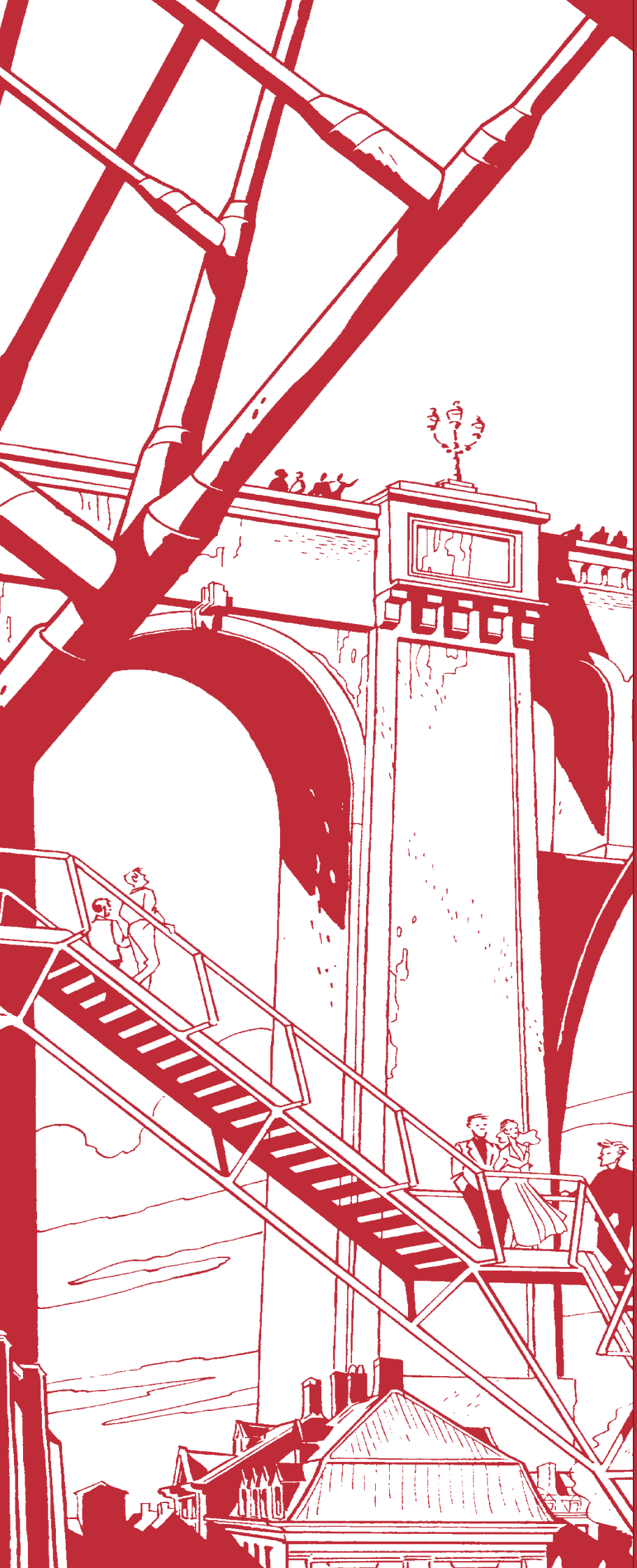


Les cahiers de
PROSPECTIVE JeunessE

Numéro d'agréation : P405048
Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

Cahiers - Volume 10 - n° 1 - 1er trimestre 05

Cahier numéro 34

Dossier : "Santé et communication : info ou intox?"

Communication : objectif émancipation ou contrôle social ?

L'accès à des espaces de diffusion gratuits, les médias au service des messages

De l'information et du formatage. Comment rencontrer les standards de diffusion et à quel prix ?

L'indispensable, la boîte à outils

Des initiatives particulières

Cannabis : au nom de la loi ? Idéaux et débats !

Rédacteur en Chef
Henri Patrick CEUSTERS

Secrétaire de Rédaction
Claire HAESAERTS

Relecture et corrections
Danielle DOMBRET et Christelle VERSLUYS

Comité de Rédaction
Henri Patrick CEUSTERS
Claire HAESAERTS
Martine DAL
Bernard DE VOS

Comité d'Accompagnement
- Philippe BASTIN, Directeur d'Infor Drogues, Bruxelles.
- Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, Canada.
- Emmanuelle CASPERS, ULB-PROMES, Ecole de Santé Publique, Unité de Promotion Education Santé, Université Libre de Bruxelles.
- Alain CHERBONNIER, Philologue, Licencié en Education pour la Santé, Question Santé asbl.
- Manu GONÇALVES, Assistant social, Coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles.
- Vincent GUÉRIN, Responsable de la collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.
- Ludovic HENRARD, Coordinateur de la Fedito bruxelloise (Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes).
- Pascale JAMOULLE, Chargée de Recherche de la Cellule Toxicomanies du CPAS de Charleroi.
- Tatiana PEREIRA, Attachée Direction Promotion Santé, Ministère de la Communauté française.
- Renaud QUOIDBACH, Responsable de Projets, Modus Vivendi.
- Micheline ROELANDT, Psychiatre, Bruxelles.
- Gustave STOOP.
- Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur Alfa, Liège, Président de la Fedito wallonne.

Illustration de couverture
Etienne SCHREDER
Illustrations
Jacques VAN RUSSELT
Mise en page
Claire HAESAERTS
Henri Patrick CEUSTERS
Impression
Nuance 4, Naninne
Editeur Responsable
Raymond VERITER

N° ISSN : 1370-6306

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".
Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.
Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Publication trimestrielle

Abonnement annuel Frais d'envoi compris

	Belgique	CEE	Autres pays
Institution	22.31	24.79	27.27
Personnel	18.59	21.07	23.55
Etudiant	14.87	17,35	19.83

Prix au numéro: 6.20

Numéro de compte bancaire : **210-0509908-31**

Prospective Jeunesse asbl
27 rue Mercelis - 1050 Bruxelles
Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : cahiers@prospective-jeunesse.be
Site Internet : http://www.prospective-jeunesse.be

Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.

EDITORIAL

Toute communication s'inscrit dans un environnement qui participe à la construction de sens de la communication.
Notre contexte actuel est celui d'une société démocratique et capitaliste.
Son évolution est en quelque sorte révélée par les médias.

Actuellement, la communication médiatique est devenue surtout un monde de l'information. Une information surabondante, débordante.
C'est aussi une information qui triche, qui intoxique parce qu'elle s'adresse à des consommateurs avant de se destiner à des citoyens. Dans la plupart des cas, les médias sont devenus, en plus d'être des transmetteurs d'informations, des supports de fidélisation du public à des produits de consommation, des supports de publicité commerciale. Le directeur de TF1 a, par exemple, récemment affirmé que sa chaîne de TV servait à vendre du Coca. Médias de masse et mondialisation libérale sont liés. Les médias représentent une activité économique.

Le poids de plus en plus important des impératifs commerciaux banalisent l'information, la réduisent pour mieux la mettre au service de ce qu'elle doit aider à vendre et à faire consommer.
La publicité n'argumente pas, elle montre et elle manipule. Les informations elles-mêmes sont présentées comme des spots publicitaires, elles sont constituées de nouvelles et de faits divers au détriment d'une véritable information sur ce qui concerne au plus près les citoyens. L'information donne de l'actuel, de l'événementiel, du sensationnel. Si l'information veut émouvoir "faire choc", par contre, ni la production de sens ni la signification des évènements ne sont au programme. L'événement est saisi dans l'instant sans être analysé.
L'information tente de nous mettre des idées dans le cerveau plutôt que de diffuser des argumentaires qui permettent des débats qui touchent les collectivités.
C'est, conséquemment, une temporalité qui ne correspond pas au temps nécessaire pour l'élaboration de savoirs.

Evidemment, dans un tel contexte, la promotion de la santé ne trouve pas un espace naturel d'épanouissement.
La promotion de la santé ne peut que s'opposer à cette évolution des médias.
Elle ne peut que s'inscrire dans la logique suivante : «Est de l'intérêt de ceux qu'on informe toute connaissance utile aux citoyens pour qu'ils puissent participer aussi intelligemment et activement que possible à la vie sociale» (Henry Mordant).

La promotion de la santé se construit forcément dans un espace de résistance et est amenée à déployer des valeurs et des pratiques de communication d'un autre type.
Par ailleurs, les manières courantes de communiquer dans le domaine particulier de la santé se concentrent dans de grandes campagnes. Celles-ci lancent des injonctions vers le public sous-tendant un modèle normatif d'individu et de son bien-être, si ce n'est de son

EDITORIAL

bonheur. On pourrait presque parler de «totalitarisme doux», implicite, insidieux. Ces pratiques sont bien sûr hors du champ de la promotion de la santé.

Face à ces constats, les acteurs de la promotion de la santé développent des réflexions et des outils (comme le montrent les articles de ce dossier) pour se donner les moyens de communiquer tout en respectant les exigences intrinsèques à la promotion de la santé.

Les enjeux se situent dès lors au niveau d'une communication qui s'adresse à la globalité de l'individu, responsable de lui-même et acteur, d'abord citoyen avant d'être consommateur. La communication responsable permet et encourage une implication véritable du citoyen dans les grands défis de notre temps. Cette option nécessite un travail en profondeur, de la pédagogie et une temporalité qui n'est pas celle de l'événementiel. Il faut donc veiller à ne pas convaincre à tout prix ou à créer un impact uniquement émotionnel. L'essentiel consiste d'abord à former la compréhension, en sachant que comprendre n'est pas accepter, ainsi que le jugement personnel.

Les questions du «vivre ensemble» et de la communication sont étroitement intriquées dès que l'on considère que communiquer c'est être en relation avec, mettre en commun. La communication, dans ce sens, peut viser la compréhension des logiques en jeu, l'expression de paroles, la confrontation d'expériences, la remontée d'informations vers les décideurs, l'organisation de débats publics...

La communication dans une logique de promotion de la santé met au centre l'espace public dans lequel elle invite le citoyen à s'impliquer. On ne peut envisager des humains vivant ensemble sans réelle possibilité de construire leur propre vie, tant sur le plan collectif que sur le plan individuel.
Sinon, on risque de déshumaniser la société humaine.

La promotion de la santé est forte de ses valeurs, de ses pratiques, de ses pensées, de ses méthodologies et de ses outils.
Ces solidités lui donnent l'audace de continuer à s'inscrire dans la complexité et en même temps de revendiquer une place crédible et pragmatique.
C'est tout le sens de ce Cahier. Les auteurs des articles présentent des analyses et des outils qui montrent les possibles entre promotion de la santé et communication.

Isabelle Dossogne et Henri Patrick Ceusters

COMMUNICATION ET RELATIONS DE POUVOIR

Alain CHERBONNIER[1]

Ce texte analyse les enjeux de la communication en santé sous l'angle habituel de l'efficacité mais surtout en mettant en avant un enjeu moins fréquemment évoqué, celui du pouvoir, des rapports de force. Pouvoir que s'arroge légitimement - mais dans quelles limites ? - l'éducateur qui poursuit des objectifs de santé. Pouvoir de fait que détient celui qui a accès aux médias de masse pour diffuser des conseils de prévention et de promotion de la santé. Pouvoir lié aux savoirs et aux savoir-faire professionnels, aux missions des institutions de santé. Pouvoir, aussi, que peut manifester le public ou l'individu en ignorant les messages de santé ou en refusant de les entendre quand il se sent en position "basse" par rapport à l'émetteur de ces messages, surtout si ce refus le confirme dans son identité sociale et/ou culturelle.[2]

Profitons de la réédition du guide "Communication et promotion de la santé" (voir le communiqué qui suit cet article) pour développer un peu la question des rapports de force dans la communication. Car celle-ci n'est pas qu'affaire de technique. Qui dit communication dit relation, même si les interlocuteurs ne sont pas face à face ; ainsi dans la communication médiatique, même si Internet, avec sa rapidité ("en temps réel", etc.), peut faire illusion. On sait depuis longtemps que la communication ne consiste pas seulement en un processus linéaire et à sens unique de transmission de messages. On sait aussi que les messages émis ne sont pas toujours correctement décodés et compris : il n'est pas de communication parfaitement transparente. Et la sémiologie nous a appris qu'il n'est pas non plus de communication parfaitement univoque : les mots, les signes sont polysémiques, ils ne se réduisent pas à une seule signification ; ils sont connotés et interprétés différemment selon de multiples facteurs (culturels, sociaux, personnels...).

L'Ecole de Palo Alto, de son côté, relève notamment ce fait : la relation de communication est loin de reposer toujours sur l'égalité ou la symétrie entre les interlocuteurs. On le sait très bien dans le champ des soins de santé, qui met en présence des professionnels détenant des savoirs et des savoir-faire souvent étrangers aux patients, lesquels se trouvent, quant à eux, dans une position de dépendance relative ou même complète (sans parler de la souffrance physique et mentale). Donc, actons ceci : il y a forcément de l'inégalité dans la communication. Il y a aussi du conflit. Nous le savons bien, au fond : l'éducation pour la santé présente - comme tout projet éducatif - des aspects conflictuels. Le fait que nous agissions (ou prétendions agir, car ici non plus tout n'est pas si clair) au nom du bien d'autrui nous fait trop souvent

Mots-clés

- communication
- relation
- inégalités
- éducation pour la santé

1. Philologue, licencié en éducation pour la santé, Question Santé ASBL, Service communautaire de promotion de la santé. Ce texte est une adaptation du chapitre II.3 de l'ouvrage cité : "Agir sur les comportements en communiquant ? Ethique et communication en santé" (pp. 34-38).

2. A lire absolument, la recension par Véronique Janzyk du livre de Bernard Roy, *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*, sous le titre : "Le diabète comme acte de résistance". Article paru dans *Le Généraliste* n° 661, 2003, et repris dans *Education Santé* n° 187, 2004.

oublier cette évidence.

Cette conviction d'agir pour le bien - version santé : le bien-être physique, mental et social - a une autre facette : elle nous pousse insensiblement à décoder les messages (verbaux mais aussi comportementaux) en fonction de nos propres représentations (professionnelles, idéologiques)... et de nos propres valeurs, et à évacuer sans même nous en rendre compte les représentations et les valeurs de ceux à la santé desquels nous voulons contribuer. J'ai évoqué plus haut le mythe de la communication transparente : gardons-nous d'une autre illusion, celle du comportement transparent, compréhensible à l'aide de nos seules références propres. Le débat sur les inégalités sociales face à l'information nous donne un exemple frappant des errements où peut mener cette illusion.

En effet, les populations dites défavorisées sont réputées "difficiles à atteindre" : elles auraient un accès limité aux canaux d'information et manqueraient de compétences pour traiter cette information.[3] Cependant, on peut dire que, lorsqu'on parle de ces populations, il se produit un "effet de loupe" : les problèmes qui surgissent ne sont pas fondamentalement différents de ceux que l'on rencontre avec la population générale, ils sont simplement grossis.

Dans un article déjà ancien, Brenda Dervin[4] exposait et analysait ce débat. Jusqu'aux années 1960, on a cru au rôle bénéfique de l'information dans la résolution des problèmes sociaux. Cette croyance reposait en fait sur les prémisses suivantes :

- l'accès à l'information mène à l'utilisation de celle-ci et, par là, à la compréhension des problèmes
- si la quantité d'information diffusée augmente, elle se répartira également dans le corps social

Or, des études ont montré tout le contraire : l'accès et même l'exposition directe à l'information ne provoquent pas forcément une prise de conscience ou un gain de connaissances. Les chercheurs, contraints à une douloureuse révision, formulèrent dès lors l'hypothèse suivante : les gens ne sont pas plus égaux face à l'information que face à l'argent et, quand l'information se répand, "les riches deviennent plus riches, et les pauvres, plus pauvres".

On s'est donc acharné à trouver les causes de cette inefficacité relative... Et, bien entendu, on les a trouvées. Le résultat est très politiquement correct, avec pour conséquence de lier les inégalités devant l'information à un "état" de pauvreté incontestable et inaltérable. Outre ses biais méthodologiques, sur lesquels je ne reviendrai pas ici[5], cette nouvelle hypothèse - qui devint hégémonique dans les années 1960-70 et est toujours bien présente aujourd'hui - mérite d'être critiquée sur le plan théorique mais aussi sociopolitique.

Au plan théorique, le raisonnement repose, au moins implicitement, sur une conception technique, linéaire et unidirectionnelle de la communication (émetteur > message > récepteur). Ce qui compte, c'est que le message soit reçu. On oublie ce qu'un autre modèle de la communication soulignerait :

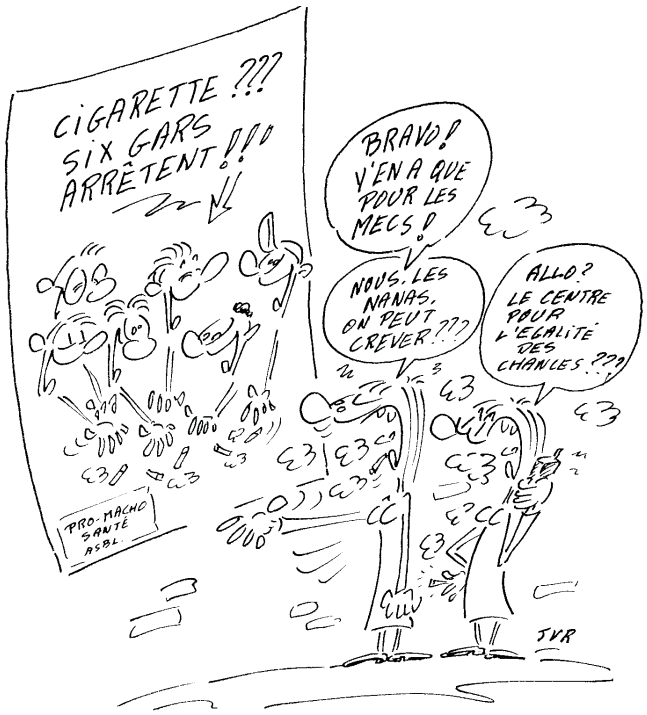
- la communication humaine met en jeu des perceptions du monde subjectives - et donc multiples, diverses, voire contradictoires ou conflictuelles ;
- c'est le "récepteur" qui donne un sens au message (ce qu'il "reçoit", c'est-à-dire décode, ne se confond pas avec ce que l'émetteur a envoyé).

3. On peut relire avec profit les Actes de la 8e Journée scientifique du RESO-UCL, "Prévention, éducation pour la santé et milieux défavorisés", parus dans *Education Santé* n° 124, 1998. Voir notamment le texte de Brigitte Sandrin-Berthon (pp. 23-25). Du même auteur, dans le n° 99 de la même revue, voir aussi l'article "Approche et écoute des jeunes en difficulté d'insertion sociale" (pp. 32-34). D'accord, ce n'est pas neuf (1995) mais cela reste toujours ô combien d'actualité.

4. "Communication gaps and inequities : moving toward a reconceptualization", *in* B. Dervin & M. J. Voight (eds.), *Progress in Communication Sciences*, vol. 2, Norwood (NJ), Ablex, 1980, 73-112.

5. Les lecteurs intéressés pourront se reporter à *Communication et promotion de la santé*, p. 35.

Car nos tentatives (délibérées ou inconscientes) d'influencer le public sont le côté pile d'une pièce dont le côté face comprend les résistances, les transformations de sens, les réappropriations - légitimes - du message par ce public. La règle à observer serait dès lors tant méthodologique qu'éthique : "mettre les cartes sur la table", c'est-à-dire expliciter sa position, son objectif et ses raisons d'agir. Cela permet au moins à l'interlocuteur de nous situer. Notre voix n'est plus celle du Savoir ou de la Santé, mais celle d'un acteur parmi d'autres - mais à sa place spécifique - dont la prise de parole est, elle aussi, légitime. Si, par ailleurs, nous prenons soin de mettre en place ou de nous appuyer sur un processus ou un dispositif permettant à l'interlocuteur de s'exprimer à son tour, alors un véritable dialogue s'instaurera peut-être, avec ce qu'il suppose de malentendus possibles, de négociations, d'évolution de part et d'autre.



