
Frédéric Ketterer

La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Frédéric Ketterer, « La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], 8 | 2013, mis en ligne le 26 septembre 2013, Consulté le 26 septembre 2013. URL : <http://socio-logos.revues.org/2775>

Éditeur : Association française de sociologie

<http://socio-logos.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://socio-logos.revues.org/2775>

Document généré automatiquement le 26 septembre 2013.

Tous droits réservés

Frédéric Ketterer

La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle

- 1 Il existe en santé publique une ancienne tradition de recours aux outils de communication. Elle remonte à l'époque de l'hygiénisme, au XVIII^e siècle, avec une expansion massive dans la seconde partie du siècle suivant. Ces outils de communication sont alors constitués d'affiches, de tracts, de brochures, etc. (Berlivet, in Fassin, Memmi, 2004). Mais le recours à la communication de manière systématique comme action politique en matière de santé est assez récent, coïncidant avec le développement des « *mass media* ». C'est « depuis une trentaine d'années, [que] les Etats démocratiques ont [...] systématisé et professionnalisé les campagnes de communication sur des sujets dits d'intérêt général car construits comme tels, relevant globalement de la santé et de la sécurité » (Ollivier-Yaniv, Rinn, 2009). La mise en œuvre de ces campagnes fait partie intégrante de la construction des politiques publiques ; elles sont exposées comme des réponses aux impératifs d'action sociale, notamment par les représentants politiques ; « la « nécessité de communiquer » a atteint de plein fouet l'ensemble du mouvement social » (Mattelart, 1989). Leur mise en œuvre se fait dans un contexte où les principales menaces pour la santé des populations ne venaient plus des maladies infectieuses, dont la part dans la mortalité générale allait diminuant ; « il convenait désormais de se préoccuper de ces « maladies chroniques dégénératives », cancers et maladies cardio-vasculaires au premier chef, que seule une transformation des « comportements à risques » pouvait efficacement prévenir » (Berlivet, in Fassin, Memmi, 2004). Ces campagnes apparaissent de plus en plus comme une manière de changer les comportements de santé (ou en tout cas d'essayer). L'information y est vue comme la première marche vers l'autonomie ; elle constitue, en ce sens, une spécificité dans la manière de gérer la population. La loi de santé publique du 9 août 2004 – la deuxième simplement dans l'histoire française – possède ainsi comme axe majeur le développement d'une politique de prévention.
- 2 Il convient de s'interroger sur le sens sociologique que revêtent ces campagnes, leur signification politique, ainsi que leurs implications pratiques. En conséquence, nous tenterons de souligner, dans cet article, la dialectique qui sous-tend ces campagnes, prises entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle. Plus précisément, nous essaierons de montrer comment, pour exister, ces campagnes médiatiques doivent faire l'objet, au préalable, d'une démonstration, par des acteurs de santé, de la dimension collective des phénomènes de santé considérés. Une fois ceci réalisé, la construction de ces campagnes, en s'appuyant sur le contexte socio-politique contemporain, se décline sur un mode individuel, faisant de l'individu-cible le seul responsable de son état de santé, sous le prisme d'une psychologisation du social, qui conduit, *ipso facto*, à une négation des déterminants plus macro-sociaux des comportements de santé, pourtant mis en lumière par les études épidémiologiques. Dès lors, la construction de ces campagnes est mise en tension entre ces deux phénomènes contradictoires (souligner la dimension collective d'un phénomène de santé pour ensuite la nier dans sa médiatisation), faisant du niveau méso-social la clef de lecture heuristique du phénomène considéré.
- 3 Cette analyse sera étayée par les données de terrain issues de notre travail de thèse, soutenu en décembre 2012, à l'Université Lille 1, qui s'attachait à analyser les conditions de production de ces campagnes médiatiques, pour tenter d'en démêler les ressorts principaux à même d'expliquer la manière dont elles se construisaient (Ketterer, 2012). Plus précisément, ces données proviennent de trois monographies concernant des campagnes médiatiques de santé

publique françaises (ces trois campagnes sont présentées de manière plus détaillée en annexe) : une campagne d'information sur la dépression de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), une autre de promotion de la santé mentale, initiée par le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), et une campagne régionale concernant les préjugés sur le sida, réalisée par un collectif réunissant associatifs et institutionnels. Le travail d'analyse réalisé a été effectué à partir d'entretiens semi-directifs réalisés avec l'ensemble des protagonistes de ces trois campagnes (qui ont donc participé, de près ou de loin, à la création et à la diffusion de ces campagnes), ainsi qu'avec une analyse documentaire de l'ensemble des supports et autres comptes-rendus, réalisés tout au long de ce processus de production. Un travail de remise en contexte des thématiques de santé avait également été réalisé, mais il ne sera que très peu abordé dans le cadre de cet article.

