abord essayé de négocier des conditions spéciales leur assurant le statut quo, mais cette tentative a échoué face au fort mouvement vers une harmonisation de l'économie et de la fiscalité à l'échelle européenne. En réaction, les pays nordiques entreprirent d'influencer la politique européenne en matière d'alcool dans la direction qu'ils souhaitaient; des experts en épidémiologie de l'alcool travaillant dans leurs instituts de recherches assurèrent dans un premier temps le succès de l'entreprise. Grâce à des ouvrages rédigés par des grands noms de l'alcoologie et soutenus par l'OMS, tels que «Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives» (Bruun et al. 1975), «Alcohol Policy and the Public Good» (Edwards et al., 1994) et «Alcohol : No Ordinary Commodity» (Babor et al., 2003), l'approche nordique s'est imposée dans toute l'Europe comme une référence scientifique incontournable.

Babor et al. ont forgé l'expression de « politique en matière d'alcool fondée sur les preuves ». Ils postulent que d'un point de vue scientifique, ce n'est qu'en agissant sur la disponibilité de l'alcool que l'on peut réduire les problèmes liés au produit. Pour étayer leur affirmation, les auteurs choisissent l'«efficacité» et l'«économicité» comme principaux critères d'évaluation des mesures. Bausch et Bogen ont diffamé les approches préventives et thérapeutiques traditionnelles adoptées par de nombreux Etats, comme les campagnes d'information, la prévention primaire axée sur la promotion de la santé et la prise en charge thérapeutique (à l'exception des interventions brèves), accusant toutes ces mesures d'être chères et inefficaces. Les auteurs fondent leurs réflexions sur une grande quantité de matériel empirique, et font preuve dans tout leur ouvrage d'esprit critique envers les présupposés implicites, les incertitudes et les équivoques. Adressées aux politiciens et au grand public, leurs conclusions lapidaires suggèrent cependant un degré de certitude qui contredit l'exposé détaillé des faits; elles ne sauraient par conséquent être défendues sous cette forme. Cette prétention usurpée provient d'une part du terme «fondé sur les preuves» et d'autre part du fait que toutes les mesures dont l'efficacité a été classée par les auteurs comme difficile à prouver sont assorties de l'étiquette «efficacité non prouvée». Dans le cadre du projet soutenu par l'EU «Bridging the Gap», ce principe a été renforcé de manière significative par Anderson et Baumberg (2006).

Chercheurs, spécialistes de la prophylaxie et thérapeutes des addictions en sont de plus en plus conscients: les idées de Babor ne servent pas seulement à fournir des arguments en faveur des mesures de contrôle appliquées à l'ensemble de la population, mais aussi à jeter le discrédit sur les méthodes de prévention et de thérapie reconnues jusqu'ici comme valables. En taxant d'inefficacité un remède agréable à prendre, on prépare la population à avaler une pilule plus amère. Entre-temps, cette stratégie s'est même attirée les critiques d'experts tels que Romanus (2003) ou Craplet (2006), dont les sympathies vont pourtant à la politique des pays nordiques en matière d'alcool. Ils craignent que les politiques n'utilisent le jugement négatif porté sur certaines approches pour justifier des coupes budgétaires. En réponse à Craplet, Babor et deux co-auteurs (Rehm et al. 2006) ont certes reconnu qu'assimiler «efficacité non prouvée» à «inefficacité prouvée» n'était pas licite d'un point de vue scientifique, et que leurs réserves quant aux méthodes non-contrôlantes ne se fondaient que sur le premier de ces deux prédicats. Malgré cette rectification, les auteurs sont coupables d'avoir abusivement simplifié les différentes approches préventives dans leur évaluation finale, suggérant à un lectorat peu au fait des méthodes de recherches ou parcourant superficiellement l'ouvrage d'inadmissibles interprétations en noir et blanc (Uhl, 2006).

On doit par ailleurs objecter que pour des raisons relevant de l'économie, de la culture ou de la tradition, la plupart des méthodes proposées par la « politique en matière d'alcool «fondée sur les preuves» sont difficilement applicables dans les pays d'Europe centrale et méridionale. Si vendre de l'al-

cool «sous licence» peut paraître évident dans les pays nordiques et anglo-saxons, cette idée est inconnue plus au sud et à l'est: les habitants de ces pays ne comprennent pas le principe en vertu duquel seul un très petit nombre de commerces et de restaurants reçoivent le droit de vendre de l'alcool au terme d'une procédure compliquée et après s'être assurés de l'approbation du voisinage. Limiter drastiquement les heures d'ouverture des commerces et des restaurants en invoquant la nécessité de protéger les citoyens d'eux-mêmes va à l'encontre de la tendance générale à la dérégulation dans l'Union européenne et les horaires restreints sont en passe de disparaître dans les pays nordiques et anglo-saxons, un mouvement qui ne devrait pas s'inverser dans un proche futur. Dans les pays où une consommation modérée d'alcool est une des composantes de la vie sociale et reçoit une connotation positive, il n'est politiquement pas envisageable d'exiger des taxes exorbitantes sur les boissons alcoolisées, ce qui les rendrait pratiquement inaccessibles aux personnes à faibles revenus, sans parler d'une interdiction générale (prohibition), en particulier lorsque la production d'alcool, la gastronomie et le tourisme sont d'importants secteurs économiques (Uhl et al., 2009).

«FONDÉ SUR LES PREUVES» UN VIEUX VIN DANS DES OUTRES NOUVELLES

L'étiquette «politique en matière d'alcool fondée sur les preuves» suggère que des mesures politiques se laissent directement déduire des faits scientifiquement avérés – un sophisme² qui dissimule le fait que ces mesures ont toujours nécessairement leurs sources dans des jugements éthiques, comme le souligne entre autres Baumberg (2008). Ce n'est pas parce que certaines mesures sont efficaces et peu coûteuses qu'elles sont compatibles avec les principes d'un ordre social démocratique et libéral, fondé sur une représentation participative et émancipatrice de l'être humain. Cela ne signifie pas non plus qu'elles seront approuvées et acceptées par la population. L'efficacité des mesures ainsi que leur coût abordable sont certes des conditions nécessaires, mais en aucun cas suffisantes pour décider de leur mise en œuvre. Pour le dire au moyen d'une analogie parlante: pour lutter contre le taux élevé de divorce, aucune stratégie n'est plus efficace et moins coûteuse que celle qui consiste à déclarer l'indissolubilité du mariage et à réintroduire le droit du mari à user de châtiments corporels envers son épouse. Ces mesures «efficaces et bon marché» ne seraient pourtant plus proposées par personne aujourd'hui.

... pour de nombreux professionnels une approche «fondée sur les preuves» est nécessairement liée à la recherche expérimentale.

Vu la valeur élevée que le discours de la recherche attache actuellement à cette notion relativement récente de «fondé sur les preuves», il faut s'interroger sur ce qu'elle exprime de réellement nouveau ou de différent, ou si elle sert simplement à nous vendre «un vieux vin dans des outres nouvelles».

- La volonté de fonder des décisions pratiques dans une réalité empirique constitue la norme scientifique depuis les Lumières. Elle n'a donc rien de nouveau.
- Pas plus que n'est nouvelle la volonté de n'avancer que des conclusions à la fois logiquement et empiriquement fondées. Lorsque la notion de «fondé sur les preuves» n'était pas encore à la mode, personne n'aurait intentionnellement travaillé d'une manière qui prêtait le flanc à la réfutation. Mais qu'un chercheur ait déclaré: «Mon travail répond aux critères scientifiques les plus élevés», il aurait été jugé prétentieux, alors que dire «Mon travail est fondé sur les preuves» renvoie à une nouvelle approche faisant autorité, ce qui suscite d'emblée une attitude positive.
- Il est depuis longtemps reconnu que les études randomisées contrôlées (RCTs) représentent le mètre-étalon de la science et ont de ce fait la validité la plus élevée. Il faut cependant reconnaître que dans de nombreux domaines de la recherche, ce type d'étude n'est pas praticable, et que si la notion de «fondé sur les preuves» joue un rôle particulièrement important en médecine, l'expérience clinique jouit d'un prestige égal aux meilleurs résultats de la recherche (Sacket et al. 1996).

Ce qui frappe avec la recherche dite «fondée sur les preuves», c'est qu'elle est capable d'éveiller chez le destinataire la même impression de validité que justifieraient des RTC parfaitement conduites, alors même qu'elle se fonde sur des résultats partiellement expérimentaux, des données épidémiologiques corrélées, voire même une expérience clinique subjective. L'association automatique de «fondé sur des preuves» avec les RTC a été cultivée avec un tel succès que pour de nombreux professionnels, une approche «fondée sur les preuves» est nécessairement liée à la recherche expérimentale. On pourrait même dire plus précisément que l'utilisation de la notion de «fondé sur les preuves» est un moyen sémantique commode pour masquer certains problèmes fondamentaux rencontrés par la recherche, et postuler une validité qui excède de loin celle à laquelle il est raisonnable de prétendre. La cause en est une surévaluation de l'intention de fonder scientifiquement sa pratique, d'une part, et d'autre part, l'identification implicite de l'approche effectivement mise en œuvre aux RTC et à un degré de scientificité optimal.

² En méthodologie, la déduction de normes éthiques à partir de faits empiriques est appelée «sophisme naturaliste», en référence à Hume (1740) et Moore (1903) (Diekmann, 2005).