Certains auteurs recommandent dès lors de se préoccuper, non des caractéristiques socio-économiques du public, mais des représentations mentales que les individus construisent dans les conditions psychologiques qui sont les leurs : "on commence à se rendre compte qu'une bonne part des sciences sociales est basée sur des données illusoires, réunies en demandant aux gens de s'intéresser à des choses qui n'ont rien de commun avec leur vie telle qu'ils la voient" (Dervin, traduction libre). C'est seulement en prenant en compte les perceptions des gens que l'on pourra savoir quel usage ils feront de l'information.

On se centre donc sur le destinataire du message. Bien. Pourtant, il ne suffit pas de remplacer une conception technicienne de la communication (à l'image, disons, du télégraphe) par une psychologie cognitive plus adéquate permettant de mieux faire passer le message. L'"émetteur" doit renoncer à maîtriser l'ensemble du processus de communication, et admettre que son message puisse être *compris mais refusé.*

Ce qui nous mène au plan socio-politique. Dès le milieu des années 1960, des auteurs relèvent que la communication est une arme aux mains de ceux qui détiennent le pouvoir. Elle cherche à influencer les populations dans le sens voulu par ceux-ci, dans un système de valeurs et de normes, bref dans un ordre social déterminé. En ce sens, la communication ne serait pas un agent de changement ou de développement communautaire, mais un frein.

D'autres auteurs soulignent que les personnes de classe sociale et/ou de culture différentes se positionnent de manières différentes, et que ces options sont, de leur point de vue, raisonnables, logiques et licites. Cette prise en compte des facteurs socioculturels est un pas en avant ; elle flirte cependant avec l'essentialisme (la classe sociale ou la culture comme

"catégories humaines") : en quelque sorte, si nous ne nous comprenons pas, c'est parce que nous sommes socialement ou culturellement trop différents.

D'où l'idée du dialogue interculturel pour expliciter les prétendues évidences, débrouiller les confusions, et remettre ainsi en marche la communication. Idée excellente, mais qui suppose *que les interlocuteurs aient tous deux intérêt à ce que cette communication fonctionne.* L'éducateur postule trop souvent que la communication est un bien en soi (s'accordant ainsi avec une des valeurs dominantes de la société occidentale contemporaine) et qu'il n'y a pas ou ne devrait pas y avoir de conflit : s'il y en a un, c'est dû à de mauvaises conditions de communication, à un malentendu, un langage inadéquat, un message incohérent. On ne se demande pas si nos objectifs ne sont pas contradictoires avec ceux de nos interlocuteurs ; la question du pouvoir est occultée.

Or, avoir la possibilité d'utiliser les médias, ou simplement de prendre la parole au nom d'un savoir (cas de l'éducateur, du médecin, de l'enseignant, du soignant), représente un pouvoir - fût-ce celui de poser un problème, et de le poser en certains termes. Ceci est parfaitement "décodé", même inconsciemment, par le public ou l'individu auquel on s'adresse. On peut parier que, plus ce public ou cet individu est "pauvre en pouvoir", plus il perçoit l'inégalité de la relation. D'où son refus d'accepter le message, non que celui-ci soit forcément mal formulé ou ne tienne pas assez compte du contexte, mais parce qu'entrer en communication peut être, pour lui, inutile ou simplement désavantageux en termes de rapport de force.

Une telle analyse déplace la notion d'inégalité : celle-ci n'est plus un "trait" propre à ceux qui ne reçoivent pas les messages, elle se situe dans la relation même de communication et, plus largement, dans la réalité sociale.

Que faire alors, sinon revoir un peu sa copie ?

- tout d'abord, démystifier les médias de masse. Ce ne sont que des moyens (ce qui est d'ailleurs le sens du mot *media*, pluriel de *medium*). Et plus on s'adresse à des groupes ou à des populations en marge (culturellement et/ou socio-économiquement), moins le recours à ces médias, "calibrés" pour la classe moyenne, paraît approprié ;
- ensuite, et corollairement, revaloriser la communication interpersonnelle, le contact direct ;
- enfin, se dire que ceux qui sont les plus rétifs à ce que nous voulons leur faire entendre nous en disent peut-être davantage que les "bons élèves". Notamment sur nous-mêmes, sur notre désir de changer les autres, sur notre conception sous-jacente de la

communication (qui reste souvent simpliste, on l'a vu) et sur ce réflexe qui nous pousse à privilégier d'emblée les actions médiatiques classiques, celles qui s'inspirent de la publicité. Je ne sais plus qui a dit : "On utilise les mêmes moyens pour pousser les gens à arrêter de fumer que pour leur vendre des cigarettes"...

Les techniques médiatiques ne servent pourtant pas qu'à vendre des idées comme autant de produits ! Et communiquer, ce n'est pas seulement agir dans tel ou tel sens sur le comportement d'autrui : c'est aussi - cela peut aussi être - montrer la pluralité des points de vue (par un débat qui fait place aux premiers intéressés, par ex.), faire réfléchir (par un reportage), faire prendre distance (un documentaire), et finalement faire participer. Pourquoi l'information ne serait-elle qu'un produit fini ? Pourquoi ne pas construire l'information *avec* les gens plutôt que *pour* eux ? Cette approche n'est certes pas la plus fréquente ; elle n'est pas exceptionnelle pour autant. En voici quelques exemples.

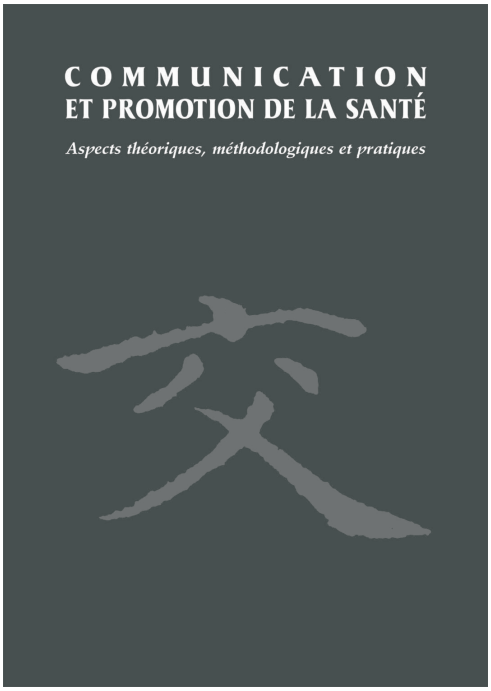
Dans un vieux quartier populaire bruxellois, une maison médicale met en œuvre un travail communautaire avec une population souvent très pauvre. Une des manifestations de cette approche est l'élaboration, par et pour les habitants, de brochures sur des aspects de la santé à partir de soirées-débats. "Dans ces réunions, dit un participant, on ne parle pas pour ne rien dire, et ce livre c'est notre livre".[6]

Voulant réaliser une brochure sur la contraception à l'intention des 15-20 ans, un centre de planning familial liégeois décide, non seulement d'y donner place à des témoignages de jeunes gens, recueillis au cours d'animations ou via un site Internet, mais d'associer étroitement un groupe d'une dizaine de jeunes à l'écriture du texte.[7]

Un centre de service social organise des cours d'alphabétisation dans une maison de quartier à Bruxelles. L'animatrice utilise des jeux de société et d'autres outils interactifs. Elle imagine de concevoir avec un groupe d'élèves adultes un jeu éducatif sur la ville et ses ressources (santé, culture, services publics...). Arriver à se débrouiller au quotidien est en effet l'enjeu numéro 1 pour ces personnes.[8]

Ces exemples, évidemment, nous sortent du modèle "marketing" de la communication ; on est plus proche de l'action communautaire, les supports utilisés n'ont pas forcément une grande visibilité sociale. Mais l'enjeu, ici, est moins le "faire savoir", la visibilité de l'action entreprise par les professionnels, que l'appropriation de savoirs et de savoir-faire par des non professionnels (ici habitants ou habitantes d'un quartier, jeunes étudiants...). Moyennant un repositionnement des professionnels, qui acceptent de mettre en question leur position de pouvoir.

■



6. Voir *Bruxelles Santé* n° 23, sept. 2001, pp. 2-7.

7. Ce projet débouche sur la réalisation et la diffusion de la brochure *La Contraception*, Liège, SIPS, mars 2003, éditée avec le soutien de la Communauté française.

8. Voir *Bruxelles Santé* n° 31, sept. 2003, pp. 18-19.

Communiqué

Une réédition attendue : "Communication et promotion de la santé"

En 1998, paraissait le guide *Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*, qui faisait le point sur l'expérience acquise par l'ASBL Question Santé dans le domaine de la communication, et plus particulièrement dans les médias.
Cet ouvrage témoignait aussi d'une évolution dans les représentations que l'on se faisait de la communication en santé : de la confiance un peu naïve en l'efficacité des techniques publicitaires, à un point de vue plus modeste, plus critique, et faisant davantage appel à d'autres disciplines. D'une conception parfois encore trop comportementaliste de l'éducation pour la santé, à une approche englobant les notions de participation, d'implication du public, de prise en compte du contexte social et des facteurs qui, au-delà des comportements individuels, influencent la santé publique. Du désir de transmettre des techniques bien digérées et aisées à appliquer, à une prise en compte de toute la complexité, des paradoxes , voire des pièges, qui caractérisent la communication dans le champ de la santé.
Tout cela, cependant, sans négliger ni minimiser l'utilité des connaissances directement applicables ni celle des outils technologiques, méthodologiques et pratiques. Car un autre enjeu de la diffusion de cet ouvrage est bien la maîtrise de ces connaissances et de ces outils par les acteurs de terrain et, par là même, une plus grande autonomie de ceux-ci par rapport aux détenteurs des savoirs techniques.

L'ouvrage a été largement diffusé en Belgique et en France. Epuisé depuis plusieurs années, il faisait encore l'objet de demandes régulières. Nous avons donc décidé de le rééditer, non seulement en actualisant les données chiffrées, mais aussi en réalisant une refonte de certains chapitres.
Si la première partie du livre, qui porte sur les notions théoriques et sur la méthodologie générale, n'a pratiquement pas été retouchée, la seconde la "boîte à outils" a été sensiblement remaniée. Ainsi, le chapitre I, qui proposait auparavant un outil d'analyse des messages scriptovisuels, comprend maintenant des notions et conseils pratiques pour qui se propose de concevoir et de réaliser une affiche, un dépliant ou une brochure, un spot radio ou télé, un site Internet.
Le chapitre V concerne les espaces publicitaires gratuits en radio et en télévision pour les messages de prévention et de promotion de la santé - une spécificité de la Communauté française de Belgique. Il développe toute l'information relative à la procédure à suivre et se termine par des adresses utiles. Enfin, le chapitre VI, qui traite de l'évaluation, a été considérablement augmenté et restructuré en deux parties, portant respectivement sur le pré-test et le post-test d'un outil ou d'une campagne de communication. Plusieurs exemples sont donnés, la technique du *focus group* (ou "groupe focalisé") étant particulièrement détaillée.
Au total : 40 pages supplémentaires sous une couverture plus sobre et plus élégante.

Grâce au soutien de la Communauté française, mille exemplaires de cette nouvelle édition revue et mise à jour sont disponibles gratuitement (sauf frais de port). Une première diffusion sur base d'un listing a commencé en février. Les lecteurs des Cahiers qui n'auraient pas reçu l'information peuvent s'adresser au secrétariat de l'ASBL pour obtenir un bon de commande (voir les coordonnées ci-dessous).

Par ailleurs, rappelons qu'en tant que Service communautaire de promotion de la santé agréé par la Communauté française, l'ASBL Question Santé propose **une aide méthodologique et pratique aux services et associations de terrain qui souhaitent développer la communication dans le champ de la promotion de la santé** - communication de type médiatique, communautaire, institutionnel... Cette aide est gratuite dans le cadre de nos missions.

Communication et promotion de la santé. Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques, Bruxelles, Question Santé éd., 2e éd. 2004 (240 p.)

Question Santé ASBL, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles, tél. : 02 512 41 74, e-mail : question.sante@skynet.be

LES CAMPAGNES RADIODIFFUSEES D'EDUCATION POUR LA SANTE

Christian DE BOCK, avec la collaboration de Jacques HENKINBRANT, Philippe MOUCHET et Patrick TREFOIS[1]

La Communauté française offre au secteur de la promotion de la santé un puissant outil de diffusion de ses valeurs et de ses messages : les campagnes radiodiffusées gratuites d'éducation pour la santé. Quelle est la base légale de ce dispositif ? Comment ça marche ? Quels thèmes sont-ils éligibles ? Quel est l'impact des campagnes auprès des auditeurs et téléspectateurs ? Qu'en pensent les promoteurs de ces campagnes ?

Vous avez certainement vu ou entendu au cours de ces dernières années des messages d'éducation pour la santé diffusés par nos télévisions et/ou radios francophones.

Du lever au coucher, en passant par le petit déjeuner, l'embarras de circulation, la détente de la soirée, ces spots visant un meilleur bien-être et une meilleure santé sont diffusés dans le cadre des espaces publicitaires. La signature générique reprenant le coq bien connu, accompagné de la mention "Avec le soutien de la Communauté française", permet de distinguer ces messages d'autres spots ayant aussi trait à la santé ou au bien-être, mais émanant du secteur marchand ou des pouvoirs publics.[2]

Comment des campagnes d'éducation pour la santé aboutissent-elles sur les chaînes audiovisuelles ?

La base légale de diffusion de ces campagnes est constituée par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion (modifié par l'Arrêté du 17 juillet 1997).

Cette opportunité est exceptionnelle : le Gouvernement de la Communauté française de Belgique est, à notre connaissance, le seul en Europe à avoir mis en place une telle possibilité d'octroi d'espaces gratuits aux campagnes de promotion de la santé.

Les moyens ainsi dégagés pour la santé publique sont considérables. On peut estimer la valeur annuelle des espaces octroyés aux campagnes de promotion de la santé à environ 3 millions d'euros.

Notons toutefois que la gratuité ne s'étend pas à la réalisation du message à diffuser.

Une procédure précise a été mise au point, afin de garantir le sérieux et l'équité de l'octroi des espaces gratuits de diffusion. Une Commission d'avis "Campagnes radiodiffusées" travaillant

Mots-clés

- publicité
- radio
- télévision
- programme quinquennal
- évaluation
- audience

1. Président de la Commission "Campagnes radiodiffusées" du Conseil supérieur de promotion de la santé. Jacques Henkinbrant est le secrétaire de cette commission, Patrick Trefois en est membre, et Philippe Mouchet y apporte régulièrement son expertise en mass media.

2. En effet, toutes les campagnes "santé" des pouvoirs publics ne s'inscrivent pas nécessairement dans les espaces gratuits. Exemple récent, la dernière campagne fédérale en faveur du bon usage des antibiotiques n'a pas été diffusée dans ce cadre contrairement aux précédentes.

au sein et en délégation du Conseil supérieur de promotion de la santé, installée en vertu du Décret du 14 juillet 1997 - art. 4, remet avis sur le projet avant réalisation, puis sur le matériel audiovisuel réalisé.

L'examen du projet est basé sur les trois critères suivants : la rigueur scientifique, l'éthique et la cohérence avec le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française. En outre, deux autres critères sont pris en considération : l'intelligibilité du message et la pertinence du plan de diffusion.

Quels sont les supports concernés ?

Tous les organismes de radiodiffusion de la Communauté française sont concernés.

Cela représente donc aussi bien les chaînes de télévision de service public que les chaînes privées commerciales telles que RTL-TVI, Club RTL, PlugTV ou BeTV (lors de ses émissions en clair).

Il ne faut pas oublier non plus les télévisions locales, pour autant, bien entendu, qu'elles aient diffusé des spots publicitaires sur des boissons alcoolisées, des médicaments ou des soins médicaux (comme le prévoit l'Arrêté dans son article 1er).

Les radios sont également concernées : celles de la RTBF, ainsi que les réseaux privés tels que Bel RTL, Radio Contact, NRJ, Fun Radio, Nostalgie, Contact 2, etc.

Quels thèmes sont concernés par l'octroi d'espaces gratuits de diffusion ?

L'arrêté cite à titre d'exemple une série de thèmes de campagnes d'éducation pour la santé.

Cette liste doit évidemment être éclairée par l'esprit du Décret du 14 juillet 1997 et par les priorités énoncées dans le Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française, soumises à révision tous les cinq ans.

Après avoir souligné les principes d'action et les acteurs prioritaires, le récent Programme quinquennal 2004-2008 énonce quelque dix problèmes de santé prioritaires :

- prévention des assuétudes
- prévention des cancers
- prévention des maladies infectieuses
- prévention des traumatismes et promotion de la sécurité
- promotion de l'activité physique
- promotion de la santé bucco-dentaire
- promotion de la santé cardio-vasculaire
- promotion du bien-être et de la santé mentale
- promotion de la santé de la petite enfance
- promotion d'un environnement sain

Chaque année, une dizaine de campagnes bénéficient des espaces de diffusion gratuits.

Les thèmes de ces campagnes sont variés. Citons notamment la prévention du sida, de l'ostéoporose, du tabagisme, de la mort subite du nourrisson, de l'endoctrinement dans les sectes, de la maltraitance de l'enfant ; la promotion : de la vaccination, du don d'organes, de la conduite responsable, de l'emploi des personnes handicapées, de la sécurité des enfants dans la ville, de l'allaitement maternel, du carnet de l'enfant et de la mère de l'ONE, de l'alimentation équilibrée, de l'activité physique au quotidien, de la santé mentale ; le dépistage du cancer du sein et du diabète ; le bon usage des médicaments, etc.

A côté du caractère un peu fourre-tout de cette liste, un rapide coup d'œil rétrospectif nous indique que le thème le plus abordé, et de très loin, est celui des **maladies infectieuses**, qu'il s'agisse de messages de prévention du sida ou de promotion de diverses vaccinations.

Dans le domaine des assuétudes, le **tabac** vient régulièrement à l'antenne, mais ni l'alcool ni les drogues dites "illicites" n'ont fait l'objet de campagnes gratuites jusqu'à présent.

C'est un peu paradoxal, voire dommage dans le cas de l'alcool, puisque ce sont précisément les publicités en faveur de boissons alcooliques qui génèrent une grande partie des espaces gratuits…

Comment peut-on évaluer les campagnes audiovisuelles ?

La Commission d'avis "Campagnes radiodiffusées" est attentive, lors d'une demande de rediffusion d'une campagne, aux éléments d'évaluation remis par le promoteur.

Les promoteurs ont plusieurs possibilités à cet égard.

Les chaînes peuvent fournir des indices techniques similaires à ceux utilisés pour mesurer l'impact d'une campagne publicitaire payante. La limite de ces indices est la suivante : on estime le nombre de personnes touchées par un message, mais on ne sait rien de la manière dont elles ont "assimilé" le message. Ont-elles acquis de nouvelles connaissances ? Le message les a-t-il amenées à modifier leur attitude face au problème traité ? Ont-elles adopté un nouveau comportement ?
Le promoteur peut recourir à des enquêtes (de préférence permettant une comparaison entre la situation avant et après campagne). Ces enquêtes peuvent fournir des informations sur le niveau de connaissance, les attitudes et les comportements du public visé. La limite de ces enquêtes vis-à-vis de l'évaluation d'une campagne est notamment qu'on ne peut attribuer à la seule communication d'éventuels changements constatés. Le coût de telles enquêtes ne permet pas aux promoteurs d'y recourir systématiquement.