1. Retour sur la notion de « santé publique »

- 4 L'analyse des campagnes médiatiques de santé publique ne peut faire l'économie de revenir plus précisément sur la signification même de la notion de santé publique. Elle a été définie de manière conceptuelle par l'OMS en 1952 : c'est une définition « retenant la notion d'action collective concertée visant à assainir le milieu, et la mise en œuvre de mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé » (Vandenberghe, 2002). La santé publique se différencie de la médecine clinique par le fait de s'intéresser d'abord à la santé – et non aux malades –, santé qu'elle essaie de préserver et de promouvoir. C'est dans cette optique que la notion de « promotion de la santé » fait également son apparition, avec trois textes considérés comme fondateurs : la déclaration d'Alma-Ata en 1978, la Charte d'Ottawa en 1986 et la déclaration de Jakarta en 1997. Dans ces trois textes, la santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; cette définition met en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Dès lors, « les individus doivent agir de façon responsable en se conformant à des conseils, des préceptes et autres prescriptions. Ils doivent être responsables pour eux-mêmes en évitant les comportements à risque » (Paillart, Strappazzon, 2007).
- 5 Cette conception de la santé fait écho au « processus de civilisation » décrit par Norbert Elias, avec un processus accru d'individualisation, qui conduit à l'autocontrainte, au contrôle de soi, de ses réactions et de ses pulsions affectives (Elias, 1975). Promue également par les pouvoirs publics, cette approche en termes de promotion et d'éducation pour la santé renvoie simultanément au concept de « gouvernementalité » foucauldien, à « la manière réfléchie de gouverner au mieux et aussi et en même temps, la réflexion sur la meilleure manière de gouverner » (Foucault, 2004a). L'axiome ici est que les individus seraient naturellement portés à désirer ce qui les avantage, et le problème politique consiste alors à orienter ce désir de manière à ce qu'il satisfasse aussi l'intérêt collectif, bref à agir sur « la république phénoménale des intérêts » (Foucault, 2004a). C'est à partir de ces intérêts que va se forger la capacité d'autolimitation de la raison gouvernementale, et c'est de cette manière que la politique sociale va apparaître comme le contrepoids aux processus économiques sauvages engendrés par le libéralisme, créateur d'inégalités et à l'origine d'effets destructeurs sur la société.
- 6 Ce concept de gouvernementalité est aussi indissociable de la notion de « population », autre condition nécessaire au développement de cette gouvernementalité. Cette « population » est appréhendée « comme un ensemble d'éléments à l'intérieur duquel on peut remarquer des constantes et des régularités jusque dans les accidents, à l'intérieur duquel on peut repérer l'universel du désir produisant régulièrement le bénéfice de tous, et à propos duquel on peut repérer un certain nombre de variables dont elle est dépendante, et qui sont susceptibles de la modifier » (Foucault, 2004b). L'introduction de la statistique est un autre outil de cette biopolitique décrite par Foucault : « avec cette dernière, c'est non seulement la régularité et la naturalité de certains faits sociaux qui s'imposent, mais aussi la possibilité d'agir rationnellement sur ceux-ci à partir de la connaissance de ce qui les détermine » (Olivesi, 2006).

7 En dépit de ces aspects, la santé publique reste « une notion polysémique qui agrège des réalités extrêmement hétérogènes » (Valarié, in Fassin, 1998) ; elle est aussi le produit et le reflet de la structure sociale dans laquelle elle se développe, et plus particulièrement de la configuration du champ politique où elle s'inscrit : « la santé, entendue comme le rapport sans cesse redéfini du corps physique au corps social, devient objet de politiques en même temps qu'objet politique » (Fassin, 1996). Pour cette raison, Fassin, dans son approche théorique et méthodologique, ne suppose pas la préexistence de la santé publique, mais s'intéresse plutôt au processus dans lequel elle se définit et se réalise. C'est en ce sens qu'il évoque la « construction sociale de la santé publique » (Fassin, 2005).

2. La « construction sociale de la santé publique », dimension collective de la santé

8 Cette construction sociale passe par une double opération de médicalisation – c'est-à-dire de réécriture d'un problème social dans le langage sanitaire – et de politisation des faits sociaux (qui implique l'intervention d'un certain nombre d'acteurs). Elle possède ainsi une forte part de rhétorique, de discours, pour lui donner corps. Cette dimension rhétorique est également rendue nécessaire par la concurrence entre acteurs sociaux autour de la définition de la santé publique. Cela est à rapprocher de la notion de « champ » bourdieusien, pour qui « un champ est un champ de forces, et un champ de luttes pour transformer les rapports de force » (Bourdieu, 2000). Dès lors, des luttes symboliques s'expriment, pour faire reconnaître sa vision du monde social comme vision vraie et juste au sein de l'univers de la santé publique, « pour maintenir ou changer la vision du monde social, en conservant ou en modifiant les catégories de perception du monde et en travaillant à la constitution d'un sens commun qui apparaisse comme vérité du monde social » (Bourdieu, 2000).

9 L'intérêt de la notion de « construction sociale de la santé publique » réside notamment dans l'importance particulière qu'elle confère à l'épidémiologie, l'un de ses langages privilégiés pour souligner la prévalence des maladies dans la population. La santé publique serait ainsi « d'abord une réalité épidémiologique, correspondant à l'état de santé d'une population » (Fassin, 2005). Ces estimations statistiques « étayaient les arguments qui justifient la mise en œuvre de campagnes de prévention : ils apparaissent dans le discours institutionnel avec une valeur d'authentification relativement à l'identification et à l'ampleur de ce qui est ainsi construit comme un problème public » (Ollivier-Yaniv, Rinn, 2009).

10 Dans cette mesure, les deux campagnes portant sur la santé mentale ont recouru à des études épidémiologiques. La campagne du CCOMS a réalisé l'enquête Santé Mentale en Population générale (SMPG), en utilisant un outil diagnostic standardisé (le Mini) pour définir les troubles psychiques. L'étude comportait aussi un volet sur les représentations sociales associées aux notions de « fou », de « malade mental » ou de « dépressif ». L'analyse du questionnaire employé souligne la dimension rhétorique et stratégique de l'étude : le Mini possède une conception large des « troubles psychiques », permettant d'avoir une large partie de la population reconnue comme ayant un trouble (une personne sur trois, selon l'étude). De plus, le volet sur les représentations sociales, composé de questions fermées, ne proposait que des réponses négatives ou péjoratives sur les troubles psychiques, permettant ainsi de favoriser l'obtention de résultats allant dans le sens d'une représentation globalement négative adossée aux troubles psychiques. Les données résultant de l'enquête SMPG ont servi au CCOMS à justifier la campagne réalisée lors de toutes les démarches réalisées.

