

PRÉVENTION DES CANCERS

Les politiques de prévention contre le cancer ont acquis une forte visibilité *sociétale* : sur les radios, à la télévision, dans la presse, elles sont désormais omniprésentes, nous pressant de manger comme-ci ou comme-ça, de faire du sport, d'arrêter de fumer, de boire, de s'exposer au soleil... Elles ne cessent, d'année en année, de s'amplifier et de s'enchaîner, comme si désormais la mesure était prise d'une explosion numérique des cancers qu'il faudrait mieux prévenir que soigner. Tout un chacun, compte tenu de son âge et de son potentiel de risque individuel, est susceptible de recevoir un courrier l'incitant à aller se faire dépister gratuitement, qui pour le cancer du sein, qui pour les cancers colorectaux, parfois pour les deux. Un geste apparemment simple. Cette pratique massive et organisée signifie-t-elle que nous assistions à l'émergence d'une véritable culture de prévention du cancer ? Mais qu'est-ce qu'une culture de prévention ?

Prévenir, c'est protéger de l'apparition d'une maladie en *anticipant* et *neutralisant*, en nous et hors de nous, la possibilité d'apparition de la maladie cancéreuse. Raisonons sur une autre maladie que le cancer : la grippe, une maladie virale qui a fait son retour en force sur la scène de la santé mondiale. On sait qu'en cas de pandémie, n'importe qui peut être porteur du virus et donc contagieux. Mais il est possible d'anticiper et de neutraliser celle-ci en adoptant une série de mesures prophylactiques destinées à protéger les individus et les collectivités du virus de la grippe. Ce sont des gestes « simples » qui minorent sans éliminer complètement le risque de contagion :

- se laver les mains systématiquement plusieurs fois par jour ;
- se protéger le visage à l'aide d'un masque prophylactique ;
- assainir et filtrer les systèmes de ventilation et de climatisation ;
- vacciner précocement la population à risque, les enfants, les personnes âgées et les personnels soignants ou exposés.

Ces mesures sont constitutives d'une *politique de prévention*. Mais pour qu'elle n'apparaisse pas comme une opération de communication, pour qu'elle corresponde aux représentations que nous avons de notre propre santé, pour que les contraintes générées nous paraissent aller dans le sens d'un mieux-vivre, pour que ces comportements soient adoptés et ressentis comme efficaces, une *culture de prévention* est requise.

Le même raisonnement peut être tenu et même renforcé à propos de la disparition progressive, à partir des années 1950, de la tuberculose. Trois séries de facteurs ont concouru à cet effacement relatif : tout d'abord, la découverte et la mise sur le marché de médicaments capables de soigner cette maladie, notamment la streptomycine en 1946 et le **Rémifon** en 1952 ; ensuite, la mise au point et la diffusion d'un vaccin capable de prévenir l'apparition de la maladie : le BCG ; enfin, la diffusion progressive de règles d'hygiène collectives, qui ont contribué à ce recul décisif de la maladie (notamment la disparition des gobelets accrochés aux fontaines

publiques véritables vecteurs de la maladie, que tout le monde utilisait). Leur influence conjointe définit ce que l'on pourrait appeler le modèle « infectieux » ou modèle pastorien, qui articule dans un même effort soin *et* prévention.

Il n'y a pas ici d'opposition entre « politique » et « culture » de prévention qui se rejoignent voire se confondent dans l'esprit populaire. Ce que l'on appelle « culture de prévention », un ensemble de représentations qui nous enjoignent de transformer notre mode de vie, est d'autant mieux acceptée que la politique de prévention associée apparaît véritablement efficace pour anticiper, endiguer et empêcher la maladie. Et ce qui est désigné ici comme « culture de prévention » n'est pas là pour suppléer une politique de prévention défaillante mais vient au contraire la compléter et démontrer son efficacité.

QU'EN EST-IL DU CANCER ?