Ces campagnes sont-elles efficaces ?

Nous reprenons ci-après une synthèse de quelques bilans de campagnes permettant de confirmer l'impact des campagnes de promotion de la santé en radio et en télévision sur les changements d'attitude, voire de comportement du public visé.

Nous avons retenu trois campagnes qui se sont déroulées entre 1996 et 2000 :

- la campagne de promotion du don d'organes lancée en 1999-2000 par l'Association nationale des greffés cardiaques et pulmonaires (ANGCP)

- les campagnes annuelles de promotion de la vaccination contre la grippe et le pneumocoque de Question Santé (de 1996 à 2000)
- la campagne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques lancée en 2000 par le Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement

Pourquoi ces choix ? Parce que ces campagnes ont pu bénéficier soit d'enquêtes réalisées par des instituts de sondage, soit de données précises fournies par l'Institut national de statistiques, ce qui a permis de mesurer beaucoup plus précisément leur impact auprès du public visé.

Don d'organes

Un exemple très frappant fut la campagne de promotion du don d'organes. Au regard des chiffres fournis par l'INS, on constate un rapport très net entre les passages de la campagne sur antenne et l'accroissement du nombre d'inscriptions au Registre national des personnes spécifiant un choix personnel en faveur ou non du don de leurs organes.

On découvre ainsi que pendant la période durant laquelle s'est déroulée la campagne, le nombre d'inscriptions en Communauté française en faveur du don d'organes **a augmenté de près de 300%** par rapport à la même période, l'année d'avant. Cette augmentation n'a pas été observée en Flandre, qui n'a pas bénéficié de la campagne.

.

L'effet de la campagne a été ici très spectaculaire.

Vaccination des personnes âgées de plus de 65 ans

Les campagnes de promotion de la vaccination pour les personnes âgées de plus de 65 ans sont menées annuellement, chaque automne, depuis 1995. Les vaccins concernés sont ceux contre la grippe, le pneumocoque et le tétanos.

Dans le Nord du pays, des programmes de promotion de la vaccination sont menés de manière identique à ceux organisés en Communauté française, *mais à l'exclusion des campagnes audiovisuelles, jugées trop coûteuses.*

La comparaison des évaluations entre le Nord et le Sud du pays révèle une sensible différence dans les connaissances et les comportements de vaccination, principalement vis-à-vis du pneumocoque (la recommandation de se faire vacciner contre le pneumocoque est moins ancrée dans les mœurs que la protection contre la grippe, et en plus, la personne vaccinée est protégée pour cinq ans, alors qu'elle doit se faire vacciner contre la grippe chaque année).

Ici aussi, l'impact est impressionnant : le comportement de vaccination contre le pneumocoque a évolué beaucoup plus favorablement en Communauté française : en cumulant les résultats des enquêtes menées suite aux campagnes de 1997 à 2000, on constate qu'environ 62% des personnes de plus de 65 ans déclarent avoir été vaccinées en Communauté française contre 26% seulement en Communauté flamande.

Sensibilisation à la résistance aux antibiotiques (2000-2001)

L'intérêt de cet exemple réside également dans le fait que l'on a pu mesurer le niveau de connaissances du public avant et après la campagne.

Cette campagne visait à faire prendre conscience au grand public comme aux professionnels d'un recours trop fréquent aux antibiotiques dans notre pays, induisant un accroissement des souches résistantes à l'action de certains antibiotiques.

On a pu vérifier que la campagne avait effectivement provoqué des changements d'opinion et d'attitude de la part du public visé, concernant la consommation d'antibiotiques.

Quelques chiffres :

- augmentation de près de 50% des personnes en accord avec l'affirmation que l'effet des antibiotiques diminue
- augmentation de plus de 30% des personnes en accord avec l'affirmation qu'en Belgique, on a tendance à consommer trop d'antibiotiques
- diminution de près de 60% des personnes enclines à demander spontanément des antibiotiques à leur médecin

On a même observé une diminution temporaire du volume des prescriptions d'antibiotiques. Mais cet effet "idéal" est de courte durée, et il s'avère utile de relancer régulièrement des campagnes d'information sur le sujet.

Qu'en pensent les organismes bénéficiaires ?

Comme nous l'avons vu , ces campagnes sont assez nombreuses, les sujets variés, les résultats encourageants. Cet article nous offrait donc l'occasion de tâter les principaux concernés. Nous avons interrogé cinq organismes ayant bénéficié plus d'une fois d'espaces gratuits pour leurs campagnes de promotion de la santé ces dernières années. **Michel Pettiaux** (FARES) et **Véronique Janzyk** (Observatoire de la santé du Hainaut) ont eu l'amabilité de répondre à nos questions.

P.J.: Quel est l'intérêt pour vous de faire appel à ces espaces gratuits ?

M.P. : L'intérêt est majeur, car le tarif publicitaire normal est tout à fait inabordable pour le non-marchand !

V.J.: Les messages que nous entendons promouvoir étant généralistes (alimentation saine, mouvement au quotidien), ils concernent un large public. Ces espaces insérés au sein d'écrans publicitaires permettent précisément d'atteindre ce public. Nos campagnes dépassent le seul aspect médiatique, elles sont conçues comme des appuis à des programmes de santé publique qui utilisent d'autres méthodes de mobilisation sociale (éducation, formation, accompagnement, lobbying).

P.J.: Quel impact leur attribuez-vous par rapport à vos projets et à la notoriété de votre institution ?

M.P.: L'impact est important, aussi bien pour la mise en évidence de nos projets de prévention du tabagisme que pour la notoriété de notre association. Avec la concurrence des annonceurs commerciaux, les messages éducatifs ont besoin de recourir aux mêmes moyens de communication de masse pour marquer les esprits.

V.J.: Les demandes parvenues au service du téléphone vert de la Communauté française[3] sont considérables. Pour la campagne alimentation portant sur les graisses cachées et sur les modes de cuisson, 30.000 demandes de la brochure "Alimentation, saveurs et santé" de la Fondation pour la chirurgie cardiaque ont été recensées ! Il y a eu aussi 8.000 exemplaires du document "Fruits et légumes" et 12.700 pour la brochure vantant les mérites de l'activité physique au quotidien.
Sans compter l'appui des relais (hôpitaux, médecins, écoles...) pour diffuser les documents en Hainaut. Deux fois 25.000 exemplaires ont été

3. Les campagnes de communication de l'Observatoire de la santé du Hainaut proposent en général un imprimé offrant une information plus complète au public, que l'on peut se procurer auprès du numéro gratuit 0800.20.000 de la Communauté française.

distribués par cette voie pour les deux premières campagnes (cuisson-graisses) et plus de 100.000 dans le troisième cas (fruits et légumes).
On obtient le même score pour la campagne sur l'activité physique au quotidien. Cela peut paraître relativement faible, mais nous avons vraiment l'impression d'avoir contribué à mettre les deux thématiques à l'ordre du jour "sociopolitique". Le travail en profondeur sur le terrain en est facilité. L'évaluation téléphonique de nos brochures et de nos spots a aussi été riche d'enseignements.
Pour ce qui est de l'identification de l'Observatoire de la santé du Hainaut, elle est faible pour la campagne "Alimentation, saveurs et santé", mais plus remarquable pour la campagne "Fruits et légumes". Elle est de 25%.

P.J.: Avez-vous une idée de la "valeur" en argent de vos campagnes gratuites ?

M.P.: Je n'ai pas les montants en tête, mais je peux vous dire qu'il est toujours agréable d'en faire part aux membres de l'asbl lors de l'assemblée générale annuelle !

V.J.: Nos campagnes représentent d'abord un investissement de 10.000 euros par spot (télé et radio), ce qui n'est pas cher comparé au coût des spots commerciaux mais représente un effort non négligeable pour nous. Surtout qu'il y en eut quatre au total !
Le tirage des brochures (200.000 exemplaires en tout) représente un coût de 50.000 euros. Sans compter les frais d'envois, de transport. Ou encore ceux relatifs à la documentation, le temps nécessaire pour la rédaction, etc.
Bien entendu, ce budget doit être mis en perspective avec le coût du temps de diffusion, estimé par les régies à 500.000 euros pour chaque campagne. Il est clair que nous nous y retrouvons d'une certaine manière.

P.J.: Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour en bénéficier ?

M.P.: Le niveau d'exigence de la Communauté française est assez élevé, et de nature à en décourager plus d'un. Un allègement des procédures de rentrée des dossiers serait le bienvenu… Sinon, il est à craindre que seules les associations ayant du personnel formé en communication sociale pourront encore bénéficier du système à l'avenir.

V.J.: Il y a eu surtout des difficultés liées aux partenariats noués, aux sponsors recherchés, plutôt qu'à l'obligation de présenter nos projet à la Commission d'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Ses commentaires nous ont paru, en général, justifiés et constructifs.

P.J.: Quelles améliorations imaginez-vous pour optimaliser ce dispositif à l'avenir ?

V.J.: Une programmation plus fiable serait bienvenue. En effet, les dates de diffusion ont été parfois modifiées par rapport à nos souhaits. Quand une conférence de presse a lieu, il est regrettable que la mise à l'antenne ne suive pas directement, comme prévu initialement. Le délai entre l'annonce de la campagne et sa diffusion, ainsi que la mise à disposition des documents sur le terrain par les partenaires peut se révéler alors problématique.

D'autre part, la rediffusion de campagnes devrait être facilitée. Nous avons pu constater en effet le grand intérêt du public pour la campagne "Fruits et légumes" lors de sa rediffusion. Cela vaut la peine de capitaliser quelques mois plus tard sur une campagne qui a déjà marqué les esprits.

The end…

Il est incontestable que la possibilité d'octroi d'espaces gratuits en radio et télévision est un outil très puissant au profit de la promotion de la santé.
De plus en plus d'organismes connaissent aujourd'hui cette opportunité et trouvent les moyens de produire des spots dont les meilleurs n'ont pas à rougir de la comparaison avec les spots du secteur commercial.
Si le coût de production reste à leur charge, ils bénéficient gratuitement d'espaces d'une valeur beaucoup plus élevée : ils auraient tort de s'en priver !

■

En pratique

Vous l'avez compris : si la *diffusion* d'un spot de promotion de la santé peut se faire gratuitement, l'obtention de ces espaces gratuits vous coûtera quelques efforts et beaucoup de patience.

Délais

Lorsque tout se passe bien, la procédure se déroule sur 6 mois environ. Par exemple :

Janvier	Vous préparez le dossier et, vers la fin du mois, vous l'envoyez à la Ministre et à l'administration
Février	L'administration convoque la commission ; vers la fin du mois, l'avis de la commission est envoyé à la Ministre
Mars	Vers la fin du mois, la Ministre vous donne un accord de principe
Avril	Réalisation du spot ; vous l'envoyez à la commission
Mai	La commission donne son avis à la Ministre
Juin	La Ministre octroie les espaces gratuits
Juillet	Diffusion du spot

Ce scénario est optimiste, car il suppose que votre projet bénéficie d'emblée de deux décisions favorables. Il arrive que le promoteur soit invité à retravailler son dossier ou son spot, ce qui rallonge le délai de deux mois. Ce scénario suppose aussi que la réalisation soit finalisée en un mois, ce qui est parfois difficile. Il est donc recommandé de se mettre au travail **un an** avant la période prévue pour la diffusion.

Documentation

Les documents indispensables peuvent être trouvés sur le site de la Communauté française (http://www.sante.cfwb.be) :

- L'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion (M.B. 19/4/95), modifié par l'Arrêté du 17 juillet 1997 (M.B. 29/08/97)
- Le formulaire de demande d'espaces gratuits pour des campagnes radiodiffusées en promotion de la santé
- La grille officieuse d'évaluation des demandes des campagnes radiodiffusées

Vous les trouverez également dans la nouvelle édition du "manuel" "Communication et promotion de la santé", récemment publié par Question Santé.

A l'aide !

Le Service communautaire de promotion de la santé spécialisé en communication, Question Santé, est à votre disposition pour vous assister aux diverses étapes de ce parcours. Question Santé : rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. : 02/512 41 74, courriel : question.sante@skynet.be). Visitez également http://questionsante.org .

Du changement en vue ?

L'an dernier, le Gouvernement de la Communauté française a planché sur une modification assez sérieuse de l'Arrêté du 18 janvier 1995. Ce projet n'a pas pu aboutir pour cause de fin de législature, mais il reviendra peut-être à l'agenda prochainement.

Quelles directions pourrait prendre cette nouvelle disposition légale si elle s'inspire du projet de l'an dernier ?

L'acquis fondamental de l'Arrêté, et ce qui fait aussi son originalité est maintenu. En d'autres termes, le principe de permettre à des campagnes de promotion de la santé d'intérêt général de bénéficier d'espaces gratuits équivalents à ceux dont les annonceurs de médicaments[1] et de boissons alcooliques ont bénéficié l'année précédente est confirmé. Si une association a les moyens de produire un spot, le système reste donc très attractif.

La procédure n'est pas à proprement parler bouleversée, mais elle est formalisée avec plus de rigueur, et les délais à respecter à chaque étape du parcours (du combattant) d'un projet de spot sont fixés.

Le rôle de la Commission d'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé est renforcé : elle devrait évaluer les dossiers selon 7 critères au lieu de 4 actuellement :

- s'assurer du caractère non commercial de la demande, avec un renfort du Conseil supérieur de l'Audiovisuel pour ce critère particulier (nouveauté)[2]
- vérifier l'éthique
- estimer l'inscription du projet dans une philosophie de promotion de la santé et sa cohérence avec le Programme quinquennal de promotion de la santé
- contrôler la rigueur scientifique
- valider le plan de diffusion (nouveauté)
- juger du caractère compréhensible des messages réalisés
- approuver la qualité technique des messages réalisés (nouveauté)

La Commission ne chômerait pas si ces intentions se concrétisaient…

Autre particularité du projet de l'an dernier, qui avait d'ailleurs été annoncée un peu rapidement dans la presse par la Ministre de la Santé de l'époque, l'obligation de fournir les spots TV (pas radio !) avec une incrustation de leur traduction en langue des signes pour les sourds et malentendants (1/9 minimum de l'écran devait être réservé à la traduction). Un souci d'intégration qui fera grincer quelques dents parmi les "créatifs" si cette option est confirmée dans l'avenir.

En somme, si un nouvel Arrêté sort prochainement, il est à craindre que cela ne simplifiera pas vraiment la tâche des promoteurs de campagnes radiodiffusées…

Notes

1. Notons toutefois que le contrat de gestion 2001-2005 de la RTBF lui interdit de passer des publicités pour les médicaments, ce qui limite d'autant les espaces disponibles pour les messages de promotion de la santé.

2. Cet aspect, qui va de soi selon nous, est l'objet d'une attention maniaque dans le texte de 2004. Souci légitime de défendre une approche "non-marchande" de la santé ? Crainte de voir des campagnes qui auraient pu ou dû être payantes bénéficier de la gratuité, et par conséquent entraîner un manque à gagner pour les éditeurs de service ? Je vous laisse le choix de la réponse…

LA SANTÉ EST-ELLE COMMUNICATIVE ?

Vincent GUÉRIN [1]

L'évolution récente des médias audiovisuels figure à quel point les paramètres économiques et technologiques influent sur ce secteur. L'avenir qui se dessine ne devrait pas rompre avec cette perspective. Se préoccuper des contenus des médias doit tenir compte des contraintes exercées sur leur production et leur diffusion. Promouvoir la santé par l'audiovisuel se situe à ces confins-là, mais aussi à l'interstice de plusieurs autres mondes. Il s'agit de composer avec le projet culturel dominant de transmission des savoirs. La menace de céder au conditionnement est réelle. Profiter de la particularité des connaissances à transmettre en santé représenterait une issue.

Une des caractéristiques de la Promotion de la Santé est d'œuvrer à des modifications comportementales individuelles et/ou collectives. Elle entend, pour ce faire, s'appuyer notamment sur des apprentissages qui relèvent de la sphère cognitive, affective et/ou psychomotrice.

Concomitamment, dans le domaine audiovisuel, le genre documentaire paraît celui qui se prête le plus à faire converger ses moyens vers ceux de la Promotion de la Santé, entre autres. Une des préoccupations de base de ce genre audiovisuel semble être identique à celles de la communication de santé, d'autant plus lorsque ces documentaires sont diffusés par le canal télévisuel.

Tout irait-il dès lors pour le mieux ?

Pas à proprement parler.

Offre documentaire et demande audiovisuelle de santé

Il est peu loisible de considérer l'évolution de la communication audiovisuelle en santé sans la comparer à l'évolution de l'offre documentaire générale sous la pression de ses contraintes.

Celle-ci est inquiétante : baisse du nombre de productions, calibrage vers les standards de la diffusion télévisuelle (13', 26' ou 52', etc.), raréfaction du nombre de producteurs ou réalisateurs ou journalistes spécialisés, part proportionnellement croissante de productions commerciales, etc.

De même que l'information grand public se réduit de plus en plus souvent à de l'*infortainment*, le documentaire se réduirait à ce que l'on peut appeler des documentaires "autoportants", par analogie aux éléments architecturaux homonymes.

Ce nouveau type de productions documentaires confine au reportage. Il procède par la disparition quasi totale du commentaire, sauf parfois en début ou en fin, histoire de camper un minimum les choses, comme un résumé appétissant le fait dans le programme

Mots-clés

- santé
- audiovisuel
- documentaire
- communication

1. Responsable de la Collection Education pour la Santé, La Médiathèque.

télé de la semaine. Il n'y a que des images, les bruits d'ambiance et les propos tenus spontanément ou suscités à l'écran. On monte ce qu'on a pu mettre en boîte durant le temps contractuellement imparti à l'équipe de tournage, autant que possible intelligemment et hop, vas-y coco, tu peux lancer le sujet! Exemple proche de nous : tandis qu'un "Autant Savoir" nécessitait un minimum de deux semaines, un "C'est la vie!" et ses sous-multiples sont bouclés en moins d'une semaine…

Le malaise et la frustration naissant de ces productions-là, proviennent de ce que le contenu devient littéral. On n'est plus sûr au mieux que d'une chose : à la fin du spectacle, l'impression de savoir que quelque chose existe. Point. On se retrouve l'œil collé à une serrure qu'on croyait une lucarne sur le monde…

Comprendre un processus, apprendre des tenants et aboutissants transposables à soi-même, être un rien rassuré que ce qu'on aurait vu constitue autre chose qu'un extrait de la tranche de vie d'une personne dans une situation particulière ou banale et qui a accepté que son droit à l'image soit affecté, non, ça, il n'en est plus véritablement question!

On s'oriente alors assez exactement vers un travail de malléabilité cérébrale subliminale revendiquée par ce haut responsable de TF1, qui, à l'aide d'une boisson sucrée globalement dominatrice, dégrippe les boulons de ses téléspectateurs écervelés …

Heureusement, ce meilleur des mondes-là n'a pas encore totalement libéralisé ses sévices.

Capter l'attention n'est pas captiver son auditoire

La simplification des contenus et de leurs mises en perspectives se marque également par le souci d'accrocher l'attention.

Un des leviers pour y parvenir est bien sûr la notion de "proximité". Il s'agit de veiller à ce que le spectateur puisse se reconnaître dans la situation, la problématique évoquée ou encore dans les témoins à l'écran. Ce levier peut constituer un amplificateur pédagogique efficace, pour peu que le spectateur bénéficie d'indicateurs endogènes fiables validant les notions délivrées ou les situations présentées.

