

Les politiques de prévention ont longtemps stigmatisé les populations ciblées sans y prendre garde. La lutte contre l'épidémie de sida a favorisé l'émergence d'une nouvelle orthodoxie, selon laquelle stigmatiser une population « à risques » est non seulement dommageable pour celle-ci, mais également contre-productif pour la santé publique. Toutefois, cette orthodoxie est aujourd'hui battue en brèche : la stigmatisation des conduites à risque, et du tabagisme en particulier, pourrait se révéler une arme très efficace pour leur prévention. Mais ce renversement de perspective pose des problèmes éthiques qu'il est impératif de résoudre, ce qui suppose de doter la santé publique et la prévention d'un cadre éthique explicite, qui leur fait encore aujourd'hui cruellement défaut.

Le stigmaté, une arme préventive contre les conduites à risque ?

Patrick Peretti-Watel, Laura Spica, Inserm UMR912 - SE4S (Sciences économiques et sociales, systèmes de santé et sociétés),
ORS Paca, Institut Paoli Calmettes, 232 boulevard Sainte Marguerite, 13273 Marseille, France

Le stigmaté est une cicatrice que laisse une plaie ou une maladie. Mais c'était aussi autrefois la marque distinctive qu'imprimait le fer rouge sur le corps des esclaves ou des condamnés. Par extension, stigmatiser une personne, c'est la désigner à l'opprobre sociale, la couvrir d'infamie, la rejeter à la marge du corps social en lui associant une description stéréotypée très dévalorisante, parce que cette personne possède une caractéristique, un signe particulier, que l'on considère comme le signe d'une infériorité morale. Suivant les lieux et les époques, de nombreuses minorités ont été stigmatisées, à cause de leur appa-

rence physique, de leurs croyances religieuses ou encore de leurs préférences sexuelles. Mais en quoi cette notion intéresse-t-elle la santé publique ?

STIGMATE ET SANTÉ PUBLIQUE : UNE HISTOIRE ANCIENNE

Historiquement, la santé publique a d'abord été un vecteur de stigmatisation. Ainsi, au Moyen Âge, lorsque les pestiférés et les lépreux étaient mis en quarantaine, leur exclusion du corps social obéissait à des motifs sanitaires, mais s'accompagnait aussi d'une condamna-

tion morale. Plus tard, au XVIII^e siècle, Benjamin Rush, le père de la psychiatrie américaine, dépeint l'alcoolique comme un être vil, en haillons, bouffi et rougeaud, qui a perdu tout sens moral : paresseux, menteur, bagarreur, voleur, anarchiste, il finira sur la potence si son vice ne le tue pas avant. Au siècle suivant, les hygiénistes français feront de même. En outre, à l'époque, l'alcoolique est toujours décrit comme un membre des « classes laborieuses », réputées pour leur intempérance héréditaire, et leur promptitude à céder au vice. De même, les campagnes médiatiques « antidrogue » menées par les autorités britanniques dans les années

Mars 2010

1980 dressaient un portrait très stigmatisant des usagers d'héroïne, présentés comme des individus hirsutes, hantant les cages d'escalier des tours HLM de banlieue et obsédés par la came. Plus récemment encore, à en croire certaines campagnes médiatiques anglo-saxonnes, les personnes obèses ou en surpoids seraient négligées, incapables de se contrôler, voire suicidaires.

En quoi cela pose-t-il problème ? D'abord, en diffusant ces stéréotypes, la prévention a contribué à modifier le regard que les gens portent sur les personnes visées, et à susciter à leur égard des réactions d'hostilité et de méfiance, ce qui accroît les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien. Ensuite, pour se dérober au stigmatisé, ces personnes peuvent choisir de se détourner du système de soins, ce qui à terme accroît leurs difficultés.