Quoi de plus *évident* en apparence que la nécessité de prévenir le cancer ? Mais quoi de plus *difficile* en réalité que la mise en place d'une prévention efficace car s'agissant du cancer, le « modèle infectieux » de type pastorien ne fonctionne pas... À l'exception toutefois de l'infection primaire du col de l'utérus due au HPV ou *papillomavirus*, qui peut dégénérer en cancer. Pour tous les autres cas, les causes du cancer sont multifactorielles et complexes et les formes de la maladie multiples, selon qu'il s'agit d'une leucémie, de la maladie de Hodgkin, du cancer du poumon, des intestins ou du côlon, du sein, de la vessie... Seuls le dysfonctionnement cellulaire et le déroulement de la maladie – *Les Temps du cancer* – semblent obéir à une logique identique. Car l'apparition du cancer relève tout autant de risques situés *hors de nous*, auxquels la société et nos habitudes de vie nous exposent, que de dangers qui, *en nous*, seraient naturellement liés au fonctionnement même de nos cellules. Peut-on identifier un lien entre cette exposition à des risques multiples et répétés, et le fonctionnement aberrant de nos cellules cancéreuses ? Pour l'instant, cette question reste objet de polémiques. Pourquoi ? Parce que les études actuelles sont encore insuffisantes pour indiquer et mesurer avec précision les seuils qui rendent ces expositions dangereuses. C'est le cas par exemple du risque, non encore mesuré, des expositions aux micro-ondes émises par les téléphones portables ou par les antennes relais, qui couvrent tout le territoire et permettent d'assurer la continuité du réseau.

Il existe donc trois modèles de prévention : celle qui fait obstacle au mal hors de moi – modèle infectieux –, celle qui anticipe, calcule et supprime les risques d'exposition – modèle sociétal et professionnel – et celle qui fait obstacle au mal en moi – modèle cancéreux « individuel ».

Une politique de prévention réussie comporterait nécessairement une dimension par laquelle j'échappe à un mal prévisible ou à un risque calculé parce que l'on peut en anticiper les signes annonciateurs et donc l'apparition. Idéalement on peut considérer qu'elle m'en prémunirait quasiment à 100 %. Mais qu'en est-il des cancers « individuels » ? Puisque le modèle infectieux ne suffit pas, c'est-à-dire puisqu'une politique de prévention ne peut être efficace, qu'est-ce que *concrètement* prévenir les cancers ? Peut-on, dans l'état actuel des connaissances scientifiques

prévenir l'apparition des nombreux cancers existants et de leurs formes multiples ? Que deviennent ces politiques de prévention dont les campagnes de vaccination fournissaient le référentiel idéal ? Qu'est-ce qu'on sait et qu'on ne sait pas ? Qu'est-ce qui reste hypothétique, qu'est-ce qui appartient au registre de la rumeur ? Qu'est-ce qui relève des croyances individuelles et collectives ?

