



**Campagnes  
de prévention :  
au cœur  
de l'évaluation**

**Anne Le Penne**

Ne paraît pas en août  
Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623  
Numéro d'agrément : P401139  
Éditeur responsable : Jean Hermesse,  
chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40,  
1031 Bruxelles.  
Crédit photo : Collection et photo Louis Brabant



## Edito Attitude zen

Christian De Bock, rédacteur en chef

### Une campagne récente de promotion de la santé des jeunes a suscité un tollé quasi général, cela ne vous aura pas échappé.

**Fadila Laanan**, Ministre de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, soucieuse de sensibiliser les 15-25 ans sur des sujets aussi essentiels que l'absence d'exercice physique, le tabagisme et la malbouffe, a pris le risque de choisir un *'ton humoristique, provocateur et légèrement caricatural'* selon ses propres dires pour attirer l'attention de la cible. Le premier des trois spots à être diffusé comparait un mangeur de pommes mince<sup>1</sup> appelé à devenir le patron d'une grande société informatique à un bouffeur de chips obèse voué à l'échec dans sa future vie

professionnelle comme sentimentale. Le caractère normatif et stigmatisant du spot est à ce point évident que les concepteurs de la campagne, dont le réalisateur **Nabil Ben Yadir** (le cinéaste des *'Barons'*) ont dû imaginer que le public n'y verrait pas malice. Erreur fatale, manifestement, l'humour au second ou troisième degré est très délicat à manipuler dans un message publicitaire télévisuel de grande audience. Nous avons eu l'occasion de voir les 3 spots et aussi une fausse bande-annonce pour un blockbuster hollywoodien sur le sujet, encore

plus déjantée que les spots. Ce n'est pas de très bon goût, sans doute, mais qu'est-ce que le bon ou mauvais goût ? La véritable obscénité est-elle dans une campagne de prévention maladroite<sup>2</sup> qui a sans doute blessé certaines personnes et choqué bon nombre de professionnels de santé adultes ? N'est-elle pas plutôt dans la 'pornographie publicitaire' des firmes agro-alimentaires qui nous matraquent à longueur d'années avec leurs réclames écœurantes pour des aliments souvent peu favorables à notre équilibre alimentaire quotidien ?

<sup>1</sup> Allusion transparente à **Steve Jobs**, bien sûr, le charismatique patron de Apple décédé récemment, dont on pourrait dire aujourd'hui malheureusement pour lui 'An apple a day keeps the doctor away forever...' (merci à Muriel D.)

<sup>2</sup> Peut-être la Ministre de la Santé aurait-elle dû zapper les télévisions publiques et privées pour jouer exclusivement la carte du marketing social viral par le net, assez efficace auprès des jeunes et qui permet plus d'audace dans la création ?

## Initiatives

### Interdire ou organiser la prostitution ?

#### Deuxième partie – Le débat 'abolition' ou 'gestion' Quels sont les courants de pensée qui s'affrontent ?

**Chantal Leva**, Directrice du Centre liégeois de promotion de la santé, membre du Conseil d'administration d'Isatis<sup>1</sup> et **Michèle Villain**, Coordinatrice d'Icar<sup>2</sup>, Présidente d'Isatis

**Dans notre premier article, nous avons traité l'aspect historique et juridique du phénomène, et cherché à démonter les idées reçues les plus répandues à son sujet. Nous nous intéresserons dans ce deuxième texte au débat entre partisans de l'abolition de la prostitution et ceux qui, comme nous, plaident pour une gestion 'humaine' du phénomène.**

Certains sujets de réflexion occupent parfois les esprits et les consciences humaines de manière quasi infinie et reviennent de façon endémique. Il est des débats qui divisent âprement, entre eux, les intellectuels, les politiques, les gens de terrain, les personnes

concernées et, en particulier dans le cas de la prostitution, les féministes. Comme le voile islamique – et comme, en général, toutes les questions qui touchent au corps des femmes et à son rôle dans la sexualité masculine – la prostitution est un

sujet de discordance au sein du mouvement féministe. Selon les unes, en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle et grâce aux acquis de la libération sexuelle et individuelle, la prostitution ne pose pas de problème en soi. Elle peut donc être

<sup>1</sup> Initiative sociale d'aide aux travailleurs indépendants du sexe.

<sup>2</sup> Association liégeoise de prévention, de suivi médical et de travail de rue auprès des personnes en lien avec la prostitution. Internet : <http://www.icar-wallonie.be>

considérée comme une offre de service, un métier comme un autre. Le projet de création du centre de prostitution à Liège est un bon exemple de cette tendance. Selon les autres, la prostitution est une domination sexuelle et économique des hommes sur les femmes. L'objectif à long terme qu'elles ont en ligne de mire est la disparition de la prostitution dans la mesure où elle n'est pas un choix libre et épanouissant.

Certain(e)s rêvent donc d'un monde sans prostitution. Un monde où les chemins de l'amour et de l'argent ne se croiseraient jamais, un monde d'où la sexualité vénale serait bannie, un monde où les relations sexuelles seraient toujours un moment de désir partagé. Ce rêve, ils veulent le voir proclamé solennellement dans les textes de loi.

Pourquoi ne pas s'inspirer du dispositif répressif mis en place en 1999 par la Suède, le premier pays au monde à infliger des amendes et des peines de prison aux clients des prostituées ? plaident aujourd'hui ces féministes. Considérant la personne prostituée comme une esclave des temps modernes, la loi suédoise baptisée « la paix des dames », entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999, est fondée sur le principe de l'égalité entre hommes et femmes. Cette loi protège les prostituées et pénalise le client. Leur raisonnement est simple : sans clients, pas de prostitution... À ce sujet, **Anne-Marie Lizin** lors d'un débat ouvert entre partisans et adversaires de la reconnaissance de la prostitution affirme : « *Devant toute proposition de légalisation, je ne pourrai que combattre. Le fait de pénaliser le client doit être considéré comme un élément supplémentaire dans l'optique de réduire la prostitution. (...) Il faudrait utiliser tous les moyens de dissuasion afin d'organiser moins d'accessibilité...* »<sup>3</sup>.

## Une thèse ancienne

Ce rêve d'un monde libéré de toute sexualité vénale s'inscrit dans une longue tradition.



Photo © Isopix

Dans les années 1870, une féministe anglaise, **Josephine Butler**<sup>4</sup>, avait lancé une véritable offensive contre les maisons closes, qui encourageaient, selon elle, le « *vice sexuel* ». Quelques années plus tard, en 1877, la Fédération abolitionniste internationale annonçait son intention de « *combattre le fléau social de la prostitution, et spécialement de l'attaquer sous toutes les formes par lesquelles il revêt le caractère d'une institution légale et officiellement tolérée* ».

**Selon les unes, en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle et grâce aux acquis de la libération sexuelle et individuelle, la prostitution ne pose pas de problème en soi. Elle peut donc être considérée comme une offre de service, un métier comme un autre.**

**Catherine François**<sup>5</sup>, également féministe, dans son livre « *Sexe, prostitution et contes de fées* » définit cette période comme étant « *une triste époque où les féministes issues des classes supérieures imposèrent une morale sexuelle qui sévit toujours aujourd'hui* ».

Pour elle, ce courant est né dans l'Angleterre victorienne où Josephine Butler, par charité chrétienne, s'est emparée du sort des putains afin de contraindre les femmes à la pureté en dehors des liens du mariage dans un souci de civilisation du peuple.

**Anne Chemin**, dans un article publié dans *Le Monde*<sup>6</sup>, démontre que la détermination des féministes est aussi ferme aujourd'hui mais que les arguments ont changé : celles du XIX<sup>e</sup> siècle invoquaient avec passion la morale et l'hygiène, celles du XX<sup>e</sup> siècle s'attardaient sur la misère sociale, celles du XXI<sup>e</sup> siècle brandissent l'arme politique de l'égalité hommes-femmes et de la dignité humaine. En décembre 2011, les Femmes prévoyantes socialistes lors d'un colloque international intitulé « *Prostitution et faux semblants*<sup>7</sup> » réaffirment que « *La prostitution n'est que la survivance, et une des formes les plus brutales, d'un rapport de domination des hommes sur les femmes, qui s'apparente à une forme d'esclavage* ».

## Le « plus vieux métier du monde », un « mal nécessaire »

Ces deux expressions ont, pour les Femmes prévoyantes socialistes, le tort de normaliser le phénomène, de sous-entendre en quelque sorte qu'il serait inhérent à la nature humaine, partout et de tout temps, et qu'il faudrait donc en prendre son parti. Elles considèrent que la transaction entre prostituée et client implique la négation de la qualité du sujet de la personne prostituée, qui renonce à son propre désir et à la liberté de disposer de son corps pendant le temps nécessaire. Pour elles, ce qui est acheté, ce n'est pas seulement son activité, sa compétence, comme ça se passe dans le travail salarié : c'est bien son corps qui fait l'objet de la transaction, c'est-à-dire sa personne elle-même. Le paiement fait donc de cette personne un objet de consommation. La Commission communale consultative « Femmes et ville<sup>8</sup> », mandatée pour remettre des avis sur les projets de la Ville de Liège en

<sup>3</sup> Lemaire J.Ch. La prostitution Pour ou contre la législation ? Bruxelles : Espace de Libertés, 2004.145 p. (La pensée et les hommes, 54). ISBN : 2-930001-54-2

<sup>4</sup> Josephine Elizabeth Butler (1828-1906) est une militante féministe anglaise. Son combat fut un modèle pour tous les mouvements abolitionnistes européens, regroupés en 1902 au sein de la Fédération abolitionniste internationale.

<sup>5</sup> François C. Sexe, prostitution et contes de fées. Liège : Luc Pire, 2011. 153p. ISBN : 978-2-87542-007-7

<sup>6</sup> Chemin A. La prostitution hors la loi ? Paris : Le Monde, 2011.

<sup>7</sup> Université des femmes. Prostitution et faux semblants. Colloque international. Bruxelles 2011. Disponible à partir de [www.universitedesfemmes.be](http://www.universitedesfemmes.be)

<sup>8</sup> Commission communale consultative « Femmes et Ville ». Ville de Liège. Mai 2011.

veillant à ce qu'ils réduisent les inégalités entre femmes et hommes, va dans le même sens. Elle a remis un avis négatif concernant l'ouverture d'un Eros center à Liège.

Une des raisons évoquée est que « l'approche de réduction des risques liés à la prostitution n'est pas la bonne perspective car elle s'attaque aux conséquences et non aux causes de la prostitution. Si une telle approche s'avère efficace pour les problèmes de dépendance à une substance, elle n'est pas adaptée et clairement insuffisante concernant la prostitution. En effet, ce ne sont plus les personnes qui consomment qui sont visées mais les personnes prostituées qui sont le produit consommé par un client. De plus, cette approche n'envisage pas la sortie de la prostitution et réduit son intervention à la lutte contre les MST, elle ne prend pas non plus en considération les clients. »

Mais pour d'autres, qui sommes-nous pour juger de la capacité à s'assumer ou de la crédibilité d'un choix que les personnes prostituées revendiquent ouvertement ?