11 Quant à l'INPES, il a également procédé à une étude épidémiologique concernant la dépression, l'étude Anadep. Ici aussi, un questionnaire standardisé a été utilisé pour définir le trouble dépressif, le *Cidi-short form*. Ce questionnaire a permis de faire ressortir une prévalence de la dépression de 5%. De nouveau, il convient de souligner la part d'arbitraire associée à ces études, puisque la prévalence de dépression dépend en partie de l'outil diagnostic utilisé, qui comporte des restrictions plus ou moins importantes concernant la détection d'un épisode dépressif – à titre d'exemple, dans le Baromètre Santé 2005, également réalisé par l'INPES, la prévalence de la dépression était alors de 7,8%. Les résultats de cette étude ont

- été utilisés par l'INPES pour justifier une campagne organisée par l'État – la prévalence de la dépression est d'ailleurs évoquée dans le spot télévisé.
- 12 En outre dans le cas de ces deux campagnes, les résultats fournis par les études épidémiologiques ont ensuite servi de support scientifique pour asseoir la légitimité et la pertinence des campagnes réalisées, en soulignant l'importance de ces problèmes de santé dans la population française. Cela est d'autant plus notable que la définition même des troubles mentaux est un enjeu scientifique en santé mentale, qui ne fait pas consensus entre professionnels, qui engendre différentes interprétations, comme le dénotent d'ailleurs les différences de prévalence selon l'outil diagnostique utilisé dans ce type d'étude – pour la dépression, les prévalences varient globalement entre 5% et 10% – ainsi que l'idée, avancée dans la littérature, selon laquelle ce genre de questionnaire tendrait à surestimer le nombre de dépression en regard de véritables questionnaires cliniques (Morin, 2010). Le choix même de ces outils diagnostiques (*Cidi short form* et Mini) correspond à une conception particulière de la psychiatrie, qui cherche à se remédicaliser, en ne voulant se baser que sur des symptômes établis et « objectifs » pour définir les maladies. Mais ce choix est contesté par certains, à l'exemple de Edouard Zarifian, pour qui les catégories de manuel psychiatriques se sont développées en miroir des découvertes des médicaments psychotropes : ce serait donc en raison de l'efficacité des psychotropes sur tel ou tel symptôme que l'on considérerait ces symptômes comme constitutifs d'un épisode dépressif (Zarifian, 1988). C'est là également le point de vue défendu par un auteur tel que Philippe Pignarre dans son ouvrage consacré à l'essor de la dépression dans le paysage médical (Pignarre, 2001).
- 13 Enfin, si dans le cas de la campagne sida, aucune étude épidémiologique spécifique n'a été réalisée, cela renvoie à l'antériorité de l'inscription du sida dans le domaine de la santé publique (qui ne nécessite donc plus de souligner cette dimension), ainsi qu'au caractère récurrent, voire routinier, de la campagne mise en œuvre par le collectif (une campagne a lieu chaque année aux alentours du 1^{er} décembre, date de la journée mondiale contre le sida).
- 14 Outre ces études épidémiologiques, les protagonistes de la construction des campagnes médiatiques emploient également d'autres arguments à même de souligner la dimension collective de la santé publique. Cela peut renvoyer à d'autres faits de santé constitutifs du trouble premier, comme l'accroissement du risque de suicide chez les personnes dépressives, dix fois supérieur à un non-dépressif, ou le risque d'ostracisme et d'exclusion sociale chez les personnes en proie aux troubles psychiques, qui concourt à renforcer les conséquences délétères des maladies. Mais l'aspect économique est aussi un argument de choix pour souligner l'importance sociétale d'une maladie, dans un contexte où « la santé n'est [...] progressivement plus appréhendée comme une question médicale, mais comme un enjeu politique » (Pailliant, Strappazzon, 2007). Dès lors, puisque « la maîtrise des dépenses est devenu le principal objectif poursuivi par les autorités publiques » (Serré, 2002), toute possibilité de réduire les dépenses superfétatoires est accueillie avec intérêt par l'Etat, adoubant, *ipso facto*, le recours à des campagnes de communication : « il est habituellement plus économique de prévenir la maladie que d'agir sur elle et, dans le travail de prévention, la communication pour la santé est un élément important. La couverture médiatique des risques de santé reste en principe un moyen rentable et efficace pour promouvoir des changements de comportements » (Dahlgren, Sandberg, 2007). Ainsi, l'INPES et le CCOMS ont insisté sur ce point dans leur construction sociale de la santé publique, en soulignant le manque à gagner engendré par ces pathologies : arrêts-maladies pour les troubles psychiques et la dépression, consommation du système de soins supplémentaire pour les dépressifs non pris en charge, etc.
- 15 La construction sociale de la santé publique se prolonge avec l'étape de politisation des faits sociaux. Celle-ci recoupe une autre préoccupation des pouvoirs publics en matière de politique de santé : l'implication d'associations d'usagers, appelés officiellement à devenir un partenaire dans le fonctionnement des services publics (circulaire du 23 février 1989 notamment). Cet « usager » s'impose comme une catégorie de l'action publique dans une perspective de modernisation et de rationalisation de la gestion des services publics, notamment concernant la maîtrise des dépenses de santé : « c'est au moment où la maîtrise des dépenses publiques devient un enjeu politique majeur que la notion d'usager est introduite avec force dans la

rénovation de la gestion des services publics » (Vedelago, 2000). Mais il s'agit aussi d'un enjeu symbolique dont se servent les professionnels de santé et les acteurs du système politique afin de légitimer leurs propres revendications, notamment concernant précisément cette question de la maîtrise des dépenses – *a fortiori*, car il s'agit là d'un « usager » abstrait, convoqué dans les discours et les transformations législatives opérées, et non des usagers « réels », qui ont l'inconvénient majeur de briller par leur diversité.