Autre levier d'accroche : l'actualité. La focale réglée sur l'audimat et les moyens modernes de réalisation se conjuguent et offrent de traiter rapidement d'un événement sous un angle thématique particulier, de manière à profiter de la prégnance de l'événement dans le champ médiatique du spectateur moyen. Dernier exemple mondial en date : la déferlante du tsunami en Asie du Sud-Est et les nombreuses émissions ou séquences qui l'ont suivie, expliquant entre autres le phénomène sismique concerné.

La contextualisation du propos didactique s'avère dans ce cas moins nécessaire. Par contre, de par la faiblesse - justement - de ce "rappel des faits", ces documentaires-là vieillissent nécessairement plus vite, car il faudra d'autant plus recadrer le propos qu'on s'éloigne des circonstances où il a été émis.

Les professionnels pointus, curieux et optimistes y trouveront un avantage singulier : un plus grand nombre de témoignages, traités sous des angles divers et un plus grand spectre de notions délivrées…

L'attention peut être aussi attirée par le choix du thème. A cet égard, indépendamment même du traitement de l'information qui y est faite, on frise

- en y sombrant parfois - le sensationnalisme ou derechef une sorte de voyeurisme passif.

En santé, les productions audiovisuelles relevant de cette catégorie traitent par exemple des maladies orphelines. Le moins que l'on doive constater est que les émissions évoquant la maladie des os de verre, la progeria ou le cutis laxa sont assez fréquentes…

L'émotion participe de l'évidence parmi les moyens d'agripper l'attention. Elle est en quelque sorte consubstantielle aux thématiques de santé car nous sommes tous peu ou prou concernés.

Le zoom constant vers l'infiniment petit des progrès techno-scientifiques contribue à glacer le vernis de pertinence conféré à certaines notions ou informations. Nombre de compréhensions dans les thèmes de la santé peuvent être illustrées par des images, voire par la description de nouvelles technologies ou bien par le compte rendu d'avancées scientifiques spectaculaires ou prometteuses. Cette iconographie ne peut masquer qu'il importe toutefois encore, ensuite, d'expliciter leurs portées.

Les émetteurs ont des antennes

Autre évidence : un des grands domaines contemporains où l'action en vue de modifier des comportements s'exerce, est bien sûr la publicité. A l'instar de toute programmation télévisuelle, son impact sur la production documentaire s'opère par les recettes générées pour les diffuseurs à l'occasion des blocs de spots encadrant chaque émission, voire les interrompant.

Ce lien-là est découplé lorsqu'on prend connaissance d'un programme initialement télévisé et diffusé ultérieurement sur un autre support que la télévision.

Par contre, la propagande mercantile peut influer directement sur le contenu de documentaire, par le biais du commanditaire ou du fournisseur d'une partie ou de tous les moyens de production. Il apparaît que cette famille de documentaires demeure, en nombre relativement limité, dans les domaines de la santé, sauf pour le film médical où la proportion, en gros, est inversée.

Généralement, on constate heureusement que ce "parrainage" est renseigné, le plus souvent au générique final. Lorsque ce n'est pas le cas, le décodage devient beaucoup plus malaisé. La critique interne du documentaire lui-même peut parvenir à débusquer le caractère sournois de l'influence exercée.

Ainsi, cas réel rencontré : un documentaire traitant des allergies. Il délivre au premier degré deux messages principaux : nécessité de consulter afin de soumettre ses symptômes à son médecin traitant et la rassurance qu'il existe des traitements, sans les nommer ou en préciser pour autant les types. Plus transversalement, il apparaît que tous les arguments et situations à l'écran, en ce comprise la consultation menée par un médecin, relèvent de la sphère subjective, qui est indéniablement valorisée systématiquement. Au bilan : on n'a été invité qu'à aller consommer du produit pharmaceutique en réduisant au passage le médecin à sa fonction de prescripteur…

Sur un autre plan économique, l'audiovisuel de santé semble, pour certains, mesurable à la réduction des coûts qu'il générerait pour la sécurité sociale. Pour louable qu'elle soit, cette orientation peut déboucher, elle aussi, sur des effets pervers à terme si elle

n'intègre pas d'autres paramètres décisionnels.

De même que des revirements marqués dans la politique et la législation concernant la lutte contre les toxicomanies ont affaibli le travail des acteurs de terrain jusqu'à récemment chez nous, la prévention de la dépendance tabagique pâtit d'influences rendant perplexe quant à l'attitude à privilégier, s'il en est une. La prohibition pointe peu à peu sa crispation dans ce domaine, restreignant d'autant les marges de concepts abordables pour appuyer une démarche préventive. Sans négliger l'action fumeuse de l'industrie cigarettière (en Suisse voici quelques mois, les fabricants ont communiqué amplement, à destination notamment du jeune public, que la cigarette devait être proscrite pour les mineurs, tout en continuant à abreuver d'appoints financiers pour leur organisation ou leur survie économique divers événements et lieux de rencontre de ces mêmes jeunes), on observera que les discours de prévention se sont adoucis en même temps qu'une industrie du substitut nicotinique a vu ses parts de marché croître. Si l'on a vu fleurir début janvier des messages publicitaires vantant tel ou tel de ces produits, c'est tout simplement que des études auraient montré que les bonnes résolutions de fumeurs sous le gui sont fréquentes et donc à recueillir aussi vite que les aiguilles tombent des sapins à Noël…

La pesée qu'en promotion de la santé on cherche à exercer vers des changements salutaires de comportements, voit sa communication fragilisée par l'usure du temps. Certaines notions sont intemporelles pourtant, comme "Mieux vaut prévenir que guérir", "Fumer nuit à la santé", "Protégez-vous contre le sida", "L'exercice est bon pour la santé", "Mangeons mieux", "La grossesse n'est pas une maladie", etc.

L'identification du destinataire au véhicule du message procède d'une relation au temps plus fugace. L'actualité des images, des décors, des cadres de vie, des modes d'expression et d'habillement etc. des intervenants ou de situations à l'écran est génératrice de péremption. Autrement dit, à quelques années de distance, tout peut être resté correct dans un documentaire, sauf l'âge par exemple des artères citadines qu'on voit à l'image. Cela peut suffire à rendre le média obsolète.

Plus pernicieux : de même que les marchés se segmentent et accoutument les consommateurs à privilégier les messages calibrés vers eux, les messages de santé doivent en conséquence être plus que jamais adaptés à des publics cibles, renforçant encore leur obsolescence rapide.

Bien qu'ils n'aient jamais été légions dans les domaines de la promotion de la santé, les documentaires ou les séquences analytiques, transversales, plus généralistes tendent à la confidentialité. Nonobstant la spécificité du secteur de la santé, un facteur d'influence de cette évolution pourrait se situer dans la préférence sans cesse plus grande pour l'utilitarisme le plus immédiat de l'information délivrée. Il suffirait pour s'en convaincre de constater l'évolution fulgurante de l'usage du GSM ou le nombre de quiproquos ou de fausses rumeurs dont nous avons déjà tous été témoins de la diffusion par l'Internet…

Il s'ensuit entre autres que les sujets traitant de santé mentale ou plus généralement à l'intersection des sciences sociales et de la santé parsèment de moins en moins le paysage. L'introspection et l'analyse systémique ne sont, il est vrai, pas à la mode !

Parallèlement, pourquoi s'inquiéter des

causes à cet égard puisque la pharmacopée industrialisée commercialise des molécules qui estompent les effets et prétendent, dans la pratique, suppléer de proche en proche aux structures d'intégration sociale ?

D'ailleurs, dans ce domaine, la classification des affections mentales n'est-elle pas occupée à suivre celle des effets principaux observés à la prescription des nouveaux psychotropes, au détriment d'une classification basée sur l'observation des symptômes ou de leurs causes ?

Le propriétaire détient par définition les clés

Assez spécialisés mais néanmoins très agissants, les principes du droit audiovisuel exercent leurs pressions sur les contraintes matérielles d'existence de la communication audiovisuelle en santé. L'O.M.S. est sans conteste fonction de l'O.M.C. !

Si l'on souhaite employer des productions audiovisuelles, un certain nombre de droits sont à respecter, le plus souvent payants. Droit d'auteurs, propriété intellectuelle, cercle d'utilisation, droit à l'image, de copie… Indépendamment de l'équipement lui-même et du coût du travail des différents techniciens et professionnels nécessaires, les limites et le prix de ces droits conditionnent les productions et leurs consommations. De sorte que l'on assiste à une dualisation renforcée des productions : celles en production propre ou indépendantes, meilleur marché parce que recourant notamment à du matériel audiovisuel libre de droits ou ne sollicitant que peu de ressources extérieures, et celles qui s'avèrent d'emblée de grosses machines, coûteuses et partant, devant viser une rentabilité plus certaine.

Ce que l'on sait moins, c'est que le respect de ces droits, souvent imbriqués (le réalisateur achetant par ailleurs des images ou du son pour illustrer ou accompagner son documentaire devient lui aussi détenteur de droits sur l'ensemble réalisé, par exemple), profile le type de diffusion des productions, ne serait-ce qu'en augmentant le prix d'achat pour l'utilisateur final ou en interdisant tout espoir même d'une quelconque diffusion ultérieure, commerciale ou non.

D'une manière générale, les marchés n'ont pas achevé leurs libéralisations. Celles afférant aux droits audiovisuels se resserrent, distinguant par exemple de plus en plus le droit à la copie privée comme une sorte d'îlot d'irréductibles, par l'opposition entre droit anglo-saxon et droit napoléonien. Les portions de ces marchés en évolution couvrant la notion de services ou d'éducation ou de santé ne participent toujours pas à la kermesse. Si bien que, la standardisation culturelle globale n'étant pas encore aboutie, pas même au sein des pays industrialisés, les modèles comportementaux transparaissant au travers de documentaires ne sont pas encore transposables nécessairement d'un pays à l'autre. En conséquence, l'éventail de choix de documentaires ne s'élargit pas - que du contraire - pour contrer l'appauvrissement observé par ailleurs du fait de la pression des pans déjà libéralisés de l'organisation socio-économique présidant à la production, la réalisation, la programmation, la diffusion et la distribution de tels documentaires.

La mixité du genre cinématographique que constitue la fiction documentaire participe de quelques-uns de ces aspects. Bien que ce genre ne soit pas neuf, il revient, revisité, au-devant de la scène. Cela procède d'une double pression économique, s'exerçant sur les réalisateurs de fiction et limitant

l'audience potentielle de réalisateurs de documentaires plus résolument militants. Exemples contemporains : les films de Michael Moore ou "Supersize me". Un réalisateur de longs-métrages peinant à disposer de scénarios attractifs, ne parvenant pas à lever sur son nom ou sur son synopsis suffisamment de capitaux pour mener à bien des productions comme il l'envisage, verra dans le documentaire-fiction une belle opportunité de raconter des histoires d'une part, à petit budget, d'autre part. En effet, filmer des quidams, scénariser des épisodes de leur vie, faire sens à partir de fils d'existence, ce n'est finalement rien d'autre que, à l'œil observant le monde pour alimenter un imaginaire qui produira une histoire, substituer l'objectif direct d'une caméra dont les rushs seront traités au montage pour produire une histoire…

En recourant à ce genre, un réalisateur militant bénéficiera des mêmes avantages économiques en vue de rester autant qu'il le souhaite indépendant et maître de son intention.

Par parenthèse, dans certains cas, un documentaire-fiction relevant du long-métrage peut être assimilé au genre documentaire *autoportant* pour les mêmes mauvaises raisons. Il suffit, par exemple, de s'être attardé aux productions moins fictionnelles et à moins gros budget surfant sur le succès de "Urgences" pour en convenir…

Au chapitre des canaux technologiques

Sa durée représente bien évidemment une dimension importante de la valeur didactique d'une production audio-visuelle. Les documentaires mono-thématiques d'une heure se réservent désormais à quelques émissions de grande audience ou à des productions à l'avenir commercial moins spéculatif.

Il va sans dire qu'on dispose de moins de facultés pour effectuer une boucle de sens sur un sujet lorsqu'on le ramasse en 25' plutôt qu'en une heure.

Ces grands documentaires sont généralement convenablement structurés, c'est-à-dire qu'ils énoncent leurs contenus par séquences sous-thématiques successives.
Dès lors, existe également une autre forme de programmation télévisuelle: l'émission présentant quelques documentaires ou reportages consacrés au même thème (Thema, Compléments d'enquête, …) ou bien offrant plusieurs documentaires sur des sujets différents (Actuel, Temps Présent, En quête d'info…).
Nombreux avantages pour le diffuseur: son éventail de sujets évoqués est plus diversifié dans une plage horaire mieux dédicacée ; il lui est loisible de rentabiliser l'antenne par des plages publicitaires sans interrompre le média diffusé ; il peut varier ses sources, en ce compris ne produire lui-même qu'une partie ou aucun des documentaires diffusés ; le ton général du traitement d'une thématique peut être mieux nuancé vu les sources différentes ; dans le cas d'émissions pluri-thématiques, l'attention du spectateur est renouvelée parce que les sujets sont eux-mêmes renouvelés au sein de la même émission, etc.
Principal risque ou désavantage pour le spectateur : il dispose malheureuse-ment souvent de moins d'éléments de compréhension sur le thème abordé, sauf lors des émissions mono-thématiques.
Ces observations concernant les émissions pluri-thématiques comportent des dimensions sous-jacentes : l'intitulé de l'émission ne permet pas de connaître le sujet traité ; l'imbrication des droits audiovisuels générée ainsi peut compliquer l'espoir

de disposer d'un des *sujets* spécifiquement, indépendamment de l'ensemble de l'émission…

A l'instar d'autres aspects de la problématique, le recours à la technologie audiovisuelle moderne (numérisation, infographies animées et tridimensionnelles, trucages au pixel près, voire pour les cédéroms et les DVD, hyperliens, chapitrage et interactivité interne personnalisée, etc.) n'exerce pas une influence spécifique aux domaines de la santé.

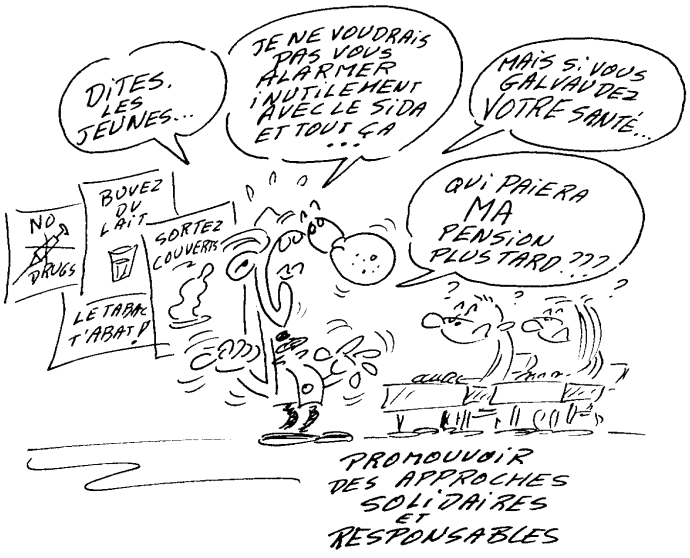
Pourtant, le potentiel est indéniable en termes de qualité, de sommes de savoirs offerts, de capacité à les employer de façon plus adaptée à son besoin propre, de pérennité, de modularité et globalement, in fine, d'utilisation pédagogique de ce nouvel état virtuel du documentaire.

Sur le plan audiovisuel lui-même, l'Internet ne se singularise paradoxalement pas. Les sites se multiplient, qui proposent des images en ligne, en *streaming*. Seuls les propriétaires de ces images s'y risquent (chaînes de télé, producteurs, etc.) ou bien il s'agit d'images libres de droits. En outre, l'accès à cette technologie se démocratise mais reste plus coûteux pour l'utilisateur final. Et puis, tant qu'il reste individuel, l'ordinateur pourrait faire mentir le pronostic qu'il se substitue à la télévision, tout comme on a dû reconnaître que le traitement de texte n'a pas fait chuter la consommation de papier.

Le DVD et sa puissance multimédia nominale sont encore peu employés : ça coûte cher et cela nécessite de grands talents et un grand soin dans les formulations.
A première vue, seules des productions grand public, à la rentabilité relativement certaine, se risquent dans cette sophistication ; ou bien alors, des institutions, à fonds perdus en quelque sorte. Mais rien de bien net dans les champs de la promotion de la santé n'a pour l'instant émergé.
Il arrive qu'on assiste même, quand le format DVD est employé, à la simple substitution du format numérique au VHS, parfois sans aucun chapitrage, pourtant accessible sur bien des graveurs ou programmes de gravure du commerce. Ce constat relèverait de la période de transition où nous nous situerions.
La notion de "bonus" se limite souvent également à la même adjonction de séquences ou de commentaires oiseux, voire à vocation purement promotionnelle, que pour les films de fiction.
Or, la seule particularité basique que représente le chapitrage s'avère à l'usage un réel bonus, lui, directement opérationnel pour quiconque recherche une séquence précise ou souhaite citer un passage choisi.

L'humour, enfin, se montre parcimonieux en santé, alors qu'il s'agit d'un levier pédagogique très efficace. Peut-être parce que la matière s'attache à la qualité de vie à tous les âges, qu'on traite de souffrance à des degrés et des échéances variables.
Lorsque ces propos très sérieux sont piquetés de sourires, le moment vaut presque toujours le détour jubilatoire !

■



QUEL OUTIL, QUELLE QUALITÉ AU SERVICE DE QUEL PROJET DE PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Catherine SPIECE[1]

L'utilisation de l'outil d'information, de communication ou de l'outil pédagogique en promotion de la santé soulève des questions de pertinence. A la fois réclamé par les intervenants de première ligne et déprécié par les professionnels du secteur, son emploi reste incontournable pour tout acteur de santé investissant la dimension éducative. Une réflexion sur la qualité de l'outil, tant dans le processus de construction que lors de la sélection et de l'utilisation de l'outil, permet d'éviter l'écueil du "tout pour et par l'outil".

Mots-clés

- outil pédagogique
- promotion de la santé
- critères de qualité

1. Responsable de projets, Service Promotion de la santé, Union nationale des Mutualités socialistes.

Quels outils en promotion de la santé ?

L'affiche, la brochure, le CD Rom, l'animation, le théâtre-forum sont-ils des outils ? Des outils de promotion de la santé ? Pour répondre à cette question, voyons quelles réalités recouvrent ces concepts.

L'outil

Un outil est un instrument. Comme tout instrument, il sert à effectuer un travail, à produire ou à créer quelque chose de neuf. Etymologiquement, l'outil "sert de…" et "ne sert pas à …". L'outil est donc l'opérateur entre l'individu et le monde. Il relie la part singulière de la personne (ses intentions, ses représentations, ses expériences, …) avec le monde.

Un outil est plus qu'un support. Le support, c'est le média utilisé. Citons pour exemple le papier (affiche, BD, brochure, photolangage,…), l'audio-visuel (vidéo, CD Rom, exposition,…), le spectacle (théâtre, animation, marionnettes,…). Tout outil nécessite un support mais un support seul ne fait pas l'outil. Le support rend compte d'un objet, l'outil d'un intermédiaire.

Nous distinguons les **outils d'information** (brochure, livre, affiche,…) des **outils pédagogiques** qui ajoutent une plus-value aux premiers par la conception de démarches pédagogiques d'accompagnement du support (jeu de table, pièce de théâtre, mallette pédagogique, séquence d'animation,…).

L'outil d'information (ou de communication) vise surtout la diffusion d'information et/ou l'acquisition de connaissances. Dimension première de l'action éducative, c'est aussi la dimension la plus discutable lorsqu'elle est utilisée seule.

L'outil pédagogique va au-delà de l'information. Derrière l'acquisition de connaissances, il vise l'acquisition de compétences, la compréhension de certains phénomènes, la stimulation de la réflexion individuelle et collective,

l'action sur le milieu de vie, etc.