En termes de certitudes éprouvées et démontrées par de longues études épidémiologiques, on ne sait presque rien... Pas assez, en tous les cas, pour tenir un discours clair et audible sur la manière de prévenir *les* cancers. Pas assez pour convaincre le grand public qu'un changement d'habitudes alimentaires serait de nature à prévenir l'apparition de cancers. Les informations sont trop contradictoires, trop variables, trop floues pour être prises au sérieux. Faut-il éliminer toute boisson alcoolisée ? En 2009, l'Institut national du cancer, par la bouche de son président, soutenait que le premier verre de vin, à l'instar de la première cigarette, était cancérigène. David Khayat, qui fut le premier président de l'INCA, affirme qu'il n'en est rien. S'appuyant sur les 28 études scientifiques recensées par le World Cancer Research Fund qui ont évalué les risques de cancer de la bouche des consommateurs de vin, il soutient « que les buveurs excessifs auraient 2 % de risques supplémentaires de cancers de la bouche par rapport aux buveurs modérés ». Et de conclure que le premier verre n'est pas cancérigène. David Khayat ajoute que la situation est la même pour les cancers du côlon, du sein, ou même du foie où seul l'excès d'alcool – au-delà de 30 g d'éthanol par jour – entraînerait une augmentation par ailleurs très faible (1 à 6 %) du risque. Le grand oncologue s'autorise même à recommander deux verres par jour pour les femmes et verres pour les hommes... Aucune explication quant à cette différence. Et pas un mot pour expliquer ce qu'est la quantité autorisée, la forme du verre, sa taille et s'il est à moitié vide ou à moitié plein... Faut-il manger plus de fruits, plus de légumes ? Faut-il qu'ils soient issus de l'agriculture biologique ? Comment se fait-il qu'on n'en sache pas plus sur les seuils d'exposition « tolérables », s'ils existent, aux pesticides contenus par les produits issus de l'agriculture intensive ? Trop d'enjeux industriels ne ralentissent-ils pas la prise en compte de certains résultats ? A-t-on mesuré *réellement* sur des études longitudinales les effets à long terme de tel ou tel régime alimentaire ? Il n'est pas question ici de décrédibiliser la prescription actuelle selon laquelle il faut manger en moyenne 5 fruits et 5 légumes par jour : mais sur quelles études convergentes reposent de telles prescriptions ? Ne risquent-elles pas, en l'absence de certitudes scientifiques, d'apparaître comme relevant d'un corpus de croyances préscientifiques ? N'est-ce pas le risque que court cette notion de culture de prévention ? De paraître étrangère à la culture médicale hospitalière, celle des essais cliniques et des certitudes éprouvées et validées par la communauté scientifique ?

La culture de prévention reste le parent pauvre de la culture médicale occidentale, qui privilégie le soin. Ne serait-ce pas qu'on ne lui reconnaît pas le statut de médecine à part entière ? Pourtant, quelques certitudes émergent, malgré une opposition parfois féroce des industriels qui sont mis en cause. L'amiante, le soleil, les pesticides et le tabac sont clairement reconnus, ou sur le point de l'être, comme les

causes de pathologies cancéreuses multiples mais bien identifiées. Si la *connaissance* des risques cancéreux liés à la consommation du tabac ou à l'exposition à l'amiante sont connus depuis fort longtemps, la *reconnaissance* et la *prise en charge sociale* de ces risques ont fait l'objet d'un combat plus militant que médical. On peut être sûr que d'autres risques ne manqueront pas d'émerger dans les années à venir, sur lesquels les citoyens que nous sommes aimeraient être informés. Or la première étape indispensable d'une culture de prévention, c'est la transparence de l'information, autrement dit la possibilité d'avoir accès à une information réelle, objective, scientifique et régulièrement mise à jour. Un des objectifs actuels de l'épidémiologie du cancer devrait donc consister à *traquer, identifier, apprécier et faire reconnaître* toute une série de risques et d'exposition, dans un contexte tant privé que collectif.

On ne sait pas soigner le cancer du fumeur mais on sait par contre comment arrêter de fumer, étant bien entendu qu'un cancer du poumon peut se développer même chez un non-fumeur.

Prévenir constitue à cet égard un acte thérapeutique à part entière, c'est donc un acte qui ne doit pas être laissé à la charge seule des individus mais qui doit être conçu, choisi et organisé collectivement, un acte qui relève d'une politique de santé publique.

POUR PRÉVENIR QUOI ? EN VUE DE QUOI ?

Le philosophe Pierre Zaoui, dans un article paru dans la revue *Vacarmes* en janvier 1997 affirmait : « Une politique de santé responsable est d'abord une politique de prévention, de prophylaxie. On parle même aujourd'hui de médecine prédictive à venir, une médecine qui permettrait de prévoir les maladies pour mieux les éradiquer. Nul ne peut être en désaccord avec cette idée, la plus simple, la plus rationnelle, la plus efficace pour diminuer les dépenses de santé. Il est plus rationnel de se laver les mains que d'attraper le choléra. Et l'on est même en droit de s'en prendre à l'État quand celui-ci déroge à ce premier principe de santé publique, comme aux débuts de l'épidémie du sida.

