

Éditorial

Michael RINN

William SHERLAW

SANTÉ PUBLIQUE & COMMUNICATION

La santé publique cherche à sauvegarder, à protéger et à améliorer le bien-être de la population. Depuis une vingtaine d'années, elle se préoccupe aussi des inégalités qui se creusent en matière de santé au sein de nos sociétés. Cela va au-delà du simple accès aux services de soin (CSDH, 2008). Ainsi, on observe une corrélation grandissante entre le statut social et l'état de santé : plus une personne est défavorisée, plus sa santé se détériore, et vice versa. Par ailleurs, on constate qu'aujourd'hui une démultiplication des facteurs socioculturels influe directement sur la santé, dépassant largement le cadre traditionnel des professionnels de santé. Pour répondre à ces nouveaux besoins, la santé publique doit étudier les sources de la santé et de la maladie (Sherlaw, 2017), mettant en œuvre des politiques de la promotion de santé et de réduction des inégalités auprès de la population dans son ensemble, tout en choisissant de cibler des groupes à risques ou vulnérables. C'est dans le cadre de ces politiques que les autorités sanitaires conduisent des campagnes de communication pour informer, avertir et inciter la population à changer de comportements à risque. Aussi les citoyens sont-ils de plus en plus tenus pour responsables de leur santé et des comportements qui favorisent leur bien-être. À un point où ces campagnes de communication sont considérées comme un outil incontournable de la politique de santé publique, même si elles sont probablement insuffisantes pour induire des changements de comportement recherchés auprès des publics cibles (Raude, 2013). On peut même penser qu'à court terme ces campagnes de masse prêchent davantage aux convaincus, tendant à favoriser l'état de santé des couches supérieures de la population déjà bien portantes.

À plus long terme, elles contribuent au remodelage des normes sociales pour améliorer la santé de la population, la modification des habitudes de consommation de tabac en est exemplaire (Livingood et al. 2016). Mais elles renforcent également des concepts clés du libéralisme économique comme la responsabilité de soi, le libre choix et le conformisme des postures non discriminatoires. Sous prétexte de l'action pour le bien commun, on reconnaît ici l'étroite imbrication du gouvernement du social dans la politique de santé publique (Ollivier Yaniv & Rinn, 2009). Or la communication en santé publique cherche à influencer sur les com-

portements et les croyances de l'individu. Ainsi, la santé digitale et les smartphones occupent aujourd'hui une place importante dans la transmission et la réception des messages de santé et contribuent au changement de comportement (Scala, 2016). Chacun est invité, encouragé, voire contraint d'adopter de nouveaux modes de comportement, de cesser de fumer, de réduire la consommation d'alcool, de manger moins de viande rouge, de se faire vacciner contre la grippe, d'être conscient des dangers environnementaux, de conduire prudemment pour réduire les accidents de la route et d'adopter les pratiques sexuelles à moindre risque. Par ailleurs, la communication endosse un rôle important dans la gestion de crises sanitaires ; ses difficultés permettent de mieux comprendre les échecs de campagnes de vaccination comme celle contre le H1N1, (Sherlaw & Raude, 2013) ou des scandales sanitaires comme celui du Médiator ou le Lévothyrox. (Troude-Chastenet, 2011 ; Santi, 2017).

Ce numéro bilingue de MEI cherche à éclairer différentes interactions entre la santé publique et la communication, et notamment à savoir comment l'interaction entre communication et santé publique institue un dispositif de propagande d'une nouvelle idéologie hygiéniste du souci de soi et du gouvernement du social dans l'intérêt de tous. Plus largement, il s'agit de comprendre pourquoi la communication n'est pas un simple outil promotionnel de la santé publique, mais qu'elle construit l'espace dans lequel se déploie la santé en même temps qu'elle le gère (Fairclough, 2001). Cela se montre de façon exemplaire dans les domaines du handicap, de la prise en charge sanitaire des migrants, ou encore du harcèlement sexuel. C'est pourquoi nous appréhendons ici la communication (Hanks, 1996) comme une force qui met en place la réalité sociale et qui établit les conditions de vérité en définissant les termes de la connaissance (Fairclough 2001, Gee, 2014). Certes, on peut identifier un virus dans un laboratoire, caractériser des personnes comme étant en surpoids ou procéder à une évaluation épidémiologique de risque. Mais il faut savoir communiquer ces informations à la population générale, et la façon dont on fait cela est cruciale (Raude, 2013). La communication doit donc occuper une place aussi importante que l'épidémiologie dans le domaine de santé publique, car elle est capable de changer l'environnement dans lequel nous vivons, tout comme elle influe sur nos modes de vie.