16 Dans les trois campagnes étudiées, les commanditaires ont ainsi cherché à nouer des alliances et des partenariats avec divers acteurs concernés par la thématique. L'INPES s'est révélé être l'acteur le plus entreprenant en la matière, puisqu'il a sollicité de multiples acteurs sociaux considérés comme experts de la dépression pour rédiger un guide d'information (dont deux représentants d'associations d'usagers), d'autres acteurs pour valider le guide, et a ensuite poursuivi une activité de *lobbying* en rencontrant diverses personnes identifiées comme stratégiques dans le domaine de la santé mentale pour se faire le relais de la campagne, ou du moins éviter de la critiquer. Mais les autres campagnes ne sont pas non plus en reste. Le CCOMS a noué un partenariat avec trois autres associations, considérées comme cruciales pour promouvoir la promotion de la santé mentale et l'intégration des malades dans la Cité : une association de patients, une autre de familles de patients et la dernière d'élus locaux (appelés officiellement à jouer un rôle dans la question des troubles psychiques, avec l'avènement du paradigme de la santé mentale). Il convient toutefois de noter ici que cette alliance était déjà appelée de ses vœux antérieurement par le CCOMS, notamment au travers de rapports de mission remis au ministère de la Santé (Piel, Roelandt, 2001, Roelandt, 2002), correspondant en ce sens à l'activité politique déjà mise en place par cet organisme de recherche et de formation.

17 Enfin, la campagne régionale sida matérialise aussi ces partenariats, puisque le collectif qui en est à l'origine regroupe à la fois des associations d'usagers et des institutionnels représentant les pouvoirs publics.

18 Concernant ces alliances réalisées avec des associations d'usagers, il est à noter que la majeure partie de ces associations ont signifié leur sensation de ne pas voir toujours leur avis pris en compte par les acteurs institutionnels lors de la réalisation des campagnes. Ce point de vue partagé par les acteurs associatifs – qui n'oublie pas, pour autant, de souligner leur satisfaction d'avoir fait partie de ces campagnes – nous renvoie au caractère stratégique de ces alliances, réalisées en partie pour s'inscrire dans les caractéristiques de la gouvernabilité contemporaine et partant, dans les préoccupations du champ socio-politique actuel.

19 A la suite de cette construction sociale de la santé publique, la production de campagnes médiatiques et de messages de santé publique va faire basculer le processus de la dimension collective des maladies à une expression plus individuelle, qui reflète les techniques de gouvernabilité contemporaines.

3. L'individualisation de la santé : la construction du message de santé publique

20 En dépit de la dimension collective inhérente à la mise en exergue de la dimension de santé publique d'une maladie, les messages qui seront produits dans le cadre de campagnes médiatiques ignorent cette dimension, privilégiant alors le seul registre individuel. Pour se comprendre, ce phénomène doit être rapporté à la gouvernabilité contemporaine. En effet, la manière dont est lu l'espace social se caractérise par deux traits principaux : la psychologisation du social et la responsabilisation individuelle. Concernant la responsabilisation, l'action individuelle devient la valeur de référence, avec une « valorisation de l'individu souple, mobile, autonome, indépendant, qui trouve par lui-même ses repères dans l'existence et se réalise par son action personnelle » (Ehrenberg, 1991). L'individu est donc sommé de devenir « l'entrepreneur de sa propre vie » (Ehrenberg, 1991), dans une société valorisant à l'envi la concurrence interindividuelle. Mais, dans le même temps, la culpabilisation individuelle constitue la deuxième face de ce Janus de la responsabilisation. Cela dénote toute l'ambiguïté de ce mythe prométhéen de l'homme moderne, puisque la réussite sociale est simultanément une liberté qui s'offre potentiellement à tous et une norme

pour chacun, avec « l'initiative des individus [qui] passe au premier plan des critères qui mesurent la valeur de la personne » (Ehrenberg, 1998).

21 Le pendant de cette responsabilisation des individus se trouve dans la forme prise par les politiques publiques : responsabiliser les individus revient, corrélativement, à procéder à un traitement particulariste des individus, censé être adapté aux spécificités de chacun, à cette individualisation croissante des êtres sociaux. C'est sous le prisme d'un traitement au cas par cas que se conçoit de plus en plus la prise en charge des individus. Le schème de vision dominant revêt alors la forme d'une sensibilité aux expériences, aux vécus du malheur. En conséquence, une psychologisation du social se met en place, et les années 1990 institutionnalisent ces tendances dans le traitement de la question sociale. En somme, c'est « une conception qui place le sujet et la subjectivité au cœur de l'interprétation » (Fassin, 2004). Cette question de la psychologisation n'est pas indépendante de la thématique sociologique de la psychologisation des rapports sociaux de manière générale, apparue vers le milieu des années 1990 – et dont Elias a été un des précurseurs, dès les années 1970. Elle concerne les transformations des modes de subjectivation, du rapport des individus à la contrainte et à la norme, des modes de gouvernement. Elle s'oppose à une approche que l'on pourrait dire davantage sociologique des problèmes sociaux, où leur cause serait à rechercher dans un certain nombre de caractéristiques sociales. Parler de psychologisation, c'est insinuer que la manière de traiter la réalité se fait sous le prisme d'une grille de lecture psychologique, c'est affirmer que des situations, jusqu'alors présentées comme des problèmes sociaux inscrits dans un cadre socio-historique déterminé, se trouvent transformées en questions psychologiques. Le risque de ce type d'approche consiste alors à naturaliser ces problèmes, en les rapportant à des éléments psychologiques individuels, et donc à des intériorités ; « c'est dissimuler l'arbitraire social et politique qui est à leur principe, en culpabilisant les individus. » (Demailly, in Bresson, 2006).