## La prostitution peut-elle s'exercer de manière 'humaniste' ?

Évidemment, les 'passes' à la chaîne telles que les évoque la chanson de Jacques Brel au début de notre texte, c'est inacceptable, choquant, contraire à la dignité humaine, pour les deux parties ! Pour dire les choses crûment, ces femmes ne sont plus des femmes, mais des machines à traire, humiliées jusque dans leurs tripes. Les hommes ne sont plus des hommes, mais des animaux en rut, honteux et frustrés. Il n'y a pas que les féministes qui s'offusquent de cette exploitation. Car, si la législation belge interdit le proxénétisme, elle condamne encore plus lourdement la traite des êtres humains, qui en est une forme aggravée. Il s'agit de réseaux mafieux, ayant le plus souvent des ramifications à l'étranger, qui attirent des jeunes femmes naïves désireuses de tenter de trouver en Europe occidentale une vie meilleure.

Toujours ignorantes des projets de prostitution qui les attendent, elles sont attirées avec des promesses de travail de

« Tout nu dans ma serviette qui me servait de pagne  
J'avais le rouge au front et le savon à la main  
Au suivant, au suivant  
J'avais juste vingt ans et nous étions cent vingt  
À être le suivant de celui qu'on suivait  
Au suivant, au suivant  
J'avais juste vingt ans et je me déniaisais  
Au bordel ambulante d'une armée en campagne  
Au suivant, au suivant »

(Jacques Brel, *Au suivant*)

serveuses, de jeunes filles au pair, ou – un peu plus proche de la réalité – de danseuses de charme. Parfois elles sont séduites et invitées à suivre leur « prince charmant ». Elles viennent d'Afrique de l'Ouest ou d'Europe de l'Est, et voyagent avec des papiers incertains qui leur sont retirés une fois sur place. Les trafiquants menacent de se venger sur leur famille restée au pays si elles n'obéissent pas à toutes leurs exigences. Les conditions de vie et de travail sont sordides. La police est très motivée à démanteler ces réseaux et offre impunité et protection à celles qui dénoncent leur souteneur. Mais le chantage sur la famille et la honte de leur propre déchéance freinent les dénonciations.

**Selon les autres, la prostitution est une domination sexuelle et économique des hommes sur les femmes. L'objectif à long terme qu'elles ont en ligne de mire est la disparition de la prostitution dans la mesure où elle n'est pas un choix libre et épanouissant.**

## Sexe tarifé et handicap

À l'opposé, dans l'éventail des variantes du sexe tarifé, on trouve les assistant(e)s sexuel(le)s. Il s'agit de personnes qui ont choisi librement et de leur plein gré de répondre aux besoins sexuels de personnes handicapées incapables d'assouvir leurs désirs légitimes dans un contexte normal.

Il existe, en Suisse et en Hollande notamment, des volontaires qui rencontrent occasionnellement de telles demandes. Cette fonction d'assistant sexuel n'est

pas vécue comme honteuse, si on se fie aux reportages télévisés sur le sujet, mais plutôt comme une aide offerte à une personne diminuée physiquement. Les assistants sexuels rencontrés sont des femmes et des hommes intelligents, mûrs, équilibrés, et bien intégrés sur le plan social. Ils n'en font pas une profession, mais une activité occasionnelle qui ne semble pas perturber une vie familiale apparemment normale. Concrètement,

il s'agit le plus souvent de caresses et de masturbation de personnes parfois incapables de se caresser elles-mêmes. La prestation est payante afin que la relation soit claire : il ne s'agit pas d'une relation d'amour mais d'une prestation professionnelle. Les handicapés qui bénéficient de ces services disent en retirer une grande satisfaction. Il n'est peut-être pas anodin que ces services existent en Hollande et en Suisse, deux pays de tradition protestante. Au contraire du catholicisme, le protestantisme a toujours été moins puritain. Dans cet esprit, les concepteurs du centre Isatis veulent réserver quelques salons avec accès facile pour les handicapés. Certaines prostituées liégeoises répondent déjà favorablement aux demandes particulières de personnes à mobilité réduite. Dans certains cas, ce sont les parents du jeune homme qui l'amènent, parfois ce sont des copains. Le tabou qui entoure la fréquentation des prostituées s'estompe fort quand il s'agit de personnes « différentes ». La relation devient plus humaine, plus gentille de prime abord. La compassion adoucit une image a priori négative.

## Un remède à l'ultra-moderne solitude'

Et si c'était le modèle à suivre dans les relations de prostitution ? Si la peur et la honte disparaissaient ? Si la bienveillance et le respect mutuels réunissaient les deux partenaires de cette transaction particulière ? Un puceau timide n'est pas moins handicapé dans ce domaine qu'un homme paralysé. La détresse sexuelle et la solitude affective sont partout dans nos villes. À Liège, plus d'un ménage sur deux est un ménage d'une personne. La prostitution est la dernière solution

quand il n'y en a pas d'autre. Pour la prostituée aussi, souvent, la prostitution est la dernière solution quand il n'y en a pas d'autre. On peut rêver d'un contexte social ou économique où personne n'aurait besoin de se prostituer. Qu'advierait-il alors des clients ? Quelle serait la réponse à la détresse des hommes en manque de femmes (ou en manque d'hommes) ?

« *Moi, j'aurais bien voulu un peu plus de tendresse, ou alors un sourire, ou bien prendre le temps...* »

Toutes les prostituées expérimentées ont vécu le cas de clients qui ne demandaient pas de sexe, mais seulement un peu de tendresse. Parfois simplement parler à quelqu'un qui écoute... C'est émouvant d'entendre raconter qu'un certain client ne demande qu'une chose : qu'on lui caresse le visage en le regardant. Les putains sont souvent aussi des mamans de substitution. « *C'est l'ultra-moderne solitude* », comme le chantait Alain Souchon.

Soyons réaliste. Il ne faut pas rêver en couleurs. La majorité des clients viennent pour des prestations sexuelles, souvent les mêmes. Parfois des demandes extravagantes... qui ne font pas de mal. Du fétichisme vestimentaire par exemple. Parfois aussi des demandes choquantes, avilissantes, que la prostituée est libre d'accepter ou non, mais qu'il sera plus facile de refuser dans un cadre structuré comme le centre Isatis. Car c'est aussi un des buts d'une telle structure que d'appliquer un code de déontologie et un règlement d'ordre intérieur rédigés ensemble par les gestionnaires et les locataires du centre. Comme dit précédemment, le lobby féministe souhaite pénaliser les clients. Cette proposition n'est-elle pas irréaliste ? Les services de police ont déjà trop de travail avec le maintien de la paix et de la sécurité publique pour aller se préoccuper d'une réalité quand il n'y a pas de plainte. Vu le nombre de prostituées en région liégeoise, les clients sont des milliers. Pourquoi en attraper quelques-uns au hasard... et puis amener au domicile une convocation de police à une épouse médusée ? N'est-ce pas une revendication symbolique qui n'a aucune chance d'être



Photo © Isopix

appliquée ? De plus, un tel règlement communal ou une loi fédérale aurait pour conséquence immédiate de diminuer l'offre visible et d'augmenter la clandestinité. Ce qui n'est pas le but recherché. Quand on demande l'impossible, on ne l'obtient pas, mais n'entrave-t-on pas les améliorations possibles ?

Pour nous, le véritable enjeu de la gestion de la prostitution dans une ville comme Liège, outre le souci premier de sécurité et d'hygiène, c'est l'humanisation de la fonction. Il est certain que, dans un environnement glauque comme la rue Marnix à Seraing<sup>9</sup>, on ne peut pas espérer des relations positives et épanouissantes. Le cadre physique et l'encadrement structurel envisagé peuvent contribuer à créer un climat plus respectueux et de bien-être pour les deux parties. Après tout, le client vient là pour se faire plaisir. Et la personne prostituée pourra retrouver une certaine estime de soi. Car la honte accompagne la prostitution. Il est plus facile à un gamin de dire à ses copains que son père ou sa mère est en prison ou se drogue, que de déclarer que sa mère se prostitue.

Évidemment, dans le monde des Bisounours et les livres de Martine, la prostitution n'existe pas. On ne part pas d'une page blanche, mais d'une réalité installée qu'on ne peut pas supprimer d'un coup de baguette magique. Il ne suffit pas d'interdire, il faut aussi faire appliquer. Le projet Isatis est à la prostitution ce que la

méthadone est à l'héroïne : une solution du moindre mal. Ce n'est pas pour banaliser la drogue qu'on distribue de la méthadone. Ce n'est pas pour faire la publicité de l'avortement qu'on l'a dépenalisé. Le but d'Isatis est de rendre meilleure la vie de ceux qui sont concernés par la prostitution, des deux côtés de la relation.

Des pays comme l'Espagne et la Suisse ont dépenalisé le proxénétisme. C'est-à-dire qu'on peut librement y ouvrir des agences de call-girls ou d'escort, mais aussi des lupanars et des bordels très organisés qui ont pour seul but la rentabilité financière, sans souci de l'humain ni scrupule moral. C'est probablement l'évolution prévisible d'un monde avec de moins en moins de frontières.

Un reportage télévisé récent montrait une sorte de discothèque en Espagne, près des Pyrénées, à destination surtout d'un public français, un établissement immense, avec des bars partout, et une centaine de filles très belles, habillées comme au Crazy Horse, y compris maquillage et perruque, qui invitaient tour à tour les hommes à monter dans les cabines de l'étage, pour une passe de quelques minutes. Ces poupées gonflables étaient presque virtuelles. À les voir, on regretterait les filles de joie à l'ancienne, si vivantes et vulgaires, mais tellement humaines. « *Atmosphère, atmosphère, est-ce que j'ai une gueule d'atmosphère ?* »

## Conclusion

Le sujet évoqué dans cet article touche forcément chacun de nous dans ses tripes, son éducation, sa culture, son vécu... Il nous renvoie à nos propres peurs, à notre propre sexualité, à nos contradictions... et à des valeurs sociétales marquées par les traditions, les notions de bien et de mal... Les avis qui le concernent sont souvent catégoriques, dans un sens ou dans l'autre. *Le terme de prostitution recouvre toute une symbolique, un univers complexe et a des acceptions diverses. Sans chercher à être neutres, nous venons d'en aborder quelques aspects. Dans notre troisième et dernier article, nous aborderons de façon plus concrète le projet liégeois d'Eros Center.*

<sup>9</sup> Nous y reviendrons dans notre dernier article.

# Arrêter de fumer, c'est possible

Christian De Bock

**Le 23 mars dernier, les Femmes prévoyantes socialistes organisaient une matinée d'études sur le thème 'Le tabagisme : prévenir, sensibiliser, accompagner'.**

Bien annoncée, bien préparée, animée par quatre intervenants aux approches intéressantes et complémentaires, cette matinée a mobilisé un public malheureusement très peu nombreux. Comme si la question du tabac était devenue secondaire après quelques années de diminution plus ou moins régulière du nombre des fumeurs et après quelques mesures législatives diminuant la visibilité de la cigarette dans les lieux publics. Pourtant, le tabagisme reste aujourd'hui encore la cause de mortalité évitable à laquelle notre pays paie le plus lourd tribut.



programme 'Naître et grandir sans tabac' et par **Pierre Nys**, médecin généraliste et tabacologue, référent 'tabac' à la Société scientifique de médecine générale, qui expliqua de façon concrète l'aide que le médecin de famille peut apporter à un patient qui est mûr pour arrêter. Il souligna le fait positif que la relation au long cours avec son patient offre un contexte d'intervention favorable au médecin, mais aussi que seulement 5 % des généralistes proposent spontanément à leurs patients fumeurs de tenter le sevrage.

