



Développer les aptitudes individuelles

Comment aider les individus à adopter des comportements favorables à une bonne santé ? Plusieurs approches convergent pour une prise de conscience non culpabilisante : *empowerment*, marketing social critique, développement des capacités à comprendre et à utiliser l'information pour faire des choix éclairés...

L'empowerment dans la promotion de la santé : quel « pouvoir » de résistance à l'injonction d'être « acteur de sa santé » ?

Marie Persiani
Directrice
de l'Ireps Lorraine

Le concept d'*empowerment*, qui signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir », est né dans les milieux de recherche et d'intervention anglophones à la fin des années 1970. Ce terme est abondamment utilisé dans des champs divers, comme le service social, la psychologie sociale, l'alphabétisation des adultes ou le développement communautaire. Le champ de la santé publique n'a pas échappé à cet engouement langagier et la notion d'*empowerment* occupe aujourd'hui une place de choix sur les questions relatives à ce domaine, en particulier en promotion de la santé, où ce concept est de plus en plus souvent utilisé, notamment par la mise en place d'actions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Or, comme le souligne Giddens « *l'acte d'intervenir suppose une directivité, car il vise à changer des choses dans la vie des personnes, donc exercer du pouvoir* » [29]. L'objectif de cet article est de redéfinir les notions de pouvoir et d'intervention au sein de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, afin de proposer des stratégies d'accompagnement des publics plus adaptées.

L'empowerment :
un terme mais plusieurs philosophies

● Définir l'*empowerment* n'est pas aisé car ce concept n'est pas neutre : il véhicule des idées philosophiques, politiques ou encore éthiques. Cependant, nous pouvons tenter de le définir par ce qui le sous-tend et le caractérise : la notion de pouvoir, et plus précisément la notion d'inégalité de pouvoir [86]. Pour l'auteure, il existe des barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements d'autre part, qui empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpellier directement les seconds ; une inégalité dans le partage des ressources (matérielles, humaines, financières) qui favorisent certaines catégories de personnes et enfin un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) qui « agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale » [86]. Ce contrôle plonge « de manière insidieuse, les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir » [86].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

● En fonction de ces différents types d'inégalités de pouvoir, et à la suite de Bacqué et Biewener [4], Tilman et Grootaers [34], nous pouvons définir trois modèles type d'*empowerment*. Le premier modèle nous propose une approche radicale qui s'appuie sur les théories de la domination et vise des transformations sociales significatives *via* l'émancipation individuelle et collective. Dans cette optique, les enjeux sont la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et des droits politiques. Le second idéal-type est le modèle libéral. Cette approche défend les libertés individuelles et se préoccupe de la cohésion sociale, cependant elle n'interroge pas pour autant les inégalités sociales et les structures socio-économiques et politiques. Enfin, le dernier modèle, que l'on peut qualifier de modèle néolibéral, pose le marché au premier plan : l'individu doit être « *entrepreneur de sa propre vie* » [4] et la question de l'émancipation et de la justice sociale n'est pas posée. Dans cette optique, l'échec de l'intégration est de la seule responsabilité de l'individu. Le collectif n'est pas convoqué pour apporter des solutions.

● Dans ce premier point, nous avons tenté de définir le concept d'*empowerment* et nous avons précisé que les stratégies utilisées dans ce cadre théorique s'inscrivaient dans un contexte d'inégalité de pouvoir et d'inégalité d'accès aux ressources et aux services.

La promotion de la santé va se réapproprier cette notion d'*empowerment*, en particulier sur la question de la « *capacité des individus à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement, à travers* :

« 1. *l'accès à l'information, à la connaissance et aux compétences,*

« 2. *l'implication dans les processus de prise de décision,*

« 3. *la capacité à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires,*

« 4. *l'efficacité personnelle, la participation communautaire et le contrôle perçu* » [88].

Vers une nouvelle définition du pouvoir et de la santé : l'*empowerment* comme levier d'action en promotion de la santé

Le pouvoir est souvent de prime abord associé à la domination, la notion de pouvoir développée par l'*empowerment* prend un sens bien précis en promotion de la santé :

« *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les*

capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé. »

Dans cet extrait de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986)¹, texte de référence en promotion de la santé, le champ de la promotion de la santé nous propose une nouvelle approche de la santé : être en bonne santé ne relève plus uniquement d'une approche sanitaire et organique, mais d'une vision plus globale en termes de bien-être et de qualité de vie, en permettant à chacun d'acquérir plus de contrôle sur sa santé, notamment par « *l'acquisition d'aptitudes individuelles* ». Cette formulation nous invite à nous interroger car elle présuppose que les « *bénéficiaires* » pourraient être dépourvus de ces aptitudes, ce qui nécessite la mise en place d'actions de remédiation pour pallier ce manque.