La notion de «fondé sur les preuves» doit beaucoup à ce que Liessmann (2005) a appelé l' «auto-immunisation performative». Selon lui, certaines «formules magiques» – il cite les mots «évaluation», «garantie de qualité» – ne veulent en réalité pas dire ce que le mot désigne en apparence, mais dissimulent au contraire leur véritable contenu. De telles manœuvres de camouflage ne réussissent que parce que le principe de l' «auto-immunisation performative» est à l'œuvre. Ceux qui utilisent de telles notions sont toujours gagnants, car quiconque essaie de les mettre en doute se fait lui-même du tort. Parvenir à labelliser ses propres interprétations. Pour peu qu'on l'obtienne, le label «fondé sur les preuves» confère une connotation positive aux interprétations soumises à la communauté scientifique. C'est un important facteur de succès qui suggère que tous ceux qui parviendraient à d'autres résultats n'auraient pas procédé avec suffisamment de rigueur.

LA PRÉVENTION CONTINUUELLEMENT MISE EN DEMEURE DE FOURNIR DES PREUVES DE SON EFFICACITÉ

D'un point de vue scientifique, l'opposition simplificatrice entre bonnes et mauvaises approches préventives établie par Babor et al. (2003) n'est pas défendable³. Prévention et thérapie des addictions sont du reste massivement dévalorisées par ces travaux. Il n'en reste pas moins qu'en Autriche⁴, de nombreux experts sont séduits par les thèses de Babor et par la tendance au contrôle paternaliste qui les sous-tend. Fait d'autant plus étonnant que lors de l'élaboration des concepts directeurs en matière de prévention des addictions en Autriche (Uhl & Springer), les personnes faisant autorité dans ce milieu se sont résolument déclarées pour une approche participative et émancipatrice de la promotion de la santé.

Comment se fait-il donc que le nouveau paternalisme désigné par l'expression «fondé sur les preuves» trouve chez les professionnels des addictions un terrain si favorable? Comme l'a bien montré Hainz (2006), la raison pourrait en être dans leur incertitude croissante face à l'exigence toujours plus pressante de devoir prouver l'efficacité de leurs pratiques et la nécessité de répondre aux attentes placées en eux à ce sujet. On commence très lentement à reconnaître que pour des raisons méthodologiques, l'efficacité de certaines pratiques ne peut pas être démontrée scientifiquement, car les procédures requises à cette fin ne peuvent pas y être appliquées.

³ Les raisons qui amènent à formuler cette affirmation centrale ne peuvent pas manquer de place pas être reproduite ici, voir la discussion méthodologique détaillée chez Uhl (2000a et 2007).

⁴ Je suis familier du milieu de la prévention en Autriche et connais depuis longtemps les positions qui y sont défendues. Je ne peux cependant que supputer dans quelle mesure la tendance qui domine dans la littérature spécialisée et dans le discours européen sur la prévention des addictions se reflète dans les pratiques préventives de chaque pays.

Comme partout ailleurs, les voix réclamant davantage de preuves d'efficacité dominant actuellement dans le domaine de la prévention et de la thérapie des addictions. On exige des évaluations là où elles ne sont ni possibles ni pertinentes. Usant de moyens inappropriés et visant des objectifs absurdes, les pseudo-évaluations qui en découlent ne débouchent sur aucune nouvelle connaissance. Les personnes évaluées subissent sans pouvoir se défendre une nouvelle forme de débordements bureaucratiques (Uhl, 2000b). Dans cette situation d'incertitude et de surmenage, le recours à des méthodes «fondées sur les preuves» est compréhensible, sans qu'on soupçonne qu'il s'agit d'un véritable cheval de Troie. Il faut donc rapidement initier une réflexion critique.

ETHIQUE DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Pour terminer, je souhaiterais souligner une fois de plus l'importance des aspects éthiques, en posant des questions rarement abordées dans le cadre de la prévention des addictions. Concrètement, il est pertinent de se demander par exemple :

- Dans quelles situations et jusqu'à quel point la collectivité peut-elle décider de contraindre des individus à se plier aux représentations normatives de certains décideurs?
- Est-il justifié de mettre en place des mesures qui frappent de plein fouet les plus défavorisés, alors qu'elles ne touchent que modérément les personnes financièrement mieux loties?
- Est-il justifié de causer d'importants désagréments à la grande majorité des personnes n'ayant pas de problème avec l'alcool, parce qu'on est convaincu que c'est la seule manière de forcer les consommateurs problématiques à changer de comportement? Dans une démocratie, le paternalisme, les contrôles et les sanctions ne se justifient à mon avis qu'en dernier recours, lorsque toutes les autres stratégies ont échoué, lorsque le problème paraît si grave qu'on ne peut plus laisser les choses suivre leur cours. En psychiatrie, où les mesures de contrainte ont été généreusement appliquées durant des siècles dans l'arbitraire le plus total, une réorientation radicale a eu lieu avec le mouvement de démocratisation des institutions psychiatriques. Dans de nombreux pays européens, il n'est aujourd'hui plus possible d'intervenir contre la volonté du patient, à moins que celui-ci ne représente un grave danger pour les autres et lui-même.
- Existe-t-il un devoir de santé que l'on aurait le droit d'imposer à la population? Ou bien celle-ci jouit-elle d'un droit à la santé, en vertu duquel la société a le devoir d'aider les personnes en difficulté? – Actuellement, dans les pays industrialisés, les personnes qui demandent un soutien sont de moins en moins entendues, alors que, dans le même temps, des mesures coûteuses sont toujours plus fréquemment mises en place pour discipliner des personnes qui ne souhaitent pas être pris en charge.

University Press, Oxford

(8) Hainz, W., 2006: Welchen Mut braucht Prävention. In: forum Prävention: Themenheft 05. Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung, Bozen

(9) Hume D. A Treatise of Human Nature, Book 3 of Morals, Part I, Of Virtue and Vice in General; 1740. In: Watkins, F. (Ed., 1951): Hume Theory of Politics. Nelson and Sons, Edinbourg ; 1951, p.3

(10) Liessmann, K.P. (2005): Evaluation: Wie viel wiegt Wissen? Spectrum, 29.1.2005

(11) Moore GE. Principia Ethica, Cambridge: Cambridge University Press; 1903 (deuxième édition en format de poche, 1960, p.38)

(12) Quensel, S. (2004): Das Elend der Suchtprävention Analyse - Kritik - Alternative. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

(13) Rehm, J./Babor, T./Room, R.: Education, Persuasion and the Reduction of Alcohol-Related Harm: A Reply to Craplet. Addiction 101 (2006), p.452

(14) Romanus, G. (2003): Don't Prejudge What is «Politically Possible». Comment on Chapter 16. Addiction, 98, 1351-1370

(15) Sackett, D.L.; Rosenberg, W.M.C.; Gray, M.; Haynes, B.;

(16) Richardson, S. (1996): Editorial: Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. British Medical Journal, 312, 71-72

(17) Seyer, S.; Gschwandtner, F.; Paulik, R.; Schmidbauer, R. (2005): Vom Gebrauch der Drogen: Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. isp Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte, Volume 15, Linz

(18) Uhl, A. (2000a): The Limits of Evaluation. In: Neaman, R.; Nilson, M.; Solberg, U.: Evaluation - A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 5, Lisbonne

(19) Uhl, A. (2000b): Evaluation vs. Evalopathy: Support for Practical Improvement vs. Irrational Nuisance. In: University of Tampere, School for Public Health: Outcomes in Health Promotion, Key Questions for research and policy, Abstracts and Programme of the 3rd Nordic Health Promotion Research Conference, Tampere, 6-9 septembre 2000. STAKES, Tampere

(20) Uhl, A. (2002b): Medien und Suchtprophylaxe. Medienimpulse, Beiträge zur Medienpädagogik, 11, 41, 61-71

(21) Uhl, A. (2006): Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Vienne, 29, 3, 5-10

(22) Uhl, A. (2007): How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research. In: Fountain, J.; Korf, D.J. (éds.): Drugs in Society European Perspectives. Radcliffe, Oxford

(23) Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U. (2009): Chaos um die Raucherzahlen in Österreich. Wiener Medizinische Wochenschrift, 4-13

(24) Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009): Handbuch: Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009. Troisième édition revue et complétée. BMG, Vienne

(25) Uhl, A.; Springer, A. (2002): Professionelle Sucht-

prävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Vienne (26) WHO (1986): Charte d'Ottawa, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Courriel:

alfred.uhl@api.or.at

Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé · EESP · Vaud, vous informe des formations postgrades qui débiteront en 2010 :

CAS en case management
Début : avril 2010

CAS en gestion d'équipe et conduite de projets
Début : automne 2010

CAS en santé mentale et psychiatrie sociale
Début : automne 2010

DAS en thérapie avec le cheval
Début : automne 2010

MAS en action et politiques sociales
Début : automne 2010

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10
formation.continue@eesp.ch

eéesp école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

LA SANTÉ PUBLIQUE À L'INTERFACE DES PARCOURS DE VIE: L'EXEMPLE DU TABAC EN MILIEU CARCÉRAL

Catherine Ritter, Centre universitaire romand de médecine légale, Université de Genève, **Corinne Wahl**, tabacologue, Coordinatrice CIPRET-Genève, **Bernice Elger**, professeure associée, Centre universitaire romand de médecine légale, Université de Genève.

Le milieu carcéral est par essence un microcosme où les intérêts individuels et collectifs s'affrontent de manière plus aiguë qu'ailleurs. Les enjeux liés à toute action de santé publique y sont mis en évidence, notamment la nécessité d'une implication de tous les acteurs concernés (réd.)