**Martial Bodo**, psychologue-tabacologue à l'Institut Bordet nous montra de façon très vivante qu'arrêter est possible, improvisant sa démonstration avec beaucoup d'à propos en rebondissant sur le témoignage dans

la salle d'une grosse fumeuse très bavarde qui l'interrompait plus souvent qu'à son tour. On aurait presque cru qu'il s'agissait d'une comparse dont les propos visaient à renforcer les arguments du conférencier ! Pour terminer, **Régine Colot** (psychologue-tabacologue, pour changer, mais à la Fondation contre le cancer cette fois), nous entretint de l'efficacité des campagnes de prévention, en faisant un détour historique par les publicités d'antan en faveur des produits du tabac. Elle présenta entre autres la ligne *Tabacstop*, très fréquentée lorsqu'elle peut bénéficier de spots publicitaires, en n'omettant pas de nous rappeler que l'important n'est pas le nombre des appelants mais la qualité des contacts avec les répondants de la ligne (voir aussi son article 'La ligne Tabacstop', paru dans le n° 271 d'Éducation Santé en octobre 2011). À noter enfin, dans la farde des participants, une plaquette reprenant une sélection judicieuse d'outils pédagogiques et autres références en lien avec le sujet, proposée par l'*Outilthèque Santé*.

**'Il y a 20 ans, la seule technique d'aide au sevrage sur le marché était la technique taka – T'as qu'à arrêter de fumer. Heureusement, cela a bien changé aujourd'hui.'**  
(Martial Bodo)

Pour les absents qui ont eu tort donc, les questions suivantes ont été abordées : comment sensibiliser aux dangers du tabagisme ? Qu'est-ce qu'une prévention efficace ? Quel coût pour la société ? Comment devient-on dépendant ? Quels sont les outils mis à la disposition des patients et des médecins ? Quels sont les risques propres aux femmes ? Comment aider et accompagner au mieux les patients ?

Les réponses nous ont été apportées par **Bérengère Janssen**, psychologue et tabacologue au FARES asbl, qui décrit le



Photo © Fotolia

## Pilule et tabac, un dangereux mélange

D'après un texte de **Céline Orban**, chargée d'études aux Femmes prévoyantes socialistes

Le tabac, c'est mauvais pour la santé. On ne vous apprend rien ! Mais, sans vouloir créer la psychose générale, certains de ses effets semblent encore largement

méconnus du public. Le tabac combiné à la pilule... c'est sur ce mélange sulfureux que nous allons nous pencher. Est-il nocif ? Dans quelle mesure ? Avec quel(s) type(s)

de contraception ? À tout âge ? Pour répondre à ces questions, nous aborderons la question du tabagisme féminin, celle de la contraception et enfin les risques liés au mélange tabac-pilule. En tant qu'association féministe active dans le domaine de la santé, cette analyse s'inscrit donc pleinement dans nos actions.

## Le tabac et les femmes

Historiquement, le tabac s'est diffusé parmi les classes aisées et les hommes avant de s'étendre aux autres catégories de population (Robert<sup>1</sup>). Fumer était alors réservé à l'élite, aux privilégiés. Nous en sommes loin aujourd'hui. Fini la discrimination, la cigarette a pris ses quartiers dans toutes les catégories sociales et sexuelles, pauvres, riches, hommes, femmes, jeunes et moins jeunes confondus. La tendance se serait même inversée : les classes populaires fumeraient davantage aujourd'hui.

Les femmes ont très vite été la cible de l'industrie du tabac (Gallopel-Morvan<sup>2</sup>). Son message ? Une femme émancipée est une femme qui fume. Dans les années 70, la marque *Virginia Slim* affichait ainsi : « *You've come a long way, baby*<sup>3</sup> ». Autre argument souvent invoqué, l'impératif de minceur. La publicité a longtemps surfé sur cette vague, lançant des slogans tels que : « *Reach for a Lucky instead of a sweet*<sup>4</sup> », mais également en proposant des cigarettes ressemblant à des asperges, très longues et très fines. Revêtant des significations différentes selon les sexes, le genre semble donc particulièrement pertinent pour appréhender le tabagisme.

## La contraception et les femmes

Si la cigarette est un des symboles de l'émancipation des femmes, la pilule contraceptive en est l'emblème par



Photo © Fotolia

excellence. Avec le contrôle de leur fécondité, les femmes acquièrent un meilleur contrôle de leur corps et donc un meilleur contrôle de leur vie. L'accès aux études et à l'emploi sera ainsi favorisé (Dujardin<sup>5</sup>).

Actuellement, la pilule est le principal moyen de contraception utilisé en Belgique. Selon une étude menée par la mutualité socialiste<sup>6</sup>, 38 % des 14-19 ans recourent à la pilule contraceptive, 78 % des 20-29 ans, 56 % des 30-39 ans et 45 % des 40-55 ans.

## La pilule et le tabac

Si l'idée fait débat, une enquête réalisée par le CREDES<sup>7</sup> en France affirme qu'il existerait « *une communauté de typologie entre le fait de prendre la pilule et le fait de fumer*<sup>8</sup> » : celles qui prennent la pilule fumeraient davantage que les autres. Il s'agirait dans les deux cas, comme souligné précédemment, d'une affirmation de liberté et d'émancipation. Ainsi les fumeuses représentent (en France) 35 % des femmes qui prennent la pilule, alors qu'elles ne représentent que 25 % de la population de la même tranche d'âge et que 20 % de celles qui ont recours à un autre moyen contraceptif.

Les effets nocifs du tabac sont bien connus : risques de cancers des poumons, de la gorge, problèmes respiratoires,

maladies cardio-vasculaires. Le tabac entraîne également des risques de coagulation du sang, ce qui provoque phlébites et thromboses. La pilule combinée<sup>9</sup>, quant à elle, à cause de l'œstrogène présent, tend à élever la tension et à modifier le profil lipidique du sang : il devient plus

« visqueux ». L'œstrogène expose donc à la formation de caillots dans les veines. Lorsqu'un de ces caillots obstrue une veine et y reste coincé, on appelle cela une phlébite. Les phlébites les plus fréquentes se forment dans les veines profondes des mollets. Elles provoquent une douleur et un gonflement du mollet, mais ne sont pas vraiment dangereuses en soi. En revanche, si le caillot se déplace, il peut aller obstruer une artère pulmonaire – c'est ce qu'on appelle une embolie pulmonaire. Il est établi que l'association tabac-pilule accroît la possibilité de thromboses pouvant déboucher sur une phlébite voire une embolie. Notons que ces dangers concernent principalement les femmes fumeuses de plus de 35 ans ou qui fument depuis plus de 15 ans car leurs vaisseaux sanguins ont alors eu le temps d'être abîmés par le vieillissement et la consommation de tabac. D'après Martin Winckler<sup>10</sup>, médecin et auteur de nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique, « *la consommation de tabac est donc une contre-indication absolue à la prise d'une pilule combinée [...] Mais seulement à partir de l'âge de trente-cinq ans !* »

Alors que faire ? Une recommandation proposée est d'utiliser une autre méthode contraceptive : pilule progestative ou DIU<sup>11</sup> étant donné que les problèmes proviennent

<sup>1</sup> Robert Michaël, 2009, 'Sociologie du tabagisme féminin', analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes.

<sup>2</sup> Gallopel-Morvan Karine, « Les femmes, cibles marketing de l'industrie du tabac ».

<sup>3</sup> « Tu en as fait du chemin, chérie. »

<sup>4</sup> « Prenez une Lucky (Strike) plutôt qu'un bonbon. »

<sup>5</sup> Dujardin Pauline, 2010, « La contraception : quelle(s) révolution(s) ? », analyse des Femmes prévoyantes socialistes.

<sup>6</sup> <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/9DA7FA52-9599-4F74-849C-15EBA22D23E7/0/enquetecontraceptionv2low.pdf>, site consulté le 09 février 2012.

<sup>7</sup> Le CREDES est le Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé

<sup>8</sup> [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=847](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=847)

<sup>9</sup> L'anneau vaginal et le patch sont également concernés dans la mesure où ils contiennent aussi des progestatifs et des œstrogènes.

<sup>10</sup> Voir notamment Winckler Martin, *Contraceptions : mode d'emploi*, J'ai Lu, 2007 ; Winckler Martin, *Choisir sa contraception*, Fleurus, 2007. Pour aller plus loin : VIDAL, BURKMAN RT, "Cardiovascular issues with oral contracepted evidenced-base medicine". *Int : fertil womens med* 2000 45 : 166-74.

<sup>11</sup> DIU pour dispositif intra-utérin plus communément appelé « stérilet »

de la présence d'œstrogènes. Mais ne nous méprenons pas : si l'association tabac-pilule est dangereuse à partir d'un certain âge, il ne s'agit pas de dire qu'il faille pour autant arrêter la pilule. Elle présente en effet l'énorme avantage de permettre aux femmes de gérer leur sexualité, tandis que le tabac n'en présente aucun !

### **Tabac-pilule : qu'en savent les jeunes ?**

Une enquête menée par **Nathalie Lambert**<sup>12</sup> a montré que les jeunes filles ignorent les « dangers » liés à cette

combinaison. Sur 43 filles interrogées, 32 se disent non-informées soit les trois-quarts d'entre elles. Une visite rapide sur le net suffit à démontrer le manque de connaissances des adolescentes à ce sujet. Sur un forum santé qui reprend les idées reçues à propos de la pilule, nous pouvons notamment lire : « *Cigarette et pilule : ce n'est pas aussi dangereux qu'on le dit*<sup>13</sup>. » Éloquente démonstration d'une idée fautive largement répandue ! Et ce n'est qu'un exemple... Plus globalement, les risques du tabac sont sous-estimés par les jeunes. Comme l'explique **Laurie**

**Chitussi**<sup>14</sup>, « *le jeune adolescent présente un processus de décision suboptimal, c'est-à-dire cognitivement orienté vers le présent. Il tient peu compte des conséquences à long terme, mais plutôt des bénéfices immédiats.* »

En ce sens, une meilleure information et sensibilisation est nécessaire ! Et pourquoi pas lors de cours d'éducation à la vie sexuelle et affective pour les plus jeunes ? Lors des consultations chez les gynécologues ? Ou encore directement sur les paquets de cigarettes ?

<sup>12</sup> Nathalie Lambert, « Tabac et pilule : il n'est jamais trop tôt pour s'informer », Mémoire rédigé pour l'obtention du certificat en tabacologie, ULg, 2005-2006.

<sup>13</sup> Sur <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/contraception/articles/6005-pilule-contraceptive-idees-recues-02.htm>. Petit avertissement : Doctissimo est un forum santé très populaire auprès du grand public, mais ne peut être consulté pour des avis médicaux et/ou scientifiques.

<sup>14</sup> Laurie Chitussi, « Adolescents et tabagisme : mieux comprendre pour mieux intervenir », Mémoire réalisé dans le cadre de la formation continuée en tabacologie coordonnée par le FARES, 2005-2006.