Voilà pour le cadre de référence. Notez toutefois que ce qui paraît compartimenté au départ peut se rejoindre à l'arrivée : par exemple, lorsqu'un intervenant de santé s'approprie un outil d'information et développe une séquence pédagogique adaptée à son public et à son contexte d'intervention.

L'outil d'information, comme l'outil pédagogique, permet d'effectuer un travail vis-à-vis d'un public bénéficiaire. Mais lorsqu'il s'agit d'un outil pour les relais de santé, destiné à leur permettre un travail qui potentialise leurs savoir-faire, on parle **d'outil méthodologique**. Un outil pédagogique de qualité se doit de présenter des repères méthodologiques à son futur utilisateur.

L'outil de promotion de la santé[2]

La spécificité de l'outil de promotion de la santé, par rapport à un autre outil, est sa capacité à stimuler l'une des 5 stratégies recommandées par la Charte d'Ottawa. Il envisage ensuite une variété de facteurs de risque et de déterminants de santé, préférant l'approche globale de la santé à l'approche thématique. De plus, les aptitudes individuelles qui y sont travaillées permettent la mise en place d'actions qui dépassent l'individu et initient une action sur l'environnement naturel ou humain.

La construction d'outils de promotion de la santé répond au souci de miser sur une stratégie éducative. Si la composante éducative a sa place dans presque toutes les questions de santé, les actions menées sur le terrain montrent qu'il est nécessaire d'envisager plusieurs approches pour aboutir au changement. C'est pourquoi il est tellement important d'intégrer l'éducation à d'autres stratégies, dans un cadre global, sur du moyen et long terme, avec d'autres secteurs et d'autres acteurs, etc.

Sur base de quels critères conçoit-on, utilise-t-on et évalue-t-on des outils ?

Les critères de conception et d'utilisation des outils réfèrent à deux logiques différentes : celle du promoteur et celle de l'intervenant de terrain. Ces deux logiques se rejoignent autour de la question de l'évaluation de l'outil. Celle-ci a pour objectif final d'augmenter la pertinence et la cohérence de l'outil pour le public bénéficiaire.

Pour le promoteur

Les éléments qui incitent les promoteurs à se lancer dans l'aventure passionnante mais difficile de la création d'un outil sont nombreux et d'ordres divers. Citons, par exemple :
- l'absence d'un outil adapté (parce que ce qui existe est soit dépassé, trop coûteux ou inaccessible)
- la présence d'un problème de santé pour lequel aucun outil n'existe mais dont la pertinence de création d'un outil a été questionnée
- la spécificité d'un public nécessitant des moyens pédagogiques particu-liers
- l'intérêt pour ce type de projet au sein d'une institution
- la motivation du chef de projet
- l'opportunité financière (subsides)
- le souci de visibilité institutionnelle du concepteur
- l'inscription dans un partenariat
- etc.

Quel que soit le ou les moteurs de la mise en route d'un tel projet, la qualité du produit fini dépendra de deux éléments:
- la mise en place de balises spécifiques

2. Les stratégies recommandées par la Charte d'Ottawa (1986) :

- *La participation de la population* à la définition des priorités, à la prise de décision, à l'action
- *L'amélioration du milieu de vie* dans le travail, les loisirs, l'énergie, les transports,…
- *Le développement des aptitudes individuelles et sociales*
- *La réorientation des services de santé* (en amont et en aval de la prestation de soins)
- *L'élaboration d'une politique de santé publique saine* (politique fiscale, sociale et environnementale qui permette de réduire les inégalités de santé, etc.).

dans le processus de construction (constitution d'un comité d'accompagnement, mise en place de partenariats, participation des différents acteurs et particulière-ment du public final, régulation et réajustements permanents, etc).
- la mise en place de critères de qualité propres à l'outil : cohérence forme/fond, adéquation du public, possibilité d'exploitation pédagogique,…

Pour l'utilisateur

Quels sont les éléments qui interviennent pour décider du choix d'un outil ?
La sélection d'un outil plutôt qu'un autre pour une action de prévention ou d'éducation pour la santé est fonction de nombreux critères, liés à l'utilisateur mais aussi à l'outil, son cadre d'utilisation et ses modes de diffusion. Ces différents critères interagissent entre eux et produisent une résultante : la sélection de l'outil.

Critères individuels :
Temps personnel à investir, compétences, intérêt pour la santé,…

Critères liés à l'outil :
- procédés psychopédagogiques innovants, contenu particulièrement adapté, caractéristiques formelles attractives pour le public bénéficiaire,…
- une évaluation positive (d'experts, de collègues qui l'ont expérimenté,…)

Critères liés à l'accessibilité de l'outil :
- présence ou non dans les centres de documentation des CLPS
- coût de l'outil ou de l'activité
- partenariat possible

Critères liés aux conditions d'utilisation de l'outil :
- caractéristiques du public
- milieu d'intervention
- temps disponible

Une réflexion préalable balisant la finalité de l'utilisation de l'outil dans un cadre global de promotion de la santé doit permettre à l'utilisateur d'hiérarchiser ces critères en fonction de ses propres objectifs et moyens.

Pour le public

Le souci d'évaluation de l'outil témoigne d'une recherche de qualité, tant pour l'utilisateur que pour le public. Qu'elle soit réalisée par le concepteur ou confiée à un expert externe, l'évaluation d'un outil s'effectue à plusieurs niveaux :
- pendant la conception, par un ou des **pré tests** successifs. Ceux-ci ont pour objet de procéder à des réajustements de l'outil, en vue d'en augmenter la cohérence et la pertinence.
- après la conception, sur base d'une **évaluation d'expertise** (hors contexte d'utilisation) ou d'une **évaluation d'utilisateur** (après utilisation dans un contexte donné).

L'évaluation d'expertise porte sur les critères de qualité intrinsèques de l'outil (contenu, procédés psychopédagogiques, caractéristi-ques formelles). Elle tente d'en révéler les facettes parfois cachées, d'en suggérer des modes d'utilisation, en vue de faciliter le choix de l'intervenant de terrain.

L'évaluation de l'utilisateur porte sur le contexte d'utilisation de l'outil ainsi que sur l'impact de celui-ci sur le public bénéficiaire. Ces informations peuvent aussi enrichir le savoir faire autour de l'outil, donner des pistes d'exploitation aux futurs utilisateurs, enrichir l'outil pour une réédition future, etc.

L'outil au détriment de la démarche ?

L'outil fascine parce qu'il répond de manière simple et rapide à un problème parfois complexe. L'outil fournit un

levier, un angle d'attaque qui permet d'agir et d'inscrire l'apprentissage présent dans l'expérience future.

Quels sont les risques qui guettent les intervenants de santé dans l'utilisation de l'outil ?
- la fascination pour l'outil : cette fascination évite la réflexion sur les demandes et les objectifs, le choix de la stratégie d'intervention, etc.
- la perte de sens : en perdant de vue la finalité de l'outil, l'intervenant risque de ne pas en exploiter toutes les potentialités et de se limiter à une application mécanique des consignes de déroulement.
- la dérive ludique : la convivialité engendrée par certains outils peut faire perdre de vue les objectifs pédagogiques de l'intervention.
- l'entrave à la communication : l'outil peut être choisi comme solution de facilité, donnant l'illusion de résolution du problème posé. On confond ainsi outil et communication, moyens et objectifs, média et message.

Si l'outil n'est pas toute l'action, il en est le visage, la partie émergée de l'iceberg. Une utilisation optimale nécessite cependant une préparation invisible qui structure néanmoins son emploi : connaissance du public bénéficiaire, formulation d'objectifs en rapport avec l'analyse de situation, mise en place de partenariats intersectoriels, etc. ■

L'outil : la façade qui donne bonne conscience ?

Comme le monstre du Loch Ness, cette question réapparaît périodiquement dans les préoccupations des "penseurs" de la promotion de la santé. Ceux-ci, éloignés du terrain et de l'urgence de certains problèmes, considèrent parfois l'outil comme un deuxième choix stratégique pour la promotion de la santé, le choix des non-spécialistes.

Pourtant, les intervenants de première ligne sont demandeurs d'outils. Parce que l'outil permet de "faire", d'entrer dans le concret, il répond à la préoccupation première des relais actifs en prévention et en promotion de la santé.

En tant que tel, l'outil n'est ni bon ni mauvais. C'est l'intervenant qui contextualise son utilisation en vue de permettre à son public de :
- décoder les problèmes rencontrés en termes individuels et collectifs
- d'acquérir des compétences nécessaires pour devenir acteur de sa santé et jouer un rôle dans la société
- de faire preuve d'esprit critique par rapport aux problèmes qu'il rencontre
- chercher, questionner, interpeller, l'environnement dans lequel il évolue
- s'adapter à des situations qui changent
- cultiver des ressources individuelles et collectives pour résoudre leurs problèmes et agir

La création des conditions favorables à la transmission des messages de santé résulte de l'interaction, dans l'ici et maintenant, de l'outil, du public, des conditions d'utilisation… et de l'intervenant. Des balises peuvent être posées pour augmenter la pertinence et l'efficience de l'outil, la question de l'utilisateur reste cependant centrale.

Il est vrai que la promotion de la santé est d'abord et avant tout une science humaine. ■

Bibliographie

Spièce C., Frérotte M., Grignard S., Vandoorne C. "Comment créer un outil pédagogique en santé ? Guide méthodologique". Bruxelles : Union nationale des Mutualités socialistes. 2004.

"Education pour la santé". Cédérom. Bruxelles. La Médiathèque. 2003.

CRES Bretagne. "Les outils pédagogiques : quelle(s) utilisation(s) en éducation pour la santé ?". Formation aux outils pédagogiques (29 et 30.11.2001). Dossier documentaire. Rennes. 2001.

Grille PIPSapes pour la préparation d'un avis d'appréciation par la Cellule d'experts. Union nationale des Mutualités socialistes. 2001.

"Réflexions autour de la notion d'outil pédagogique. Forum des outils de prévention". 7, 8, 9 décembre 1999. Lyon CRAES Rhône-Alpes. 2000, pp 60-62.

Vandoorne C., Demarteau M., Lechien X. "Evaluation formative des matériaux d'éducation pour la santé des adultes". Socrates Adult Programme Education. Université de Liège. 1998.

"LA CONFÉRENCE LOCALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ : UN OUTIL DE COMMUNICATION AUPRÈS DES PROFESSIONNELS"

… ET SI LA PROMOTION DE LA SANTÉ POUVAIT FAIRE L'OBJET D'UN ÉCHANGE…

Pour l'équipe du CLPS de Liège, Chantal LEVA[1]

Le 18 octobre 2002, le Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS) et ses partenaires organisaient la "Première journée liégeoise de promotion de la santé". Cet événement, une étape de Conférence locale[2], a réuni plus de 400 professionnels, issus de secteurs divers (promotion de la santé, soins de santé, social, emploi, enseignement,…) qui se sont impliqués également dans la mise en œuvre et l'évaluation de la journée. Le but était de récolter la parole des acteurs de terrain afin de construire un "cadre de référence[3]" commun, destiné à élaborer des axes de développement de la promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège.

1. Directrice du CLPS - Liège

2. Par le terme "conférence", il faut entendre un rassemblement d'acteurs issus de milieux divers, au sein d'une entreprise commune dont l'objet principal est de développer des stratégies de promotion de la santé de la population.

3. "Le cadre de référence vise essentiellement à doter les organisations et les intervenants d'un langage commun et d'une vision partagée des approches intégrées de développement durable en milieu urbain et rural (valeurs,

La dynamique mise en oeuvre sur l'arrondissement de Liège

Le Centre liégeois de promotion de la santé (CLPS) est opérationnel depuis le 1er octobre 1998. Il est agréé et subsidié par la Communauté française pour coordonner, sur l'arrondissement de Liège, la mise en œuvre du programme quinquennal de promotion de la santé. Il répond aux demandes de tous les acteurs (travailleur social, intervenant scolaire, professionnel de la santé, animateur socioculturel, étudiant,…) du ressort de son territoire. Il s'agit d'un organisme de deuxième ligne. Ses missions sont fixées par le Décret du 14 juillet 1997 (modifié par le Décret du 17/7/2003) portant sur l'organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

A l'origine : les Conférences locales de promotion de la santé en Communauté française

Les dix Centres locaux de promotion de la santé ont été invités par la Ministre de la Santé de la Communauté française à mettre sur pied des Conférences locales sur l'ensemble de la communauté. Celles-ci doivent permettre **de recueillir la parole des acteurs de terrain afin de construire une politique de promotion de la santé**.

Chaque Conférence prend une forme

différente selon les spécificités locales. A Liège, la première étape de la Conférence locale s'est concrétisée à la demande des acteurs locaux par l'organisation d'une journée de rencontre et d'échanges : la "Première journée liégeoise de promotion de la santé". Elle correspond également à un projet du CLPS de faire le point après quatre ans de fonctionnement.

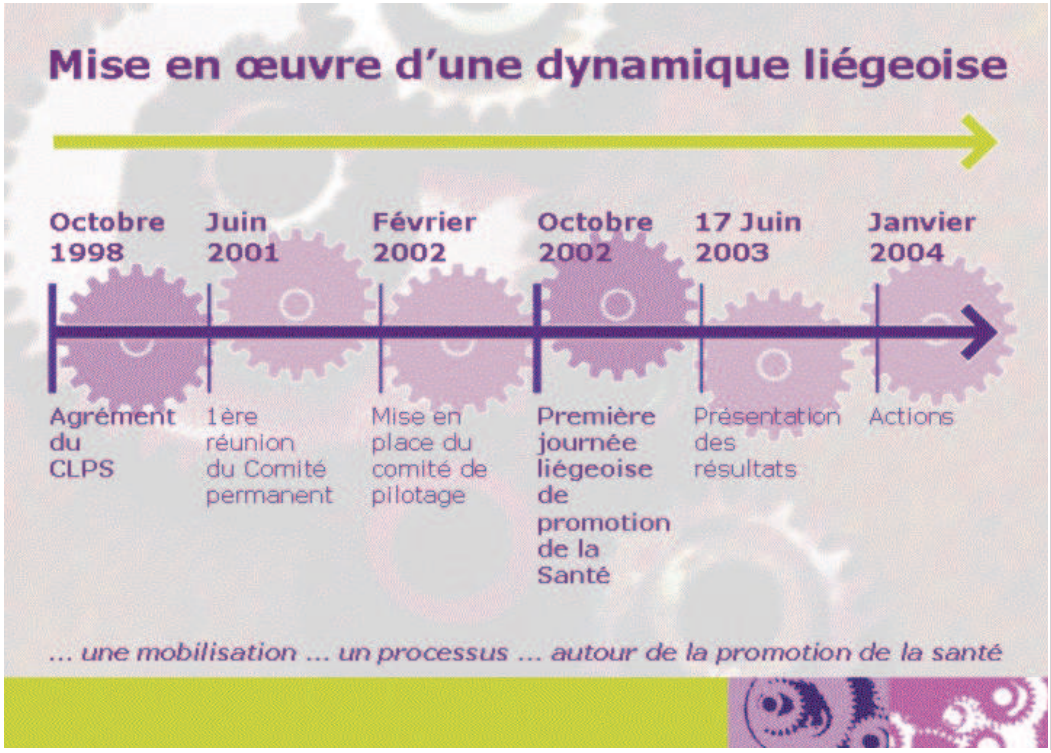
La méthode…

Les méthodes de travail et les priorités d'action du CLPS se fondent sur un bilan global et une évaluation des demandes que les professionnels lui adressent depuis 4 ans. A présent, l'équipe et les partenaires du CLPS souhaitent développer de nouvelles synergies et définir de nouvelles priorités sur base de l'expérience acquise mais également sur base des constats formulés lors de la "Première journée liégeoise de promotion de la santé".
Celle-ci n'est donc pas un but en soi mais **le début d'un processus qui vise à développer les pratiques intersectorielles, les partenariats et le travail en réseau afin de créer une dynamique locale** qui puisse mobiliser les acteurs de terrain, les représentants politiques et la population autour d'un projet collectif de promotion de la santé.

Quatre enjeux de promotion de la santé (la participation, l'intersectorialité, le travail en réseau et les politiques locales de santé) ont servi de ligne directrice à la dynamique développée sur l'arrondissement de Liège pour la mise en œuvre de la Conférence locale.

Pour assurer un **processus participatif et intersectoriel**, différents comités et groupes de travail ont été mis en place (comités permanent et de pilotage local, groupes de travail évaluation, ateliers et posters).

Les professionnels impliqués dans l'organisation provenaient du secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs concernés par la promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège : secteurs du social, de l'emploi, de la culture, de l'enseignement, de l'environnement, de l'aide à la jeunesse,… Les associations partenaires ont



orientations, objectifs et principes d'action)". P.LAURENCE, conseiller en développement social. "Pour des approches intégrées de développement durable en milieu urbain et rural". Journée de formation. Représentants et représentantes des conférences locales de promotion de la santé. Bruxelles, septembre 2002.

4. Network for risk analysis and management. Service de Politologie de l'Université de Liège.

constitué les rouages essentiels pour la construction de la journée. Des **responsables politiques locaux** étaient également associés à tous les moments clés de cette organisation.

La parole de la population était relayée par l'intermédiaire d'associations. Une réflexion doit encore être menée quant aux possibilités d'associer directement le public à nos actions.

La **méthode utilisée** pour la mise en place de la Conférence locale a nécessité un investissement important de toute l'équipe. Elle démontre que développer une démarche participative demande du temps : les premiers jalons ont été posés fin 1998, les réunions de travail avec les partenaires ont débuté en juin 2001 et les premières actions concrètes ont vu le jour en janvier 2004. Néanmoins, cette méthode de travail a motivé l'équipe du CLPS, les membres des Comités et des groupes de travail à s'impliquer concrètement et à s'approprier la démarche pour élaborer un projet co-construit.

Eclairage sur deux outils de communication et de dialogue

Au cours de la "Première journée liégeoise de promotion de la santé", plusieurs activités ont été organisées afin de **recueillir la parole des participants et d'aboutir à des perspectives pour la suite du processus**. Les analyses réalisées s'appuient essentiellement sur leurs témoignages au cours des ateliers et sur leurs représentations des concepts sous forme de posters. L'un comme l'autre se sont révélés des outils de communication et de dialogue dès leur conception.

Les **ateliers thématiques** étaient consacrés à la participation, à l'intersectorialité, au travail en réseau ou aux politiques locales de santé. Neuf ateliers d'une vingtaine de participants ont été organisés : deux ateliers par thématique et un atelier pour les personnes extérieures à l'arrondissement de Liège. Chaque atelier était géré par un animateur et un rapporteur choisis parmi les partenaires du CLPS. Les animateurs disposaient d'un guide d'entretien spécifique à chaque thème, élaboré en étroite collaboration avec les membres du CLPS, le groupe de travail réunissant l'ensemble des animateurs et rapporteurs, et le NetRAM.[4] Ils disposaient également d'un support théorique sur les quatre concepts, réalisé par l'UCL-Réso.

L'objectif des ateliers était de recueillir les connaissances, l'expérience et les représentations des participants sur les différents thèmes de la journée. Les participants aux ateliers ont fourni de nombreuses réflexions et illustrations au sujet des thèmes qui leurs étaient soumis à discussion, en s'appuyant sur leur expérience de terrain. Cet exercice de réflexion leur a permis de s'interroger, de prendre du recul et de poser un regard réaliste par rapport à leurs pratiques quotidiennes.

