

# Prévention et promotion de la santé: quelle place choisit le clinicien?

Du 16 au 18 novembre 2006 se tiendra à Montreux la 14<sup>e</sup> Conférence européenne de santé publique. Si la FMH a pleinement soutenu cette manifestation, il n'est pas inutile de rappeler que celle-ci a lieu dans le contexte d'une réflexion sur une nouvelle réglementation de la prévention et la promotion de la santé en Suisse.

Comme gérant du ressort prévention et promotion de la santé à la FMH, c'est l'occasion de porter un regard clinique et «décagé» sur l'idéal totalitaire de bonne santé et de rentabilité qui sous-tend de plus en plus la politique de ce domaine.

La référence au totalitarisme n'est pas inappropriée compte tenu des indices sociaux d'une politique sanitaire dans l'embaras, de représentations démocratiques de la santé en crise et de la tentation sécuritaire d'y répondre par toujours plus de règles et d'ordre(s) [1]. Un grand quotidien italien [2] s'est récemment interrogé sur les conséquences de cette politique qui dicte aux citoyens des changements de comportement. Cet article ne contestait aucunement le bien fondé, pour la santé, de mesures sanitaires dites «hard» – comme l'interdiction de la cigarette dans les lieux publics – mais il s'interrogeait sur «*le développement progressif et parallèle d'un paternalisme politique soft*» qui n'interdit plus, qui ne punit pas, mais qui influe dans les styles de vie et les comportements des individus au moyen d'incitatifs indirects. La «*sin licence*», littéralement *le permis de pécher*, à l'essai dans certains états des USA ou encore la discrimination des ouvriers fumeurs [3] sur le lieu de travail et les interventions dans la vie privée [4] étayaient cette inquiétude.

Education sanitaire, uniformisation, normalisation et surtout rentabilité des conduites et des comportements sont les indices de ce paradigme médico-économique de l'individu. Ces instruments, qui visent le bien-être supposé du citoyen, mettent sous tension non seulement le concept de démocratie mais aussi les libertés individuelles. Ce paradigme oppose une pratique clinique fondée sur la pathologie, l'intime et une «*éthique de la conséquence*» [5] à une pratique de la responsabilité individuelle calquée sur la rentabilité économique d'un déterminisme biologique et d'un volontarisme éducatif, juridique ou encore psychologique!

La responsabilisation demandée au citoyen ne vise pas de faire sien quelque chose des conséquences de ses dires et de ses actes mais veut éviter le coût du dommage de choix de vie singuliers. Elle opère «*un déplacement de la responsabilité juridique*» [6] vers une logique de la précaution soutenue par la vision médico-économique du citoyen à qui l'on demande de devenir «*un sujet entrepreneur rentable de lui-même*» [1]. Cet usage biaisé de la notion de responsabilité nourrit «*l'utopie d'une civilisation orientée seulement par l'intérêt, conduisant au bonheur du plus grand nombre, au bien public, issu de l'addition des biens individuels*» [5] et évite soigneusement de questionner l'intime du choix de chaque citoyen.

Une lecture clinique plus étroite nous apprend que plus nous voulons le bien du patient plus nous risquons de convoquer – en même temps et comme effet – sa destructivité. Cette idée du bien

qui repose sur le moins de coûts tend à faire disparaître l'identité même du sujet citoyen. C'est en cherchant à ne pas se laisser réduire aux catégories «du bien» ou «du mal» que le citoyen risquera des conduites que le politique et l'assureur voulaient précisément qu'il évite. La logique du bien est paradoxalement de tourner au pire, puisqu'elle finit par imposer par la force ce à quoi le citoyen ne veut pas se résoudre en raison de mouvements inconscients que certains de nos politiciens et économistes ont fini par appeler de la «mauvaise volonté».

Comment articuler une prévention et une promotion de la santé avec les libertés et les singularités cliniques individuelles sans en passer par des évaluations, des interventions comportementales, des injonctions surmoïques et d'autres idéaux de santé issus d'une économie dans la maladie? Si les pistes ne sont pas à chercher chez les seuls cliniciens, un lieu qui articulerait nos impasses et nos limites reste à inventer et à mettre en place. Notre propre contribution est de montrer les manières de faire avec la part d'incurable qui existe chez le diabétique, le séropositif, l'arthrosique, le psychotique, l'obèse, l'anorexique, le délinquant et ... le fumeur! Une part d'incurable que le patient nous demande de traiter!

Entre la singularité clinique de chaque cas et «*le citoyen-entrepreneur de lui-même rentable*» à qui la logique néo-libérale demande de se conduire selon un mode de vie réglé sur une vérité statistique et économique, quelle place le clinicien choisira-t-il d'occuper? [7] Les contributions médicales de ce congrès nous éclaireront sans aucun doute davantage. Je vous encourage donc à vous y convoquer.

R. Raggenbass,  
membre du Comité central de la FMH,  
responsable du ressort Santé et Prévention

- 1 Gori R, del Volgo M-J. La santé totalitaire: essais sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël; 2005.
- 2 Ferrera M. Fumo e obesità avanza il paternalismo. Corriere della Sera, 10 août 2006.
- 3 Bogadi F. Un patron suisse peut-il recaler un candidat parce qu'il fume à la maison? Le Temps, 16 août 2006. Fin 2005, l'ONU à Genève voulait aussi exclure les employés fumeurs.
- 4 Steinbrook R. Imposing personal responsibility for health. N Engl J Med. 2006;355(8):753-6.
- 5 La Sagna P. De l'utilité publique de la psychanalyse. La Cause Freudienne, n°63, p. 9-10.
- 6 Ruby C. Se déprendre de l'autorité de la responsabilité. Dans: Haggart NE. Politique et responsabilité: enjeux partagés. Paris: L'Harmattan; 2003. p. 301.
- 7 Bishop G, Brodkey AC. Personal responsibility and physician responsibility. N Engl J Med. 2006;355(8):756-8.