## Stratégie

# Réforme du dispositif des politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles

## Réflexions du Conseil supérieur de promotion de la santé

Chantal Leva, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

**Ce texte est le fruit d'une réflexion entamée par le Conseil en octobre 2011. Son objectif est de pointer les éléments fondamentaux qui devraient être pris en compte dans la réforme du dispositif des politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.**

Cet avis d'initiative soutient les réflexions du Comité de Liaison<sup>1</sup> mis en place par le Conseil à la demande de Madame la Ministre en novembre 2011. Ce Comité de liaison est une délégation du Conseil qui accompagne l'écriture du code de la santé entrepris par la Ministre.

### **Préalables**

Le Conseil soutient l'intérêt d'une réforme du dispositif organisant le secteur de la promotion de la santé et les politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Dans cette perspective, il insiste sur l'importance de prendre en compte la complexité des leviers de la promotion

de la santé et sur l'importance d'avoir une vision systémique, que ce soit en veillant à l'articulation des missions comme à l'articulation des « opérateurs » entre eux. Il privilégie un processus d'élaboration des politiques à partir d'une approche « bottom up » plutôt que « top down », respectant en cela un des principes de base de la promotion de la santé : la participation des publics et des acteurs à la définition des besoins et à la mise en œuvre des politiques. Le Conseil souligne la nécessité de mettre sur pied un système de pilotage de la politique de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles afin de mesurer l'impact notamment en termes de

réduction des inégalités sociales de santé et d'accès universel aux offres et services de santé et de promotion de la santé.

Il a élaboré dans le passé un document déclinant différents aspects nécessaires à la bonne gestion d'une politique de promotion de la santé au bénéfice de tous (Plan directeur pour la construction d'un système d'information sanitaire en Communauté française, février 2003, document du CSPS).

Le Conseil insiste également sur la nécessité d'octroyer des budgets à la mesure des bénéfices de santé qui résulteraient d'un redéploiement conséquent des programmes de promotion de la santé.

<sup>1</sup> Voir l'article 'Réforme des dispositifs de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles', Fadila Laanan, Éducation Santé n° 276, mars 2012, pages 12 et 13 ([www.educationsante.be/es/article.php?id=1458](http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1458)).

## Introduction

Ce document pointe la nécessité de mener certaines analyses opérationnelles pour pouvoir construire la réforme du dispositif. Le Conseil a ainsi réfléchi autour de trois questions qui fondent la promotion de la santé.

- Quels éléments doivent être clarifiés pour arriver à une plus grande universalité de l'offre en promotion de la santé ?
- Comment arriver à une meilleure participation de la société civile à la prise de décision sur les priorités de promotion de la santé ? Quels sont le rôle et la place d'un Conseil dans ce processus ?
- Quelles analyses devraient être menées pour définir de façon opérationnelle les fonctions d'un organisme de pilotage, de telle manière qu'il apporte une réelle plus-value quant à la performance du dispositif de promotion de la santé ?

Le texte qui suit développe ces questions et avance certains éléments de réponse.

### Quels éléments doivent être clarifiés pour arriver à une plus grande universalité de l'offre en promotion de la santé ?

Le Conseil suggère de considérer l'universalité des services en promotion de la santé en prenant en compte le rôle réel et potentiel des différents échelons d'action : au niveau local, intermédiaire et central.

Dans le dispositif actuel, il n'existe pas d'obligation d'offrir un service universel minimum de promotion de la santé à l'ensemble de la population. Or il s'agit d'un enjeu capital si on souhaite avoir un impact sur la santé de la population<sup>2</sup>. Dans cette perspective, pour déboucher sur une universalité et une non-discrimination dans les interventions, il s'agit de prendre en compte les populations à besoins spécifiques, compte tenu des différences et des vulnérabilités psychiques, mentales, physiques (sensorielles et motrices), sociales, culturelles et de genre. Un véritable service universel, non-discriminant, nécessite de prendre en

compte la mise en place d'actions positives pour établir une égalité des chances pour les populations présentant des vulnérabilités.

La question qui se pose est le comment de la mise en place de tels dispositifs et avec quels moyens. C'est au niveau local et au niveau des communautés de vie que ces interventions sont les plus efficaces. Comment mettre en place un système qui garantisse, dans tous les milieux de vie et pour toutes les populations, ce service minimum de promotion de la santé ? Cette question de l'universalité se pose également au niveau d'autres institutions/services... comme par exemple les écoles, les crèches, les communes, la PSE...

Actuellement, on constate que l'offre en matière de promotion de la santé est très variable et hétérogène en fonction des territoires et des populations concernées. Comment améliorer et renforcer par un soutien et une expertise l'action au niveau local ? Et comment s'assurer que ce niveau intermédiaire de soutien bénéficie d'une certaine permanence ?

Le Conseil suggère de mettre à profit dans cette réflexion l'expérience des services agréés et des Centres locaux de promotion de la santé ainsi que des acteurs et organismes relais intervenant sur l'une ou l'autre thématique ou pour l'une ou l'autre population.

Quel rôle pourrait donc jouer un organisme central pour stimuler les actions de terrain ? Quelle sera la chaîne d'intervention qui permettra de favoriser un aller-retour entre le niveau local et le niveau central en prenant en compte les populations les plus vulnérables et les plus discriminées en matière de bien-être et de santé ?

Un défi à relever est de donner une meilleure visibilité, plus de clarté et plus d'identité, pour les autres intervenants locaux, de ce que signifie « promouvoir la santé ». Comment dès lors, le secteur concerné peut-il davantage développer un plaidoyer en faveur de la promotion

de la santé à l'instar de ce qui se fait en matière de cohésion sociale ou de développement durable où beaucoup d'initiatives sont prises au niveau local ? Notons que la publication et la diffusion par le Collectif des acteurs de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles d'un plaidoyer intitulé '*La santé partout et par tous ! Pour une politique exigeante*'<sup>3</sup> est un pas dans cette direction, témoignant d'une organisation croissante du secteur pour faire connaître ses principes d'action et pour encourager des démarches intersectorielles aux différents niveaux d'action politique et citoyenne. Dans le même ordre d'idées, on peut citer la publication du Comité de concertation des CLPS '*La promotion de la santé, vous connaissez ?*'.

**Un véritable service universel, non-discriminant, nécessite de prendre en compte la mise en place d'actions positives pour établir une égalité des chances pour les populations présentant des vulnérabilités.**

Une meilleure compréhension des moyens d'action et des priorités d'une politique de promotion de la santé pourrait jouer en faveur d'une plus grande universalité de l'offre et des services en promotion de la santé. Cela nécessite des moyens sans devoir sacrifier d'autres priorités. Actuellement, les ressources disponibles pour le secteur ne permettent pas de rencontrer cet objectif d'universalité. Comment s'assurer que les ressources soient suffisantes afin d'offrir un service de qualité en promotion de la santé où que l'on se trouve en Fédération Wallonie-Bruxelles et quelles que soient les caractéristiques des populations ?

<sup>2</sup> En atteste la plaquette 'La réduction des inégalités sociales de santé – Un défi pour la promotion de la santé', Conseil supérieur de promotion de la santé, avril 2011 (publié en novembre 2011). Document téléchargeable sur la page d'accueil du site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

<sup>3</sup> Ce plaidoyer est paru dans Éducation Santé n° 274, janvier 2012 ([www.educationsante.be/es/article.php?id=1444](http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1444))

## **Comment arriver à une meilleure participation de la société civile à la prise de décision sur les priorités de promotion de la santé ? Quels sont le rôle et la place d'un Conseil dans ce processus ?**

Dans un souci de cohérence avec la démarche participative que revendiquent les acteurs en promotion de la santé, le Conseil est particulièrement soucieux des mécanismes qui seraient mis en place pour que ces décisions concernant les priorités en promotion de la santé ne soient pas uniquement portées par les professionnels du secteur. Il s'agit dès lors de s'interroger sur les modes de participation de la société civile en veillant à la représentativité de celle-ci : quels sont les porte-paroles de la société civile, s'agit-il de groupes de citoyens organisés, d'associations, d'élus... ? Un défi de la politique de santé – et du dispositif qui la soutient – serait de concevoir et de mettre en œuvre des processus pour encourager l'expression et la prise en compte de la parole des citoyens, y compris les citoyens ayant des besoins et des attentes spécifiques dus à des vulnérabilités. Et cela tant pour définir les situations à améliorer, les besoins de changement, que pour faire émerger les propositions d'action visant le bien de tous et la santé collective.

Le Conseil souligne l'intérêt de rendre davantage visible la part de l'expression collective dans la prise de décision. Il avance une série d'hypothèses sur ce qui pourrait favoriser la prise en compte des publics et encourager leur participation.

1. Une plus grande visibilité de leur impact sur les décisions pourrait favoriser la participation collective à d'autres concertations. La valorisation des savoirs profanes serait dès lors un facteur de participation.
2. L'éducation de tout un chacun à l'écoute et à l'expression pourrait également contribuer à encourager cette participation. Favoriser le lien entre éducation permanente et promotion de la santé serait soutenant pour amener la société civile à participer aux prises de décision.

Le Conseil s'interroge sur les moyens à mettre en œuvre pour qu'une méthode

participative se retrouve à tous les niveaux de pouvoir. Une attention particulière devrait être portée à l'implication des professionnels « hors secteur » dans cette démarche et plus particulièrement ceux qui sont en contact avec des populations fragilisées comme par exemple : les enseignants, le personnel des crèches, des CPAS, des écoles de devoirs, des AMO, des plaines de jeux, etc. ; mais aussi dans des lieux de vie tels que les lieux de travail.

Pour soutenir la participation des publics, des lieux et des acteurs existent – ou sont encore à créer – qui pourraient encourager des méthodes d'expression avec des canaux d'échange et de communication. En ce sens, la multiplication des lieux collectifs et le soutien à ces acteurs qui font remonter la parole des gens, sont essentiels. Localement, les communes pourraient fonctionner également comme des lieux d'expression privilégiés pour faire remonter la parole des citoyens.

En ce qui concerne les décisions sur les priorités politiques et d'action en promotion de la santé, le Conseil se questionne sur le rôle qu'il pourrait jouer pour consolider le processus de participation dans la prise de décision. Le Conseil pourrait-il être l'instance permettant de récolter la parole et de rendre compte des décisions prises ? Le Conseil veut veiller au respect du principe fondamental évoqué du « bottom up » afin que les différents secteurs et les différentes populations puissent participer aux définitions des politiques d'action et aux dispositifs de décision.

### **Quelles analyses devraient être menées pour définir de façon opérationnelle les fonctions d'un organisme de pilotage, de telle manière qu'il apporte une réelle plus-value quant à la performance du dispositif de promotion de la santé ?**

Depuis des années, des praticiens pointent les difficultés et proposent des solutions mais les moyens manquent. Le Conseil estime qu'une démarche de planification structurelle est certes

nécessaire mais il considère qu'il manque une analyse approfondie des besoins afin d'estimer en quoi et comment un nouvel organisme opérationnel pourrait y répondre. L'analyse de la problématique doit être étoffée et les nécessités d'un pilotage doivent être pointées. Le Conseil souhaiterait qu'une véritable réflexion sur les missions, les modes de décision et la représentativité de cet organisme externe soit menée pour en définir le fonctionnement et les pouvoirs.