INTRODUCTION

Sous nos latitudes, la protection des populations contre la fumée passive semble majoritairement acquise, tout comme la réglementation des lieux et des moments autorisés pour fumer. En milieu carcéral en revanche, le débat est relativement récent. Il met en évidence deux courants d'opinion contradictoires, y compris parmi les personnels de santé. D'un côté, on s'accorde à penser que les populations des détenus (qui y vivent) et des personnels (qui y travaillent), méritent de bénéficier d'un air aussi propre que la population générale. De l'autre, le droit de fumer comme ultime garant de liberté est révélé au contour de remarques telles que: «Vous [personnel de santé] n'allez quand même pas leur retirer la clope!», ou encore: «Laissez-leur le seul plaisir qui leur reste: la cigarette. Nous avons déjà suffisamment de travail avec les «vraies» maladies à traiter».

Etant à la fois une collectivité de travail et un lieu de vie, la prison cumule les obstacles. Une grande majorité (70-80%) des détenus fume, avec des conséquences sur leur propre santé et celle d'autrui. La protection contre le tabagisme passif est un défi dans cet environnement clos et surpeuplé, à mobilité limitée. Du point de vue des professionnels de santé, il y a là un véritable problème de santé publique. On ignore dans quelle mesure cette opinion est partagée par les détenus et le personnel, peu d'études ayant considéré leur point de vue.

Plusieurs entrées sont possibles pour aborder la question du tabagisme dans ce milieu où, de par la présence des murs, les intérêts individuels et collectifs s'opposent de manière plus évidente qu'à l'extérieur. Chacune apporte son éclairage à une discussion dont il s'agira de tirer quelques enseignements, en l'attente de données supplémentaires fournies par les recherches en cours. Cet article ne prétend donc pas donner des réponses définitives, mais propose un cadre de réflexion pour parvenir à les construire.

EVOLUTION DU CONTEXTE

L'évolution du contexte du tabagisme dans la société constitue un premier repère du débat:

- La consommation de tabac s'est progressivement dénormalisée, au risque de stigmatisation et de marginalisation des fumeurs. Il s'agit de mettre à disposition, également des personnes marginalisées, les moyens de diminuer ou d'arrêter leur consommation lorsqu'elles le désirent (Cornuz : 2009).
- Promouvoir un environnement 100% sans fumée est la seule stratégie efficace pour protéger des effets de la fumée passive. La ventilation est insuffisante. Des environnements professionnels sans fumée ont pour résultat de diminuer la consommation des fumeurs et accroissent les initiatives à instaurer un tel environnement également au domicile (OMS : 2007).

LA PRISON COMME LIEU DE TRAVAIL

La plupart des entreprises se sont aujourd'hui dotées d'une réglementation concernant le tabagisme. Ces expériences peuvent guider le développement des mesures pertinentes pour le personnel en milieu fermé.

Dans le domaine pénitentiaire, les réglementations cantonales se mettent progressivement en place, sur la base des réalités et des particularités des différents établissements (architecture, mobilité plus ou moins limitée pour fumer à l'extérieur), des horaires (jour/nuit) et des temps de pause, avec pour résultat des réglementations variables d'une prison à l'autre. En pratique, il est essentiel que le projet «Mise en place d'une politique restrictive en matière de fumée» requière l'adhésion de la direction et sa confiance totale dans sa mise en œuvre. Le soutien du personnel est également fondamental: les résistances proviennent parfois davantage du personnel que des détenus (Carpenter: 2001).

¹ www.cipret.ch/accueil.htm

LA PRISON COMME LIEU DE VIE

Quelques éléments à prendre en compte sont:

- Des personnes (re)commencent à fumer ou fument davantage durant l'incarcération. Sans intervention spécifique, l'arrêt spontané est bas. Les résultats de l'aide à l'arrêt du tabagisme sont comparables à ceux obtenus auprès de la population en liberté (Cropsey : 2008). La prison peut donc être un lieu pour arrêter de fumer.
- Les détenus manifestent de l'intérêt pour les programmes d'aide à l'arrêt du tabagisme. L'approche doit être cohérente avec un règlement interne qui détermine la qualité de l'air de l'environnement et une offre d'aide à l'arrêt pendant et après le séjour carcéral (Butler : 2007). Lors de la sortie, les ex-détenus fréquentent peu les lieux habituels d'aide à l'arrêt du tabac.
- Paradoxalement, les prestations de soins lors d'usage d'héroïne ou d'alcool sont en général plus développées que lors de consommation de tabac, estimée comme un problème de santé moins prioritaire. Les détenus considèrent le sport et la volonté comme plus efficaces pour l'arrêt du tabagisme que les médicaments. Le sport est un substitut au tabagisme. Divers facteurs de rechute ou des limites à l'arrêt du tabagisme ont été cités: transfert dans autre prison; violence; isolement familial et en cellule; ennui; inactivité; environnement et personnel fumeurs (Richmond : 2009).



o. interfoto
Phot

PRINCIPE D'ÉQUIVALENCE

Les recommandations du Conseil de l'Europe et du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) stipulent le principe d'équivalence des soins: une personne détenue doit avoir accès aux mêmes traitements médicaux et mesures préventives qu'un individu libre. Sur le plan éthique et légal, les responsables de la santé doivent donc en principe garantir l'accès, pour les détenu(e)s, à l'éventail des mesures qui ont fait leur preuve en matière de tabagisme: l'aide au sevrage, les produits de substitu-

tion et l'approche motivationnelle courante. A long terme, elles auront un bénéfice non seulement pour les détenus, mais aussi pour l'ensemble de la société, l'entourage, les enfants et bien entendu les coûts de la santé. Le plus souvent, le séjour en milieu carcéral est limité à quelques mois ou années avant un retour vers la liberté et la vie en famille.

L'INCARCÉRATION DANS LE PARCOURS DE VIE ET LA PLACE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

En prison, la proportion de personnes vulnérables et socialement précaires est élevée: individus sans domicile ni couverture médicale et/ou souffrant de troubles psychiques ou consommant des substances. Il est communément admis que le stress lié à l'enfermement et à la remise en question personnelle selon le motif d'incarcération accentue le recours aux comportements d'«auto traitement», dans l'idée de réduire l'anxiété et la dépression réactionnelles. Le tabagisme est un exemple particulièrement illustratif, la cigarette étant alors la seule substance légale facilement accessible.

La santé publique s'efforce d'intervenir auprès de ces populations durant leur séjour carcéral, car souvent elle ne parvient pas à les rencontrer en dehors de ce contexte particulier. L'inexistence de programmes pour une problématique donnée revient à considérer l'autre, en l'occurrence le détenu, comme un être indigne d'un intérêt semblable. Là où fumer est dénormalisé, le fait de ne pas considérer le tabagisme comme une problématique en prison également sous-entend que la population est soumise à des normes variables, selon qu'elle vive en liberté ou pas. D'un point de vue éthique, une telle position est clairement inacceptable.

Lors de l'incarcération, les individus sont livrés à leurs propres ressources, dont le tabagisme, pour s'adapter à leur nouvelle situation de vie. La véritable carence se situe à ce niveau: l'absence de la diversification des réponses face à l'anxiété et aux troubles réactionnels liés à l'enfermement ou à son motif. Le manque de moyens en ce sens est un obstacle important dans l'approche du tabagisme en milieu carcéral.

LE TABAGISME: UN REMÈDE À LA SURVIE EN MILIEU CARCÉRAL?

Une intervention de santé publique doit parfois bousculer des mythes, notamment celui de la cigarette comme un allié indispensable à la survie en prison. Et si au contraire, on osait l'envisager comme une entrave à la capacité à résister dans ce milieu? La prévalence de symptômes tels qu'insomnie, anxiété ou dépression conduisant à la prescription de médicaments tranquillisants (sans cesse décriés en raison de leur quantité et des risques d'intoxication) est élevée. La part contributive du tabagisme à ces symptômes est inconnue et mériterait de faire l'objet de recherches approfondies. Une étude longitudinale effectuée récem-

ment auprès de jeunes norvégiens a montré une corrélation entre la dépendance à la nicotine et la probabilité de développer ultérieurement de l'anxiété ou une dépression (Pederson : 2009). Ces résultats remettent en cause la théorie de l'auto traitement: la cigarette serait anxiogène, et non remède à l'angoisse.

SANTÉ PUBLIQUE: OUI, MAIS COMMENT?

Finally, ce n'est pas tant la place de la santé publique en prison, où elle joue un rôle en faveur de l'équité entre différents membres d'une même société qui doit être interrogée. La question est ailleurs et concerne l'ensemble de la collectivité: quel pouvoir lui laisse-t-on dans l'aménagement de nos décisions individuelles et collectives en matière de santé? Car en participant à la définition des règles de vie en communauté, la santé publique représente une forme d'autorité: «*Nous nous trouvons ainsi, bon gré mal gré, à la fois victimes et complices d'une société chaque jour davantage totalitaire à laquelle la médecine préventive contribue à sa façon par la dictature de la sécurité qu'elle tend à imposer.*» (Malherbe : 1994)

Une enquête qualitative effectuée auprès des fumeurs pauvres, dont le but était de mieux comprendre la persistance du tabagisme dans les milieux défavorisés apporte deux éléments pertinents à la discussion. D'une part, les fumeurs décrivent une préférence pour le présent et une forme d'épicurisme de la vie quotidienne (ce qui vient bien évidemment interroger l'épicurisme en prison). D'autre part, ils seraient moins réceptifs aux messages de prévention en raison de leur méfiance à l'égard des autorités qui les émettent (Peretti-Watel : 2009).

Dans le contexte carcéral, marqué par les rapports d'autorité, cet écart entre les personnes concernées et les professionnels qui émettent des conseils de santé est à considérer absolument dans la réflexion du «comment» aborder la question du tabagisme. On peut craindre en effet qu'une intervention autoritaire présente peu de résultats concluants.