Quarante posters furent également présentés, impliquant une trentaine d'associations. **Leur but était de mettre en évidence les initiatives locales** en illustrant l'un des 4 enjeux de promotion de la santé proposés. Quatorze posters ont ainsi été réalisés pour la participation, 12 pour l'intersectorialité, 8 pour les politiques locales de santé, et enfin, 6 posters étaient consacrés au thème du travail en réseau. Un cahier des charges précis et un accompagnement méthodologique individualisé ont été proposés aux concepteurs. Au-delà de ces chiffres, il est important de souligner que ce "cadrage" méthodologique et thématique, imposé aux participants, les a contraints, dans une certaine mesure, à

adapter leur message et à prendre du recul par rapport à leurs propres activités, de façon à proposer au public un outil de communication à la fois performant et dépouillé.

L'évaluation…

Le 17 juin 2003, à la demande du Comité de pilotage, les résultats de l'évaluation de la "Première journée liégeoise de promotion de la santé" ont été présentés auprès d'une centaine d'institutions partenaires. L'objectif était de mieux faire connaître les pratiques de promotion de la santé mises en évidence et de faire réagir les personnes présentes pour élaborer ensemble des pistes de changement.

Globalement, trois constats ont été mis en évidence suite à l'évaluation :

- une grande mobilisation des professionnels liégeois (420 personnes ont participé de près ou de loin à la journée), représentant des secteurs très divers : la santé, le social, l'emploi, l'environnement,…
- ces professionnels ont exprimé un besoin d'échanger : partager des expériences, confronter des pratiques et faire des liens entre la réflexion et l'action.
- ils ont également fait part d'un besoin de se définir en tant qu'acteurs de la promotion de la santé, sur base de leur expérience de terrain.

Les outils et les résultats de l'évaluation sont présentés dans un document intitulé "Première journée liégeoise de promotion de la santé. La démarche d'évaluation et ses résultats".

Analyse

Outre l'indéniable émulation suscitée par la "Première journée liégeoise de promotion de la santé", il faut souligner **la remarquable convergence des participants** à propos de certains éléments, considérés comme centraux et que l'on retrouve avec la même vigueur dans les 4 thèmes qui structuraient l'événement.

Tant la participation que l'inter-sectorialité, le travail en réseau ou les politiques locales révèlent la volonté des promoteurs de santé de réfléchir ensemble à leur pratique, de confronter leurs expériences et de partager leur savoir-faire, au service d'un public que l'on souhaite impliquer davantage dans la gestion d'une problématique complexe. Les participants constatent qu'ils forment ensemble un **maillage institutionnel nombreux, diversifié et potentiellement influent, qui gagnerait à se structurer davantage pour renforcer son action.**

Dans un premier temps, il s'agit, semble-t-il, de concentrer les énergies sur la recherche d'une plate-forme conceptuelle, susceptible de permettre la rencontre effective de l'ensemble des secteurs concernés. Sur cette base commune, les acteurs souhaitent ensuite construire un projet global auquel chacun pourrait participer, grâce à l'apport méthodologique résultant d'une politique d'échange. Enfin, les participants se proposent d'identifier les actions concrètes qui pourraient être menées en partenariat ouvert. Tels sont, en définitive, les trois temps forts auxquels se préparent désormais les promoteurs de santé : **recherche d'une plate-forme commune, construction d'un projet global, déploiement d'actions conjointes.**

Ces constats sont corroborés par les autres éléments d'évaluation disponibles, en particulier par l'enquête auprès des membres du Comité de Pilotage local.[5]

L'on voit clairement se profiler une volonté partagée de s'atteler à un

5. Pour de plus amples informations, voir le document: "Première journée liégeoise de promotion de la santé. La démarche d'évaluation et ses résultats", disponible au CLPS.

projet réellement co-construit dont chacun perçoit l'absolue nécessité. Bien sûr, à ce stade de la réflexion, plusieurs difficultés subsistent :

La première, **d'ordre conceptuel**, requiert l'investissement de tous en vue d'une définition à la fois rigoureuse et pragmatique des champs d'intervention.

La seconde, **d'ordre méthodologique**, invite les acteurs à confronter leurs pratiques pour en dégager les outils les plus performants susceptibles d'être appliqués ailleurs, mais aussi pour élaborer ensemble un langage et des outils communs auxquels tous pourraient se référer dans l'action.

Une troisième difficulté, **d'ordre structurel**, impose aux promoteurs de santé de transcender les clivages sectoriels et institutionnels dans lesquels les enferme trop souvent l'organisation actuelle de la société.

Pistes de perspectives concrètes

La "Première journée liégeoise de promotion de la santé" a permis de réaliser un état des lieux de ce qu'est la promotion de la santé à Liège et de ce que souhaitent les acteurs de terrain pour la développer. Pour poursuivre la mobilisation, les instruments à mettre en place doivent pouvoir concilier : la réflexion de fond et l'action tangible que réclame une majorité d'intervenants.

1. Communication interne et externe au secteur

Tout au long de l'évaluation de la première journée liégeoise de promotion de la santé, il a été souligné qu'une politique active de communication devait être adoptée sur les plans interne et externe, dans le but **d'améliorer la circulation de l'information parmi les promoteurs de santé (qui fait quoi, comment, avec quel outil,… ?)**, mais aussi de **construire des représentations communes sur lesquelles se fondera ensuite une action concertée**.

Et demain… Comment développer la communication en promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège ?

Un groupe devrait avoir pour mission d'**examiner les forces et les carences des circuits actuels d'échange d'informations**, de proposer des modes de fonctionnement appropriés, de les implémenter par étapes, de les évaluer et d'en assurer le suivi. De même, il devrait se consacrer à la mise au point d'une communication cohérente entre les promoteurs de santé et les décideurs, voire le grand public, de façon à renforcer la visibilité des actions communes et à soutenir les propositions émises par les promoteurs de santé à l'attention de la société. Plusieurs pistes peuvent d'ores et déjà être envisagées.

La **publication des posters** constitue un outil d'illustration de la promotion de la santé à Liège.

L'ensemble des posters est publié dans un document intitulé : "Première journée liégeoise de promotion de la santé. Illustration : des associations présentent leurs projets".

La **création d'un portail Internet** qui contiendrait des informations produites sur une base intersectorielle : dossiers communs, recherches pluridisciplinaires, actions en partenariat, articles et publications conjoints,… contribuerait à l'échange d'informations. Il serait aussi une vitrine privilégiée pour les actions menées par chacun des secteurs : au départ de ce portail unique, l'internaute aurait un accès direct aux sites Internet propres de toutes les institutions participantes.

Précisons que la conception même de ce portail, par un groupe limité de volontaires, offrirait déjà l'occasion d'une réflexion intersectorielle, orientée vers la production d'un outil commun. L'expérience devrait être menée de façon progressive et évolutive, pour associer peu à peu d'autres institutions volontaires qui viendraient ainsi enrichir le portail sur base d'un cahier des charges co-défini.

Il est clair que ce portail pourrait utilement diffuser l'état d'avancement des travaux dans les groupes de travail mentionnés ci-dessus. A l'inverse, ces groupes de travail pourraient soutenir la réflexion des concepteurs du portail, dès les premières phases de sa mise en chantier.

Une bourse permanente de projets pourrait être organisée et gérée, dans laquelle se rencontreraient les offres et demandes de partenariat autour de projets à mener sur une base intersectorielle et pluridisciplinaire. L'un des principaux vecteurs de diffusion de cette bourse pourrait être le portail Internet.

D'autres outils sont déjà en gestation au CLPS :

- création d'une **banque de données sur les projets** de promotion de la santé dont a connaissance le CLPS
- **foire annuelle aux outils**

2. Rencontre, apprentissage, réflexion

De très nombreux participants ont exprimé le souhait de voir se développer une structure permettant **l'échange de savoir-faire,** notamment par le biais de formations adaptées aux besoins méthodologiques des acteurs.

Un groupe intersectoriel pourrait se pencher sur ces questions pour **analyser les besoins précis, identifier les personnes ressources et concevoir des programmes de formations** répondant au mieux aux attentes des différents secteurs. Bien entendu, **ces programmes devraient être élaborés dans la perspective de renforcer la pratique intersectorielle**, de sorte que les formations proposées devront être accessibles à tous les secteurs et **s'appuyer, de manière interactive, sur l'apport spécifique des participants.**

Et demain… Comment favoriser les échanges sur les expériences de promotion de la santé sur l'arrondissement de Liège ?

Certains réseaux existants pourraient être développés et des occasions de rencontres, sous forme d'ateliers de réflexion et d'échanges, pourraient être conçus.

Dans ce cadre et à titre d'exemple, le CLPS a mis en place des ateliers de réflexion et d'échanges de pratiques autour de la promotion de la santé des populations fragilisées intitulés "Temps de réflexion".

Ils sont davantage envisagés comme un espace d'échanges que comme un espace de formation.
Le projet a pour objectif prioritaire de renforcer le réseau d'acteurs locaux et les pratiques intersectorielles. Il envisage une réflexion sur les enjeux de la promotion de la santé auprès de ce public.

3. Définition des concepts et des stratégies de promotion de la santé

La multiplication et l'extension des concepts en promotion de la santé représentent pour beaucoup une source importante de **malaise,** dans la mesure où leur imprécision paralyse les initiatives ou s'oppose à l'harmonisation des pratiques. Il serait donc opportun de **poursuivre la réflexion à ce sujet, en y associant l'ensemble des secteurs, dans le but de favoriser des représentations communes, puis de les**

6. Il s'agit d'un projet mis en place par la Ministre de la Santé et qui vise le développement de l'action communale comme levier pour améliorer la santé, la qualité de vie de tous et réduire les inégalités.

diffuser au service d'une pratique cohérente.

Et demain… Comment développer des représentations communes des stratégies et concepts de promotion de la santé ?

Parmi les nombreuses questions exprimées lors de débats en ateliers, deux thèmes centraux se dégagent pour structurer la réflexion.

- Comment pourrait-on rendre la participation des citoyens plus effective ?
Une première étape consisterait à lister les projets de l'arrondisse-ment qui impliquent une réelle participation du public. D'autres procédures pourraient alors être mises en œuvre : ateliers de réflexion et d'échanges, formations…? Une approche territoriale de la participation serait-elle un atout ?

- Comment intégrer les préoccupations de promotion de la santé dans les politiques locales de santé ?
Comment les professionnels de terrain pourraient-ils faire entendre leur voix et adresser aux politiques un message clair, réaliste et cohérent? Quels liens avec les projets de santé développés par les communes dans le cadre du Réseau des Mandataires communaux[6] et du projet Villes-Santé de l'OMS ?

4. Une opération bisannuelle inter-sectorielle

La production des groupes de travail et les échanges stimulés par les trois pôles présentés ci-dessus pourraient se concrétiser par l'organisation à intervalles réguliers de manifestations conjointes. L'on songe, par exemple, à l'organisation bisannuelle d'une opération intersectorielle sur un thème précis ou à l'intention d'un public particulier. Le rythme bisannuel paraît le plus approprié pour permettre la mise en œuvre et le suivi d'opérations d'envergure qui concentreraient une large gamme de compétences issues des différents secteurs impliqués. Il est recommandé, à ce stade, de privilégier des actions en profondeur, qui se déploient dans la durée et bénéficient d'un suivi permanent.

Conclusion

La mise en place de stratégies visant la communication auprès des professionnels de la santé a notamment suscité une augmentation des demandes. Dans le cadre de ses missions et des services qu'il propose, le CLPS a ajusté ses priorités et apporte certaines réponses:

- la mise en place de réseaux ou la participation à des réseaux existants
- le fax d'information trimestriel "Atout Santé"
- la politique de visibilité menée par le CLPS (stands et exposés lors d'événements locaux communautaires ou internationaux).
- l'aide méthodologique individuelle ou collective aux acteurs de terrain
- une aide méthodologique aux communes, essentiellement dans le cadre de l'appel à projets pour les politiques locales de santé lancé par la Ministre Nicole Maréchal
- le centre de documentation qui se développe comme un centre de ressources"
- l'organisation de formations en collaboration avec l'asbl Repères, sur les concepts et projets en promotion de la santé
- la dynamique développée à Liège dans le cadre de la Conférence locale a fait l'objet de nombreuses interventions lors de colloques et conférences

Mais les attentes exprimées concernent également les acteurs de terrain (tous secteurs confondus) et les

responsables politiques.

Comment les acteurs de terrain et les responsables politiques vont-ils s'approprier les résultats présentés ici? Quels relais vont-ils faire vers d'autres secteurs ?

Parmi les perspectives qui font suite à la "Première journée liégeoise de promotion de la santé", des choix s'imposent et des priorités doivent être dégagées. L'enjeu pour l'avenir consiste à construire la promotion de la santé à partir du réseau de partenaires qui s'est tissé autour du processus de la Conférence locale.

Une réflexion sur la place spécifique de chacun dans la mise en œuvre des actions sera poursuivie.

Le CLPS devient de plus en plus un pôle de développement de la promotion de la santé, qui s'appuie sur un réseau d'institutions partenaires, lequel détient également ses éléments de réponse.

A présent, l'enjeu sera de définir le rôle spécifique de chacun.

■

VERS DES ESPACES SANS FUMÉE, ENSEMBLE… COMMENT LA PRÉVENTION DONNE-T-ELLE LE TON ?

Martin de DUVE[1]

C'est à l'époque du développement sans cesse croissant des moyens de communication de masse que la communication sociale émerge et se fait, petit à petit, sa place. S'épanouissent dès lors des dispositifs médiatiques de communication socio-éducative visant à diffuser des savoirs "utiles" ; les affiches de promotion de la santé en sont un exemple.
Le tabac est nuisible pour la santé des fumeurs et des non-fumeurs ; tout le monde le sait. Depuis une dizaine d'années, les non-fumeurs revendiquent, de manière de plus en plus franche, le droit de pouvoir évoluer dans un environnement sain et exempt de fumée. Une loi a été votée dans ce sens. Elle interdit de fumer dans certains lieux accessibles au public ; elle est de plus en plus strictement d'application et sera fort probablement renforcée dans les mois à venir.
Passe-t-on de la dictature des fumeurs à la dictature des non-fumeurs ? Et s'il s'agissait plutôt de développer une gestion courtoise du tabagisme, une coexistence pacifique dans le respect mutuel et le dialogue ?

Mots-clés

- tabac
- prévention
- affiche
- communication
- médias socio-éducatifs
- tonalité
- convivialité
- démarche globale

1. Chargé de projets, Univers santé asbl.

Avant de voir comment la campagne "Pour un espace sans fumée" s'est efforcée de donner le ton, il est bon de rappeler la genèse et le contexte de cette campagne. En effet, les résultats obtenus ne peuvent être généralisables sans évoquer l'ensemble de la démarche de ce projet. Une campagne d'affichage ne peut être le seul ingrédient de la réussite en prévention et en promotion de la santé. Ce serait trop facile… La force de ce projet réside non seulement dans le ton abordé par la campagne, mais aussi et surtout dans la démarche globale adoptée par des multiples partenaires et par le public cible lui-même. Étape indispensable pour ce type d'action si l'on souhaite stimuler la concertation, le dialogue et la participation des publics concernés.

L'origine du projet

C'est à partir d'une plainte que la campagne a démarré au sein de l'Université catholique de Louvain. Une étudiante en Faculté de Droit, soutenue par un groupe d'amis, s'est plainte du fait qu'elle ne pouvait plus assister au cours parce qu'elle était fortement allergique à la fumée de cigarette. La

fumée présente dans certains halls s'insinuait dans les auditoires et rendait ceux-ci inaccessibles aux jeunes trop sensibles. La plainte est alors devenue menace. Ce même groupe d'étudiants a saisi le Conseil des Affaires sociales et étudiantes, le menaçant d'une action en justice si l'Université ne menait pas une action visant à faire respecter la loi.
La loi fait référence aux "lieux privés ou non qui sont accessibles au public et qui font partie d'établissements ou de bâtiments dans lesquels (…) l'enseignement et/ou la formation professionnelle sont dispensés" (Arrêté royal du 15 mai 1990).
Cette menace a donné un coup d'accélérateur à l'action et l'a légitimée. Cependant, un climat tel que celui-là n'est pas a priori le plus propice à la compréhension mutuelle.

L'asbl Univers santé[2] a saisi la balle au bond et a initié une campagne de sensibilisation. Son objectif : rappeler l'interdiction légale de fumer dans les espaces privés accessibles au public et donc contribuer à la diminution du tabagisme passif dans un esprit de concertation et de dialogue. Il s'agissait d'éviter de passer de la dictature du fumeur à celle du non-fumeur et de sensibiliser tous les publics à la problématique dans un esprit positif.

La démarche globale

1. Plus de 3.000 étudiants interrogés

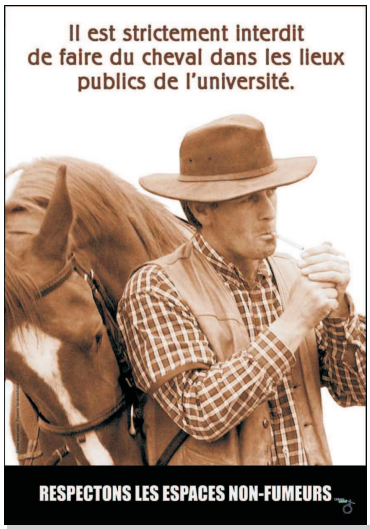
La première étape a consisté à mener une enquête afin de vérifier l'opportunité de mener une campagne de sensibilisation.
Durant l'année académique 1999-2000, 3.261 étudiants ont répondu à l'enquête d'Univers santé sur le tabagisme dans les espaces facultaires de l'UCL. Les résultats indiquent que la fumée pose effectivement un problème de qualité de vie puisque 69% des non-fumeurs sont dérangés par la fumée. Les fumeurs qui ont répondu à l'enquête en ont largement conscience et 70% d'entre eux sont prêts à faire un effort pour respecter la loi qui régit l'interdiction de fumer dans les espaces publics.

Tableau récapitulatif des données

- 2.462 non-fumeurs (75%), 758 fumeurs (24%) et 41 non-déterminés (1%)
- 69% (1.678) des non-fumeurs sont dérangés par la fumée
- 87% (631) des fumeurs ont conscience que la fumée dérange
- 70% (507) des fumeurs pensent qu'il leur est possible de ne pas fumer dans les espaces concernés
- 78% (1.916) des non-fumeurs et 74% (558) des fumeurs connaissent la loi interdisant de fumer dans les lieux publics
- 89% (2.175) des non-fumeurs et 62% (468) des fumeurs pensent qu'il serait bon de rappeler cette loi
- 83% (2.029) des non-fumeurs et 71% (536) des fumeurs estiment qu'il est utile de sensibiliser à la convivialité entre ces deux groupes
- 28% (666) des non-fumeurs et 28% (208) des fumeurs sont prêts à s'investir pour trouver des solutions concrètes

Outre les résultats intéressants qui se dégagent de cette enquête montrant la bonne volonté de la majorité pour améliorer la situation, la réalisation de ce sondage permet surtout de mettre la question à l'ordre du jour et d'effectuer dès lors une première phase de sensibilisation à la problématique.

2. Univers santé asbl développe des actions d'éducation à la santé, de prévention et de promotion de la santé en milieu étudiant.



2. Un partenariat élargi

C'est en partenariat qu'une expérience-pilote a été menée en Faculté de Droit avec les étudiants (fumeurs et non-fumeurs), le Conseil des Affaires sociales et étudiantes, la Faculté de droit, le Vice rectorat, l'Administration des affaires étudiantes, les Services des auditoires et Univers santé. Mettre l'ensemble des intervenants potentiels autour de la table afin que chacun puisse s'exprimer et s'approprier le projet est une étape déterminante pour la bonne réussite dudit projet et du ton que l'on veut y mettre. Suite aux excellents résultats du projet pilote, cette démarche globale fut instaurée à l'ensemble de l'Université.