Les missions qui ont été citées pour ce nouvel organisme peuvent être réparties en trois catégories : soutien méthodologique, coordination (pilotage, évaluation), action et recherche. Pour faire avancer la réflexion à ce sujet et envisager l'opérationnalisation d'un nouvel organisme en lien avec les activités des acteurs du secteur de la promotion de la santé, le Conseil tient à partager certaines questions.

- Sur quelles bases seraient définis les missions, fonctions, services, profils du personnel de l'organisme opérationnel ?
- Quels seraient les liens organiques entre cet organisme opérationnel et les différents acteurs du secteur ?
- Par ailleurs, des questions spécifiques doivent être considérées dans l'opérationnalisation de cet organisme telles que : comment maintenir et développer l'intersectorialité et la transversalité des approches, ainsi que les réseaux existants ? Comment assurer sans perte de ressources une transition du système actuel vers le nouveau ? Comment éviter les conflits d'intérêt pouvant surgir d'un cumul de missions comme, par exemple, soutenir et évaluer des programmes ?

S'il est décidé de créer une nouvelle structure, le Conseil recommande une analyse institutionnelle solide qui réponde à l'ensemble de ces questionnements pour que la réforme prenne en compte la complexité de la promotion de la santé et assure la transversalité entre les secteurs et les différents niveaux de pouvoir.

*Avis d'initiative du Conseil supérieur de promotion de la santé du 17 février 2012.*

# Vu pour vous

## Campagnes de prévention : au cœur de l'évaluation

Anne Le Pennek, auteure du dossier

**Le 9 décembre dernier, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) réunissait à Paris près de 300 personnes venues débattre de l'art et la manière de mesurer l'impact des campagnes de prévention en santé publique.**

Si l'organisme public français qui fête cette année ses dix ans a choisi ce thème pour son premier colloque scientifique, c'est parce qu'il entend bien contribuer à l'émergence depuis une trentaine d'années de cette science de l'évaluation plus vivace dans les pays anglo-saxons qu'ailleurs. Une discipline qui s'attache à regarder comment les populations et les individus accueillent les campagnes médiatiques conçues à leur intention, si et comment elles y réagissent et se les approprient à plus ou moins long terme. L'évaluation sert à savoir si le jeu en vaut la chandelle, si ces actions particulières de communication à gros budgets ont effectivement leur place parmi les stratégies opérationnelles de promotion de la santé, si les instances qui s'y consacrent font bien les choses et ont raison de déployer ainsi leurs forces et les deniers publics.



La science en principe est neutre et objective. Or la majeure partie des programmes d'évaluation cités en exemples lors du colloque, puisés aux États-Unis, en Grande-Bretagne ou en France, ont été, sinon menés, du moins orchestrés par les organismes qui ont conçu les campagnes. Peut-on être ainsi

à la fois juge et partie ? À défaut de répondre à cette question, les interventions de la journée ont mis en lumière le foisonnement des travaux disponibles et en cours pour construire une discipline rigoureuse et éclairante, contribuant ainsi à inscrire encore un peu

plus dans les esprits une culture de l'évaluation en santé publique.

*Les résumés des présentations du colloque ainsi que la plupart des diaporamas sont en ligne sur le site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/037.asp>*

## Pourquoi faire campagne ?

**Tabac et alcool, alimentation, maladies infectieuses et vaccinations, petite enfance ou grand froid... Les campagnes de prévention par voie de mass médias se mêlent de tout ou presque tout, au prétexte d'avoir de réels impacts sur les comportements des individus et la santé des populations.**

Ce n'est un secret pour personne : les campagnes de prévention ont *toujours* un but. Le plus évident concerne les comportements individuels. Il peut s'agir de les renforcer ou de provoquer le changement, ici pour protéger contre une maladie infectieuse ou un produit toxique,

là afin d'éviter la survenue d'accidents. L'objectif affiché peut être quantitatif, par exemple réduire de 5 % la prévalence de telle pathologie dans telle population, ou qualitatif, comme changer l'image de l'alcool auprès des étudiants. Aux travaux d'évaluation de dire ensuite

si ces objectifs ont été atteints et dans quelle mesure ils sont vraiment le fait de la campagne, ce qui n'est pas une mince affaire... Une série de telles évaluations, menées ces trente dernières années essentiellement dans les pays anglo-saxons, montrent que les campagnes médiatiques

sont effectivement capables d'influencer les comportements de santé des individus. Plusieurs des spécialistes invités par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) français lors de son colloque scientifique 2011 consacré à l'évaluation étaient venus pour s'en faire l'écho.

**L'évaluation sert à savoir si le jeu en vaut la chandelle, si ces actions particulières de communication à gros budgets ont effectivement leur place parmi les stratégies opérationnelles de promotion de la santé, si les instances qui s'y consacrent font bien les choses et ont raison de déployer ainsi leurs forces et les deniers publics.**

### Parce que ça marche

Rappelons que les campagnes de prévention médiatiques ont pour particularité de s'adresser à un très large public là où d'autres types d'actions relevant de la promotion de la santé ne touchent que quelques groupes (éducation pour la santé) voire ciblent

les individus (consultation médicale, entre autres). Être en capacité d'inonder la sphère publique et de faire du bruit, telle est la force des campagnes médiatiques, en santé comme dans tout autre domaine, et la principale raison de leur utilisation massive par les acteurs de promotion de la santé qui en ont les moyens. Il est vrai que de telles opérations avec slogans, affiches, encarts dans la presse, spots de télévision, de radio, sites web et autres présences dans les réseaux sociaux coûtent cher et nécessitent de savoir s'y prendre, ce cas le plus fréquent, de s'adjoindre les services d'une agence de communication spécialisée. Elles s'avèrent aussi souvent efficaces, ce qui n'a pas échappé à la plupart des organismes nationaux chargés de la promotion de la santé comme le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis ou l'Inpes en France. Ces derniers mènent régulièrement ce genre d'action de grande envergure, parce que ça marche.

### Trafic d'influences

Invité par l'Inpes pour rendre compte de trente années d'évaluation des campagnes de prévention américaines, le Prof. **Robert Hornick**, du Center of Excellence in Cancer Communication Research (Université de Pennsylvanie) explique que les changements de

comportements de santé sont soutenus par des réactions complexes aux contenus des campagnes. Il distingue leurs effets sur les individus eux-mêmes, imputables à l'influence directe de l'exposition aux messages, et des impacts plus indirects par le jeu des relations sociales ou de l'action institutionnelle concomitante. « *Avoir conscience de cette complexité aide à penser une évaluation qui combine différentes approches* », résume-t-il.

Pour **Dominic McVey**, rien de tel que de mener de temps à autre une évaluation à grande échelle pour apporter aux décideurs la preuve chiffrée et documentée de l'efficacité d'une campagne particulière et par extension, des campagnes médiatiques en général. « *En moyenne, on sait que les campagnes médiatiques provoquent des changements de comportement chez 5 % de la population visée* », rapporte-t-il. « *Les meilleurs scores concernent la promotion du port de la ceinture de sécurité en voiture (15 %) tandis que les campagnes de lutte contre la consommation de drogue chez les jeunes opèrent chez 1 à 2 % d'entre eux.* » À ceux qui jugeraient faibles ces pourcentages au regard des moyens engagés, Dominic McVey et Robert Hornick conseillent de faire la conversion en nombre de personnes. De fait, 1 % de 11 millions d'individus, la population de

## La stratégie de l'iceberg

### En Grande-Bretagne, une campagne anti-tabac aux effets modestes mais significatifs contribue à démontrer l'efficacité des médias de masse pour modifier les comportements.

Abaisser de quelque 1,2 % la prévalence du tabac dans quatre régions du nord de l'Angleterre peut paraître bien peu, voire anecdotique. Pourtant, les instigateurs de la campagne publicitaire à l'origine de cette évolution dans les années 90 s'en félicitent. Derrière cette modeste proportion se cachent en effet des centaines de milliers d'adultes qu'un spot humoristique mettant

en scène un célèbre acteur anglais a aidé à arrêter de fumer. Pour Dominic McVey, ex-directeur scientifique du Centre national de marketing social et fin connaisseur des actions de santé publique britanniques, cette campagne a même valeur d'exemple. Chère (près de 2 millions de livres sterling) et chronophage (la campagne a été diffusée pendant deux ans), elle a permis de démontrer et surtout de quantifier l'impact des campagnes publicitaires sur les comportements de santé d'une population. Les évaluateurs ont pris soin de comparer le coût de

la campagne aux dépenses liées aux traitements nicotiques de substitution, alors nouveaux venus sur le marché (12,4 millions £) et à celles engagées par les cigarettiers pour promouvoir leurs produits (200 millions £!).

Vu sous cet angle, le recours à la publicité devient non seulement d'un bon rapport coût-efficacité mais s'avère aussi capable de contrer au moins en partie l'industrie du tabac. Et ces conclusions de gagner la partie émergée de l'iceberg, devenant ainsi visibles aux yeux de tous, notamment des pouvoirs publics.

la Belgique, représentent tout de même 110 000 personnes. Les changements occasionnés se font attendre ? De tels phénomènes sont parfois lents et s'étalent sur plusieurs années, ce qui implique de les observer sur de longues périodes. Reste à savoir qui sont les personnes dont les comportements évoluent suite à une campagne. Pour la française **Catherine Bismuth**, directrice des assurés à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la question est centrale et la réponse difficile à obtenir. « *On touche là une différence majeure entre campagne de communication et campagne de prévention. L'évaluation ne peut pas se résumer à compter les personnes concernées* », juge-t-elle. « *Il faut y regarder de près pour apprécier si on a bien touché la cible visée.* »

## Préparer le terrain

Les campagnes de prévention ont une autre utilité, moins visible mais tout aussi cruciale dans le champ de la promotion de la santé. **Christian Andréo**, directeur



Photo © Fotolia

des actions nationales de l'association Aides, développe : « *On attend d'elles qu'elles préparent le terrain et créent un environnement favorable pour amorcer des changements.* » Car de fait, une campagne de communication seule, sans relais institutionnel ou réglementaire ne peut pas grand chose. Idem si l'opinion publique n'est pas prête.

À cet égard, l'exemple de l'interdiction du tabac dans les lieux publics français est éloquent : trente ans se sont écoulés entre la première mesure anti-tabac dans le pays, qui date de 1976 (loi Veil),

et l'interdiction pure et simple de fumer dans tous les établissements accueillant du public, qui est effective depuis 2007. Christian Andréo souligne par ailleurs que les campagnes médiatiques sont « *indispensables pour continuer à faire des questions qui nous occupent, en l'occurrence*

*la lutte contre le sida, une affaire publique et non un objet privé, ce qui serait dramatique.* » Dans la sphère publique ainsi imprégnée se trouvent notamment des acteurs susceptibles de relayer les messages à leur niveau ou de profiter d'une levée du tabou, à l'instar des médecins lorsqu'il s'agit de promouvoir un acte de dépistage lié aux pratiques sexuelles. « *Convaincre les médecins généralistes de proposer à leurs patients des tests est un véritable enjeu* », renchérit le **D<sup>r</sup> François Bourdillon**, président de la Commission prévention du Haut

## VERB, campagne XXL

**Pour augmenter le niveau d'activité physique des préadolescents, le Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) américain a orchestré une campagne nationale digne d'une opération publicitaire de grande envergure. Budget de l'opération : 339 millions de dollars...**

Mettez-y les moyens et vous obtiendrez des résultats ! Cette conviction est sans doute de celles qui ont guidé le Congrès américain lorsqu'il a décidé de promouvoir l'activité physique auprès des 9 à 13 ans. Le CDC qui a été mandaté pour concevoir et mener à bien cette opération nationale n'a pas lésiné sur les moyens de communication : créneaux publicitaires à la télévision, marketing viral (sur internet), encarts dans les journaux pour adolescents, interventions de sportifs célèbres, tournée dans les écoles, les zoos, les colonies de vacances... De

juin 2002 à septembre 2006, la campagne VERB et la marque éponyme ont ainsi investi le quotidien des 21 millions de jeunes américains qu'elle ciblait, toutes origines ethniques confondues, avec des messages comme "Trouvez votre propre VERB" ou "Libérez les enfants, laissez-les vivre leurs rêves".