Dans la pratique, nous pouvons observer deux types de remédiations. Le premier type propose de renforcer les connaissances des bénéficiaires. Mais cet apport de connaissances omet de prendre en considération les facteurs socio-économiques des personnes, au risque de renforcer les inégalités de santé : la personne bénéficie-t-elle d'un environnement favorable qui lui permette de mettre en application les recommandations des professionnels de santé ?

Le second type de remédiation vise à l'acquisition de compétences, en particulier psychosociales. Cela ne doit en rien laisser penser que l'acquisition de ces compétences aurait pour but d'amener les personnes à modifier leurs comportements en se conformant à ce que « *d'autres* » veulent pour elles : professionnels du soin, du social, éducateurs en santé, etc., qui, animés de « *bonnes intentions* », œuvrent pour le « *bien de l'autre* », dans une approche « *aidante* ». Pour la promotion de la santé, l'acquisition ou le renforcement de ces aptitudes doit, au contraire, permettre aux personnes et aux groupes de prendre conscience des contraintes qui pèsent sur elles et ainsi de pouvoir penser les moyens à mettre en œuvre pour s'en libérer. Ces compétences seront les nouveaux outils d'élaboration d'une décision non seulement individuelle, respectant leur(s) priorité(s) et qui contribuera de fait à leur santé et leur bien-être, mais aussi au renforcement de leur citoyenneté. En effet, la personne (ou la communauté) sera en capacité d'interpeller les politiques publiques, sur l'emploi, l'habitat, l'urbanisme, l'éducation, les loisirs, mais aussi sur les politiques économiques et sociales, d'améliorer son cadre de vie, de s'exprimer dans le débat public et faire évoluer les services de santé pour qu'ils prennent davantage en compte les besoins des populations qu'ils servent. L'objectif « *n'est pas de parler au public de sa santé, mais de lui donner l'aptitude à parler de sa santé et des éléments qui la contraignent ou la favorisent, des choix à faire, des décisions à prendre, de l'autonomie et de la justice sociale* » [18].

1. Charte d'Ottawa : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf



Cette définition de la promotion de la santé, en termes de bien-être et de qualité de vie dépassant le « secteur de la santé », nous amène à qualifier, non sans une certaine provocation, les professionnels de santé comme des professionnels de la maladie et du soin mais aussi... de la prévention. Et si les termes de prévention et de promotion de la santé continuent à s'afficher côte à côte, c'est bien parce qu'ils ne recouvrent pas, nous semble-t-il, la même signification ni les mêmes pratiques, dans l'esprit de ceux qui en font la distinction. Jean-Claude Sournia définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce » [81]. Cette perspective, marquée par une orientation et des finalités biomédicales, suppose une intervention en dehors de toute expression ou demande du sujet. Ce qui va à l'encontre du concept d'*empowerment*. Dans l'éducation pour la santé, notre rôle de professionnel n'est pas de prévenir les bénéficiaires de l'ensemble des risques

qu'ils encourent mais de partir de leurs préoccupations et de leurs savoirs issus de leur expérience, pour les accompagner sur des chemins qui ne sont pas toujours très bien tracés. C'est la raison pour laquelle nous préférons le terme d'éducation pour la santé à celui de prévention.

L'éducation pour la santé : un acte d'accompagnement du sujet

Philippe Lecorps définit l'éducation pour la santé comme un « acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de vie » [46].

Et il ajoute que pour remplir ce rôle d'accompagnateur, tout professionnel du soin, de la prévention, du social, du médico-social, de l'éducation, des loisirs, de la justice, etc., au contact de la population, dans une relation

Les réseaux sociaux au service d'un dispositif de marketing social : l'exemple

Le dispositif « Mois sans tabac », mis en place en 2016 par Santé publique France avec le soutien de l'Assurance maladie et du ministère chargé de la santé, a pour objectif d'inviter les fumeurs à faire une tentative d'arrêt du tabac pendant un mois, en novembre. Il s'inspire de l'opération anglaise « Stoptober », dont l'efficacité a été démontrée¹.