Un seul problème toutefois : la politique du "tout préventif", cela s'appelle, depuis le XVIIIe siècle, l'hygiénisme, et l'idéal hygiéniste est un monde pur, aseptisé, propre, sain de corps et d'esprit, en bref un monde sans vices, c'est-à-dire un monde de pur cauchemar, parfaitement invivable, où il n'est plus besoin d'avoir la peste pour être traité comme un pestiféré. »

La question mérite d'être entendue et reprise. Car il semble bien que Pierre Zaoui marque la limite inhérente à toute culture de prévention. D'un côté, il promeut une culture de prévention et défend l'utilité publique des politiques qui en découlent : au point même que toute absence ou négligence dans ce domaine pourraient être tenues pour criminelle. De l'autre il questionne l'idéal politique et la culture sociétale dont elles relèvent : en d'autres temps on aurait dit qu'il souligne que cet idéal normatif d'une culture de prévention de type hygiéniste dénonce un choix de société qu'il faut interroger, penser, nommer...

Une politique de prévention ne saurait donc être confondue avec une culture de prévention. Et il ne suffit pas d'instaurer et de promouvoir des politiques de prévention pour créer une culture de prévention. Une politique se pense, se conçoit, se décrète voire parfois se vote, s'applique, mais une culture ? Peut elle se voter ou se décréter ? Quelles sont les conditions de son émergence ? Reprenons l'exemple du tabac. De quoi relève l'interdiction de fumer dans les lieux publics ? À première vue, elle relève assez clairement de la politique puisqu'il s'agit d'une loi qui réglemente les rapports entre les hommes dans les espaces publics en protégeant notamment les travailleurs exposés à la cigarette du fait de leur activité professionnelle, comme les serveurs dans les bars et les restaurants.

On peut pourtant, dans cette interdiction, relever qu'en modifiant un comportement devenu une sorte d'habitude, de mode d'être au monde et de mode d'être ensemble, on s'attaque là à une culture, voire à un culte, celui de la cigarette et de tout ce qu'elle implique de postures, de gestuelles, d'usages, de signification sociale... Pendant longtemps, la première cigarette a été considérée comme une sorte de rite initiatique dans des sociétés qui en sont dépourvues, de même que le premier rapport sexuel marque l'entrée dans le monde des adultes... Ce n'est que très récemment que la cigarette a cessé de véhiculer cette image socialement valorisée...

Convenons donc qu'une culture implique, engendre, définit et utilise un système de représentations et de normes conscientes et inconscientes qui permettent à chacun de se situer par rapport à tous : une culture, ce serait donc un mode d'être qui donne un horizon de sens au monde. Si on peut définir et lancer une politique, on ne peut donc le faire s'agissant d'une culture : on ne peut qu'étudier les conditions de son émergence, ce qui implique, pour lancer une politique qui ne se heurte pas à des résistances insurmontables de comprendre dans quelle histoire sociale et culturelle on s'inscrit. À partir de là, et s'agissant de la question de la prévention, il faut distinguer *politique* et *culture* de prévention pour comprendre comment elles peuvent interagir l'une sur l'autre, comment elles peuvent éventuellement se générer ou se heurter frontalement l'une l'autre.

Ainsi cette loi récente qui interdit la consommation de cigarettes au nom d'un double principe de santé publique et de protection des travailleurs fait pièce aux politiques commerciales agressives des grandes compagnies de tabac qui ont créé et entretenu ce goût pour le tabac, transformant ce qui n'est rien d'autre qu'une addiction tolérée et protégée pour des raisons financières, en un élément qui participe à la fois d'une culture contestataire et d'une culture de conformisme social. Qu'est-ce qui différencie, *in fine*, une politique d'une culture de prévention ? Toute politique relève de la logique de l'action, immédiate, aux effets visibles... une culture, elle, et singulièrement une culture de prévention implique le long terme, le temps long de l'éducation et de ses effets diffus, la lente durée de la diffusion d'une idée ou d'un ensemble de représentations qui vont modifier notre façon d'envisager notre rapport au monde, aux autres, à nous-mêmes, à la valeur de notre existence.