L'évaluation de l'impact de la campagne s'est appuyée sur un suivi de cohortes dans le cadre d'une étude longitudinale nationale. Celle-ci a consisté à sonder les enfants et leurs parents chaque année entre 2002 (année de référence) et 2006 (fin de la campagne) afin de mesurer leur sensibilisation à la marque VERB™, la compréhension du message ou encore les changements d'attitudes.

Toute la difficulté consistait alors à imputer les impacts constatés à la seule campagne et non à d'éventuelles influences extérieures. L'enveloppe

de 13 millions de dollars allouée pour l'évaluation a donc en partie servi à fabriquer un modèle analytique réduisant au minimum ces facteurs de confusion tout en tenant compte de niveaux divers d'exposition à la campagne.

Il en ressort que plus les jeunes ont été exposés à la campagne, plus ils croient aux bienfaits d'être physiquement actifs, à leur auto-efficacité et à l'importance de l'influence sociale sur les comportements. Autrement dit, VERB a bien influencé positivement le comportement des préadolescents vis-à-vis de la pratique d'activité physique. Vendre de l'activité physique aux jeunes comme on leur vendrait un produit de consommation est donc chose possible, concluent les auteurs.

Pour en savoir plus :  
<http://www.cdc.gov/youthcampaign/>

Conseil de Santé Publique français.  
« Parler de sexualité avec ses patients ne s'apprend pas à la faculté de médecine malheureusement. » D'après une enquête menée auprès de 2000 médecins

généralistes français<sup>1</sup>, 85 % d'entre eux estiment que les campagnes grand public leur permettent de mieux remplir leurs fonctions de prévention et d'éducation.

## Références

- <http://www.aides.org/campagnes>
- <http://www.cdc.gov/about/organization/mission.htm>

1 Pratique et opinions des médecins généralistes en matière de prévention - <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-77/ad770610.pdf>

## Vingt-cinq ans de lutte contre le VIH en France

### Au fil de ses campagnes de prévention, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a développé son arsenal de moyens et de méthodes pour en évaluer l'impact.

Si le préservatif est aujourd'hui un élément clé des campagnes de prévention françaises contre le sida, il n'en a pas toujours été ainsi. Qui se souvient que sa publicité était interdite en France jusqu'en 1987 ?

En faire un objet de consommation courante, qui plus est susceptible de sauver des vies, a nécessité un lourd et long dispositif de communication. « Force est d'admettre que les slogans des fabricants de préservatif ont eux aussi contribué à forger cette image », note **Nathalie Lydié**, directrice adjointe des affaires scientifiques à l'Inpes. L'ensemble fut efficace si l'on s'en réfère à la forte progression des ventes depuis

25 ans : il se vendrait aujourd'hui chaque année 106 millions de boîtes, contre 39 en 1986. Les enquêtes explorant à échéance régulière les croyances, les représentations et les comportements des individus (dites KAPB), très vite utilisées par l'Inpes pour compléter sa démarche d'évaluation, mettent en évidence la banalisation progressive du préservatif et l'évolution des mentalités.

Au milieu des années 90, le thème du dépistage fait son apparition dans les campagnes. Pour quantifier l'effet des messages promouvant les tests, des séries de données sont passées au crible. Il s'agit notamment de celles récupérées auprès des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), de l'Assurance-maladie ou encore de la ligne téléphonique nationale Sida Infos Service. Une augmentation des chiffres de dépistage juste après les campagnes attestent de leur efficacité.

Le troisième axe de communication privilégié par l'Inpes, et ce depuis 1989 concerne la lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives. Une campagne menée en 2006 tentait de modifier le regard sur la séropositivité et de montrer la possibilité de vivre en couple avec une personne de statut sérologique différent. Les méthodologies s'étant enrichies, l'évaluation peut alors s'appuyer sur des études de cohorte exposés/non exposés qui renseignent sur l'acceptation sociale des personnes séropositives. Couplées à des études pré et post-tests, elles indiquent ici un meilleur niveau d'acceptation chez les personnes déclarant avoir vu la campagne. Par ailleurs, les enquêtes KAPB effectuées régulièrement depuis 1992 montrent une évolution lente mais positive des mentalités.

Collection et photo Louis Brabant



## L'évaluation sans peur et sans accroche

**Impossible d'échapper à l'évaluation pour savoir si les campagnes de prévention ont réellement eu les effets escomptés. En connaître les pièges permet de mieux les déjouer et de manœuvrer pour opérer efficacement.**

Des mois durant, le cultivateur surveille ses plantations, leur santé, leur croissance. Au terme de la récolte, il compte ses sacs de blé. Si leur nombre est insuffisant, il cogite

pour trouver le moyen d'améliorer son rendement l'année suivante. Cette logique de contrôle bienveillant vaut également pour la santé publique, n'en déplaise à

ceux que l'exercice rebute. Évaluer les campagnes de prévention est une nécessité. « Une exigence », estime **Thanh Le Luong**, directrice de l'Institut national de prévention

et d'éducation pour la santé (Inpes), et ce à plusieurs titres : pour « justifier, au regard du contribuable, la dépense des fonds publics », pour « en tirer des enseignements, et ainsi toujours améliorer nos interventions, nos stratégies et nos pratiques » et enfin pour « mesurer l'évolution des connaissances et des comportements des publics ciblés ».

Mais parce que la tâche est complexe, l'évaluation est à la prévention ce que la prévention est à la santé : son parent pauvre, souvent à cours de crédits, de temps, de compétences disponibles, de méthodes ou de données.

Les pays pionniers de l'évaluation, parmi lesquels la Grande-Bretagne, les États-Unis ou encore l'Australie figurent en bonne place, ont jeté les bases d'une culture qui ne demande qu'à s'étendre et s'étoffer par-delà les océans et les frontières. Une poignée de publications récentes dans des revues prestigieuses telles que le *Lancet*<sup>1</sup> laissent à penser que la discipline est en train d'acquiescer ses lettres de noblesse dans le champ scientifique. L'évaluation en tant que science s'appuierait alors sur l'observation, la rigueur méthodologique et la créativité de ses pratiquants. Cela suppose en outre de travailler par hypothèses et d'accepter que celles-ci soient confirmées ou réfutées...

## L'évaluation ? Quelle évaluation ?

L'évaluation en santé publique ne répond pas à une mais à de multiples définitions qui lui dessinent des contours flous et des déclinaisons plurielles. La plupart mettent toutefois en avant le fait qu'il s'agit d'un processus en lien direct avec l'action, qui se déroule au fil d'une période donnée et repose sur la collecte d'informations dans le but ultime de prendre une décision. L'Inpes juge ainsi, et elle n'est pas la seule, que « l'évaluation doit étayer un choix : poursuivre un projet ou une action, l'améliorer ou en renforcer certains aspects, développer des axes d'intervention, réviser une stratégie. Pour construire ce jugement, l'évaluation se fonde sur une comparaison entre l'avant et l'après, entre l'ici et l'ailleurs, entre une intervention et l'absence d'intervention ou encore entre un projet et

un référentiel (ou une norme) préétabli ».

Si vous demandez autour de vous en quoi consiste l'évaluation, il y a fort à parier que les réponses évoqueront le jugement porté sur les résultats d'une action, ce qui correspond effectivement à la définition de l'évaluation somative ou finale. Quid du volet qui se concentre sur le processus (évaluation formative) ? « On ne peut pas regarder uniquement le résultat comme on mesure l'audimat pour un programme de télévision. Il faut s'enfoncer dans la campagne pour la comprendre et identifier pourquoi ça marche ou pas. » Dominic McVey fait partie de ceux qui plaident pour développer une description riche de tous les aspects de la mise en place d'une campagne, y compris ce qui se passe autour d'elle, notamment dans le monde politique, la sphère sociale et économique.

Il insiste par ailleurs sur la nécessité de vérifier si le projet planifié est bien conforme à celui réalisé. « On peut condamner une campagne sur la base de résultats jugés mauvais alors que ce qui a été fait ne correspond pas à l'intention initiale. » Les évaluations en cours de campagne sont également utiles pour détecter tant qu'il est encore temps d'éventuels effets indésirables voire contre-productifs des messages, comme celui que le P<sup>r</sup> Hornick appelle 'l'effet boomerang' : lors d'un programme anti-drogues à gros budget destiné aux adolescents, une exposition massive aurait eu pour conséquence de convaincre les jeunes du fait que beaucoup d'entre eux devaient consommer ces produits, d'où un regain d'intérêt pour ces derniers !

## Dépasser les sacro-saintes ECR

L'évaluation de résultats n'a de sens que si ce qu'on en attend a été défini préalablement. De l'avis général, la définition des objectifs à atteindre ne souffre pas à l'à-peu-près. La première des dix étapes déclinées dans la méthode COMBI (COMmunication for Behavioral Impact – communication pour agir sur les comportements) utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'énonce ainsi : « Ne faites rien... avant d'avoir défini précisément les objectifs spécifiques comportementaux souhaités. » Aucune

affiche, aucune brochure, aucun site web ne sortent avant d'être au clair sur le but à atteindre, dont la formulation débute nécessairement par un verbe d'action. Pour Dominic McVey, il importe en plus que ces objectifs soient réalistes, c'est-à-dire atteignables. Cela va sans dire mais tout de même mieux en le disant.

**Les évaluations en cours de campagne sont également utiles pour détecter tant qu'il est encore temps d'éventuels effets indésirables voire contre-productifs des messages.**

Le P<sup>r</sup> Robert Hornick scrute depuis trente ans l'évaluation des campagnes de prévention américaines. Aussi a-t-il eu à maintes reprises l'occasion de constater les limites des études contrôlées randomisées (ECR) dans ce domaine. La méthode érigée en référence pour évaluer l'efficacité d'un protocole de recherche expérimentale ou épidémiologique (voir encadré page suivante) perd de sa superbe face à la complexité des campagnes médiatiques de prévention et à la multitude de facteurs impliqués dans les effets qu'elles produisent.

La constitution d'un groupe témoin, non exposé à la campagne et à ses messages, est une première difficulté. « Les campagnes de prévention diffusent des conseils, des informations, de la connaissance, des normes sociales. Tout ce bruit autour du thème visé est difficile à contenir pour mener à bien des études expérimentales », analyse Dominic McVey. Les ECR détecteraient également mieux les grands effets que les petits, de surcroît lents à se manifester. « Or ce sont bien les effets des campagnes dans la vie réelle des gens que l'on veut observer », rappelle Robert Hornick.

