

Communication et santé : des paradigmes concurrents

Lise Renaud, Carmen Rico de Sotelo

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2007/1 Vol. 19 , PAGES 31 À 38
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.071.0031

Date de mise en ligne : 01/01/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-31?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Communication et santé : des paradigmes concurrents

Communication and health: rival or parallel paradigms?

Lise Renaud (1), (2), Carmen Rico de Sotelo (1), (3)

Résumé : Cet article relate l'évolution des approches de communication en matière de santé :
1 – approche de la modernisation ou modèle linéaire de changement de comportement ;
2 – approche de la dépendance ou la conscientisation et l' *empowerment* et
3 – approche du nouveau développement ou la participation et le co-développement.
Pourquoi, après le déploiement de tant de programmes utilisant les communications pour la santé, les problèmes socio-sanitaires persistent-ils ? L'article fait ressortir une coexistence d'approches théoriques différentes et parfois opposées selon les écoles. Il demeure que la communication comme vecteur de changement de comportements semble rester l'axe théorique dominant dans le domaine de la santé.

Mots-clés : communication - approche théorique - paradigme - santé publique

Summary: *This article recounts the evolution of communications approaches in health-related matters: 1) the approach of modernization, also known as the linear model of behaviour change; 2) the approach of dependency, also known as awareness-raising or empowerment; and 3) the approach of new development, also known as participation and co-development. Why, after the establishment and unfolding of so many programmes utilising communication for health, do social health problems persist? The article underlines a co-existence of various different and sometimes opposing, according to the school of thought, theoretical approaches. It remains that communication as a vector for behaviour change seems to carry on as the dominant theoretical axis in the health field.*

Keywords: communication - theoretical approach - paradigm - public health

(1) Ph.D. professeure au département de communication sociale et publique, Université du Québec à Montréal (UQAM). UQAM. Département de communication sociale et publique. Case Postale 8888, succursale Centre Ville Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada.

(2) Directrice du groupe de recherche médias et santé.

(3) Directrice du groupe COMAL (comité/communication Amérique latine).

Introduction

La santé demeure plus que jamais une préoccupation pour l'ensemble des gouvernements de la planète : multiplication des épidémies (SRAS, grippe aviaire, etc.), augmentation de l'obésité, recrudescence des MTS-sida, autant de problèmes de santé qui affectent des régions entières et qui, parfois, prennent une proportion pandémique. Parmi les stratégies pour surmonter ces problèmes de santé, les moyens de communication sont largement utilisées par les agences et organismes gouvernementaux, les agences internationales et les organismes à but non lucratif pour amener la population qu'elle soit locale, régionale, nationale ou internationale, à atteindre un état de bien-être physique, mental et social.

La communication pour la santé se définit comme l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé. La communication pour la santé s'exerce dans des contextes multiples : relation patient-prestataire de services ; recherche d'informations sur la santé par un individu ou un groupe ; adhésion d'un individu ou d'un groupe à un traitement ou à des recommandations spécifiques ; élaboration de campagnes de sensibilisation destinées au grand public ; conscientisation aux risques pour la santé associés à des pratiques ou à des comportements spécifiques ; diffusion dans la population d'une certaine représentation de la santé ; diffusion de l'information relative à l'accessibilité aux soins de santé ; communication auprès des décideurs afin qu'ils modifient l'environnement, etc.

Au début de son utilisation, la communication pour la santé était considérée comme suffisante pour atteindre ces objectifs. Bien vite, les gouvernements ont admis ses limites tout en reconnaissant que les communications sont de puissants moteurs de promotion de la santé. Les communications pour la santé ne sont pas une fin en soi ; elles participent du contexte global où la santé devient l'affaire de tous. Ainsi, les communications pour la santé sont nécessaires mais non suffisantes pour engendrer les changements socio-sanitaires pour lesquels les agences de santé les utilisent.

Cet article relate l'évolution des approches de communication en matière de santé. Pourquoi, après le déploiement de tant de programmes utilisant les communications pour la santé, les problèmes socio-sanitaires persistent-ils ? L'article fait ressortir une coexistence d'approches théoriques différentes et parfois opposées selon les écoles. Il demeure que la communication comme vecteur de changement de comportements semble rester l'axe théorique dominant dans le domaine de la santé.