22 C'est donc sous l'influence de ces techniques de gouvernementalité que se construisent les messages médiatiques de santé publique, avec la diffusion de normes et autres conseils de comportements et d'hygiène de vie, afin que les individus s'approprient ces messages et les appliquent au quotidien : « les institutions tiennent ainsi un discours de la régulation, plutôt qu'un discours d'autorité, faisant en sorte de persuader et de faire croire aux individus que c'est de leur responsabilité, de leur comportement et de leur autocontrôle que dépend le bien-être collectif » (Ollivier-Yaniv, Rinn, 2009). Dans cette mesure, l'un des aspects les plus notables de ce double mouvement de psychologisation et de responsabilisation est la mise sous silence de l'existence de groupes à risque concernant les maladies évoquées. Si leur existence est mise en lumière par les études épidémiologiques, il n'en a jamais été fait état dans les campagnes étudiées, la tendance étant même inverse, avec un discours occultant ces groupes à risque. Le cas de la campagne de l'INPES est, à ce titre, le plus symptomatique : alors que les résultats de l'étude Anadep soulignaient, par exemple, le lien statistiquement avéré entre la probabilité de connaître un épisode dépressif et le fait d'être une femme ou d'être sans emploi (Chan Chee, Beck et al., 2009), le guide d'information et le spot télévisé ne reprenaient pas ces éléments, préférant évoquer une pathologie qui peut toucher tout le monde indistinctement. De même, le guide d'information réalisé dans cette campagne proposait divers témoignages de personnes dépressives ou dont l'un des membres de l'entourage avait connu cette maladie, qui agrémentaient le contenu plus scientifique du document, avec la précision du prénom, de l'âge et de la profession de l'interlocuteur ; or, ces données ont été ajoutées par la suite : si les témoignages étaient bien réels, les précisions socio-démographiques ajoutées étaient, elles, fallacieuses, avec le but avoué de couvrir la plus large gamme possible de situations (en citant aussi bien des hommes que des femmes, des cadres que des ouvriers, etc.). Ce *modus operandi* a été privilégié avec la volonté que toutes les cibles réceptrices puissent s'identifier au message, en diversifiant les situations évoquées – le même stratagème a, par ailleurs, été employé dans les spots radiophoniques, qui brassaient une large gamme de situations (il était ainsi question de l'épisode dépressif traversé par soi-même ou un membre de la famille, avec aussi évocation des collègues de travail ; les quatre spots ont en commun d'être exprimés à

- la première personne du singulier, pour accroître la personnalisation du message et, partant, l'identification par les cibles réceptrices au contenu dudit message).
- 23 Également, la campagne portant sur le sida renvoyait à l'idée d'un risque généralisé, sans tenir compte de l'existence de groupes à risque – prolongeant, en cela, le traitement étatique de cette maladie, notamment sur son versant prophylactique. En effet, le traitement politique du sida par l'État dans le domaine de la santé publique, historiquement, a toujours privilégié cette grille de lecture d'un risque généralisé, et ce dès ses débuts, avec un message centré sur les « jeunes » et les moyens prophylactiques face au sida, comme portée d'entrée privilégiée dans cette thématique ; c'est cet impératif de prévention pour la « jeunesse », donc *a priori* acceptable par tous, qui « justifie la transformation du sida en cause nationale impliquant toute la population : le devoir moral et politique d'alerter les jeunes sur les risques qu'ils courent et leur donner les moyens de s'en prévenir » (Pinell, 2002). Ce type de message permettait également d'éviter de pointer du doigt davantage des groupes sociaux déjà marginalisés ou stigmatisés. Ce cas est d'autant plus intéressant que, dans les associations à l'origine de la campagne, se trouvent représentés à la fois des toxicomanes et des migrants d'Afrique, qui font justement partie des groupes à risque, selon les épidémiologistes, mais qui sont aussi des groupes sociaux souvent stigmatisés lorsqu'il est question de sida. Ainsi, si la composition des commanditaires reflète les groupes à risque identifiés en matière de sida, le message exprimé renonce à cet aspect pour une généralisation du risque. Toutefois, la présence de ces associations dans le collectif régional de prévention sida se comprend aussi en lien avec les intérêts stratégiques de ces associations, en matière de recherche de financements pour assurer leur pérennité ou de reconnaissance politique à un niveau local.
- 24 Par ailleurs, la psychologisation du social se manifeste aussi par l'absence de référence aux paramètres sociaux favorables aux pathologies évoquées : aucune mention n'est faite des conditions socio-économiques propices à l'émergence des phénomènes, alors même que les études démontrent, par exemple, le lien entre précarité et épisode dépressif ou souffrance psychique (Morin, 2010). C'est le cas, par exemple, de l'étude Anadep que nous avons déjà évoquée (Chan Chee, Beck et al., 2009). De même, les résultats épidémiologiques en matière de sida soulignent une hausse de la prévalence de cette maladie chez les catégories de population les plus précarisées (Setbon, 2000). L'obésité est un autre cas de figure où les conditions socio-économiques des individus ont un poids important dans le risque de connaître cette situation, sans qu'il n'en soit pour autant fait mention dans les campagnes sur le sujet. Dès lors, en ne se centrant que sur la seule intériorité des individus, il est possible de faire abstraction des conditions macro-sociales des maladies, ce qui peut se révéler opportun pour ses commanditaires, puisque ce traitement évite de poser la question de la responsabilité politique dans l'émergence des phénomènes – permettant, en quelque sorte, de dédouaner l'État face à ces situations. Le regard se déplace ainsi vers les possibilités des individus pour faire face à ces phénomènes, reléguant au second plan ce qui détermine pourtant en partie le comportement individuel – de cette manière, la campagne sur la dépression enjoint les dépressifs à se faire prendre en charge médicalement, tout en invitant l'entourage à favoriser cette démarche.
- 25 Mais ce déplacement du regard est aussi justifié, selon les commanditaires, par la volonté de ne pas créer d'effets contre-productifs à la suite de la diffusion de ces campagnes. En effet, pendant de la responsabilisation, la culpabilisation des individus est un écueil que les commanditaires cherchent systématiquement à éviter, et qui les conduit à ne pas vouloir désigner spécifiquement un groupe, fut-il à risque : « dans le dispositif du biopouvoir, le malade peut donc très facilement se retrouver dans la peau du déviant : les campagnes de prévention, les tests de surveillance ainsi que les protocoles de soins formatent et normalisent de plus en plus les populations concernées » (Benasayag, 2008). Par exemple, l'INPES ne souhaitait pas que la dépression soit interprétée comme une maladie féminine ou spécifique de certaines situations socio-démographiques, afin de conserver l'idée centrale, pivot des messages délivrés dans cette campagne, que la dépression est une maladie qui peut toucher tout le monde, et le collectif régional de prévention sida voulait déconstruire l'idée que le sida était une maladie touchant spécifiquement les homosexuels, les migrants ou les