Ainsi, nous voulons montrer pourquoi la communication constitue largement la scénographie de la santé publique. Ce projet repose sur le constat suivant : le choix des noms et de définitions des phénomènes est à la fois un reflet et une influence sur les contextes socio-culturels. Comme l'a affirmé Ian Hacking (1995, p.17) :

« Les noms organisent nos pensées ». Gee (2014) précise que le langage consiste à « dire, faire et être ». Le langage n'a donc pas seulement pour vocation d'informer, mais de construire nos environnements socio-politiques et nos identités

assumées, revendiquées ou rejetées (Rinn 2012). Mais la communication englobe davantage que la pratique langagière. En premier lieu, elle fait appel à la notion de discours, car elle fait largement usage d'images iconiques, de pratiques sociales et d'institutions étatiques. Notre environnement ne cesse de communiquer par des mots et des images, mais également par des gestes et des attitudes, et même par des espaces ouverts ou des obstacles physiques. Prenons l'exemple des normes sociales en vigueur à l'égard des personnes handicapées en France. L'architecture même de nombreuses structures d'accueil semblent toujours vouloir dire : « Ici vivent des gens différents des autres ». Pour ce qui est des modèles centrés sur la capacité d'apprentissage des récepteurs, comme le marketing social et le Nudge, on constate également que la communication dépasse le cadre du langage. Ainsi, le concept du Nudge conçu par Thaler, (lauréat Nobel de l'économie 2017), et Sunstein, préconise un paternalisme bienveillant de la part du locuteur, orientant le récepteur vers un choix favorable à la santé tout en lui conservant la possibilité d'une option moins saine (Thaler & Sunstein, 2008).

En effet, l'usage du seul langage verbal s'avère souvent improductif. Mentionnant le port du casque à vélo, une étude empirique a montré que si vous souhaitez encourager et éduquer les cyclistes à porter des casques, il est peut-être plus efficace de leur offrir un casque sans conseils de prévention que d'accompagner cette offre d'informations sur l'effet protecteur du casque (Constant, et al. 2012). Un avis bien intentionné peut parfois rester sans effets, voire être contreproductif. Il s'avère également que l'exploitation du marketing social et du Nudge pourrait être associée à un discours moins bienveillant tendant à blâmer la victime. L'enjeu principal de ce numéro de MEI consiste à interroger l'interaction entre communication et santé publique, et en fin de compte entre communication et santé. Mais qu'entendons-nous exactement par santé ? Généralement dans le monde de la santé publique, la santé est appréhendée soit négativement comme absence de pathologie (Boorse, 1997 ; Giroux 2010) soit, positivement comme une complétude englobant un bien-être général susceptible de permettre l'atteinte des buts primordiaux que les personnes se donnent. (Nordenfelt, 1995 ; Giroux 2010). L'OMS propose une approche davantage utopique, présentant la santé comme un état parfait de bien-être, tant physique, mental que social, allant au-delà d'une simple absence de maladie (WHO, 1946). Par contre une approche de la santé par la négative préconise l'absence d'une quelconque pathologie, ce qui revient à la comprendre comme un fonctionnement normal de l'espèce (Boorse, 1977 ; Giroux 2010). En tenant compte de la mortalité, cette approche conduit à caractériser la partie de la population qui n'est pas en bonne santé. Il faut donc se poser la question suivante : quel type de santé fait l'objet de la communication ? (Sherlaw & Lacouture, 2017). L'approche par la positive conçoit la santé et le bien-être comme étant une ressource première pour la vie, pas seulement comme un bien intrinsèque. Elle repose sur des valeurs de justice sociale aux-

quelles aspirent à la fois les individus et la société dans son ensemble. Quant à l'approche par la négative, par la maladie et la mortalité relativement faciles à définir, elle amène les institutions à promouvoir la santé publique basée sur le changement de comportements à risque.