COMMENT SE CONSTRUIT UNE CULTURE DE PRÉVENTION ?

De fait, une politique de prévention, en France ou ailleurs, peut se heurter à l'écueil d'une culture qu'elle soit sanitaire ou idéologique (comme c'est le cas par exemple pour la diffusion et la consommation massive du tabac) qui n'est pas nécessairement celle de la prévention, contrairement à celle d'autres traditions nationales. Dans la culture médicale chinoise par exemple, une large place est faite à la prévention, partie intégrante de la consultation d'acupuncture, qui n'est pas seulement destinée à soigner mais aussi à prévenir. Une consultation de prévention : s'agissant du cancer, on se prend à rêver quand on sait que les médecins cancérologues – dont le nombre est en baisse constante alors que la maladie cancéreuse, elle, est en hausse – ont déjà du mal à gérer le temps thérapeutique.

Par qui alors et comment peut être porté en France ce souci de la prévention, de l'instauration d'une culture de prévention ? Pas par les médecins cancérologues qui n'ont pas le temps de mener et de promouvoir ce travail de prévention, par ailleurs peu « payant » parce que peu spectaculaire en termes d'image et de résultats immédiats. Elle n'est pas portée non plus par ceux qui participent à l'élaboration des politiques de prévention successives, qui se suivent, se ressemblent ou se contredisent – selon l'humeur politique du moment et ce qu'une présidence cherche à rendre visible de son action. Évidemment, un certain nombre d'institutions publiques sont sensées être porteuses de cette culture de prévention : l'INPES et le CFES notamment, mais elles sont étroitement dépendantes du pouvoir politique et à ce titre souvent impuissantes à impulser une véritable culture de prévention. C'est la société civile qui porte ce souci de la prévention : les journalistes, les chercheurs en sciences humaines, les associations de malades ou d'ex-malades, les militants, les écologistes voire les nutritionnistes et sans doute aussi les médecins généralistes. Ce sont eux qui attirent l'attention du public sur l'intérêt qu'il y a à promouvoir des idées, à travailler dans le sens d'une diffusion massive d'idées qui modifient nos habitudes et nous invitent à reconsidérer nos modes de vie : ce sont eux qui se préoccupent d'éduquer le public – ressort propre de la culture – et non pas seulement de régler et d'interdire – principal outil de toute politique. S'est-on vraiment interrogé, à partir de ce positionnement complexe de la prévention, sur ce qui était susceptible de fonder une culture collective durable de la prévention des cancers ? En d'autres termes, s'est-on vraiment préoccupé de penser la prévention des cancers dans la *longue durée*, c'est-à-dire dans la temporalité propre à l'histoire des mentalités ?

En matière de cancer, faut-il imputer l'augmentation constante de la maladie depuis vingt ans à l'inefficacité des politiques de prévention ? Ou, au contraire, faut-il constater que la prévention du cancer est récente et donc inévaluée dans ses effets ? Faut-il aussi souligner que la confusion qui règne entre dépistage et prévention n'est pas propice à une évaluation sereine des politiques ? Le dépistage demande en effet un engagement qui se limite au recours à une technique, qui se répète à intervalles réguliers mais espacés dans le temps. Mais si être dépisté signifie « être éventuellement *prévenu* » qu'on est passé du côté des malades – sans que l'on se sente

d'ailleurs nécessairement *malade* –, le dépistage ne signifie pas pour autant qu'il *prévienne*, c'est-à-dire qu'il anticipe et neutralise l'apparition de la maladie – il ne fait, au mieux, et c'est un point de discussion à l'intérieur du monde médical, qu'anticiper les effets les plus massifs et les plus délétères de la maladie afin de permettre une mise en place des soins, quand ils existent pour ce type de cancer, plus précoces. Ce que l'on appelle la prévention (alcool, tabac, alimentation, soleil...) au sens premier et primaire du terme, nécessite un effort continu et une modification substantielle des modes d'existence : elle est de ce point de vue relativement invasive, pouvant justifier l'intervention dans tous nos comportements et bousculer ainsi nos modes de vie. Elle implique, d'entrée de jeu une efficacité avérée par l'histoire médicale (*cf.* l'apparition et la généralisation des vaccins, l'hygiène...). La prévention, de ce point de vue, est assimilable à une politique de soin anticipée puisqu'elle empêche voire éradique l'apparition de la maladie.