LE TOURNANT DU SIDA

À la fin du siècle dernier, la lutte contre le sida a favorisé la prise de conscience des effets délétères de la stigmatisation des populations « à risque », pour les personnes concernées mais aussi pour les objectifs poursuivis par la prévention. D'une part, le stigmate dégrade les conditions de vie de ceux qui en sont victimes, en même temps qu'il leur renvoie une image dépréciée d'eux-mêmes qu'ils intériorisent peu à peu, abîmant leur estime de soi. D'autre part, le fait de stigmatiser les séropositifs et les minorités les plus touchées par l'infection à VIH peut favoriser la propagation du virus, en incitant les séropositifs à taire leur infection à des partenaires séronégatifs, en retardant le recours au dépistage (donc la découverte de l'infection et les précautions à prendre pour éviter de transmettre le virus), ou encore en rassurant à tort les hétérosexuels, qui pourraient être tentés par des rapports non protégés avec des partenaires supposés sûrs, parce que ni homosexuels, ni toxicomanes [1].

C'est pourquoi, en France, la prévention a voulu éviter de stigmatiser les séropo-

sitifs et les minorités « à risque », en mettant l'accent sur la solidarité avec les malades et en présentant le risque d'infection comme égal pour tous. Aujourd'hui, si certains chercheurs battent en brèche cette position, en soutenant que la stigmatisation des séropositifs peut contribuer à ralentir la propagation de l'épidémie en isolant les personnes susceptibles de transmettre le virus [2], la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes reste toutefois l'un des objectifs majeurs de l'action de l'OMS¹ contre le sida.

UN SECOND TOURNANT : LA LUTTE ANTITABAC

Aujourd'hui, dans beaucoup de pays développés, les campagnes de prévention du tabagisme s'appuient sur des messages préventifs qui prennent le contre-pied du marketing orchestré des décennies durant par l'industrie du tabac.

Dans les années d'après-guerre, pour inciter les femmes à fumer, les publicités de l'industrie du tabac mettaient en scène, une cigarette à la main, des actrices très glamour, souriantes, impeccablement maquillées et coiffées (par exemple Claudette Colbert pour Chesterfield). Cinquante ans plus tard, l'*American Cancer Society* prend ces icônes à revers en accolant le slogan « *Smoking is very glamorous* » au bas d'une photo représentant une vieille femme aux cheveux gras et mal peignés, le visage parcheminé, le front ridé, les sourcils froncés, les yeux cernés, portant à sa bouche une cigarette avec des doigts fripés aux ongles sales.

Longtemps présenté comme un être séduisant, sociable et sûr de lui, le fumeur est désormais plutôt décrit comme un être mal dans sa peau, peu engageant, voire repoussant (avec par exemple le slogan « embrasser un fumeur c'est comme lécher un cendrier »). D'ailleurs, s'adressant aux fumeurs, une campagne australienne leur promet, s'ils renoncent à la cigarette : « vous découvrirez une nouvelle image de vous, propre, respirant la santé, qui vous rendra plus sympathique

aux autres. Vous ne vous sentirez plus un paria social ».

Plusieurs travaux de recherche constatent ainsi une nette détérioration de l'image des fumeurs, et soulignent que les campagnes antitabac y auraient largement contribué, en particulier dans les pays anglo-saxons. Par exemple, en Australie, les fumeurs seraient perçus par l'opinion publique comme des drogués malodorants et peu fréquentables, égoïstes, stupides, qui coûtent cher au système de soins et sont moins productifs que les non fumeurs [3]. De même, à New York, un fumeur sur six déclare avoir eu du mal à trouver un logement, un emploi ou une assurance à cause de son tabagisme [4]. Enfin, dans une enquête menée au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie, plus de huit fumeurs sur dix estiment que la société désapprouve leur pratique et qu'il y a de moins en moins d'endroits où ils se sentent à l'aise pour fumer [5].

