



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.