DEUX PARADIGMES DE CULTURE DE PRÉVENTION L'HYGIÉNISME ET LE TOUT-DÉPISTAGE

On assiste actuellement à la montée en puissance d'au moins deux politiques, dont il faudrait interroger la *prétention* à promouvoir des cultures de prévention susceptibles de transformer radicalement non seulement nos modes de vie mais aussi notre culture démocratique.

Le « tout-dépistage » : conçu comme une véritable clef de la santé publique, permet effectivement de sauver des vies, mais est confondu avec la prévention. Il faut néanmoins distinguer entre prévenir, qui empêche la maladie d'apparaître, et dépister, qui consiste à identifier une pathologie existante, qu'elle soit déclarée ou non, et qu'elle soit « curable » ou non. L'« interdiction » – assortie de sanction et de « peur du gendarme » –, semble souvent la *seule solution politique* lorsque la prévention *incitative* ne semble *marcher ni assez bien ni assez vite*. Mais la coercition, qui peut être efficace pour sauver des vies – comme par exemple les morts sur la route – ne l'est qu'en creux, par défaut d'une culture de prévention fondatrice de politiques de prévention citoyenne, responsabilisante et pourquoi pas... *joyeuse* ! À la suite de Pierre Zaoui, on peut donner un nom à ces cultures de prévention dont le tout-dépistage, voire le tout prévention et l'interdiction sont les signes extérieurs les plus visibles : l'hygiénisme.

Les États qui ne font aucune prévention sont des États parfaitement irresponsables, et parfois criminels. Les États hygiénistes nous ouvrent les portes d'un enfer invivable et de surcroît hypocrite, parce qu'évidemment l'hygiénisme, ça ne marche pas, sauf pour la vitrine. Par derrière, c'est soit la répression, c'est-à-dire l'enfermement ou l'exclusion de tous les déviants (la chasse aux pauvres, la chasse aux drogués, la chasse aux fous) ; soit le contrôle, c'est-à-dire la pathologisation renversée (“vous buvez, parce que vous êtes malades”) et la culpabilisation permanente des déviants (“vous trouez la Sécu !”). De ces deux tendances, on peut donner un exemple, qui pourrait avoir valeur paradigmatique. Dans le registre de l'interdiction, on constate que les campagnes antitabac, comme les campagnes de prévention routière, informatives à l'origine, sont devenues, au fil du temps, de plus

en plus incriminantes pour les fumeurs comme pour les conducteurs, confondant dans une même logique comportementale des conduites qui n'ont rien à voir les unes avec les autres. Le conducteur est au sens strict responsable de sa propre conduite et de son comportement, parce qu'en définitive c'est lui qui est maître, et qui doit le rester, de son volant ; il n'en est pas de même du fumeur, dont l'addiction n'est pas de sa seule responsabilité, mais implique une dépendance, celle-ci étant complètement suscitée par la politique agressive des grandes compagnies cigarettières et largement entretenue par la politique hypocrite de l'État. Celui-ci continue en effet à vendre du tabac et à récolter la manne financière et fiscale que représente cette vente tout en interdisant la consommation du tabac voire en criminalisant progressivement les fumeurs. Les politiques de prévention actuelles tendent de plus en plus à pénaliser et à sanctionner les « fauteurs », compris ici dans le sens restrictif des individus, conducteurs *et* fumeurs, qui sont ainsi confondus dans une même logique de stigmatisation. On peut donc s'interroger sur l'instauration d'une législation européenne plus antifumeurs qu'antitabac ou encore sur le fait qu'être (ou se déclarer) fumeur devienne un critère d'embauche, plus ou moins discriminant, dans certaines entreprises. Le fumeur ne saurait être un criminel masqué, mais peut-être, comme dans Knock, un malade qui s'ignore, la dépendance au tabac étant alors reconnue comme phénomène aussi pathologique que celle au cannabis, bien que moins interdite.