Les communications : une priorité gouvernementale pour la mise en œuvre de la santé pour tous

La *Conférence internationale sur les soins de santé primaires* qui s'est déroulée à Alma Ata au Kazakhstan en 1978 a été décisive pour la problématique « Communication et santé ». La déclaration d'Alma Ata a désigné l'information et l'éducation à la santé comme les premières parmi les huit priorités en matière de soins de santé primaires. Selon cette déclaration, l'approche en soins de santé primaires implique : 1 – **le droit des populations**

à connaître leurs principaux problèmes de santé et à participer à leur solution ; et 2 – le **devoir des gouvernements** « *de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action (soins de santé primaires) moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes, l'alphabétisation et la mise en place de structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les communautés puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être* ⁽⁴⁾ ».

De plus, en 1986, la *Charte d'Ottawa* (OMS 1986) ⁽⁵⁾ sur la promotion de la santé affirmait l'importance des communications comme une des cinq stratégies complémentaires et essentielles permettant de confier aux collectivités et aux individus le soin d'améliorer leur propre santé. Notons qu'en août 2005, les principes de la Charte d'Ottawa ont été réitérés dans la *Charte de Bangkok* [7], qui reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Au cœur de la Charte de Bangkok se trouve ainsi réaffirmée la préoccupation que les communautés se dotent de moyens d'action leur permettant d'agir et d'améliorer la santé de leur population. Parmi les stratégies possibles, les participants ont privilégié l'éducation à la santé, la communication pour la santé et l'action politique.

Ainsi, depuis les années 80, nombre de pays se sont inscrits dans un processus actif d'utilisation des communications dans le domaine de la santé publique.

Dans le contexte du développement, les agences internationales de l'ONU, particulièrement celles intervenant dans le domaine de la santé comme l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont uni leurs efforts pour s'impliquer dans la mise en place de moyens pour réaliser les priorités de la *déclaration d'Alma Ata* de 1978 ou de la Charte d'Ottawa de 1986. Elles ont notamment développé des campagnes de communication socio-sanitaire dont les acteurs relais sont les gouvernements nationaux.

La communication pour la santé : co-existence de plusieurs approches

L'approche de la modernisation : un modèle linéaire de changement d'attitude et de comportement

Tous les pays signataires ont développé des campagnes de communication et d'éducation pour la santé visant les changements d'attitudes et de comportement [1]. Le vocable Information-Éducation-Communication (IEC) désigne une manière de développer au niveau international des campagnes d'éducation qui sont implantées au niveau national voire local. Waisbord [5, 11] définit l'IEC comme « l'ensemble des interventions qui utilisent de manière planifiée et intégrée les démarches, techniques et ressources de l'information, de l'éducation et de la communication pour faciliter, au niveau d'un individu, d'un groupe ou d'une communauté donnée, l'adoption, le

(4) Rapport de la *Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires*, du 6 au 12 septembre 1978, p. 25.

(5) OMS (1986). La Charte d'Ottawa a été adoptée le 21 novembre 1986. Elle est disponible en ligne <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827?language=French>

changement ou la consolidation des comportements favorables au bien-être individuel et collectif ». C'est le cas par exemple d'une campagne télévisuelle sur le SIDA au Nicaragua [4] où une ONG nicaraguayenne a réalisé de 1994 à 1996 des campagnes médiatiques (radio, affiches, journaux, télévision) afin de sensibiliser les jeunes adultes de 15 à 29 ans sur la problématique du sida. Les résultats de cette évaluation montrent que 98 % des répondants affirment que la télévision est une bonne stratégie pour les rejoindre et environ 23 % se rappellent la teneur du message publicitaire.

À un niveau plus général, cette volonté d'influer sur les comportements des acteurs sociaux en vue de faire accepter une innovation sociale ou technologique correspond au niveau international à ce qu'on a appelé le paradigme de la modernisation [10]. Développée entre la fin de la deuxième guerre mondiale et les années 70, cette approche qui se base sur le modèle diffusionniste examine les spécificités culturelles comme certains obstacles qu'il faut vaincre en vue de l'adoption des comportements souhaités.

