

Associer les populations à la conception des messages de prévention

Comment communiquer des messages de santé publique sans culpabiliser ni stigmatiser les personnes en situation de précarisation ? Comment faire passer des messages de prévention ? Les recherches et évaluations d'actions pointent la nécessité d'élaborer un message « acceptable » et pas seulement accessible. Les campagnes d'information doivent être élaborées avec les populations concernées, prendre en compte leurs caractéristiques économiques, leurs représentations, leurs perceptions et leur environnement.

Les campagnes de communication en santé publique ont-elles un impact sur les inégalités de santé ? Sont-elles sources d'inégalités et de disparités ? Ce débat n'est pas nouveau ; ainsi, par exemple, le séminaire de Bierville (1), organisé, en 1996, par le Comité français d'éducation pour la santé posait déjà la question : *La communication publique peut-elle réduire les inégalités ?*

La synthèse des débats mettait l'accent sur le fait que « *centrée sur les comportements individuels, la communication publique peut au contraire provoquer une aggravation des inégalités (...)* », soulignant une tendance à privilégier la stigmatisation des comportements individuels au détriment de la lutte contre les facteurs environnementaux. Philippe Lazar, professeur de santé publique et ancien directeur de l'Inserm, notait alors que « *les problèmes d'inégalités sociales de santé sont si fondamentalement liés à toute l'organisation sociale et politique des pays que l'on voit mal comment faire sensiblement évoluer les uns sans modifier radicalement les autres* ». Un défi de taille !

La communication, outil très mobilisé...

Ce débat se pose-t-il aujourd'hui dans les mêmes termes ? Oui et non. En réalité, l'influence de la communication en santé publique n'a fait qu'augmenter. C'est un outil devenu central des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé.

« Communiquer », qui signifie « entrer en relation avec », implique un échange

d'informations et devrait avoir pour conséquence un enrichissement des savoirs (2). La communication peut recouvrir deux formes : la communication interpersonnelle directe (par la parole, le regard, le geste) et la communication médiatisée. Il est d'abord plus spécifiquement question ici de la seconde dans la mesure où les campagnes médiatiques visent à promouvoir des comportements favorables à la santé et constituent un outil qui pèse lourd dans les programmes de santé publique.

Ces enjeux sont tout aussi importants pour les acteurs économiques, qui ont investi massivement dans la communication. Ainsi, l'industrie agroalimentaire est-elle impliquée à juste titre dans le Programme national nutrition-santé (PNNS), compte tenu de son rôle en matière d'offre alimentaire et de sa responsabilité dans la composition des produits mis sur le marché (réduction des teneurs en sel et en sucre ajoutés des produits transformés, par exemple). Hors coopération avec la communication publique et depuis longtemps, cette industrie a massivement investi – à des fins commerciales et d'image – dans l'information et l'éducation nutritionnelle en direction des consommateurs.

...qui peut creuser les inégalités

Dans le même temps, les recherches, d'une part démontrant l'existence et la persistance des inégalités sociales de santé, d'autre part validant l'efficacité de certaines interventions, se sont accumulées. Si les études portant sur la communication en santé sont rares et essentiellement américaines (3), le marketing

social – qui consiste à appliquer la technique du marketing à la promotion des causes sociales et notamment à la santé – a fait l'objet d'un certain nombre d'ouvrages et de publications (4). Les preuves de l'impact d'un certain type de communication en santé dans le creusement des inégalités sont aujourd'hui incontestables. Effectivement, dans certaines conditions de mise en œuvre, la communication en santé publique tend à creuser les inégalités sociales de santé. Schématiquement :

- les actions en éducation pour la santé, uniquement axées sur l'information, profitent inégalement aux populations selon leur position sur l'échelle sociale. Elles profitent davantage aux populations bénéficiant d'un niveau d'éducation et de revenu élevé ;
- en revanche, les interventions alliant une communication interpersonnelle (par exemple, visite à domicile) à la distribution d'informations sont efficaces pour l'ensemble des sous-groupes de la population (5).