Ces politiques, qui induisent néanmoins une culture de prévention de type hygiéniste, pathologisante, voire discriminatoire pour les individus, changent-elles les choses ? Superficiellement, oui, peut-être : par exemple, en matière de tabac, le nombre de fumeurs semble d'abord baisser, suite à une nouvelle interdiction ou à une augmentation du coût du tabac... pour repartir de plus belle quelques mois plus tard. En 2009, on a enregistré une hausse de 2 % des ventes de tabac. L'augmentation rapide du prix du tabac n'a pas empêché la progression des ventes.

VERS UN NOUVEAU PARADIGME

Comment faire émerger cette culture de la vie, cet horizon de représentations nécessaires à l'établissement d'une culture de prévention qui ne soit synonyme ni de privation de liberté ni de culte de l'individualisme ? Il faut sans doute, de ce point de vue, se poser la question des conditions de l'émergence de la double culture politique dont nous avons hérité, marquée à la fois par les idéaux de 1789 inscrits dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et par le naufrage humain collectif d'Auschwitz. On a d'un côté la tentative d'inscrire pour la première fois un principe de responsabilité dans l'idée d'un homme libre parce que pouvant *prétendre* à l'égalité de droits avec tous les autres de par sa qualité d'homme ; et de l'autre, le processus de néantisation puis d'anéantissement du peuple juif ; d'un côté l'idée d'une fraternité universelle et sans distinction, de l'autre l'anéantissement de cet idéal universel.

Après 1945 et depuis l'effondrement de l'Union soviétique qui constituait, même à titre de repoussoir, un référent en terme de culture de l'égalité et de la « fraternité », *on n'y croit plus*.

Nous héritons aujourd'hui d'une culture de l'égalité « suspecte », entamée et attaquée sur tous les fronts du libéralisme intellectuel, politique et économique comme sur celui de l'individualisme : la « solution », puisque les pratiques collectives semblent être en déshérence, relèverait donc de la « responsabilité » des individus et non plus de l'État. Mais la responsabilité peut-elle se penser en dehors de l'égalité, c'est-à-dire en dehors d'une prise en charge collective qui implique que la société comme l'État mettent en place les conditions pour que cette responsabilisation individuelle s'exerce ? Peut-on ériger – et à quelles conditions – la responsabilité en principe fondamental de l'individualisme politique ? De quelle responsabilité s'agit-il ici ? Est-ce celle du « patient, sentinelle de sa santé » ? De quoi sera-t-il responsable dans cette configuration qui le transforme peu ou prou en combattant et en gardien de sa santé ? De quoi ne sera-t-il pas responsable ? Cette métaphore n'est-elle pas un avatar du vieux principe de culpabilité selon lequel lorsque l'on cherche un responsable c'est en vue du coupable contre lequel on pourra se retourner ? Peut-on être « responsable de sa santé » comme on est responsable de ses enfants ? Autrement dit, si l'on en se souvient du vieux principe grec développé successivement par Aristote, Épicure ou Marc Aurèle, selon lequel il faut apprendre à distinguer entre les choses qui dépendent de nous et celles qui n'en dépendent pas, peut-on être responsable de quelque chose, la santé ou la maladie, qui pour une part considérable, ne dépend pas de nous à titre individuel ? De quoi donc devons-nous ou plutôt pouvons-nous être responsable à titre individuel ? De quoi, donc, pouvons-nous accepter légitimement et légalement de répondre ? Face à qui ? Aux médecins ? À la Sécurité sociale ? Aux assurances ? À la société civile ? Aux institutions politiques ? Au législateur ? Peut-on penser la « responsabilité » sans la poser, d'une part, en termes d'*autonomie thérapeutique*, et d'autre part, en termes « d'égalité » ou d'*égalisation des chances*, concept qui relève d'une action collective, donc d'une action politique de l'État ? Comment se fait-il, par exemple, que les cancers les plus mortels (notamment du poumon et de toute la sphère ORL qui sont des cancers typiques des effets de la consommation permanente de tabac) frappent en priorité les populations précarisées ? Cela ne signifie-t-il pas que l'image sociale de soi dégradée que l'on véhicule tend à créer des résistances très profondes chez les individus qui les conduisent à forclure de leur pensée et de leur pratique, toute conduite préventive ou prophylactique ? Est-ce qu'on arrête de fumer dans les classes populaires ou paupérisées comme on le fait dans les classes moyennes ou aisées ? Est-ce qu'on peut arrêter de fumer lorsque l'on est sous pression, ou arrêter de boire, ou de manger n'importe comment lorsque l'on est rongé par d'autres soucis de survie économique et sociale ? Il semble clair, si on s'appuie sur l'analyse de François Ewald, que face à une demande de soins exponentielle (donc infinie) à laquelle la réponse est nécessairement limitée, on ne peut s'aveugler sur l'état critique de la situation de notre système de santé. Il faut être capable de décider et d'assumer des priorités.