A l'opposé d'une déclaration unilatérale de normes de comportements par les seuls responsables de santé, c'est un ensemble de personnes qui doit être impliqué dans la réflexion et le processus décisionnel, contribuant ainsi à une véritable promotion de la santé.

Le projet de recherche-action intitulé «Moins de fumée et davantage de santé en prison» actuellement mené par une équipe de l'Université de Genève et de l'Université de Berne, en collaboration avec des professionnels du réseau spécialisé (CIPRET-Genève), participe à un tel ouvrage collectif. Il prend en compte l'opinion des détenus et du per-

sonnel (questionnaires quantitatifs, entretiens qualitatifs) et la qualité de l'environnement dans les propositions pour diminuer l'exposition au tabagisme passif et accroître les possibilités d'intervention lors de tabagisme actif.

FACE AU TABAGISME EN PRISON, QUE PROPOSER?

En attendant des recommandations formelles, quelques repères ou buts à poursuivre en milieu carcéral peuvent être:

- Aborder la question du tabagisme de manière collective et interdisciplinaire, incluant le personnel et les détenus.
- Aborder la problématique dans une même continuité pour le personnel et les détenus.
- Garantir la santé des non fumeurs et promouvoir la santé des fumeurs. Certains éléments font l'objet de consensus: la cellule est l'équivalent du domicile, fumer y est donc possible; les non fumeurs ne doivent pas partager la cellule avec des fumeurs; les lieux pour fumer doivent être clairement indiqués; les unités mères-enfants doivent être des environnements sans fumée; des règles semblables s'appliquent pour le personnel: fumer seulement à l'extérieur ou dans des lieux désignés et aménagés de façon adéquate (Hartwig: 2006).
- Considérer le tabagisme au même titre que les consommations d'autres substances: prévention, dépistage, traitement et suivi post-pénal.
- Former le personnel (de santé, cadres et détenus) à la problématique du tabagisme (actif et passif).

EN SYNTHÈSE

Le tabagisme est loin d'être l'unique problématique de santé en prison. L'absence d'intervention face à sa prévalence est une négligence qui favorise la persistance d'un comportement et d'un environnement néfastes. En même temps, la santé publique n'est pas une affaire de spécialistes isolés dictant des comportements. Elle doit être une œuvre commune entre bénéficiaires directs et professionnels, au service d'un mieux-vivre en collectivité.

La santé publique doit s'adapter aux particularités d'un lieu donné, tout en les interrogeant en profondeur pour éviter de considérer le tabagisme isolément, mais promouvoir la santé au sens large. D'une part, cela implique d'ouvrir le regard et de considérer la santé au travail globalement, en prenant en compte l'ensemble des éléments nocifs de l'air

... les fumeurs en milieu carcéral décrivent une préférence pour le présent et une forme d'épicurisme

ambiant. D'autre part, il s'agit de développer des alternatives à la consommation de toutes les substances. Car finalement, c'est le choix plus ou moins conscient des risques individuels et de sa propre distance par rapport aux normes en vigueur qui est en jeu, et ce également en prison: «*La question n'est pas de supprimer tous les risques - cela reviendrait à supprimer la vie elle-même - mais à choisir ses risques.*» (Malherbe : 1994)

Bibliographie:

- (1) Butler T, R Richmond, J Belcher, K Wilhelm, A Wodak, 2007, Should smoking be banned in prisons? *Tobacco Control*, 16 : 291-293.
- (2) Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, Powell TA, 2001, Smoking in correctional facilities : a survey of employees, *Tobacco Control*, 10 : 38-42.
- (3) Cornuz J, 2009, Prévention du tabagisme : jusqu'où pouvons-nous aller? *Revue Médicale Suisse*, 210 : 1451-1452. <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=34202>
- (4) Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) <http://www.cpt.coe.int/fr/apropos.htm>
- (5) Cropsey K, Eldridge G, Weaver M, Villalobos G, Stitzer M, Al Best, 2008, Smoking cessation interventions for female prisoners: addressing an urgent public health need, *Am J Public Health*, 98 (10), 1894-1901.
- (6) Hartwig C, Stöver H, Weilandt C, 2006, Report on tobacco smoking in prison, Final report Work Package 7, Drug Policy and harm reduction, Universität Bremen.
- (7) Malherbe JF, 1994, *Autonomie et prévention, Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, Catalyses.
- (8) «Moins de fumée et davantage de santé en prison» http://www.bag.admin.ch/tabak_praeven-tion/00879/00887/04812/index.html?lang=fr
- (9) OMS 2007, Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/pol_recommendations/en/index.html
- (10) Pederson W, Von Soest T, 2009, Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults : a 13-year population-based longitudinal study, *Addiction* 104 : 129-137.
- (11) Peretti-Watel P, Constance J, 2009, Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Déviante et Société*, vol 33(2) : 205-219
- (12) Richmond R, Butler T, Wilhelm K, Wodak A, Cunningham M, Anderson I, 2009, Tobacco in prisons: a focus group study, *Tobacco Control*, 18 : 176-182

Courriels:

catherine.ritter@unige.ch
corinnewahl@bluewin.ch
bernice.elger@unige.ch

Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

CAS HES-SO Intervenant-e-s dans les équipes et les organisations

Durée: 23 jours

ECTS: 15 crédits

Début des cours: Printemps 2010

Délai d'inscription: 20 février 2010

Renseignements et inscription

Responsable de programme:
Sylvie Avet L'Oiseau et Françoise Tschopp
HETS-Genève – secrétariat
Véronique Farina :
022 388 95 12 ou 022 388 95 30

Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

DAS HES-SO Intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale

Durée: 45 jours

ECTS: 30 crédits

Début des cours: 18 février 2010

Délai d'inscription: 5 janvier 2010

Renseignements et inscription

Responsable de programme:
Riccardo Rodari
HETS-Genève – secrétariat
Andrea Neuhausler :
022 388 95 13 ou 022 388 95 30

«BOTELLÓN»: UN NOUVEAU MODE DE RENCONTRE OU UN SYMPTÔME DE MAL ÊTRE?

Pierre Maudet, *Président de la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse et Conseiller administratif de la Ville de Genève, en charge de l'espace public et de la sécurité*

L'apparition des botellónes ont obligé les autorités à réfléchir sous un angle nouveau au problème de «l'alcool et les jeunes». Un rassemblement spontané dans un espace public fait partie a priori des libertés individuelles, mais dès lors que le but annoncé est de boire outre mesure, voilà les autorités appelées à se positionner face à une probabilité élevée de débordement. L'exemple de Genève analysé ci-dessous montre que la question de la responsabilité est au centre, et qu'elle concerne autant les autorités que les jeunes. (réd.)

Durant l'été 2008, la Ville de Genève a dû faire face à un nouveau type de rassemblements de masse nommé «botellón».

Le «botellón» signifie «grande bouteille» en espagnol, le concept initial étant de rencontrer d'autres personnes (en moyenne âgés de 16 à 24 ans) et de passer une soirée loin du système commercial des bars et des discothèques. Il s'agit là de rassemblements spontanés où les participants consomment des boissons qu'ils ont personnellement amenées, le plus souvent des boissons alcoolisées (bière, vin, etc.) et des mélanges alcoolisés (whisky-coca, rhum-coca, etc.) préparés à domicile.

Bien plus qu'un simple rassemblement, les «botellónes» traînent dans leurs sillages une réputation de fête où le but premier est la consommation rapide d'alcool, en grande quantité. Cette manière de consommer n'est pas sans rappeler la mode du «binge drinking», ou «biture expresse», consistant à consommer une grande quantité d'alcool, en une seule et même occasion, dans un laps de temps très court.

Si l'usage abusif du domaine public avec des conséquences potentiellement dangereuses n'est pas acceptable, la Ville de Genève a toutefois montré dans ce dossier la volonté de construire un dialogue avec les jeunes et le souhait d'adopter une stratégie visant à responsabiliser les participants de ces manifestations.

A ce stade, il est sans doute utile de revenir sur le déroulement des événements pour mieux comprendre la gestion du phénomène par les autorités locales.

GESTION DES «BOTELLÓNES»

Premier «botellón» : 18 juillet 2008

C'est en juillet que s'est tenu le premier «botellón». Les invitations émanaient du site de réseau social « Facebook » et conviaient les participants à se rendre dans le parc des Bas-

tions, l'un des plus grands parcs de la Ville de Genève situé aux abords de l'Université. La Ville, ayant appris tardivement la tenue de ce rassemblement, n'est pas intervenue. Au lendemain de la manifestation, d'importantes salissures (déchets sur l'ensemble du site, vomissures, etc.) ont malheureusement été constatées.

Deuxième «botellón» : 8 août 2008

La Ville a pris connaissance de l'invitation à ce deuxième «botellón» dans un délai trop court pour s'assurer de la coopération des «organiseurs». Il a donc été décidé d'en interdire la tenue et de fermer les grilles du parc des Bastions, une mesure exceptionnelle à Genève. Bien que les cinq initiateurs aient accepté de transmettre l'information à leurs réseaux, le soir même du «botellón», une foule de quelques deux cents jeunes s'est rassemblée devant les grilles du parc mais sans que cela ne donne lieu à des incidents significatifs.

Troisième «botellón» : 22 août 2008

Les organisateurs sont entrés en contact avec la Ville de Genève en indiquant vouloir prendre les responsabilités nécessaires pour réduire les risques liés à ce genre de manifestations. Le Conseil administratif a décidé de ne pas interdire le «botellón», qui a finalement connu une faible affluence et qui n'a donné lieu à aucun incident majeur. Il a néanmoins pu être constaté que le parc des Bastions était plus propre le lundi qu'au terme d'un week-end normal, après plusieurs heures de travail assumées par les jeunes organisateurs.