Face aux échecs répétés dans l'implantation d'un certain nombre de programmes de santé, les organisations internationales œuvrant dans le domaine ont identifié un certain nombre de facteurs endogènes explicatifs à leurs yeux des résultats mitigés constatés lors des phases d'évaluation. Les agences internationales spécialisées œuvrant dans le domaine de la santé identifient comme causes internes des échecs les facteurs suivants [6] :

- une absence de réglementations politiques des pays en faveur de l'utilisation des communications pour la promotion de la santé ;
- une mauvaise coordination entre le secteur de la santé et celui des communications, d'où la nécessité d'établir des mécanismes fonctionnels entre le secteur de la santé et celui des médias ;
- le dénigrement des moyens traditionnels de communication ;
- la place réservée à l'information pour la santé qui reste infime par rapport aux publicités des grandes multinationales ;
- une stratégie ponctuelle des actions d'information et non une vision intégrée et à long terme ;
- la nécessité d'une formation appropriée des personnels des secteurs de la santé et de la communication.

Dans le même sens, le projet du Consortium des Universités d'Amérique latines [8] pour le développement des compétences communicationnelles des travailleurs des secteurs de la santé et des communications a permis de constater que les multiples actions de communication en santé se traduisaient surtout en campagnes de portée réduite et en une immense production de matériel informatif et éducatif utilisé ensuite pour renforcer les activités des services de santé (ateliers, conseil) ou promouvoir la présence institutionnelle à travers des produits marketing et publicitaires.

L'approche de la dépendance⁽⁶⁾ : la conscientisation et l'empowerment

Ces constatations remettent en question le fait de s'attaquer uniquement aux comportements individuels des gens puisque les problèmes persistent

(6) Le terme « paradigme de la dépendance » a été défini par des économistes, notamment Samir Amin (*L'échange inégal*, 1976) et André Gunter Frank (*Capitalisme et sous-développement en Amérique Latine*, 1967).

toujours et sont attribuables à des facteurs extérieurs, notamment aux inégalités et injustices structurelles. Elles ont amené progressivement d'autres approches telles que l'*empowerment*, la conscientisation des groupes et l'éducation populaire qui deviennent des concepts clés sur lesquels reposent certains projets de communication en santé publique. Cette orientation plus politique s'inscrit en réaction aux inégalités macro-structurelles dénoncées dans le cadre du paradigme de la dépendance. On voit apparaître des programmes de communications où les professionnels de la santé dialoguent avec les populations défavorisées, afin que ces dernières acquièrent du pouvoir sur leur vie en développant des capacités individuelles et communautaires pour se prendre en main. C'est le cas du programme : *Naître Égale, Grandir en Santé* (Brodeur et al. 2004) implanté dans tout le Québec et supporté par le réseau du système de santé. L'approche préconisée est du type d'*empowerment*. Le professionnel de la santé, en créant avec elle une relation de confiance, accompagne la femme enceinte de milieu défavorisé afin qu'elle reprenne le contrôle sur sa vie. L'objectif de ce programme est de faire en sorte que la femme bénéficie d'une approche individualisée et de services multidisciplinaires. Soutenue par un intervenant de confiance, elle sera encouragée à recevoir les services préventifs sanitaires et sociaux disponibles tout en modifiant ses comportements. Une action intersectorielle structurée et concertée vise en même temps l'amélioration de son environnement. Le but visé est à la fois l'amélioration de la santé de la future mère et celle du nouveau-né. Cependant, l'évaluation de ce programme montre, certes, une incidence positive sur la santé des mères, notamment en regard de la réduction des symptômes dépressifs postnatals, mais il demeure sans amélioration du poids du nouveau-né. De plus, l'évaluation rapporte que la volonté politique est présente mais que l'application d'un partage réel du pouvoir entre les professionnels de la santé et les personnes de milieu défavorisé n'est pas encore totalement mise en pratique c'est-à-dire qu'il n'est pas appliqué partout dans toutes les instances de travail.