Par ailleurs, les ECR conviennent mal pour observer des changements sociaux

<sup>1</sup> Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 2010, vol. 376, n°9748 : p. 1261-127

ainsi que l'évolution des sentiments, des croyances ou des représentations.

D'autres outils le permettent bien mieux qu'elles, par exemple les enquêtes KABP

(Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) menées à intervalles réguliers. L'enjeu consiste à ne pas prendre le risque de répondre à côté de la question. Pour y parvenir, beaucoup d'approches alternatives aux ECR existent : enquêtes avant/après (ou pré/post), études de cohortes, comparaisons inter-communautés géographiques, séries temporelles interrompues ou encore études cas-témoins. Elles gagnent à être combinées pour contourner leurs points faibles, par exemple le coût élevé des études de cohorte ou dans le cas des enquêtes avant/après, le fait que d'autres déterminants peuvent être impliqués dans les modifications de comportements observées.

## ECR

Les habitués des publications scientifiques dans le champ de la médecine ne connaissent que lui tant il est incontournable. L'**essai contrôlé randomisé** (en anglais, 'randomized controlled trial' ou RCT), bien que long et coûteux, est la fine fleur de la recherche clinique. Contrôlé, il l'est dans la mesure où il repose sur une comparaison entre un groupe ayant bénéficié du traitement étudié (un médicament, un geste chirurgical, un protocole de soins, etc.) et un groupe témoin (le groupe contrôle)

qui reçoit un placebo ou le traitement de référence. La mention "randomisé" indique que les participants à l'étude ont été tirés au sort puis répartis de manière aléatoire dans l'un ou l'autre groupe sans qu'ils sachent lequel. Lorsque cette répartition est également inconnue de l'expérimentateur, on parle d'essai en double aveugle. Au terme d'une période de suivi, les résultats apportent matière à discuter de l'efficacité d'un traitement ou de sa supériorité sur un autre.

### Référence

*Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Inpes, rapport évaluation 2007*



Photo © Fotolia

# Connaissez-vous le marketing social ?

**Né outre-Atlantique dans le sillage de son grand frère commercial, le marketing social intègre les pratiques en promotion de la santé à vitesse variable selon les pays. Dans le monde francophone, le Canada a beaucoup d'avance sur la Belgique et la France.**

« Le marketing social est la conception, la mise en œuvre et le contrôle de programmes conçus pour promouvoir une idée ou une pratique sociale auprès d'un groupe cible », définit **Philip Kotler**, éminent professeur américain de marketing à qui l'on doit d'avoir étendu, avec son collègue **Gérard Zaltman**, le champ de sa discipline à la sphère sociale au tout début des années 70. Puisque le concept vise le changement de comportement durable, il n'y aurait rien d'étonnant à ce que les acteurs engagés dans la promotion de la santé s'intéressent de près à ses principes, ses outils et ses méthodes pour tenter de déployer des programmes et actions de prévention de l'obésité ou du paludisme aussi puissants et efficaces que celles qui vantent les mérites d'une marque de café.

### De la méthode

Faire du marketing social en santé publique revient souvent à utiliser les techniques du marketing commercial à des fins de promotion de comportements favorables à la santé. Selon **Karine Gallopel Morvan**, enseignante-chercheuse française en marketing social à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), l'étude des publics et l'analyse de l'environnement dans lequel s'inscrivent les comportements à modifier sont des préalables indispensables. « De nombreux indicateurs – les tendances fortes, les opportunités, les opinions, les croyances, etc. – renseignent sur les actions à déployer pour toucher le plus efficacement possible les comportements des individus », livrait-elle en 2011 à la revue française *La Santé*

*de l'Homme*. La mise en place de la segmentation vient juste après et consiste à proposer un programme différent selon l'âge, le sexe ou le niveau de revenu des personnes. Peut alors être instaurée une offre adaptée à la cible visée, fondée sur les 4P : le **produit** (que propose-t-on à la population ?), son **prix** (gratuit ou non, quels sont les coûts psychologiques de l'adoption du comportement par la cible visée ?), sa mise à disposition (la **place**) et la communication (la **promotion**, pour donner envie d'adopter le comportement). Et l'évaluation ? « Elle apporte des éléments de compréhension de l'échec ou du succès du programme », précise la spécialiste. Toute ressemblance avec des programmes connus de promotion de la santé n'est évidemment pas fortuite...

## Les convaincus...

À en croire l'OnuSida, qui fut l'un des premiers à miser sur le marketing social pour ses campagnes de prévention de l'infection par le VIH partout dans le monde, les résultats sont spectaculaires : « *C'est par des programmes de marketing social que l'on a réussi à assurer l'acceptabilité sociale des préservatifs et leur accessibilité dans le commerce à des prix abordables pour des populations à faible revenu et des groupes à risque élevé dans nombre de pays en développement. Dans plusieurs d'entre eux, cette approche a été étendue à d'autres produits de santé essentiels et elle est devenue un élément important des efforts pour améliorer la santé nationale* », lit-on dans un rapport intitulé 'Le marketing social : outil efficace de l'action mondiale contre le VIH/Sida' publié en 1998. Dans ce cas, l'offre consiste à proposer des préservatifs à faible prix dans divers lieux fréquentés par les populations visées (bars, terminus

routiers, commerces traditionnels, etc.) et à en assurer la promotion par voie de média, de brochures ou d'événements.

Au Canada, les autorités compétentes en matière de santé publique ont largement recours au marketing social pour mener leurs campagnes de prévention, et ce depuis trente ans. Et elles partagent volontiers leur expérience : Santé Canada, le ministère fédéral chargé de la santé, propose en accès libre sur son site internet sa 'trousse du marketing social' destinée à ceux qui voudraient se lancer. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'est pas en reste et depuis 2000 déploie à travers le monde bon nombre de programmes COMBI (COMmunication for Behavioral Impact) directement inspirés du marketing social. Citons notamment les campagnes de lutte contre la dengue en Malaisie en 2001 ou plus récemment, le programme de prévention du tétanos chez les femmes enceintes mené par l'Unicef au Cambodge.

## ... et les autres

En France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) commence à l'utiliser et à se faire l'écho de l'activité de la discipline et de ses résultats. Lors du colloque scientifique sur l'impact des campagnes de prévention, plus de la moitié des interventions y faisaient référence. Mais force est de constater que l'usage du marketing social dans l'Hexagone est encore timide, sous cette appellation tout au moins. Et Karine Gallopel-Morvan de sourire au souvenir de cette anecdote : « *Lorsque nous avons publié en 2008 un livre sur le sujet, un gros éditeur français a préféré titrer 'Le marketing des associations' de peur de ne pas trouver assez sa cible si on employait le terme de marketing social.* » Le fait est qu'en France le marketing social et ses techniques ont mauvaise presse et souffrent d'*a priori* à la peau dure. « *Les gens ne savent pas ce qu'est le marketing social. Beaucoup pensent d'emblée*

## Les messages sanitaires insérés dans les publicités alimentaires sont-ils efficaces ?

### Trois questions à Carolina Werle, chercheur en marketing social Grenoble École de Management (France)

*Éducation Santé : Pourquoi avoir mené une étude sur les effets des messages sanitaires de prévention de l'obésité associés aux publicités alimentaires ?*

Carolina Werle : Une partie de mes recherches porte sur les mécanismes de compensation entre activité physique et consommation alimentaire appliqués au contexte des recommandations pour la prévention de l'obésité. Cela consiste à établir les circonstances dans lesquelles nous nous autorisons à adopter certaines attitudes alimentaires à connotation négative au prétexte que nous sommes physiquement actifs ou le seront bientôt. Lorsque les messages de prévention ont été insérés dans les publicités, j'ai pensé qu'il y avait peut-être un paradoxe à présenter simultanément un produit hédonique (un soda, un hamburger) et la solution pour limiter ses effets néfastes

sur la santé. J'ai donc voulu savoir si la présence de messages comme 'Mangez cinq fruits et légumes par jour' pouvait servir de justification aux individus par un mécanisme compensatoire. Pour cela, nous avons conçu un protocole expérimental original pour tester l'effet de ces mentions sur le comportement alimentaire de 130 participants.

*ES : Qu'en ressort-il ?*

C.W. : Les données recueillies entre fin 2009 et début 2010 montrent que les individus ayant vu la publicité avec le message sanitaire font des choix alimentaires moins sains que ceux qui ont vu le spot seul. Ils choisissent plutôt un *sundae* (dessert proposé par une célèbre chaîne de restauration rapide, ndlr) tandis que les seconds se tournent plus volontiers vers un sachet de fruits à croquer. Ce constat laisse à penser que les messages sanitaires insérés dans les publicités alimentaires encouragent la consommation hédonique, ce qui est le contraire de l'effet souhaité. D'autres travaux sont nécessaires pour

affiner ces résultats obtenus dans des conditions expérimentales qui ne reflètent pas exactement celles de la vie réelle.

*ES : Envisagez-vous des prolongements à cette recherche ?*

C.W. : Oui. Nous préparons actuellement une nouvelle étude pour définir le type de messages de prévention de l'obésité qui pourrait mieux fonctionner dans les publicités, c'est-à-dire induire le comportement alimentaire escompté. Les messages sanitaires associés aux publicités passent après celui pour le produit alimentaire. Des travaux rapportés dans la littérature scientifique indiquent que dans ce cas, il vaut mieux recourir à des images qui véhiculent plus d'informations que du texte seul. Les arguments à caractère émotionnel ont également plus d'impact. Nous voulons construire ce genre de messages pour la prévention de l'obésité et devrions être en capacité de les tester courant 2012.

Propos recueillis par **Anne Le Pennec**

communication, manipulation, publicité. La connaissance des publics, la compréhension des comportements passent à la trappe. En France, la pensée marketing social = campagnes de prévention = il faut faire peur pour pousser les gens à agir a prédominé pendant longtemps. » Preuve de l'évolution des mentalités, le marketing social sera cité dans le titre du nouvel ouvrage de cet éditeur sur le sujet, actuellement en cours de rédaction.

Ces représentations expliquent aussi pourquoi la recherche dans ce domaine peine à émerger de ce côté de l'Atlantique. Les spécialistes français ou belges du marketing social sont rares et beaucoup moins nombreux qu'aux États-Unis et au Canada. « Les débuts là-bas n'ont pas

non plus été faciles. Dans les années 70 là-bas comme ces dernières années en France, certains diabolisaient l'intrusion du marketing dans le social », explique Karine Gallopel-Morvan. « Mais les liens étroits entre chercheurs américains de disciplines variées et leur ouverture naturelle vers le terrain ont eu raison de ces obstacles. »

Les francophones européens seraient-ils à leur tour en train d'accepter le marketing social ? Réponse de la chercheuse : « En France, un grand nombre de chercheurs et acteurs en santé publique sont positionnés sur l'éducation pour la santé. Ils conçoivent le marketing social comme une approche concurrente, inadaptée au secteur non marchand et ne perçoivent pas la complémentarité des deux disciplines. »

Encore un peu de patience et nos dernières réticences tomberont peut-être...