NOUVEAUX SYSTÈMES DE COMMUNICATIONS

L'une des nouveautés de la démarche «botellón» provient du réseau utilisé pour fixer la date du rendez-vous. En effet, les jeunes font appelle au site Internet «Facebook», qui fait partie des nouvelles générations de sites ayant pour vocation de créer un lien (virtuel) entre des personnes. Pour ce faire, elles peuvent s'identifier en tant qu'«amis» mais

également procéder à de nombreux échanges d'images, de vidéos, etc. De plus, les membres de ce réseau social peuvent créer des groupes et inciter leurs amis (les amis des amis, etc.) à y adhérer et à participer à un événement particulier. La propagation de l'information est très rapide par ce canal, car elle est diffusée à plusieurs milliers de personnes en moins d'une journée.

Le principal effet pervers de ce système est le désengagement des personnes initiatrices de l'événement. En diffusant un rendez-vous pour son groupe d'amis, l'information est ensuite répercutée à grande échelle à travers les réseaux. Il est donc probable que plus de 90% des personnes présentes au « botellón » ne connaissent pas l'initiateur de celui-ci.

Les réseaux sociaux sont en développement constant. «Facebook» est le plus connu. Il existe cependant d'autres réseaux, tels que «linkedin» un réseau pour les professionnels, ou encore «campux» un réseau destiné aux étudiants du monde entier leur permettant de trouver les meilleures occasions pour se divertir dans la ville où ils étudient.

La prolifération de ces sites facilite et favorise grandement l'organisation de manifestations et/ou de rassemblements sans que personnes ne porte la responsabilité de l'organisation. Il devient dès lors impossible pour une municipalité de connaître les organisateurs, si ceux-ci ne se font pas connaître de manière volontaire. D'où les limites de l'exercice en terme de responsabilisation des jeunes consommateurs-organisateurs.

RESPONSABILITÉ COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE?

Dans ce contexte de déresponsabilisation collective vis-à-vis de l'organisation de «botellónes», comment s'assurer que les participants endossent leur responsabilité individuelle? Tel est le paradoxe de ces manifestations. Elles font appel à la responsabilité individuelle pour garantir le bon déroulement du «botellón» sans avoir mis en place une responsabilité organisationnelle. Dans ce système qui veut s'autogérer, qui prend alors la responsabilité face à la municipalité? Qui est l'interface en cas de problème sanitaire ou sécuritaire? Qui s'assure du bon déroulement du «botellón»? Le paradoxe est total lorsque l'on constate que l'alcool est précisément pris par certains pour se désinhiber face à toute responsabilité individuelle.

Mais dans cette course à la responsabilité, il est aussi légitime de se poser les questions suivantes: où sont les parents? Comment des jeunes personnes de moins de 14 ans se retrouvent à des heures tardives en plein rassemblement avec une bouteille d'alcool fort à la main?

En tant que municipalité, il est apparu de notre devoir de s'interroger sur notre capacité à faire comprendre aux jeunes l'importance de prendre une part active à la construction de la société. Et donc de leur laisser la possibilité de s'exprimer, de contredire, voire de se tromper, en assumant leur rôle et leur identité.

«BOTELLÓN» ET ALCOOL

Lors du premier «botellón», de nombreuses voix se sont fait entendre sur le comportement des jeunes face à l'alcool. Une prise de conscience populaire sur le danger de l'alcool chez les jeunes s'est effectuée et plusieurs demandes d'interdiction de toute manifestation de ce type ont été reçues par la Ville. Mais le «botellón» n'est que la mise en lumière de l'aggravation de la situation en matière de consommation d'alcool chez les jeunes; un fléau connu et identifié depuis un certain temps déjà.

... le botellón n'est que la mise en lumière de l'aggravation de la situation en matière de consommation d'alcool chez les jeunes.

Une récente étude de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) rappelait à cet égard que «l'alcool reste le problème numéro un» en matière de politique de la santé de la jeunesse. Mais notre collectivité porte aussi une responsabilité vis-à-vis de l'attitude de ces jeunes, qui se dirigent vers les «botellónes» à défaut de trouver des établissements nocturnes adaptés à leurs besoins et proches des centres villes.

Les participants aux «botellónes» se justifient à travers les coûts prohibitifs de l'alcool vendu dans les établissements de nuit. Ils se tournent alors vers les grandes chaînes de distribution dans lesquelles les bouteilles d'alcool sont vendues à des prix accessibles pour des jeunes qui, souvent, ne sont pas encore salariés. Il est vrai que l'alcool vendu dans les bars et les discothèques atteint des sommes très élevées (près de Frs 400.- pour une bouteille d'alcool fort), en raison notamment d'une volonté politique constante de limiter l'attractivité des boissons alcooliques par des prix prohibitifs. Cette volonté politique est régulièrement contredite par des messages publicitaires qui font l'éloge de l'alcool facile et l'associent insidieusement aux concepts de jeux de victoire et de réussite.

Cette réalité des prix élevés dans les établissements de débit de boisson est mise à mal par certaines grandes surfaces dont l'attractivité augmente d'autant plus à la veille des fins de semaine en mettant en place des actions ciblées qui proposent de l'alcool fort à des prix cassés. Cette invitation à la consommation est simplement inadmissible car elle transforme une consommation dangereuse en acte normal et bon marché. Les autorités doivent donc être plus directives dans l'application des lois existantes et donner un signe clair par rapport à la vente d'alcool aux jeunes.

Dans ce contexte, les contrôles dans les magasins ouverts «7/7» communément appelé «dépanneurs» doivent être renforcés et les sanctions doivent être exemplaires, allant jusqu'à la fermeture du commerce.

RÉAPPROPRIATION DE L'ESPACE PUBLIC

Les «botellónes» nous ont obligés – nous, élus municipaux – à nous interroger sur la finalité de telles manifestations. Car au-delà de l'aspect que certains peuvent trouver «convivial», il y a un surtout un réel signal de la part des jeunes sur leurs difficultés à trouver des lieux où ils peuvent se sentir à l'aise. Actuellement, en Ville de Genève, le choix de lieux de divertissements nocturnes est limité à «l'Usine», dernier lieu de la culture «alternative» et/ou aux établissements de nuit. Le coût rédhibitoire de l'alcool vendu dans certains établissements de nuit explique également cette nouvelle manière de consommer. La réappropriation de l'espace public par les jeunes et donc une réponse aux manques de structures de rencontres et de divertissement ainsi qu'à une politique des prix rédhibitoire.



Photo: Interfoto

S'agissant des «botellónes», la Ville de Genève a décidé de ne pas interdire ce type de rencontres tout en évitant de suivre l'exemple – très «j'men foutiste» – des autorités espagnoles. Celles-ci ont envoyé les jeunes se rassembler en périphérie de la ville, créant ainsi de nombreux problèmes de sécurité concernant les transports avec une population souvent trop alcoolisée voulant rentrer en voiture. La tranquillité publique au prix fort... Non, la Ville de Genève a décidé quant à elle de mettre en place un système de responsabilisation, en commun avec les initiants du «botellón», en leur demandant de ne pas consommer d'alcool durant la soirée, de transmettre leurs numéros de téléphone portable et d'effectuer des rondes pour s'assurer que tout était sous contrôle. De plus, ceux-ci ont donné l'assurance de nettoyer le parc une fois le rassemblement terminé. Fort de ces engagements, le Conseil administratif a non seulement décidé de ne pas interdire le «botellón», de mettre en place dans le parc des containers de récupération pour les déchets ainsi que des toilettes chimiques, de mobiliser des travailleurs sociaux hors murs ainsi que la FEGPA (Fédération genevoise de prévention de l'alcoolisme) et

l'équipe de prévention «Nuit Blanche».

A notre connaissance, Genève est la seule ville de Suisse qui ait pris le risque de rentrer en contact avec les initiants afin de créer ensemble un contrat moral. L'histoire nous a donné raison car le «botellón» s'est bien déroulé et les personnes concernées par ces mesures ont respecté leurs engagements. De facto, perdant ainsi son caractère très spontané, le «botellón» genevois a ainsi perdu une partie de son âme et ne s'est plus reproduit.

Par ailleurs, la Ville de Genève a également pris acte des revendications des jeunes et elle s'est engagée dans une réflexion à long terme sur ses moyens d'interventions. En avril dernier, le Conseil administratif a mis en place une série de mesures visant à permettre aux jeunes de se réapproprier leur espace public. Désormais la Ville va obliger les organisateurs de manifestations désireux d'utiliser les infrastructures de la Ville de Genève à:

1. respecter scrupuleusement la législation fédérale et cantonale en matière de vente et de service d'alcool,
2. former le personnel de vente (rappel de la loi et du comportement à adopter) et l'informer sur la responsabilité du contrevenant,
3. faire des offres promotionnelles de boissons sans alcool, mettre à disposition de l'eau fraîche gratuitement, respecter les doses prescrites, renoncer à toute forme d'incitation à la consommation de boissons alcoolisées dans le cadre de la manifestation (ventes flashes, happy hours, etc.),
4. afficher visiblement les obligations légales et les offres promotionnelles de boissons sans alcool.

Par ailleurs, la Ville de Genève va étudier la mise en place d'incitations financières (rabais sur les taxes et/ou redevances perçues par elle) qui pourraient être accordées aux organisateurs et aux gérants qui prennent des initiatives de prévention autres que les obligations légales.

L'ensemble de ces mesures représente une avancée concrète pour la Ville de Genève en matière d'intégration des jeunes.