L'approche du nouveau développement : la participation et le co-développement

Enfin, en lieu et place du modèle axé sur les changements comportementaux, le paradigme du nouveau développement se préoccupe de la réception des programmes par les populations locales et de la prise en considération des enjeux dans des perspectives plus larges. Il appelle à une participation active des populations et met les individus au centre du dispositif communicationnel, de manière à rendre le changement permanent. Cela implique de dépasser la conception de la santé omniprésente dans les modèles diffusionnistes et dans celui du changement de comportements/IEC, etc. pour parvenir à comprendre la santé en tant qu'ensemble de processus et de relations qui se tissent entre les personnes, comme participation, entente, négociation de connaissances et de pratiques. Bref, on passe d'une position individuelle (je-tu) à une approche relationnelle (nous). Cette perspective dynamique renouvelée est issue d'une réflexion et d'une recherche sur les processus de communication en santé, où on a constaté que les produits communicationnels étaient devenus le noyau des stratégies au détriment des publics destinataires, c'est-à-dire une stratégie centrée exclusivement sur le **produit** à réaliser. La logistique et les ressources communicationnelles passaient au premier plan pour laisser en arrière-fond les

processus qui supportent les changements individuels et collectifs. C'est le cas du programme de *Communication participative des jeunes d'une commune défavorisée de Cali* [3] qui, pour combattre la violence, promulguait les principes de citoyenneté avec le concours des jeunes d'un quartier paupérisé. Les résultats les plus visibles du projet ont été les répercussions positives sur la santé et le bien-être des jeunes participants, ainsi que l'acquisition de compétences utiles pour la vie (*life skills*) ; par contre, on déplore la participation sociale difficile des membres du groupe dans les conseils locaux de la commune. En effet, le milieu communautaire n'était pas réceptif aux nouveaux interlocuteurs (les jeunes) et les conseils consultatifs locaux n'accordaient que peu de voix aux jeunes participants.

Ce changement qualitatif est de taille : le cadre théorique actuel serait celui du passage progressif du patient à l'usager puis au citoyen.

Le projet du Consortium des Universités d'Amérique latine, tout comme le ministère de la santé des services sociaux du Québec s'inscrivent dans cette perspective depuis quelques années. Le consortium [8] a ainsi défini une feuille de route en communication pour la santé qui privilégie les points suivants :

- la décentralisation privilégiant les espaces locaux (quartier, ville, place publique, etc.) ;
- l'utilisation de nouvelles stratégies communicatives : débat public, animation culturelle, plaidoyer, etc. ;
- la communication comme un processus et non comme un ensemble de matériels de promotion ;
- la construction d'indicateurs de communication basés sur les aspects culturels et de promotion de la santé.

Conclusion

Nous avons identifié des grandes approches qui ont influencé les communications dans le domaine de la santé : l'approche de la modernisation (communication linéaire pour le changement de comportement, IEC), l'approche de la dépendance (*empowerment* et conscientisation) et celle du nouveau développement (communication participative ou co-développement). Bien que ces approches coexistent, et que les organisations aient constaté les limites de l'approche basée sur le changement de comportement, il demeure néanmoins que cette dernière constitue toujours le paradigme dominant en matière de santé publique. Cette approche offre des campagnes de santé à forte tendance homogénéisante dans ses définitions stratégiques et en attente quasi magique des résultats liés aux changements de comportements, comme si c'était une opération simple. Pourquoi les plans de communication en santé se ressemblent-ils tellement, alors que les populations, les problèmes, la culture et le vécu concret sont si différents ? Pourquoi réalise-t-on les mêmes campagnes lorsqu'on s'adresse à une population rurale ou urbaine, à des jeunes ou à des aînés, à des femmes autonomisées ou dépendantes, dans des secteurs de pauvreté extrême ou moyenne, chez des ethnies aux modèles culturels différents ? Il est évident que le modèle suivi est basé sur une intervention de campagne publicitaire stéréotypée. Ce modèle de campagne prédéterminé est pleinement repérable dans les

approches diffusionnistes, mais il subsiste également dans certaines variantes de l'IEC. La communication se concentre ainsi à tort sur le rapport annonceurs consommateurs, concept extrait des règles du marché qui s'appliquent mécaniquement partout et en tout temps. C'est pour cela que l'on nie les différences et les complexités. Dans cette perspective, la communication est un ensemble de recettes sur des étapes à franchir, avec l'évaluation de l'impact atteint. Ainsi « l'autre » ne constitue pas une énigme à déchiffrer ou à découvrir, mais un étranger qu'il faut convaincre pour qu'il modifie ou change son attitude. Il n'est pas considéré non plus comme un sujet social ou communautaire, imbriqué dans un tissu à la fois social, culturel, économique et psychologique.