Mais si les experts anglo-saxons reconnaissent que les fumeurs sont aujourd'hui stigmatisés, ils sont plusieurs à soutenir que le stigmate constitue potentiellement une arme préventive terriblement efficace, de sorte que la stigmatisation des fumeurs pourrait même devenir un indicateur du degré d'avancement des politiques antitabac dans un pays donné [3]. Par exemple, dans les États américains où l'opinion publique est plus hostile au tabagisme, la prévalence tabagique est significativement plus faible. De même, il semble que plus les fumeurs ont conscience que leur pratique est réprouvée par leur entourage comme par l'ensemble de la société, plus ils se sentent gênés de fumer, et plus ils disent vouloir arrêter [5].

Du sida au tabac, la prévention opère donc aujourd'hui un virage à 180 degrés : dans le premier cas, le stigmate est une menace que la santé publique doit explicitement prévenir, au même titre que la propagation du virus elle-même ; dans le second cas, le stigmate est au contraire

1. Organisation mondiale de la Santé.

en passe de devenir l'une des armes préventives les plus efficaces dont disposerait la santé publique pour faire reculer le tabagisme.

LA STIGMATISATION, CONSÉQUENCE INÉVITABLE DE LA PRÉVENTION ?

Toutefois, pour que les experts en charge des politiques de prévention puissent envisager de stigmatiser sciemment certaines populations, afin de mieux les inciter à modifier leurs comportements, encore faudrait-il qu'ils reconnaissent que les actions qu'ils mettent en œuvre sont potentiellement stigmatisantes. Or, lorsque l'on est convaincu d'œuvrer pour le bien-être de tous, il est difficile de franchir ce pas. Pourtant, du point de vue des sociologues et des anthropologues, la prévention est fréquemment présentée comme une entreprise morale, et à ce titre elle est presque nécessairement productrice de stigmatisation [6-8]. En effet, la prévention nous incite à abandonner certaines conduites au motif qu'elles nuisent à notre santé. Or, dans des sociétés qui

voient un véritable culte à la santé, l'opposition entre conduites saines et malsaines a tôt fait d'acquiescer une dimension morale (le malsain, littéralement, est d'ailleurs à la fois ce qui est nuisible à la santé et contraire à la morale).

L'opposition entre conduites saines et malsaines s'apparente d'autant plus à une distinction morale que rester en bonne santé n'est plus seulement une fin en soi : c'est aussi un moyen d'affirmer sa valeur. En effet, celui qui se conforme aux normes préventives démontre par là même sa capacité à diriger sa vie et à en garder le contrôle. À l'inverse, ne pas parvenir à arrêter de fumer, à moins boire ou à perdre du poids, c'est le signe d'une incapacité à se maîtriser, à prendre soin de son capital santé : c'est donc la marque d'une infériorité morale.

En bref, la promotion des conduites saines implique le plus souvent la disqualification des conduites « à risque », et de ceux qui s'y adonnent : si la prévention se donne pour objectif d'informer, de conseiller, d'inciter à changer les personnes qui ont de mauvais comportements de santé, cette main tendue finit

toujours par montrer du doigt ceux à qui elle s'adresse.

D'ailleurs, le public ne s'y trompe pas. En effet, dans un sondage réalisé par l'INPES² en 2008, 68 % des Français estiment qu'en général les campagnes de prévention sont moralisatrices et 58 % jugent qu'elles donnent une mauvaise image des fumeurs, cette proportion atteignant 59 % s'agissant des consommateurs d'alcool, et 44 % pour les personnes qui n'ont pas de bonnes habitudes alimentaires (Figure 1).