toxicomanes, justifiant ainsi leur traitement généraliste. Quant à la campagne du CCOMS, ses commanditaires ont refusé de mettre en scène des personnes malades, par peur des retombées pour ces dernières, et ont privilégié l'emploi des termes « troubles psychiques » dans les messages, car ces termes étaient perçus comme moins sujets au rejet ou à la peur, tout en reconnaissant le flou terminologique et sémantique drainé par ces termes.

- 26 Cette peur des effets contre-productifs des messages diffusés renvoie enfin à l'image des commanditaires qui sera véhiculée au travers de la campagne. En lien avec les luttes symboliques évoquées précédemment, la question du capital symbolique retiré de la mise en place d'une campagne est un aspect non négligeable dans l'esprit des commanditaires, puisqu'elle va peser sur la place qu'ils occupent dans le champ politique de la santé publique, et qu'elle va favoriser également (ou non) la reconnaissance de la vision du monde véhiculée comme vision juste et vraie. Ce n'est pas un hasard si l'INPES s'est révélé être l'acteur le plus prudent en la matière, recourant à des pré-tests pour vérifier la compréhension des divers messages et éléments de la campagne, ou s'il a cherché à savoir, dans les post-tests, si les cibles réceptrices avaient associé la campagne à l'État. Quant au CCOMS, la vision du monde promue a connu une reconnaissance étatique, avec l'obtention du label de « campagne d'intérêt général », qui validait l'approche de la santé mentale promue par cet organisme. Enfin, dans la campagne sida, les représentants des pouvoirs publics, qui finançaient la campagne, ont tenu à ce qu'il y ait un message explicite déconstruisant les préjugés supposés associés à la maladie, pour assurer la réussite de la campagne, alors que les associatifs auraient apprécié une campagne ne faisant que pointer les préjugés, pour susciter l'interrogation chez les cibles réceptrices.

Conclusion

- 27 Comprendre le sens et les déterminants d'un message médiatique de santé publique suppose de l'appréhender à un niveau méso-social, point de rencontre entre les perspectives macro-sociales et micro-sociales qui contribuent simultanément à le façonner. Le message est ainsi modelé par les stratégies d'acteurs sociaux impliqués dans le champ de la santé publique, qui s'emploient à faire exister et à définir une thématique comme appartenant à ce champ, en recourant à divers outils argumentatifs idoines à souligner le caractère sociétal de la maladie considérée : « la santé, entendue comme le rapport sans cesse redéfini du corps physique au corps social, devient objet de politiques en même temps qu'objet politique » (Fassin, 1996). En ce sens, la maladie est ici un construit collectif, considéré en tant que tel, avec des récurrences et des facteurs facilitateurs. Mais, simultanément, la gouvernabilité contemporaine influe également sur la manière de traiter un fait de santé, en fournissant une grille de lecture particulière, une manière spécifique d'administrer les corps. En ce sens, la psychologisation et la responsabilisation favorisent l'individualisation des comportements de santé, conçus à travers l'intériorité des cibles réceptrices, transformant la maladie identifiée de manière collective en une problématique individuelle, détachée des considérations socio-économiques ou historiques qui en sont à l'origine. Partant, ce traitement permet également d'éviter de pointer la part de responsabilité politique des pouvoirs publics dans l'émergence de ces phénomènes.
- 28 En ce sens, la mise en problématique est un moment important de ces campagnes, puisqu'elle permet de basculer de la dimension collective à une perception plus individuelle des phénomènes considérés. Cette réduction des problématiques de santé à une dimension subjective permet d'avoir un discours mieux accepté par le « champ politique », qui constitue la trame d'arrière-fond de ces campagnes. Ce champ politique n'est jamais vraiment absent des stratégies et des discours déployés par les protagonistes de ces campagnes, puisqu'il constitue un autre enjeu justifiant le choix de procéder à ces campagnes de communication. Il peut permettre d'acquiescer une plus grande reconnaissance par le champ politique, une place plus importante, de capter davantage de ressources financières et symboliques, de devenir un interlocuteur obligé de toute politique publique de santé, etc. Ces dernières remarques semblent ainsi s'accorder à cet aphorisme suivant lequel « les hommes se pressent vers la lumière, non pour mieux voir, mais pour mieux briller » (Nietzsche, 1878, éd 2001).