## Références

- <http://www.ism.stir.ac.uk> (Institut de marketing social)
- <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/tools-outils/index-fra.php> (guide interactif de Santé Canada)
- [http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/ab-nwt-tno/resources-ressources/documents/f\\_trousse\\_du\\_marketing\\_social.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/ab-nwt-tno/resources-ressources/documents/f_trousse_du_marketing_social.pdf) (trousse du marketing social de santé Canada)
- [http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc167-socmarketing\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc167-socmarketing_fr.pdf) (rapport OnuSida)

**« L'idéologie de la transparence couramment glorifiée aujourd'hui est le plus souvent un masque plus efficace que les autres de l'obscurité. »**

**Yves Charles Zarka**

Photo © Fotolia



## L'Essentiel

### Cancer

**Les « Espaces Papillon », des groupes de deuil pour les enfants et adolescents**

L'association Cancer et Psychologie est active depuis près de 30 ans au soutien psychothérapeutique des malades du cancer et de leurs proches. Le Plan Cancer élaboré par la Ministre **Laurette Onkelinx** en 2009 a permis la

création d'Espaces Enfants à l'hôpital destinés aux enfants dont les parents sont atteints d'un cancer. Ces lieux d'accueil et de vie pour les enfants dans les services de cancérologie sont ouverts chaque mercredi après-midi aux enfants qui rendent visite à leur parent ou grand-parent malade. Au terme de trois années d'activités soutenues par le Plan Cancer, nous espérons vivement que cette

initiative sera reconduite et encouragée dans tous les hôpitaux de Belgique.

Les traitements cancéreux ne parviennent pas toujours à guérir un malade et tout au long de notre travail dans les Espaces Enfants nous avons été amenés à soutenir et accompagner des enfants pendant la fin de vie d'un parent ou d'un proche. Nos équipes de psychologues spécialisés dans l'accompagnement des enfants vivant des situations de perte, de séparation et de deuil ont alors très vite réalisé la nécessité d'ouvrir également des lieux pour les enfants après le décès d'un parent : les Espaces Papillon. Ces Espaces Papillon ont été couronnés par le Prix Princesse Mathilde et se sont ouverts à tous types de décès auquel peuvent être confrontés les enfants : accident, maladie, suicide. L'asbl Cancer et Psychologie possède maintenant une expérience de plus de dix ans de groupes de deuil pour les enfants et les adolescents dans les villes de Bruxelles, Liège, Namur et Charleroi où ils se déroulent un samedi par mois. Ces Espaces Papillon permettent aux enfants et aux adolescents de se retrouver pour partager un vécu

## Aidez-nous à améliorer Éducation Santé !

Nous vous avons envoyé à la mi-mai un questionnaire d'évaluation portant sur la revue et ses déclinaisons électroniques. D'ores et déjà un tout grand merci à celles et ceux qui l'ont rempli et nous l'ont renvoyé ou, encore mieux, l'ont complété en ligne. Si vous ne l'avez pas encore fait, nous vous serions reconnaissants d'y consacrer quelques minutes avant le 30 juin. Votre aide nous sera très précieuse.

Si vous ne remettez plus la main sur le questionnaire, pas de problème. Vous le trouverez sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). Il ne faut que quelques petites minutes pour le compléter. Bien entendu, nous ne manquerons pas de vous informer des résultats dans un prochain numéro.

**Christian De Bock**, rédacteur en chef

commun, confectionner une « boîte à souvenir », partager un rituel, exprimer les émotions liées à la perte et traverser les lourdes épreuves de deuil dans un groupe soutenant et solidaire, avec des professionnels pour les accompagner tout au long de ces étapes de reconstruction.

Nous souhaitons, dès à présent, ouvrir un nouvel Espace Papillon qui serait double : d'une part l'accueil des enfants/adolescents et d'autre part un deuxième lieu réservé au parent qui se trouve lui aussi confronté au décès de son conjoint et mis en difficultés devant les souffrances de ses enfants orphelins. La nécessité de créer un groupe de deuil pour les parents s'est imposée au fur et à mesure des demandes réitérées de soutien en provenance de la famille des enfants.

Ainsi pendant que l'enfant participe à l'Espace Papillon avec d'autres enfants en deuil, son parent participe lui aussi à un groupe de parole et d'échanges avec d'autres parents veufs/veuves. Les deux Espace Papillon sont situés à la même adresse mais dans des locaux séparés pour préserver l'intimité et la confidentialité des deux groupes. La durée de chaque Espace Papillon est de deux heures puis tous les parents et les enfants se retrouvent pour la dernière demi-heure et partagent un goûter ou une activité rituelle/créatrice commune.

Les enfants expriment toujours leur satisfaction de participer à ces groupes d'enfants, ils ne le vivent pas comme une activité triste ou douloureuse mais comme un lien d'amour qu'ils

peuvent maintenir avec le disparu et avec d'autres enfants qui partagent la même expérience. Les détresses familiales sont, au fil du temps, moins pénibles et la vie reprend le dessus car les enfants ont de grandes ressources de résilience.

**Sophie Buysel**, psychologue, sexologue (auteure avec Martine Hennuy des livres « Alice et Pays du cancer » et « On va où quand on est mort ? » aux Éditions Alice)<sup>1</sup>.

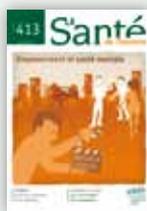
Asbl Cancer et Psychologie,  
avenue de Tervuren 215, 1150 Bruxelles.

Téléphone : 02 735 16 97.

Courriel : [canceretpsy@skynet.be](mailto:canceretpsy@skynet.be).

Site : [www.canceretpsy.be](http://www.canceretpsy.be)

1 Voir l'article 'Aborder les souffrances et les peurs du tout-petit', Carole Feulien, Éducation Santé n°269, juillet-août 2011, pages 2 à 9 ([www.educationsante.be/es/article.php?id=1388](http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1388))



## LA Santé de l'homme

### La Santé de l'homme n° 413 - mai-juin 2011

Tout nouveau numéro de La Santé de l'Homme est intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr). Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires des numéros parus et index depuis 1999, et, prochainement, l'intégralité des articles publiés depuis 2000.

#### Enquête

Les jeunes Polynésiens consomment plus de substances addictives qu'il y a dix ans, *François Beck, Marie-Françoise Brugiroux, Nicole Cerf, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Laurence Renou, Stanislas Spilka*

#### Dossier.

##### Empowerment et santé mentale

Introduction, *Annick Fayard, Aude Caria, Céline Loubières*

##### Définitions et concepts

L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques, *Nicolas Daumerie*  
Centre collaborateur de l'OMS à Lille : un interlocuteur pour les professionnels et les usagers  
Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France, *Emmanuelle Jouet, Luigi Flora*  
L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée, *Magali Coldefy*

##### Aperçu des pratiques

La Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne : un dispositif d'information et

d'entraide en santé mentale, *Aude Caria,*

*Céline Loubières*

« Créer du lien social » entretien avec *Patrick Boulein*

« Le groupe d'entraide mutuelle : un lieu d'échanges de pratiques et de pensées », entretien avec *Marie-France Casellas-Ménière*

La Bibliothèque vivante : un outil de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, *Céline Loubières, Aude Caria*

Bibliothèque vivante en Lorraine : des personnes concernées par des troubles psychiques témoignent de leur vécu, *Marie-Claude Barroche, Aude Angster, Alexandre Henry, Amandine Lab, Pauline Simon*

Emilia : un programme d'empowerment en santé mentale, *Emmanuelle Jouet, Sébastien Favriel, Tim Greacen*

Ateliers d'entraide Prospect-famille/Unafam :

« L'empowerment des aidants, par les aidants », *Marie-Françoise Debourdeau*

Intégrer d'anciens usagers aux équipes soignantes en santé mentale : une expérience-pilote, *Stéphanie Dupont, Patrick Le Cardinal, Massimo*

*Marsili, Guillaume François, Aude Caria,*

*Jean-Luc Roelandt*

Le conseil local de santé mentale : nouvel outil au service de l'empowerment des usagers ?

*Pauline Rhenter*

##### Vues d'ailleurs

Québec : les associations de défense des droits veulent un plan 'santé mentale' centré sur l'émancipation des usagers, *Doris Provencher*

Destigmatiser les maladies mentales : une expérience dans les lycées en suisse, *Anne Leroy, Laurence Pralong, Catherine Reymond Wolfer*

Programme transfrontalier de promotion de la santé mentale : des actions-pilotes d'empowerment, *Laurence Fond-Harmant, Stéphane Voison*

Pour en savoir plus, *Olivier Delmer*

##### La santé à l'école

Place et rôle de l'éducation à la santé dans la formation des enseignants, *Dominique Berger, Crane Rogers, Carine Simar, Nathalie Houzelle, Sandrine Broussouloux*

##### Lectures

*Céline Deroche, Sandra Kerzanet,*

*Laetitia Haroutunian*



## Sommaire

### Edito

- 2 Attitude zen, par *Christian De Bock*

### Initiatives

- 2 Interdire ou organiser la prostitution – 2<sup>e</sup> partie – Le débat 'abolition' ou 'gestion', par *Chantal Leva* et *Michèle Villain*

Dans un premier article, les auteurs ont traité l'aspect historique et juridique du phénomène et cherché à démonter les idées reçues les plus répandues à son sujet. Elles s'intéressent dans ce deuxième texte au débat entre partisans de l'abolition de la prostitution et ceux qui, comme elles, plaident pour une gestion 'humaine' du phénomène.

- 6 Arrêter de fumer, c'est possible, par *Christian De Bock* et *Céline Orban*

Le 23 mars dernier, les Femmes prévoyantes socialistes organisaient une matinée d'études sur le thème 'Le tabagisme : prévenir, sensibiliser, accompagner'. Occasion aussi de revenir sur le couple 'pilule – tabac'.

### Stratégie

- 8 Réforme du dispositif des politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, réflexions du Conseil supérieur de promotion de la santé, par *Chantal Leva*

Ce texte est le fruit d'une réflexion entamée par le Conseil en octobre 2011. Son objectif est de pointer les éléments fondamentaux qui devraient être pris en compte dans la réforme du dispositif des politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

### Vu pour vous

- 11 Campagnes de prévention : au cœur de l'évaluation, par *Anne Le Pennec*

Regard sur une discipline qui étudie comment les populations et les individus accueillent les campagnes médiatiques conçues à leur intention, si et comment elles y réagissent et se les approprient à plus ou moins long terme. L'évaluation sert à savoir si le jeu en vaut la chandelle, si ces actions particulières de communication à gros budgets ont effectivement leur place parmi les stratégies opérationnelles de promotion de la santé, si les instances qui s'y consacrent font bien les choses et ont raison de déployer ainsi leurs forces et les deniers publics...

**Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).**

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

**Réalisation et diffusion :** Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

**Ont collaboré à ce numéro :** Chantal Leva, Anne Le Pennec, Céline Orban, Michèle Villain.

**Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction :** Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Documentation :** Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

**Site internet :** Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

**Contact abonnés :** Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

**Comité stratégique :** Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel :** Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien,

Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

**Éditeur responsable :** Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette et mise en page :** Muriel Logist.

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 1950 exemplaires.

**Diffusion :** 1850 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)**

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la Plate-forme

[www.promosante.net](http://www.promosante.net).

# Education Santé



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

La revue **Éducation Santé** est réalisée avec le soutien de la **Fédération Wallonie-Bruxelles** Département de la Santé



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