« Mois sans tabac » se compose de deux temps successifs :

- en octobre, le dispositif a pour objectif d'inviter les fumeurs à préparer leur arrêt du tabac et à s'inscrire sur le site www.tabac-info-service.fr ;
- en novembre, les fumeurs engagent leur arrêt du tabac et sont soutenus par le dispositif.

Cette opération vise les fumeurs de 20 à 50 ans et leur entourage, et plus particulièrement les fumeurs à plus faible niveau de revenu, de diplôme ou sans emploi du fait d'écarts de prévalence tabagique particulière-

ment défavorables au sein de ces populations.

Cette opération s'inscrit pleinement dans la démarche du marketing social, qui emprunte au marketing marchand sa méthode de conception et d'évaluation, mais s'attache à promouvoir le bien-être collectif.

Elle se fonde sur une double originalité :

- proposer aux fumeurs de faire une tentative d'arrêt de trente jours, plutôt que d'arrêter de fumer définitivement. Cet objectif semble plus accessible pour certains fumeurs car il est circonscrit dans le temps. Par ailleurs, il correspond à la durée au-delà de laquelle les symptômes de sevrage sont considérablement réduits et les chances de succès dans l'arrêt multipliés par 5² ;

- déployer l'opération via des actions de communication dans les médias mais aussi via des actions de proximité ayant pour but d'informer, d'inciter et d'accompagner tous les

fumeurs dans l'arrêt du tabac. Ces actions sont portées par tous types d'opérateur : services de l'État, collectivités territoriales, établissements de santé, associations, entreprises, etc.

Pour accompagner les fumeurs dans leur tentative d'arrêt du tabac, « Mois sans tabac » met en avant l'ensemble des ressources susceptibles de les soutenir, au premier rang desquelles se trouvent les professionnels de santé. En complément, l'opération s'articule étroitement avec le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac à distance Tabac info service, accessible par téléphone (39 89, service gratuit + prix d'un appel), par Internet (www.tabac-info-service.fr), via une application smartphone éponyme disponible depuis l'Apple Store® et le Play Store®, et enfin depuis une page Facebook www.facebook.com/tabacinfoservice.

Très vite, les réseaux sociaux ont trouvé une place dans ce dispositif fondé notamment sur la théorie de la contagion sociale. Cette théorie postule en effet que des comportements peuvent se diffuser à la manière d'une épidémie.

Olivier Smadja
Chef de projets,
Direction de la
prévention et de
la promotion de
la santé, Santé
publique France
Viêt Nguyen-Thanh
Responsable de
l'unité Addictions,
Direction de la
prévention et de
la promotion de
la santé, Santé
publique France

1. Brown J., Kotz D., Michie S., Stapleton J., Walmsley M., West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? *Drug Alcohol Depend.* 2014, 135 : 52-8. Epub 2013/12/11.

2. West R., Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review.* 2008, 17 (110) : 199-204.

(d'aide ?) doit abandonner sa position d'expert et reconnaître au sujet « sa position d'auteur de sa vie ». Le professionnel doit se placer « en position d'appui, d'auxiliaire » et aider les personnes à échapper à la fatalité ou la sidération des événements de vie qu'ils traversent et n'ont pas choisis, pour « s'ouvrir à la construction d'une vie possible, avec les limites qu'il s'agit d'affronter » [46]. Accompagner les personnes nous oblige à quitter la position de « quelqu'un qui saurait le bien de l'autre et s'efforcerait de l'y conduire » [46].

Nous pouvons, à la lecture de cette définition, entrevoir les difficultés d'une telle démarche. Cela nécessite pour le professionnel, comme nous le rappelle Christine Ferron, « de reconnaître le plaisir lié à certains comportements, et de mettre les personnes en situation de comprendre ce qui influence leurs comportements, mais aussi d'identifier la façon dont ces dernières peuvent gérer des motivations contradictoires ». Il s'agira également « de développer leurs capacités d'écoute, de réflexion et d'analyse et de les mettre en capacité de faire les choix

qu'[elles] jugeront bons pour [elles]-mêmes ou pour la collectivité. » [23]