Bibliographie

- BENESAYAG M., *La santé à tout prix. Médecine et biopouvoir*, Bayard, Paris, 2008.
- BERLIVET L., « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in FASSIN D., MEMMI D. (dir.), *Le gouvernement des corps*, éditions EHESS, Paris, 2004.
- BOURDIEU P., *Propos sur le champ politique*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 2000.
- CHAN CHEE C., BECK F., SAPINHO D., GUILBERT P. (dir.), *La dépression en France*. Enquête Anadep 2005, INPES éditions, coll. Etudes santé, St Denis, 2009.
- DAHLGREN P., SANDBERG H., « La construction de l'obésité dans l'espace public suédois », *Questions de communication*, n°11, 2007, pp 33-49.
- DEMAILLY L., « La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique. Le cas de l'intervention sociale », in BRESSON M. (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, L'Harmattan, Paris, 2006.
- EHRENBERG A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998.
- EHRENBERG A., *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991.
- ELIAS N., *La Dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris, 1975.
- FASSIN D., *Faire de la santé publique*, éditions ENSP, Rennes, 2005.
- FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996.
- FOUCAULT M., *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Gallimard/Seuil, Paris, 2004a.
- FOUCAULT M., *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*, Gallimard/Seuil, Paris, 2004b.
- KETTERER F., *Le processus de production publicitaire dans les campagnes médiatiques de santé publique. Entre inspiration socio-politique et expiration médiatique*, thèse de doctorat, Université Lille 1, décembre 2012.
- MATTELART A., *L'internationale publicitaire*, La Découverte, Paris, 1989.
- MORIN T., « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », *Sources et Méthodes (DREES)*, n°9, janvier 2010.
- NIETZSCHE F., *Humain, trop humain*, Hachette, Paris, 2001 (1878 pour la 1^{ère} éd).
- OLIVESI S., « La population. Restitution d'une généalogie », in CHEVALIER Y., LONEUX C., *Foucault à l'œuvre*, Bruxelles, éditions modulaires européennes, 2006.
- OLLIVIER-YANIV C., RINN M. (dir.), *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite ?*, PUG, Grenoble, 2009.
- PAILLIART I., STRAPPAZZON G., « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation », *Questions de communication*, n°11, 2007, pp 17-31.
- PIEL E., ROELANDT JL., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission, juillet 2001.
- PIGNARRE P., *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, Paris, 2001.
- PINELL P. (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, PUF, Paris, 2002.
- ROELANDT JL., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la Cité*, rapport au ministre délégué de la Santé, avril 2002.
- SERRE M., « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, pp 68-79.
- SETBON M., « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, n°41, vol 1, 2000, pp61-78.
- VANDENBERGHE M., *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*, L'Harmattan, Paris, 2002.
- VALARIE P., « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », in FASSIN D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, Paris, 1998.

VEDELAGO F., « L'utilisateur comme atout stratégique du changement dans le système de santé », in CRESSON G., SCHWEYER FX. (dir.), *Les usagers du système de soins*, ENSP, Rennes, 2000.

ZARIFIAN E., *Les jardiniers de la folie*, Odile Jacob, Paris, 1988.

Annexe

Annexe 1 Campagne du CCOMS : « Accepter les différences »

Il s'agit là d'une campagne de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques. Cette campagne a commencé à être diffusée en mars 2005, avec une campagne d'affichage dans les principales villes françaises, ainsi que par le biais d'encarts dans la presse nationale et régionale.

Cette campagne avait pour ambition de sensibiliser la population française à la question de la stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles psychiques. Le projet de cette campagne remonte à 2004, à la suite d'une enquête épidémiologique menée par le CCOMS, l'enquête Santé Mentale en population générale. Cette campagne est signée conjointement par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie (FNAPsy), l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), et l'Association des Maires de France (AMF). Quant à la conception de cette campagne, elle a été assurée par l'agence TBWA\Corporate\Non Profit, branche du groupe de communication parisien TBWA. La campagne a, dans un deuxième temps, bénéficié d'un soutien de l'État, qui lui a attribué le label de « campagne d'intérêt général », permettant au collectif de donner un second souffle à cette campagne, en retouchant l'affiche de la campagne, ainsi qu'en diffusant un spot télévisé.

Les éléments de cette campagne sont disponibles sur le site www.accepterlesdiffrences.com

Le dossier de presse de la campagne est également consultable sur Internet.

Annexe 2. Campagne de l'INPES : « Dépression. En savoir plus pour en sortir »

Cette campagne nationale a été réalisée par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), organisme en charge de mettre en œuvre les campagnes de prévention décidées par l'État, en lien direct avec le ministère de la Santé. Cette campagne constituait la première incursion des pouvoirs publics dans la sphère de la santé mentale – en termes de réalisation de campagnes de santé publique sur ce sujet. En préambule, deux études épidémiologiques ont été menées pour évaluer la prévalence des épisodes dépressifs en France (Baromètre Santé 2005 et Anadep).

Elle a été lancée officiellement le 9 octobre 2007, à l'occasion de la quatrième journée européenne de la dépression. Elle s'inscrit dans le cadre du plan Psychiatrie et Santé mentale, selon ses auteurs. Centrée plus spécifiquement sur la dépression chez l'adulte, cette campagne s'est articulée principalement autour d'un guide d'information et d'un site Internet, supports principaux de cette campagne d'information. Afin de promouvoir ces deux outils, un plan de communication grand média a également été élaboré, avec la diffusion d'un spot télévisé et de quatre spots radiophoniques.