Le projet du Consortium des Universités d'Amérique latine, à titre d'exemple, montre les efforts de réflexion et d'intervention qui remettent en question la conception de la communication verticale ; prescriptive et descendante de la part des agents des institutions de santé et des médias vers la population considérée homogène, sinon interchangeable. À l'opposé, dans l'approche communicationnelle basée sur la participation et le co-développement, l'individu est considéré comme l'acteur principal, en position de dialogue avec l'État et ses représentants à travers un processus de communication civique qui permet de reconnaître des problèmes identifiés conjointement par la population et par les autorités. Cette approche semble prometteuse mais il importe que tous les acteurs offrent mutuellement un espace de dialogue ; en effet, certaines conditions doivent être en place pour que cette réciprocité existe : démocratie, paix, répartition de la richesse, implication des organisations en faveur des conditions sociales, positionnement égalitaire des professionnels de la santé, etc.

Or, il ne suffit pas de formuler des projets et d'élaborer des campagnes de santé, encore faut-il une réelle volonté politique pour la mise en œuvre effective des divers programmes développés dans une perspective de participation et d'implication citoyenne. Au Canada et au Québec, les ministères de la santé ont maintenant des sections de communication spécialisées en santé publique. Cette volonté politique permet de travailler de concert avec toutes les instances et groupes interpellés par diverses thématiques de santé, ainsi que de développer des programmes tenant compte des diverses réalités économiques, ethniques et religieuses. Cependant, il y a encore un certain écart entre cette volonté politique et la mise en œuvre des programmes sur le terrain. Dans les pays d'Amérique latine ou d'Afrique notamment, où la faiblesse des économies est assujettie à un certain contrôle des politiques de santé publique par des agences internationales telle que l'OMS, le défi majeur est de développer des initiatives conjointes de communication et de santé qui soient réellement adaptées aux multiples contextes de la région. Pour ce faire, les décideurs locaux des divers pays tant du secteur de la santé que de celui des communications devraient comprendre l'intérêt de communiquer sur le thème de la santé et renforcer les initiatives participatives déjà en place.

BIBLIOGRAPHIE

1. Caron-Bouchard M, Renaud L. Pour mieux réussir vos communications médiatiques. 2^e ed. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2001.
2. Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, 6-12 septembre 1978 : p. 25.
3. Gutiérrez N. Étude exploratoire et évaluative des répercussions du projet El Parche sur le développement optimal des jeunes participants, Cali, Colombie. [Mémoire de Maîtrise] Université de Montréal, 2003.
4. Gómez Zamudio M. Teoría y Guía Practica par la Promoción de la Salud. Université de Montréal, Unité de santé internationale, 1998.
5. Hogue M. « Cadre de référence en matière de communication pour le développement », *Comm Dev Int* 2004;1(1).
6. OMS Rapport de Conférence-Atelier Médias et Santé à Saly-Sénégal, Afrique, 1987. [URL : http://www.who.afr.IEH_6] [Consulté en juin 2005].
7. OMS. La Charte de Bangkok a été adoptée le 11 août 2005 par les participants à la 6^e Conférence internationale de promotion de la santé. Elle est disponible [en ligne] : [URL : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf]. [Consulté le 21 décembre 2005].
8. Projet du Consortium des Universités. La Iniciativa de Comunicación. Proyecto de Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales en Comunicación en Salud, 2005. [URL : www.comminit.com/la/teoriasdecambio/Consortio-Universidades/lasld-2689.html]
9. Renaud L, Rico C, Kane O. (2006) Communication et Santé : Évolution Des Approches en Communication. In : Mongeau P, Saint-Charles J (dir.). Communications : horizons de pratiques et de recherche. Volume II. s.l. : PUQ.
10. Servaes J, Patchanee M. (2004). Communication et développement durable. Document de travail de la 9^e table ronde sur la communication pour le développement. Organisation des Nations Unies (ONU). Rome (Italie), 6 au 9 septembre 2004.
11. Waisbord S. (« Nuevas Tendencias y Escenarios Futuros en el Periodismo: Oportunidades para el Periodismo en Salud ». *Rev Diál Com* 2001;(6).
12. Waisbord S, Coe G. « Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio ». In: Iniciativa de la Comunicación, 2004. [URL : <http://www.comminit.com/la/lact/sld-5689.html>].

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

Brodeur JM, Boyer G, Seguin L, Perreault M, Colin C (2004). Le Programme québécois « Naître égaux - Grandir en Santé » in : Santé, Société et Solidarité, n° 1, p. 119-27.