L'information touche surtout les plus éduqués

Par ailleurs, le rapport de l'Inserm sur l'obésité (6) fait sienne la critique la plus courante adressée aux actions d'information, à savoir qu'elles atteignent prioritairement les plus éduqués et les plus informés. Nombre d'auteurs en appellent à une réflexion approfondie sur des modalités nouvelles d'information, permettant de cibler les populations à risque et d'élargir l'audience des recommandations en les rendant plus simples et plus faciles à mettre en œuvre.

Le *National Cancer Institute* précise ce que la communication en santé publique peut faire et ne pas faire (7). Cette communication peut : accroître les connaissances du public et la conscience d'une question de santé ; influencer les perceptions, croyances et attitudes avec comme conséquence l'évolution des normes sociales ; réfuter les mythes (exemple des campagnes de lutte contre le tabagisme) ; démontrer ou illustrer des capacités/savoir-faire en santé ; renforcer les connaissances ou les comportements ; montrer le bénéfice d'un changement de comportement ; défendre une position sur une question de santé ou une politique ; accroître la demande de services de santé.

En revanche, cette communication en santé seule, sans soutien environnemental, n'est pas efficace pour : entraîner des changements de comportements au niveau de l'individu, communiquer des messages très complexes. Et elle ne peut pas compenser le manque d'accès aux soins ou environnements en santé.

L'exemple de la nutrition

La question des inégalités sociales de santé émerge peu à peu dans le débat public. L'exemple de la nutrition est à

ce titre éclairant. On constate en effet une prise en compte plus marquée des populations défavorisées² dans l'actuel Programme national nutrition-santé (PNNS 2, 2006-2010) par rapport à son prédécesseur, en lien avec la publication des résultats de l'étude Abena (InVS, 2005-2006), qui révéla la situation très critique de l'état nutritionnel des populations bénéficiaires de l'aide alimentaire. À noter la proposition du professeur Serge Hercberg, dans ses propositions pour le PNNS 2, d'agir sur l'accessibilité, non de l'information nutritionnelle, mais des produits eux-mêmes, conformément aux conclusions de nombreux experts (8).

À partir de 2005-2006, différentes études ont permis de mesurer les limites des politiques axées sur l'information et l'éducation nutritionnelle pour les populations précaires, tant les contraintes socio-économiques (en particulier le coût) sont fortes pour ces populations en matière d'alimentation (Abena et autres études dont INPES). L'éducation nutritionnelle est très largement insuffisante pour améliorer l'alimentation des populations en situation de précarité ; elle risque même d'être contre-productive en mettant en exergue les difficultés que rencontrent quotidiennement les plus

défavorisés et qui transparaissent dans leurs habitudes alimentaires. Autant d'arguments en faveur d'une amélioration de l'accessibilité des aliments tels que les fruits et légumes.

Une communication « mise à distance »

Pour autant, la communication en santé publique peut-elle constituer un véritable outil de réduction des inégalités de santé ? Dans quelles conditions ? Deux observations soulignent les difficultés de l'exercice :

- le pouvoir et l'inégalité de la relation que peut induire l'information en santé. Le « communicateur », ou même parfois l'éducateur, fait trop souvent le postulat que la communication est un bien en soi, sans se demander si les objectifs poursuivis n'entrent pas en contradiction avec ceux de ses interlocuteurs. Or, l'utilisation des médias, ou même la prise de parole au nom d'un savoir (éducateur, médecin, professeur, etc.), représente une prise de pouvoir. On peut penser que plus la personne est « pauvre en pouvoir », plus elle perçoit l'inégalité de la relation et, de ce fait, met à distance ce qui est communiqué (2) ;
- l'idée de « discrimination fortuite », avancée par Jonathan Mann, qui attire

l'attention sur le fait que nombre d'actions de santé publique sont discriminatoires et portent ainsi atteinte aux droits de la personne : « (...) comme dans les activités de communication qui postulent que toutes les populations sont atteintes de façon égale par un message unique exprimé dans un langage dominant et diffusé par la télévision ; (...) ou comme lorsque les messages d'information sur le saturnisme infantile sont diffusés sans se préoccuper de l'existence de moyens financiers permettant d'écartier le danger. En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire. » (J. Mann 1998).