Les «botellónes» sont la pointe de l'iceberg concernant les demandes et les difficultés que rencontrent les jeunes à l'heure actuelle. C'est le rôle des autorités de se donner la peine de regarder en face la réalité pour se rendre compte des enjeux futurs. Or il n'est pas question d'être laxiste ni excessivement permissif, mais il s'agit d'abord de savoir quelle image notre société renvoie aux jeunes, avant de critiquer leurs rassemblements de jeunes et les dérives qu'ils peuvent engendrer.

Courriel:

Courriel: pierre.maudet@ville-ge.ch

LA SANTÉ DE CHACUN COMME SOUCI DE TOUS

Francesco Panese, professeur à l'Institut des sciences sociales, Université de Lausanne

En développant les concepts de «sanitarisation du social» et de «politisation de la santé», l'auteur met en évidence les écueils et effets potentiellement négatifs de l'évolution actuelle de la prise en charge de la santé, où l'individu occupe une place prédominante. (réd.)

«SANITARISATION DU SOCIAL» ET «POLITISATION DE LA SANTÉ»

Les sciences sociales de la santé ont contribué à mettre en évidence que la définition des maladies, leurs vécus subjectifs et leurs prises en charge, les pratiques de santé et les politiques sanitaires qui les sous-tendent et les rendent possibles n'ont rien de «naturel». Il en va sans doute également ainsi des «dépendances», considérées aujourd'hui comme des pathologies, des comportements et des cibles d'actions préventives. Adopter une attitude critique face à cette «naturalisation» ne revient pas à les réduire à des illusions, mais à comprendre que – à la fois pour celui qui en souffre et pour les nombreux acteurs de la santé qui s'en préoccupent –, les dépendances sont des entités «construites» dans des contextes socio-historiques spécifiques, résultats du travail d'acteurs situés, mobilisant des définitions de la santé, des modèles de prévention, des conceptions des sujets malades ou vulnérables, au fil d'alliances, de controverses et parfois de conflits. Ce travail complexe de construction sociale, scientifique et pratique nous rappelle que la société se sert aussi des maladies des individus «pour assurer sa propre reproduction ou pour faire face à ses propres mutations» (Zempléni 2001: 44). En ce sens, la situation actuelle de la question des dépendances témoigne, pour reprendre la formule de Fassin (2000), d'une forme spécifique de «politique de la vie» située au croisement de deux phénomènes contemporains majeurs: la «sanitarisation du social» et la «politisation de la santé».

Cette situation correspond bien à ce que Michel Foucault identifiait comme une caractéristique des sociétés modernes: «Ce qu'on pourrait appeler le "seuil de modernité biologique" d'une société se situe au moment où l'espèce [humaine] entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques. L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote: un animal vivant [zôon] et de plus capable d'une existence politique [bios]; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question» (1976: 188). Les politiques sanitaires

contemporaines s'inscrivent ainsi dans le fil d'une histoire où l'on assiste, dès le XVIII^{ème} siècle, toujours selon Foucault, à «l'émergence, en des points multiples du corps social, de la santé et de la maladie comme problèmes qui demandent d'une manière ou d'une autre une prise en charge collective». Cette «noso-politique» prend alors pour devise: «La santé de tous comme urgence pour tous; l'état de santé d'une population comme objectif général» (Foucault 1994: 14-15).

CONFIGURATIONS POLITICO-SANITAIRES

Ce souci politique de la santé de la population, traduit en actions sur les individus qui la composent, a donné lieu à différentes configurations qui ont sous-tendu – et sous-tendent encore – les politiques sanitaires. Une première configuration, sans doute la plus ancienne, consiste à produire des connaissances en matière sanitaire afin d'assurer la majoration constante de l'utilité des individus dont l'état de santé est devenu un enjeu économique et politique majeur. Ce fut par exemple le cas dès le XVII^{ème} siècle des études des causes de mortalité visant à y remédier, comme celle de William Petty (1623-1687), inventeur de l'arithmétique politique, menée sur la population de Londres dès 1662 (Graunt, Petty : 1662 ; Le Bras : 2000). Dans le même registre, on trouve aussi des recherches, durant la même période qui, entre science, technique et économie, visent à aménager une place aux invalides dans la production, comme par l'invention surprenante d'une «machine à faire travailler les invalides» (S.n. : 1678).

La seconde configuration qui s'établit dès le XVIII^{ème} siècle est marquée par la raison médicale qui devient le paradigme dans lequel le gouvernement moderne problématise la population. De là découle un système médico-administratif qui se prolonge jusqu'à nous, chargé des contrôles de l'hygiène collective et qui étend l'intervention médicale au domaine des choses (air, eau, constructions, terrains, etc.). Un exemple célèbre est le travail de John Snow (1813-1858) qui établira les causes de la propagation du choléra,

Ce travail complexe de construction sociale, scientifique et pratique nous rappelle que la société se sert aussi des maladies des individus ...

à Londres toujours, par l'établissement de la corrélation épidémiologique entre la progression de la maladie et la répartition des pompes à eau contaminées.

La troisième configuration est associée à la découverte des «microbes» (Latour: 1984) et au développement de la vaccination (Moulin: 1996). Là, la prévention prend la forme d'une action, généralement imposée, de transformation collective des corps biologiques individuels afin de résister aux maladies conçues comme des «attaques» exogènes et nuisibles à toute une population par l'intermédiaire de chacun. Dans cette configuration, l'individu malade ou potentiellement malade est en quelque sorte lié à la santé collective par les vecteurs pathogènes, ce lien nécessitant la mise en œuvre de mesures publiques, et donc politiques, pour les maîtriser. L'idéal devient alors l'éradication de la maladie pour tous dans la mesure où elle peut potentiellement toucher chacun.

La quatrième configuration, enfin, pour reprendre les termes de Dozon, est caractérisée par un «modèle contractuel» qui «fonctionne idéalement sur le mode d'une complémentarité entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir les acteurs responsables de leur santé» (2001: 41).

Cette configuration est sans doute celle qui caractérise le mieux les politiques de prévention actuelles. Ses enjeux sont intimement liés à la forme de subjectivation qu'elles impliquent. Dans les sociétés postindustrielles contemporaines, elle est tendanciellement caractérisée par un individualisme prononcé qui, au niveau qui nous intéresse ici, fait de la santé publique un vecteur, parmi d'autres, de l'individualisation contemporaine. Ainsi, d'un côté, la médecine a joué un rôle important dans l'invention du social, au sens de la construction d'une entité collective objectivable sous l'aspect de la santé; d'un autre côté, pour reprendre les termes de Miguel Benasayag, «la médecine individualise, elle est même l'un des plus puissants dispositifs de pouvoir qui produit de l'individuation» (2008: 47).

L'INDIVIDUALISATION DE LA SANTÉ

Ce double mouvement vaut que l'on s'y arrête car il permet de mettre en évidence des tensions au cœur des pratiques de prévention. Ces tensions découlent de ce que le philosophe et historien des sciences Ian Hacking a identifié comme un «effet de boucle», le «looping effect», soit le phénomène selon lequel des personnes classifiées d'une certaine façon peuvent se transformer – transformer la façon de se concevoir et d'agir par rapport à elles-mêmes – sous l'effet de cette classification, ou en conséquence du traitement qu'elles ont subi du fait de cette classification (2001). On pourrait ainsi émettre l'hypothèse que les pratiques de prévention – qui classent, et dont les classements génèrent des traitements, au sens à la fois large et étroit de terme

– participent au façonnage des personnes comme subjectivités «à risque», «déviantes», «dépendantes», «vulnérables», etc. Ce phénomène, plus complexe qu'il n'y paraît, peut être considéré comme une condition de l'efficacité de la prévention. On peut dire en effet que prévenir, c'est bien tenter de transformer des personnes, leurs comportements, leur identité, leurs relations, etc. Mais cette transformation implique une responsabilité évidente, une responsabilité que l'on peut considérer comme politique. Aussi, le risque est grand que cette individualisation subjective ait pour effet une désocialisation des comportements – au niveau conceptuel et pratique – qui conduit à négliger les facteurs sociaux et contextuels de la détermination des comportements, au profit d'une conception de l'individu supposé capable de devenir «l'entrepreneur de lui-même» en matière de santé, comme en matière de performances socio-économiques, un individu qui, même dans la souffrance, peut rester «performant» (Ehrenberg 1991).

Dans cette configuration, l'objectif paradoxal de la prévention tendrait alors à promouvoir la liberté par l'autocontrainte et la valorisation des efforts qu'elle nécessite. En témoignent par exemple de nombreux exemples, surtout anglo-saxons il est vrai, de rhétoriques de prévention qui mettent en scène des individus en quelque sorte «dépendants d'eux-mêmes pour sortir de leur dépendance», comme dans cette campagne anti-tabac qui montre une jeune fille prise aux lèvres par l'hameçon de sa dépendance, sans que l'on sache qui tient la canne située hors-cadre, comme un pouvoir dont les effets sont partout et l'origine nulle part (www.nhs.uk). Ceci serait presque anecdotique si cette rhétorique ne se prolongeait pas dans des pratiques cliniques dans le domaine des addictions qui misent parfois à l'excès sur les stratégies dites «motivationnelles», basées sur «une méthode de communication, directive et centrée-



sur-le-client utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence» (Miller 2000, cit. in Rossignol 2001). Comme le montre Luc Berlivet, cette conception «psychologisante et individualisante» va de pair avec la propension des professionnels de la santé à privilégier dans leur pratique la norme d'intériorité qui consiste à chercher à modifier les comportements des individus en les incitant à changer leurs «représentations», à renforcer leurs «motivations». Cette propension est intimement liée au renoncement relatif au modèle bio-médical dans lequel s'inscrit l'hygié-

nisme classique, mais elle tend à négliger le fait que les individus ne sont pas forcément les seuls ou les principaux responsables de leur situation (Berlivet 2004).