Il s'agit donc pour les professionnels qui accompagnent d'accepter les divergences de buts et les choix des personnes, et donc de « lâcher prise » : renoncer à définir les objectifs d'une action à partir de leurs seules préoccupations ou encore abandonner une approche explicative fondée sur une responsabilité purement individuelle. Quand les politiques de santé demandent à tout un chacun d'être « acteur de sa santé », s'agit-il réellement d'une invitation à prendre plus de pouvoir ? N'y a-t-il pas une forme d'injonction à peine dissimulée à être responsable, au sens où un bon citoyen choisit de mettre tout en œuvre pour maintenir ou développer le meilleur niveau de santé possible ? Soyons vigilants à ce que la responsabilité dont il est question ici puisse rester émancipatrice, et ne fasse pas porter le poids de la santé ou de la maladie sur la personne, dans un déni des déterminants de la santé (impliquant une responsabilité partagée par l'ensemble des décideurs,

de « Mois sans tabac »

Des mécanismes d'imitation et de façonnement progressif des normes sociales permettraient une adoption massive de comportements, à condition d'avoir pu identifier et mobiliser des vecteurs adaptés³.

Selon le Baromètre du numérique 2017 du Credoc⁴, 9 Français sur 10, âgés de 12 ans et plus, sont connectés à Internet (8 sur 10 pour les personnes à plus faible niveau de revenu), 7 sur 10 sont équipés d'un smartphone. Le principal usage du smartphone étant la participation à des réseaux sociaux.

Les réseaux sociaux, et particulièrement Facebook, sont devenus en une quinzaine d'années un des principaux lieux de partage des expériences de vie quotidienne. Toutes les organisations, à vocation commerciale ou non, l'ont bien compris et y assurent une présence constante.

Lors de la première édition de « Mois sans tabac », l'Assurance maladie et Santé publique France

ont produit pour l'occasion une page Facebook « Mois sans tabac » ayant vocation à exister toute l'année sous la bannière Tabac info service. En octobre et novembre 2016, la page a bénéficié d'une importante activité éditoriale, ce qui lui a permis d'attirer 75 000 internautes. Son activité a été très importante et a culminé à 11 000 interactions (partage, like, commentaire) par semaine. Sur cette page, les contributions les plus nombreuses ont pris la forme de témoignages relatifs à la tentative d'arrêt du tabac des internautes, très largement commentés de témoignages similaires ou d'encouragements.

En année 2, ce dispositif a été approfondi et des groupes ont été créés, conçus pour être l'incarnation des équipes de candidats à l'arrêt du tabac, promues par la campagne en 2017. Ces groupes virtuels sont aussi le reflet des groupes de paroles présentiels, qui proposent un cadre sécurisant pour partager un changement de comportement. Ils ont pris la forme de groupes « fermés » (la participation à ces groupes implique la validation par l'administrateur du groupe), déclinés selon une logique

territoriale – un groupe par région administrative – ou thématique – un groupe par méthode d'arrêt, motivation ou crainte à l'arrêt.

Au total, 35 groupes ont accueilli plus de 70 000 membres. Les groupes les plus fréquentés ont été le groupe « Néo-aquitain », pour les groupes régionaux, et le groupe « Pour mes enfants », pour les groupes thématiques. Les nombreuses contributions sur ces groupes ont validé leur intérêt. Ce fut par exemple le cas du groupe « Pour mes enfants », dont les témoignages sur les motivations à l'arrêt ont été très nombreux.

Aujourd'hui, les réseaux sociaux sont envisagés comme un canal de communication complémentaire des canaux plus traditionnels que constituent la télévision ou la radio. Ils constitueront peut-être à l'avenir un canal d'intervention plus structuré, sur le modèle des interventions à distance telles que les services téléphoniques ou web d'aide à l'arrêt du tabac. Ces modèles de structuration restent à inventer, à évaluer et à promouvoir. ➤

3. Smith K.P., Christakis N.A. Social networks and health. Annual Review of Sociology. 2008 ; 34 : 405-429

4. Albérola E. et al. Baromètre du numérique. Crédoc, 2017.



des acteurs et de la population), et des inégalités de pouvoir, à l'origine des inégalités de ressources. Pour exemple, dans les programmes de « soutien » à la parentalité, les parents peuvent être présentés comme des parents défaillants, qu'il faut « rééduquer » ; or ne peut-on pas suggérer l'idée qu'ils sont plutôt des parents disqualifiés... auxquels la promotion de la santé et son armée d'éducateurs pour la santé pourraient redonner confiance, dans des programmes d'accompagnement plutôt que de soutien, afin qu'ils puissent reprendre du contrôle sur leur vie ?