Même si la réduction des risques est une mission traditionnelle de la santé publique, il faut se rendre à l'évidence que l'idéologie néolibérale privilégie largement le statut de la victime au point où les victimes elles-mêmes acceptent aujourd'hui d'assumer la responsabilité pour leur état de santé. Or l'épidémiologie sociale (Link & Phelan, 1995), nous apprend que les facteurs qui déterminent la santé, tels que les rapports sociaux, le genre, l'ethnicité, le logement ou le travail, échappent largement à l'individu. Les campagnes de santé publique prennent rarement en compte ces multiples facteurs constituant la condition de vie des personnes. L'exemple du casque à vélo susmentionné montre de surcroît que vouloir influencer sur des gens déjà conscients du danger de leurs modes de comportement s'avère souvent contreproductif.

Pour conclure, force est de constater que la communication s'impose quand il s'agit d'informer la population des dangers sanitaires. Elle influe aussi directement sur la manière dont les citoyens appréhendent la santé, sa promotion et sa protection, ainsi que sur la façon dont ils changent de comportements et qu'ils réduisent les risques. Or, nous l'avons vu, la santé peut être envisagée plus globalement, comme un droit au bien-être, au développement personnel et social. Cette approche de la santé par la positive les conditions de vie, le droit au logement, la protection au travail. Elle résulte de choix politiques qui dépassent largement le cadre du seul individu. La communication doit prendre en compte ces deux dimensions de la santé ; négliger l'une ou l'autre peut conduire à de l'inaction politique. L'enjeu de la communication dans le domaine de la santé publique, c'est le bien-être général.

Références

- Boorse, C. (1977). *Health as a theoretical concept*. *Philosophy of Science*, 44, 542-73.
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Constant, A., Messiah, A., Felonneau, M.-L., & Lagarde, E. (2012). *Investigating Helmet Promotion for Cyclists: Results from a Randomised Study with Observation of Behaviour*. Using a Semi-Automatic Video System. *PLoS ONE*, 7(2), e31651. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0031651>.
- Giroux, E. (2010). *Après Canguilem : définir la santé et la maladie*. Paris, P.U.F.
- Fairclough N. (2001). *Language and Power*. Harlow: Pearson Education.
- Gee, J.P. (2014). *An introduction to Discourse Analysis - Theory and method*. Abingdon: Routledge.
- Hacking I. (1995) *Rewriting the Soul: Multiple personality and the sciences of memory* Princeton: Princeton University Press, p.17.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Spec N° 80-94.
- Ollivier-Yanniv & Rinn, M. (dir.). (2009). *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite ?* Grenoble: P.U.G.
- Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 49-64 *NecPlus* doi:10.4074/S0336150013012039
- Rinn, M. (2012). *Du bien parler en Euphémie. Le handicap dans la cité honnête, utile et agréable*. Studien zur romanischen Sprachwissenschaft und interkulturellen Kommunikation, n° 83, 209-221.
- Santi, P., *Levothyrox : l'Agence du médicament reconnaît un défaut d'information aux patients*. http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/09/01/levothyrox-l-agence-du-medicament-reconnait-que-les-patients-n-ont-pas-ete-assez-informes_5179559_1651302.html consulté 2 nov 2017.
- Scala, B. (2016). E-santé : la médecine à l'ère du numérique. *Science & Santé*, 29, 22-33.
- Sherlaw W. (2017). Présentation de la première partie: Quels sont les éléments fondateurs et principes guidant la promotion de la santé ? *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. E. Breton, F.Jabot, J.Pommier & W. Sherlaw, (dir.), Rennes : Presses de l'EHESP, 20-22.
- Sherlaw W. Lacouture A. (2017). Santé ou santés ? *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. E. Breton, F. Jabot, J. Pommier & W. Sherlaw (dir.) Rennes : Presses de l'EHESP, 47-79.
- Sherlaw, W., & Raude, J. (2013). Why the French did not choose to panic: a dynamic analysis of the public response to the influenza pandemic. *Sociology of Health & Illness*, 35(2), 332-344. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01525>.
- Thaler, R. H.; Sunstein, C.R.. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.
- Troude-Chastenot, (2011) Santé publique et démocratie : l'affaire du Médiateur, *Etudes*, 4153 (septembre) <https://www.cairn.info/revue-etudes-2011-9-page-185.htm> Consulté 2 nov 2017.
- WHO (1946) *WHO Definition of Health in Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference*, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.