STIGMATE ET ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE

Peut-on, faut-il utiliser le stigmatisation comme arme préventive ? D'un point de vue pragmatique, cela implique d'abord de vérifier que ses effets bénéfiques surpasseraient bien ses conséquences néfastes, puisque, comme on l'a vu plus haut, la stigmatisation des populations à risque pouvait être contre-productive pour la prévention. Mais cette utilisation soulève aussi un problème éthique, dans la mesure où stigmatiser les fumeurs, les buveurs ou les obèses a un impact délétère sur l'existence quotidienne de ces personnes. Dans le cas du tabagisme, les partisans de cette utilisation appuient leur position sur deux arguments : il serait éthiquement acceptable de stigmatiser les fumeurs, d'une part car cela n'a pas de conséquences tragiques sur leur vie quotidienne (il est vrai qu'ils ne portent pas encore de clochettes, comme les lépreux au Moyen Âge), et d'autre part parce que ce stigmatisation est réversible : il leur suffit d'arrêter de fumer pour rejoindre les rangs des non-fumeurs et ainsi échapper à leur regard hostile [9].

La question posée ici doit être examinée au cas par cas, mais dans un cadre éthique commun, qui aujourd'hui encore fait cruellement défaut à la santé publique

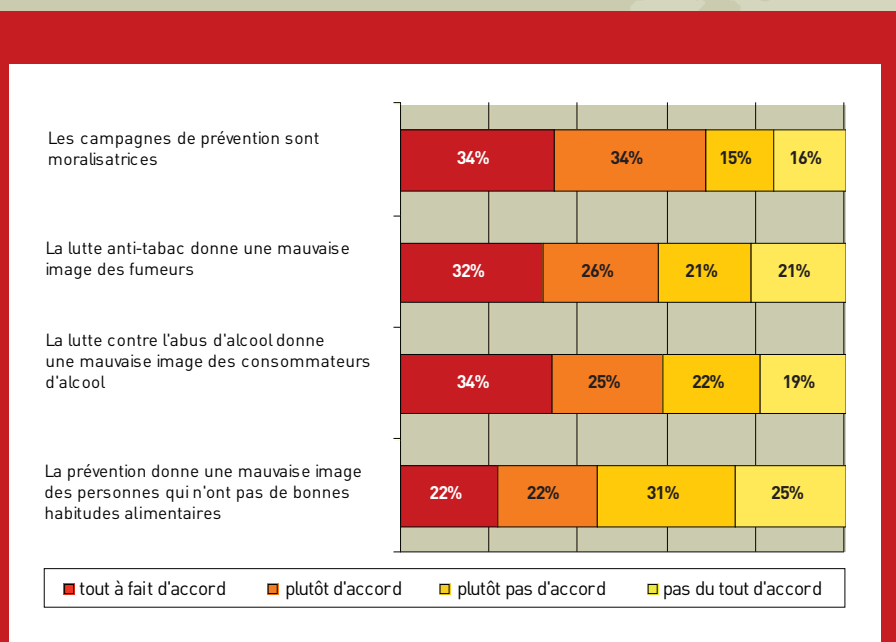


Figure 1. Quelques opinions des Français sur la prévention (source : INPES, 2008).

2. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Sondage réalisé par téléphone auprès de 2 000 personnes représentatives de la population de France métropolitaine âgée de 18 à 75 ans. Pour plus d'informations sur cette enquête cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

[7, 9]. Celle-ci se conforme généralement à quelques grands principes moraux, au premier rang desquels la bienfaisance (œuvrer pour le bien des personnes) et la non-malfaisance (éviter de leur nuire) [7, 10]. De ce point de vue, l'usage préventif du stigmate pose problème car il oppose ces deux principes. Pour résoudre un tel dilemme éthique, le philosophe James Childress propose cinq conditions, qui doivent toutes être satisfaites pour que la violation d'un principe moral au nom d'un autre soit justifiée : la nécessité, l'efficacité, la proportionnalité, le moindre mal et la justification publique [8, 10].

Dans le cas présent, s'agissant par exemple du tabagisme, il faudrait démontrer que la stigmatisation des fumeurs est nécessaire et efficace pour poursuivre le déclin de leur pratique, et qu'il est possible de concevoir des messages préventifs qui stigmatisent a minima et de façon proportionnée (avec donc des effets délétères qui restent raisonnables au regard

des effets bénéfiques). Surtout, il faudrait reconnaître publiquement le dilemme posé, et pouvoir justifier une telle politique, en particulier auprès des populations concernées. Notons que le pragmatisme et l'éthique se rejoignent aussi : la justification publique est éthiquement nécessaire, mais en outre elle crédibilise et légitime les actions menées, ce qui favorise l'adhésion du public.