Conclusion

Choisir comme cadre théorique l'*empowerment* consiste à travailler à une redistribution plus équitable des rôles, des pouvoirs et des ressources qui sont portés à la fois par la population, par les professionnels de tous

champs, mais aussi par le politique. Envisager ce concept sous l'angle de la promotion de la santé, c'est sortir du schéma classique de la prévention, qui s'efforce chaque jour d'élaborer de nouvelles formes de stratégies de responsabilisation, voire de culpabilisation de la population, en imposant des comportements qui seraient plus ou moins « bons » pour la santé, non sans une certaine forme de jugement moral. La prévention, telle qu'elle se manifeste aujourd'hui, présente l'insoumis à ces dispositions comme le « *gestionnaire de sa propre punition* » (Jean-Marc Weller [87]). Promouvoir la santé, c'est refuser que les politiques mises en place soient le centre de processus de stigmatisation faisant peser sur la population le poids et la responsabilité de leur santé. Et si faire de la promotion de la santé était sortir de l'injonction à une bonne santé et offrir des espaces de rencontres et d'expériences plus démocratiques ? ➤

Le marketing social critique

Définition, contours, applications et utilité pour la santé publique

Karine Gallopel-Morvan
Professeure des universités, EHESP (École des hautes études en santé publique), EA 7348 MOS, professeure honoraire, université de Stirling (Ecosse)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

L'objectif de cet article est de définir le marketing social critique, d'en préciser les contours, les applications, puis de montrer l'utilité de cette discipline pour les acteurs de la santé publique.

Définition et contours du marketing social

Une définition du marketing social proposée en 1973 par Lazer et Kelley [44] est la suivante : « *Le marketing social consiste à appliquer et à utiliser les connaissances, les concepts et les techniques du marketing [marchand] pour des finalités économiques et sociales. Le marketing social consiste également à analyser les conséquences sociales des activités, décisions et politiques marketing des acteurs [marchand]* ». La première partie de la définition se réfère au marketing social utilisé à des fins de prévention et dont le but est de développer des programmes efficaces pour faire évoluer les comportements des individus dans un sens favorable à leur santé [27]. À titre d'illustration, citons la campagne « Mois sans tabac », lancée en France depuis 2016 par Santé publique France, qui mobilise les outils et les théories du marketing afin d'inciter les Français à arrêter de fumer (théorie de la contagion, segmentation, supports et aides pour aider à arrêter, proximité du message avec la cible, etc.) [28].

La deuxième partie de la définition proposée par Lazer et Kelley est moins connue des chercheurs et des acteurs du terrain. Elle propose de prendre en compte les activités marketing des industriels qui ont une influence négative sur les individus et qui sont une forme de « concurrence » des comportements de santé.

Des chercheurs ont qualifié cette approche de « marketing social critique » [31, 37], dont le but est de mieux cerner, afin de les contrer, les forces concurrentielles en présence qui vont à l'encontre des comportements des individus souhaités par les acteurs de la santé. Le principe est de considérer que la modification des comportements ne peut se produire sans comprendre ce qui les influence. Si de nombreuses recherches ont montré que les pratiques à risque pour la santé (tabagisme, alcoolisation excessive, etc.) sont influencées par le sexe, le niveau d'éducation, la famille, les amis, les médias, etc., des études ont également mis en évidence que le marketing utilisé par des industriels a un impact sur ces comportements. En particulier, les recherches développées en marketing social critique ont pour objet l'analyse de l'effet du marketing et des relations publiques déployés par certaines entreprises (tabac, alcool, etc.) sur les représentations, perceptions et comportements des consommateurs et des leaders d'opinion qui façonnent les lois, les normes et les tendances (journalistes, politiques, scientifiques, etc.).

Exemples de recherches menées en marketing social critique

Les recherches en marketing social critique se sont beaucoup développées à partir des années 1980. Leurs contextes d'application sont variés : il peut s'agir d'explorer les activités commerciales des industriels du tabac, de l'alcool, de l'agroalimentaire, des jeux de hasard et d'argent ou encore de l'automobile (dont les