Prendre en compte les populations

Sous ces réserves, revenons sur le point de savoir comment faire évoluer les stratégies de communication afin, si ce n'est de réduire les inégalités sociales de santé, *a minima* de ne pas les accentuer. On peut suggérer trois directions à renforcer :

- combiner la prise en compte de la problématique des populations en situation

Au-delà de la communication, réduire les inégalités à la source

Plus globalement, on peut se demander comment mieux prendre en compte le principe de réduction des inégalités sociales de santé dans les programmes de prévention et d'éducation pour la santé. Quelques constats : le débat social français sur la santé accorde une place faible à la problématique des inégalités sociales. La politique de santé est principalement guidée par une vision individuelle des comportements à risque, qu'il s'agisse d'accroître les prix du tabac ou de conduire des actions de prévention ou de dépistage qui restent principalement relativement indifférenciées, à l'exception des dispositifs spécifiquement liés à la prise en charge de la précarité. Autre frein : l'absence de formation des professionnels à la prise en compte dans leurs pratiques des caractéristiques socio-économiques de leurs patients (1). Sur ces points, la France accuse un retard par rapport à des pays tels le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède. D'autres pistes doivent être explorées : renforcer le couplage « Information/accompa-

gnement » sur un territoire (à définir) et sur les lieux de vie (école, travail), en associant étroitement les professionnels. Renforcer la complémentarité entre les campagnes nationales et les actions de terrain. Ou mettre les actions médiatiques au service des actions de proximité. Intégrer dans une politique de santé générale la santé des moins favorisés. Développer une véritable stratégie de promotion de la santé conformément aux axes définis par les chartes d'Ottawa et de Bangkok. Placer la réduction des inégalités de santé au cœur des programmes de prévention et d'éducation pour la santé, quelle que soit l'approche retenue : risques, populations (les enfants, les familles) ou lieux de vie (école, travail ou quartiers). Produire et diffuser des référentiels/guides à l'action destinés aux opérateurs. Réfléchir au ciblage et à la modulation des messages de prévention, dont il faut réévaluer la capacité à atteindre les différents groupes sociaux, par exemple en matière d'habitude de vie ou de nutrition¹.

Le choix, pour des interventions ayant pour but de réduire les inégalités de santé, de cibler l'ensemble de la population, des sous-groupes ou des individus est en effet une question centrale : « Faut-il, comme l'ont fait les Britanniques, cibler les enfants très jeunes ? Faut-il concentrer l'effort sur les populations les plus défavorisées, sachant que l'on risque alors de négliger les mécanismes qui sont à l'origine de la formation des inégalités de santé tout au long de l'échelle sociale, mais que les actions de prévention à portée générale, si elles peuvent atteindre les ménages modestes, ont du mal à toucher les plus en difficulté d'entre eux ? Faut-il, enfin, privilégier une politique au niveau des territoires, en s'appuyant notamment sur les collectivités territoriales et les réseaux associatifs ? » (1).

F. C.

(1) Elbaum M. Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2007 ; (55) 1 : 47-54.

de précarisation dans toutes les actions de communication grand public, avec la mise en œuvre de plans d'actions spécifiques. C'est-à-dire élaborer un « message acceptable », et pas seulement « accessible » : intégrer la diversité de la population, les caractéristiques socio-économiques, les représentations, les perceptions des catégories moyennes à faiblement élevées. Prendre en considération le rôle de la culture : systèmes de croyances, valeurs religieuses et culturelles, expériences de vie sont de puissants filtres à travers lesquels les messages en santé sont reçus (9, 10) ; produire des matériels écrits adaptés ; évaluer les résultats des campagnes en fonction de différentes variables socio-économiques (niveau d'éducation, profession du père de famille, revenu mensuel du foyer) ;

- élaborer les campagnes « avec » les populations concernées, plutôt que « pour », c'est-à-dire dans une approche communautaire (11). Partir des compétences des populations. Contribuer à la création d'un environnement facilitant la mise en œuvre de changements préconisés (3). Éviter de se focaliser sur les comportements individuels, de passer ainsi de la responsabilisation à la culpabilisation individuelle ;

- avoir recours à une gamme élargie de stratégies de communication : éducation en santé à travers un média de loisir (télévision), utilisation stratégique des médias, communication en santé interactive (9). Développer la communication interpersonnelle : renforcer le soutien et les liens sociaux. Si les réseaux virtuels sont en développement, leur accès reste inégal. L'impact de la communication interpersonnelle à travers l'utilisation de conseillers en santé reconnus dans leurs communautés est en revanche bien documenté.