C'est d'ailleurs l'enjeu de l'émergence d'une culture de prévention ; réussir une prévention pour avoir moins de pathologies lourdes à traiter et donc moins de « coûts » thérapeutiques ; instaurer une culture de prévention en vue d'avoir une véritable politique de « santé » collective au lieu d'une politique curative toujours plus dispendieuse et qui semble inéluctablement nous conduire à choisir ceux que l'on soigne – parce qu'ils en valent la peine ou parce qu'ils ont les moyens de payer le surcoût des soins appropriés et requis – et ceux que l'on soignera moins, moins longtemps et moins bien...

Mais il ne s'agit pas de trancher dans le vif en fonction d'intérêts, toujours privés, insoucians ou insoucieux des valeurs de solidarité sur laquelle notre société démocratique s'est constituée et continue de fonctionner. Car il y a en effet des « solutions » radicales de transformation de notre système de soins. Mais, sous couvert d'une valorisation des responsabilités individuelles (qui ne serait rien d'autre qu'une consécration des inégalités de vie, de chance, de naissance, de fortune, de parcours professionnel ou de parcours de soins), elles consisteraient à consacrer le désengagement de l'État des politiques de santé publique.

Le « tout-prévention » érigé en principe politique de santé publique ne saurait tenir lieu de philosophie ou de culture de la prévention : il ne s'agit que de remplacer un système par un autre, passer du « soin » à la « prévention », pour faire moins de soin ou reporter le coût des soins, quand ceux-ci sont nécessaires, sur les individus qui seraient soumis à une logique assurantielle et culpabilisante et non pas responsable et prudentielle. Vivre, c'est prendre et assumer des risques : cela ne signifie pas que je doive toujours « payer » pour ce risque de vivre ; cela ne signifie pas que je doive me soumettre, en échange d'un accès potentiel au système de soin, à un carcan d'exams, de conduites, d'interdits et de précautions qui ne pourraient que plomber mon désir d'agir ; cela ne signifie pas que la maladie soit assimilable à un échec personnel voire à une conduite d'échec dont je doive rendre compte ; cela signifie que mon existence s'accomplit dans cette dimension du risque, autrement dit que, son horizon étant la contingence et l'indétermination, seule une culture politique de l'égalité partagée est à même de prendre en compte cette dimension du risque et de sa gestion inhérente à l'existence humaine. Non seulement une culture de prévention ne peut être une culture de précaution, à moins de faire disparaître la dimension du risque du champ de l'action humaine tant collective qu'individuelle, mais une culture de prévention ne peut émerger sans qu'il y ait au préalable réactivation et refondation d'une culture de l'égalité. Le véritable enjeu de l'émergence de cette culture de prévention passerait sans doute par une mise à plat du système de soins actuel, s'agissant en particulier du cancer, y compris dans ces tendances les plus inégalitaires, afin de faire naître une réflexion sur les conditions dans lesquelles ces inégalités peuvent être combattues.