Sans nier l'efficacité de ce genre de prévention et de ces pratiques de santé, on peut les considérer comme symptomatiques du phénomène historiquement situé et socialement déterminé de l'intégration subjective du souci de santé. Ce phénomène est lié à la «société du risque», bien décrite par Ulrich Beck (2001). D'une part, la «culture du risque» produit de l'anxiété, par la prolifération de facteurs d'insécurité qui caractérisent bientôt tous les aspects de la vie sociale, corporelle et matérielle; d'autre part, cette anxiété généralisée engendre l'intégration subjective du «devoir de santé».

DEVOIR DE SANTÉ ET RESPONSABILITÉ

Dans le domaine de la santé comme dans d'autres de nos sociétés, «l'insistance mise sur la prolifération des risques va de pair avec une célébration de l'individu détaché des appartenances collectives, "désenchanté" (disembodied) selon l'expression de Giddens» (Castel 2003: 63). Cette individualisation du «devoir de santé», relativement récente sur le plan historique, modifie l'économie morale de la santé en instaurant un nouveau régime de responsabilité, relatif à son propre corps comme au corps d'autrui, un régime qui tend à produire une culpabilité subjective (le sentiment) et objective (la faute) comme normes socio-sanitaires. En d'autres termes, la responsabilisation individuelle en matière de «santé de soi» marquent un «tournant relationnel» en politique de la santé et, partant, dans le domaine de la prévention: le souci de santé de chacun implique le souci de santé de ses semblables, devenus les victimes potentielles de ses propres pratiques déviantes sur le plan des normes de santé.

Ce nouveau régime de responsabilité se traduit à un niveau plus général par une porosité croissante entre santé et droit: la santé s'affirme tendanciellement comme prescriptive de comportements adéquats aux règles de droit, et le droit colonise les comportements individuels liés à la santé. Cette alliance normative peut avoir d'inquiétants effets. L'un d'eux est le développement de résistances, conscientes ou inconscientes, face au modèle de l'«habitus autocontrôlé» qui est au cœur de la plupart des entreprises de prévention: fumeurs et buveurs récalcitrants, avortantes récidivistes, etc., autant de populations qui semblent échapper, ou vouloir échapper, à l'auto-administration rationalisée de sa santé. Aussi importe-t-il d'être vigilant car le mythe d'une sécurité totale peut conduire des individus à refuser l'idéal sécuritaire et prendre délibérément le chemin du risque. C'est peut-être là une raison du développement de ce que l'on pourrait appeler une «anti-socialité sanitaire» qui peut prendre la forme d'une subjectivité identitaire autour d'une «culture du risque».

Last but not least, un second effet possible de cette alliance normative est que la responsabilisation individuelle en

matière de santé et l'individualisation de la gestion des risques de la santé participent de la dissolution du système de prévoyance basé sur un principe de solidarité. Sans peindre le diable sur la muraille, il est sans doute aujourd'hui particulièrement important de rester vigilants afin que ne s'opère pas le basculement vers la «sanitarisation de l'individu» et l'«individualisation de la santé».

Bibliographie:

- (1) Ulrich Beck, La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité. Paris : Aubier, 2001.
- (2) Miguel Benasayag, La santé à tout prix. Médecine et biopouvoir. Paris : Bayard, 2008.
- (3) Luc Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention ». In D. Fassin et D. Memmi, Le gouvernement des corps, Paris : Ed. de l'EHESS, 2004, pp. 37-75.
- (4) Robert Castel, L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé. Paris: Seuil, 2003.
- (5) Jean-Pierre Dozon, «Les modèles de prévention», in D. Fassin & J.-P. Dozon, Critique de la santé publique, Paris, Balland, 2001, p. 23-46.
- (6) Alain Ehrenberg, Le culte de la performance. Paris: Calmann-Lévy, 1991.
- (7) Didier Fassin, «Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé», Anthropologie et sociétés 24 (2000), pp 95-116.
- (8) Michel Foucault, "La politique de la santé au XVIIIe siècle." In Dits et écrits: 1954-1988, Daniel Defert et François Ewald (éd.), Paris: Gallimard, 1994, vol. 3, pp. 13-27.
- (9) Michel Foucault, La volonté de savoir, Paris: Gallimard, 1976.
- (10) John Graunt (attr. à W. Petty), Natural and political observation... upon the bills of mortality, Londres, 1662.
- (11) Ian Hacking, Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Leçon inaugurale. Collège de France, 2001, (www.college-de-france.fr).
- (12) Bruno Latour, Les microbes: guerre et paix, Paris : A.M. Métailié, 1984.
- (13) Hervé Le Bras, Naissance de la mortalité: l'origine politique de la statistique et de la démographie, Paris: Gallimard: Le Seuil, 2000.
- (14) Anne-Marie Moulin, L'aventure de la vaccination. Paris : Fayard, 1996.
- (15) Vincent Rossignol, L'entretien motivationnel: un guide de formation. 2001 (www.entretienmotivationnel.org).
- (16) S.n., «Machine à faire travailler les invalides». Journal des Sçavants, n° XXI, lundi 20 juin 1678.
- (17) Andras Zempléni, «Anciens et nouveaux usages de la maladie en Afrique», in Traversée des mondes. ArtMédicine en Afrique, Lausanne: Fondation Claude Verdan, 2001, p. 39-56.

Courriel:

francesco.panese@unil.ch

POLITIQUE SOCIALE ET POLITIQUE SANITAIRE DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS: UNE INTERACTION À TROUVER

Simon Darioli, Chef du Service de l'action sociale, Sion

En partant de situations concrètes, l'auteur propose une réflexion sur ce qu'est la politique, sur les contradictions existant entre politique sociale et sanitaire, et les pistes à suivre malgré tout pour viser au bien commun. (réd.)

FLASH 1

En dix jours, la Foire du Valais à Martigny, écoule 100'000 litres de vin. Si l'on admet 200'000 visiteurs, adolescents, femmes, personnes âgées et professionnels de tous ordres (venus évidemment pour des raisons professionnelles) compris, cela représente une moyenne de 0,5 lt par personne et par visite... une vraie bacchanale... et encore on ne compte pas les hectolitres écoulés quotidiennement dans les manifestations d'après foire, celle-ci fermant ses portes à 21 h et la fête s'arrêtant à 2 h du matin, officiellement.

Attention, tout n'est pas laissé à l'abandon: à la sortie, sur la route, il faut s'attendre à des contrôles de police nombreux, la ligue valaisanne contre les toxicomanies tient un stand d'information au sein même de la foire et la manifestation dans sa globalité a obtenu le label «fiesta».

Il faut gérer les risques... sans remettre en cause la convivialité, certaine, et l'impact économique tout aussi certain de cette cérémonie cantonale. Je ne donne pas dans le sarcasme, ayant été moi-même fervent adepte de cette manifestation lorsque j'habitais Martigny.

FLASH 2

Le Valais encaisse chaque année env. 1 million de la dîme de l'alcool dont CHF 600'000.- reviennent à la LVT pour financer ses actions de prévention des problèmes liés à la consommation excessive d'alcool.

S'il n'y avait plus de consommation d'alcool fort, la LVT perdrait CHF 600'000.- de revenus, ce qui serait négatif en terme de politique d'entreprise, ou alors ces 600'000.- francs devraient être repris par l'Etat, ce qui serait mauvais en terme de politique budgétaire publique.

Conclusion: la réduction de la consommation d'alcool fort est, à courte échéance, une mauvaise nouvelle pour le canton et pour la LVT. Mais on peut boire du vin...

FLASH 3

À 27 ans, M. X, héroïnomanie ayant déjà traversé quelques cures de désintoxication et même une psychothérapie,

est intégré à un programme méthadone. Sa toxicomanie n'est pas résolue, mais il n'a plus besoin de voler, de trafiquer. Il arrive à se maintenir dans son emploi grâce à un employeur compréhensif. Il est devenu un toxicomane anonymisé, politiquement correct. S'il n'est pas guéri, il ne cumule plus les overdoses et les surinfections. À 60 ans, laminé, il entrera peut-être en EMS, prématurément vieilli, toujours pas guéri, avec un bilan d'existence socialement «normalisée».



Photo: Interfoto

DE LA POLITIQUE... ET DES POLITIQUES

Politique sociale, politique sanitaire, une interaction à trouver. Qu'est-ce qui relie le social et la santé? J'aborde la question avec un point de vue de non spécialiste, connaissant un peu la politique sociale, beaucoup moins les réflexions sur le domaine particulier des addictions, encore que j'y aie travaillé durant plus de douze ans. Mon ignorance relative apparaît comme un handicap. D'autres, beaucoup plus compétents, auraient avancé des analyses statistiquement et scientifiquement étayées, proposé des modèles. Je n'ai qu'une interrogation, perplexe et amusée, à formuler: 100'000 litres pour 200'000 entrées, c'est tout de même un chiffre significatif.

Premier point de repère pour avancer dans la réflexion: entre politique sociale et politique sanitaire, il y a un dénominateur commun, le terme politique. Mais qu'est-ce que la politique?

Prenons le risque de revenir aux définitions premières.

La politique est l'art d'organiser la cité, en prenant en compte tout ce qui la constitue, c'est-à-dire son identité collective, qui doit être dans toute la mesure du possible, le reflet et la somme des identités individuelles. Si cet équilibre est rompu de manière trop flagrante, il se rétablit par la révolution ou démocratiquement, par le renversement de majorités.