Enfin, soulignons qu'il est délicat d'évaluer les effets délétères de la stigmatisation, ce que suppose pourtant la démonstration de son acceptabilité éthique. En effet, la prévention peut favoriser ou combattre la stigmatisation d'une population donnée, mais elle n'est qu'un acteur relais dans ce processus. Le stigmate n'est pas un attribut objectif et stable : en dernier ressort, il n'est jamais que le produit toujours imprévisible et renouvelé de chaque interaction entre une personne dite « normale » et le porteur d'une caractéristique indésirable. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Peretti-Watel P, Spira B, Obadia Y, Moatti JP. Discrimination against HIV-infected people and the spread of HIV : some evidence from France. *PLoS One* 2007 ; 10.1371/journal.pone.0000411.
- [2] Reidpath DD, Chan KY. HIV, stigma, and rates of infection : a rumour without evidence. *PLoS Med* 2006 ; 3 (10) : e435 doi : 10.1371/journal.pmed.0030435.
- [3] Chapman S, Freeman B. Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tob Control* 2008 ; 17 (1) : 25-31.
- [4] Stuber J, Galea S, Link BG. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Soc Sci Med* 2008 ; 67 : 420-30.
- [5] Hammond D, Fong GT, Zanna M, Thrasher JF. Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. *Am J Prev Med* 2006 ; 31 (3) : 225-32.
- [6] Lupton D. *The imperative of health : public health and the regulated body*. London : Sage, 1995.
- [7] Massé R. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Presses de l'Université de Laval, 2003.
- [8] Peretti-Watel P, Moatti J.P. *Le principe de prévention*. La république des Idées. Paris : Éditions du Seuil, 2009.
- [9] Bayer R. Stigma and the ethics of public health : not can we but should we. *Soc Sci Med* 2008 ; 67 : 463-72.
- [10] Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P. Public health ethics : mapping the terrain. *J Law Med Ethics*, 2002 ; 30 : 170-8.

PRÉSENTATION DE L'IRESP

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 24 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique. Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IRESP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IRESP est dirigé par Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de Santé Publique et d'épidémiologie. Depuis mai 2008, l'IRESP s'intègre dans l'un des huit instituts thématiques de l'Inserm, l'Institut « Santé Publique ».

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé (« *health services research* »)
- Politiques publiques et santé (leur impact sur la santé des populations, la façon dont elles doivent évoluer, leurs conditions d'élaboration)
- Déterminants de la santé (approches transversales, prenant en compte les interactions entre les différents déterminants)

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes (cohortes et grandes études) et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IRESP a créé ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*, inspiré du bulletin mensuel d'information de l'INED *Populations et sociétés*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public sera traité par un spécialiste.

Site internet : www.iresp.net

LES PARTENAIRES DE L'IRESP

MINISTÈRES : Ministère de la santé et des solidarités (DGS et DREES), Ministère délégué à la recherche.

OPÉRATEURS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE : Centre National de la recherche Scientifique, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Institut de Recherche pour le Développement, Institut National d'Études Démographiques, École des Hautes Études en Santé Publique, Union des Établissements d'Enseignement Supérieur Catholique, Conférence des Présidents d'Université, Fondation Nationale des Sciences Politiques, Conservatoire National des Arts et Métiers, Institut Pasteur.

AGENCES ET OPÉRATEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE : Haute Autorité de Santé, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail, Institut de Veille Sanitaire, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Agence de la Biomédecine, Établissement Français du Sang, Institut National du Cancer.

ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE : Caisse Nationale du Régime Social des Indépendants, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.