3. Généralisation

Sur cette base, et après les ajustements nécessaires révélés par le projet pilote, l'opération fut généralisée à toute l'Université. Préalablement à cette généralisation, le Vice-rectorat et Univers santé ont pris le temps de rencontrer tous les bureaux de Faculté et de les informer largement des résultats de l'enquête menée par faculté, des résultats du projet pilote et des moyens mis en œuvre dans leur faculté pour la généralisation de l'opération. La coopération des facultés et des doyens a été sollicitée puisqu'elle s'était avérée indispensable dans le test. En effet, un maximum d'efforts doivent être mis en œuvre pour que chacun puisse s'approprier le projet.

Tous les moyens utilisés dans le test ont été réutilisés, voire légèrement modifiés. En voici la liste :

- Des affiches A2 sur les portes d'entrée aux auditoires : "Vous entrez dans un espace non-fumeur".
- Un courrier individuel à chaque étudiant, exposant les motifs de l'action, au verso s'y trouve une invitation à acquérir la carte de sport. L'association de ces deux messages en santé s'est avérée pertinente.
- Un courrier du doyen à chaque membre du personnel.
- Un programme logistique : retrait des cendriers intérieurs, mise à disposition de cendriers extérieurs, programme de nettoyage des abords. Ce programme a dû être intensifié et fait l'objet d'un plan pluriannuel.
- Des affiches A3 "clin d'œil", humoristiques soutenant l'ensemble des messages. Le ton, que l'on analysera plus loin, se voulait être une invitation au dialogue et au respect.
- Une fiche d'information en santé "Atout santé tabac" a été rédigée et diffusée dans les 60 présentoirs sur les deux sites de l'Université. Elle propose une information sur le tabagisme actif et passif, invite à la recherche de solutions de co-existence, propose une aide personnalisée aux étudiants qui souhaitent arrêter de fumer et dénonce les manipulations exercées par l'industrie du tabac.
- Une aide aux fumeurs qui envisagent l'arrêt est proposée aux étudiants par l'équipe santé du service d'aide de l'Université.

Évaluation de la démarche globale et de cette première campagne :

- L'objectif est atteint à quasi 100% à Louvain-la-Neuve.
- À Bruxelles, certains auditoires n'ont pas d'accès extérieurs immédiats (en raison de travaux) et donc posent encore quelques problèmes.
- Le soutien du doyen a été déterminant dans certaines facultés. Cependant l'annonce de la campagne n'a pas atteint toutes les entités. Deux entités ont dès lors entrepris d'enlever systématiquement toutes

les affiches, ne se sentant pas concernées par la campagne. Cela révèle l'importance que chacun puisse s'approprier le projet, ou du moins en être personnellement informé.

- Les affiches du caricaturiste Kanar (première campagne humoristique, que nous ne détaillerons pas ici) : l'ensemble est plutôt bien perçu, cependant, quelques personnes nous ont fait part de leur mécontentement à propos de certaines affiches. Un séminaire du département de Communication en a fait une évaluation systématique. Sur les 27 dessins, 19 dessins contribuent tout à fait positivement au message. 8 dessins desservent la campagne et ont été retirés : association fumée/mort, stigmatisation du fumeur, exclusion du fumeur, culpabilisation du fumeur.
  Dès lors, Univers santé s'est associée à trois étudiants fumeurs de dernière licence en Communication afin de réaliser une nouvelle campagne humoristique au ton nouveau, non-moralisateur et fédérateur.

4. Les ingrédients de la réussite

Quelques facteurs semblent avoir contribué de façon déterminante à la réussite de ce projet :

- un engagement étudiant fort
- l'implication directe des fumeurs dans le choix des messages
- un partenariat multiple
- une volonté des autorités
- un volet matériel, structurel bien mené
- un ton qui invite à la courtoisie, au dialogue, à l'exclusion de la fumée, pas du fumeur

La campagne a été répétée chaque année et le résultat positif persiste.

5. "Ceci n'est pas une cigarette" : campagne d'entretien

Une année d'action ne suffit pas. L'ensemble des partenaires a donc décidé d'une campagne d'entretien plus proche encore du public cible et du ton voulu : nouveau message aux étudiants et nouvelle campagne visuelle.
Parallèlement, Univers santé s'est associée à trois étudiants (fumeurs) du séminaire de Communication (Baptiste Erkes, Xavier Sheuer et Guibert Catoire) en vue de réaliser un nouveau visuel de campagne qui évite toute culpabilisation du fumeur et invite au dialogue, à la prise de conscience des efforts mutuels.
Ces affiches ont un côté humoristique, décalé. Le slogan pousse à la fédération des efforts.

Quatre affiches sont issues de ces cogitations :

- "Ceci n'est pas une cigarette"
- "Il est strictement interdit de faire du cheval dans les lieux publics de l'Université"
- "Il est strictement autorisé de manger des bananes dans les lieux publics de l'Université"

- "Aire sans fumée"
- Une cinquième affiche fut créée pour relancer la campagne lors de la troisième année d'affichage : "Et nous ?"

Quand la prévention donne le ton

Selon le Petit Robert, le "ton" signifie "une qualité de la voix humaine et une caractéristique de l'expression des états psychologiques et du contenu du discours". Il s'agit donc de l'intonation, de l'expression de la voix qui peuvent prendre différentes formes : familière, froide, détachée, convaincue, passionnée, amicale, moralisatrice, autoritaire,… Ce "ton" se ressent également dans les écrits : dans un texte, un message, on ressent une certaine intonation de la personne qui s'adresse à nous, on peut sentir, à travers un énoncé, l'expression et le désir de "l'instance" d'énonciation qui nous parle.[3] Par conséquent, cette intonation tend à instaurer une certaine relation entre l'instance d'énonciation et le récepteur. Quand ce "ton" se veut délibérément "non-moralisateur", il est bon de savoir sur quel levier s'appuyer, ou ne pas s'appuyer, en vue de s'approcher au mieux de l'objectif poursuivi.

La communication sociale vise donc à diffuser des savoirs "utiles", à promouvoir des valeurs sociétales. Comment dès lors éviter de dicter des conduites, de désigner, de façon absolue, ce qui est bien ou mal, d'imposer ses choix et conduites morales, de faire la leçon de manière autoritaire et contraignante ?

1. Le support des messages : l'affiche

Au-delà de l'ensemble de la démarche adoptée en vue d'atteindre l'objectif, toutefois modeste, d'arrêter le tabagisme dans les lieux publics et les espaces intérieurs, le principal canal de diffusion est l'affiche.

Comme le souligne Jadin E. (2004), l'affiche est un support particulier caractérisé par une visibilité forte. Elle constitue, par sa position dans l'espace public, une forme d'interpellation très directe, elle est imposée au public, elle s'inscrit de manière intrusive dans la mémoire sociale. On comprend dès lors encore plus l'importance d'utiliser un "ton" qui ne renforce pas ce phénomène d'imposition du message, mais, au contraire, qui l'annihile jusqu'à fédérer. "Afficher", c'est donc "s'afficher" : elle est le médium qui traduit la volonté des commanditaires et des concepteurs. L'affiche est placée au vu et su de tous, elle s'adresse donc au grand public de manière indiscriminée, mais, de par son emplacement, elle est destinée à un public bien défini.

2. Les messages

Partant du principe que les messages s'adressent principalement à un public jeune, peu sensible aux arguments liés à la santé (en effet, la grande majorité des fumeurs se sent en aussi bonne santé que leurs camarades non-fumeurs), et peu enclin à un discours dirigiste, paternaliste, qui dicte la "bonne conduite" à adopter, l'humour décalé tournant même quelque peu en dérision les messages habituels d'interdiction semblait être alors la bonne voie pour faire adhérer ce public au message et lui permettre d'envisager un changement de comportement sans se sentir exclu et en opposition au projet.

Le message doit également être conçu pour être directement identifiable et compris par le public. En effet, la lecture de l'affiche doit être instantanée. Il faut donc un message et une image clairs, concis, accrocheurs et

3. Jadin E., 2004, "Quand la prévention donne le ton. Réflexion autour des dimensions de la moralisation au sein des campagnes de prévention", mémoire non-publié, UCL, COMU, sept. 2004, 127p.

directement compréhensibles. On voit pourtant que les messages tels qu'ils ont été conçus induisent un processus cognitif indispensable de la part du lecteur pour le comprendre, de telle sorte que ce message reste plus longtemps "dans l'œil" du public, on évite ainsi le refoulement ou l'oubli du message par le récepteur, et l'on stimule la mémorisation, l'adoption et la compréhension dudit message.

Le secteur de la prévention et de la promotion de la santé se doit d'être conscient de la nécessité de ne pas reprocher, nier ou interdire de manière frontale des comportements préjudiciables pour la santé de l'individu. Cela va à l'encontre d'un processus de responsabilisation. Surtout face à un public jeune, faire la morale et interdire un comportement nocif ne sert souvent à rien, que du contraire, à cet âge où l'on aime acquérir sa liberté et prendre des risques. Il faut donc tenter d'intervenir sans susciter le rejet.

Dans cette campagne, le choix s'est alors plutôt porté sur le rejet de l'imposition frontale au profit d'un message englobant, complice et ironique, au-delà de toute volonté de juger ou de prescrire. Elle interdit des activités hors sujet (faire du cheval dans un lieu public), ou impose ironiquement des alternatives, dénuées d'intérêt réel dans ce contexte (manger des bananes dans un lieu public), avec humour, et le lecteur critique, qui prend indéniablement part au jeu, de par le processus cognitif nécessaire à la lecture, devine aisément l'ironie et la dérision. Le ton veut se montrer ferme et prescriptif au départ, mais le contenu des messages le rend vite absurde et illusoire, ce qui rouvre le sens et l'interprétation. Le lecteur devient alors plus critique et réfléchit à un niveau supérieur, il est considéré par l'énonciateur du message comme étant rationnel et doué de réflexion, il apporte sa réponse personnelle sans que lui soit imposé de réponse unique et figée. Celui-ci devient dès lors complice du message et y adhère alors avec plus de complaisance.

Évaluation et perspectives

Globalement, la campagne et la démarche globale qui l'accompagne ont rencontré les objectifs à quasi 100%. Du jour au lendemain, on ne fume plus dans ces lieux, et l'on retrouve même les affiches dérobées dans les halls dans les kots d'étudiants. Les retours donnés par les étudiants sur la campagne et les messages encouragent la poursuite de la campagne et sa diffusion plus large. On assiste également à un changement du comportement tabagique de certains étudiants ; ceux-ci reconnaissent avoir diminué leur consommation, depuis la mise sur pied du programme, ou avoir envisagé plus clairement d'arrêter de fumer.

Certaines limites de cette stratégie doivent être cependant relevées. Certains référents culturels ne pourraient pas toujours être compris. En effet, si l'on ne connaît pas Magritte, sa pipe et le surréalisme "à la belge", on ne peut comprendre l'association entre la pomme et le message "Ceci n'est pas une cigarette". De même, si l'on ne connaît pas le cow-boy de la célèbre marque de cigarette au paquet rouge et blanc, on ne peut pas saisir aisément le lien implicite entre l'image et le message. On pourrait même reprocher la présence de la cigarette sur l'affiche qui pourrait susciter chez le fumeur l'envie de reproduire le geste. L'accès au second degré conditionne ici toute la campagne et permet de désamorcer son côté injonctif. Si le sens second n'est pas perçu, la stratégie communicationnelle et tonale

ICI ? SS FORME DE NOTE ?

Ces affiches de 50/35 cm sont disponibles à prix coûtant et sont personnalisables en fonction de la demande. Pour toute information sur la campagne et toute commande d'affiches, s'adresser à Univers santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél. : 010/47.28.28. Fax : 010/47.26.00. E-mail : univers-sante@univers-sante.ucl.ac.be

pourrait être inutile, voire pourrait aboutir aux effets inverses à ceux attendus. Une autre critique peut être émise : le slogan général de la campagne, "Respectons les espaces non-fumeurs", se veut fédérateur et englobant tout le monde (a contrario du slogan, largement diffusé par l'industrie du tabac elle-même, et qui disait : "Fumeurs : restez courtois !", message ô combien culpabilisant et dénonciateur implicite d'incivisme qui engendre presque inévitablement un rejet direct du lecteur), mais il aurait fallu utiliser plutôt le terme "sans fumée", plutôt que "non-fumeurs", dans un souci d'éviter la connotation d'exclusion du fumeur. L'objectif étant justement d'exclure la fumée et pas le fumeur. Certains ajustements pourraient dès lors être faits en regard de ces critiques.

D'une manière générale, la campagne rencontre donc l'objectif fixé. Elle est perçue comme non-moralisatrice, respectueuse et invitant à la réflexion. Elle semble donner une belle image, agréable, complice et amicale, de l'énonciateur. Elle interdit clairement la cigarette dans les lieux concernés mais de manière humoristique et fédératrice, elle induit même, pour certains, un changement positif du comportement tabagique. En somme, elle évite le rejet du message par le public cible, ce qui était la finalité de sa tonalité. Ce qui encourage donc Univers santé dans cette voie pour la réalisation de campagnes futures et pour la diffusion plus large de cette campagne à l'ensemble des Universités et Hautes écoles de la Communauté française. ■

"Vers une Université sans fumée, ensemble".
Une campagne destinée aux membres du personnel

Forts du succès de cette campagne étudiante, des membres du CPPT (Comité pour la Prévention et la Protection au Travail) de l'Université ont proposé une démarche similaire pour le personnel. Après une année de travail, l'Institution a accepté une charte intitulée "Vers une Université sans fumée".
Afin de prévenir le tabagisme passif au travail, les autorités de l'UCL invitent la communauté universitaire dans son ensemble à participer à une campagne active dont l'objectif consiste à garantir un espace public sans fumée et une gestion courtoise du tabac dans les espaces privés.
Cette campagne fut communiquée à l'ensemble du personnel le 31 mai 2003, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac.
Trois affiches, dans la ligne de la dernière campagne étudiante et réalisée par les trois même étudiants, ont été proposées ; "Un temps pour tout" ; "Fumeurs buiten, et si on en parlait ?" et "Pause-banane ?" avec comme slogan de base : "Vers une université sans fumée, ensemble".

La politique de l'entreprise ne consiste donc pas à prohiber la cigarette de tous les lieux de travail, mais à désigner les endroits et moments où une tolérance est admise en vue d'une coexistence harmonieuse et respectueuse des personnes. Il s'agit de protéger la santé des travailleurs, d'offrir aux personnes qui désirent sortir de leur dépendance une aide adéquate, et en outre, pour les fumeurs, de leur donner une possibilité de développer des stratégies ne portant pas préjudice aux collègues non-fumeurs.
Il importe avant tout de souligner qu'il s'agit d'appliquer concrètement la législation en la matière et de rendre les conditions de travail meilleures, tout en préservant la santé de tous par un air plus respirable, sans stigmatiser les fumeurs. Étant donné que la campagne est déjà active au niveau des étudiants, il est également opportun de souligner que le personnel a un rôle d'exemple à assumer et qu'il est concerné quant à la crédibilité de la campagne.

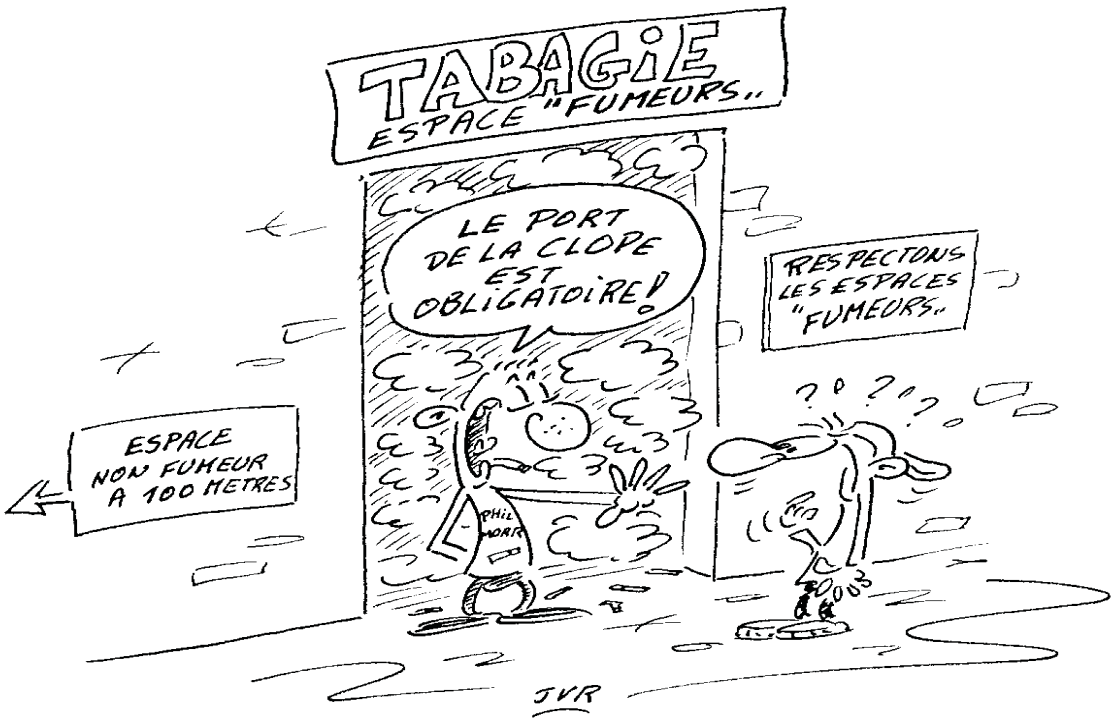
Cette campagne a été favorablement accueillie par les membres du personnel. Le médiateur a été peu sollicité, démontrant qu'un réel dialogue interne aux Services permet d'atteindre les objectifs.

Frisbee Be free : faire connaître l'aide à l'arrêt du tabac

La campagne à destination des étudiants, ainsi que la campagne à destination du personnel ont été accompagnées d'une proposition d'aide à l'arrêt du tabagisme.
Au niveau des étudiants, le Service d'aide aux étudiants de l'UCL a formé l'équipe santé à l'accompagnement spécifique des jeunes. C'est ainsi que, par divers canaux, ce service est proposé aux étudiants. Une grande campagne originale de sensibilisation appelée "Frisbee be free" est programmée en mars et avril 2005.
Au niveau du personnel, c'est le "plan de cinq jours" qui est proposé régulièrement. Les membres du personnel souhaitant y participer peuvent le faire dans le cadre de leurs heures de travail et gratuitement.
Ce processus, conçu pour l'UCL, peut être adapté de façon plus légère par des institutions qui ne disposent pas en leur sein de structures d'aide et pourraient dès lors faire référence à d'autres services locaux d'aide à l'arrêt du tabagisme.

La dénormalisation

Une manière de contribuer à démotiver à la consommation de tabac, et plus particulièrement les jeunes, consiste à travailler la dénormalisation. Concrètement, l'Université a invité les organisations étudiantes à ne plus recourir au sponsoring des cigarettiers. Univers santé a accompagné cette décision par une approche positive et constructive, à l'instar de ce que la promotion de la santé est à la prévention de la maladie, par exemple en proposant une formation à la recherche de sponsorisation. Cette formation, dans le cadre d'un programme intitulé "Vas'y pro", a pour objectif d'informer et d'initier les participants aux principes de base de la constitution de dossiers de sponsoring efficaces et à la recherche de financements pour la réalisation de projets destinés à la Communauté étudiante. Cette formation est destinée aux étudiants organisateurs d'activités culturelles, sportives, humanitaires et festives.
Très concrètement par exemple, à la suite de cette action, les étudiants organisateurs des 24h vélo de Louvain ont abandonné le sponsoring important des cigarettiers au profit d'autres sources de financement.