Une approche intersectorielle

Pour agir sur les inégalités sociales de santé et alimenter le débat public sur cette question, la communication pourrait poursuivre les objectifs suivants : combler les déficits d'information des personnes pauvres ou précaires, migrantes ou non, sur leurs droits, qu'il s'agisse d'aides au logement, d'aides au travail ou d'accès aux soins (CMU, AME). Promouvoir la problématique des inégalités sociales de santé et les modes d'intervention efficaces ; contribuer ainsi à la diffusion des bonnes pratiques. Lutter contre les discriminations.

Dernière remarque et sujet de préoccupation : la question de l'évaluation des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé : si les études publiées sont rares en ce domaine, les recherches démontrant l'existence et la persistance des inégalités sont en effet bien plus nombreuses que celles concernant les interventions proprement dites (12). Vicki S. Freimuth regrette, quant à elle, le peu de compréhension de l'impact de la communication sur les inégalités de santé manifesté par la communauté scientifique (9).

En conclusion, développer la recherche, l'expérimentation et l'évaluation en ce domaine particulièrement complexe est une impérieuse nécessité. Faire de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité des politiques de santé ouvre de nouvelles perspectives et de nouveaux enjeux. Il s'agit de :
– ne pas se limiter à l'approche individuelle retenue dans nombre de campagnes de prévention, élaborées indépendamment de la prise en compte des dimensions de l'environnement ;
– veiller à ce que les politiques de santé

publique ne soient pas en elles-mêmes porteuses de nouvelles discriminations ou violences pour certaines catégories de population. Comme le résume Didier Fassin : « *Assurément la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours – même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble – une aggravation des écarts.* »

Florence Condroyer¹

Directrice de la communication,
Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie (CNSA).

1. Auteur de l'étude « *Inégalités sociales de santé et campagnes de communication en prévention et en éducation pour la santé : enjeux et perspectives, à travers l'exemple du Programme national nutrition-santé* ». Master Sciences-Po, 2007.

2. *Accroissement de l'obésité et des pathologies liées à une mauvaise nutrition et des données probantes sur l'existence d'un gradient social de l'obésité. Deux des quatre nouveaux axes du PNNS 2 (2006) ont à voir avec la question des inégalités d'accès à une alimentation satisfaisante des populations défavorisées.*

► Références bibliographiques

(1) Pissaro B. La communication publique peut-elle réduire les inégalités ? In : Chauvin F., Brixi O., Roussille B. *Du bon usage de la communication en éducation pour la santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1998 : 49-53.
(2) Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P. *Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques*. Bruxelles : Question Santé, 2004 : 192 p.
(3) Randolph W., Viswanath K. *Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world*. Annu. Rev. Public Health 2004; 25:419-37.
(4) Grier S., Bryant C.A. *Social marketing in public health*. Annu. Rev. Public Health 2005; 2: 319-39.
(5) Gepkens A., Gunning-Shepers L. *Interventions to reduce socioeconomic health differences, a review of the international literature*. Europ. J. Public Health 1996; 6: 218-26.
(6) Centre d'expertise collective de l'Inserm. *Obésité, bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Paris : Inserm,

coll. Expertise collective, 2006 : 217 p.
(7) US Public Health Service, National Institutes of Health National Cancer Institute. *Making health communication Programs works*, 2001.
(8) Wilkinson R., Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé*. Les faits. OMS, 2^e édition. Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, 2004 : 40 p.
(9) Freimuth V.S. *The contributions of health communication to eliminating health disparities*. Am. J. Public Health. 2004; 94(12): 2053-5.
(10) Thomas S.B., Fine M.J., Ibrahim S.A. *Health disparities: the importance of culture and health communication*. Am. J. of Public Health 2004; 94(12): 2050.
(11) Freimuth V.S., Mettger W. *Is there a hard-to-reach audience?* Public Health Report 1990; 105(3): 232-8.
(12) Ridde V. *Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Québec : université de Laval, juin 2003.