La rédaction du guide d'information a été faite pour partie par des experts invités par l'INPES – psychiatres, psychologues, sociologues, représentants d'associations d'usagers, etc. Quant aux spots télévisés et radiophoniques, ils ont été réalisés par l'agence de communication CLM BBDO.

L'ensemble des éléments de cette campagne est disponible sur le site de l'INPES : www.info-depression.fr

Annexe 3. Campagne annuelle (de 2007) du collectif régional de prévention sida

Cette campagne se différencie des deux précédentes pour plusieurs raisons. En premier lieu, en raison de son objet même, puisque le sida est une thématique inscrite antérieurement dans le domaine de la santé publique, et qui a donné lieu à de multiples campagnes de communication depuis plus d'une vingtaine d'années. Ensuite, ce type de campagne réalisé se reproduit chaque année, au moment de la journée mondiale contre le sida, le 1^{er} décembre. Enfin, cette campagne a été diffusée à un échelon régional, dans le Nord Pas-de-Calais.

Cette campagne a été diffusée en 2007, dans les semaines précédant et suivant le 1^{er} décembre. Elle est signée par un collectif associatif régional, soutenu et financé par des institutions publiques et avait pour thématique centrale la lutte contre les préjugés entourant le sida, le tout sous forme de sept affiches, déclinées également sous le format de cartes postales. Ce collectif associatif régional comprenait les représentants de quatre associations différentes (deux centrées autour de la thématique sida, mais aussi deux autres dont le centre d'intérêt principal n'est pas lié au sida, avec une association de commerçants franco-antillais et une autre de prévention de la consommation de drogues en milieu festif) ; à ce collectif associatif, il convient d'y joindre les quatre institutions ayant financé la campagne : Conseil régional,

Conseil général, DDASS et mairie de Lille. Quant à la réalisation pratique de cette communication, elle a été permise par l'agence de communication Haxakama.

Les affiches de cette campagne sont consultables sur le site www.sidanpdc.org

Pour citer cet article

Référence électronique

Frédéric Ketterer, « La production des campagnes médiatiques de santé publique : une dialectique entre normalisation des comportements collectifs et appel à la responsabilisation individuelle », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], 8 | 2013, mis en ligne le 26 septembre 2013, Consulté le 26 septembre 2013. URL : <http://socio-logos.revues.org/2775>

À propos de l'auteur

Frédéric Ketterer

Sociologue, assistant de recherche (DUMG, Université de Liège), f.ketterer@ulg.ac.be

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

Les campagnes de communication en santé publique se sont systématisées depuis les années 1970. Elles constituent aujourd'hui une action politique à part entière. En nous appuyant sur les données issues de monographies de trois campagnes françaises – deux sur la santé mentale et une troisième concernant le sida –, nous avons analysé leur production, qui fait ressortir l'existence d'une imbrication des dimensions collective et individuelle des faits de santé considérés.

La dimension collective se reflète à travers la « construction sociale de la santé publique » (Fassin, 2005), qui comprend une étape de médicalisation des faits sociaux (transcription d'une pathologie dans le langage du social), et une autre de politisation, qui suppose de multiplier les acteurs intervenant autour de la thématique. Ces deux étapes nécessitent de démontrer le caractère collectif des maladies, à l'aide des outils *ad hoc* – données épidémiologiques, conséquences économiques, etc.

Mais la suite du processus de production de ces campagnes est marquée par un basculement vers la dimension individuelle des comportements de santé. La manière de penser la communication reflète la gouvernamentalité actuelle. Les messages produits cherchent à responsabiliser les cibles réceptrices quant à leurs comportements. Cette responsabilisation individuelle occulte alors l'existence de groupes à risque ; les déterminants sociaux des comportements cèdent le pas face à la psychologisation du social, qui réduit le comportement à la seule responsabilité individuelle.

Les messages médiatiques construits vont alors tenter d'éviter d'associer cette pathologie à un groupe particulier, à la fois pour toucher le plus de monde possible, mais aussi pour ne pas stigmatiser ou culpabiliser une frange particulière de la population. Dès lors, inspirés par la dimension collective des maladies, les messages de santé publique optent cependant pour un traitement médiatique individualisé des comportements de santé.

Production process of media campaigns in public health: dialectics between normalization of collective behaviours and call for individual responsibility

Since the seventies, communication campaigns in public health have become systematic. Today they are considered as full political actions. We analyzed their production based on data

of three monographs of French campaigns – two concerning mental health and a third one on AIDS. This analysis highlighted the existence of an interweaving of collective and individual dimensions of the considered health facts.

The collective dimension appeared through the "social construction of public health" (Fassin, 2005). It comprises a phase of medicalization of social facts (transcription of a pathology in the social language), and another of giving a political dimension to it, which implies multiplying the actors linked to the topic. Both phases require the demonstration of the collective nature of the disease, using *ad hoc* tools - epidemiology, economic consequences, etc.

However the production process of these campaigns is then marked by a shift to the individual dimension of health behaviours. How one considers communication reflects the current governmentality. Delivered messages attempt to empower targets in adapting their behaviour. This individual responsibility hides then the existence of risk groups; the social determinants of behaviours give way to the psychologising of social that reduces behaviour to the only individual responsibility.

The produced media messages will then try to avoid associating a disease to a particular group, in order to reach as many people as possible, but also not to blame or stigmatize a particular part of the population. Therefore, inspired by the collective dimension of disease, public health messages, however, choose individual media process of health behaviours.