CANNABIS : OUVRONS LE DÉBAT POUR UNE POLITIQUE COHÉRENTE

Ludovic HENRARD[1]

Le 20 octobre 2004, la FEDITO[2] gagnait le recours en annulation partielle intenté devant la Cour d'Arbitrage contre la loi cannabis. Après plus d'une décennie de réglementations inadaptées, un débat législatif se (re)profile cette année. Ce moment devrait être mis à profit pour débattre et envisager une politique claire et cohérente à ce sujet. Comment l'autorité publique pourrait-elle atteindre, plus efficacement que par le passé, ses objectifs de santé ? Le secteur Toxicomanies invite, dans cette optique, les acteurs concernés à un large débat transversal. Et diffuse le document "Cannabis : réflexions du secteur Toxicomanies bruxellois"[3] pour alimenter le débat.

Mots-clés : cannabis, débat de société, transversalité, législation, santé publique, promotion de la santé.

La Cour d'Arbitrage a partiellement annulé la loi cannabis du 3 mai 2003. Celle-ci utilisait les termes d'usage problématique et de *nuisances publiques* comme critères de poursuites judiciaires pour les consommateurs de cannabis. Ces notions créaient une insécurité juridique car les policiers étaient habilités à estimer, sur le terrain, de l'usage problématique ou non d'une personne. Mais sous ce terme "d'usage problématique" repose un problème de santé très complexe : la dépendance. Le déterminer revenait à poser un diagnostic, pratique médicale n'étant ni du ressort ni de la compétence de nos forces de l'ordre. En plus, cet empiètement policier sur des compétences de santé signifiait, de fait, la concentration des poursuites sur la population d'usagers la plus fragilisée. La notion de "nuisances publiques" était définie de manière si vague qu'elle englobait presque l'ensemble du territoire.

S'opposant à la sanction pénale d'un problème de santé, à l'empiètement des forces de l'ordre sur des compétences exclusives de santé et à l'arbitraire judiciaire créé, la FEDITO intenta un recours en annulation, devant la Cour d'Arbitrage, de l'article comprenant les notions d'usage problématique et de nuisances publiques. Le raisonnement avancé par les requérants fut suivi sur toute la ligne.

Une décennie de réglementations floues

Cette annulation sonne comme un retour à la case départ après plus de dix années de réglementations floues. La valse législative avait commencé avec la directive Wathelet[4], écrite pour harmoniser les pratiques discordantes des parquets en prônant la poursuite systématique des consommateurs de cannabis… Tout en accordant la plus basse des priorités à celles-ci. *"Renforcement et modération de la répression"* : le ton

Notes

1. FEDITO bruxelloise.
2. Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes, conjointement avec son, homologue wallonne, Prospective Jeunesse, Infor Drogues et la Ligue des Droits de l'Homme.
3. Document disponible sur www.feditobxl.be.
4. Directive générale du Collège des procureurs généraux du 26 mai 1993, dite directive Wathelet.

était donné pour une longue période de paradoxes législatifs.
La directive suivante, dite directive De Clerck[5], présentait l'avantage de différencier le cannabis des autres drogues. Mais les notions "d'usage problématique" et "de nuisances sociales" alors choisies comme critères de poursuites des consommateurs laissaient un large pouvoir d'interprétation à l'agent de police. Ce nouveau risque d'arbitraire juridique fut déjà largement décrié.
En 1999 la coalition arc-en-ciel marqua sa volonté de définir une *"politique cohérente en matière de drogues"*. Les pourparlers entre partisans d'une réglementation et les défenseurs d'un aménagement de la politique des poursuites furent ardus. Ces désaccords provoquèrent l'apparition de messages contradictoires dans les médias. Ceux-ci présentèrent le cannabis comme bientôt légalisé. Ils débouchèrent enfin sur la législation du 3 mai 2003, à nouveau critiquée par l'ensemble des acteurs concernés (forces de l'ordre, procureurs, secteur Toxicomanies,…) et partiellement annulée par la Cour d'Arbitrage.

Pour combler le vide législatif créé, la ministre de la Justice a fait publier une nouvelle directive.[6] Mais des débats législatifs sont déjà annoncés cette année pour repenser la législation plus en profondeur. Le secteur Toxicomanies apporte, depuis longtemps, son expertise aux responsables politiques. Plusieurs représentants participèrent notamment aux travaux parlementaires sur la question dans les années 90'. En 2001, alors que le scénario d'une politique cannabis de santé publique devenait réaliste, un groupe d'institutions[7] organisa la journée de réflexion Cannapistes : "Cannabis: maintenant que c'est légal, quelles nouvelles à Bruxelles?".[8] Une série de professionnels pensa la prévention, l'accès au soins et la réglementation de l'offre du cannabis dans l'hypothèse d'un changement de logique législative. Aujourd'hui nos "réflexions" sont le prolongement logique de cette implication.

Un enjeu global

Au fil de leurs pratiques, les Services Actifs en Toxicomanies (S.A.T.) ont développé une grande expérience en matière d'accueil des consommateurs et de leur entourage. Les travailleurs du secteur sont aussi amenés à travailler avec d'autres secteurs : l'enseignement, le social, le judiciaire, l'aide à la jeunesse… De cette pratique, il ressort que la consommation de cannabis constitue un enjeu complexe. Les usagers et leur entourage témoignent par exemple des difficultés relationnelles vécues, de leurs problèmes d'insertion économique et sociale, des risques judiciaires encourus, d'exclusions scolaire ou professionnelle dues à la consommation de cannabis… Bref une multitude d'éléments extrêmement imbriqués. La voie pénale y répond très partiellement et est même à la source d'une part des difficultés vécues par les usagers et les professionnels.

Un préalable à l'heure de penser le sujet est de replacer les différents types d'usages dans leurs contextes. Une majorité de personnes se focalise sur le produit *stricto sensu* et ses effets (ivresse, dépendance). Cette vision incomplète est souvent à la source d'une stigmatisation ou d'une banalisation. Les produits psychotropes ont été utilisés de tout temps et dans de nombreuses cultures. L'usage actuel de haschisch ou de marijuana est ainsi le résultat de contextes culturels et relationnels en fonction desquels il prend tel ou tel sens. Comme la consommation d'alcool, le cannabis permet parfois d'évacuer une partie du stress lié à notre mode de vie. Il peut également demeurer essentiellement récréatif et ritualisé.

L'enjeu de santé publique représente une facette importante du phénomène. L'usage de ce produit psychotrope génère une série d'effets sur l'organisme et le psychisme de ses consommateurs. Le fumeur chronique ou quotidien est susceptible de développer une dépendance. Il s'expose à des complications respiratoires (bronchites chroniques, toux du fumeur,…). Consommer est aussi incompatible avec une série d'activités (mémorisation, conduite de véhicules ou de machines). C'est pourquoi, il est primordial de pouvoir fournir systématiquement une information claire, fiable et objective à propos du produit et de ses contextes d'utilisation. Il s'agit pour nous de favoriser la responsabilisation du citoyen et de lui permettre de poser des choix en connaissance de cause.
Dans cette optique, il est tout aussi essentiel de mettre fin à certaines idées reçues. Aucune étude scientifique n'a étayé jusqu'ici la théorie de l'escalade. Selon celle-ci, le fumeur de cannabis se tournerait ensuite

Notes
5. Directive du Collège des procureurs généraux du 8 mai 1998, dite directive De Clerck.
6. MB 01-02-2005: www.feditobxl.be.
7. Prospective Jeunesse, MASS de Bruxelles, Infor-Drogues, Projet Lama, Modus Vivendi.
8. Voir http://www.feditobxl.be/ publications_secteur.php.

systématiquement vers des drogues plus dures (héroïne, cocaïne). L'escalade n'a rien de systématique et dépend d'une multitude de facteurs. De façon similaire, le syndrome amotivationnel (perte de toute motivation) ou le rôle du cannabis comme élément causal de troubles psychiatriques n'ont jamais été prouvés scientifiquement. Si la consommation du produit a une influence, elle n'est qu'un facteur parmi d'autres (psychologiques, physiologiques, relationnels, contextuels,…).

La raison d'être de notre secteur est d'améliorer l'état de santé physique et mental de ceux qui s'adressent à nous. Nous constatons que les effets négatifs de la prohibition du cannabis sont plus importants que ses avantages. Face à des comportements aussi répandus, il s'agirait de jouer la carte du risque minimum. Le statut actuel du cannabis augmente au contraire les dangers liés à la consommation et complique la réalisation de nos missions de prévention et de soins. La diffusion d'une information complète et objective, de tests de qualité,… sont rendus plus difficiles. Les actions de réduction des risques sont empêchées. La prévention, sous-financée, ne reçoit que 4% du budget annuel consacré aux drogues. Plus de la moitié des efforts financiers sont concentrés sur la répression qui empiète sur nos missions en organisant des campagnes de pseudo-prévention dans les écoles.
Les fumeurs de cannabis restent obligés de s'approvisionner auprès de réseaux criminels. La qualité du produit n'est jamais garantie et le consommateur se verra souvent sollicité par ces mafias pour acheter d'autres produits illicites. Enfin, la stigmatisation sociale que subit le consommateur l'incline souvent à reporter la demande d'aide ou d'information que nous offrons.

Un débat indispensable

Le cannabis représente un enjeu sanitaire, social, juridique, éthique, culturel… Nous sommes à la veille de débats législatifs cruciaux pour les nombreux consommateurs de ce produit. Fort de son expérience, le secteur Toxicomanies veut apporter sa contribution et expliquer ses points de vue dans la cadre d'une large concertation. Le monde judiciaire, le monde de l'éducation, les secteurs social et de la santé sont concernés au premier plan. Sans oublier bien entendu nos responsables politiques qui seront amenés à prendre leurs responsabilités, à faire des choix.
Au cours des prochains mois, la FEDITO suscitera et organisera une série de débats avec des représentants issus de ces secteurs. Les personnes actives en Promotion de la Santé et dans le monde de l'enseignement au sens large, sont directement concernées.
L'objectif de ces échanges est simple : l'élaboration en commun d'une vision qui soit la plus représentative possible de la complexité du phénomène. Dans le but de faciliter la mise en place d'une législation plus cohérente que par le passé.
La logique demanderait que cette concertation se prolonge au-delà d'une simple rencontre et devienne permanente. Un lieu de débats où l'ensemble des autorités compétentes et des secteurs concernés seraient représentés doit être mis en place. La note politique du gouvernement fédéral de janvier 2001 avait bien prévu la création d'une cellule politique drogue mais celle-ci n'a pas été activée. Jusqu'à ce jour.

■

Revue de presse sur les drogues et les problèmes liés aux toxicomanies et aux assuétudes

En quelques lignes, un compte rendu succinct des informations parues dans la presse francophone ces trois derniers mois

1er janvier 2006. Dans 8 mois, il sera totalement interdit de fumer sur les lieux de travail (sauf à domicile et dans le secteur Horeca), tant dans les espaces de travail que dans les équipements sociaux (couloirs, vestiaires, réfectoires, salles de réunion, etc.). Une période de transition est d'application depuis le 1er avril afin de permettre aux employeurs de se mettre en conformité avec la loi et, éventuellement, d'aménager un fumoir isolé des autres locaux réservé aux irréductibles accros à l'herbe à Nicot. (Le Soir, La Libre Belgique, La Dernière Heure du 30.03.05, Le Rappel et l'Avenir du Luxembourg du 31.03.05)
En ce qui concerne le secteur Horeca, le souhait de certains de voir interdire de fumer dans les restaurants, bars et autres cafés est diversement apprécié: d'aucuns pensent en effet que l'interdiction d'y fumer entraînera des pertes d'emplois, voire la fermeture de bon nombre d'établissements et conduira bon nombre d'usagers à "se désocialiser" et à consommer seuls chez eux. Il faut bien constater que les mesures récemment prises pour séparer les fumeurs des non-fumeurs et installer des zones "tampon" ne se sont pas révélées très efficaces. Néanmoins, le débat est dans l'air ! Ainsi, le ministre Demotte s'est récemment rendu en voyage d'étude en Irlande et en Italie où, depuis peu, il est interdit de fumer dans les restaurants. (Le Soir, Le Rappel, L'avenir du Luxembourg du 03.03.05)

Pour palier le manque à gagner du secteur de la restauration, le ministre a même lancé l'idée d'une aide financière octroyée aux établissements qui s'engageraient à bannir le tabac. (Le Soir du 01.03.05, La Libre Belgique du 02.03.05)
En Irlande, où il est désormais interdit de fumer dans les lieux publics depuis mars 2004, même s'ils sont nombreux à trouver cette loi ridicule, elle semble cependant bien respectée. Même à Cuba, le pays du cigare, il est interdit de fumer dans les lieux publics depuis la mi-février.
Certains états des Etats-Unis (Californie) ont élargi l'interdiction de fumer dans les restaurants (1995) aux bars (1998). D'autres ont suivi, comme la Floride. A New-York, la loi sur l'air sans fumée (Smoke-Free Air Act) a banni la cigarette des entreprises et des discothèques depuis mars 2003 et ne semble pas avoir pour autant compromis les emplois de ce secteur.

La question qui se pose avec acuité chez nous est : les fumeurs devront-ils récupérer le temps passé à fumer. Non, nous assure la ministre fédérale de l'Emploi, Freya Van den Bossche, qui rappelle que cette mesure extrême ne pourrait être prise que dans le cadre d'un accord unanime entre employeurs et délégués du personnel. (Le Soir du 30.03.05)
Tous politiques, médecins, psychologues insistent sur un point important : ce n'est pas la personne (le fumeur) qu'il faut punir, mais l'objet (la fumée du tabac) qu'il faut bannir !
Et comme il n'est jamais trop tôt pour commencer, les universités (UCL, fac de droit de Toulon) montrent l'exemple et interdisent de fumer dans leurs locaux.

Tout le monde le sait, rien de tel qu'un petit verre avec une bonne clope. Et puisque l'une est interdite, pourquoi pas l'autre ? Le ministre de la Santé Rudy Demotte élargit les interdictions concernant l'alcool. Ainsi, la publicité sera très sévèrement réglementée et tout consommateur pourra ester en cas d'abus.
Exemples d'interdictions : distributeurs de boissons alcoolisées près des écoles ; offrir de l'alcool aux mineurs d'âge ; faire valoir les effets favorables psychologiques, sociaux ou physiques ; mettre en scène des mineurs d'âge, des médecins,

un personnage populaire, une femme enceinte, un conducteur de véhicule.
Cette réglementation ne concernera plus seulement la radio, la télévision ou la presse écrite, mais aussi les affiches, le secteur Horeca et Internet. Elle se fera via une convention signée entre le ministre, les brasseurs, les représentants des vins et spiritueux, l'Horeca et le secteur de la distribution et via une loi rendant obligatoire le respect de cette convention.
A propos de cette convention, elle veut non seulement protéger les mineurs d'âge, mais aussi les adultes en interdisant de dénigrer l'abstinence, la sobriété et la consommation modérée.
Il me vient une envie folle de paraphraser le titre d'un film célèbre : "Et le plaisir, bordel !"

D'autres dépendances guettent nos chères têtes blondes : le GSM et la "toile". En effet, une récente enquête parue dans l'hebdomadaire anglais Mail on Sunday montre qu'un jeune sur cinq se fait du souci dès qu'il est hors de portée de son GSM plus de cinq minutes et qu'un quart d'entre eux seulement affirme pouvoir survivre une journée entière sans son portable ! (Le Rappel, L'Avenir du Luxembourg du 28.02.05)

On voit se développer de plus en plus de "dépendances silencieuses sans toxiques", les cyberdépendances. "La dépendance se caractérise par un usage répétitif et intensif de l'acte de jouer ou de la communication virtuelle qui entrave la liberté du sujet d'y mettre un terme. L'existence de signes de manque et les conséquences sociales, professionnelles et familiales confirment l'inadaptation du comportement" explique Serge Minet, thérapeute clinicien auprès du service de psychiatrie du CHU de Brugmann.
Il existe un "Test d'Orman" qui, en 9 questions permet de repérer le profil type du cyberdépendant chez lequel on retrouve certaines caractéristiques communes à ces personnes, comme l'immaturité socio-affective, le vide identificatoire, l'anxiété, un sentiment de non-valeur, etc. (La Libre Belgique du 22.03.05)

Que tout cela ne vous empêche néanmoins pas de succomber au plaisir que nous offrent, chaque année, en revenant de Rome, les cloches aux flancs gonflés d'œufs en chocolat. En toute modération s'entend !

Danielle Dombret, Documentaliste

Les Cahiers de Prospective Jeunesse
Titres parus depuis 1996

1996
Cahier 1 : pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites (épuisé : copie disponible)

1997
Cahier 2 : privé ou public : quels espaces de liberté ?
Cahier 3 : école et prévention (tome 1) (épuisé : copie disponible)
Cahier 4 : école et prévention (tome 2) (épuisé : copie disponible)
Cahier 5 : situations des jeunes adultes (18 - 25 ans)

1998
Cahier 6 : école et prévention (tome 3)
Cahier 7 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 1)
Cahier 8 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 2)
Cahier 9 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 3)

1999
Cahier 10 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 4)
Cahier 11 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)
Cahier 12 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)
Cahier 13 : drogues et prison (tome 1)

2000
Cahier 14-15 (numéro double) : drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.1999)
Cahier 16 : drogues et prison (tome 2) et Economie souterraine ou économie des exclus (tome 3)
Cahier 17 : drogues et cultures

2001
Cahier 18 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 1)
Cahier 19 : les alicaments : entre nutriments et médicaments
Cahier 20 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 2)
Cahier 21 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 3)

2002
Cahier 22 : la famille (tome 1)
Cahier 23 : le secret professionnel
Cahier 24 : la famille (tome 2)
Cahier 25 : radioscopie du monde enseignant (l'école - tome 1)

2003
Cahier 26 : monde du travail et psychotropes
Cahier 27 : la réduction des risques (tome 1)
Cahier 28 : la réduction des risques (tome 2)
Cahier 29 : à l'école des jeunes (l'école - tome 2)

2004
Cahier 30 : contextes et consommations
Cahier 31 : santé et prévention : braderie ou promotion ?
Cahier 32 : actes du colloque "Jeunes et alcool" du 18.05.04 à Louvain-la-Neuve
Cahier 33 : Promotion de la Santé et Réduction des Risques : la question du tabac... toujours avec filtre ?
Cahier 34 : Santé et communication : info ou intox ?

Pour commander l'un de ces numéros ou vous abonner, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction, à Prospective Jeunesse (tél. : 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02, e-mail : claire.haesaerts@prospectivejeunesse.be).

SOMMAIRE

Editorial
Isabelle DOSSOGNE et Henri Patrick CEUSTERS 1

DOSSIER : SANTÉ ET COMMUNICATION : INFO OU INTOX ?

- Communication et relations de pouvoir
  Alain CHERBONNIER 3
- Les campagnes radiodiffusées d'éducation pour la santé
  Christian DE BOCK, avec la collaboration de Jacques HENKINBRANT, Philippe MOUCHET et Patrick TREFOIS 9
- La santé est-elle communicative ?
  Vincent GUERIN 17
- Quel outil, quelle qualité au service de quel projet de promotion de la santé ?
  Catherine SPIECE 24
- "La Conférence locale de promotion de la santé : un outil de communication auprès des professionnels"… et si la promotion de la santé pouvait faire l'objet d'un échange…
  Pour l'équipe du CLPS de Liège, Chantal LEVA 28
- Vers des espaces sans fumée, ensemble…
  Martin de DUVE 36

Cannabis : ouvrons le débat pour une politique cohérente
Ludovic HENRARD 44

La revue de presse de Prospective Jeunesse 47

Ministère de la Communauté française

Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.