La question se pose à tout politique, quel que soit le régime qui l'a investi de sa charge: comment concilier le bien commun et le bénéfice particulier? Même les pires dictateurs ne peuvent éluder la question par le recours à la force. Irrémédiablement, un jour ou l'autre, le rapport de force s'inverse.

La politique ne peut donc qu'être un exercice global qui intègre du mieux possible les visions sectorielles, les politiques particulières.

- La politique de la santé vise à soigner, c'est-à-dire à reculer les limites de la maladie et de la mort. Elle le fait par des approches collectives d'organisation, de prévention et d'intervention ayant pour objectif la réduction des risques.

Se profile la perspective d'une grippe AH1N1, les autorités politiques décident l'achat de millions de vaccins, et se montrent un peu décontenancées quand la grippe tarde à venir. À leur décharge, si elle arrivait alors qu'elles n'auraient pas prévu de vaccins, on ne manquerait pas de les clouer au pilori pour manque de vision et irresponsabilité.

En définitive, même s'il vise la limitation des coûts publics par l'amélioration de la santé générale, l'objectif de la politique de la santé reste la mise à disposition d'une offre de prestations permettant un mieux-être individuel. Vu sous l'angle de cette logique, la maladie et la mort étant inéluctables, la progression des coûts de santé est inexorable.

- La politique sociale rejoint celle de la santé dans sa finalité, le mieux-être individuel, mais dans une autre perspective, moins centrée sur la personne. En effet, si, dans le domaine sanitaire, une pathologie, au vu de l'efficacité des moyens mis en œuvre pour la combattre, peut être ramenée à la sphère individuelle, dans le domaine social, le mieux-être s'inscrit toujours dans une dimension relative et collective et n'a qu'un rapport indirect avec la notion de bien-être ou de bonheur.

Ayant bénéficié de prestations sanitaires, je serais peut-être en meilleure santé. Après avoir reçu des prestations sociales, je ne serais pas forcément plus heureux.

En fait, par le soutien aux individus, la politique sociale a pour objectif premier la cohésion sociale. Il s'agit de permettre à toute personne de disposer d'un minimum

d'existence ou de soutien afin d'éviter que les aléas de la vie, appelés risques dans le système d'assurance (vieillesse, invalidité, accident, maladie), ne rejettent des groupes entiers de la population au banc de la société, la menaçant ainsi dans sa cohésion.

... poussé à son extrême, le libéralisme conduit à la mort des politiques publiques.

Il est intéressant de comparer les critères d'octroi d'une prestation sanitaire, qui ne souffre guère d'une remise en question, et ceux d'une prestation sociale, beaucoup plus flexibles. Un comportement à risque n'a guère d'incidence sur les choix thé-

rapeutiques. Il peut par contre amener une réduction importante des prestations d'assurance. L'évolution des modalités d'application de l'assurance chômage ou de l'assurance invalidité de ces dernières années, ayant pour objectif déclaré la limitation des coûts, le démontre aisément.

Derrière ces disparités, c'est la notion de responsabilité individuelle qui est en jeu et elle n'est pas identique dans le domaine de la santé et du social. L'augmentation du chômage qui échappe totalement à la responsabilité propre des individus, se traduit par des propositions explicites de réduction de la durée d'indemnisation, ce qui touche directement les individus. Bien que les tentatives existent, les mêmes mécanismes ne peuvent se mettre en place aussi facilement dans le domaine sanitaire.

La politique sociale est donc indissociable de la notion de cohésion et de stabilité sociale. De la sécurité sociale à la sécurité publique, il n'y a qu'un pas que nous franchirons allégrement. Les deux visent un objectif assez proche: limiter les risques de déstabilisation de l'ensemble social découlant d'inégalités inacceptables, génératrices de troubles ou de comportements perturbateurs de l'ordre et de la sécurité publique. Dans les deux situations, il s'agit de limiter les facteurs d'insécurité.

Qu'est-ce qui en définitive relie les différentes politiques publiques grossièrement esquissées ici? On pourrait y ajouter la politique de l'environnement, celle des transports, celle de l'énergie. Il faut revenir à la définition première: la politique est l'art d'organiser la cité. Oui, mais en vue de quoi? De sa prospérité économique, simplement. Réducteur, direz-vous? Pas sûr... Toutes les politiques sectorielles ne peuvent se développer que dans la mesure où la collectivité est à même de les financer, et tout Etat constate à ses dépens qu'il ne peut dépenser que ce qu'il a encaissé par le biais de la fiscalité directe et indirecte. Sur quelles bases le fait-il? Le débat occupera encore quelques générations et ce n'est pas le propos de le discuter ici. Une chose est certaine, nous l'avons appris, ou tout au moins, nous devrions l'avoir appris: poussé à son extrême, le libéralisme conduit à la mort des politiques publiques. À son extrême, l'approche collectiviste aboutit à leur asphyxie, ce qui n'est guère mieux.

ET LES ADDICTIONS DANS TOUT CELA?

En quoi cela concerne-t-il le visiteur de la foire du Valais qui, dix jours durant et 355 jours encore dans l'année, n'a pas réussi à rester en dessous de la moyenne arithmétique et socialement admise de consommation ?

En quoi cela change-t-il le quotidien du toxicomane sous traitement à la méthadone qui, avant d'aller rejoindre son petit job, passe par la pharmacie du coin chercher son via-tique prescrit?

Soyons honnêtes, en rien ou presque rien et ce presque rien, c'est nous, vous, moi, qui sommes appelés à mettre en œuvre des politiques publiques, forcément sectorielles, forcément contradictoires avec d'autres politiques publiques. Au jour le jour, il n'y a guère d'autre issue que d'accepter le compromis et de grignoter des parts de liberté d'action et les moyens de les mettre en œuvre.

Au-delà de toutes les contradictions, deux modes d'approche, l'un tactique et l'autre plus fondamental me paraissent possibles.

- Sur le plan tactique, nous devons accepter que notre vision partielle ne soit qu'un élément de l'art de gouverner la cité, mais aussi de dire et de faire accepter que notre approche apporte une plus-value à la concrétisation de l'objectif commun à toutes les politiques qui visent la prospérité, l'équilibre et la pérennité de la cité.
- Nous pouvons aussi appuyer notre action sur l'éthique, à savoir que face à la maladie, à la mort, à l'exclusion, à la souffrance, nous partageons tous une destinée commune. La politique sanitaire et la politique sociale n'ont de sens que dans leur impact sur la réalité des personnes. Celle qui est dépendante de l'alcool ou de n'importe quelle autre substance est probablement, plus que d'autres encore, révélatrice des contradictions qui font une société. Elle est peut-être aussi notre voisin, notre parent, ou nous-mêmes à certains petits matins glauques devant le miroir.

Toutes les politiques publiques ne sont que la somme des engagements individuels exprimés dans les actes quotidiens ou dans l'urne. On aimerait bien que les choses soient plus simples, mais si elles l'étaient, aurait-on le même désir de lutter et le même plaisir de vivre? On aimerait surtout pouvoir s'appuyer sur des réponses toutes faites, sur des modèles rassurants, renvoyer la responsabilité sur d'autres épaules.

L'interaction entre politique sanitaire et politique sociale passe inévitablement par la prise en compte des contradictions qui peuvent opposer intérêt public et liberté individuelle. Entre les deux, la politique essaie de trouver le chemin le plus juste. Cette voie est plus une question qu'une réponse. Elle est peut-être à chercher chez Albert Camus: *«Sachons prendre la justice dans ce qu'elle a d'humain, sans la transformer en cette terrible passion abstraite qui a mutilé tant d'hommes.(..) Que serait la justice sans la chance du bon-*

heur? (..) Naturellement, c'est une tâche surhumaine mais on appelle surhumaines les tâches que les hommes mettent longtemps à accomplir. Voilà tout.»

Courriel:

simon.darioli@admin.vs.ch

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA
Ruchonnet 14, c.p. 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions, GREA,
Pêcheurs 8, c.p. 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction :

Corine Kibora, ISPA
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
Directeur Infor-Jeunes, Genève
Cédric Fazan
Directeur A.C.T, Montreux
Michel Graf
Directeur ISPA, Lausanne
Etienne Maffli
Psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
Socio-anthropologue, Genève
Viviane Prats
Enseignante EESP, Lausanne
Gérald Progin, responsable
Espace Prévention, Aigle

Administration et abonnements :

ISPA, c.p. 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@sfa-ispa.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

CH: Frs. 45.- par an
Etrangers: Frs. 57.- par an

Résiliation

Délai au 30 novembre pour le 31 décembre

Les articles signés n'engagent que leur auteur

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique

Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368



Entretien motivationnel (niveau 2)

Dates: Lundi 18 et mardi 19 janvier 2010

Entretien motivationnel

Dates: Lundi 1er, mardi 2 mars et lundi 22 mars 2010

Les troubles du comportement alimentaire : une addiction?

Date: Jeudi 11 mars 2010

Réduction des risques

Dates: Mardi 16 mars, jeudi 25 et vendredi 26 mars 2010

2èmes Assises du Travail Social Hors-Murs

Date: Mardi 23 mars

Alcochoix+

Date: Mardi 13 et mercredi 14 avril 2010

Sexualité et addictions

Date: Lundi 19 avril 2010

La consommation d'alcool et les personnes âgées

Date: Vendredi 7 mai 2010

Addictions à l'adolescence et thérapie multidimensionnelle

Dates: Mardi 1er et mercredi 2 juin 2010

**Plus d'informations et inscriptions
sur www.grea.ch**



sfa / ispa 

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie