Université Lille1 Sciences et Technologies

**Faculté des Sciences Économiques et Sociales**
**École Doctorale Sésam – Laboratoire Clersé**

**Thèse de Doctorat en Sociologie**

# Le processus de production publicitaire dans les campagnes médiatiques de santé publique.

## Entre inspiration socio-politique et expiration médiatique.

Présentée et soutenue publiquement par

**Frédéric KETTERER**

Le 7 décembre 2012

**Directrice de thèse**

Mme Lise DEMAILLY, Professeur émérite de sociologie, Université Lille 1, CLERSE UMR 8019.

**Co-encadrant**

M. Thomas HELLER, Maître de Conférences de Sciences de l'Information et de la communication, Université Lille 3, GERIICO.

**Rapporteurs**

M. Dominique MARCHETTI, CR CNRS, Centre de Sociologie Européenne, Paris.

M. Frédéric SCHOENARS, Professeur de sociologie, Université de Liège.

**Autres membres du jury**

Mme Bernadette TILLARD, Professeur de sociologie, Université Lille 1, CLERSE UMR 8019, présidente.

Mme Caroline OLLIVIER-YANIV, Professeur de Sciences de l'Information et de la communication, Université Paris 12.

© 2013 Tous droits réservés.

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Université Lille1 Sciences et Technologies

**Faculté des Sciences Économiques et Sociales**
**École Doctorale Sésam – Laboratoire Clersé**

**Thèse de Doctorat en Sociologie**

# Le processus de production publicitaire dans les campagnes médiatiques de santé publique.

## Entre inspiration socio-politique et expiration médiatique.

Présentée et soutenue publiquement par

**Frédéric KETTERER**

Le 7 décembre 2012

**Directrice de thèse**

Mme Lise DEMAILLY, Professeur émérite de sociologie, Université Lille 1, CLERSE UMR 8019.

**Co-encadrant**

M. Thomas HELLER, Maître de Conférences de Sciences de l'Information et de la communication, Université Lille 3, GERIICO.

**Rapporteurs**

M. Dominique MARCHETTI, CR CNRS, Centre de Sociologie Européenne, Paris.

M. Frédéric SCHOENARS, Professeur de sociologie, Université de Liège.

**Autres membres du jury**

Mme Bernadette TILLARD, Professeur de sociologie, Université Lille 1, CLERSE UMR 8019, présidente.

Mme Caroline OLLIVIER-YANIV, Professeur de Sciences de l'Information et de la communication, Université Paris 12.

© 2013 Tous droits réservés.

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

*Un seul a toujours tort : mais à deux commence la vérité. Un seul ne peut se prouver, mais quand ils sont deux, on ne peut déjà plus les réfuter.*
Friedrich Nietzsche

*L'homme, chaque fois qu'il essaie de s'instruire sur des choses qui ne sont pas lui-même et ne lui doivent pas non plus leur existence, ne rencontre finalement que lui-même, ses propres constructions, et les modèles de ses propres actions.*
Hannah Arendt

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Remerciements

Au terme d'un travail de longue haleine tel qu'une thèse, il est toujours difficile de trouver les mots justes pour dépeindre le chemin parcouru. Sinueux parfois, il se définit aussi par les rencontres qui l'émaillent et lui donnent sens et pertinence. Aussi, sans prétendre à l'exhaustivité, la faute en incombant aux failles de ma mémoire, je tiens toutefois à évoquer et remercier diverses personnes qui ont contribué à la réussite de mon parcours universitaire.

En premier lieu, je remercie bien évidemment ma directrice de thèse, Lise Demailly. Nos chemins se sont croisés antérieurement à ma thèse, dès mon mémoire de maîtrise, il y a maintenant longtemps. Je lui suis reconnaissant pour la liberté qu'elle m'aura toujours laissée au cours de mes pérégrinations intellectuelles, laissant mon esprit sociologique se former sans entraves. Elle a également accepté le caractère parfois mystérieux de la gestion de mon travail.

Ensuite, mon co-directeur, Thomas Heller, est la deuxième personne que je souhaiterais évoquer. Il a toujours manifesté intérêt et entrain quant à ce travail, me poussant à remettre sans cesse l'ouvrage sur le métier.

Au-delà de ces deux personnes symbolisant mon travail de thèse, je tiens également à remercier tous ces sociologues qui se trouvent en substrat de ma formation. La majeure partie d'entre eux, rencontrés au cours de mes études, a provoqué mon intérêt pour la discipline, m'ouvrant un horizon intellectuel majeur, source de réflexion et d'appropriation de mon existence dans sa dimension intellectuelle.

Mes remerciements s'adressent aussi au directeur de l'école doctorale, Nicolas Vaneecloo, pour m'avoir donné la possibilité de bénéficier d'un cadre de travail professionnel, utile quant à la séparation des différents domaines de mon existence. Je lui suis aussi reconnaissant pour l'attention bienveillante qu'il m'a témoignée lors de moments difficiles.

Je remercie également l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de ce travail, sans lesquelles ce travail n'aurait pu voir le jour, ainsi que Christian et Monique pour l'aide ponctuelle qu'ils m'ont apportée dans différentes étapes de ma thèse.

Mon affection se porte aussi vers toutes ces personnes rencontrées lors de mes études et qui ont rendu la vie plus belle et plus légère : Laetitia Demolle, Estelle Soudan, Vincent Desreumaux, Thomas Dallery, Nathalie Lancial, Clothilde Sabre, ainsi que tous les autres doctorants avec qui j'ai partagé ces quelques années de travail et de vie.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Une pensée particulière également pour certains d'entre eux, libres penseurs avec qui j'ai partagé pensées et réflexions philosophiques et politiques, animant nos discussions par un goût esthète de la confrontation d'idées : Olivier Marchal, Simon Laporte, Kamel Labdouni et François Hild.

Je remercie également l'ensemble de mes collègues du DUMG de l'Université de Liège pour leur soutien et leurs encouragements lors de mes dernières années de thèse, et plus particulièrement Didier Giet pour la souplesse qu'il m'a accordée dans la gestion de mon emploi du temps, sans laquelle il m'aurait été difficile d'achever ce travail en temps et en heure.

J'ai également une pensée pour mes amis totalement extérieurs, voire rétifs, au monde universitaire pour m'avoir permis de garder les pieds sur terre et de ne pas perdre de vue ces petites choses essentielles qui font tout le piment de l'existence. Leur présence et les moments partagés avec eux furent pour moi salvateurs.

Enfin, puisque selon Churchill, la différence entre l'optimiste et le pessimiste renvoie au fait que « le pessimiste voit dans toute opportunité une difficulté, alors que l'optimiste voit dans chaque difficulté une opportunité », je ne peux finir ces lignes sans évoquer la maladie qui a bouleversé mon existence, mais qui m'a permis – outre de voir le soutien et l'affection qui m'entouraient – de mieux comprendre les ressorts affectifs, sociaux et relationnels engendrés par un épisode valétudinaire de grande ampleur, contribuant ainsi à parfaire ma formation et, partant, à faire de moi un meilleur sociologue de la santé.

Les remerciements dans le cadre de ce travail ne pouvant non plus être extensifs, je m'arrêterai là, sans pour autant occulter les autres personnes importantes de mon existence. A ceux-là, je leur rappellerai qu'une pensée vaut mille mots.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Glossaire

ADESM : Association des établissements gérant des services de santé mentale

AEAE ENSP : Association des élèves et anciens élèves de l'Ecole nationale de santé publique

AFLS : Agence française de lutte contre le sida

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMF : Association des maires de France

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida

ASEP : Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique

CCOMS : Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CIDI : *Composite international diagnostic interview*

CIM : Classification internationale des maladies

CME : Commission médicale d'établissement

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNS : Conseil national du sida

CSP : Catégorie socio-professionnelle

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la santé

DIV : Délégation interministérielle à la ville

DRESS : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

DSM : Manuel diagnostic et statistique (américain)

ENSP : Ecole nationale de santé publique

FFP : Fédération française de psychiatrie

FF2P : Fédération française de psychologues et de psychologie

FNAPsy : Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

HAS : Haute autorité de santé

INCa : Institut national du cancer

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

INSEE : Institut de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

IST : Infections sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

Psycom 75 : Syndicat interprofessionnel de communication externe des établissements de Santé mentale de Paris

SID : Service d'information et de diffusion

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience acquise

SMPG : Santé mentale en population générale

TPE : Traitement post-exposition

UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Table des matières

**Remerciements** **p 7**

**Glossaire** **p 9**

**Avant-propos** **p 17**

**1ère partie : Cadre théorique général et méthodologie de recherche p 23**

**Chapitre 1 : Gouverner les individus et normer leurs pratiques** **p 25**
1. Les messages de santé publique, une forme de représentations sociales particulière p 25
2. Processus de civilisation et gouvernementalité : production des normes et techniques de gouvernement des individus p 28
   2-1 Biopolitique et gouvernementalité foucaldiennes p 29
   2-2 Le processus de civilisation éliasien p 32

**Chapitre 2 : Le contexte sociopolitique contemporain de la politique de santé publique : présentation générale** **p 39**
1. Responsabilisation des individus et psychologisation de l'intervention sociale p 41
   1-1 Transformation de la figure du sujet p 41
   1-2 La psychologisation de l'intervention sociale p 43
2. Maîtrise des dépenses publiques et promotion des usagers : un *leitmotiv* politique p 45
   2-1 Rationaliser et limiter les dépenses publiques p 45
   2-2 « L'usager », figure-clef du discours public contemporain p 48

**Chapitre 3 : La santé publique : un domaine à la croisée du sanitaire, du politique, du social et du symbolique** **p 53**
1. La « santé publique », définition « officielle » et première approche p 53
2. Santé publique et configuration politique p 63
   2-1 La « construction sociale de la santé publique » p 64
   2-2 L'incidence des rapports de pouvoir p 65
   2-3 Le normal et le pathologique en tant que constructions sociales p 69

**Chapitre 4 : L'utilisation des moyens de communication modernes** **p 73**
1. Communication et santé publique p 75
   1-1 Communication et communication publique p 75
   1-2 La communication publique en santé p 76
2. La recherche d'une expertise particulière, celle des agences de communication p 82

**Chapitre 5 : Approcher la production publicitaire contemporaine en santé publique** **p 91**
1. Une production médiatique qui reflète la confrontation des acteurs p 91
2. La confrontation d'acteurs hétérogènes : une rencontre des savoirs et des légitimités p 95

**Chapitre 6 : Problématique et méthodologie** **p 103**
1. La nécessité d'une approche contextualisée de la production médiatique en santé publique p 103



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2. Méthodologie de recherche p 108
2-1 Adoption d'un schéma du processus de production publicitaire p 108
2-2 Hypothèses de travail p 109
2-3 Travail de terrain et matériaux analysés p 112

**2ème partie : Première monographie : La campagne de promotion de la santé mentale « accepter les différences » p117**

**1. La construction sociale de la santé publique (T1) p 121**
1. Quand les préoccupations de santé publique investissent la psychiatrie p 121
2. L'enquête SMPG, outil de santé publique p 129
2-1 Résultats de l'enquête p 129
2-2 La construction méthodologique de l'enquête comme construit social de santé publique p 133
3. Une alliance entre acteurs sociaux p 138

**2. La rencontre entre acteurs et la détermination de l'axe de communication (T2) p 143**
1. Les différentes visions du monde en présence p 143
1-1 Le CCOMS p 143
1-2 L'UNAFAM p 146
1-3 La FNAPsy p 150
1-4 Les relations entre l'UNAFAM et la FNAPsy p 153
1-5 L'AMF p 156
2. La rencontre avec l'agence TBWA\Corporate\Non Profit p 158
2-1 La prise de contact entre acteurs p 158
2-2 La rencontre avec les publicitaires p 160
2-3 Première réunion : la définition de l'enjeu de la communication p 163

**3. Les propositions de création publicitaire (T3) p 171**
1. Le choix du registre de communication p 171
2. Les deux propositions abandonnées p 179
2-1 Jérôme, insomniaque p 179
2-2 La place publique vide p 182
3. La proposition adoptée : le test de Rorschach p 187

**4. La validation de la piste créative (T4) p 189**
1. La volonté de ne pas choquer p 189
2. Les différents éléments de l'affiche p 190
2-1 Le visuel p 190
2-2 L'accroche p 192
2-3 Le slogan p 194
2-4 Le body copy p 195
2-5 Le cartouche de logos p 196
2-6 Les choix de terminologie adoptés p 196
2-7 Les différents avis sur l'affiche p 199

**5. La mise en place de la campagne (T5) p 203**
1. Les premiers financements de la campagne p 203
2. Le lancement officiel de la campagne p 206


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

3. Coûts et diffusion de la campagne p 208
3-1 Les coûts engendrés par cette campagne p 208
3-2 La négociation des espaces gracieux, tâche dévolue à l'agence de communication p 211
3-3 La diffusion de la campagne p 213
3-4 Le label « campagne d'intérêt général », nouveau souffle donné à la campagne p 214

**6. Retours et critiques sur la campagne réalisée (T6) p 221**

**7. Conclusion de la première monographie p 225**

**3ème partie : Deuxième monographie : La campagne d'information sur la dépression « Dépression. En savoir plus pour en sortir » p231**

**1. La construction sociale de la santé publique (T1) p 235**
1. L'essor de la dépression : une épidémie de la fin du XXe siècle ? p 235
1-1 La dépression en tant que construction sociale p 236
1-2 L'essor de la dépression : entre responsabilisation des individus et lobby pharmaceutique ? p 239
2. La campagne sur la dépression : une commande d'Etat p 245
2-1 La dépression comme thématique de santé publique p 245
2-2 Le plan dépression : première construction sociale de santé publique p 245
3. La prise en main du processus de production publicitaire par l'INPES p 253
3-1 Présentation générale de l'INPES p 253
3-2 L'intervention de l'INPES : deuxième construction sociale de la santé publique p 254
3-3 Les enquêtes Anadep et Baromètre Santé : outils de santé publique de l'INPES p 257
3-4 La mise en problématique de la campagne : retour sur le cahier des charges p 264
4. Conclusion p 270

**2. La rencontre entre acteurs et la détermination de l'axe de communication (T2) p 273**
1. Emission des objectifs de la campagne p 273
2. Les registres d'action mis en place p 285
2-1 La transmission d'informations comme centre de la campagne p 285
2-2 Les spots télévisé et radiophoniques, outils de promotion du guide p 287
3. La constitution du groupe de travail du guide p 291

**3. Guide d'information et propositions de créations publicitaires (T3) p 297**
1. La constitution d'une définition sociale de la dépression : l'élaboration du guide d'information p 297
1-1 La définition de la dépression : construction sociale et rhétorique du pathologique p 299
1-2 La prise en charge médicale de la dépression : psychothérapies et médicaments p 306
1-3 L'aide non médicale : nouvel avatar de la responsabilisation des individus et de leur entourage p 312
2. La promotion du guide d'information : le cas des spots télévisé et radiophoniques p 315


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-1 Le spot télévisé p 315
2-2 Les spots radiophoniques p 327

**4. La validation du guide et des éléments créatifs (T4) p 331**
1. Le guide d'information : validation et mise en forme du document p 331
1-1 La validation du contenu p 331
1-2 La mise en forme du guide p 338
a/ La taille du guide p 339
b/ Les illustrations et les couleurs p 340
c/ Les témoignages p 342
1-3 L'avis des protagonistes de la campagne p 345
2. La validation des outils de promotion du guide d'information p 348

**5. La mise en place de la campagne (T5) p 351**
1. La mise en place et la diffusion du guide d'information (et du site Internet) p 351
2. La conférence de presse de lancement de la campagne p 355

**6. Retours et critiques sur la campagne réalisée (T6) p 359**
1. Eléments généraux de conclusion et premier bilan de la campagne p 359
2. Evaluation de la campagne par l'INPES p 366
3. Les réactions négatives suscitées par la campagne p 373

**7. Conclusion de la deuxième monographie p 379**

## 4ème partie : Troisième monographie : Campagne annuelle du collectif régional de prévention sida p387

**1. La construction sociale de la santé publique (T1) p 391**
1. Retour sur la dernière grande épidémie du XXe siècle p 391
1-1 Début de l'épidémie et mobilisation associative (phases 1 et 2) p 392
1-2 Inscription du sida dans le champ de la santé publique (phase 3) p 398
1-3 Nouveaux traitements et « normalisation paradoxale » du sida (phase 4) p 400
2. Les campagnes de communication sur le sida p 403
2-1 Les représentations négatives et préjugés liés à la maladie p 403
2-2 Campagnes de communication et responsabilisation des individus p 405
3. La campagne 2007 de la région Nord-Pas-de-Calais p 408

**2. La rencontre entre acteurs et la détermination de l'axe de communication (T2) p 411**
1. Le collectif régional de prévention sida : présentation générale p 411
1-1 Structure du collectif p 411
1-2 Les différents mondes sociaux en présence p 415
a/ Les acteurs associatifs p 415
b/ Les financeurs p 418
1-3 L'organisation générale de « l'espace décisionnel » autour de la campagne de 2007 p 421
2. La détermination de l'axe de communication de la campagne p 423
2-1 Retour sur les choix des années précédentes p 423
2-2 L'axe de communication de l'année 2007 p 425
2-3 Les déclinaisons de l'axe de communication en thèmes p 428


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

**3. Les propositions de création publicitaire (T3) p 431**
1. Le choix du visuel pour la campagne p 431
1-1 Les campagnes des années précédentes p 431
1-2 Le visuel adopté pour la campagne de 2007 p 435
2. La déclinaison des thèmes en affiches p 438
2-1 Le regard porté sur l'autre p 440
2-2 La prévention p 440
2-3 La sexualité et le plaisir p 441
2-4 La prise de risques p 441
2-5 La solidarité et la discrimination p 442
2-6 La famille et l'entourage p 442
2-7 La maladie et les traitements p 443
2-8 Le lien entre les affiches p 443
3. Premières rencontres avec les financeurs de la campagne p 445
4. L'arrivée des publicitaires dans le processus p 448
4-1 L'entrée des publicitaires dans « l'espace décisionnel » p 448
4-2 Rôle dévolu aux publicitaires dans le système de production p 449
4-3 Conséquences de l'arrivée des publicitaires sur le processus de production p 450
5. Les affiches finalement retenues p 455
5-1 Le regard porté sur l'autre (la mosaïque de regards) p 455
5-2 La prévention p 457
5-3 La sexualité et le plaisir p 458
5-4 La prise de risques p 458
5-5 La solidarité et la discrimination p 459
5-6 La famille et l'entourage p 460
5-7 La maladie et les traitements p 461
5-8 Le lien entre les affiches p 462

**4. La validation des propositions créatives (T4) p 467**
1. L'incidence de la structuration de « l'espace décisionnel » p 467
1-1 Le monopole du pouvoir décisionnaire par les mondes sociaux institutionnels p 467
1-2 L'agence de communication prend le pas sur les associations p 469
2. La validation des différents éléments des affiches p 471
2-1 Les textes p 471
2-2 Les éléments graphiques p 475
3. Opinion des protagonistes sur les affiches retenues p 477

**5. La mise en place de la campagne (T5) p 479**
1. Les outils de diffusion p 479
1-1 L'affichage p 481
1-2 Le site Internet et le téléphone de Sida Info Service p 482
1-3 Les cartes postales p 483
2. Le communiqué de presse p 483

**6. Retours et critiques sur la campagne réalisée (T6) p 485**
1. Evaluation de la campagne de 2007 p 485
1-1 La diffusion de la campagne p 485
1-2 La difficulté d'évaluer les retombées de la campagne p 487
2. Opinion des protagonistes sur la campagne p 488


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

**7. Conclusion de la troisième monographie** **p 493**

## Conclusion générale **p 501**

1. La construction sociale de la santé publique : une démarche qui s'inscrit dans le contexte socio-politique d'une époque p 505
2. La constitution de « l'espace décisionnel » et son incidence sur le processus de production p 512
   - 2-1 Constitution de « l'espace décisionnel » et champ politique p 512
   - 2-2 Incidence de « l'espace décisionnel » sur le processus de production p 514
3. Publicitaires et ingénierie symbolique p 519
   - 3-1 La maîtrise de la zone d'incertitude de la communication p 519
   - 3-2 Les contraintes structurantes de « l'espace décisionnel » p 521
   - 3-3 L'incidence de la gouvernementalité dans la production publicitaire p 525
4. Quelle efficacité pour les campagnes de communication ? p 526

## Bibliographie **p 533**

**Annexe 1 : Campagnes médiatiques de santé publique en France, depuis les années 1950** **p 543**
**Annexe 2 : Grille d'entretien** **p 555**
**Annexe 3 : Affiche de la campagne du CCOMS** **p 556**
**Annexe 4 : Première proposition refusée (CCOMS)** **p 557**
**Annexe 5 : Deuxième proposition refusée (CCOMS)** **p 558**
**Annexe 6 : Affiche version « campagne d'intérêt général » (CCOMS)** **p 559**
**Annexe 7 : Affiche sida 2004** **p 560**
**Annexe 8 : Affiche sida 2005** **p 561**
**Annexe 9 : Affiche sida 2006** **p 562**
**Annexe 10 : Affiches de la campagne sida de 2007** **p 563**
**Annexe 11 : Exemples d'affiches de la campagne sida de 2008** **p 570**


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Avant propos

« Le désir de santé n'est pas nouveau. Ce qui l'est, c'est la place qu'occupe la prévention dans les politiques et les pratiques de la santé. Il ne s'agit plus seulement de guérir mais de prévenir les maux, intervenir en amont de l'apparition des situations critiques. Avec le bond en avant de la médecine préventive, la maladie cède la place au risque : quand « les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent », le rôle de la médecine est de changer les habitudes de comportement vis-à-vis des conduites à risque, apprendre à se surveiller, conscientiser ceux qui ne se plaignent de rien. L'objectif poursuivi est d'étendre les soins de santé à tout un chacun, anticiper l'avenir, inquiéter les personnes avant même l'apparition des symptômes[1] ». Que l'on soit ou non d'accord avec cette analyse, force est de constater que, depuis plusieurs décennies, se multiplient en France des campagnes publicitaires ayant trait à la santé publique – notamment concernant la prévention des troubles psychiques, du Sida, les règles alimentaires et d'hygiène de vie à suivre afin d'amoindrir les risques de cancers ou d'obésité, ou encore, plus classiquement, les campagnes visant à la stigmatisation et à la dénonciation des méfaits du tabac ou de l'alcool. Ce n'est d'ailleurs pas autre chose que nous dit Arthur Kleinman, lorsqu'il énonce que « la tyrannie de la santé est au cœur des stratégies publicitaires dans la société capitaliste contemporaine »[2].

Ce phénomène, somme toute assez récent – les premières campagnes de « sensibilisation » ou de « prévention » se développent surtout autour des années 70 et se cristallisaient principalement autour des thématiques de la sécurité routière ou bien encore de l'alcool et du tabac –, est d'un grand intérêt pour le sociologue. Au travers de ces campagnes, une société donne à voir ses propres préoccupations à un moment donné de l'histoire. Ainsi, ces campagnes apparaissent comme un matériau de premier ordre pour appréhender la société, pour y déceler la manière dont elle aborde des sujets métaphysiques tels que le rapport à la vie, à la mort, ou bien encore à la maladie et à la santé.

Formulée de la sorte, cela signifie également que nous sommes là en présence de construits sociaux, de phénomènes dont la base biologique est recouverte de considérations

[1] Gilles Lipovetsky, *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*, Gallimard, 2006, p218.
[2] Arthur Kleinman, « Santé et stigmate. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, p97.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

socio-historiques liées à une époque donnée et à une société particulière. Il ne faut pas non plus occulter le fait que ces campagnes apparaissent comme le palimpseste de la régulation de la vie des individus, de la manière dont l'Etat et d'autres groupes sociaux cherchent à régir la subjectivité et le mode de vie des citoyens, le tout entremêlé de considérations socio-économiques. Car c'est aussi cela qui se lit à travers ces campagnes : prodiguer des conseils, des injonctions et des mots d'ordre, c'est intervenir sur la vie des individus, tenter de peser sur leurs choix en brandissant l'idée de leur « bien-être ».

C'est une façon d'administrer la vie dans la Cité, et une manière particulière d'appréhender l'être humain et de le lier aux autres : le responsabiliser et l'inciter à protéger sa vie pour repousser l'inéluctabilité de sa mort. En ce sens, l'attention toute particulière portée aujourd'hui à sa santé mentale, à sa capacité à s'adapter à un monde en perpétuelle évolution nous semble aussi représentative de cette nouvelle gestion des individus : « au moment où la croissance économique s'essouffle, le développement psychique prend le relais, […], la consommation de conscience devient une nouvelle boulimie : yoga, psychanalyse, expression corporelle, zen, thérapie primale, dynamique de groupe, méditation transcendantale ; à l'inflation économique répond l'inflation psy et la formidable poussée narcissique qu'elle engendre. En analysant les passions sur le Moi, […] la thérapie génère une figure inédite de Narcisse, identifié désormais à *l'homo psychologicus* »[3]. Si l'on fait quelque peu abstraction de la formulation provocatrice de l'auteur, et que l'on se concentre davantage sur le fond de sa pensée – cet individu obsédé par son psychisme et par les moyens de le modifier –, il semble bien que cette hypothèse soit pourvue d'un fond indéniable de vérité. Apparaissent de plus en plus, dans nos sociétés occidentales, des rayons entiers de librairie consacrés au développement personnel, à la préoccupation du Moi, et aux moyens d'améliorer ses performances, quitte parfois à ce que cela s'apparente au rocher de Sisyphe. La figure moderne du « coach » fait également une apparition remarquée, en lien avec ces mêmes thèmes, avec cette *doxa* de l'Homme infaillible. En outre, pas un accident ni un traumatisme contemporain ne sont ensuite suivis par la mise en place d'une « cellule de soutien psychologique », sorte de panacée utilisée pour, à la fois, penser et panser les plaies de ce monde social individualiste.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'est pas non plus en reste, puisqu'elle proclama 2001 « année mondiale de la santé mentale ». De fait, on constate la montée d'une

[3] Gilles Lipovetsky, *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Gallimard, Paris, 1983.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

préoccupation pour la santé mentale, la psyché se trouvant de plus en plus mise en avant et prise en compte dans le fonctionnement des sociétés occidentales contemporaines.

Ce travail propose ainsi de s'intéresser à la genèse de ces campagnes de santé publique, ainsi qu'à leur production, en y intégrant notamment deux campagnes ayant trait à la santé mentale – car c'est là l'un des nouveaux chevaux de bataille de ces campagnes, l'une des dernières thématiques inscrites dans le champ de la santé publique. Mais un intérêt sera également porté à un autre domaine considéré, depuis quelques décennies déjà, comme faisant partie du champ de la santé publique, le sida.
Par le biais de l'analyse sociologique de ces trois campagnes, nous verrons de quelle manière elles apparaissent comme le lieu de rencontre d'univers sociaux n'ayant, *a priori*, que peu de choses en commun : le monde de la santé publique et de ses préoccupations contemporaines, et celui de la communication, des publicitaires qui mobilisent leurs savoir-faire au travers de ces campagnes. Réunir simultanément des univers aussi différents revêt une complexité certaine, et la poursuite stratégique d'intérêts éclaire alors la démarche d'ensemble de chacun des acteurs.

Pour autant, cette question ne se laisse pas saisir uniquement à travers ces différents univers sociaux ; en amont de cette rencontre, se situe un domaine brassant des phénomènes à la fois politiques, sociaux et historiques, et qui constitue la trame d'arrière-fond, le contexte dans lequel s'exprime la santé publique. Ce domaine dans lequel vont se mouvoir les différents acteurs renvoie à la manière de gouverner les hommes, à la construction socio-historique des subjectivités et des rapports humains, domaine vaste et complexe que des auteurs tels que Michel Foucault ou Norbert Elias ont tenté d'appréhender et d'expliciter au travers de leurs dimensions conceptuelles et théoriques particulières. Nous reviendrons sur ces aspects dans la partie théorique de ce travail.

De même, ces campagnes, ainsi que les messages qu'elles diffusent, nous semblent pouvoir être appréhendés comme des représentations sociales sciemment construites par certains acteurs, afin de fournir un chemin balisé que les citoyens sont invités à suivre, à s'approprier dans leurs opinions et leurs comportements. C'est d'ailleurs là le sens du recours, de la part de ces « entrepreneurs de morale »[4] à l'origine de ces campagnes, aux moyens de

[4] Howard Becker, *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

communication modernes et à leurs experts proclamés, les communicants et autres publicitaires.

Parler d'entrepreneurs de morale revient dès lors à souligner aussi la volonté de normaliser les individus, d'émettre des principes, des conditions de la normalité, et ce par le biais d'une approche médicale : « la médecine ne doit plus seulement être le corpus des techniques de la guérison et du savoir qu'elles requièrent ; elle enveloppera aussi une connaissance de l'homme en santé, c'est-à-dire à la fois une expérience de l'homme non malade et une définition de l'homme modèle. Dans la gestion de l'existence humaine, elle prend une posture normative, qui ne l'autorise pas simplement à distribuer des conseils de vie sage, mais la fonde à régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société où il vit »[5].

Cela fait écho à la notion foucaldienne de biopouvoir, forme de pouvoir qui a ceci de particulier qu'il s'exerce sur la vie, et explique la place centrale accordée à la médecine dans nos sociétés.

Nous serions ainsi disposés à nous surveiller en permanence, santé à tout prix et surveillance formeraient la dyade gagnante de ce processus : « même bien portants, nous nous vivons comme des malades potentiels, à contrôler, fragiles, en danger, menacés de tous côtés »[6].

Toutefois, on peut se demander si ces campagnes de santé publique constituent une nouvelle forme de gestion de la santé, de l'existence humaine dans ses différents aspects, ou si elles sont plutôt la forme moderne prise par des préoccupations plus anciennes.

C'est donc par ces considérations théoriques que nous commencerons ce travail avant de procéder à une analyse détaillée des campagnes retenues, pour enfin conclure cette analyse par les enseignements que l'on peut tirer de leur mise en commun. Nous tenterons de comprendre comment se construisent ces campagnes, comment la santé et ses préceptes normatifs sont modelés par une configuration d'acteurs particuliers, aux intérêts divergents, mais qui se trouvent réunis autour d'un même projet, la construction d'un message dit « de santé publique », qui autorise une prise de parole dans l'espace public, une action du pouvoir sur l'hygiène de vie des individus – et donc, *a fortiori*, sur leur subjectivité.

Faire ce travail d'analyse nous permettra donc, à l'aide du cadre conceptuel qui va suivre, de mieux comprendre comment se construisent ces messages de santé publique, quels sont les éléments qui en sont à l'origine – et notamment ceux qui permettent de donner une dimension collective à une pathologie qui s'exprime individuellement –, quel sens leur donnent ses

[5] Michel Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, France, 1963, p35.
[6] Miguel Benasayag, *La santé à tout prix. Médecine et biopouvoir*, Bayard, Paris, 2008, p10.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

protagonistes, de quelle manière se déroulent les relations entre ces configurations d'acteurs hétérogènes, etc. Nous ferons ainsi nôtre cet apophtegme de Cioran qui énonce que « penser, c'est cesser de vénérer, c'est s'insurger contre le mystère et en proclamer la faillite »[7].

Ceci étant, rentrons dans le vif du sujet, par une présentation du cadre général d'appréhension retenu pour cette étude.

[7] Emil Cioran, *La tentation d'exister*, Gallimard, Paris, 1974.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 1ère partie : Cadre théorique général et méthodologie de recherche


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Chapitre 1 : Gouverner les individus et normer leurs pratiques.

## 1. Les messages de santé publique, une forme de représentations sociales particulière

Il apparaît opportun, dans le cadre de ce travail, de considérer les campagnes de santé publique comme des messages susceptibles de développer des représentations sociales, créées par certains acteurs, pour tenter d'influer sur les représentations et les comportements des citoyens face à leur santé. Pour reprendre l'expression de Jean-Claude Abric, ces représentations apparaissent comme des « guides pour l'action »[8], puisqu'elles guident les individus dans leur façon de nommer et de définir les différents aspects de la réalité quotidienne, dans la manière de les interpréter. C'est en ce sens qu'il est possible de faire le parallèle avec la notion « d'entrepreneur de morale » telle qu'elle avait été définie par Howard Becker, et qui renvoie à ces acteurs sociaux qui cherchent à créer de nouvelles normes pour régir la vie des individus, leur inculquer un système de valeurs particulier.
« Les comportements individuels ou de groupe sont directement déterminés par les représentations élaborées dans et à propos de la situation et de l'ensemble des éléments qui la constituent »[9], d'où cette importance accordée à la manière dont ces entrepreneurs de morale vont construire ces messages de santé publique qui devront fonctionner comme autant de matrices de perception et de guides pour l'action pour les individus qui en sont la cible.

Un autre intérêt de nous référer aux travaux de la psychologie sociale est que ces représentations, dans leur eidétique, sont des constructions particulières de la réalité, des manières de l'interpréter pour lui donner sens, qui la reflètent tout autant qu'elles la construisent – d'où cette nécessité de s'intéresser à ses producteurs ainsi qu'au contexte général dans lequel elles se construisent. Si l'on en croit Denise Jodelet, les représentations sociales doivent être abordées à la fois « comme le produit et le processus d'une activité

[8] Jean-Claude Abric, *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Paris, 1994.
[9] Jean-Claude Abric, « L'étude expérimentale des représentations sociales », in Denise Jodelet (dir), *Les représentations sociales*, PUF, Paris, 2003, p222.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychologique et sociale de cette réalité »[10]. Ainsi, ces représentations apparaissent comme le fruit de l'activité d'acteurs sociaux particuliers, comme une interprétation de la réalité sociale spécifique, qui permet de donner sens aux éléments environnants.

En dernier lieu, le but ici est de faire que l'ensemble des individus à qui s'adressent ces représentations partage cette même vision et construction sociale de la réalité, concourant à créer du lien social entre les individus – en termes de valeurs, de normes ou de pratiques, ces trois domaines étant impliqués dans les représentations sociales. Ainsi, « les représentations instaurent des versions de la réalité, communes et partagées »[11], participant en ce sens à l'affirmation d'un lien social et à une identité partagée.

Dans le même temps, le fait que la représentation est une construction sociale fait que cette construction est orientée pour viser des effets spécifiques – en l'occurrence ici diffuser dans la société des normes de comportements de « bonne santé » –, ce qui s'apparente aussi à une forme d'argumentation particulière, qui a pour vocation de convaincre de son bien-fondé et de sa pertinence[12]. Cette production de représentations, qui seront ensuite diffusées, relève d'un processus de communication.

De manière schématique, cette communication part d'un émetteur, qui va construire un message selon ses intentions, mais également en fonction de la manière dont il perçoit le destinataire, en tentant de prendre en considération le contexte de réception, pour essayer que ce destinataire s'approprie le message, c'est-à-dire le reçoive conformément à ce que veut l'émetteur, et agisse en conséquence, respectant la visée praxéologique à l'origine du message. Cette remarque souligne l'importance de la construction du message (son sens, mais aussi les moyens cognitifs et affectifs mis à l'œuvre), car elle est considérée comme le préalable indispensable à la bonne transmission du message ; « on peut considérer que pour toute communication, il existe un code optimal, ce code optimal étant celui qui permet la meilleure compréhension du message transmis. Il doit toujours être élaboré en fonction du récepteur »[13].

L'importance de cet aspect sera soulignée un peu plus loin, lorsque nous reparlerons du rôle et de la fonction particulière des publicitaires dans cet état de fait, de leur forme d'expertise

[10] Denise Jodelet, « Représentations sociales : un domaine en expansion », in Denise Jodelet, *op. cit*., p54.
[11] *Ibid*., p66.
[12] Nous verrons ainsi, un peu plus loin dans l'analyse, que ce n'est d'ailleurs pas un hasard si ces entrepreneurs de morale s'adressent à des agences de communication, qui se présentent dans la société actuelle comme les dépositaires de la rhétorique, cet « art de convaincre ».
[13] Jean-Claude Abric, *Psychologie de la communication*, Armand Colin, Paris, 1996, p18.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

particulière, qui en font un acteur recherché par les commanditaires des campagnes de santé publique, pour maximiser les chances de diffuser un message correctement compris et interprété par ses destinataires, en dépit d'une incertitude constante concernant l'efficacité réelle du message, incertitude liée notamment aux conditions de réception du message, qui influent sur sa réception et sa compréhension – et qui explique justement le recours à cette expertise d'acteurs sociaux professionnels de la communication. Nous reviendrons par la suite sur ces différents aspects.

Pour l'instant, nous nous bornerons simplement à souligner que, puisque la communication suppose de construire un message particulier, réfléchi, il paraît inconcevable de faire abstraction des facteurs qui entourent cet acte de communication, et dont la trace sera présente dans la forme et le contenu du message qui sera finalement élaboré. Notamment, quand il émet son message, le locuteur non seulement traduit la façon dont il interprète le monde, mais il se donne lui-même à voir. Ainsi, en vertu de ces procédures argumentatives, toute production de message – et *a fortiori* dans le cas de représentations sociales créées dans une visée praxéologique – peut être considérée comme à la fois partielle et partiale : « elle est partielle dans la mesure où son auteur n'y fait figurer que ce qu'il juge utile à sa finalité, à l'effet qu'il veut produire ; elle est partiale puisqu'il l'aménage de telle façon que [son destinataire] la reçoive »[14].

En ce sens, la production des représentations sociales diffusées au travers des campagnes de santé publique peut être lue comme une tentative de processus d'influence, mettant en scène des normes à adopter[15]. Pour corroborer cette idée, référons nous de nouveau aux travaux d'Abric : « L'influence – c'est son aspect normatif – crée, renforce ou impose des valeurs ; elle détermine un certain décodage de la réalité et un certain traitement des informations – c'est son aspect cognitif. Elle joue un rôle essentiel dans l'organisation, le maintien ou la mise en cause des statuts et des relations de pouvoir et d'autorité. C'est son aspect social »[16].

Concernant l'appréhension globale de notre objet, un second aspect apparaît comme un cadre indispensable à une bonne compréhension des phénomènes étudiés : la question du

[14] Jean-Blaise Grize, « Logique naturelle et représentation sociale », in Denise Jodelet, *op. cit.*, p 175.
[15] Effectivement, au vu de la nature de notre objet et de l'analyse proposée, c'est surtout cet aspect qui nous importe. La question de la réception du message, de son efficacité intrinsèque (autrement dit, de la réussite de cette entreprise de normalisation), ne sera pas réellement abordée ici, bien que cet aspect apparaîtra tout de même en filigrane puisqu'il constitue l'un des objectifs principaux recherchés au travers de ces campagnes, avec une incidence certaine sur la manière dont le message sera produit.
[16] Jean-Claude Abric, *Psychologie de la communication*, Armand Colin, Paris, 1996, p 148.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pouvoir sur les individus qui s'insinue dans la diffusion de ces représentations sociales, qui s'intéressent aux comportements des individus. Cet aspect sera l'occasion de revenir sur deux auteurs dont l'inspiration et la profondeur des analyses marquent de leur sceau l'appréhension philosophico-politique de notre objet, Norbert Elias et Michel Foucault.

## 2. Processus de civilisation et gouvernementalité : production des normes et techniques de gouvernement des individus

Pour justifier ce rapprochement entre Norbert Elias et Michel Foucault, nous reprendrons les points de convergence entre ces deux auteurs, mis en lumière par Caroline Ollivier-Yaniv[17]. Selon elle, ces deux penseurs peuvent être mis en parallèle sur au moins deux aspects. D'une part, leurs conceptions respectives du pouvoir sont marquées de l'empreinte commune d'un fondement relationnel, qui engendre une impossibilité de procéder à une réification de cette notion, à la substantialiser en dehors des éléments sociaux qui la configurent. Ainsi, chez Foucault, « le pouvoir n'est qu'un type particulier de relations entre individus »[18] ; quant à Elias, il appréhende cette notion comme « une particularité structurelle des relations humaines »[19]. D'autre part, l'autre conception commune de ces deux auteurs renvoie aux formes prises par le contrôle social, qui ne se résument pas simplement à une opposition entre individus et Etat.

Ces éléments sont à prendre en compte afin d'approcher au mieux notre propre objet de recherche, puisque les travaux respectifs de ces deux auteurs apparaissent comme un cadre politico-philosophique indispensable pour resituer la complexité du phénomène que nous nous proposons d'étudier, même si les cadres épistémologiques sont, eux, différents. C'est aussi la raison pour laquelle nous proposons de revenir un peu plus en détail à présent sur les théories développées par chacun de ces deux auteurs, qui concernent en particulier l'évolution des formes de contrôle et de gouvernement des individus.

[17] Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication gouvernementale en matière de sécurité : gouvernement de soi et gouvernement du social », in Caroline Ollivier-Yaniv, Michaël Rinn, *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite ?*, PUG, Grenoble, 2009.
[18] Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits*, tome IV, Gallimard, Paris, 1994.
[19] Norbert Elias, *La société des individus*, Fayard, Paris, 1991.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-1 Biopolitique et gouvernementalité foucaldiennes

C'est au cours de l'année 1977 que Michel Foucault, lors de ses cours au Collège de France, parle de « gouvernement » et développe le concept de « gouvernementalité », afin de rendre compte du caractère multicentrique, diffus, intime, tant du pouvoir lui-même que des objets sur lesquels il s'exerce. Cela lui permet notamment de donner sens aux formes de résistance à l'autorité et aux espaces de liberté des individus. Cette gouvernementalité peut se définir comme « l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité »[20].

Néanmoins, c'est lors des années 1978-1979 que cet auteur s'intéresse « à la manière dont on conduit la conduite des hommes »[21], en se centrant plus particulièrement sur l'exercice de la souveraineté politique. Il propose alors de comprendre cet art de gouverner comme étant « la manière réfléchie de gouverner au mieux et aussi et en même temps, la réflexion sur la meilleure manière de gouverner »[22]. L'exercice auquel se livre l'auteur consiste alors en « l'étude de la rationalisation de la pratique gouvernementale dans l'exercice de la souveraineté politique »[23], avec un art de gouverner qui doit fixer ses règles et rationaliser ses manières de faire.

A partir du milieu du XVIII[e] siècle, le libéralisme va permettre à cette raison gouvernementale de s'autolimiter, car cette doctrine est « une sorte de réflexion générale sur l'organisation, la distribution et la limitation des pouvoirs dans une société »[24]. Ainsi, afin de comprendre ce qu'est la biopolitique, nous dit Foucault, il faut d'abord commencer par faire un détour par cette vision politique libérale : « c'est une fois qu'on aura su ce que c'était que ce régime gouvernemental appelé libéralisme qu'on pourra, me semble-t-il, saisir ce qu'est la biopolitique »[25].

[20] Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population*, Gallimard/Seuil, Paris, 2004, p111.
[21] Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique*, Gallimard/Seuil, Paris, 2004, p192.
[22] *Ibid*., p4.
[23] *Ibidem*., p4.
[24] *Ibidem*., p15.
[25] *Ibidem*., p24.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La grille de lecture utilisée par les libéraux, qui sert de principe de régulation du pouvoir sur l'individu, est celle de l'*Homo oeconomicus* ; quant au nouveau champ de référence de l'art de gouverner, il se matérialise sous les traits de la « société civile » : « *homo oeconomicus* et société civile font partie du même ensemble, c'est l'ensemble de la technologie de la gouvernementalité libérale »[26]. Avec cette idée de société civile, il y a alors un réaménagement de la raison gouvernementale, avec une volonté de régler le gouvernement à la rationalité.

Le gouvernement de cette nouvelle raison gouvernementale a trait à l'utilité, il s'exerce sur la « république phénoménale des intérêts »[27], avec l'axiome que les individus seraient naturellement portés à désirer ce qui les avantage, et le problème politique consiste alors à ne pas réfréner ce désir, mais à l'orienter de manière à ce qu'il satisfasse aussi l'intérêt collectif. C'est donc à partir de ces intérêts que va se forger la capacité d'autolimitation de la raison gouvernementale, et c'est de cette manière que la politique sociale va apparaître comme le contrepoids aux processus économiques sauvages engendrés par le libéralisme, créateur d'inégalités et à l'origine d'effets destructeurs sur la société. En somme, cette nouvelle raison gouvernementale va avoir pour vocation de réintégrer au sein de l'ensemble sociétal ceux-là même que les mécanismes économiques ont exclus. Cela va également être permis par le recours juridique, bras armé de cette raison gouvernementale face à l'iniquité du jeu économique. La politique sociale doit aussi avoir pour instrument majeur une socialisation de certains éléments de consommation, tels que la consommation médicale ou culturelle, ainsi qu'un transfert de revenus (comme avec les allocations familiales). C'est par le biais de cette explication brassant des phénomènes économico-historiques que Foucault explique l'apparition de cette biopolitique.

Par ailleurs, cette gouvernementalité est indissociable de la notion de « population », l'autre condition nécessaire au développement de cette gouvernementalité : « seule, en effet, la connaissance de la population a pu rendre pertinente l'action du gouvernement (au sens pratique), et a permis de moduler et d'ajuster ses interventions à la réalité des phénomènes, d'anticiper sur ceux-ci à partir de la saisie de leur naturalité, d'évaluer les possibilités pour un événement d'avoir lieu, etc. C'est en ce sens que les formes modernes de gouvernement sont

[26] *Ibidem*, p300.
[27] *Ibidem.*, p48.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

intrinsèquement liées à l'émergence de la population »[28]. Effectivement, la biopolitique va se centrer sur la population, qu'elle va appréhender « comme un ensemble d'éléments à l'intérieur duquel on peut remarquer des constantes et des régularités jusque dans les accidents, à l'intérieur duquel on peut repérer l'universel du désir produisant régulièrement le bénéfice de tous, et à propos duquel on peut repérer un certain nombre de variables dont elle est dépendante, et qui sont susceptibles de la modifier »[29].

Un autre attrait conceptuel de cette biopolitique centrée sur la population est l'introduction de la statistique. Du fait de cette gouvernementalité particulière qui émerge au XVIII[e] siècle, « le gouvernement des populations va […] s'étendre, se rationaliser en prenant appui sur un outil de savoir spécifique : la statistique. Avec cette dernière, c'est non seulement la régularité et la naturalité de certains faits sociaux qui s'imposent, mais aussi la possibilité d'agir rationnellement sur ceux-ci à partir de la connaissance de ce qui les détermine »[30]. Ainsi, l'objectif poursuivi par le pouvoir concerne la santé ou encore le bien-être de cette population[31] ; la santé des populations devient un objet économique pour les sociétés industrielles, avec une articulation des problèmes de santé, de nourriture, de mortalité sur les nécessités économiques de la production de richesses pour les nations. Cela implique, corrélativement, une transformation du « regard médical » qui est à la racine de la clinique. « Si la population a pu jouer un rôle prépondérant dans la naissance de la clinique, c'est donc pour deux raisons : elle a constitué un objet de savoir préalable au développement de toute politique de santé à l'échelle d'une nation ; elle a permis de développer des interventions médicales, fondées sur la maîtrise des phénomènes biologiques, accessibles par son seul intermédiaire »[32]. Ainsi, « la biopolitique met en place des outils : prévisions, estimations statistiques, mesures globales, nouvelles méthodes de contrôle et de surveillance »[33].

Cette biopolitique se distingue également de l'anatomo-politique, par cette différence d'échelle : alors que celle-ci se préoccupe de l'homme de manière individuelle, celle-là s'y intéresse à l'échelle de la population : « il ne s'agit pas d'atteindre et d'agir sur le corps en tant que réalité individuelle et anatomique, mais en tant qu'être vivant, obéissant à certaines

[28] Stéphane Olivesi, « La population. Restitution d'une généalogie », in Chevalier, Loneux, *Foucault à l'œuvre*, éd. Modulaires européennes, 2006, p131.
[29] Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population*, Gallimard/Seuil, Paris, 2004, p76.
[30] Stéphane Olivesi, *op. cit.*, p135.
[31] Alexandre Mac Millan, « Relations de pouvoir et généalogie de l'Etat chez Foucault », actes du colloque « généalogies de la biopolitique », octobre 2005, www.radicalempiricism.org.
[32] Stéphane Olivesi, *op. cit.*, p123.
[33] Miguel Benasayag, *La santé à tout prix. Médecine et biopouvoir*, Bayard, Paris, 2008, p14.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

lois biologiques. Ce n'est donc plus le corps des individus dans sa réalité physique, mais le corps biologique en tant qu'élément de l'espèce qui devient la cible de ces technologies de pouvoir »[34]. *Ipso facto*, la conception de la norme n'est pas la même dans le cas de la biopolitique et de l'anatomo-politique : « ce qui différencie la norme sécuritaire [biopolitique] de la norme disciplinaire [anatomo-politique], c'est qu'elle n'est pas fixée intentionnellement mais résulte du jeu entre des normalités différentielles. Le partage du normal et de l'anormal ne découle pas de la conformité ou de la non-conformité à une norme préexistante, mais s'avère relatif à l'écart qui sépare une normalité de la norme en tant que synthèse de l'ensemble des normalités. Dans cette configuration, la normalisation consistera à agir sur les normalités afin de modifier la norme dans le sens souhaité. La normativité de la norme est immanente à son champ d'application au sens où elle ne résulte pas d'une action volontariste sur des éléments qu'il s'agirait de soumettre à sa détermination, mais du rapport entre les différentes normalités qui préexistent et fixent la norme en tant que référence et synthèse des normalités différentielles »[35] – d'où cette importance de la statistique pour appréhender ces phénomènes, ces normalités différentielles.

Chez Foucault, c'est donc la volonté de régulation de la vie des individus, sous la forme d'une gouvernementalité particulière (la biopolitique), qui fonde des normes, qui tente de réguler les phénomènes biologiques appréhendés au travers de l'étude statistique, le tout dans le but de permettre un enrichissement des nations.
Cette idée d'un contrôle des individus se retrouve également chez Norbert Elias, mais celui-ci perçoit d'une manière quelque peu différente la genèse de cette intériorisation des normes, qu'il appréhende au travers de l'idée du « processus de civilisation ».

2-2 Le processus de civilisation éliasien

Ce concept de « processus de civilisation »[36] doit s'entendre dans l'idée d'une modification de la sensibilité et du comportement humains dans un sens bien déterminé. L'élément explicatif de cette évolution trouve son fondement dans le tissu social même :

[34] Stéphane Olivesi, *op. cit.*, p127.
[35] *Ibid*., p130.
[36] Norbert Elias, *La Dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris, 1975.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« l'interdépendance entre les hommes donne naissance à un ordre spécifique, ordre plus impérieux et plus contraignant que la volonté et la raison des individus qui y président »[37].
Plus précisément, la dynamique intrinsèque du réseau d'interrelations renvoie à la nature des fonctions sociales occupées par les individus d'une société donnée. Selon Elias, ce processus de civilisation, en Occident, est marqué par une différenciation de plus en plus poussée des fonctions sociales sous la pression accrue de la compétition. La division du travail tend également à reléguer au second plan le rôle de la force musculaire humaine, avec des catégories sociales de plus en plus étendues qui ont été libérées du travail physique au profit d'activités où le haut degré de compétence technique, les connaissances et la formation tiennent une place plus importante.

Dans cette mesure, cette hausse continue du nombre de fonctions engendre un processus accru d'individualisation, qui conduit progressivement à une domination du « je » sur le « nous » ; autrement dit, une mise en avant de la spécificité individuelle au détriment du sentiment d'appartenance collective, un dualisme fondamental opposant terme à terme l'intériorité de la conscience et la réalité du monde extérieur – alors même que, pour Elias, ce n'est là qu'une forme historique particulière de la manière dont les individus pensent leur rapport au monde, « une structure de l'intériorité qui s'instaure dans des phases bien déterminées du processus de la civilisation »[38]. Toutefois, cela ne signifie pas que la nature des liens entre les individus ait « objectivement » changé ; c'est en effet davantage la perception subjective de chaque individu qui se modifie. Exprimé autrement, c'est l'idée que l'individu vit toujours constamment dans un rapport de dépendance fonctionnelle avec d'autres individus. Elias précise d'ailleurs que c'est précisément cet ensemble de fonctions que les hommes remplissent les uns par rapport aux autres que nous appelons la société. Parler de « lois de fonctionnement des sociétés » ne signifie rien d'autre que les lois spécifiques régissant les relations entre les individus. C'est donc la nature des liens qui unissent les différents individus qui permettra d'expliquer la manière dont la société va évoluer, et ce sans que ces individus aient conscience de leur incidence sur ce phénomène : « l'interdépendance des besoins et des intentions d'une multitude d'individus soumet chacun d'entre eux à des effets inévitables qui n'étaient dans les intentions d'aucun d'entre eux »[39].

[37] I*bid.*, p189.
[38] Norbert Elias, *La société des individus*, Fayard, Paris, 1991, p65.
[39] *Ibid*., p106


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dès lors, « la société n'est pas seulement le facteur de caractérisation et d'uniformisation, elle est aussi le facteur d'individualisation »[40].

Le raisonnement éliasien se poursuit avec l'idée que le découpage et la différenciation des fonctions psychiques d'un être – ce que nous exprimons sous le vocable d'« individualité » – ne sont rendus possibles qu'à partir du moment où l'individu grandit au sein d'un groupe d'individus, dans une société. Dans cette mesure, la division du travail engendre également une plus forte domination de l'homme sur la nature, en raison précisément de cette structure sociale rigoureusement organisée et stable. Mais cette domination croissante de ces forces extérieures à l'homme n'était possible qu'en relation avec un plus haut degré de domination de soi-même.

C'est là un autre mérite de la théorie développée par l'intellectuel allemand : relier cette division accrue du travail à l'idée de l'autocontrainte, du contrôle de soi, de ses réactions et de ses pulsions affectives, même si des institutions sociales se joignent également pour favoriser cette intériorisation des normes (contraintes qui revêtent la forme de la crainte et de la peur, inculquées dès l'enfance). Cette théorie possède donc une vicinité avec les notions foucaldiennes de gouvernementalité et de biopolitique, comme le souligne l'extrait suivant : « contrôle de la nature, contrôle social et contrôle individuel forment une sorte d'enchaînement en cercle ; ils constituent une trilogie fonctionnelle dont la vision peut servir de schéma fondamental à l'observation des problèmes humains : aucun des éléments ne peut se développer sans les autres ; la mesure et la forme de l'un dépendent de la mesure et la forme des autres ; et si l'un des trois s'effondre, les autres le suivent tôt ou tard dans sa chute »[41].

La division amplifiée des fonctions sociales rend nécessaire une plus grande harmonisation des comportements des individus, avec des actes interdépendants qui doivent être organisés avec plus de rigueur et de précision pour que chaque acte isolé remplisse sa fonction sociale. Autrement dit, « l'individu est obligé de différencier et de contrôler ses gestes, de leur donner plus de fermeté et de régularité »[42]. Ce contrôle n'est qu'en partie conscient, car il est également inculqué à l'individu dès sa naissance, ce qui tend ainsi à naturaliser ce contrôle dont le fondement est en partie social : « c'est là un des traits

[40] *Ibidem*., p103.
[41] Norbert Elias, *La Dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris, 1975, p189.
[42] *Ibid*., p191.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

caractéristiques de la modification de l'appareil psychique par la civilisation que la régulation plus différenciée et plus prévisible du comportement de l'individu lui est inculquée dès sa plus tendre enfance et qu'elle devient une sorte d'automatisme, d'« autocontrainte », dont il ne peut se défaire même s'il en formule dans sa conscience le vœu »[43].
Une nouvelle fois, c'est bien en lien avec cette évolution des rapports sociaux et des structures sociales qu'il faut appréhender ce phénomène : « la stabilité particulière des mécanismes d'autocontrainte psychique, qui constitue le trait typique de l'habitus de l'homme « civilisé », est étroitement liée à la monopolisation de la contrainte physique et à la solidité croissante des organes sociaux centraux »[44]. Ce sont ces phénomènes qui conduisent au refoulement des impulsions spontanées, à la maîtrise des émotions, à ce qu'Elias appelle « l'élargissement de l'espace mental », c'est-à-dire à l'habitude de songer aux causes passées et aux conséquences futures de ses actes – on retrouve là l'*Homo oeconomicus* sur lequel s'appuie la biopolitique dans la théorie foucaldienne.

Ainsi, « la menace que l'homme représente pour ses semblables est soumise, par la monopolisation de la contrainte physique, à une réglementation plus sévère, elle s'insère dans le domaine du prévisible »[45], et ce au moyen de la réflexion et du raisonnement. Les mécanismes de contrôle et de surveillance de la société correspondent à l'appareil de contrôle qui se forme dans l'économie psychique de l'individu, qui constitue en quelque sorte le « relais » de ces normes sociales. L'alliance des deux engendre une pression constante et uniforme contre les manifestations pulsionnelles : « l'individu est invité à transformer son économie psychique dans le sens d'une régulation continue et uniforme de sa vie pulsionnelle et de son comportement sur tous les plans »[46]. Dès lors, un processus de civilisation réussi est censé se traduire par la formation « d'un comportement parfaitement adapté aux fonctions sociales de l'adulte, d'un mécanisme d'habitudes fonctionnant de manière adéquate, le tout associé […] à un bilan positif de plaisirs »[47]. La répression des pulsions se fait à l'avantage d'une attitude prospective, « de la mise en place d'un Surmoi différencié et permanent »[48] (raison pour laquelle Elias parle aussi de « psychologisation »[49]). C'est sur la base d'un

[43] *Ibidem*., p191.
[44] *Ibidem*., 194.
[45] *Ibidem*., p198.
[46] *Ibidem*., p201.
[47] *Ibidem*., p207.
[48] *Ibidem*., p211.
[49] *Ibidem*., p244.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

habitus social partagé par tous les individus que vont venir se greffer et se développer les caractères personnels par lesquels un individu se différencie des autres membres de sa société.

Les théories développées par ces deux auteurs nous serviront de socle philosophico-politique pour la suite de notre travail, plus particulièrement afin de mettre en perspective le sens et la portée du recours de plus en plus important à des campagnes de communication en santé publique. Effectivement, la notion foucaldienne de la biopolitique éclaire notre recherche, car elle s'exprime au travers d'un ensemble de technologies gouvernementales, avec des modalités de relations à soi et aux autres qui se font dans un cadre défini par des codes et des règlements, des normes et des valeurs, des rapports d'autorité et de légitimité, et avec « la place croissante occupée par les questions du corps, de la santé et de la vie dans le gouvernement des affaires humaines »[50].

Ainsi, deux grands processus semblent à l'œuvre dans les technologies gouvernementales contemporaines : le premier renvoie aux formes de surveillance qui se déploient aujourd'hui autour du corps et des conduites corporelles, puisque « c'est à travers des jeux de normalisation que s'opèrent les transformations des représentations et des comportements »[51], avec une intériorisation de la norme – faisant ainsi du contrôle social la deuxième face de ce Janus qu'est l'intérêt général (cela fait aussi écho aux travaux d'Elias cités précédemment). Cette idée renvoie à ce que Foucault appelle la « psychagogie », à savoir « la transmission d'une vérité qui n'a pas pour fonction de doter un sujet quelconque d'aptitudes, etc., mais qui a pour fonction de modifier le mode d'être de ce sujet auquel on s'adresse »[52]. Se dessine alors l'idée que « gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même »[53].

Quant au deuxième processus à l'œuvre dans les technologies gouvernementales actuelles, il renvoie au développement d'un traitement particulariste des individus, censé être adapté aux spécificités de chacun, et avec le cas par cas comme mode de gestion.

[50] Didier Fassin, Dominique Memmi, *Le gouvernement des corps*, éditions de l'EHESS, Paris, 2004, p10.
[51] *Ibid*., p25.
[52] Michel Foucault, *L'herméneutique du sujet*, Gallimard/Seuil, Paris, 2001, p389.
[53] Cette phrase, issue du livre de Didier Fassin et Dominique Memmi (*op. cit.*, p25), nous renvoie bien évidemment à la forme de gouvernementalité apparue au XVIII[e] siècle, ainsi qu'au processus de civilisation décrit par Norbert Elias.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

C’est donc sur ces différentes technologies gouvernementales, sur ce contexte socio-politique contemporain, que nous allons à présent nous concentrer, pour mieux comprendre le sens des campagnes médiatiques de santé publique contemporaines.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Chapitre 2 : Le contexte socio-politique contemporain de la politique de santé publique : présentation générale

Analyser les campagnes de santé publique implique de faire un détour par le contexte socio-politique contemporain, qui va influencer la manière dont ces campagnes vont être réalisées. Effectivement, à la suite des travaux de Foucault et de Elias, certains processus se manifestent dans la société contemporaine. Nous verrons ainsi successivement que ce cadre socio-politique est marqué par un phénomène de responsabilisation des individus, qui possède comme corollaire une psychologisation de l'intervention sociale. En plus de ces éléments, se trouve une volonté politique de réduire les dépenses publiques, en parallèle à une promotion, dans les discours officiels, des « usagers ».

« A chaque époque, la façon dont est lu l'espace social et dont sont définis les modes d'intervention visant à le transformer constitue un *ethos*, autrement dit une manière culturellement codifiée et historiquement située de considérer les choses qui nous entourent et notre place dans le monde. »[54]. Les années 1990 ont ainsi vu se développer ce que l'on peut appeler un rapport empathique au social. Au cours de cette période, la société française et ses élites ont procédé à un important travail de description et de prescription sociales, renouant avec une tradition politique de traitement spécifique, de discrimination positive, des populations considérées comme défavorisées. L'entrée par publics ciblés caractérise aujourd'hui les politiques sociales ou d'emploi. Ces populations, vues comme défavorisées, prennent diverses figures, qu'il est possible de subsumer à travers la notion de « nouvelle question sociale »[55]. On y retrouve les nouveaux pauvres, les chômeurs de longue durée, les étrangers sans papiers, les drogués, etc., avec comme dénominateur commun l'idée que « vivre dans l'insécurité sociale, c'est vivre dans une condition permanente d'incertitude, de non maîtrise du présent, et à plus forte raison du lendemain. »[56]

[54] Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris, 2004, pp7-8.
[55] Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1995.
[56] Robert Castel, « Risques, insécurité et psychiatrie », in Michel Joubert, Claude Louzoun (dir.), *Répondre à la souffrance sociale*, Erès, Paris, 2005, p157.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, la loi du 2 janvier 2002, venant rénover la loi de 1975, organise l'action sociale autour des besoins de la population par l'élaboration de schémas directeurs, établis à différentes échelles (départementale, régionale et inter-régionale), selon le principe du respect des droits des personnes et la promotion de leur citoyenneté, et en prenant en compte les nouvelles problématiques, générées par le contexte socio-économique, comme l'exclusion ou les nouvelles formes de pauvreté. Mais ces orientations s'inscrivent également dans un contexte plus général de modernisation des administrations publiques, où l'on observe un développement de la contractualisation, une exigence de qualité avec l'installation croissante de normes administratives et juridiques relatives à l'hygiène, la sécurité, le droit des personnes, ainsi que l'introduction d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour autant, si cette nouvelle question sociale renvoie à des populations différentes, une seule catégorie phénoménologique s'est imposée pour qualifier cette réalité, celle de « souffrance », le plus souvent qualifiée de « psychique ». En somme, quel que soit le caractère de ces individus, cela ne renverrait qu'à une seule et même vérité, une blessure de l'âme. C'est cet axiome qui va se retrouver à la base des politiques sociales, et qui va conduire à une approche psychologisante de l'intervention sociale. Cette question de la psychologisation est corrélativement liée à un phénomène de responsabilisation des individus, sommés de s'investir dans leur situation, et donc rendus responsables de leur réussite ou de leur échec.

Néanmoins, pour remettre en perspective le contexte socio-politique contemporain de la politique de santé publique, il faut y ajouter deux autres aspects, imbriqués avec ces phénomènes de responsabilisation et de psychologisation. Le premier renvoie à la question de la « maîtrise » des dépenses publiques, ou plus précisément à une volonté de réduire ces dépenses, en supprimant tout ce qui apparaît comme superfétatoire, supposément lié à une mauvaise gestion et prise en compte de la situation. Quant au deuxième aspect, il concerne la montée en puissance de la notion d'« usager », en premier lieu dans les discours, mais parfois aussi dans les pratiques, avec cette catégorie particulière d'individus qui sont présentés comme les maîtres d'œuvre d'une gestion rationalisée de la politique sociale.
C'est l'ensemble de ces éléments que nous allons évoquer dans ce chapitre, en débutant par les questions de responsabilisation et de psychologisation des individus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 1. Responsabilisation des individus et psychologisation de l'intervention sociale

## 1-1 Transformation de la figure du sujet

A la suite de la gouvernementalité foucaldienne et du processus de civilisation éliasien, il convient de s'interroger sur ce qui caractérise la société contemporaine, avec une attention particulière pour les termes utilisés, puisque ces derniers ont un effet performatif, ils deviennent des actes et, qui plus est, « des actes qui produisent des effets sociaux »[57]. Ces mots servent à désigner des individus, à qualifier des problèmes et à énoncer les solutions pour y faire face, en somme donc à penser l'action publique. Ainsi, c'est un registre psychologisant qui tend à s'imposer aujourd'hui. Or, « on doit s'interroger sur le sens et les effets de cette lecture des inégalités lorsqu'elle prend le pas sur d'autres possibles »[58]. Effectivement, ce mouvement d'individualisation et de psychologisation constitue une remise en cause des formes traditionnelles d'action, qui s'adressaient davantage à des collectivités peu différenciées, avec des réponses plus stéréotypées. A présent, s'impose plutôt une certaine flexibilité des réponses aux questions sociales, avec notamment une plus grande attention aux perceptions subjectives des « usagers », qui sont encouragés à s'investir dans leur situation.

L'un des principaux auteurs français à avoir théorisé ce phénomène de responsabilisation des individus, Alain Ehrenberg, évoque un « culte de la performance ». L'action individuelle devient partout la valeur de référence : « elle accède ainsi au statut d'une mythologie, au même titre que le bien-être dans les années soixante, parce qu'elle pousse chacun, quelle que soit sa position dans la hiérarchie sociale, à se construire par lui-même en jouant simultanément de son autonomie et de son apparence »[59]. Selon lui, c'est entre 1982 et 1984 que se sont produits ces changements, dans une conjoncture particulière, avec la fin de la double utopie étatiste de la réalisation de la société assurantielle et de l'alternative au capitalisme : « la généralisation de la compétition se produit sur fond de fragmentation de l'existence – dont le recul des repères politiques et sociaux institués est l'une des manifestations les plus nettes – caractérisée par le double mouvement interdépendant d'un

[57] Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris, 2004, p7.
[58] *Ibid*., 46.
[59] Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991, p13.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

néo-individualisme et d'un néo-communautarisme »[60]. Ce néo-individualisme prend la forme d'une « valorisation de l'individu souple, mobile, autonome, indépendant, qui trouve par lui-même ses repères dans l'existence et se réalise par son action personnelle »[61] ; quant au néo-communautarisme, il s'exprime par le développement de formes d'appartenance communautaire nouvelles. Selon Ehrenberg, ce sont là les deux faces de la société française de la fin du XX$^{e}$ siècle.

D'autres auteurs proposent des interprétations abondant dans le même sens ; c'est le cas de Vincent de Gaulejac, selon qui le modèle de l'individu contemporain est « un sujet autonome, adaptable, sujet de son insertion, capable de réaliser ses aspirations »[62]. En conséquence, les qualités nécessaires pour vivre dans le monde d'aujourd'hui sont « mobilité, réactivité, efficacité, responsabilité. Autant de vocables constamment évoqués dès l'école, relayés par l'entreprise ainsi que par une partie du monde politique et des institutions »[63].

Dès lors, « chaque individu doit, dans son travail, ses loisirs ou sa vie affective, conduire sa vie comme un vrai professionnel de sa propre performance »[64], devenir responsable de soi dans un univers de plus en plus marqué par l'incertitude et la complexité. L'individu est sommé de devenir « l'entrepreneur de sa propre vie »[65], dans une société valorisant à l'envi la concurrence interindividuelle. Selon Ehrenberg, c'est au cours des années 1960 que s'est produit ce processus d'émancipation, qui place chacun dans la perspective de construire ses propres repères. Egalement, le droit de choisir la vie que l'on veut mener entre dans les mœurs. Les normes collectives laissent la place à l'initiative individuelle, avec l'injonction « d'être semblable à soi-même »[66], cette *doxa* particulière qui prend les traits d'une « mentalité de masse dont le socle est le gouvernement de soi »[67].

Cela dénote, *ipso facto*, toute l'ambiguïté de ce mythe prométhéen de l'homme moderne : « cette rhétorique de la réussite sociale est simultanément une liberté qui s'ouvre potentiellement à tous – à chaque individu – et une norme pour chacun »[68], puisque c'est « l'initiative des individus [qui] passe au premier plan des critères qui mesurent la valeur de la

[60] *Ibid*., p15.
[61] *Ibidem*., p15.
[62] Vincent de Gaulejac, *Qui est je ? Sociologie clinique du sujet*, Seuil, Paris, 2009, p164.
[63] *Ibid*., p164.
[64] Alain Ehrenberg, *op.cit*, p16.
[65] *Ibid*., p95.
[66] *Ibidem*., p118.
[67] *Ibidem*., p280.
[68] *Ibidem*., p202.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

personne »[69]. C'est d'ailleurs là l'une des contradictions de l'individualisme contemporain, qui dénote le revers de la logique : « individualisme positif pour celui qui accède à l'autonomie et trouve dans notre société considération et reconnaissance. Individualisme négatif pour ceux qui sont en échec, pour les exclus, les précaires, les inutiles au monde »[70].

1-2 La psychologisation de l'intervention sociale

Le pendant de cette responsabilisation des individus se trouve dans la forme prise par les politiques publiques : responsabiliser les individus revient, corrélativement, à procéder à un traitement particulariste des individus, censé être adapté aux spécificités de chacun, à cette individualisation croissante des êtres sociaux. C'est sous le prisme d'un traitement au cas par cas que se conçoit de plus en plus la prise en charge des individus. Le schème de vision dominant revêt alors la forme d'une sensibilité aux expériences, aux vécus du malheur. En conséquence, une psychologisation du social se met en place, et les années 1990 institutionnalisent ces tendances dans le traitement de la question sociale. En somme, c'est « une conception qui place le sujet et la subjectivité au cœur de l'interprétation »[71].

Cette question de la psychologisation n'est pas indépendante de la thématique sociologique de la psychologisation des rapports sociaux de manière générale, apparue vers le milieu des années 1990 – et dont Elias a été un des précurseurs, dès les années 1970. Elle concerne les transformations des modes de subjectivation, du rapport des individus à la contrainte et à la norme, des modes de gouvernement. Elle s'oppose à une approche que l'on pourrait dire davantage sociologique des problèmes sociaux, où leur cause serait à rechercher dans un certain nombre de caractéristiques sociales. Parler de psychologisation, c'est insinuer que la manière de traiter la réalité se fait sous le prisme d'une grille de lecture psychologique, c'est affirmer que des situations, jusqu'alors présentées comme des problèmes sociaux inscrits dans un cadre socio-historique déterminé, se trouvent transformées en questions psychologiques. Le risque de ce type d'approche consiste alors à naturaliser ces problèmes, en les rapportant à des éléments psychologiques individuels, et donc à des intériorités ; « c'est

[69] Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998, p198.
[70] Vincent de Gaulejac, *op. cit.*, p168.
[71] Didier Fassin, *op. cit.*, p21.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dissimuler l'arbitraire social et politique qui est à leur principe, en culpabilisant les individus. »[72].

Ces nouveaux modes de construction des questions politiques passent par une fabrication « d'intériorités »[73], qui doivent permettre de faire cause, autrement dit d'être la source des comportements incriminés – par le biais, par exemple, d'une carence individuelle, comme l'initiative, le courage ou bien encore les capacités. Ces intériorités doivent être anticipatoires et calculables, afin que le gouvernant puisse les réifier aisément pour agir dessus ; elles doivent être susceptibles d'autorégulation, d'intériorisation des normes. En résumé, ces intériorités deviennent « l'objet » autour duquel vont se construire ces politiques.

Si la psychologisation conduit à une production d'intériorités, cette dernière prend notamment la forme de la dévolution, à l'individu, d'une responsabilité dans sa situation – faisant écho à cette culture de la performance mise en relief par Ehrenberg. Cela va de pair avec une attention grandissante aux obstacles psychologiques à l'intégration sociale et à « l'employabilité », liés à ce mal-être issu de cette nouvelle question sociale. Christophe Niewiadomski évoque ainsi le passage d'un modèle d'assistance sociale basé sur la notion de solidarité à un modèle de « responsabilisation » de l'usager, où c'est la responsabilité personnelle du sujet en difficulté qui est interrogée. Ce dernier doit alors faire la preuve de sa volonté de s'insérer dans la société : « dans un univers où l'individu est placé au centre, la réussite, comme l'échec, n'est jamais imputée à la structure de l'organisation, mais à l'aptitude de l'individu qui doit, à chaque moment, surmonter les épreuves nouvelles auxquelles il doit faire face »[74]. De la sorte, le pauvre, l'exclu, sont envisagés comme les principaux responsables de leur condition, sans qu'une analyse des causes sociales de leurs difficultés ne puisse réellement être menée : « les surdéterminations sociales et culturelles qui affectent l'individu se trouvent ici « escamotées », alors que la notion de projet individuel se trouve magnifiée »[75].

[72] Lise Demailly, « La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique. Le cas de l'intervention sociale », in Maryse Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, L'Harmattan, Paris, 2006, p37.
[73] *Ibid*.
[74] Christophe Niewiadomski, « Mutations professionnelles, clinique psychosociale du travail éducatif et enjeux de formation », in Maryse Bresson, *op. cit*., pp229-230.
[75] *Ibid*., p230.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

A travers son étude du traitement clinique du chômage, Jean-François Orianne arrive aux mêmes conclusions : le travail d'insertion se fait en se centrant sur l'employabilité du demandeur d'emploi[76]. Puisque les professionnels n'ont pas de pouvoir direct sur le marché de l'emploi, leur réponse est de responsabiliser les individus, en les incitant à travailler leur capacité à trouver un emploi. Ces pratiques professionnelles s'alimentent d'une croyance commune en l'existence de troubles individuels de l'employabilité indépendante de leur construction sociale.

Quant à Yves Clot, il énonce que le problème des chômeurs est que leur temps est devenu trop personnel, ils ne parviennent alors plus à « sortir de leurs pensées » par le biais de la temporalité impersonnelle du travail : « le désœuvrement est d'abord la chute dans une temporalité strictement subjective, incarcérée, privée des épreuves grâce auxquelles le temps social propose justement une histoire à la subjectivité »[77]. La souffrance de ces chômeurs admet, une nouvelle fois, une grille de lecture constituée de facteurs psychologiques.

Cette psychologisation de l'intervention sociale, qui promeut une approche populationnelle, ne saurait se comprendre sans prendre en compte, dans le même temps, la question de la gestion des dépenses publiques ainsi que celle de la promotion des usagers, qui sont deux autres ramifications de la gouvernementalité contemporaine.

## 2. Maîtrise des dépenses publiques et promotion des usagers : un *leitmotiv* politique

### 2-1 Rationaliser et limiter les dépenses publiques

Un autre phénomène marquant des technologies gouvernementales contemporaines concerne l'aspect économique, avec une volonté politique affirmée de « gérer au mieux » les dépenses publiques. Plus précisément, c'est une tendance officielle à réduire, autant que faire se peut, ces dépenses qui revient dans tout discours politique, le tout sur fond de crise économique mondiale.

Ce phénomène ne saurait d'ailleurs se comprendre sans faire un détour par un contexte démographique particulier. Effectivement, avec le vieillissement et l'accroissement de la

[76] Jean-François Orianne, « Le traitement clinique du chômage », in Maryse Bresson, *op. cit*., pp131-140.
[77] Yves Clot, « Métiers en souffrance et clinique du travail », in Michel Joubert, Claude Louzoun, *Répondre à la souffrance sociale*, Erès, Paris, 2005, p61.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

population, les dépenses de santé tendent à augmenter – phénomène favorisé également par l'enrichissement du savoir médical et le coût des technologies lourdes. Cette hausse exponentielle est favorisée par une augmentation de la demande de santé, née des transformations profondes du rapport au corps et à la vie, issues elles-mêmes de l'élévation des niveaux de connaissance de la population[78]. De la sorte, comme les enjeux économiques sont la source première des préoccupations des pouvoirs publics, la logique est fortement marquée par des objectifs de régulation économique. Ainsi, « la maîtrise des dépenses est devenu le principal objectif poursuivi par les autorités publiques et le débat sur la santé tend à être réduit aux enjeux économiques de la branche assurance maladie de la Sécurité sociale »[79]. La santé est désormais considérée comme un marché qu'il convient de réguler : « la santé n'est donc progressivement plus appréhendée comme une question médicale, mais comme un enjeu politique »[80], avec des modalités de production des politiques de santé qui évoluent, prenant en compte les aspects économiques et financiers.

Un certain nombre de conséquences découlent de ce monoïdéisme économique : en premier lieu, une volonté de rationaliser à l'envi les dépenses, notamment concernant le système de l'Assurance maladie, où des mesures sont prises – mise en place d'un « parcours de soins », avec le médecin traitant comme porte d'entrée, absence de remboursement de certains médicaments considérés comme non indispensables, promotion des médicaments génériques qui, n'étant plus protégés par des brevets, sont moins onéreux, etc. La concaténation de ce resserrement des conditions permettant de bénéficier d'une sécurité sociale de qualité est toujours la même : le fameux « trou de la Sécu », avec une dette publique qui s'accentue d'année en année selon les responsables politiques. Pour autant, il apparaît que ce discours tend à occulter la part de choix politique qui sous-tend ce discours et ces phénomènes gestionnaires. Effectivement, cet argumentaire pose l'axiome que la Sécurité sociale doit avoir un budget qui se gère tel celui d'un ménage, c'est-à-dire ne pas être déficitaire. Or, cela répond en premier lieu à une vision politique particulière du service public, alors même que ce déficit fluctue selon les années, et ce discours tend donc à naturaliser une vision politico-économique au détriment d'une vision davantage sociale et

[78] Catherine Paradeise, « Introduction », *Sociologie du travail*, n°42, 2000.
[79] Marina Serré, « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, p68.
[80] Isabelle Pailliart, Géraldine Strappazzon, « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation », *Questions de communication*, n°11, 2007, p21.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

solidaire, qui avait marqué cette institution lors de sa création en 1945[81]. Dès lors, « cette réduction de la protection sociale à une question de technique économique est très contestable »[82], notamment car ce déficit serait davantage dû à une insuffisance de ressources ou à un phénomène de sous-financement qu'à des dépenses excessives[83].

Cette volonté de rationaliser les dépenses de santé engendre aussi une certaine culture de l'évaluation, où chaque mesure publique est considérée à l'aune de son rapport coûts/bénéfices : « l'évaluation est la grande technique de gouvernementalité de l'espace politique national et international contemporains, avec ses sigles […], ses outils, ses experts »[84]. Ainsi, différents pays occidentaux élaborent chaque année des Comptes nationaux de la santé, qui permettent d'évaluer la dépense totale engagée au titre de la santé, de suivre son évolution et d'en analyser les sources de financement et la répartition par secteur de production. Cette étude du coût de la santé ne cherche donc pas tant à le réduire qu'à améliorer l'usage des dépenses. Se développent aussi, de plus en plus, des études de coûts par pathologie fondées sur les Comptes de la santé[85]. De même, les hôpitaux sont de plus en plus soumis à cette logique gestionnaire, devant gérer cette institution à l'instar d'une entreprise, avec une certaine « obligation de résultats », en privilégiant notamment les gains de productivité directs, en limitant la prise en charge et en réduisant la durée des séjours. Ainsi, « la « culture de l'évaluation » promeut une technique de rationalisation de l'action organisée indépendamment du débat public sur les visées et les valeurs de celle-ci et indépendamment des spécificités professionnelles »[86].

En écho à cette volonté de maîtrise des dépenses publiques, la notion de « travail en réseau » tend aussi à s'imposer dans le discours politique, avec l'idée que cette organisation du travail permettra d'aboutir à une gestion rationalisée de l'effort humain et économique. Les professionnels, aussi bien dans le monde de l'entreprise que dans celui des politiques publiques, sont de plus en plus incités à se coordonner et à coopérer entre eux, au-delà des frontières de leur organisation, de leur métier, de leur bureau. La réforme de l'Assurance

[81] Sur ce point, voir notamment l'ouvrage de Julien Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, éditions Raisons d'agir, Paris, 2008.
[82] *Ibid*., p7.
[83] Cette idée est notamment développée par Julien Duval, *op. cit.*
[84] Lise Demailly, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2008, p138.
[85] Heijink, Renaud, « Etudes de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays », *Questions d'économie de la santé*, n°143, juin 2009.
[86] Lise Demailly, *op. cit.*, p223.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

maladie d'août 2004 s'inscrit dans cette même logique : « on peut dire qu'avec la formule du médecin traitant, elle inscrit la logique de réseau au cœur du système de soins »[87]. Ainsi, « la politique publique de santé publique voit dans le réseau une panacée pour remédier à la désadaptation du système »[88].

Toutefois, cette question des réseaux ne saurait non plus se comprendre indépendamment de la montée d'une autre figure des politiques publiques, de plus en plus promue comme acteur-clef du système et de sa gestion rationalisée, « l'usager ». En effet, « le rôle des usagers […] est l'une des composantes de la montée en puissance des réseaux »[89], comme l'atteste la loi du 4 mars 2002, relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé, qui définit les réseaux de santé comme ayant pour objet de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ». Dès lors, « la mesure de la satisfaction des usagers fait partie de l'obligation institutionnelle d'évaluation de l'action publique »[90]. C'est sur cette notion « d'usager » que nous allons à présent nous arrêter.

### 2-2 « L'usager », figure-clef du discours public contemporain

La décentralisation, en 1982, a été le détonateur du procès de réforme de l'Etat. Or, « c'est au moment où la maîtrise des dépenses publiques devient un enjeu politique majeur que la notion d'usager est introduite avec force dans la rénovation de la gestion des services publics »[91], puisqu'elle connaît une montée en puissance dans les discours gestionnaires et dans la législation. Si la notion s'impose, il n'en reste pas moins qu'il en existe des conceptions multiples, et que cela constitue un enjeu du champ. Le décret du 28 novembre 1983 annonce « un nouveau statut de l'usager du service public », avec trois principes : l'égalité devant la loi, la réparation des erreurs et l'importance des organismes consultatifs. De même, la circulaire du 23 février 1989 stipule que l'usager « doit devenir un partenaire qui

[87] *Ibid*., p248.
[88] Lise Demailly, Maryse Bresson (dir.), *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, MIRE/INSERM, IFRESI/DRESS, 2005, p133.
[89] Lise Demailly, *op. cit.*., p248.
[90] *Ibid*., p309.
[91] François Vedelago, « L'usager comme atout stratégique du changement dans le système de santé », in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer (dir.), *Les usagers du système de soins*, ENSP, Rennes, 2000, p59.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

fait des suggestions et des propositions », son appréciation pouvant devenir « un des critères essentiels d'évaluation du fonctionnement des services publics ».

Or, le terme même « d'usager » pose question, puisqu'il s'inscrit dans une tentative de redéfinition des relations malades/professionnels de santé, citoyens/institutions. Parler des « usagers », c'est parler d'un rapport entre un service et les citoyens, rapport qui est régulé par le droit : « Instituer, assigner une essence, une compétence, c'est imposer un droit d'être qui est un devoir être (ou d'être). C'est signifier à quelqu'un ce qu'il est et lui assigner qu'il a à se conduire en conséquence »[92]. Effectivement, « l'usager » s'impose comme une catégorie de l'action publique dans une perspective de modernisation et de rationalisation de la gestion des services publics, notamment concernant la maîtrise des dépenses de santé : « dans le glissement progressif du citoyen à celui d'usager, se lit l'évolution du rapport du dispositif étatique avec la société civile et des conceptions sur l'intervention de la puissance publique dans la vie privée des administrés »[93]. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, abonde également en ce sens, puisqu'elle prévoit un certain nombre de mesures concrètes pour permettre à la personne accompagnée d'exercer ses droits – comme l'accès direct à son dossier médical, ou bien encore la recherche du consentement en toutes circonstances.

Corollaire de l'imposition de cette figure du malade-citoyen, se dessinent une revendication et une affirmation du droit des malades, avec la volonté de faire évoluer les relations médecin/patient. Cela rejoint en partie les préoccupations des mouvements de consommateurs et d'usagers, et s'intègre dans un mouvement plus large de contestation d'une certaine forme de société de consommation. De plus, le développement des exigences des malades amène la crainte d'actions en justice et de plaintes, de la part des professionnels de santé. Il n'en reste pas moins que le thème de la responsabilisation des usagers se développe, afin que ces derniers deviennent des partenaires de la régulation du système de santé, et l'idée de la primauté d'un service à l'usager fait progressivement son chemin. On retrouve ainsi une mobilisation croissante des malades – le plus souvent via des associations les représentant : « ces groupes sont de plus en plus nombreux et actifs : parfois réunis en fédérations, ils tendent à devenir des partenaires des pouvoirs publics pour les problèmes de santé. De nombreuses associations se sont ainsi institutionnalisées, avec des services sociaux, juridiques

[92] Pierre Bourdieu, *Ce que parler veut dire*, Fayard, Paris, 1982, p126.
[93] Armand Mattelart, *L'internationale publicitaire*, La Découverte, Paris, 1989, p239.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

et parfois financiers »[94]. Ainsi, « passer au terme « usager », c'est en somme reconnaître et affirmer que le destinataire de l'action professionnelle est une personne, un sujet, qui a son mot à dire, son point de vue sur le fonctionnement ou le déroulement de cette action, des demandes, des attentes, des désirs. C'est poser que le destinataire de l'action a des droits, qui peuvent éventuellement être garantis légalement »[95]. En ce sens, « la santé est devenue un problème collectif dépassant le seul cadre des spécialistes »[96].

Néanmoins, cela n'est pas sans poser quelques interrogations sur la réelle possibilité d'associer les usagers aux réformes du système de santé. Pour Monika Steffen[97], les difficultés sont de quatre ordres : l'asymétrie de la relation thérapeutique médecin/patient en faveur du premier[98], le flou autour de la notion même d'usager, l'absence de l'usager de la politique de santé médicale, ainsi que la structure mixte des services de santé, à la fois privée et publique. Il n'en reste pas moins, selon elle, que « le terme d'usager traduit un statut, celui de l'ayant-droit, et une relation potentielle, celle de partenaire dans la mise en œuvre des politiques publiques »[99]. Toutefois, les professionnels de la médecine peuvent parfois se montrer réticents à vouloir diffuser de la sorte l'information médicale, par peur des conséquences pernicieuses que cela pourrait avoir : « l'enjeu de ces luttes à propos de l'information médicale consiste, en fait, pour les représentants des médecins, à préserver, à travers la défense du monopole de la diffusion de l'information médicale, leur capacité socialement reconnue de parler et d'agir dans ce domaine »[100].

En outre, cet « usager » apparaît bien souvent comme un enjeu symbolique, dont se servent les professionnels de santé et les acteurs du système politique afin de légitimer leurs propres revendications[101], notamment autour de la maîtrise des dépenses : « l'usager se trouve ainsi être l'origine et le destinataire du débat »[102], et ce d'autant plus que c'est principalement un usager abstrait qui est convoqué dans les discours et les transformations législatives opérées, et non des usagers « réels », qui ont l'inconvénient majeur de briller par leur diversité.

---

[94] Lise Demailly, *op. cit.*, p227.
[95] *Ibid.*, p298.
[96] Hélène Romeyer, « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, n°11, 2007, p64.
[97] Genevieve Cresson, Frédéric-Xavier Schweyer, *op. cit.*
[98] Patrick Castel, « Le médecin, le patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, n°46-3, 2005, pp443-467.
[99] *Ibid.*, p52.
[100] Dominique Marchetti, « Une rubrique « à part ». L'information médicale de l'après-guerre au début des années 80 », *Questions de communication*, n°11, 2007, p74.
[101] François Vedelago, *op. cit.*
[102] Armand Mattelart, *op. cit.*, p16.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En conclusion, il apparaît que le contexte socio-politique contemporain est marqué par plusieurs phénomènes, articulés entre eux. Une modification de la figure du sujet se manifeste : centrée autour de ce sujet, de cet « usager », une grille de lecture psychologique est à l'œuvre pour appréhender le social, reléguant au second plan les déterminants sociologiques ou politiques ; l'intervention sociale se fait sur le mode de la psychologisation, ce qui engendre, en retour, une mise en avant de la responsabilité individuelle dans la situation vécue – avec la culpabilisation comme pendant négatif de cette responsabilisation des individus. C'est partant de ce même mouvement que la figure de « l'usager » acquiert une importance nouvelle, avec des associations d'usagers promues comme acteurs des politiques publiques, comme relais des besoins et des attentes, le tout sur fond de volonté politique de maîtrise des dépenses publiques et de promotion du travail en réseau. Cette présentation à présent effectuée, intéressons nous plus particulièrement à l'objet « santé publique », à sa signification ainsi qu'à ses imbrications.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Chapitre 3 : La santé publique : un domaine à la croisée du sanitaire, du politique, du social et du symbolique

Notre investigation théorique se poursuit avec la « santé publique », ce qui se « cache » sous ces termes, d'un point de vue théorique, mais également concernant ses implications pratiques, avec son imbrication dans la configuration politique, la construction sociale particulière qui la recouvre, ainsi que la question – aussi épineuse que passionnante – de la séparation des sphères du sain et du malade, du normal et du pathologique.

## 1. La « santé publique », définition « officielle » et première approche

La santé publique a été définie formellement, de manière conceptuelle, par l'OMS en 1952 : c'est une définition « retenant la notion d'action collective concertée visant à assainir le milieu, et la mise en œuvre de mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé »[103]. Cet organisme international ajoute aussi que cette santé publique « est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyens d'actions collectives »[104]. Il appert de cette première définition que la santé publique se différencie de la médecine clinique par le fait de s'intéresser d'abord à la santé – et non aux malades –, santé qu'elle essaie de préserver et de promouvoir. De plus, alors que la médecine clinique s'adresse à des individus singularisés dans des rapports de face à face, la santé publique, elle, concerne des collectivités dans le cadre de dispositifs publics. Cette gestion collective de la maladie s'est progressivement constituée en domaine autonome, à la croisée du politique, de l'administratif et du médical.

[103] Michel Vandenberghe, *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*, L'Harmattan, Paris, 2002, p21.
[104] OMS, Série de Rapports techniques, n°55, 1952, p6.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Si l'on ne parle guère des hygiénistes avant la seconde moitié du XVIII[e] siècle et surtout au XIX[e] siècle, il serait fallacieux de s'imaginer que les questions de santé touchant à l'ensemble de la collectivité n'ont pas intéressé les populations plus anciennes. Les Tables de la loi contiennent déjà des directives de santé, et Hippocrate dressa les premières bases du savoir sur l'hygiène individuelle et collective. Ainsi, depuis l'Antiquité, les cités ont tenté de se protéger des épidémies et ont parfois même organisé l'assainissement de leur centre urbain[105].

Toutefois, c'est à partir de la fin du XVII[e] siècle et au début du XVIII[e] siècle que des médecins européens proposent des mesures d'interventions précises, qui reposent sur la tradition hippocratique selon laquelle les maladies endémiques et épidémiques proviennent des conditions d'environnement, avec des ramifications sociales – peste, variole, typhus, fièvres paludéennes, etc. L'une des grandes nouveautés, à cette période, tient à « la vision du risque qui change, devenue plus systématique et surtout plus chiffrée »[106]. De même, il est demandé aux travailleurs de procéder à une auto-surveillance physique, qui se résume surtout alors à éviter la débauche. Cela se fait en partie avec des considérations économiques, concernant la bonne condition de la main d'œuvre, élément nécessaire à une bonne productivité et donc à la richesse de la nation : « insensiblement l'ouvrier devient comptable de son corps, surveillé par le maître, pour mieux garantir le travail »[107]. Dans cette mesure, « c'est bien à un bouleversement de la culture que confronte, avec les Lumières, le déplacement des pratiques médicales et hygiéniques de prévision. Aucune découverte médicale sans doute, mais des manières d'agir sur le corps et de se le représenter totalement redéfinies »[108]. A titre d'exemple, dans l'Encyclopédie dont dix volumes paraissent en 1765, l'article consacré à « l'hygiène » insiste sur la nécessité d'un retour à Hippocrate, avec sept lois ou préceptes d'hygiènes de vie : éviter les excès, éviter les changements, chercher la tranquillité d'esprit, vivre à l'air pur, proportionner la nourriture aux exercices et éviter les médecins et les médications[109]. Dès lors, « la prévention, en application de règles clairement affirmées par les médecins, devient […] la dimension majeure de l'hygiène »[110].

---

[105] Patrice Bourdelais, « Les logiques du développement de l'hygiène publique », in Patrice Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, éditions Belin, Paris, 2001.
[106] Vigarello, « L'hygiène des Lumières », in Patrice Bourdelais (dir.), *op. cit.*, p31.
[107] *Ibid*., p33.
[108] *Ibid*., p40.
[109] Teysseire, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme », in Patrice Bourdelais, *op. cit.*
[110] Guillaume, « L'hygiène à l'école et par l'école », in Patrice Bourdelais, Olivier Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII[e] – XX[e] siècles)*, Belin, Paris, 2005, p225.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Deux caractéristiques principales permettent de définir cette hygiène publique naissante : visant le collectif, elle relève en grande partie de la puissance publique ; soucieuse des conditions de vie, elle s'attache à modifier celles-ci de telle manière qu'elles ne puissent plus être pathogènes ou beaucoup moins. « L'hygiénisme résulterait donc de la conjonction, à la fin du XVIII$^{e}$ siècle, de l'invention de la statistique sociale et de la découverte de la question sociale [d'où cette préoccupation nouvelle pour les conditions environnementales]. Ambition scientifique et projet moral sont indissociables »[111].

Mais la grande période de l'hygiène publique française est, le plus souvent, située, dans le début du XIX$^{e}$ siècle, sur le plan de ses publications et du dynamisme de ses recherches. La guerre de 1870 marquera aussi la France, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le typhus et d'autres maladies infectieuses ont fait beaucoup de victimes, notamment parmi les soldats. S'exprime une modification des sensibilités à l'égard de l'environnement immédiat, des ordures, de la saleté, des odeurs, qui ne peut que favoriser l'orientation des hygiénistes, qui cherchent à établir les liens unissant les maladies aux conditions locales, qui plaident en faveur de travaux d'assainissement ou de modifications de l'habitat, ainsi que pour une réforme des mœurs des plus pauvres. Cette sensibilité nouvelle conduit à prodiguer des notions d'hygiène aux jeunes écoliers (avec l'ambition sous-jacente que ces derniers transmettent ensuite ces enseignements à leurs parents). Progressivement, se met en place une médicalisation croissante de la société, qui revêt dans le même temps une dimension normative : « cette médicalisation découle de la valeur de référence et du pouvoir pris par le savoir médical dans différents secteurs de la vie sociale »[112]. Ce mouvement est aussi favorisé par le succès du médicament – qui constitue, depuis le XIX$^{e}$ siècle, un élément majeur de la référence constante à la nouveauté dans les pratiques de santé –, qui inaugure dès lors un nouveau type de rapport à la santé. Mais celui-ci ne saurait pour autant se réduire à un corps médical conquérant et à un Etat souverain : « loin d'une autonomie présumée de la science médicale, dont l'avancement fournirait la mesure progressive d'une « mise en santé » des populations, l'histoire du « remède » met l'accent sur l'intervention d'autres protagonistes, sur les configurations sociales, les mentalités collectives et les comportements individuels, le développement de la consommation et l'irruption du marché »[113]. Les lois de 1871 et de 1884

[111] Didier Fassin, « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain », in Patrice Bourdelais, *op. cit.*, p448.
[112] Leila Azeddine, Gersende Blanchard, Cécile Poncin, « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? », *Questions de communication*, n°11, 2007, p112.
[113] Rasmussen, « La résistible ascension du comprimé », in Patrice Bourdelais, Olivier Faure (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII$^{e}$ – XX$^{e}$ siècles)*, Belin, Paris, 2005, p103.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

consacraient le maire comme un pivot de la société civile et un rouage important de l'Etat républicain. Les grandes villes françaises créent, depuis les années 1880, des bureaux municipaux d'hygiène – le premier apparaît au Havre, en 1879 –, avec un souci particulier pour les questions d'insalubrité des logements ou encore pour les écoles et les enfants[114]. Cela répond également à une demande des élites politiques et sociales des villes, qui sont désormais convaincues de l'importance de l'hygiène publique : « l'argument des initiateurs de ces projets dans les principales villes de France est toujours triple : la mortalité par maladie infectieuse reculera, la qualité de la population s'améliorera et cette politique de prévention permettra de limiter les dépenses hospitalières »[115]. La loi du 13 avril 1850, « relative à l'assainissement des logements insalubres », vise à remédier à ce problème tout en fondant son action sur l'atteinte que les conditions insalubres des logements portent à la vie ou à la santé de leurs habitants. « L'Etat considère « l'insalubrité » comme le résultat d'un manque d'assainissement qui est simultanément censé avoir une mauvaise influence sur « le développement moral des individus » »[116]. En ce sens, « la gestion du corps social ne figure autre chose que la majoration de sa santé, l'une et l'autre relèvent d'une même science du normal, ou du désirable. De la médecine à l'organisation sociale, par le fait, la relation se déplace : purement institutionnelle à l'orée du XIX$^{e}$ siècle (l'expertise médicale comme aide à la décision), elle acquiert sur le tard une dimension épistémique et pratique (l'état de santé comme norme et finalité des politiques publiques). D'instrument, l'hygiène s'est faite législatrice »[117]. Néanmoins, l'hygiène communale était respectée dans la mesure où les autorités locales le souhaitaient.

Les années 1850 voient aussi l'émergence de manifestations entièrement vouées à l'hygiène : deux conférences sanitaires internationales ont lieu à Paris en 1851 et 1859, et des congrès internationaux d'hygiène apparaissent en 1852 à Bruxelles. Cela constitue d'ailleurs l'une des spécificités de l'hygiène par rapport à l'ensemble du mouvement scientifique international : c'est, en effet, la toute première discipline à revendiquer un corpus savant qui trouve une expression et une audience internationales, favorisée en cela par le développement

[114] Patrice Bourdelais, « Les bureaux d'hygiène municipaux (1879-1900), in Patrice Bourdelais, Olivier Faure (dir.), *op. cit.*
[115] *Ibid.*, p283.
[116] Elisabeth Kalff, « Les plaintes pour insalubrité du logement à Paris », in Patrice Bourdelais (dir.), *op. cit.*, p124.
[117] Lion Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, Fayard, Paris, 1996, p72.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

du niveau de vie. Une place importante est accordée à la statistique dans le cadre de ces conférences, soulignant de fait qu'hygiène et statistique sont liées dans un même *fatum*. Les congrès et autres conférences n'ont de cesse de se développer des années 1860 à 1880. Enfin, des années 1880 au début du XX$^{e}$ siècle, l'hygiène, en poursuivant son avancée, se spécialise et donne naissance à des sous-disciplines (hygiène industrielle, hygiène scolaire, alimentaire, etc.).

Sous l'influence de Pasteur et de l'ensemble de ses découvertes (dont l'objectivation microbienne) apparaît la notion de santé publique au sens du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire des eaux usées dans les grandes villes. A la même époque, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (SMP) devient une société d'hygiénistes au sens strict du terme. Le 15 février 1902 est votée, en France, la première loi de santé publique. Elle concerne surtout l'assainissement du milieu : « muette sur ces maladies populaires, tuberculose, alcoolisme, syphilis, dont l'évocation l'eût périmée, elle ne se flattait pas tant d'empêcher la diffusion de la graine empoisonnée que d'améliorer le travail insalubre »[118].
Mais cette législation naissante connaît quelque peine à s'imposer ; une tension existe entre Etat et municipalités. Ces dernières ne voient guère d'un bon œil l'intrusion de cette loi, qui veut remettre en cause les accords locaux, conclus notamment entre les maires et les médecins, où l'exercice de l'autorité publique n'est pas exempt du profit privé. La centralisation sanitaire rencontre ainsi de fortes résistances : « l'esprit de localité tue l'esprit de gouvernement. Ce qui décide de tout »[119]. L'une des pommes de discorde, sur laquelle s'opposent les différents niveaux de pouvoir, concernait la mise en place, au niveau départemental (et non par les autorités locales), d'inspecteurs sanitaires, chargés de l'exécution des mesures sanitaires : « une créature de la mairie, ingénieur, pharmacien, voire médecin serinés d'avance, ou une tête incorruptible ? Tous les frottements viennent de là »[120]. Sur les 86 inspecteurs (au minimum) initialement prévus par la loi, seuls six sont effectivement en poste.

La loi de 1902, et son premier article, constituait, pour les autorités locales, une mise en danger de leur pouvoir, avec l'obligation de mettre en place un règlement communal,

[118] *Ibid*., p235.
[119] *Ibid*., p203.
[120] *Ibid*., p248.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

véritable code d'hygiène et de prophylaxie, risquant de mener les maires à l'antipathie et au ressentiment de leurs administrés. En conséquence, la majorité des communes refusent de délibérer sur le sujet, et s'opposent à toute réglementation sanitaire : « nulle conjoncture globale en hygiène ; les circonstances locales y jouent un rôle […] considérable » [121].

« La France des bureaux d'hygiène épouse dans ses contours la France industrielle du nord et du nord-est, de la région lyonnaise et d'une frange méditerranéenne, avec une incursion en pays aquitain : c'est une seule et même chose que la France sanitaire et la France productive »[122]. C'est aussi une opposition en miroir entre une France des services sanitaires et une France des praticiens libéraux, en grande partie méridionale, puisque les bureaux municipaux d'hygiène se situent dans des zones avec un faible nombre de médecins libéraux : « un obstacle et un frein : voilà ce qu'aura été le corps médical. Une arrière-garde immobile, sur qui caresses ni menaces n'opèrent, et qui déserte sans débat »[123].
L'existence de bureaux municipaux d'hygiène doit ainsi composer avec ces deux détracteurs, les élus locaux et les médecins : « tenue pour une « gêne » par les municipalités, et pour une traîtresse par les médecins de la place, la maigre escouade des médecins-hygiénistes n'aspire qu'à une chose : « constituer une armée régulière avec un général unique, qui sera le ministre de l'Hygiène » »[124]. C'est là l'un des enseignements principaux de cette histoire des débuts de l'hygiénisme, et de la place de l'Etat dans ce mouvement : « trop grand pour entrer dans le détail des questions d'hygiène publique, éminemment locales, il paraît trop petit pour traiter des problèmes de sécurité sanitaire qui se règlent à l'échelle planétaire »[125].
« Sûrement pas connaissance par les causes, l'histoire de la santé nous semble plutôt mise en lumière d'un réseau d'interactions, hiérarchisation d'un ensemble de conditions dont certaines, au gré des circonstances, joueront le rôle des variables stratégiques. Non de moteur de l'histoire »[126].

Concernant les médecins, leur opposition à la loi renvoyait notamment à la question de la déclaration des maladies transmissibles, qu'ils assimilaient à une violation du secret médical et, partant, à une entrave à leur liberté professionnelle. Néanmoins, proposer une

[121] *Ibidem*., p581.
[122] *Ibidem*., p293.
[123] *Ibidem*., p293.
[124] *Ibidem*., p298.
[125] *Ibidem*., p581.
[126] *Ibidem*., p587.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

double déclaration des cas de tuberculose, à la fois par le médecin et par la famille, permet d'éviter de voir se figer la situation. Même si les médecins réprouvent toujours autant à faire ces déclarations, les citoyens, eux, y voient un intérêt et informent les services d'hygiène, avec un très grand nombre de désinfections réalisées à la demande directe des familles (qui souligne l'individualisation progressive de la santé publique, où l'individu acquiert une importance nouvelle, face à son milieu de vie), sans déclaration des médecins : « la force de l'autorité légitimée par l'évidence des services rendus, le service de désinfection peut exiger l'obéissance parce qu'il s'attire la reconnaissance. L'adhésion n'est pas conversion aux préceptes subtils de la prévention, mais justice rendue à sa bienfaisance »[127]. Car, c'est là une autre constance dans l'histoire de l'hygiène en France, à cette époque : « la vérité est que la prévention, l'opinion n'en sent pas le besoin. Elle veut des soins, des traitements, des médicaments, et se barricade pour le reste de défiance »[128].

Il faudra attendre la fin de la Première Guerre mondiale, l'épidémie de grippe espagnole de 1918 et la question du relèvement de la population pour que la santé publique devienne une préoccupation de premier plan, avec la création, en 1920, du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales[129]. A partir de la seconde guerre mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies. De plus, la société consacre beaucoup d'argent à la recherche scientifique et technique. Quant à la création de la Sécurité sociale, en 1945, elle permet progressivement à une majorité de Français d'avoir accès aux soins, et répond aussi à une volonté de réduire les inégalités de santé, fortement marquées entre les catégories sociales – néanmoins, ces inégalités restent très fortes encore aujourd'hui, corrélées à des facteurs de risques plus prononcés chez les classes populaires, ainsi qu'à des rapports différents à la médecine et plus généralement à la santé[130].

C'est à la même époque que l'on constate une certaine passivité des populations et une absence d'évolution des indicateurs de santé ; les taux de mortalité et de morbidité évoluent peu, et l'alcool fait toujours des ravages considérables en termes médicaux et sociaux. C'est

[127] *Ibidem*., p403.
[128] *Ibidem*., p435.
[129] Jacques Raimondeau, Pierre-Henry Bréchat, « Cent ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *ADSP*, n°41, décembre 2002, pp67-71.
[130] Sur ce point, voir notamment Julien Duval, *op. cit.*


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dans ce contexte qu'apparaît l'éducation pour la santé, qui constitue un volet de la prévention visant à réduire la mortalité prématurée par maladies ou accidents en lien avec ces comportements et habitudes de vie – on parle aussi de prévention primaire, autrement dit d'une intervention qui vise à réduire autant que possible le risque, sa survenue et ses conséquences[131]. Ce sont alors les professionnels de santé qui s'en emparent et transmettent principalement des messages sur les conséquences des comportements quotidiens, en termes de maladies. L'éducation pour la santé apporte une approche globale de la santé en agissant en amont des comportements à risque, et s'adresse davantage à l'individu même, à son comportement personnel, illustrant le passage d'une conception collective de la santé publique à une conception plus individualiste. Pour autant, dans les années 1970, on constate que la connaissance ne suffit pas à favoriser les changements de comportement et que la prise en compte des conditions de vie est un facteur déterminant ; l'éducation à la santé va alors naître. Dans les années 1980, sous l'égide de l'OMS, le concept de « promotion de la santé » fait son apparition.

Trois textes sont considérés comme fondamentaux en termes de promotion de la santé : la déclaration d'Alma-Ata en 1978, la Charte d'Ottawa en 1986 et la déclaration de Jakarta en 1997. La déclaration d'Alma-Ata classe l'information et l'éducation à la santé comme les premières priorités en matière de soins de santé primaires (parmi les huit énoncées). L'approche promue implique le droit des populations à connaître leurs principaux problèmes de santé et à participer à leur solution, ainsi que le devoir des gouvernements « de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes »[132]. Dans la charte d'Ottawa, la promotion de la santé est définie comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci – la conception plus individualiste de la santé publique se manifeste alors, en se centrant plus sur les connaissances des individus, leurs facultés d'adaptation, que sur leur milieu social. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est donc une définition qui met en valeur les ressources

[131] Cette notion de prévention primaire se comprend en rapport avec les préventions secondaire et tertiaire : celle-là consiste en une intervention qui cherche à révéler l'atteinte pour prévenir l'aggravation de la maladie, par des soins précoces ; quant à celle-ci, elle vise à éviter les rechutes ou les complications.
[132] Rapport de la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, du 6 au 12 septembre 1978.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Dès lors, « les individus doivent agir de façon responsable en se conformant à des conseils, des préceptes et autres prescriptions. Ils doivent être responsables pour eux-mêmes en évitant les comportements à risque »[133]. Cela fait écho à la théorie éliasienne, développée dans le premier chapitre, concernant ce processus de civilisation, qui conduit les institutions sociales à inculquer aux individus une contrainte qui doit se transformer en automatisme et en habitude. Dans cette conception dominante de la santé publique, « pour améliorer la santé collective, c'est d'abord au niveau des individus qu'il faut agir en corrigeant leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques »[134]. De manière contrapuntique, responsabiliser de la sorte les individus revient aussi à les culpabiliser pour leur manière de se comporter : « dans le dispositif du biopouvoir, le malade peut donc très facilement se retrouver dans la peau du déviant : les campagnes de prévention, les tests de surveillance ainsi que les protocoles de soins formatent et normalisent de plus en plus les populations concernées »[135]. L'axiome posé est donc simple : « se rapporter à un tel modèle individualiste, pour penser la santé publique, impose de croire dans les capacités de rationalisation des individus face aux risques. En effet, on ne peut espérer produire des réponses collectives en s'adressant à « l'individu » que si l'on pense que, guidés par leur raison, tous les individus vont agir « comme un seul homme » »[136]. « Corrélativement, l'incroyant ou l'infidèle – le fumeur, l'alcoolique, le gastronome – qui n'obéit pas à ces commandements est traqué et dénoncé par l'information préventive et la pression de son entourage, qui ne manque jamais une occasion pour lui rappeler qu'il est en état de péché »[137]. On attend alors de cet individu qu'il s'aperçoive à temps de sa faute, en éprouve de la culpabilité et du remords, et finisse ainsi par se repentir.

Par ailleurs, le 9 août 2004, a été votée une nouvelle loi de santé publique, simplement la deuxième dans l'histoire française. S'y trouve notamment affirmée la responsabilité de l'Etat, à qui il appartient de définir la politique de santé tous les cinq ans, selon des objectifs pluriannuels ; on y retrouve aussi une volonté affichée de développer la politique de prévention, axe majeur de la loi. S'y joignent cent objectifs de santé publique pour 2004-

[133] Isabelle Paillart, Géraldine Strappazzon, « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et prévention », *Questions de communication*, n°11, 2007, p26.
[134] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p271.
[135] Miguel Benasayag, *op. cit*., p58.
[136] Patrice Pinell (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, PUF, Paris, 2002, p83.
[137] François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, éditions Payot, Paris, 1997, p383.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2008, ainsi que cinq plans stratégiques nationaux – lutte contre le cancer, limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et, enfin, améliorer la prise en charge des maladies rares.

Parallèlement, du fait de l'accroissement du nombre de médecins et de professionnels de santé, le déploiement du progrès thérapeutique, ainsi que la diffusion, en expansion continue, de la croyance en un pouvoir de guérir de la médecine moderne, ont conduit à une tendance de plus en plus forte à percevoir des symptômes corporels et psychiques comme entrant dans l'ordre du pathologique, et donc à un recours de plus en plus systématique et fréquent aux services et biens médicaux. Mais le développement de cette « idéologie de la santé »[138] possède aussi son revers pour l'individu qui s'en trouve la cible ; c'est du moins là l'hypothèse de certains auteurs, à l'instar de Christopher Lasch : « la médecine et la psychiatrie – plus généralement la sensibilité et la perspective thérapeutiques infiltrées dans l'ensemble de la société moderne – renforcent le modèle créé par d'autres influences culturelles : l'individu s'examine sans cesse, en quête de signes de vieillissement, de mauvaise santé, de flétrissures et d'imperfections susceptibles d'amoindrir son pouvoir de séduction, de symptômes de tension psychique. Il peut au contraire collectionner les indices l'assurant que sa vie se déroule « normalement ». La médecine moderne a vaincu les épidémies et les grandes maladies qui, jadis, rendaient la vie si précaire, mais elle a créé de nouvelles formes d'insécurité »[139] ; dès lors, « l'idée d'un développement normatif engendre une peur spécifique : toute déviation par rapport à la norme serait pathologique »[140].

Un autre élément majeur caractérisant la santé publique est l'épidémiologie. La santé publique est « d'abord une réalité épidémiologique, correspondant à l'état de santé d'une population »[141] ; elle renvoie à un champ disciplinaire, avec ses savoirs, ses règles, ses manuels, ses sociétés savantes, etc. Elle apparaît donc comme « un territoire vaste et incertain, multiple par ses significations et variable en termes d'utilisation »[142] ; « la santé publique est donc une discipline multi et interdisciplinaire bien plus vaste que la médecine »[143].

[138] Pierre Aïach, « Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social », in Maryse Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, L'Harmattan, Paris, 2006.
[139] Christopher Lasch, *La culture du narcissisme*, Flammarion, Paris, 2006, p81.
[140] *Ibid*., p81.
[141] Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, éditions ENSP, Rennes, 2005, p10.
[142] *Ibid.*, p10.
[143] H San Martin, *Santé publique et médecine préventive*, éditions Massé, Paris, 1987, p7.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

De surcroît, cette gestion collective de la santé « a fait l'objet d'une transformation historique qui l'a progressivement constituée en domaine autonome à la croisée du politique et du social »[144], grâce notamment à l'élaboration d'un savoir propre, lui permettant le passage d'une conception du singulier à une étude des populations, la statistique – que l'on pense ici notamment au cas de Villermé et des études qu'il a pu réaliser au 19ème siècle. Quant à l'épidémiologie, qui constitue l'une des formes statistiques contemporaines, elle apparaît après la seconde guerre mondiale.

## 2. Santé publique et configuration politique

Pour autant, afin de saisir la genèse et les évolutions de la santé publique, le seul domaine sanitaire ne suffit pas, la santé publique étant aussi le produit et le reflet de la structure sociale dans laquelle elle se développe, et de la configuration du champ politique où elle s'inscrit – en écho à la théorie foucaldienne que nous avons vue auparavant. Pour s'en convaincre, reprenons l'exemple, cité par Didier Fassin, d'un des premiers dispositifs sanitaires publics, qui a vu le jour à Rome à la fin du Ier siècle avant JC[145]. Selon Fassin, cet essor est lié à une raison politique, à savoir une conception nouvelle de l'Etat chez les Romains. Cette manière nouvelle de gouverner contient, dans ses prérogatives, la prise en charge des sujets de l'Empire, dont la vie constitue un nouvel objet de gouvernement : « il entre dans ce qui fait la souveraineté du souverain de prendre à son compte l'administration des vies de ses sujets »[146]. Ainsi, « avant d'être un savoir, la santé publique manifeste donc un pouvoir »[147]. Autrement exprimé, cela signifie que l'espace de la santé prend son sens par rapport à la manière dont s'y inscrit le politique. « La santé, entendue comme le rapport sans cesse redéfini du corps physique au corps social, devient objet de politiques en même temps qu'objet politique »[148]. C'est cette raison qui explique également que le développement de la santé publique a été permis par la position dominante qu'y occupent les administrateurs et les politiques par rapport aux médecins.

[144] Didier Fassin*, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p204.
[145] Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, éditions ENSP, Rennes, 2005.
[146] *Ibid.*, p20.
[147] *Ibidem.*, p21.
[148] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p284.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-1 La « construction sociale de la santé publique »

La santé publique apparaît alors comme un miroir dans lequel la société donne à voir ses préoccupations ou ses choix. Mais, elle est « une notion polysémique qui agrège des réalités extrêmement hétérogènes »[149]. C'est d'ailleurs pour cette raison que Fassin, au même titre que les autres chercheurs qui ont apporté leur contribution dans ses ouvrages, dans leurs approches théoriques et méthodologiques, ne supposent pas la préexistence de la santé publique, mais s'intéressent plutôt aux conditions de sa production, approche qui nous paraît intéressante dans le cadre de ce travail.

Cette approche théorique suppose alors deux éléments : d'une part que la santé publique n'existe pas en soi, mais dans le processus par lequel elle se définit et se réalise, et d'autre part, que c'est la dynamique même de cette production qu'il faut étudier. En somme donc, l'interrogation de l'auteur revêt les traits de la manière dont une réalité sociale va devenir un problème de santé publique, et la traduction scientifique de cette interrogation va se matérialiser sous la notion de « construction sociale de la santé publique »[150].

Pour Fassin, cette construction sociale passe par une double opération de médicalisation – c'est-à-dire de réécriture d'un problème social dans le langage sanitaire – et de politisation des faits sociaux, ce qui implique donc l'intervention d'un certain nombre d'acteurs : « rendre lisible cette double opération de traduction qui fait d'une réalité socio-juridique, d'abord une entité médicale, puis un enjeu politique, devenant au bout du compte un problème de santé publique […], c'est montrer que les réalités que nous qualifions de la sorte doivent, pour nous apparaître telles, faire l'objet de l'intervention d'experts et de profanes, de médecins et de législateurs, de médias et d'associations, qui les font exister sous la forme que nous leur connaissons »[151]. Pour illustrer ses propos, l'auteur prend notamment l'exemple du saturnisme infantile en France. Alors que cette pathologie était d'abord considérée comme un problème individuel et ne mobilisant qu'une réponse clinique au sein de l'hôpital au début des années 1980, la réalisation d'études épidémiologiques, en 1986 et 1987, a souligné la responsabilité de la précarité des habitats dans cette affection, expliquant du même coup pourquoi seuls certains types de populations étaient concernés par le saturnisme

[149] Pierre Valarié, « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », in Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, Paris, 1998.
[150] Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, éditions ENSP, Rennes, 2005, p25.
[151] *Ibid.*, p29.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

infantile (ce qui a partie liée avec les politiques d'immigration), transformant ainsi un phénomène social en problème de santé. Autrement dit, par le biais de l'engagement d'un certain nombre d'agents extérieurs à l'hôpital, le saturnisme infantile a fini par être considéré comme un problème de santé publique à la fin des années 1990.
Ce qui s'est modifié entre-temps, ce n'est pas tant l'ampleur du mal que le regard porté sur cette affection, reflet d'une « culture de santé publique » : « il s'agit en effet d'une construction sociale productrice de sens par laquelle le monde est représenté, par exemple en termes d'épidémie appelant une mobilisation politique forte plutôt qu'en termes de cas isolés laissés entre les mains des professionnels »[152]. A travers cet exemple, on voit donc que « la santé publique ne se contente pas de découvrir : elle invente »[153]. C'est pour cette raison que la santé publique se distingue particulièrement par une profusion de discours et d'éléments rhétoriques : « cette production discursive s'inscrit alors dans l'une des caractéristiques de la santé publique : l'indétermination de sa définition »[154].

L'intérêt de cette notion de « construction sociale de la santé publique » réside aussi dans l'importance particulière qu'elle confère à l'épidémiologie, qui apparaît comme l'un de ses langages privilégiés, notamment dans la phase de politisation, puisque ce genre d'études souligne l'importance de ces maladies, leur prévalence dans une population définie. Ces estimations statistiques « étayent les arguments qui justifient la mise en œuvre de campagnes de prévention : ils apparaissent dans le discours institutionnel avec une valeur d'authentification relativement à l'identification et à l'ampleur de ce qui est ainsi construit comme un problème public »[155]. Ces statistiques constituent alors un indicateur pour orienter, justifier et légitimer les actions menées ou à mener.

2-2 L'incidence des rapports de pouvoir

La santé publique s'inscrit dans une dialectique entre différents acteurs, où l'Etat et ses représentants ont le monopole de la légitimation de la « bonne » vision des choses, en adoubant certaines connaissances, certaines interprétations d'un objet social, et en rejetant les autres. « Parce qu'elle contribue à le légitimer en même temps qu'elle en tire la possibilité de

[152] *Ibid.*, p36.
[153] *Ibidem.*, p37.
[154] Isabelle Pailliart, Géraldine Strappazzon, *op. cit.*, p23.
[155] Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication gouvernementale en matière de sécurité : gouvernement de soi et gouvernement du social », in Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn (dir.), *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite ?*, PUG, Grenoble, 2009, p93.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

sa propre existence, la santé publique est donc indissociable de la figure de l'Etat »[156]. Néanmoins, l'Etat n'apparaît pas toujours comme l'instigateur de la santé publique, il en est parfois aussi le suiveur, celui qui intervient après-coup pour adouber les pratiques d'autres acteurs. Il arrive également que la sphère étatique soit en concurrence, si ce n'est en opposition, avec d'autres acteurs politiques ou sociaux, autour de la définition de la santé publique et de la manière de l'ordonner. C'est notamment ce que nous avons essayé de démontrer précédemment, en retraçant un bref historique de l'histoire de la santé publique en France, avec la place de l'hygiénisme, et des oppositions omniprésentes entre Etat centralisateur, municipalités locales et médecins, notamment dans les suites de la loi de 1902.

C'est ce qui transparaît aussi, plus récemment, à travers l'ouvrage *Le gouvernement des corps*, où l'on constate que l'Etat, s'il est un interlocuteur obligé, ne constitue pas pour autant l'ordonnateur exclusif en matière d'administration des corps, avec de nombreux autres acteurs sociaux qui entrent en jeu, avec des pratiques diversifiées. Dès lors, on constate que « la santé publique est un espace d'activités disparates que les professionnels trouvent intérêt à s'approprier dans le champ disciplinaire auquel ils s'identifient »[157]. Dans le même temps, « la santé publique est aussi un espace public de la santé, c'est-à-dire un ordre négocié de la prévention et de la prise en charge, entre acteurs sociaux très divers, professionnels, profanes et politiques »[158]. A titre d'illustration, citons ici le cas de l'épidémie du Sida, notamment sur son versant préventif, où le problème à traiter était de baisser les risques de contamination. Or, comme cette logique préventive était étrangère aux pratiques du système de santé au début de l'épidémie, avec également une impuissance thérapeutique des acteurs de santé face à ce nouveau fléau, c'est à l'Etat qu'est revenu le rôle d'acteur central, avec pour charge de concevoir une politique de lutte contre une épidémie potentielle et de réunir les différents acteurs légitimes autour de ses définitions[159]. De la sorte, au cours de cette phase de définition, un certain nombre d'acteurs hétérogènes sont intervenus, « cherchant, à partir des ressources qu'ils détiennent (information, poids économique, pression sociale, etc.) à agir sur la définition qui déterminera en partie le processus décisionnel »[160]. Ces luttes intestines ont d'ailleurs lieu dans l'histoire de la seule médecine, avec des luttes dans le champ médical qui ont pour objet et enjeu la reconnaissance de la légitimité de telle ou telle spécialité

[156] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p280.
[157] Michel Vandenberghe, *op. cit*., p22.
[158] *Ibid.*, p109.
[159] Michel Setbon, « La santé publique à l'épreuve du Sida. Une approche systémique des processus décisionnels », *Sociologie du travail*, vol33, n°3, 1991, pp403-428.
[160] *Ibid.*, p410.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

médicale[161]. Dans ce processus de légitimation, il arrive que la question de l'opportunité politique prévale sur les autres logiques, ce qui se voit notamment à travers le cas des politiques locales de santé publique. « Le combat pour les valeurs doit s'accommoder de la gestion des rapports de force »[162], avec une « communication sur des thèmes d'intérêt général [qui] s'inscrit bien dans des actions de communication politique »[163].

Dans l'ouvrage collectif *Les figures urbaines de la santé publique*, Didier Fassin aborde également cette question des rapports de pouvoir, notamment au travers des conséquences qu'a eues la décentralisation sur l'action publique. L'une des principales est l'apparition de « figures urbaines de la santé publique », qu'il faut comprendre dans une perspective éliasienne : ces figures urbaines sont des configurations sociales, c'est-à-dire « des systèmes de relation entre des positions occupées par les agents et les institutions »[164]. Cette notion de figure urbaine sert à montrer comment, autour d'une intervention relevant de santé publique, ce sont des individus, des organismes, des compétences qui se retrouvent sur une scène commune, puis dans des jeux d'interactions et des rapports de pouvoir, afin d'imposer leur propre vision des choses.

Ainsi, si la définition même de la santé publique est en jeu dans le monde social, c'est qu'elle possède certains enjeux, comme des allocations de ressources financières ou bien encore des attributions de biens symboliques. Autrement dit, « son existence même, ses dynamiques et sa configuration ne s'épanouissent que dans le jeu interactif d'instances et de champs qui l'excèdent et lui donnent une grande partie de ses règles et de ses sens sociaux »[165]. La santé constitue, dès lors, un enjeu aussi bien pour les individus que pour les responsables politiques ; elle comprend des enjeux économiques qui concernent autant les entreprises pharmaceutiques que des organisations publiques : « elle est une valeur plurivoque dont la société fait un usage croissant dans le cadre de stratégies différenciées. Elle est aussi un marché régi par des lois et des mécanismes de concurrence, et régulé par les rapports entre les thérapeutes, le public et l'Etat »[166].

---

[161] A ce sujet, voir notamment Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, 2005, pp 4-36.
[162] Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *op. cit.*, p25.
[163] Isabelle Pailliart, Géraldine Strappazzon, *op. cit.*, p30.
[164] Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, Paris, 1998, p9.
[165] Michel Lussault, « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours », in Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, Paris, 1998, p181.
[166] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p38.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Afin de mieux appréhender cette pluralité d'acteurs et d'univers sociaux qui se rencontrent au sein du domaine de la santé publique pour en définir les termes et les enjeux, il nous sera alors possible, au cours de notre analyse, de nous appuyer sur le concept de « champ politique » développé par Pierre Bourdieu. Néanmoins, au préalable, citons cette remarque de Patrick Champagne, qui énonce que « la politique est d'abord une lutte symbolique dans laquelle chaque acteur politique cherche à monopoliser la parole publique ou, pour le moins, à faire triompher sa vision du monde et à l'imposer comme vision juste ou vraie »[167]. Cette remarque nous semble importante à souligner, étant donné que le domaine de la santé apparaît comme un marché régi par des lois et des mécanismes de concurrence, comme un espace politique, un domaine autonome à la croisée du politique, du médical et de l'économique, un univers où « la production des savoirs n'est pas indépendante du contexte et des luttes de pouvoir et d'influences entre les acteurs sociaux »[168].

C'est en ce sens que le concept bourdieusien de « champ » est un outil d'appréhension intéressant de ces phénomènes. En effet, « un champ est un champ de forces, et un champ de luttes pour transformer les rapports de forces »[169]. Aussi, s'impose la nécessité théorique de prendre en compte les luttes symboliques dont l'enjeu est la représentation que les agents se font du monde social, car c'est ce qui fonde la lutte politique, étant donné qu'elle est une « lutte pour maintenir ou changer la vision du monde social, en conservant ou en modifiant les catégories de perception du monde et en travaillant à la constitution d'un sens commun qui apparaisse comme vérité du monde social »[170]. Ainsi, la réalité sociale est une réalité historique qui est modifiée par les représentations sociales de la réalité ; or, nous dit Champagne, « l'objet de la sociologie est, en fait, l'étude des lois de transformation de la réalité sociale. Autrement dit, elle doit prendre en compte, dans son analyse du monde social, les représentations sociales sur le monde social parce qu'elles font partie intégrante du monde social lui-même »[171]. Ces représentations sont des « guides pour l'action », elles sont à la genèse des comportements effectifs : « le repérage de la vision du monde que les individus ou les groupes portent en eux et utilisent pour agir ou prendre position est reconnu comme

[167] Patrick Champagne, *Faire l'opinion. Le nouveau jeu politique*, éditions de Minuit, Paris, 1990, p21.
[168] Maryse Bresson, in Michel Autes, Lise Demailly, *Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique*, IFRESI, CPER, juin 2005, p77.
[169] Pierre Bourdieu, *Propos sur le champ politique*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 2000, p61.
[170] *Ibid.*, p19.
[171] Patrick Champagne, *op. cit.*, p122.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

indispensable pour comprendre la dynamique des interactions sociales et donc éclairer les déterminants des pratiques sociales »[172].

Ainsi, l'espace social est également « un enjeu de luttes entre les agents pour imposer leur construction et leur représentation du monde social, leurs catégories de perception et de classement, et par là pour agir sur le monde social »[173]. C'est la raison pour laquelle il faut prendre en compte le travail symbolique de fabrication des groupes, travail de représentation que les agents sociaux ne cessent d'accomplir pour imposer leur vision du monde, et ce d'autant plus que ces luttes mettent aux prises des acteurs dotés de capitaux, de pouvoirs, inégaux – et qui, dans la théorie bourdieusienne, ont partie liée avec la position sociale occupée par ces mêmes acteurs. C'est dans cette concurrence entre acteurs que s'engendrent des produits politiques, des concepts, des analyses, etc., le tout au sein d'un champ qui opère un effet de césure en limitant l'univers du discours politique, en délimitant le dicible et l'indicible. De fait, « la production des idées sur le monde social se trouve toujours subordonnée en fait à la logique de la conquête du pouvoir »[174], pouvoir de mobilisation du plus grand nombre ou pouvoir sur les pouvoirs publics. De même, il nous faut considérer le politique comme étant « constitué des relations de pouvoir mobilisées dans l'espace public pour le contrôle des décisions et des actions qui ont pour objet des biens considérés comme collectifs »[175].

### 2-3 Le normal et le pathologique en tant que constructions sociales

Cette lutte symbolique entre acteurs dans le but d'imposer sa vision des choses apparaît clairement dans le domaine de la santé, puisque, aussi bien dans le cas de la santé que dans celui de la maladie, nous avons affaire à des constructions sociales mettant aux prises différents acteurs. C'est ce qui transparaît notamment à travers le cas du stress au travail[176], ou celui de l'impuissance masculine, où le processus de médicalisation a eu comme instigateurs les urologues du « groupe de Boston »[177]. Dès lors, ce n'est que par le biais de processus que

[172] Jean-Claude Abric, *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Paris, 1994, p11.
[173] Pierre Bourdieu, *op. cit.*, p96.
[174] Pierre Bourdieu, « La représentation politique. Eléments pour une théorie du champ politique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°36/37, février/mars 1981, p8.
[175] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p24.
[176] Marc Loriol, Jean-Marc Weller, « La santé mentale face aux mutations sociales. Comment comprendre la plainte de stress au travail ? », in *La santé mentale face aux mutations sociales*, Erès, Paris, 2005.
[177] Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité », in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir), *op. cit.*


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

la « pathologisation » de faits physiologiques pourra se faire – en ce sens, on peut évoquer le modèle séquentiel de la médicalisation développé par Conrad et Schneider[178] ou encore les différentes phases du processus de construction sociale du trouble psychique, développées par Lise Demailly[179].

Ainsi, l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit, en 1946, la santé comme un « état complet de bien-être physique, mental et social ». A partir de cette définition, la charte d'Ottawa de 1986 détermine quelles sont les conditions de bonne santé, comme nous l'avons déjà évoqué auparavant. Ces conditions sont de trois ordres : identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé y est donc perçue « comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie »[180], cette définition étant tributaire des phénomènes de santé et d'environnement social.

Il apparaît manifeste que la notion de santé, ainsi que ses implications pratiques, se trouvent imbriquées dans la sphère du social, dans les interactions de l'individu avec son milieu, et le social définit donc pour partie ce qu'est la santé et, *a fortiori*, la « bonne » santé : « la maladie et le discours de prévention concernent le social et s'articulent avec lui »[181]. Par là même, l'idée d'une réalité ontologique de la santé s'évapore, et c'est bien plutôt sous la forme d'une norme qu'il faut considérer cette notion. Effectivement, dire que la santé « parfaite » n'existe pas, c'est sous-entendre que le concept de santé n'est pas celui d'une existence réelle, mais d'une norme dont la fonction et la valeur sont d'être mises en rapport avec l'existence effective d'un individu, pour pouvoir en susciter la modification.

Le Dictionnaire de médecine de Littré et Robin définit ainsi le normal comme « ce qui est conforme à la règle, régulier » ; le Vocabulaire technique et critique de la philosophie de Lalande, quant à lui, désigne comme normal ce qui est tel que ce qu'il doit être, ou encore ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée, ou ce qui constitue soit la moyenne soit le mode d'un caractère mesurable. Ainsi, si en médecine, l'état normal du corps humain est l'état que l'on souhaite rétablir, c'est parce que cet état est tenu pour normal par le « malade » lui-même. La médecine existe alors « parce que le vivant humain qualifie lui-

[178] Cité par Alain Giami, *op. cit.*
[179] Michel Autes, Lise Demailly, *Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique*, IFRESI, CPER, juin 2005.
[180] Charte d'Ottawa, 1986.
[181] Bernadette Tillard, « regard anthropologique sur l'éducation pour la santé », Spirale, n°25, 2000, p165.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

même comme pathologiques, donc comme devant être évités ou corrigés, certains états ou comportements appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sans forme de valeur négative »[182]. De même, « pathologique implique *pathos*, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée »[183]. Si l'on poursuit dans cette voie, qui est celle de la définition de la maladie par le malade lui-même et non par un médecin, on peut dire, en suivant l'idée de Leriche, que « la santé, c'est la vie dans le silence des organes »[184], puisque la conscience du corps est donnée principalement dans la sensation des obstacles à la santé.

Egalement, au travers des travaux de François Laplantine[185], l'aspect socioculturel des conceptions de la maladie et de la médecine est souligné, et nous amène à porter un intérêt sociologique particulier, à refuser toute naturalisation de ces phénomènes, qui ne peuvent être appréhendés uniquement au travers d'un prisme biologique – cet auteur aborde la question des différentes imputations étiologues qu'il est possible d'effectuer concernant les causes des maladies (nature ou culture), les conceptions endogène ou exogène de la maladie, ainsi que les différents modèles thérapeutiques existants, etc. Selon lui, « nous sommes la seule société dans laquelle on considère que la maladie est radicalement mauvaise et la santé le plus précieux de tous les biens. Nous sommes la seule société dans laquelle les troubles pathologiques, jugés accidentels, n'engagent pas véritablement le sujet dans son intégralité et encore moins son rapport au social (la médecine dans son orthodoxie n'en a vraiment que faire), mais seulement une partie de son corps »[186]. Ce modèle dominant est formé par l'association de « l'onto-exogéno-maléfique » : « ce n'est donc pas seulement du côté du malade, mais du point de vue global de notre culture médicale ambiante que l'exogène prend le pas sur l'endogène, le lésionnel sur le fonctionnel, le dualisme sur le monisme médical, le substantialisme sur le relationnel et l'interprétation pathogénique en termes qualitatifs sur l'interprétation quantitative »[187]. Pour autant, il s'agit bien là d'éléments culturels et sociaux, car « la maladie, pas plus que la santé d'ailleurs, n'a d'existence ontologique. Comprises en tant qu'êtres, ce sont des notions scientifiquement vides, mais symboliquement chargées – et surchargées – de significations multiples dont elles sont dotées par des idéologies qui

[182] Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966, p77.
[183] *Ibid*., p85.
[184] René Leriche, cité par Georges Canguilhem, *op.cit.*, p52.
[185] François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, éditions Payot, Paris, 1997.
[186] *Ibid*., p244.
[187] *Ibid*., p265.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

précisément ne peuvent accepter qu'il en soit ainsi »[188]. Précisément, c'est la pensée « scientifique » qui entretient l'illusion d'une rupture de la maladie et du social, selon lui.

Quant à cette idée des obstacles à la santé, elle se retrouve au niveau sémantique, puisque le pathologique est désigné à partir du normal comme étant « hyper » ou « hypo », manière de mettre en relief le fait que les phénomènes pathologiques sont des variations quantitatives, selon le plus et le moins, des phénomènes physiologiques correspondants. Autrement dit, une continuité existe entre le fait « normal » et la déviance « pathologique », comme cela est aussi le cas entre la vie et la mort, entre la matière organique et la matière inerte.

Cela se manifeste d'ailleurs également à travers l'action des produits psychotropes, puisque ces substances sont susceptibles de modifier l'activité psychologique et mentale d'un individu, et ce, soit dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution de l'activité.

De même, selon Laplantine, c'est justement cette réduction de la maladie et de la santé à une conception quantitative qui explique le succès de l'épidémiologie : « que l'épidémiologie cherche à mesurer les fréquences significatives de la distribution de la maladie dans un groupe donné ou à dégager les facteurs responsables de la maladie afin de permettre une prévention raisonnée, elle est toute entière fondée sur la méthode statistique et a notamment pour effet de renforcer dans le public la pensée étiologique, dans sa conviction de pouvoir détecter, isoler, nommer et supprimer des causes »[189].

Quant à l'élaboration de campagnes publicitaires de santé publique, elles peuvent être vues comme faisant partie intégrante de la santé publique, dans la mesure où elles actualisent et donnent une visibilité publique aux messages, contribuant à définir, dans le même mouvement, ce qu'est la santé publique. L'élaboration de ces campagnes donne lieu à la rencontre entre différents acteurs, ceux intervenant au quotidien dans l'élaboration de la santé publique et les publicitaires, titulaires d'une culture professionnelle spécifique – rencontre qui peut également être permise par l'existence d'acteurs à la jonction du champ de la santé publique et de l'agence de publicité. Ceci reflète une évolution sociale récente, qui date environ des années 1970 en France, et qui donne à voir une nouvelle manière de faire de la santé publique, en prise avec une société dite de la communication. C'est sur ces aspects que nous allons nous arrêter dans le chapitre suivant.

[188] *Ibid*., p321.
[189] *Ibidem*., p271.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Chapitre 4 : L'utilisation des moyens de communication modernes

« L'expression « société de la connaissance et de l'information » désigne un vivre ensemble dans lequel se généralisent la diffusion et l'usage de connaissances, et qui s'appuie sur des technologies de l'information et de la communication. Elle insiste sur le fait que la science, la technologie, le savoir, la créativité et l'innovation sont devenus aujourd'hui les moteurs de la croissance économique, culturelle, morale de nos sociétés »[190]. Cette société de la connaissance et de la communication entre en résonance avec une tendance sociétale lourde des sociétés occidentales, que nous avons déjà évoquée : un devoir d'agir, lui-même lié à la valorisation de la responsabilité, de l'autonomie, de l'initiative. Ainsi, « la communication lève dorénavant son impôt sur tout type de projets et d'activités »[191], et « la « nécessité de communiquer » a atteint de plein fouet l'ensemble du mouvement social »[192]. Dans cette optique, nous verrons la manière dont la communication s'est emparée de la thématique de la santé, et plus précisément ici de la santé publique, pour ensuite nous intéresser plus particulièrement aux publicitaires et autres agences de communication, qui sont des experts invités à présent dans le champ de la santé publique, sur le versant de la communication.

En préalable, il importe de préciser que l'emploi de la communication gouvernementale en santé publique ne débute pas à l'ère de la communication. On en trouve déjà des exemples à l'époque de l'hygiénisme – notamment des affichages municipaux. Pour autant, l'époque reste marquée par une certaine imperméabilité de la population à ces conseils, avec des actions de persuasion qui ont du mal à prouver leur efficacité, sauf en période de grave épidémie : « au vrai, la terreur étreint plus souvent les pouvoirs que les populations. Plus que du mal qui court, c'est de l'éventualité des remous que naît l'alarme, remous d'une masse devenue plus fusible »[193]. En outre, les préoccupations des populations et des pouvoirs publics ne sont pas les mêmes, les pathologies redoutées et leurs conséquences sanitaires ne se superposent pas. De cet écart des préoccupations se déduit alors la nécessité de persuasion

[190] Lise Demailly, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2008, p43.
[191] Armand Mattelart, *L'internationale publicitaire*, La Découverte, Paris, 1989, p211.
[192] *Ibid*., p231.
[193] Lion Murard, Patrick Zylberman, *op. cit.*, p419.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

éprouvée par les pouvoirs publics face à une population qu'elle juge irrationnelle, prisonnière de nombreuses superstitions : « et peut-être la propagande sanitaire n'a-t-elle d'autre destin que de voguer à contre-courant de l'opinion, criant contre les fléaux sociaux quand le public n'en a qu'aux maladies épidémiques, et contre la mortalité infantile quand il découvre la tuberculose »[194].

Le 7 août 1914, le Conseil d'hygiène de la Seine fait placarder un avis invitant les habitants à se faire vacciner pour éviter la propagation de la variole, prédite en raison du début de la guerre mondiale. L'Etat prend alors conscience de la nécessité de procéder à des actions éducatives, car l'obligation par la loi s'avère inefficace; le concours actif de la population apparaît alors comme une solution de recours : « faire entrer préalablement dans [les] mœurs l'idée, le goût et le sens des mesures sociales que la seule obligation légale ne pouvait, manifestement, réussir à faire accepter »[195]. Se trouvent là les traces de la responsabilisation, de l'autocontrôle décrit par Elias : « c'est en son propre esprit que le populaire doit accueillir le verbe hygiéniste et, par un contrôle actif de soi-même, attester par des résultats objectifs de la mise en forme rationnelle de son existence »[196].

La spécificité que nous souhaitons souligner concernant ce chapitre renvoie au caractère systématique de l'emploi de la communication en santé publique, sa professionnalisation ; une communication qui ne se fait plus nécessairement de la part de l'Etat ou des pouvoirs locaux, mais qui est à présent investie par une multitude d'acteurs (notamment le milieu associatif). Cette communication apparaît de plus en plus comme une manière de changer les comportements de santé (ou en tout cas d'essayer), l'information y est vue comme la première marche vers l'autonomie ; elle constitue, en ce sens, une spécificité dans la manière de gérer la population. Elle se retrouve, à ce titre, dans divers domaines de la société, la santé ne constituant qu'une des ramifications de cette nébuleuse de la communication. C'est au travers de cette spécificité de l'époque que nous allons investir le sujet dans les lignes qui suivent.

[194] *Ibid*., p425.
[195] *Ibidem*., p392.
[196] *Ibidem*, p392.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 1. Communication et santé publique

## 1-1 Communication et communication publique

De manière générale, la communication peut être appréhendée comme un « échange d'informations entre une personne, une organisation ou une collectivité regardées comme émetteurs et un ou plusieurs récepteurs quels que soient les supports et les modes de cet échange »[197]. Quant à la communication publique, elle est « la communication formelle qui tend à l'échange et au partage d'informations considérées d'utilité publique, ainsi qu'au maintien du lien social, et dont la responsabilité incombe à des institutions publiques »[198]. L'un des points marquants de cette communication publique, l'une de ses spécificités, est qu'elle se présente comme porteuse de l'intérêt général : elle s'adresse aux citoyens, sur la place publique, en se drapant d'une valeur particulière, la recherche de l'obtention d'un bénéfice collectif – et ce alors même que cet intérêt public, dans sa définition, résulte d'un compromis d'intérêts entre les individus et des groupes de la société. Du reste, dans cette communication publique, « s'il s'agit de convaincre, c'est notamment du bien-fondé des politiques et des décisions publiques »[199], autrement dit légitimer les décisions et actions du pouvoir. Cette communication est donc loin d'être neutre et désintéressée, elle exprime simultanément le pouvoir politique, et les messages qu'il tente de faire passer auprès de ses administrés. La communication publique n'est ainsi pas univoque, elle contient de multiples intérêts, notamment celui de montrer l'exercice du pouvoir ou de la bienveillance envers les concitoyens, et revêt différentes formes.

Selon Pierre Zémor, on peut distinguer trois registres de communication publique : l'un d'information et d'explication – concernant le fonctionnement institutionnel pratique ou bien encore les normes civiques à respecter, par exemple –, un autre de promotion et de valorisation (concernant les institutions elles-mêmes, les services qu'elles proposent ou bien encore les thèmes et recommandations qui relèvent de thématiques sociales particulières), et enfin un registre de discussion et de proposition de projets institutionnels, de choix de société, etc. Dans le cadre de cette analyse, c'est ce deuxième registre qui nous intéressera plus

[197] Pierre Zémor, *La communication publique*, PUF, Paris, 1995, p4.
[198] *Ibid*., p5.
[199] *Ibidem*., p17.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

particulièrement, celui qui touche à la promotion et à la valorisation de thématiques et de recommandations sur les sujets posés comme appartenant à la santé publique.
Ainsi, dans le domaine de la santé, lorsque des ministères ou des organisations publiques souhaitent modifier des comportements ou des attitudes jugés problématiques chez les citoyens, ils utilisent principalement deux grands types de moyens : le premier consiste à agir sur l'environnement juridique, à modifier les lois et les réglementations ; le deuxième moyen renvoie à l'élaboration de campagnes de communication de santé publique, afin d'essayer de créer, renforcer ou modifier certaines attitudes susceptibles d'instaurer des comportements davantage bénéfiques pour la santé. Ces campagnes font alors office de sensibilisation, elles diffusent des représentations sociales énoncées comme plus favorables aux intérêts des individus à qui elles s'adressent.

### 1-2 La communication publique en santé

Il existe en santé publique une ancienne tradition de recours aux outils de communication. Elle remonte au XVIII[e] siècle, avec une expansion massive dans la seconde partie du siècle suivant, notamment du fait de la multiplication des « croisades antialcooliques » et des actions de sensibilisation aux dangers engendrés par les microbes. Ces outils de communication sont alors constitués d'affiches, de tracts, de brochures, etc.[200] On trouve trace d'affichages publics concernant des problèmes de santé, dans les années 1830, à l'initiative de municipalités. Mais le recours à la communication de manière systématique comme action politique en matière de santé est assez récent. C'est « depuis une trentaine d'années, [que] les Etats démocratiques ont […] systématisé et professionnalisé les campagnes de communication sur des sujets dits d'intérêt général car construits comme tels, relevant globalement de la santé et de la sécurité »[201]. La mise en œuvre de ces campagnes fait partie intégrante de la construction des politiques publiques ; elles sont exposées comme des réponses aux impératifs d'action sociale, notamment par les représentants politiques. A partir des années 1950 s'est imposée l'idée que les principales menaces pour la santé des populations humaines ne venaient plus des maladies infectieuses, dont la part dans la mortalité générale allait diminuant. « Au contraire, il convenait désormais de se préoccuper de ces « maladies chroniques dégénératives », cancers et maladies cardio-vasculaires au premier

[200] Luc Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in Didier Fassin, Dominique Memmi, *Le gouvernement des corps*, éditions EHESS, Paris, 2004.
[201] Isabelle Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn, *Communication de l'Etat et gouvernement du social*, PUG, Grenoble, 2009, p6.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

chef, que seule une transformation des « comportements à risques » pouvait efficacement prévenir »[202]. Dans le cas présent, c'est donc par le discours qu'existe en premier lieu une politique publique, à laquelle ses instigateurs tentent de donner un sens politique, en réponse à une problématique considérée comme collective. Ainsi, en 1978, parut dans la presse parisienne un encart publicitaire pour un produit nouveau, la « communication d'intérêt général », promue par le groupe Eurocom[203], témoignant, nous semble-t-il, d'un intérêt accru pour le sujet à partir de cette période.

Dès lors, si la santé publique est une valeur dominante des sociétés modernes, qui prescrit et proscrit des comportements, qui insuffle des valeurs et des savoirs dans le domaine de la gestion du corps, elle nécessite néanmoins une « entreprise de morale », au sens où Howard Becker l'entendait[204]. En effet, une nouvelle norme, pour se développer et tenter de s'imposer, nécessite un travail d'information et de propagande, afin d'institutionnaliser cette nouvelle définition normative. Si Mattelart s'accorde à énoncer que la publicité est devenue « un acteur essentiel de l'espace public »[205], il recherche la cause de ce phénomène dans les évolutions socio-économiques des dernières décennies, renvoyant ainsi à la perspective foucaldienne de la gouvernementalité, avec une société civile s'adaptant à la logique économico-rationnelle de l'Etat, dans la lignée notamment des travaux d'Edward Bernays[206] : « le désengagement progressif de l'Etat-providence – et dans certaines réalités, la rationalisation de la gestion financière des fondations – pousse le mouvement associatif, et en général le tiers secteur, à sortir de ses réseaux naturels d'initiés et de fidèles et à s'ouvrir aux valeurs et aux pratiques économiques »[207]. Dès lors, « la prégnance des questions de santé dans l'espace public et la demande d'informations ont provoqué une obligation de communiquer et donc une mise en visibilité croissante selon des modalités moins scientifiques que sociales »[208]. Effectivement, cette visibilité croissante de la santé dans l'espace public a drainé dans son sillage des acteurs autres que ceux issus de la seule nébuleuse étatique, car le champ des médias est un enjeu pour le contrôle de l'espace public.

[202] Luc Berlivet, *op.cit*., p38.
[203] Armand Mattelart, *op. cit.*
[204] Howard Becker, *Outsiders*, Métailié, Paris, 1985.
[205] Armand Mattelart, *op*.cit, p8.
[206] Edward Bernays, *Propaganda: comment manipuler l'opinion en démocratie*, La Découverte, Paris, 2007.
[207] *Ibidem*., p231.
[208] Hélène Romeyer, « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, n°11, 2007, p69.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette évolution se retrouve particulièrement marquée dans la manière dont le journalisme traite les questions de santé. Historiquement, la médecine et les sciences exactes commencent à faire l'objet d'articles dans la presse française de grande diffusion dès la seconde moitié du XIX$^{e}$ siècle et au début du XX$^{e}$ siècle. Progressivement, dans le courant des années 1950, un journalisme spécialisé dans les sciences et techniques se constitue sous une rubrique particulière, « l'actualité scientifique », avec une place plus grande accordée à l'information médicale[209]. Mais cette information reste encore, à cette époque, sous le contrôle global du monde médical : « les représentants des médecins cherchent donc à préserver, à travers la défense du monopole de la diffusion de l'information médicale, leur autonomie par rapport à la presse et au grand public, c'est-à-dire la capacité socialement reconnue à un agent déterminé de parler et d'agir dans ce domaine »[210]. Dans la seconde moitié des années 1970 et au début des années 1980, les rubriques médicales se constituent dans les principaux médias généralistes nationaux. Simultanément, elles évoluent quant à leur contenu, parallèlement à l'évolution de l'espace social (accroissement de la population, démocratisation de l'enseignement qui engendre un accès plus étendu aux biens de santé et à la compétence médicale des individus). La santé devient un enjeu économique et politique fort, ce qui favorise sa médiatisation : « les luttes économiques et politiques autour de la santé renvoient certes au financement des soins mais plus généralement à l'extension considérable du marché des biens et des services de santé »[211].

« Cette série de transformations a eu pour effet de produire un accroissement et un élargissement sans précédent de l'information de santé, quel que soit le public auquel elle s'adresse »[212]. De plus en plus de médias généralistes s'y attachent – à l'instar des magazines féminins dans les années 1980 – et conduisent à une concurrence entre les différents titres de presse quant aux informations évoquées et à la manière dont elles sont traitées. « Non seulement l'information de santé, notamment dans ses aspects les plus critiques, devient donc l'objet d'enjeux de concurrence qui prennent des formes très virulentes au sein du microcosme des journalistes spécialisés, mais elle est aussi investie via des processus de politisation et de judiciarisation par d'autres types de journalistes. C'est ainsi qu'elle sort progressivement du seul milieu des journalistes spécialisés dans lequel elle était généralement

[209] Dominique Marchetti, *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, PUG, Grenoble, 2010.
[210] *Ibid*., p23.
[211] *Ibidem*., p51.
[212] *Ibidem*., p55.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

confinée. Le cas des affaires sanitaires, et plus largement l'émergence d'un traitement plus critique des questions de santé, permet de voir combien ce type d'information va devenir comme les autres au sens où il obéit de plus en plus aux lois du champ journalistique »[213], soumises aux attentes supposées du public et à la dramatisation des événements par le recours à un registre émotionnel (notamment en donnant la parole aux malades).

En conséquence, des luttes se manifestent concernant la construction et la diffusion de ces informations de santé : si le champ journalistique « constitue un espace stratégique majeur, c'est parce qu'il contribue avec d'autres à co-construire et plus sûrement diffuser – c'est là son pouvoir spécifique – les problèmes qui doivent être débattus publiquement (et en partie les gens qui doivent en débattre) et la manière dont ils devraient être perçus par le « grand public » »[214]. Le caractère stratégique du champ journalistique concerne notamment la visibilité médiatique, qui peut avoir des conséquences sur les champs politique et administratif, qui sont très attentifs aux revues de presse.

Les campagnes de communication reflètent aussi le contexte socio-politique général, notamment la question de la maîtrise des dépenses de santé, qui s'accorde avec la responsabilisation des individus quant à leur capital santé : « il est habituellement plus économique de prévenir la maladie que d'agir sur elle et, dans le travail de prévention, la communication pour la santé est un élément important. La couverture médiatique des risques de santé reste en principe un moyen rentable et efficace pour promouvoir des changements de comportements »[215]. « Ce réaménagement des priorités d'action s'actualisa d'une manière particulièrement spectaculaire en raison de sa coïncidence avec le développement de ce qu'il était alors convenu d'appeler les « *mass media* » et la croyance, répandue parmi les hauts fonctionnaires et certains acteurs politiques, dans leur pouvoir de transformation sociale. En a résulté l'institutionnalisation, en Europe, aux Etats-Unis, ou encore en Australie, au cours des années 1970, d'une forme d'action publique dénommée « éducation pour la santé », dont les campagnes télévisées engageant à cesser de fumer, modérer sa consommation d'alcool et utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel constituent sans doute les réalisations les

[213] *Ibidem*., p113.
[214] *Ibidem*., p166.
[215] Peter Dahlgren, Helena Sandberg, « La construction de l'obésité dans l'espace public suédois », *Questions de communication*, n°11, 2007, p47.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

plus visibles »[216]. C'est, en partie, pour cette raison que certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que « dans notre société moderne, les représentations collectives de la santé sont essentiellement diffusées dans le grand public par les médias »[217], et l'objectif visé par la prévention est, *in fine*, la modification des comportements : « l'enjeu d'une campagne de prévention est d'essayer, par un message simple et compréhensible par tous, de créer une sensibilisation du public » [218] . Ainsi, « dans un mode de fonctionnement idéal, la communication gouvernementale permet à l'Etat de proposer, à défaut d'imposer, certains changements de mentalités et de comportements que le récepteur-citoyen doit intégrer et adopter »[219].

C'est ce qui explique que l'Etat apparaisse comme l'un des principaux instigateurs et utilisateurs de ce type d'action – même si son intervention ne peut avoir lieu que dans un deuxième temps, en soutien d'une action déjà existante –, de ces campagnes de communication : « bien loin d'une démarche commerciale, la communication gouvernementale représente un modèle de communication institutionnelle puisque par définition fondé sur le principe de l'intérêt général »[220]. En ce sens, les Etats se sont dotés de structures politico-administratives animées par des professionnels de la communication, de budgets conséquents (notamment pour rémunérer des prestataires de services), en vue de faire connaître, de justifier et de valoriser les choix de politiques publiques, en matière de santé notamment. Toutefois, la spécificité de cet annonceur (pour reprendre les termes idoines à la communication) engendre certaines difficultés. D'une part, selon Berthelot-Guiet et Ollivier-Yaniv, l'Etat se pense tenu de conserver une certaine « réserve » dans la recherche créative qui sera associée à son nom – un certain sérieux en quelque sorte –, ce qui le différencie des annonceurs purement commerciaux, plus libres sur ce point : « une impossible coïncidence s'installe alors entre un discours où la créativité est intrinsèque et la nécessaire tenue linguistique de l'Etat »[221]. C'est d'ailleurs ce qui explique le recours fréquent, dans les campagnes réalisées au nom de l'Etat, d'un texte ayant une fonction « d'ancrage » auprès de l'image utilisée, pour en réduire les sens : « dans tous ces cas d'ancrage, le langage a

[216] Luc Berlivet, *op.cit*., p38.
[217] Michel Ogrizek, Jean-Michel Guillery et Christiane Mirabaud, *La communication médicale*, PUF, Paris, 1996, p15.
[218] *Ibid*., p88.
[219] Karine Berthelot-Guiet, Caroline Ollivier-Yaniv, « « Tu t'es vu quand t'écoutes l'Etat ? ». Réception des campagnes de communication gouvernementale. Appropriation et détournement linguistiques des messages », *Réseaux*, 2001/4, n°108, p158.
[220] *Ibid*., p157.
[221] Karine Berthelot-Guiet, Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit*., p171.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

évidemment une fonction d'élucidation, mais cette élucidation est sélective ; il s'agit d'un méta-langage appliqué non à la totalité du message iconique, mais seulement à certains de ses signes ; le texte est vraiment le droit de regard du créateur (et donc de la société) sur l'image : l'ancrage est un contrôle, il détient une responsabilité, face à la puissance projective des figures, sur l'usage du message »[222].
D'autre part, la logique publicitaire et l'émetteur étatique ne possèdent pas les mêmes temporalités, avec celui-ci qui est soumis au rythme et aux aléas de la vie politique.

Dans ces campagnes orchestrées par l'Etat, une tendance apparaît récurrente : diffuser des normes et autres conseils de comportements et d'hygiène de vie, avec le souhait que les individus s'approprient ces messages et les appliquent au quotidien – ce qui fait à nouveau écho au processus de civilisation éliasien, avec la recherche de cette autocontrainte de la part des individus : « les institutions tiennent ainsi un discours de la régulation, plutôt qu'un discours d'autorité, faisant en sorte de persuader et de faire croire aux individus que c'est de leur responsabilité, de leur comportement et de leur autocontrôle que dépend le bien-être collectif »[223]. Or, comme nous nous trouvons ici en présence d'une communication publique, il ressort que l'absence de congruence face à ces injonctions proférées sur la place publique engendrera un coût important, et ce pour l'ensemble des citoyens : « compte tenu du discours de prévention qu'elles véhiculent, ces campagnes constituent un dispositif destiné à éviter des événements (potentiels ou probables), dont les pouvoirs publics estiment qu'ils entraîneraient des dommages pour les individus, lesquels dommages deviennent particulièrement problématiques lorsqu'ils sont mis à l'échelle de la collectivité ou de la population »[224]. Dans cette mesure, assurer sa propre sécurité et celle d'autrui, en tant qu'individu, est affirmé comme un devoir à l'égard de la collectivité, comme une forme d'exercice de la citoyenneté – faisant à nouveau écho à cette technologie gouvernementale qui passe par une responsabilisation des individus ; « autrement dit, les campagnes véhiculent un modèle d'articulation des rapports entre l'individu et la société dans lequel celui-ci doit faire preuve de maîtrise et d'autocontrôle de ses actes »[225]. Néanmoins, ces campagnes supposent également un certain laps de temps nécessaire afin que les conseils prodigués portent leurs

[222] Roland Barthes, « Rhétorique de l'image », *Communications*, n°4, 1964, p44.
[223] Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn (dir.), *op. cit.*, p9.
[224] Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication gouvernementale en matière de sécurité : gouvernement de soi et gouvernement du social », in Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn (dir.), *op. cit.*, p88.
[225] *Ibid*., p89.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

fruits et soient totalement intégrés et naturalisés par les individus dans leur pratique quotidienne.

Pour réussir à atteindre les objectifs énoncés par ces campagnes de communication, leurs instigateurs vont donc solliciter les savoir-faire des publicitaires et des cinéastes, avec l'ambition de développer une « ingénierie symbolique »[226], témoignant, de fait, de l'identification de la communication comme préoccupation gouvernementale et de sa professionnalisation. C'est sur les significations et autres conséquences engendrées par cette sollicitation des agences de communication que nous allons à présent nous arrêter.

## 2. La recherche d'une expertise particulière, celle des agences de communication

En raison de la professionnalisation et du recours croissants à la communication en santé publique, les agences professionnelles de communication sont sollicitées pour la production et la réalisation de campagnes de communication de santé publique. Le recours à de telles agences peut s'interpréter comme la croyance en leur expertise de la part des politiques, en une forme de savoir-faire particulier que ne possèdent pas les instigateurs de ces campagnes, et qui motive donc le fait de s'adresser à ces agences. C'est la raison pour laquelle il n'est pas inutile de faire un bref rappel sur les implications sociales et la définition même de ce qu'est une expertise : « on qualifie d'experts des personnes auxquelles on accorde une virtuosité particulière, quelquefois même en dehors de tout acte de travail »[227]. Cela renverrait donc à une situation perçue comme problématique, et qui requiert, en ce sens, un savoir de spécialistes, même si les discours de ces derniers, leurs représentations, participent également à la définition des pratiques dites « objectives ». L'analyse de la construction d'une position d'expertise nécessite l'examen des processus de professionnalisation, car « l'expert bénéficie du crédit de compétence »[228], et mobilise en ce sens certaines ressources qui lui sont propres. Cet expert produit des normes lors de son jugement, il définit quelle est la « bonne » manière d'agir, c'est-à-dire celle qui s'accorde le plus avec la situation problématique telle

[226] Luc Berlivet, in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir), *Le gouvernement des corps*, éditions EHESS, Paris, 2004, p55.
[227] Jean-Yves Trépos, *Sociologie de l'expertise*, PUF, Paris, 1996, p3.
[228] *Ibid*., p18.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

qu'elle a été définie en amont par celui ou ceux qui l'ont sollicité. C'est en cela que l'expertise s'apparente à la reconnaissance d'une compétence particulière : « la compétence nécessite […] à la fois l'atteinte d'un résultat et la validation par autrui de ce résultat comme réussite »[229]. Au travers de ces compétences, on en arrive également à pouvoir parler de groupes professionnels : effectivement, ces individus qui ont en commun d'être spécialisés dans la division du travail sur un segment particulier apparaissent alors, de manière très schématique, comme une entité spécifique, un acteur collectif clairement identifiable, ce qui leur confère ainsi ce vocable de « groupes professionnels ». Autrement dit, ces groupes professionnels apparaissent comme des ensembles d'individus occupant objectivement des places semblables dans la division technique et sociale du travail – même si cela ne signifie pas l'absence d'affrontements entre ces acteurs de la communication, ayant des fonctions différenciées dans la division du travail de l'agence de communication, des métiers différents reliés entre eux par l'appartenance commune à une agence de communication.

L'une des compétences principales recherchée par les instigateurs de ces campagnes renvoie à leur faculté supposée à anticiper la réception qui sera faite des campagnes par les cibles réceptrices, afin de modeler le message dans le sens qui conviendra le plus à la visée première des commanditaires, à savoir contribuer à une modification des représentations des individus, à une appropriation personnelle des messages diffusés : « ce sont bien […] les processus mentaux du récepteur de publicité qui se trouvent dans la cible du publicitaire »[230]. Cette compétence est perçue comme d'autant plus nécessaire que la communication en question se révèle différée dans le temps et dans l'espace, médiatisée et distanciée par ses supports : « l'intervalle temporel qui sépare l'adhésion éventuelle de l'action proprement dite contribue au caractère aléatoire de l'efficacité de toute argumentation »[231]. De plus, si l'on suit l'analyse de Bourdieu, la culture est un ensemble d'imaginaires structurés, de symboles communs, dont la possession des codes d'accès et de compréhension est inégalement répartie, ce qui engendre que le message ne sera pas nécessairement interprété comme il a été pensé *a priori* : « chaque récepteur contribue à produire le message qu'il perçoit et apprécie, en y apportant tout ce qui fait son expérience singulière et collective »[232].

[229] Lise Demailly, *op. cit.*, p172.
[230] Blanche Grunig, *Les mots de la publicité*, presses du CNRS, Paris, 1990, p95.
[231] Jean-Michel Adam, Marc Bonhomme, *L'argumentation publicitaire. Rhétorique de l'âge et de la persuasion*, Armand Colin, Paris, 2005, p91.
[232] Pierre Bourdieu, *Ce que parler veut dire*, Fayard, Paris, 1982.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les publicitaires s'efforcent donc de susciter une coopération interprétative du lecteur aussi proche que possible de leurs intentions communicatives. « La conception, la fabrication technique et la diffusion de l'image [et des autres éléments constitutifs de la campagne] s'inscrivent dans une situation de communication socialement déterminée ; le sens est délibérément fixé en vue de la plus grande lisibilité »[233]. Ainsi, il existe une influence très réelle d'un co-énonciateur, qui est avant tout actif dans l'imaginaire de l'énonciateur. Or, cet *inventio*, comme « recherche des arguments adaptés à l'auditoire »[234], est intégré par les professionnels de la publicité, qui le revendiquent comme inhérent à leur expertise, ce qui contribue à expliquer le recours à ces acteurs sociaux dans le but de réaliser une campagne de communication.

Il semble que ce soit surtout depuis les années 1970 que ces publicitaires sont convoqués par les acteurs étatiques dans le but de réaliser des campagnes de communication – les données de la littérature sur le sujet, assez restreintes, évoquent en tout cas cette période, même si des exemples existent auparavant. A cette époque, s'est opéré un changement de paradigme, avec une reconceptualisation radicale de la prévention, qui s'affranchit des schèmes paternalistes et moralisateurs, une « perte d'autorité du discours hygiéniste, développé jusqu'au début des années 1970, discours qui s'autorisait d'un savoir médical présenté comme la transposition littérale de connaissances scientifiques irrécusables »[235]. Si l'on en croit l'ouvrage d'Ollivier-Yaniv et Rinn, deux caractéristiques majeures des sociétés démocratiques contemporaines ont favorisé l'émergence de ces campagnes, l'importance de l'individualisme et la prégnance de la mise en scène de l'individu et de ses émotions : « considéré dans son rapport aux institutions, l'individualisme se manifeste par l'émancipation des individus par rapport aux groupes d'appartenance institutionnels (comme les syndicats ou les partis politiques par exemple, mais aussi les institutions publiques), ainsi que par la réclamation – cette fois spécifiquement à l'égard des pouvoirs publics – du respect des droits de l'individu et, en particulier, du droit à être protégé d'un certain nombre de risques, spécialement sur le plan de la santé et de la sécurité »[236]. Dans ce contexte, la communication et la rhétorique peuvent être considérées comme des outils appropriés au gouvernement des sociétés démocratiques, parce qu'elles permettent aux institutions

[233] Jean-Claude Fozza, Anne-Marie Garat, Françoise Parfait, *Petite fabrique de l'image*, Magnard, Paris, 2003, p107.
[234] *Ibidem*., p103.
[235] Luc Berlivet, in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *op. cit.*, p52.
[236] Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn, *op. cit*., p9.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

politiques de s'adresser aux citoyens en adoptant le langage des individus et la grammaire des émotions (ce qui s'accorde aux positions défendues par Edward Bernays, déjà évoqué). « L'ambition avouée était désormais de développer une véritable ingénierie symbolique »[237]. Deux grandes thématiques ont inauguré ce recours aux campagnes d'intérêt public : le tabac et la sécurité routière.

Les campagnes portant sur la prévention en matière de sécurité routière constituent une part importante et historique de la communication publique gouvernementale. Si les premières campagnes sur la sécurité routière datent des années 1950, elles étaient alors réalisées par la Prévention routière, une association française fondée en 1949 à l'initiative des milieux économiques liés à la route, et prenaient la forme d'affiches[238], même si l'Etat n'était jamais bien loin de la réalisation de ces campagnes, sans en être officiellement l'instigateur. Il faut attendre le tournant des années 1970 pour voir la prise en main politique officielle et impérieuse de la question routière par une instance étatique (la Sécurité routière, créée en 1972) et, conjointement, celle de sa communication – favorisée aussi par la création en février 1976 du Service d'information et de diffusion (SID), qui témoigne de l'entrée de l'Etat dans l'âge de la communication. Ainsi, la sécurité routière est la première véritable politique conçue d'emblée, accompagnée et forgée par un dispositif communicationnel d'envergure, dont les campagnes publicitaires forment un maillage essentiel[239]. A partir de la prise en main politique officielle de la sécurité routière, la télévision constitue le média principal utilisé pour diffuser les messages. Dans ces campagnes, la tonalité des messages varie avec le temps : d'abord assez généraux, les messages cherchent ensuite à souligner le caractère collectif de la responsabilité au volant, faisant appel au sens civique avant, à la fin des années 1990 et au début des années 2000, d'adopter un registre plus incisif. Les individus sont renvoyés aux conséquences potentiellement dramatiques de leur comportement comme conducteurs, avec le pire qui est évoqué ; « la responsabilisation va de pair avec la culpabilisation : non seulement le problème « sécurité routière » est rapporté à l'échelle des individus, mais il se trouve très fortement psychologisé »[240]. Dès lors, « les campagnes de communication gouvernementale constituent une technique qui vise à déterminer la conduite des individus en les renvoyant à eux-mêmes et aux interdépendances sociales, au travers de la mise en évidence des

[237] Luc Berlivet, *op.cit.*, p55.
[238] Camille Picard, « Bien (se) conduire… Un demi-siècle de communication en faveur de la sécurité routière (1952-2002) », in Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn (dir.), *op. cit.*
[239] *Ibid*.
[240] Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication gouvernementale en matière de sécurité : gouvernement de soi et gouvernement du social », *op. cit.*, p98.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

conséquences de leurs actions individuelles »[241]. Cela est d'autant plus notable que ces campagnes sont considérées comme des leviers d'action en elles-mêmes, autrement dit « comme étant capables de modifier les comportements des usagers ou, au moins, de désamorcer les discours concurrents et contradictoires qui leur sont adressés »[242].

Quant à la première grande campagne anti-tabac, elle date de 1976 en France. Les premières dispositions anti-tabac apparaissent, avec la loi Veil, qui impose notamment l'inscription « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes, joignant à ce volet légal l'annonce de campagnes d'information sur les dangers du tabac. Par la suite, la prévention institutionnelle contre le tabac va se durcir – à l'instar de la loi Evin, du 10 janvier 1991, qui prohibe toute publicité en faveur du tabac et qui restreint son usage dans les lieux publics.

Sans toutefois prétendre à l'exhaustivité en raison de la difficulté à recenser l'ensemble des campagnes de santé publique qui se sont déroulées en France, une recherche auprès de différentes sources[243] nous donne néanmoins une idée de l'importance acquise par les campagnes médiatiques de santé publique au cours de l'histoire[244].

Le tableau suivant présente ainsi le nombre de campagnes menées par décennie selon la thématique abordée :

[241] *Ibid*., p102.
[242] Camille Picard, *op. cit.*, p111.
[243] La recherche a été menée en consultant les sites Internet de l'Institut national de l'audiovisuel, de l'INPES, de la Ligue contre le Cancer, de AIDES, du Ministère de la Santé, du Comité national contre le tabagisme, de l'Institut national du cancer (INCa), de la MILDT, de la Sécurité routière, Sida Info Service et de wikipedia. Les données ont été complétées à l'aide de l'ouvrage édité par l'ENSP, *Quand la santé publique s'affiche ; 50 ans 50 affiches (1945-1995)*, Rennes, ENSP, 1995.
[244] Pour une présentation plus détaillée des campagnes en question, voir l'annexe 1.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

| **Thématique** | **1950** | **1960** | **1970** | **1980** | **1990** | **2000** | **2010-2011** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sécurité routière | 3* | 3* | 16 | 6 | 10 | 37 | 12 |
| Alcool | 10 | 1 | | 2 | 4 | 7 | 3 |
| Tabac | | | 12 | 8 | 20 | 35 | 6 |
| Cancer | 2* | 4* | 2* | 2* | 3* | 18 | 14 |
| Drogues | | | | 4 | 2 | 5 | 2 |
| Sida/IST | | | | 5 | 20 | 33 | 5 |
| Activité physique/ risques cardio-vasculaires | 1 | 2 | | 5 | 1 | 7 | 5 |
| Nutrition | | | | | 1 | 12 | |
| Accidents vie domestique (incendie, intoxication, noyade, etc.) | | | 1 | | 3 | 25 | 4 |
| Santé mentale | | | | | | 2 | |
| Santé bucco-dentaire | | 1 | 1 | | | | |
| Consommation de médicaments | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Violences conjugales | | | | 1 | | 1 | |
| Vaccinations | | 2 | 3 | | 4 | 3 | 1 |
| Douleurs | | | | | 1 | | |
| Contraception | | | | | | 4 | 3 |
| Risques auditifs | | | | | | 1 | 1 |
| Tuberculose | 1 | 4 | | | | | |
| Accidents de travail | 2 | 1 | | | | | |
| Diabète | | | 1 | | | | |
| Education jeunes mères | 1 | 1 | | | | | |
| **Total** | **21** | **19** | **36** | **34** | **70** | **191** | **57** |

*(Les chiffres suivis de * indiquent l'existence de campagnes, sans précision toutefois sur leur nombre exact, du fait de l'absence de données fiables sur le sujet. De même, les cases vides ne signifient pas nécessairement l'absence de campagnes sur le domaine considéré, mais l'absence d'informations).*

Deux enseignements principaux ressortent de ce tableau : d'une part le nombre de campagnes de santé publique menées est en augmentation constante : on en trouve déjà trace au cours des années 1950 et 1960 (on parlait alors davantage de « campagnes d'intérêt général »), puis un nombre plus important à partir des années 1970. Leur nombre augmente ensuite de manière exponentielle : stable entre 1970 et 1980 (environ une trentaine), il double ensuite entre les décennies 1980 et 1990 (de 34 à 70). La progression est encore plus marquée par la suite : elles sont quasiment multipliées par trois entre la décennie 1990 et les années 2000, en passant de 70 à 191 campagnes. Quant aux années 2010, elles ne semblent pas infléchir le mouvement, puisque les 57 campagnes recensées ne correspondent qu'aux seules années 2010 et 2011.

Le deuxième enseignement est la diversité des sujets abordés, qui s'exprime dès le début, mais qui se diversifie de plus en plus au cours du temps, délaissant des sujets (la tuberculose


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

notamment) pour en investir d'autres (tels le sida), reflétant les évolutions aussi du paysage médical. Si les premières années se concentrent surtout sur la sécurité routière, l'alcool ou le cancer, les années 1970 marquent une diversification nette des sujets abordés, avec le tabac tout d'abord (années 1970), le sida et l'activité physique dans les années 1980, et les accidents de la vie domestique dans les années 1990. Les années 2000 confirment le mouvement amorcé : nutrition, prévention des risques cardio-vasculaires, santé mentale, contraception, etc. Néanmoins, les thématiques les plus abordées dans les campagnes concernent les sujets abordés depuis longtemps en ce domaine : sécurité routière, tabac et alcool, cancer – et sida depuis le début de l'épidémie dans les années 1980.

Outre la diversité des sujets abordés, on retrouve également une plus grande variété de commanditaires à l'origine de ces campagnes, comme l'indique le tableau situé *infra*.

| **Commanditaire** | **1950** | **1960** | **1970** | **1980** | **1990** | **2000** | **2010-2011** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (Prévention et) Sécurité Routière | X | X | X | X | X | X | X |
| Ligue contre le cancer | X | X | X | X | X | X | X |
| CNCT | | | X | X | X | X | X |
| CFES (puis INPES) | | | X | X | X | X | X |
| AFLS | | | | X | X | | |
| AIDES | | | | | | X | X |
| INCa | | | | | | X | X |
| CNAMTS | | | | | | X | X |
| CCOMS | | | | | | X | |
| Secrétariat d'Etat droits des femmes | | | | | X | | |
| Ministère de cohésion sociale | | | | | | X | |
| Centre national d'éducation sanitaire et sociale | | X | X | | | | |
| Com français d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française | | X | X | | | | |
| Institut national de la sécurité | X | X | | | | | |
| Centre interdépartemental d'éducation démographique et sociale | X | | | | | | |
| Centre régional d'éducation sanitaire et social | | X | | | | | |
| MNEF | X | | | | | | |
| Comité national de défense contre l'alcoolisme | X | X | | | | | |
| Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme | X | | | | | | |
| Comité national de défense contre la tuberculose | X | X | | | | | |
| **TOTAL** | **8** | **8** | **7** | **5** | **7** | **9** | **7** |

Si, une nouvelle fois, l'exhaustivité des données ne peut être assurée, il n'empêche que la nature des commanditaires des campagnes médiatiques de santé publique va en se diversifiant au fur et à mesure que les années passent, avec une prédominance de l'Etat dans celles-ci – sous diverses formes, même si le CFES, devenu INPES dans les années 2000, concentre une part importante des campagnes réalisées, alors que, dans les années 1950 et 1960, la communication orchestrée par l'Etat était beaucoup plus éclatée entre divers organismes et


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

institutions. En ce sens, les années 1970, avec la création du CFES, marquent une plus grande centralisation de la communication étatique, confiée principalement à ce comité. Mise en parallèle avec les éléments présentés *supra*, cette centralisation indique le plus grand professionnalisme recherché par l'Etat dans ce type d'actions.

En outre, le type de support de communication utilisé va aussi en se diversifiant : concentré autour d'affiches de longue date (dès le XIX$^{e}$ siècle), la télévision fait une entrée en force en tant que *medium* dans les années 1970 (même si cela doit être nuancé par le fait que certaines campagnes télévisées existaient déjà avant, dans les années 1950 pour des campagnes d'intérêt général sur des sujets relevant de la santé publique), avant que les années 2000 ne voient l'éclosion d'un nouveau support de communication, Internet. Les années 2000 marquent aussi une diversification accrue des supports de communication, comme le dénote ce dernier tableau, issu des mêmes sources que précédemment :

| ***Medium* utilisé** | **1950** | **1960** | **1970** | **1980** | **1990** | **2000** | **2010** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Affiches** | 20 | 19 | 24 | 7 | 19 | 86 | 24 | **199** |
| **Radio** | 1 | | | | 1 | 59 | 17 | **78** |
| **TV** | | | 12 | 25 | 48 | 102 | 32 | **219** |
| **Presse** | | | | | | 35 | 11 | **46** |
| **Internet** | | | | | | 36 | 21 | **57** |
| **Dépliants** | | | | | | 24 | 4 | **28** |
| **Brochures** | | | | | | 18 | 6 | **24** |
| **Guides** | | | | | | 13 | 2 | **16** |
| **Flyer** | | | | | | 3 | 2 | **5** |
| **Cartes postales** | | | | | | 15 | | **15** |
| **Pictogrammes** | | | | | | 2 | | **2** |

Dès lors, même si quelques campagnes possèdent une antériorité sur certaines thématiques, de nouveaux objets, de nouvelles approches ne cessent de se développer, et ce de manière exponentielle, ne faisant que raviver et accroître une série de questions qu'il nous semble légitime de nous poser lorsque l'on évoque cet objet si particulier que sont des campagnes de communication de santé publique, qui sont à cheval entre plusieurs approches, mettant aux prises des acteurs hétérogènes. Ce sont ces éléments que nous allons essayer d'égrener dans la partie suivante de notre raisonnement.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Chapitre 5 : Approcher la production publicitaire contemporaine en santé publique

Le développement important des campagnes médiatiques de santé publique soulève un certain nombre de questions auxquelles ce travail va s'intéresser. A travers leur élaboration, ces campagnes possèdent un intérêt heuristique concernant certaines interrogations sociologiques. Leur production amène à confronter des acteurs hétérogènes, pris dans leurs logiques professionnelles respectives, avec des intérêts différenciés, voire opposés, et des systèmes de légitimation particuliers (vis-à-vis des autres acteurs en présence, mais également pour eux-mêmes). S'intéresser à ces différents aspects souligne le lien existant entre les formes de connaissance différentes mises en jeu, leur hiérarchisation, ainsi que les relations de pouvoir qui en découlent. Ces éléments vont être pris en considération dans la production de ces campagnes, et vont fortement influer sur la forme de ces dernières. La réalisation des campagnes doit ainsi être remise en perspective, il convient de les replacer dans leur contexte d'origine, afin de cerner au mieux la forme finale qu'elles vont revêtir : « il s'agit de dégager un point de vue […] sur les points de vue, de manière à reconstituer comment les différentes prises de position se situent dans un univers relationnel qui fait sens »[245]. C'est sur ces différents points que nous allons revenir au sein de ce chapitre, en commençant par nous intéresser aux enseignements tirés de la sémio-linguistique.

## 1. Une production médiatique qui reflète la confrontation des acteurs

« Information » et « communication » sont des notions qui renvoient à des phénomènes sociaux, puisque ces notions n'existent pas en soi, dans une extériorité à l'homme : « l'information est pure énonciation. Elle construit du savoir en discours et, comme tout discours, elle dépend à la fois du champ de connaissances qu'elle touche, de la situation d'énonciation dans laquelle elle s'insère et du dispositif dans lequel elle est mise en

[245] Dominique Marchetti, *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, PUG, Grenoble, 2010, p10.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

œuvre »[246]. En d'autres termes, l'information revêt la forme d'une donnée issue et modelée par son contexte d'énonciation ; « il y a donc à la fois des conditions extradiscursives et des réalisations intradiscursives dont l'intrication produit des sens de discours »[247]. Cela rejoint la logique sémiologique des médias, dans le sens où ces derniers doivent être considérés comme une machine produisant des signes, faisant alors de cette communication médiatique un « phénomène de production de sens social »[248].

Dès lors, si « un [message] se caractérise par une organisation particulière de signifiants, dont la mise en articulation participe à la construction de significations »[249], il est nécessaire de se placer en amont du produit fini afin d'en comprendre les déterminants – « les savoir-faire disparaissent dans le produit fini, c'est une banalité de la sociologie du travail »[250]. Pour saisir l'implication des conditions de production quant au résultat final, il est nécessaire de souligner la complexité de la communication, notamment l'asymétrie entre destinateur et destinataire, qui conduit celui-là à modeler son intention première pour en faire un message à destination de celui-ci. Dès lors, toute argumentation efficace possèderait comme préalable la connaissance de ceux à qui l'on veut s'adresser, les cibles réceptrices, même si, « bien sûr, cet auditoire n'est qu'une image construite par anticipation, qu'une représentation plus ou moins systématisée et aussi proche de la réalité que possible »[251]. Ce travail sur l'information à diffuser a été analysé et théorisé par différents auteurs des sciences de la communication.

Selon Charaudeau, à l'origine de toute production langagière, il existe un sujet particulier ayant une intention, un désir, « bref ayant un projet de Dire »[252]. Pour autant, afin de s'assurer que ce désir premier soit bien entendu et compris par le destinataire auquel il est adressé, le sujet parlant va chercher à modeler cet acte langagier de façon à maximiser les chances d'être compris par ce destinataire, tout en sachant également que ce dernier va interpréter ce message ; en ce sens, « la signification d'un acte de langage est une totalité non

[246] Patrick Charaudeau, *Le discours d'information médiatique. La construction du miroir social*, Nathan, Paris, 1997, p35.
[247] *Ibid.*, p39.
[248] *Ibidem*, p24.
[249] Thomas Heller, Christine Servais, *Elections prud'homales et campagnes télévisées (1979-1997)). Entre désir et responsabilité*, Université d'Avignon, mars 2000, p100.
[250] Bruno Latour, *La clef de Berlin*, La Découverte, Paris, 1993, p160.
[251] *Ibid.*, p95.
[252] Patrick Charaudeau, *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (théorie et pratique*), Hachette, Paris, 1983, p94.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

autonome puisqu'elle dépend des filtres de savoirs qui la construisent aussi bien du point de vue de l'Enonciateur que de celui de l'Interprétant »[253].
Or, il peut y avoir asymétrie entre le processus de production et le processus d'interprétation de l'acte de langage : effectivement, le sujet interlocuteur n'est pas un simple receveur du message, il construit lui-même une interprétation de l'acte de langage, en fonction du point de vue qu'il a sur les circonstances du discours – et donc sur le sujet produisant le discours.

C'est partant de ce constat que Charaudeau exprime l'idée que « tout acte de langage résulte d'un jeu entre l'implicite et l'explicite qui naît dans des circonstances de discours particulières, qui se réalise au point de rencontre des processus de production et d'interprétation, qui est mis en scène par deux entités dont chacune est dédoublée en sujet de parole et sujet agissant »[254]. Le sujet communiquant (donc le sujet agissant) va alors utiliser des contrats et des stratégies pour être un sujet énonçant (un sujet de parole), afin de s'assurer de la réussite de son acte de langage – c'est-à-dire que le sujet destinataire s'identifie complètement comme tel face au message et soit le sujet interprétant du message tel qu'il a été modelé par le sujet communiquant. Cette notion de « contrat » « présuppose que les individus appartenant à un même corps de pratiques sociales soient susceptibles de se mettre d'accord sur les représentations langagières de ces pratiques sociales »[255], c'est-à-dire qu'est posée l'hypothèse de l'analogie des compétences langagières de reconnaissance entre les actants de cette interaction. Quant à la notion de stratégie, elle renvoie à l'idée que le sujet communiquant va concevoir et organiser ses intentions de façon à faciliter l'identification du sujet interprétant au sujet destinataire idéal construit par ce sujet communiquant.

Ce modèle sémiolinguistique de la communication s'applique à l'analyse de la publicité, même si la communication dans ce domaine admet certaines particularités : cette communication est différée dans le temps et dans l'espace, tout en étant médiatisée et distanciée par les supports sur lesquels elle s'appuie. Egalement, cette communication est sollicitative et aléatoire, puisqu'elle s'adresse à un destinataire qui ne l'attend pas, et qui est peu ou prou disposé à y prêter attention : « ce destinataire doit donc être interpellé et convaincu instantanément de lire le message qu'on lui propose »[256], ce qui passe notamment

[253] *Ibid*., p26.
[254] *Ibid*., p46.
[255] *Ibidem*., p50.
[256] Jean-Michel Adam, Marc Bonhomme, *L'argumentation publicitaire. Rhétorique de l'éloge et de la persuasion*, Armand Colin, Paris, 2005, p23.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

par l'utilisation de moyens phatiques. Cette dimension phatique nécessaire à la réussite de la communication engendre une attention particulière à la rhétorique visuelle, à la construction iconique du message, avec une articulation de la segmentation et de la spatialisation, qui souligne les grands axes de l'argumentation. Dans le même temps, bien que monologique par nature, le discours publicitaire tente de donner l'apparence d'un dialogue, d'une communication centrée sur un destinataire particulier, celui-là même qui est en train de regarder cette publicité : « cette pseudo-interaction possède l'avantage persuasif de conférer à une communication de masse le masque d'une communication particulière, de donner l'illusion d'une interaction personnalisée, adressée à chacun dans l'individualisation de sa lecture »[257].

Adam et Bonhomme[258] proposent également de considérer trois dimensions des actes de discours publicitaire, en écho à la terminologie d'Austin : la dimension locutoire, tout d'abord, qui renvoie au fait de parler ou d'écrire avec l'activité psychologique qui l'accompagne ; la dimension illocutoire ensuite, qui correspond à ce que l'on fait en particulier à travers le fait de parler/écrire (informer, conseiller, menacer, etc.) ; enfin, la dernière dimension est perlocutoire, et a trait aux effets de l'acte illocutoire, aux effets produits sur la cible réceptrice.
Dans le même temps, « la communication publicitaire dépend fortement de conditions contextuelles »[259], avec trois modalités qui influencent plus particulièrement la production des énoncés : le canal, le référent et le destinataire. La nature du support utilisé pèse sur le déroulement de la communication (le canal), tout comme le type de produit ou de message va influer sur la stratégie publicitaire adoptée (le référent) ; enfin, comme l'avait déjà souligné Charaudeau, le discours de l'annonceur va tendre à se modeler sur la cible qu'il vise, afin de maximiser ses chances de succès.

Mais, il est loin d'être évident que le message soit compris de manière identique par le destinateur et la cible, puisque les facultés de compréhension des uns et des autres vont dépendre de leur position dans le monde du savoir, de l'état émotionnel du groupe, de facteurs de résistance au changement, de la spécificité de leurs ressources économiques et culturelles, qui vont différer d'un individu à l'autre. Dès lors, l'ensemble des conditions de production de

[257] *Ibid*., p38.
[258] *Ibidem*.
[259] *Ibid*., p30.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'acte de langage donne au sujet parlant des instructions pour la mise en scène de son acte de langage et la mise en place de stratégies discursives de légitimation pour entrer en contact avec l'autre, de crédibilité pour imposer sa personne de sujet parlant à l'autre, de captation pour toucher l'autre[260].

Au travers de ces éléments théoriques, il apparaît qu'étudier la production publicitaire revient, en premier lieu, à s'intéresser à ses conditions de production, dans la mesure où ce sont ces conditions qui seront reflétées dans la forme finale de cette communication médiatique. Au travers des éléments de la campagne, c'est le destinateur qui est présent ; il manifeste son intention de communiquer des idées, des sentiments, des informations[261]. Autrement dit, c'est au travers d'un ensemble de déterminants posés en amont que se réalise la construction du message médiatique ; et c'est par le biais de négociations entre les différents acteurs présents autour de la communication médiatique que va peu à peu s'élaborer le message. Ou, pour le dire autrement, « les contenus des médias de masse peuvent être vus comme des traces des interactions qui les ont constitués, comme des plis condensant les rapports sociaux, les logiques d'actions et les mouvements culturels »[262]. En effet, pour faire suite aux travaux de Fabienne Thomas, il nous faut emprunter à l'analyse sémio-pragmatique son intuition que les émetteurs du message marquent de leur empreinte le message – aussi bien consciemment qu'inconsciemment –, et que l'analyse doit s'intéresser à ces éléments, qui en disent beaucoup sur celui qui a produit ce message[263].

## 2. La confrontation d'acteurs hétérogènes : une rencontre des savoirs et des légitimités

Ainsi, la boîte noire de la communication médiatique, qui donne sens à la production publicitaire, est constituée de cet agencement d'acteurs hétérogènes, pris dans diverses logiques (professionnelles, institutionnelles, etc.), qui se rencontrent autour de cet enjeu commun de la construction d'un message médiatique, concernant une question de santé, le

[260] Patrick Charaudeau, « Pas de société sans discours propagandiste », in Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn, *op. cit.*
[261] Jean-Claude Fozza, Anne-Marie Garat, Françoise Parfait, *op.cit.*
[262] Eric Maigret, *Sociologie de la communication et des médias*, Armand Colin, Paris, 2003, p244.
[263] Fabienne Thomas, « Un corpus d'affiches d'éducation à la santé sous la loupe d'une analyse sémio-pragmatique : Dispositif de prévention, dispositif de persuasion ? », in *Images de la santé, 100 ans d'affiches d'éducation pour la santé*, 1997, pp19-29.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

tout dans un contexte socio-politique particulier, décrit dans les chapitres précédents. Dès lors, l'objet central à analyser pour appréhender la construction médiatique renvoie à cet « espace décisionnel » dans lequel vont se rencontrer les acteurs en jeu dans l'élaboration d'un message médiatique, en tentant de le rapporter à la biopolitique et à ses prescriptions – et ce car le message est pensé selon une certaine logique d'articulation des significations, qui se construit en partie au cours de l'action, « en fonction des enjeux en présence, des forces en présence, de l'intuition du moment, d'un ensemble de facteurs contingents »[264]. Cela rejoint d'ailleurs la notion de « système » telle qu'elle a été définie par Crozier et Friedberg[265] : « un système est un ensemble dont toutes les parties sont interdépendantes, qui possède donc un minimum de structuration, ce qui le distingue du simple agrégat, et qui dispose, en même temps, de mécanismes qui maintiennent cette structuration et qu'on appellera mécanismes de régulation »[266]. Cette conception permet de souligner – et c'est en cela qu'elle nous intéresse – que l'acteur n'existe pas en dehors du « système » qui définit sa liberté (dans le cas présent, ce « système » correspond à cet « espace décisionnel » créé autour de la conception d'une campagne) et la rationalité qu'il peut utiliser dans l'action ; dans le même temps, c'est cet acteur qui permet l'existence du système, qui lui donne vie. Et de la juxtaposition de ces deux logiques, naissent aussi les contraintes de l'action organisée : « instruments pour la solution de problèmes, les construits d'action collective sont aussi des contraintes pour ces solutions, s'ils ne les empêchent pas totalement »[267].

Cet « espace décisionnel » de la production publicitaire peut aussi être rattaché au concept bourdieusien de « champ », développé précédemment, puisque c'est un espace social où se déploient des logiques concurrentielles opposant des acteurs différenciés : opposition entre acteurs autour de la définition de la santé publique, dont nous avons parlé auparavant, puis celle entre ces acteurs de santé publique (arrivés à un accord minimum sur le sujet de santé publique) et publicitaires, au sein de « l'espace décisionnel » créé autour de la conception de la campagne, concernant le message à délivrer (aussi bien dans sa forme que dans son contenu), et enfin opposition sous-jacente entre les publicitaires, sur fond de concurrence, opposition dont découle une volonté de différenciation par la création publicitaire même. Cette juxtaposition d'acteurs, aux stratégies différentes quant à la

[264] Thomas Heller, Christine Servais, *op. cit*, p139.
[265] Même si nous avons ici affaire à des phénomènes plus ponctuels, qui ne durent pas dans le temps, à l'inverse du « système » défini par les deux auteurs
[266] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, 1977, p214.
[267] *Ibid*., p25.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

production publicitaire, donne lieu à des distributions de rôles et de statuts se faisant en fonction des autres acteurs du champ. Dès lors, pour comprendre le domaine de la production publicitaire, il faut penser cet espace « comme un univers structuré par des oppositions à la fois objectives et subjectives, à percevoir chaque [acteur du champ] dans le réseau des stratégies, des solidarités et des luttes qui le lient à d'autres membres du champ »[268].

Le message qui est réalisé à la fin du processus de production publicitaire apparaît alors comme le compromis professionnel et sémiologique auquel sont arrivés les différents acteurs du champ ou, pour le dire autrement : la raison des hommes « est avant tout confrontation des raisons dans un processus où des vérités communes sont peu à peu établies sans être transcendantes »[269]. C'est pour cette raison que, dans la production publicitaire, « le contenu résulte d'un compromis entre les intentions d'un destinateur, et les conditions supposées de compréhension, de réaction émotionnelle, et d'acceptabilité d'un message par un public (comment dois-je dire pour que ce public accepte ce que je dis, et soit disposé à faire ce que j'attends qu'il fasse ?) »[270]. Toutefois, cela suppose que les différents acteurs présents arrivent à « s'entendre », en respectant les savoirs des uns et des autres, et leurs compétences respectives. Dès lors, il nous faut entendre ce processus de production « comme une succession d'anticipations et de négociations de la part des acteurs »[271].
De la sorte, les phénomènes ne peuvent être examinés indépendamment de la façon dont ils sont pensés et mis en forme ; les différents acteurs du champ agissent en fonction de l'idée qu'ils se font de ce que doit être la production, et ce selon des logiques différentes. Chaque acteur apparaît ainsi détenteur d'un savoir prenant une forme spécifique, avec un système de légitimité de ce savoir qui peut varier. En conséquence, « la solution d'un problème dépend de la manière dont il aura été défini »[272], selon chacun des acteurs en présence, dans la configuration particulière que nous avons proposé de dénommer « l'espace décisionnel ». Pour se comprendre pleinement, la solution proposée au problème doit aussi être rapportée à la gouvernementalité et au contexte socio-politique, qui surplombent l'ensemble des acteurs, et qui peut influer sur les stratégies des différents acteurs sociaux.

[268] Eric Neveu, *Sociologie du journalisme*, La Découverte, Paris, 2001, p197.
[269] Eric Maigret, *op. cit.*, p30.
[270] Thomas Heller, Christine Servais, *op. cit.*, p5.
[271] Pierre Zémor, *op. cit*., p99.
[272] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *op. cit*., p364.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Nous proposons également d'analyser cet « espace décisionnel » de la production publicitaire à l'aide des travaux de l'interactionniste américain Anselm Strauss, qui a proposé toute une méthodologie apte à rendre compte de cette « trame de la négociation »[273]. Selon lui, il faut spécifier la négociation et la replacer dans son contexte ; il développe ainsi le concept de « monde social », afin de « saisir les aspects d'association de groupes et des relations organisationnelles qui colleraient à la variabilité rapide de l'activité organisationnelle et de l'appartenance »[274]. Néanmoins, si cette idée de mondes sociaux renvoie principalement à des univers de discours, il serait erroné de penser que cela ne se limite qu'à ce seul aspect : « nous devrions aussi examiner des faits palpables comme des activités, des appartenances, des sites, des technologies et des organisations spécifiques à des mondes sociaux particuliers »[275]. L'intérêt de ce concept, dans notre propre analyse, est également lié au fait que ces « mondes sociaux » renvoient à des rapports de pouvoir, idée qui structure une partie importante de notre propre cadre théorique, et qui sera d'un grand intérêt concernant la compréhension de « l'espace décisionnel ».

Strauss souligne aussi l'importance des conditions structurelles, c'est-à-dire du cadre à l'intérieur duquel prennent place les négociations, dans la mesure où ces conditions affectent les types de négociations qui sont envisageables, ainsi que la manière dont les acteurs perçoivent l'ordre social, et notamment ce qui est possible ou impossible au sein de celui-ci – c'est dans le même ordre d'idées qu'il faut comprendre l'idée des « contraintes structurantes » dont parlaient Heller et Servais[276], à propos des préoccupations de l'agence de communication et de l'institution ministérielle, concernant l'image d'elles-mêmes que renverrait le spot publicitaire.

Dans le cas de notre propre recherche, la théorie de Strauss nous permet de lier à la fois le contexte socio-politique, le construit de santé publique opéré par les protagonistes, « l'espace décisionnel » agencé autour de la production d'une campagne, dans lequel les acteurs sociaux développent différentes stratégies en lien avec leur propre domaine de compétence et leur légitimité. C'est la somme de tous ces éléments, leur imbrication, qui éclairent la production des campagnes de santé publique. En cela, ce sont précisément ces éléments que nous allons essayer de dégager et de mettre en évidence tout au long de ce travail.

---

[273] Anselm Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Isabelle Baszanger, L'Harmattan, Paris, 1992.
[274] *Ibid*, p49.
[275] *Ibidem*., p272.
[276] Thomas Heller, Christine Servais, *op. cit.*, p113.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Par ailleurs, les travaux de Foucault ont démontré la vicinité entre savoir et pouvoir, qui sont les deux faces d'une même pièce. Ainsi, c'est par le biais de la revendication d'un savoir particulier, propre à un groupe d'acteurs spécifique, que se fait la conquête du pouvoir, à partir du moment où la validité de ce savoir est reconnue par les autres acteurs sociaux, et notamment par le politique (titulaire du pouvoir de légitimation), qui reconnaissent en lui une véracité intrinsèque et qui, *ipso facto*, le légitiment. Ou, pour l'exprimer autrement, « derrière cette distinction des savoirs, ce sont toujours des enjeux de pouvoir qui sont en cause et qui traversent l'ensemble des rapports sociaux »[277].

C'est de cette manière que Fassin propose une typologie des savoirs, avec une distribution qui se fait suivant deux axes[278] : l'axe du secret d'une part, allant de l'exotérique à l'ésotérique, et l'axe de l'abstraction d'autre part, compris entre le technique (c'est-à-dire des compétences partielles et concrètes) et le théorique, où prime la démarche intellectuelle. Le croisement de ces deux axes produit alors, selon l'auteur, trois grandes catégories de savoir. Il y a tout d'abord le savoir-faire, qui résulte de la maîtrise des procédures techniques ; le savoir-penser ensuite, qui met en œuvre des opérations intellectuelles ; enfin, le savoir-pouvoir constitue la troisième catégorie, et admet comme fondement des connaissances et des pratiques ésotériques. Fassin précise également que « ce savoir apparaît d'autant plus lié au pouvoir qu'il est abstrait et secret. Il en est d'autant plus séparé qu'il est technique et profane »[279]. Ce point nous intéresse particulièrement car il souligne la hiérarchisation des formes de savoirs qui semble devoir nécessairement s'opérer face à cette configuration d'acteurs hétérogènes, regroupés autour d'un même objet.

Les travaux de Crozier et Friedberg proposent aussi une piste pour comprendre la manière dont va s'opérer cette hiérarchie des savoirs dans le cadre d'un système, d'une action collective organisée. C'est au travers de la question de l'incertitude contrôlée par l'acteur que se matérialise cette théorie : « le pouvoir d'un individu ou d'un groupe, bref d'un acteur social, est bien ainsi fonction de l'ampleur de la zone d'incertitude que l'imprévisibilité de son propre comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires »[280]. Ainsi, plus cette zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la réussite de l'organisation, plus il disposera de pouvoir.

[277] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p137.
[278] Didier Fassin, *ibid*.
[279] *Ibid*, p141.
[280] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *op. cit*., p72.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les deux auteurs poursuivent leur raisonnement en distinguant quatre grandes sources de pouvoir, qui correspondent aux différents types de sources d'incertitudes particulièrement pertinentes pour une organisation. La première découle de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle : « l'expert est le seul qui dispose du savoir-faire, des connaissances, de l'expérience du contexte qui lui permettent de résoudre certains problèmes cruciaux pour l'organisation »[281]. Ensuite, la deuxième source d'incertitude est liée aux relations entre une organisation et son ou ses environnements ; la troisième renvoie à la maîtrise de la communication et des informations, et enfin la dernière découle de l'existence de règles organisationnelles générales.

L'intérêt des typologies de Fassin, et de Crozier et Friedberg est aussi qu'elles permettent de comprendre le pouvoir que recèle l'expertise, qui est une forme de savoir particulier, propre à un groupe qui en est titulaire, et qui s'exprime par un corpus de connaissances et de pratiques plus ou moins standardisées, dont la légitimité sociale lui confère un pouvoir d'évaluation. A ce titre, l'expertise « constitue un réseau de discours, de lieux et de pratiques structuré en commun autour d'un objet social […], afin d'en déterminer les contours et les principes actifs, et ce dans une perspective d'efficacité et de pertinence inhérente à l'expertise »[282]. Autrement dit, l'expertise apparaît comme un dispositif social producteur de normes, et au sein duquel « la question du sujet de l'expertise (et de son devenir-sujet) est donc reliée fortement à celle des ressources qu'il doit mobiliser, non seulement pour exercer cette expertise, mais encore pour la constituer comme expertise, c'est-à-dire la légitimer »[283]. Dans cette mesure, chaque codécideur possède ses priorités, ses préférences et ses contraintes : « ses atouts dans la négociation, outre sa position plus ou moins stratégique, sont l'expertise, l'aptitude à rassembler les informations pertinentes, l'habileté à convaincre, voire à opérer un marchandage entre plusieurs décisions »[284]. Ainsi, cet expert, qui maîtrise face aux autres une source d'incertitude cruciale pour eux (en écho à la théorie croziérienne), utilisera le pouvoir dont il dispose pour accroître ses avantages face à eux, voire à leurs dépens. Toutefois, cette capacité admet sa limite, la satisfaction, au moins partielle, des attentes des autres : « un acteur ne peut exercer du pouvoir sur les autres et les

[281] *Ibid*., p84.
[282] Philip Milburn, Gonzalo Alvestégui, « Santé publique, politiques urbaines et expertise », in Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, p146.
[283] Jean-Yves Trépos, *op. cit.*, p49.
[284] Pierre Zémor, *op. cit*., p100.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« manipuler » à son profit qu'en se laissant « manipuler » en retour et en les laissant exercer du pouvoir sur lui »[285].

D'autre part, il semble que la proximité avec l'objet soit un autre facteur de revendication d'un savoir à prendre en compte ici, au sens où c'est la propre expérience personnelle qui confère à un individu le sentiment d'être compétent pour parler de ce sujet. Cela apparaît manifeste dans le cas de la politique, et plus précisément du fait de répondre à des questions politiques ; c'est ce qu'a démontré Bourdieu dans ses travaux. Ainsi, selon lui, la capacité de traiter une question de façon politique est inséparable d'un sentiment plus ou moins vif d'être compétent, c'est-à-dire d'être socialement reconnu comme légitime à s'occuper des affaires politiques. C'est par ce raisonnement qu'il développe la notion de « pays légal », qui correspond à « tous ceux qui, en tant que parties prenantes, estiment avoir leur mot à dire, qui se sentent fondés à exprimer un avis autorisé et faisant autorité, à porter la parole performative d'un groupe de pression légitime »[286].

Or, puisque la production publicitaire de santé publique donne lieu à des confrontations, des négociations et des juxtapositions entre acteurs au sein de ce champ, de cet « espace décisionnel » où les cultures professionnelles s'emploient et les légitimités professionnelles s'affirment, analyser cet espace à l'aide de ce couple savoir/pouvoir, de ces « zones d'incertitude » contrôlées par différents acteurs sociaux dans un « espace décisionnel » créé pour une entreprise particulière, se révèle être d'un grand intérêt zététique. Nous allons ainsi nous y employer au cours de ce travail de recherche. En effet, c'est par le biais d'un savoir particulier, propre à un monde social, à un groupe d'acteurs spécifique, que les divers individus tenteront d'imposer leur propre vision des choses, en affirmant la légitimité de cette vision du monde, et tenteront donc d'orienter la production publicitaire en ce sens. Mais ces stratégies fomentées et utilisées se font également dans un contexte socio-politique plus général dans lequel elles éclosent. Les éléments de ce contexte sont aussi présents dans les interactions entre mondes sociaux, les individus peuvent s'y référer, et ces caractéristiques contextuelles peuvent donc aussi influer sur la production finale.

La présentation des prolégomènes de cette étude étant à présent effectuée, passons aux questions que nous essaierons de passer au crible d'une analyse sociologique au cours de ce travail.

---

[285] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *op. cit.*, p104.

[286] Pierre Bourdieu, « Questions de politique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°16, septembre 1977, p64.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Chapitre 6 : Problématique et méthodologie

## 1. La nécessité d'une approche contextualisée de la production médiatique en santé publique

En reprenant l'ensemble des éléments qui précèdent, la production publicitaire apparaît modelée par les exigences des commanditaires de cette production (les destinateurs), dans un contexte socio-politique, la gouvernementalité contemporaine, dont certaines caractéristiques peuvent s'exprimer en substrat de ces interactions entre acteurs et de cette production médiatique. Les exigences des acteurs concernent la manière de traduire les savoirs qu'ils ont en leur possession et qu'ils vont faire intervenir au cours du processus de négociation – il faut donc ici entendre ces savoirs comme étant la vision du monde que promeuvent ces acteurs, issus de mondes sociaux différents, et avec des systèmes de légitimité particuliers, non superposables. En effet, dans les commanditaires, se trouvent différents mondes sociaux au sens de Strauss, autrement dit divers types d'acteurs sociaux, avec des activités et des pratiques sociales différenciées ; ces acteurs sociaux produisent des savoirs, des visions de monde, qui leur sont spécifiques, et qui renvoient à des systèmes de légitimité particuliers, non substituables entre eux. Ce sont ces visions du monde qui seront mises en avant face aux publicitaires et à leur propre culture professionnelle, et la négociation se fera ainsi sur la base de ces différents savoirs. Dès lors, pour comprendre ce processus de production médiatique, il nous faut nous intéresser au « système » qui se dessine par cette confrontation d'acteurs, à cet « espace décisionnel » ainsi créé, qui va servir de support pour comprendre le comportement des acteurs ainsi que leurs différentes stratégies : « les approches historique et sociologique reviennent finalement à déplacer le regard vers les propriétés des producteurs d'information, les conditions même de la production et de la diffusion en les mettant en relation avec les contenus »[287]. C'est l'idée aussi de Crozier et Friedberg, avec les « zones d'incertitude », qui reflètent les rapports de pouvoir et de hiérarchisation qui se mettent en place en fonction de la configuration du « système » dans lequel s'insèrent les protagonistes des campagnes : « car ce qui est incertitude du point de vue des problèmes est pouvoir du point de vue des acteurs : les rapports des acteurs, individuels

[287]Dominique Marchetti, *op.cit.*, p10.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ou collectifs, entre eux et au problème qui les concerne, s'inscrivent donc dans un champ inégalitaire, structuré par les relations de pouvoir et de dépendance »[288]. Et ce sont donc les acteurs à même d'affirmer et d'imposer leur maîtrise des incertitudes les plus cruciales qui auront le plus de chances de s'imposer dans cet « espace décisionnel ».

C'est autour de cet « espace décisionnel » qu'il nous faudra centrer une partie de notre analyse, dans le but de comprendre la manière dont se construisent ces campagnes médiatiques de santé publique – le second aspect d'importance renvoyant ici, comme nous avons cherché à le souligner dans la partie théorique de notre travail, à la place et à l'impact potentiel du contexte socio-politique contemporain, de la gouvernementalité actuelle sur la production des campagnes (où l'on peut émettre l'hypothèse que les acteurs en présence agissent – ou réagissent – aussi en fonction de cette gouvernementalité, si l'on postule l'idée que la subjectivité individuelle est en partie le construit social de l'époque). Les caractéristiques de ce contexte socio-politique peuvent alors servir aux acteurs à légitimer leurs propres actions. Ce faisant, ils participent aussi à le faire évoluer, à lui donner une signification particulière, une orientation, qui répond, pour parties, à leurs propres intérêts en tant que représentants de leurs mondes sociaux, dans un champ politique de la santé publique tiraillé par des concurrences entre acteurs.

C'est l'imbrication de ces deux éléments qui nous permettra de comprendre au mieux notre objet de recherche : « au lieu d'être rationnel par rapport à des objectifs [l'acteur] est rationnel, d'une part, par rapport à des opportunités et à travers ces opportunités au contexte qui les définit et, d'autre part, par rapport au comportement des autres acteurs, au parti que ceux-ci prennent et au jeu qui s'est établi entre eux »[289]. Cela revient à dire que le pouvoir ne peut se manifester que par sa mise en œuvre dans une relation mettant aux prises deux ou plusieurs acteurs dépendant les uns des autres dans l'accomplissement d'un objectif commun qui conditionne leurs objectifs personnels.

Pour autant, tous les acteurs impliqués dans « l'espace décisionnel » n'ont pas la même place dans le processus de production ni les mêmes ambitions ou possibilités d'action. D'un côté se trouvent les commanditaires, c'est-à-dire des acteurs qui réalisent le travail de construction sociale de la santé publique, et de l'autre des publicitaires et autres agences de

[288] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *op. cit.*, p24.
[289] *Ibid*., p56.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

communication, qui sont sollicités par les premiers dans un but précis, réaliser l'aspect médiatique de la campagne. Cette configuration particulière nous amène donc à nous intéresser à la structuration de « l'espace décisionnel ».

Les commanditaires émettent ainsi des contraintes que les publicitaires vont devoir prendre en compte afin de structurer leur propre travail. Parmi ces contraintes structurantes, certaines s'imposent d'elles-mêmes du fait de leur caractère indiscutable – cela est notamment le cas des contraintes juridiques –, tandis que d'autres sont issues d'un compromis qui s'est établi entre les différents acteurs de santé publique, concernant notamment les significations qu'ils veulent véhiculer par le biais de la campagne médiatique. Parmi ces contraintes, se trouve également celle des financeurs, de l'image de leur institution qui sera véhiculée au travers de l'action entreprise, et de leur propre ligne politique, qui les amènera ou non à apporter un financement selon le type de message qui sera produit lors de la campagne médiatique.

Cela renvoie également à la forme que doit revêtir la production publicitaire, ou plus exactement ce qu'elle ne doit pas être – avec notamment la question de l'image de l'institution produite et transmise à travers cette production publicitaire à laquelle elle est associée. En tant qu'instigatrice de ce message, l'institution joue sa crédibilité à travers la production qui est élaborée et qui sera ensuite diffusée dans l'espace public.

Mais les caractéristiques du contexte socio-politique vont, à leur tour, avoir une influence sur la forme prise par ces modalités politiques – plus précisément, la responsabilisation des individus, la psychologisation du social, la participation des associations d'usagers et la volonté de maîtrise des dépenses publiques sont des aspects qui semblent indissociables de la réalisation de ces campagnes, qui vont se retrouver dans la forme revêtue par celles-ci. « Les médias sont des espaces où se jouent la formation, la reproduction et la contestation d'ensembles de pratiques et de croyances, mêlant indissociablement pouvoir et culture, chacun de ces éléments se lisant dans l'autre »[290].

La culture professionnelle des publicitaires constitue un autre déterminant de la production publicitaire. Le centre de cette culture professionnelle est formé d'un couple savoir/pouvoir particulier, qui rend légitime leurs pratiques professionnelles – à leurs propres

[290] Eric Maigret, *Sociologie de la communication et des médias*, Armand Colin, Paris, 2003, p197.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

yeux d'abord, comme argument pour peser dans « l'espace décisionnel » ensuite. Cette culture professionnelle renvoie à la capacité des publicitaires – supposée et revendiquée – de diffuser un message pour un public prédéterminé, en manipulant des signes de façon à s'accorder aux schèmes cognitifs supposés de cette cible, de réussir à la « toucher », à lui faire entendre correctement le message, dans le sens voulu par l'émetteur, en tenant compte du contexte de réception. Néanmoins, cette présentation professionnelle, ce discours *pro domo* occulte la complexité de la maîtrise des conditions de réception, puisque les cibles ne donneront pas nécessairement le même sens au message que celui pensé lors de sa production, par les publicitaires. Dans cette optique, les publicitaires tenteront de convaincre de leurs capacités à maîtriser cette réception du message conformément aux intentions premières, face à des commanditaires dont l'opinion pourra être beaucoup plus circonspecte. Les négociations entre ces mondes sociaux dans « l'espace décisionnel » seront d'un intérêt certain pour comprendre les orientations prises par la campagne, et notamment l'ingénierie symbolique déployée au regard à la construction sociale de santé publique opérée dans un premier temps.

Selon Emile Durkheim, la culture professionnelle trouve son fondement dans une pratique, pratique qui donne naissance à une identité et à des normes aptes à permettre le jugement, en d'autres termes à un *ethos*. Dans le cas présent, la légitimité des publicitaires (entendus ici au sens des créatifs, de ceux qui vont élaborer la communication médiatique) renvoie à cette forme de « savoir » sur la manière de manipuler des signes, afin à la fois de satisfaire aux exigences des commanditaires et à la nécessité de produire un message qui « atteigne sa cible » (comment entrer en contact avec la cible, comment réussir à « faire passer le message » (tout en produisant la réponse voulue), quel *medium* utiliser pour maximiser ces chances, etc.). Mais ce savoir peut également servir d'enjeu symbolique, afin de tenter d'imposer ses propres choix face aux commanditaires, au sein de « l'espace décisionnel », toujours sur la base de cette maîtrise des conditions de réception.

Dans le même temps, cet ensemble de pratiques mises en œuvre par les créatifs est lié aux représentations partagées par ces professionnels, sur ce qu'est une « bonne publicité » notamment, représentations qui vont influer sur la manière d'aborder la production publicitaire : « faire de « l'inattendu », de « l'inédit », réaliser « l'antithèse d'une campagne […] classique » : ces partis pris stratégiques, résultant de la synergie entre approche créatrice et analytique, sont aussi déterminés par des principes normatifs contenus dans une définition de ce qu'est une « bonne publicité », qui régulent le processus de création, et dont


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'intériorisation par les acteurs de la profession constituerait ce qu'on pourrait appeler un « habitus » publicitaire »[291]. Cet *ethos* professionnel peut d'ailleurs entrer en contradiction avec la commande, comme cela est le cas pour les campagnes voulues sur un mode didactique, genre assez peu apprécié des publicitaires, et dont les griefs renvoient au fait que ce style laisse peu de place à la « création » (sous-entendue publicitaire).
Cette importance de la création s'exprime également dans un contexte économique, un marché, qui est « extraordinairement concurrentiel »[292], où la création est perçue comme le moyen de se démarquer de ses concurrents et de se forger une réputation.
On constate donc que ces publicitaires, loin de s'effacer derrière les exigences des destinateurs, ont des modalités d'action ayant maille à partir avec les déterminations culturelles de leur profession.

Pour autant, le message produit « se caractérise par une organisation particulière de signifiants, dont la mise en articulation participe de la construction de significations »[293]. Effectivement, « l'interprétation résulte d'une rencontre entre une structure signifiante (un contenu rapporté à des intentions) et un spectateur porteur d'un ensemble de cognitions (construites sur la base de son expérience, de son histoire personnelle, de ses savoirs et croyances accumulés) ; rencontre toujours incertaine, dans la mesure où la mise en images et en sons de ces intentions est elle-même le résultat d'une construction qui engage les cognitions des destinateurs, c'est-à-dire aussi leur subjectivité »[294]. Nous sommes donc ici en présence d'un phénomène de co-construction de sens, de la part des destinataires, ce qui engendre une part d'incertitude quant à la bonne réception de ce message. C'est d'ailleurs en ce sens qu'un auteur tel que Patrick Charaudeau parle de contrat de parole, qu'il définit comme « l'ensemble des contraintes qui codifient les pratiques socio-langagières et qui résultent des conditions de production et d'interprétation (circonstances de discours) de l'acte de langage »[295].

A titre d'exemple, citons ce rapport coordonné par Karine Oddoux, qui émet diverses recommandations quant à la manière d'aborder la communication en éducation pour la santé auprès des « jeunes ». Dans celui-ci, est exprimée l'idée que la valorisation des bénéfices

[291] Thomas Heller, Christine Servais, *op. cit*., p81.
[292] *Ibid*., p116.
[293] *Ibidem*, p100.
[294] *Ibidem*, p66.
[295] Patrick Charaudeau, *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (théorie et pratique)*, Hachette, Paris, 1983, p54.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

sanitaires à long terme n'apparaît pas comme le mode de communication le plus pertinent vis-à-vis de cette population, mais qu'il apparaît plus judicieux de s'appuyer sur des valeurs auxquelles ils sont censés croire : l'accomplissement personnel, la recherche d'une identité propre et l'expression du droit d'être soi, d'être différent et de refuser la pression du groupe[296]. Et le but affiché de cette orientation est de fonder la légitimité de l'émetteur, en vue de favoriser l'établissement d'une relation de confiance entre les institutions et les jeunes. Exemple on ne peut plus clair de la manière dont l'émetteur tient compte de son destinataire – du moins de la représentation qu'il s'en fait – afin de maximiser les chances de l'atteindre dans le but visé *a priori*. Ainsi, « argumenter est aussi choisir dans une opinion les aspects essentiels qui la rendront acceptable pour un public donné. La transformation d'une opinion en argument en fonction d'un auditoire particulier est précisément l'objet de l'argumentation »[297].

## 2. Méthodologie de recherche

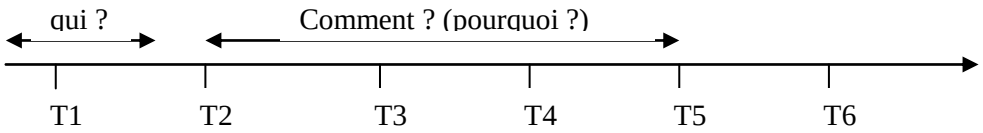
### 2-1 Adoption d'un schéma du processus de production publicitaire

Dans un souci de clarté, nous proposons de représenter le processus de production publicitaire à l'aide d'un schéma, constitué de six étapes idéales-typiques, qui nous permettra, de procéder à une présentation plus claire de l'analyse à venir. L'emploi du terme de « processus », pour qualifier notre objet de recherche, nous astreint à mettre en lumière une certaine dynamique concernant ce modelage d'un thème de santé publique en un objet de communication. C'est pour cette raison que nous avons pris le parti de représenter ce processus de production publicitaire par le biais d'un schème séquentiel et, peu ou prou, chronologique – bien que ce modèle, quelque peu rigide, ne puisse évidemment pas prétendre à l'exhaustivité. Par cette manière de procéder, nous aspirons à pouvoir mettre en lumière les différentes phases par lesquelles passe le processus étudié. Un autre attrait de ce *modus operandi* est qu'il permettra de faciliter les comparaisons entre les différentes campagnes étudiées, de mieux y déceler les ressemblances et divergences.

[296] Karine Oddoux (coord.), *La communication sur la santé auprès des jeunes. Analyses et orientations stratégiques*, éditions CFES, Paris, 2000.
[297] Philippe Breton, *L'argumentation dans la communication*, La Découverte, Paris, 2003, p21.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le schéma que nous proposons revêt ainsi la forme suivante :




Légende :

T1 : lutte entre acteurs en vue de la construction sociale de la santé publique ;

T2 : rencontre entre acteurs de santé publique et publicitaires, et accord minimal sur le type de campagne à réaliser ;

T3 : propositions de créations publicitaires (slogans, images, etc.) par l'agence ;

T4 : discussion/validation par les acteurs de santé et (ré)affirmation des « contraintes structurantes » par ces derniers ;

T5 : mise en place de la campagne (et financements)

T6 : étape *a posteriori* de la campagne : retours, critiques

Remarques concernant ce schéma :

a/ Le passage de T1 à T2 suppose que ces acteurs sociaux aient une connexion quelconque (appels d'offre, interconnaissances, travail antérieur ensemble, etc.).

b/ Les étapes trois et quatre sont interdépendantes : une première proposition, en T3, peut être refusée par les acteurs de santé publique en T4, ce qui ramène alors de nouveau le processus à T3, avec les publicitaires qui font de nouvelles propositions.

c/ La sixième étape de ce schéma, T6, bien qu'extérieure *stricto sensu* au processus de production publicitaire, doit néanmoins être prise en compte, eu égard au fait que les possibles critiques que suscitera la production publicitaire effective pourront avoir leur importance à l'avenir, si une nouvelle campagne est réalisée. De même, ces critiques apportent un éclairage sur le processus antérieur, et permettent parfois de mieux en comprendre les enjeux.

### 2-2 Hypothèses de travail

A la suite de ce schéma, il nous faut présenter les grandes hypothèses de recherche qui vont baliser ce travail. Ces hypothèses auront pour vocation de répondre aux enjeux de la recherche tels qu'ils ont été présentés auparavant, et que nous pouvons résumer en deux pôles, deux parties distinctes : la première est macro-sociale et la deuxième plus micro-sociale.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Pour le pôle macro-social, l'idée centrale est la suivante : dans le processus de production de ces campagnes, différents aspects du contexte socio-politique contemporain et de la gouvernementalité actuelle interviennent-ils ? Plus précisément, quelle place peuvent occuper ces considérations dans le processus étudié (concernant aussi bien les acteurs sociaux impliqués que les productions créatives effectuées) ?
Le deuxième grand enjeu de cette recherche, davantage micro-social, concerne « l'espace décisionnel » créé autour de la production de ces campagnes, qui fait intervenir simultanément des acteurs de mondes sociaux différents, qui peuvent parfois être en concurrence dans le champ politique de la santé publique, qui ont des intérêts différents autour de la campagne. Ce sont donc les jeux d'acteurs, les stratégies déployées dans « l'espace décisionnel » face aux autres protagonistes, les légitimités revendiquées, les zones d'incertitude contrôlées, qui constituent le second grand thème investigué.
Enfin, c'est de l'imbrication de ces deux grands enjeux de la recherche que va dépendre la production médiatique finale ; la campagne médiatique de santé publique sera le résultat de ces influences, qui constituent l'approche contextualisée du processus de production.

Ce travail propose donc une analyse mélangeant perspectives déductive et inductive : le concept foucaldien de « gouvernementalité », de même que les caractéristiques esquissées du contexte socio-politique contemporain, servent de première grille de lecture pour appréhender le sens social des campagnes et de leurs messages. L'analyse tentera de relier ces campagnes aux caractéristiques du contexte socio-politique, de ressortir l'influence que peut avoir ce contexte sur la manière de concevoir les campagnes étudiées. La dimension inductive, quant à elle, renvoie à l'analyse des entretiens réalisés avec les différents acteurs des campagnes, de ce qu'en disent leurs protagonistes, et de l'examen des différents documents produits, analyse d'inspiration croziérienne, qui a pour vocation de faire ressortir les enjeux qui se jouent au travers des négociations (notamment rapportés à la question de la gouvernementalité et de la biopolitique), des stratégies et de la juxtaposition de ces acteurs différenciés, réunis autour d'un objectif commun, la production d'une campagne médiatique.

Concernant à proprement parler nos hypothèses de recherche, elles sont les suivantes.
En premier lieu, nous faisons l'hypothèse que, dans le cadre du processus de production des campagnes, les acteurs sociaux engagés, et plus spécifiquement ses commanditaires, vont utiliser certains éléments du contexte socio-politique aptes à rendre légitime leur décision


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

politique de procéder à une campagne de santé publique. Plus précisément, c'est lors de la construction sociale de la santé publique que va se manifester cette incidence du contexte sur l'action des commanditaires, pour réussir à montrer la légitimité de l'action entreprise. Mais cette utilisation du contexte va aussi contraindre en retour les acteurs, qui vont être obligés de s'inscrire dans sa continuité, ce qui va engendrer des tensions entre des intérêts potentiellement contradictoires.

Quant aux éléments du contexte employés, ils renverront aux différentes parties ayant structuré le deuxième chapitre de ce travail : la responsabilisation des individus, la psychologisation du social, la maîtrise des dépenses publiques, ainsi que la promotion des usagers.

Dans le cadre de l'analyse, nous entendrons ainsi par « psychologisation du social » **la tendance à lire les problèmes sociaux avec une grille psychologique**, délaissant les causalités plus sociologiques et politiques des phénomènes. En ce sens, **les problèmes sociaux seront examinés au travers des éléments psychologiques individuels**.

Quant à la « responsabilisation des individus », elle sera comprise comme **l'injonction à être entrepreneur de sa vie, responsable de sa vie** (et donc de sa santé) – avec donc également **la culpabilisation des individus** comme corollaire potentiel de cette technique de gouvernementalité.

Enfin, le « construit social de santé publique » renverra au cadre cognitif issu de la construction sociale de la santé publique, à la mise en problématique résultant de cette dernière.

Concernant la deuxième hypothèse, elle s'inscrit dans une perspective croziérienne. Les différents acteurs sociaux impliqués dans la campagne vont recourir à des moyens stratégiques pour essayer de conquérir un certain pouvoir dans le processus de production, dans « l'espace décisionnel », pour imprimer leur vision du monde sur la campagne produite. Ces stratégies employées vont alors avoir une incidence sur la production, elles vont orienter le message et lui donner sa forme finale. Elles vont aussi conduire à une hiérarchisation des savoirs et des visions du monde entre les acteurs sociaux en présence. Notamment, on peut faire l'hypothèse que les représentants d'associations d'usagers, du « pays légal » selon Bourdieu[298], auront une place subalterne dans le processus, car ils représentent davantage un enjeu symbolique, en lien avec le contexte socio-politique, qu'une nécessité pratique.

[298] Pierre Bourdieu, « Questions de politique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°16, septembre 1977, p64.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Concernant ces stratégies, elles vont se matérialiser autour du couple savoir/pouvoir, avec la maîtrise des « zones d'incertitude », des ressources nécessaires à la tenue du processus de production (notamment les ressources financières), des alliances réalisées avec d'autres mondes sociaux, etc.

Enfin, la troisième hypothèse concerne la place des publicitaires dans le processus de production. Il nous semble que des luttes stratégiques vont s'opérer plus particulièrement entre publicitaires et commanditaires de la campagne autour de l'ingénierie symbolique à développer dans la campagne. Ainsi, les contraintes structurantes des commanditaires, liées au construit social de santé publique (qui est le résultat de la construction sociale de la santé publique, la mise en problématique qui en résulte), vont se confronter à l'ingénierie symbolique des propositions créatrices des publicitaires, revendiquant une expertise quant à la réception probable des campagnes, une zone d'incertitude particulière. De la rencontre de ces deux logiques et de leur point d'équilibre dans « l'espace décisionnel » naîtra la campagne proprement dite, lors des étapes trois et quatre du processus de production tel qu'il a été schématisé auparavant.

### 2-3 Travail de terrain et matériaux analysés

Concernant la méthodologie, l'étude de ces campagnes a été réalisée en reprenant l'ensemble des étapes du travail de production publicitaire, depuis la construction sociale de la santé publique qui a été opérée – dans quelles conditions et par qui – jusqu'à sa traduction pratique symbolisée par le produit final, le tout dans une perspective pragmatique. Au sein des étapes de ce processus, on peut citer, de façon non exhaustive, la commande, les objectifs de communication (avec notamment la détermination de la cible à atteindre, du *medium* à utiliser, la forme de discours et d'argumentaire à développer), les axes et thèmes de campagne, la conception et la réalisation des messages, les campagnes sur le terrain, ainsi que le contrôle de l'efficacité de la communication (avec les possibles pré-tests).

La méthode principale de recueil des données est constituée d'entretiens réalisés avec l'ensemble des protagonistes intervenus au cours de la réalisation de ces campagnes[299]. Ces entretiens tentaient de retracer le rôle joué par chaque interlocuteur dans le processus de

[299] Pour ce qui est de la grille d'entretien, voir annexe 2.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

production, ainsi que le déroulement des négociations (ou les raisons de l'absence de négociation), avec l'affirmation des légitimités de chacun au sein du processus. Un intérêt était également porté aux connaissances préalables de ces acteurs avec le thème qu'ils ont eu à traiter lors de la campagne, avec l'idée sous-jacente qu'une connaissance antérieure peut influer sur la manière de concevoir les choses au sein du processus décisionnel.

De plus, afin de faciliter la remémoration et donc, *in fine*, la restitution du processus de production publicitaire et des discussions qui ont eu lieu à cette occasion, les entretiens ont été réalisés de manière chronologique, en repartant de l'entrée des acteurs au sein du processus, pour ensuite retracer le fil chronologique de ce processus. Egalement, lorsque sont évoquées les premières propositions de créations publicitaires réalisées et finalement refusées, celles-ci ont été montrées aux personnes interrogées, afin de faciliter leur remise en mémoire, avec le postulat que cela permettrait de faciliter les souvenirs quant aux raisons ayant motivé le refus. Néanmoins, dans le cas où ces premières propositions ne sont pas évoquées par la personne interrogée (ce qui est en soi déjà un fait intéressant), elles ont été mentionnées par le chercheur, afin de susciter les propos de la personne interrogée quant aux raisons de ce refus. En outre, afin de recueillir le plus de données possible (ce qui est fonction de la direction et de la forme revêtues par l'interaction), les individus ont aussi été interrogés sur la raison du choix de chacun des éléments présents au sein de la publicité : l'image, le slogan, le texte d'accompagnement (*body copy*), etc.

Ces entretiens ont été complétés par l'analyse documentaire de l'ensemble des données qui ont été établies au cours du processus de production, afin de mieux cerner les conditions de réalisation de cette campagne, la méthodologie, l'idéologie sous-jacente, et la manière dont est présentée la campagne médiatique (avec ici, entre autres, les dossiers de presse réalisés). Un intérêt a été également porté à la présentation de la campagne sur les sites Internet des différents acteurs parties prenantes de la campagne.

D'un point de vue théorique et méthodologique, replacer la campagne publicitaire dans le cadre socio-historique de sa genèse, avec la mise en perspective de l'histoire et du traitement politique des maladies en question, se révèle également d'un grand intérêt pour mieux cerner les enjeux que recouvre l'élaboration d'une telle campagne aujourd'hui, et qui permettent d'expliquer la présence des différents acteurs au sein de « l'espace décisionnel » – avec en substrat la manière dont est produite la santé publique. Egalement, en retraçant ce


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

contexte socio-historique, l'ambition est de démontrer que les acteurs, s'ils ont une certaine marge de manœuvre quant à la production publicitaire, sont dans le même temps pris dans des mouvements macro-sociaux qui les dépassent et les déterminent pour partie dans leur jugement et leur vision des choses. Ils tentent donc de tirer profit d'une partie des éléments caractéristiques du contexte socio-politique et, partant, contribuent à actualiser la gouvernementalité contemporaine.

Par ailleurs, l'intérêt d'allier à la fois entretiens et analyse documentaire est que ces données fournissent des éléments différents mais complémentaires. Par le biais des archives, les données obtenues apparaissent comme des documents « bruts », qui retracent les négociations et leur évolution de manière précise (c'est-à-dire filtrées le moins possible par les acteurs au cours de l'interaction avec le chercheur). De surcroît, les documents en question ont été produits suite aux compromis entre les différents acteurs présents dans « l'espace décisionnel », et sont donc autant d'indications sur la réalisation progressive de la production publicitaire. Quant aux entretiens, ils fournissent des données qui peuvent être certes plus parcellaires (en raison de l'érosion des souvenirs due au temps ou à une volonté délibérée de masquer certains aspects, comme cela s'est parfois fortement ressenti au cours des entretiens), mais qui permettent aussi de recueillir la vision du monde des acteurs interrogés, ainsi que la représentation qu'ils se font des autres acteurs présents au cours du processus de production publicitaire, la manière dont ils les perçoivent, ainsi que les dissensions qui ont eu lieu.

Concernant les campagnes étudiées, elles abordaient différents sujets : deux ont trait à la santé mentale et ont été diffusées à l'échelle nationale – avec les slogans « acceptez les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » et « la dépression, en savoir plus pour en sortir » –, et la troisième, diffusée régionalement, abordait la thématique du sida (« sida : tous différents, tous concernés »). Si ces campagnes portent sur des sujets différents, leur choix peut se justifier d'un point de vue heuristique. Outre bien évidemment les opportunités et autres contacts inhérents à toute recherche, qui déterminent en partie les choix opérés, certains arguments nous semblent tendre en faveur de cette diversité des thématiques étudiées. Il nous paraissait opportun d'avoir des thématiques comprenant à la fois maladies somatiques et maladies psychiques, d'avoir des instigateurs différents (l'Etat ou la société civile), d'avoir une campagne possédant déjà une certaine antériorité dans le giron de la santé publique (celle sur le sida) au regard d'autres thématiques qui sont davantage émergentes en santé publique (les deux campagnes sur la santé mentale). Egalement, la différence d'échelon


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

(national/régional) semblait intéressante à prendre en compte afin de tenter d'avoir une vision plus globale, générale, de la teneur et de la portée de ces actions de communication. Dès lors, sous les différences de traitement liées aux spécificités des pathologies évoquées, se trouvent les invariants qui sont au fondement même de la production de ces campagnes de santé publique, et qui apparaissent ainsi comme des phénomènes sociaux de premier ordre ne pouvant être ignorés pour une bonne compréhension du phénomène étudié.

Au total, 38 entretiens ont été réalisés[300] : 11 pour la campagne CCOMS, 17 pour celle de l'INPES et 10 pour la campagne sida. Ces entretiens comprennent une grande diversité d'individus, tous impliqués au premier plan dans la réalisation des campagnes : on y retrouve, pêle-mêle, des membres d'associations d'usagers, des acteurs institutionnels (INPES, DGS, Conseils régionaux et généraux, etc.), des publicitaires, des psychiatres, des psychologues, des chercheurs, des journalistes, etc. Cette grande diversité d'acteurs n'a d'ailleurs pas été sans poser problème parfois, notamment car une grande partie avait un discours maîtrisé, une grande habitude de manipuler la langue dans des contextes semblables à celui d'un entretien sociologique. Il en résulte que certains entretiens n'ont pu être approfondis autant que voulu, avec un discours se limitant à la surface des choses. Toutefois, cela ne concerne que quelques rares exceptions, et dans l'ensemble les entretiens sont plutôt de qualité. De même, l'accès aux données écrites entourant ces campagnes a été assez aisé à obtenir, et aucune rétention particulière d'informations n'est ici à déplorer. En résumé, le travail empirique réalisé au cours de ce travail peut se synthétiser comme suit :

| **campagne** | **instigateur** | **signature** | **supports de communication** | **diffusion** | **cibles visées** | **entretiens réalisés** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *promotion de la santé mentale* | CCOMS | Acceptez les différences | affiches, spot TV, Internet | nationale | population générale | 11 |
| *information sur la dépression* | INPES | Dépression, en savoir plus pour en sortir | Livret d'information, spots TV et radiophoniques, Internet | nationale | dépressifs et leur entourage | 17 |
| *sida* | collectif régional de prévention sida | sida, tous différents, tous concernés | affiches, Internet | régionale | population générale | 10 |

[300] Il est aussi à signaler que quelques refus ont été essuyés au cours de ce travail de terrain.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 2ème partie : Première monographie : la campagne de promotion de la santé mentale « accepter les différences »


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Notre premier objet est une campagne de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques[301]. Elle a pris la forme d'affiches (puis, plus tard d'un spot télévisé) diffusées nationalement, cherchant à sensibiliser la population française à la question de la stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles psychiques. Elle est signée conjointement par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), la Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie (FNAPsy), l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), et l'Association des Maires de France (AMF). Quant à la conception de cette campagne, elle a été assurée par TBWA\Corporate\Non Profit, branche du groupe de communication parisien TBWA. La campagne a, dans un deuxième temps, bénéficié d'un soutien de l'Etat, qui lui a attribué le label de « campagne d'intérêt général », et lui a donc permis d'être inscrite dans le champ de la santé publique.

Le projet de cette campagne à destination du grand public, baptisée « campagne de promotion de la santé mentale », remonte à 2004, à la suite d'une enquête épidémiologique menée par le CCOMS. Le CCOMS a ainsi pris contact avec l'agence TBWA, en vue de réaliser ce projet. La campagne fut officiellement lancée par une conférence de presse, le 15 mars 2005, et fut diffusée avec une campagne d'affichage dans les principales villes du pays et des encarts dans la presse nationale et régionale. La campagne connut un second souffle en 2007, avec la création et la diffusion d'un spot télévisé, en plus d'une nouvelle campagne d'affichage.

Pour ce qui est des entretiens réalisés ici, ils se répartissent comme suit :

[301] Un exemple d'affiche réalisée dans le cadre de cette campagne se trouve en annexes ; voir l'annexe 3.

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

| Monde social | Composition | Nombre de personnes | Dénomination | Sexe |
|---|---|---|---|---|
| UNAFAM | Association de familles de malades | 3 | FAM1, FAM2 et FAM3 | 2H, 1F |
| CCOMS | professionnels | 4 (une a été interrogée à deux reprises) | CC1, CC2, CC3 et CC4 | 3H et 1F |
| FNAPsy | Association de patients | 1 | USAG1 | F |
| TBWA | Agence de communication | 2 | PUB1 et PUB2 | 1H et 1F |
| AMF | Elus locaux | 0 (refus) | | |

Aucun des membres de l'AMF ayant participé, de près ou de loin, à l'élaboration n'a répondu favorablement à nos demandes (pourtant répétées). Cela grève quelque peu notre analyse, même si ce sont là les aléas de toute recherche. Toutefois, il nous semble que cette non-participation est à mettre en lien avec la faible implication de cet organisme dans la production de cette campagne, comme nous le verrons dans la suite de notre analyse.

Reprenons à présent plus longuement ce processus de production publicitaire, en l'analysant à travers les différentes étapes dégagées au sein de notre schéma. Néanmoins, au préalable, il nous faut d'abord nous intéresser à la manière dont la question de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques a pu devenir un problème de santé publique, en revenant notamment sur l'évolution de la gouvernementalité et sur ses conséquences sur le champ de la psychiatrie.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 1. La construction sociale de la santé publique (T1)

## 1. Quand les préoccupations de santé publique investissent la psychiatrie

Dans notre cadre théorique général, nous avons vu qu'une certaine psychologisation s'était institutionnalisée depuis les années 1990 dans le traitement de la question sociale, avec des problèmes sociaux de plus en plus analysés à travers un prisme psychologique. Corollaire de cette psychologisation, la responsabilisation des individus, leur implication personnelle dans la réussite ou l'échec de leur situation, se trouve affirmée : « l'initiative des individus passe au premier plan des critères qui mesurent la valeur de la personne »[302]. Ainsi, faire fi de toute causalité sociale, structurelle, pour expliquer la relégation de certains individus au sein de l'ensemble sociétal, c'est faire feu sur la seule idiosyncrasie de ces derniers, sur leurs compétences individuelles et personnelles – ou plutôt sur leur absence, leur carence – comme élément explicatif des difficultés actuelles éprouvées. Dès lors, « on doit s'interroger sur le sens et les effets de cette lecture des inégalités lorsqu'elle prend le pas sur d'autres possibles »[303]. En effet, ce mouvement d'individualisation et de psychologisation conduit à la recherche d'une certaine flexibilité dans les réponses à apporter aux questions sociales contemporaines, en s'adaptant au cas par cas.

Cela inaugure donc un mouvement profond de redéfinition des problèmes sociaux dans le langage du psychique, et une volonté de faire évoluer la psychiatrie vers la santé mentale. Travail social et psychiatrie sont invités à se retrouver sur le terrain commun de la santé mentale, devenue aujourd'hui une question qui traverse le monde social dans son ensemble. Cette inscription de la santé mentale au-delà de la sphère des seuls spécialistes est devenue une préoccupation politique en extension ; elle favorise un morcellement de la prise en charge, encouragé également par certains psychiatres[304]. Les évolutions séparées de la psychiatrie et de l'intervention sociale convergent vers une déspécialisation qui amène les

[302] Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998, p198.
[303] Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris, p46.
[304] Eric Piel, Jean-Luc Roelandt, *De la psychiatrie vers la Santé Mentale*, rapport de mission, juillet 2001.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

professionnels sur le même terrain, la ville et les problèmes humains individuels. « Cela impose une ouverture et un partenariat très large sur un mode horizontal »[305].

Pour autant, la question de l'articulation du champ sanitaire et du travail social n'est pas nouvelle, elle apparaît en effet dès le XIX[e] siècle. Néanmoins, le fait que cette question soit toujours à l'ordre du jour est la preuve de l'importance des enjeux qui s'expriment à cet endroit – concernant notamment la subjectivité et la manière de venir en aide aux individus en difficulté –, et qui renvoient à la question de savoir si l'origine du trouble ressenti est individuelle ou, dans une perspective proche de la philosophie rousseauiste, trouve son fondement dans la société même. En effet, la subjectivité est la forme historique où se fait la rencontre du psychisme individuel et de l'organisation sociétale : « travailler sur la santé mentale aujourd'hui revient à aborder conjointement la manière dont les « problèmes » sont produits socialement, dont ils se manifestent et sont intégrés par les personnes et dont ils sont pris en compte par les différentes catégories de professionnels concernés, psychiatres compris »[306].

Si la question de l'articulation de ces deux domaines du sanitaire et du social connaît aujourd'hui une telle résurgence, cela est dû en grande partie à la massification des problèmes sociaux. L'ébranlement de la société salariale confronte un nombre toujours plus important d'individus à une vulnérabilité structurale nécessitant un accompagnement social destiné à pallier leurs difficultés d'autosuffisance. « Souffrant d'un déficit d'intégration, toute une frange de la population n'a aujourd'hui d'autre choix que de s'installer dans un état de transition durable où la précarité devient en fait un véritable rythme d'existence »[307].

Dès lors, « exclus » et « inadaptés sociaux » viennent peu à peu grossir les rangs d'une « population à problèmes », traditionnellement suivie par les travailleurs sociaux – catégories de la maladie, du handicap, de la déficience. Il s'agit donc, pour ces travailleurs sociaux, d'accompagner une population « d'indigents valides », invalidés par la conjoncture actuelle. C'est le thème de la « nouvelle pauvreté », apparue au cours des années 1980, suite à la restructuration des logiques et des activités économiques, qui a abouti à une augmentation

[305] Jean-Luc Roelandt, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la Cité*, rapport au ministre délégué de la Santé, avril 2002, p26.
[306] Michel Joubert, « Une approche sociologique de la santé mentale », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, p6.
[307] Christophe Niewiadomski, *« Mutations professionnelles, clinique psychosociale du travail éducatif et enjeux de formation »*, intervention aux journées d'études des 14 et 15 octobre 2005 (Lille, GRACC/CLERSE).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

massive du chômage. Les différents traits de cette nouvelle question sociale seront résumés, à partir des années 1990, à travers la notion d'exclusion. « Lorsque tout le monde progresse, celui qui stagne est inévitablement coupé des autres par un écart qui ne fait que croître. On comprend ici l'ambiguïté du terme « exclusion » qui induit un mouvement de mise à l'écart. En fait, c'est la stagnation qui exclut. Dans une société en mouvement permanent, lorsque tout le monde avance, celui qui reste sur place régresse. […] Tout le monde doit se développer, se former, se mobiliser pour trouver une place et la conserver. Les autres se retrouvent comme suspendus au-dessus du vide social »[308].

C'est dans ce contexte social difficile que se font les premières interrogations sur le lien entre précarisation du rapport au travail et santé mentale, dès les années 1980[309]. Ce qui se découvre alors est l'embarras des individus à se confronter aux difficultés, car énergie et motivation leur font défaut. Cela va conduire, peu à peu, au passage d'une définition psychiatrique du besoin de soin à une définition sociale : « si la psychiatrie est interpellée dans le champ du social, c'est par l'identification par les pouvoirs publics de populations en « souffrance sociale » »[310]. Cela traduit un « mouvement profond de redéfinition des problèmes sociaux dans le langage du psychique et une volonté affichée de faire évoluer la psychiatrie vers une santé mentale »[311]. C'est dans ce contexte que naît la notion de « souffrance psychique », qui brouille peu à peu les frontières du normal et du pathologique, avec toute une frange de la population qui se trouve dans l'entre-deux, qui va mal sans pour autant être malade, au sens psychiatrique du terme. Ce terme est apparu pour la première fois dans un rapport réalisé sous la direction de Lazarus et de Strohl, en 1995[312], où le lien est établi entre situation de précarité ou d'exclusion et difficultés psychologiques particulières : honte, perte d'estime de soi, désinvestissement de la relation à l'autre, fatigue, perte d'énergie, échec récurrent, etc. « Le monde actuel est confronté à ce que l'on appelle la « souffrance psychique » de masse, c'est-à-dire à l'afflux dans les cabinets des psychiatres et des psychologues, des médecins généralistes, aux urgences des hôpitaux, d'un nombre

[308] Vincent de Gaulejac, *Qui est je ? Sociologie clinique du sujet*, Seuil, Paris, 2009, p164.
[309] Michel Joubert, « Souffrances morales et question sociale : un enjeu de reconnaissance », in Michel Joubert, Claude Louzoun (dir), *Répondre à la souffrance sociale*, Erès, Paris, 2005.
[310] Pauline Rhenter, Jacques Michel, « Culture et identité : la psychiatrie publique à l'épreuve », in Michel Joubert, Claude Louzoun (dir), *Répondre à la souffrance sociale*, p131.
[311] Didier Fassin, *op. cit*., p34.
[312] Antoine Lazarus, Hélène Strohl (dir.), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, La Documentation Française, Paris, 1995.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

grandissant de gens angoissés ou déprimés qui viennent y chercher une aide »[313]. Cette précarisation du rapport au travail a des répercussions qui vont au-delà de la seule santé mentale, pour affecter l'individu dans tout son être : « de façon générale, la précarisation a toutes les chances d'accroître les risques en matière de santé »[314]. Est alors recommandé de développer des « lieux d'écoute » (« un dispositif d'écoute et d'expression de la souffrance », pour reprendre les termes du rapport de Lazarus et Strohl), qui apparaissent comme les nouvelles réponses institutionnelles, qui émergent en écho à cette qualification particulière de la réalité sociale, en lien avec la psychologisation des situations sociales. « Avec la souffrance et l'écoute inscrites dans les politiques de l'Etat, on assiste à la consécration d'un discours et à l'officialisation d'une pratique qui légitiment une nouvelle manière d'administrer la question sociale »[315]. Les circulaires Barrot, en 1996, et Gaudin, en 1997, finiront de consacrer cette approche : « dès les premières pages, la souffrance produite par la situation sociale apparaît comme le problème, et la parole, et donc l'écoute, comme la situation la mieux adaptée »[316].

Cette souffrance, admettant un fondement social, n'est pas une pathologie, selon Michel Autes ; « elle désigne l'ensemble des impacts négatifs sur le psychisme de ceux qui vivent dans des situations de relégation sociale »[317]. Ce serait donc un sous-produit de la catégorie d'exclusion, comme le confirme Didier Fassin : « la souffrance psychique désigne une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société, que cette expérience douloureuse procède d'une « misère de condition » ou d'une « misère de position » »[318]. Ce phénomène est à relier à ce processus de responsabilisation à l'œuvre dans les technologies gouvernementales actuelles : « l'homme du biopouvoir se vit comme une micro-entreprise avec des projets, des bilans, une « politique du résultat », et toute fragilité, toute faiblesse, toute tristesse lui apparaît comme un échec dans sa gestion plutôt que comme un état qui existe dans la vie »[319]. Dès lors, « la raréfaction des contrepoids à l'aventure entrepreneuriale et le recul des modes de protection assuranciels ont une contrepartie : dans ce style d'existence chacun porte de plus en plus le poids de ses

[313] Patrick Coupechoux, *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris, 2009, p287.
[314] Julien Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Raisons d'agir, Paris, 2008, p111.
[315] Didier Fassin, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris, 2004, p13.
[316] *Ibid*., p29.
[317] Michel Autes, « Souffrance psychique : une notion carrefour », in Michel Autes, Lise Demailly (dir.), *Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique*, p13.
[318] Didier Fassin, *op. cit*., p9.
[319] Miguel Benasayag, *op. cit*., p84.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

responsabilités »[320], ce qui se révèle des plus anxiogènes pour les individus. « Dans une société où le succès est sa propre définition, les hommes ne peuvent mesurer leurs accomplissements qu'en les comparant à ceux d'autrui. La satisfaction de soi-même dépend de l'acceptation et de l'approbation publiques, et ces dernières ont elles-mêmes changé de nature »[321]. En résumé, pour suivre Michel Autes dans son raisonnement, cette souffrance sociale serait triplement une notion carrefour, puisqu'elle interroge les frontières entre soin psychique et prise en charge sociale, qu'elle reformule la dialectique des modes d'articulation de l'individu et du social, et car elle reflète une nouvelle construction politique de la subjectivité en train de se mettre en place.

La « santé mentale » peut alors apparaître comme une forme de gestion politique de la nouvelle question sociale – et ce d'autant plus que l'on parle ici d'une demande sociale, et non pas d'une demande des assistés – avec la santé mentale « conçue comme une gestion biopolitique des individus »[322]. Le rapport Parquet[323], notamment, recommande une étroite collaboration entre travailleurs sociaux et experts de la santé mentale, pour répondre à un déficit réciproque de « travailler ensemble », et pour traiter « une souffrance psychique commune des acteurs ». Dans le même temps, Christian Laval « inscrit de manière incisive la santé mentale dans l'exigence d'un débat démocratique, et en premier lieu dans l'insistance à en définir les termes et l'enjeu »[324]. L'une des questions principales qui se pose en substrat de cette approche de santé mentale renvoie au risque de procéder à une sanitarisation de problèmes sociaux ; autrement dit, c'est l'individualisation des problématiques sociales et la dépolitisation des politiques sociales qui constituent le risque du paradigme de la santé mentale. Effectivement, « les maladies mentales ne sont pas causées par la précarité, les problèmes de santé mentale ne doivent pas être médicalisés et renvoyés systématiquement à la psychiatrie. D'autres référents, outils d'analyse et d'action, sont en train d'émerger »[325].

En écho à cette volonté d'intégrer socialement les troubles de la psyché, la prise en charge des problèmes de santé mentale doit se faire au cœur même de la Cité, avec une

[320] Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991, p252.
[321] Christopher Lasch, *La culture du narcissisme*, Flammarion, Paris, 2006, p94.
[322] Patrick Coupechoux, *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris, 2009, p335.
[323] PJ Parquet (dir.), *Souffrance psychique et exclusion sociale*, Secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, 2003.
[324] Claude Louzoun, *op. cit.*, p12.
[325] Michel Joubert, « Une approche sociologique de la santé mentale », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, p9.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

volonté d'ouverture vers la ville. La primauté du citoyen est affirmée, considérée comme première vis-à-vis de catégorisations professionnelles telles que celle de « malade ». Ce processus de transformation de la condition du malade psychique, appuyé principalement par l'affirmation d'une représentation du malade mental qui tente de se débarrasser du cliché de la menace sociale, a soutenu l'ouverture de services sanitaires dans le territoire : les hôpitaux psychiatriques, puis les services départementaux de santé mentale. Cela correspond à un mouvement de distanciation avec l'aliénisme et l'hospitalocentrisme – symbolisé par la sectorisation, introduite par la circulaire du 15 mars 1960.
Par ailleurs, les facteurs économiques ont joué un rôle fondamental dans ce processus : les lieux d'enfermement et les hôpitaux psychiatriques étaient trop coûteux. L'économie a exercé une influence considérable sur le processus de fermeture de ces établissements. En ce sens, la crise de l'Etat-providence n'a pas épargné la psychiatrie : le fléchissement des ressources a affermi le principe de la réforme de l'administration publique, avec la reconnaissance de partenaires et d'acteurs extérieurs dans le traitement de la souffrance et de l'intervention dans le champ de la santé mentale. Cela est à relier au contexte français général, où l'on cherche à maîtriser les dépenses publiques ; ce souci gestionnaire se trouve présent au sein des textes relatifs à la psychiatrie depuis le début des années 1990, et semble admettre comme nouvelle modalité d'organisation professionnelle du système de soins, comme panacée, le réseau.

Cette approche de la santé mentale centrée sur les besoins suppose de prendre en compte les besoins multiples, sanitaires et sociétaux, des individus affectés par un trouble psychique – ce qui est sous-tendu par le modèle bio-psycho-social de la santé mentale. Cette vision est promue en France par le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, qui souhaite dépasser une « approche jusqu'alors souvent centrée sur les structures au profit d'une approche centrée sur les besoins », en préconisant « un engagement fort des élus, en particulier pour redonner leur place citoyenne aux personnes souffrant de troubles psychiques ». Cela a également été favorisé par la loi française sur la décentralisation datant de 1982, qui « reconnaît une signification politique plus nette, en rapprochant le pouvoir politique des citoyens, et en plaçant l'élu local face aux usagers »[326].

Cette approche implique dès lors de prendre en compte la parole et le rôle des « usagers » et de leurs familles, en les considérant, officiellement du moins, comme des

[326] Michel Vandenberghe, *op. cit*., p44.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

acteurs de cette évolution, faisant écho au contexte socio-politique contemporain. Mais cette responsabilisation des « usagers », de plus en plus enjoints à s'impliquer dans leur propre situation, a aussi été affirmée à un niveau international, notamment lors de la conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, à Helsinki, en janvier 2005 : « la défense de [la cause de la santé mentale] vise à donner aux malades les moyens de s'exprimer et de défendre leurs droits. C'est un processus qui consiste à soutenir les malades et à leur donner les moyens d'exposer leurs points de vue et leurs préoccupations, d'avoir accès à l'information et aux services, de défendre et de promouvoir leurs droits et responsabilités et d'étudier les différents choix et options possibles ». Ce phénomène est d'autant plus notable que, pendant longtemps, les personnes suivies en psychiatrie voyaient leur parole discréditée socialement ; comme l'énonce Foucault, dans notre société, il existait un principe d'exclusion avec l'opposition folie/raison, et la parole du fou n'était pas entendue[327].

En outre, par l'affirmation du droit des usagers de santé mentale, ainsi que par la volonté d'ouverture de la psychiatrie vers la Cité, la lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale, et contre l'ostracisme qui en est le corollaire, a été inscrite à l'ordre des priorités politiques, notamment lors de la conférence d'Helsinki de janvier 2005 où, parmi les cinq objectifs à atteindre dans les années à venir, figure en bonne place le fait de « lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité ».
En 2001, l'OMS avait déjà classé la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté », invitant tous les Etats membres à implanter une stratégie nationale pour réduire la stigmatisation et la discrimination, avec comme mot d'ordre « non à l'exclusion, oui aux soins ».

C'est pour ces mêmes raisons qu'au sein du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, l'axe 1 impose comme objectif de recourir à une meilleure information auprès des populations, ce qui passe en partie par une campagne d'information et de communication « grand public ». La volonté ici est de dissiper le brouillard de l'ignorance, concernant ces troubles le plus souvent diabolisés et à l'origine de peurs, comme le précise d'ailleurs ce document, lorsqu'il affirme que « la maladie mentale, parce qu'elle altère immédiatement le

[327] Michel Foucault, *L'ordre du discours*, Gallimard, Paris, 1971.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

rapport à l'autre, est source d'exclusion sociale, par l'incapacité de l'individu malade à s'intégrer dans le groupe et par les tabous que la maladie mentale véhicule encore ».
Cela rejoint les observations d'Arthur Kleinman, pour qui on accorde beaucoup d'attention aujourd'hui, dans les milieux de la santé publique, aux moyens de prévenir le déploiement de stigmates et de leurs conséquences, soit donc une approche empreinte de psychologisation. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Association mondiale de psychiatrie, la National Alliance for the Mentally Ill, la Fédération Mondiale de la Santé Mentale ainsi que les Ministères de la Santé de nombreux pays ont mis en place des campagnes contre la stigmatisation[328] (comme la campagne *See Me* en Ecosse).

A ces données contextuelles générales, s'ajoute, concernant la construction sociale de la santé publique qui nous intéresse, une enquête épidémiologique, réalisée par le CCOMS – Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale –, avec l'aide de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cette enquête, intitulée Santé Mentale en Population Générale (SMPG), comportait deux volets : le premier s'intéressait aux représentations liées à la « folie », à la « maladie mentale » et à la « dépression », avec leurs différents modes d'aide et de soins ; quant au second volet, il tentait d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale. Reprenons cette étude, car elle a participé à la construction sociale de la santé publique du CCOMS et, partant, à légitimer la démarche de réaliser une campagne de communication sur le sujet, au vu des données épidémiologiques qui en sont ressorties. Nous commencerons par présenter les principaux résultats de cette étude, avant de voir sa méthodologie, pour mettre en lumière le caractère stratégique de la démarche employée, qui s'inscrit dans une construction sociale de la santé publique réalisée par le CCOMS, principal instigateur de la campagne.

[328] Arthur Kleinman, « Santé et stigmate. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, pp97-99.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 2. L'enquête SMPG, outil de santé publique

### 2-1 Résultats de l'enquête

De cette enquête, il ressort que 32% des personnes interrogées[329] ont été identifiées par le questionnaire comme ayant au moins un trouble psychique, soit environ un tiers de la population. 37% des individus interrogés ont également déjà pris des « médicaments pour les nerfs » (anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères, neuroleptiques)[330].

A ce premier état des lieux s'en ajoute un second : l'image négative que renvoient les notions de « fou » et de « malade mental » ; elles sont le plus souvent associées à des actes qui sont : dangereux parfois, violents souvent, et asociaux toujours. 45% des personnes interrogées associent la notion de « fou » au fait de commettre un meurtre et 46% considèrent que quelqu'un qui commet un viol ou un inceste est un « malade mental »[331]. Seule la dépression échappe à ce carcan axiologique (ce qui rejoint cette idée d'« attracteur sémantique » constitutive de la dépression, dont parlait Alain Ehrenberg). Les protagonistes de cette étude épidémiologique enfoncent le clou dans un article, où ils affirment qu'« on voit bien […] que l'ensemble des manières de parler de la psychiatrie est négative. Ces différents problèmes ont un point commun : l'image de la psychiatrie, de la pathologie psychiatrique, des malades mentaux »[332]. Mais cette association semble erronée au vu des statistiques fournies par l'institution judiciaire : le nombre de non-lieux pour irresponsabilité pénale sur le total de personnes mises en examen dans les affaires terminées, représente moins de 1% depuis 1987[333].

Ces résultats font écho aux données produites par d'autres organismes. Selon les résultats des enquêtes IREM/DOREMA de 1982, entre 1968 et 1973, la part des diagnostics

[329] Sur un échantillon composé d'environ 36 000 personnes âgées au minimum de 18 ans, et vivant en France métropolitaine.
[330] Ces chiffres, ainsi que ceux qui précèdent, sont issus de l'article de Vanessa Bellamy, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population générale », *Etude et Résultats (DREES)*, n°347, octobre 2004.
[331] Jean-Luc Roelandt, Aude Caria, Marie Anguis, Jean Benoist, Benjamin Bryden, Laurent Defromont, « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'information psychiatrique*, vol 79, n°10, décembre 2003, p868..
[332] Laurent Defromont, Jean-Luc Roelandt, « Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » », *L'information psychiatrique*, vol 79, n°10, décembre 2003, p888.
[333] Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique*, vol 85, n°6, juin-juillet 2009, pp 525-535.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de troubles mentaux dans l'ensemble des diagnostics médicaux s'est accrue de 63%. Egalement, entre 1980 et 1990, dans les enquêtes décennales de l'INSEE, la part des troubles mentaux est passée de 3,4% à 6,3%, soit une progression de 85%, environ deux fois plus que la moyenne des troubles – toutefois ici, le fait qu'une rubrique spécifique « troubles mentaux » soit présente dans la liste proposée aux personnes enquêtées a dû participer à amplifier le phénomène. Plus récemment, en 2000, les secteurs de psychiatrie ont suivi 1,15 million de patients, soit 62% de plus qu'en 1989[334].

Ces deux faits sociaux, issus de cette enquête épidémiologique, apparaissent comme des arguments de construction sociale de la santé publique, prompts à générer une campagne de santé publique sur la santé mentale, en fournissant des « données objectives » à cette campagne (selon les propos tenus par l'un des membres du CCOMS). Ils permettent de transposer un fait pathologique en problème social, adoptant ainsi la « culture de la santé publique » dont parlait Fassin. En effet, les troubles psychiques se sont mués en problème social, celui de l'ostracisme, de la stigmatisation et du rejet, autant de facteurs qui sont des entraves à un rétablissement du malade. C'est un processus de psychologisation du social, qui fait écho à la gouvernementalité contemporaine, dont le CCOMS opère ici une actualisation : la stigmatisation des personnes porteuses de troubles psychiques est ramenée à des considérations individuelles, à une subjectivité personnelle, sans faire référence aux éléments plus politiques qui favorisent cet ostracisme – notamment l'étiquetage par les institutions psychiatriques[335], ou encore les représentations sociales véhiculées par les médias ou les discours de certains hommes politiques. L'absence de référence à ces éléments ici engendre une attention portée principalement sur l'intériorité des individus, et non sur les mécanismes sociaux qui favorisent l'émergence de ces représentations.

C'est en ce sens que la stigmatisation peut être posée comme « un enjeu de santé publique, qui génère une souffrance »[336], car elle est présentée comme un facteur aggravant de la maladie, un facteur pathogène en somme. « La stigmatisation a été fort bien décrite comme un aspect de la souffrance qui s'ajoute à la maladie première et qui peut être plus dévastatrice,

[334] Magalie Coldefy, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », *Série Etude (DREES)*, n°42, mars 2004.
[335] Et qui expliquent d'ailleurs la volonté du CCOMS de limiter le recours à l'hôpital psychiatrique en promouvant l'intégration des malades dans la Cité.
[336] Ce sont là les propos tenus par un psychiatre niçois, et qui ont été entendus lors d'un séminaire organisé par le CCOMS à Nice, du 12 au 15 juin 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

plus contraignante et plus durable qu'elle »[337]. La question de la stigmatisation permet d'établir un lien entre contexte social et état de santé, en impliquant une interdépendance entre les deux phénomènes. En tant qu'organisme de santé, le CCOMS peut se saisir de cette question et l'intégrer dans le champ de la santé publique, à travers cette notion de stigmatisation.

Cette manière de poser le problème permet alors d'arriver à la conclusion que c'est la méconnaissance de la santé mentale qui expliquerait principalement ce problème de stigmatisation, argument permettant de justifier la mise en place d'une campagne d'information sur le sujet : « les malades mentaux, leurs familles et leurs proches ainsi que les professionnels prodiguant des soins spécialisés sont encore victimes d'une très forte stigmatisation »[338]. Ce *modus operandi* fait écho au phénomène de responsabilisation des individus, puisqu'il est supposé que l'ignorance est le lit de l'intolérance, et donc qu'une meilleure information des individus permettra une meilleure compréhension et acceptation de ces maladies. C'est là ce que nous confirme CC2 :

> Il y a ces deux axes là qui ont convergé, c'est-à-dire la réflexion sur les représentations de la folie, de la maladie mentale, au sein de cette grosse enquête, et puis l'interrogation sur l'information des patients, l'information pouvant être aussi un outil de déstigmatisation, etc., la question de l'annonce du diagnostic.

Pour autant, il serait erroné de présenter cette étude comme une simple donnée stratégique mise en place dans le but de réaliser une campagne d'information sur la santé mentale, comme le précise d'ailleurs CC2 :

> Donc voilà, ce qui fait que, au moment où on s'est dit, bon on avait les résultats de l'enquête Santé mentale, on s'est dit « qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on peut faire, pour essayer de faire bouger les représentations ? ». […] La campagne, ça a vraiment été pensée comme une suite directe de l'enquête, enfin des résultats de l'enquête. […] On peut dire quand même que c'est le centre collaborateur qui a été l'initiateur, enfin qui a été la petite étincelle qui a permis de dire « bon OK, on va essayer de faire quelque chose ensemble ».

L'un des intérêts de cette enquête est de rendre visible la question des troubles psychiques, et de lutter contre un certain nombre d'idées reçues concernant les personnes qui peuvent être affectées par ces troubles (« faire bouger les représentations »). En ce sens, cette étude épidémiologique apparaît comme un élément moteur à la base de cette campagne (« suite directe », « initiateur », « petite étincelle »), puisqu'il emploie un construit social de

[337] Heather Stuart, « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, 28, 1, 2003, pp54-72.
[338] Jean-Luc Roelandt, Aude Caria, Marie Anguis, Jean Benoist, Benjamin Bryden, Laurent Defromont, « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'information psychiatrique*, vol 79, n°10, décembre 2003, p868.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

santé publique légitimant la vision du monde du CCOMS, qui peut s'appuyer sur le contexte socio-politique pour tenter de s'imposer dans le champ de la santé publique.

Afin d'accroître la légitimité de cette campagne, dans l'un des articles écrits par ses protagonistes, il est précisé explicitement que « la dynamique de cette recherche s'inscrit dans les priorités du ministère français de la Santé »[339], indiquant l'intention politique de ses auteurs de se placer dans le giron de la santé publique, de se saisir des préoccupations politiques actuelles pour accroître la construction sociale de la santé publique opérée, et légitimer davantage sa vision du monde.

C'est ainsi en lien direct avec la vision du monde promue par le CCOMS que se comprend la réalisation de la campagne de lutte contre la stigmatisation entourant les troubles psychiques : « changer l'image de la santé mentale passe par une démarche de communication auprès de la population mais aussi des médias et des professionnels »[340]. C'est d'ailleurs ce que nous disent successivement CC4 et CC1, tous deux psychiatres et membres du CCOMS :

> Et à l'époque, en 2002 , on s'est posé la question de comment rendre cette campagne plus intelligible pour sortir du chantier, des courroies de transmission habituelles que nous utilisons en psychiatrie.
>
> Et l'enquête a été un des promoteurs, malgré toutes les difficultés inhérentes à cette enquête, a été un des facteurs qui a fait que la campagne a pu avoir lieu, avec un réveil des pouvoirs publics assez rapidement en fait.

Dans ce deuxième extrait, on constate que l'enquête apparaît bien comme un élément théorique de premier choix pour s'imposer dans le champ de la santé publique, ce qui permettra, à terme, d'assister à la participation des pouvoirs publics à la légitimation de cette campagne – nous reviendrons sur cet aspect plus loin au cours de l'analyse.

La réalisation de cette campagne a aussi été facilitée par le cadre législatif, qui s'y prêtait, comme le confirment CC3 puis CC2 :

> Ça change, tu sens qu'il y a une mutation depuis 2005, depuis 2004-2005, entre la loi sur le handicap, le plan santé mentale, les groupes d'entraide mutuelle, il y a une fenêtre de tir comme on dit en com' qui s'ouvre et il se passe des choses. C'est aussi pour ça qu'on a tiré à ce moment-là d'ailleurs.
>
> Disons que cette question des campagnes d'information, des campagnes de communication pour lutter contre la stigmatisation, c'est déjà inclus dans le premier plan Kouchner en 2001.

[339] Jean-Luc Roelandt, Aude Caria, Marie Anguis, Jean Benoist, Benjamin Bryden,Laurent Defromont, *op. cit.*, p868.
[340] Aude Caria, « Objectifs d'une campagne d'information auprès de la population », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai juin 2002, p10.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Donc c'était déjà là.

C'est donc l'idée d'une nouvelle sensibilité à la question des troubles psychiques, dans le cadre législatif, qui semble être à la genèse de cette campagne. Cet aspect souligne la nécessité de s'intéresser au contexte socio-politique pour comprendre les origines d'une campagne de communication. Cette sensibilité nouvelle pour le sujet peut être mise en lien avec l'évolution de la santé mentale telle que nous l'avons présentée en début de chapitre.

### 2-2 La construction méthodologique de l'enquête comme construit social de santé publique

Afin de comprendre comment cette étude a pu être le déclencheur de la campagne réalisée, il convient de nous intéresser plus précisément à sa construction méthodologique. En effet, une enquête épidémiologique, quand elle construit une approche d'un trouble psychique, valide une désignation pratique – une manière de le définir – et des éléments d'un traitement social, participant de fait à la construction d'une définition sociale de ce trouble. Autrement dit, dans sa conception même, cette enquête a été réalisée dans le but avoué de devenir un argument politique, afin de faire évoluer l'univers de la psychiatrie, et il est fort à parier que les questions ont donc été orientées en ce sens. Effectivement, « la production des savoirs n'est pas indépendante du contexte et des luttes de pouvoir et d'influences entre les acteurs sociaux »[341]. La dimension stratégique de l'étude est d'ailleurs confirmée par CC1 :

> Alors l'enquête Santé Mentale en Population générale, c'est une enquête qui a plusieurs facettes, qui a plusieurs niveaux d'intervention. C'est évident que nous, nous faisons l'enquête là où il y a soit des professionnels soit des élus soit une association, qui veut changer des choses dans le champ de la santé mentale, ses représentations.

La légitimation de cette enquête passe ici par le fait qu'elle pourra ensuite servir d'argument afin de peser sur le champ psychiatrique, pour le faire évoluer tout en touchant des acteurs extérieurs à ce seul univers – c'est là l'étape de politisation de faits sociaux, deuxième temps de la construction sociale de la santé publique selon Fassin.

Pour autant, cela ne signifie en aucun cas que la validité scientifique de la démarche soit remise en cause, mais bien plutôt que, pour comprendre les résultats finalement obtenus, il faut s'intéresser à la manière dont a été conçu le questionnaire, ainsi qu'à la formulation

[341] Maryse Bresson, « La construction d'une définition sociale du trouble psychique : l'exemple de la passation du Mini dans l'enquête épidémiologique La santé mentale en population générale », in Michel Autes, Lise Demailly (coord.), *Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique*, IFRESI, CPER, juin 2005.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

même des questions. En effet, les catégories phénoménologiques employées ne sont pas figées, mais évoluent au cours du temps. Il n'est qu'à regarder l'évolution des classifications psychiatriques pour s'en convaincre : au XVIII[e] siècle, les figures de la « folie » se résumaient à cinq grandes catégories : la démence, la manie, la mélancolie, l'hystérie et l'hypocondrie[342]. Ces figures ne sont plus présentes dans les classifications contemporaines ou ont subi de profondes mutations dans leur dénomination, reflétant bien cette idée que le savoir scientifique et médical (outre ses avancées intrinsèques) ne peut faire abstraction des variables sociales qui le définissent pour partie.

De cette manière, la première remarque que l'on peut faire concernant cette enquête renvoie au protocole utilisé afin de mesurer la prévalence des troubles psychiques au sein de la population générale. L'axe épidémiologique de cette enquête a été mesuré à l'aide du Mini (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), un questionnaire diagnostique structuré, utilisé dans d'autres enquêtes épidémiologiques. Le Mini est ainsi censé permettre d'effectuer des estimations diagnostiques, selon les critères définis dans la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10). Mais il constitue aussi un choix particulier de définition des maladies psychiatriques.

Proche également de la classification utilisée par la psychiatrie américaine (le DSM-IV), la CIM-10 est significative de l'évolution de la psychiatrie, qui cherche à retrouver ses lettres de noblesses médicales, par une nosologie symptomatique. Le questionnaire fonctionne selon une dichotomie présence/absence de symptômes, et ce sont ces seuls éléments qui servent alors à faire un diagnostic. Les critiques à l'encontre de ces classifications sont nombreuses, notamment car elles tendent à gommer la spécificité de l'individu, de son histoire subjective et singulière. De plus, entre la première version publiée en 1952 et la version IV, le nombre d'entités psychopathologiques définies selon les critères du DSM est passé de 180 à plus de 300, soulignant le caractère fluctuant de ces outils diagnostics.

De surcroît, l'idée selon laquelle l'approche promue par le DSM, concernant la détection des troubles psychiques, serait a-théorique est erronée. En promouvant une approche centrée sur la seule détection de symptômes, la philosophie qui se trouve en substrat est celle de la conception biomédicale, qui règne dans la majeure partie du champ de la santé. Ainsi, se

[342] Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

centrer sur les symptômes revient à considérer l'individu comme un agrégat d'organes et de fonctions vitales, qui subit des variations en « hyper » ou en « hypo », soit donc une vision mécanique du fonctionnement de l'être humain (marquée par une approche quantitative davantage que qualitative de la santé). Cette approche tend à reléguer au second plan la biographie de l'individu, son idiosyncrasie. Un malade équivaut à un autre, puisque ce ne sont que les seuls symptômes qui entrent en compte pour détecter la maladie. Dès lors, la spécificité de la maladie psychiatrique, qui s'exprime au travers du prisme de la subjectivité individuelle – puisque le caractère de l'individu, son histoire personnelle, marque de son sceau l'expression de la maladie, avec des symptômes qui varient ainsi d'un individu à l'autre – est réduite à néant, écrasée sous le poids de cette conception biomédicale de la maladie. Dans le même temps, cette « standardisation » des maladies psychiatriques facilite son exportation hors du champ psychiatrique *stricto sensu* ; l'utilisation de ces outils diagnostics s'en trouve facilitée, notamment dans les études épidémiologiques, ce qui en fait un choix de premier ordre en vue de procéder à une construction sociale de santé publique.

Cela facilite la passation du questionnaire par des personnes extérieures à la psychiatrie, puisqu'aucune compétence clinique n'est ici requise – il suffit simplement de poser des questions, et les réponses données fonctionnent comme autant de filtres permettant de savoir si un possible symptôme est présent chez l'individu interrogé. De cette manière, est affectée par un trouble psychique toute personne qui sera positive au Mini. Dans le même temps, selon Maryse Bresson, avec cet outil, l'estimation diagnostique est réalisée à partir d'un nombre réduit de questions et avec une banalisation volontaire des formulations : « un tel protocole valide une désignation pratique du trouble, facile à établir, sur la base d'un nombre très réduit d'indicateurs »[343]. Cette façon de procéder possède néanmoins certaines limites, comme cela est apparu dans l'enquête SMPG, avec les symptômes psychotiques, qui ont dû être remaniés, car ces troubles semblaient toucher environ une personne sur trois – alors que, de manière générale, ce type de troubles ne touche en réalité que de 1 à 2% de la population. Ce type de questionnaire légitime une conception « large » du trouble psychique, « la personne pouvant être « suspectée » sur la base de critères relativement simples, voire anodins »[344]. En dépit ou grâce à cette imprécision, l'emploi d'une telle classification se révèle intéressant en vue de procéder à une construction sociale de la santé publique, qui permet d'appuyer et de légitimer sa vision du monde dans le champ de la santé publique.

[343] Maryse Bresson, *op. cit*., p8.
[344] *Ibid*., p9.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Concernant l'axe socio-anthropologique de l'enquête SMPG, sur les représentations de la santé mentale, les choix faits ici ne sont pas non plus neutres : les questions posées sont toutes des questions fermées, où l'on ne compte que des items renvoyant à une idée négative, à une déviance quelconque, parfois violente ou criminelle. Les premières questions du questionnaire sont sous la forme « selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental » ; soit une formulation de la question qui n'est pas générale dans ses termes (un malade mental, et non pas « la maladie mentale »), mais qui fait plutôt poindre le jugement sur l'individu porteur de la particularité citée. En ce sens, parler de discrimination devient par la suite plus aisé, puisque cela est ciblé dès le départ sur le possible individu porteur de cette marque, qui est défini par le négatif (ce qui l'écarte de la norme sociale dominante), et réduit à cette seule dimension. On peut supposer ce choix volontaire de la part des concepteurs de cette enquête, puisqu'il leur servira ensuite d'élément théorique et scientifique pour appuyer et légitimer leur démarche, en renforçant davantage cette idée de discrimination. A travers l'analyse des conditions de production de l'étude, s'expriment ses enjeux et objectifs sous-jacents, qui reflètent la vision du monde, le construit social de santé publique, que le CCOMS cherche à promouvoir. Ainsi, l'élaboration même de ce questionnaire n'a pas pour but de nuancer ces résultats, ce qui aurait pourtant été rendu possible par l'ajout d'items renvoyant à des conceptions plus positives des troubles psychiques, à des éléments plus valorisés (comme la création artistique ou une sensibilité exacerbée par exemple). Ces choix méthodologiques apparaissent encore plus flagrants après lecture d'un article présentant les premiers résultats de cette enquête, article paru en 2003 dans la revue *L'Information psychiatrique*. Effectivement, les premiers mots de l'article sont « la santé mentale est un problème de santé publique »[345], vision du monde posée d'emblée, et que la suite de l'article cherchera à argumenter avec les résultats de l'enquête.

Le CCOMS, poursuivant sa construction sociale de la santé publique, souligne aussi le rôle des médias, et plus précisément du traitement qui y est fait des troubles psychiques, le plus souvent abordés sous l'angle de la violence et de la dangerosité, au travers de faits divers concernant des individus ayant ce type de pathologies. Partant du fait qu'un arbre qui tombe fait plus de bruit qu'une forêt qui pousse, la couverture médiatique de la santé mentale renvoie le plus souvent aux faits divers impliquant des personnes avec des troubles

[345] Jean-Luc Roelandt, Aude Caria, Marie Anguis, Jean Benoist, Benjamin Bryden, Laurent Defromont, « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'Information psychiatrique*, vol 79, n°10, décembre 2003, pp867-878.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

psychiques, sous-entendant alors, immanquablement un lien de cause à effet entre déviance psychique et délinquance. « L'image véhiculée par les médias des personnes malades mentales exerce un impact considérable sur l'image de soi des usagers, ainsi que sur la stigmatisation et l'exclusion »[346]. Ainsi, les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont plus souvent envisagées – par les médias, le grand public et les intervenants en psychiatrie – en position d'auteurs que de victimes de violence[347].

La majeure partie des protagonistes de cette campagne ont fait état de ce problème, encouragés en cela par le fait que les premières réunions ont eu lieu peu de temps après un fait divers, qui s'est déroulé à Pau, et au cours duquel deux meurtres de soignants ont été perpétrés par un individu atteint de psychose. Petit florilège à propos du rôle des médias dans la diffusion de représentations sociales négatives autour de la question du trouble psychique :

> Tous ces drames sont traités par des journalistes de faits divers.
> Le problème est dans la façon de traiter les faits (FAM1).

> Ca, c'est le problème de la folie qui est en soubassement. Donc, quand on a des faits divers spectaculaires, médiatisés, follement médiatisés, avec des déclarations à gauche et à droite, un peu partout, ben là, il vaut mieux être un peu prudent, et puis attendre. Ce qui est incroyable avec la société d'information, c'est notre capacité à oublier, fantastique (CC1).

> Enfin, dans l'esprit des médias, ça n'intéresse pas le public, parce que c'est ça aussi. Les médias font ce qu'ils pensent que le public, ce qui va intéresser le public. Alors, dans les médias d'idées, peut-être que le public a peur, donc il faut montrer tout ce qui fait peur (USAG1)

Pour accroître les chances que sa vision du monde arrive à s'imposer, le CCOMS a poursuivi sa construction sociale de la santé publique en invitant d'autres acteurs sociaux issus de ce même champ ; c'est alors que s'est mise en place, autour de cette campagne qui n'en était encore qu'à ses balbutiements, une alliance, réalisée avec une association de patients de psychiatrie, « d'usagers », ainsi qu'avec une association de familles de patients. A ces deux mondes sociaux, s'y est également ajouté un troisième, extérieur *stricto sensu* au champ de la psychiatrie, une association d'élus locaux.

Cette alliance fait écho à certaines caractéristiques du contexte socio-politique contemporain, elle apparaît comme une forme d'actualisation de la gouvernementalité contemporaine. On y

[346] Stéphanie Wooley, « Les campagnes d'information en santé mentale : quelques exemples internationaux », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, pp13-14.
[347] Lovell, Cook, Velpry, « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°56, 2008, pp197-207.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

retrouve ces éléments d'évolution, aussi bien en termes de politiques publiques que de palingénésie de la psychiatrie. Les volontés d'implication des usagers et d'inscription dans le local se matérialisent à travers la présence, au sein des instigateurs de la campagne, de la FNAPsy (Fédération Nationale des Associations de Patients en Psychiatrie), de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) et de l'AMF (Association des Maires de France).

Cela nous ramène donc à l'idée que la santé publique est à la fois le produit et le reflet de la structure sociale dans laquelle elle se développe, et plus particulièrement de la configuration du champ politique où elle s'inscrit. La présence de l'AMF souligne également la dimension politique et sociale de la question de la santé mentale, qui ne se réduit plus au seul champ de la psychiatrie.

C'est la raison pour laquelle il convient de présenter de manière plus détaillée les origines de cette alliance, mise en place par le CCOMS – nous reviendrons ensuite plus en détails, dans la deuxième étape, sur les caractéristiques des mondes sociaux respectifs de ces acteurs.

## 3. Une alliance entre acteurs sociaux

Pour revenir à la genèse de ce partenariat, il faut remonter quelques années en arrière. Dans les deux rapports réalisés par le directeur du CCOMS[348], celui-ci mettait en exergue la nécessité d'un partenariat entre acteurs, d'un décloisonnement de la psychiatrie s'accompagnant, dans le même temps, d'une plus grande place à accorder aux usagers des services de psychiatrie, comme nous le confirme CC2 :

> Il avait participé à une première mission pour Kouchner en 2001 sur la santé mentale, qui a été suivie d'un deuxième rapport, sur les partenariats dans le domaine de la santé mentale, et c'est vraiment là qu'il a travaillé pour la première fois main dans la main disons avec l'UNAFAM, la FNAPsy et l'Association des Maires de France. Donc il y avait une alchimie qui s'était passée là je pense, au niveau de ce rapport là.

Cette idée d'un travail « main dans la main » semble ainsi indiquer que tous les acteurs en présence travaillent sur un pied d'égalité, et concourent ensemble à tenter de faire évoluer le champ de la santé mentale.

[348] « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la Cité » (rapport au ministre délégué de la Santé, avril 2002) et, en collaboration avec Eric Piel, « De la psychiatrie vers la Santé Mentale » (rapport de mission, juillet 2001).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette vision du monde promue se retrouve formulée sous l'idée de « psychiatrie citoyenne », qui a pour but d'intégrer les soins psychiatriques au sein même de la Cité, et de participer à l'intégration sociale des personnes atteintes de pathologies psychiatriques. En ce sens, on peut donc bien parler de vision du monde, puisque c'est cette façon de concevoir la psychiatrie et ses besoins qui se trouve mise en avant au sein de la sphère publique, et l'action sur le champ psychiatrique va alors en ce sens. C'est notamment pour cette raison que le CCOMS se trouve être en réalité à l'origine de l'alliance, au sens où c'est cet organisme qui est venu solliciter les autres partenaires, comme l'exprime FAM1 :

> À la base, ce n'est pas une initiative de l'UNAFAM. Ca serait bien plutôt le CCOMS. Puis ensuite, ça a groupé la FNAP-Psy, l'UNAFAM, le CCOMS, et l'AMF. […] C'est le CCOMS qui a fait les prises de contact.

Quant à la volonté d'inscription dans le local, dans la cité, elle se matérialise à travers le partenariat avec l'Association des Maires de France (AMF). Par cette alliance, la vision du monde promue par le CCOMS, cette « psychiatrie citoyenne », prend alors toute sa signification, tout en s'intégrant au contexte socio-politique contemporain, comme le reconnaît CC1 :

> Ben c'est un peu tout le principe de la psychiatrie citoyenne qu'on a voulu évoquer. Parce que, en fait, […] le fait psychique, ça correspond à tout un chacun. […] Donc il fallait que ce soit à la fois les personnes concernées, qui avaient toujours du mal à dire qu'elles sont concernées, à se reconnaître en tant que tel, mais enfin n'empêche, les familles qui elles ont plutôt une tendance à sur-désigner, puisqu'elles vivent ça en ligne directe, les professionnels, mais aussi la société, les élus, l'association des Maires de France, ce qui était le plus percutant au niveau du territoire quand on sait que les gens qui ont des troubles psychiques ont quand même beaucoup plus de chances que d'autres de perdre leur emploi, leurs amis, leur famille, et tout ça.

Concernant l'AMF, avec le passage de la psychiatrie à la santé mentale et l'injonction à réaliser une psychiatrie citoyenne, les maires se trouvent impliqués au sein de cette problématique, et leur rôle est souligné dans une grande partie des rapports réalisés pour le compte de l'Etat[349] ; ce rôle de fait est évoqué successivement par FAM1 et CC4 :

> Les maires sont forcément concernés, ne serait-ce que parce que ce sont eux qui sont impliqués dans les hospitalisations sous contrainte. Et les maires ont un certain nombre de responsabilités.

> Parmi les affaires politiques, les maires sont ceux qui sont les plus concernés par ces questions de santé mentale. […] Ce sont des acteurs politiques, ce sont des acteurs de terrain aussi. […]

A travers ces extraits, la présence de l'AMF s'explique en partie par des raisons d'évolution du champ psychiatrique, avec le passage à la santé mentale, qui accorde une plus grande place à la question de la citoyenneté des personnes atteintes de troubles psychiques, et qui amène

[349] Cela est notamment le cas du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, dont il a déjà été fait état.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

donc à intégrer les élus locaux dans cette problématique. De plus, le travail antérieur réalisé par le directeur du CCOMS a facilité l'intégration de cette association à la campagne. L'idée qui se dégage est que le CCOMS a tiré profit du contexte socio-politique, en s'alliant de manière stratégique à l'AMF dans le « système » initié autour de la campagne, pour que la construction sociale de la santé publique semble une réponse au contexte socio-politique et à ses domaines d'intérêt, en en proposant une actualisation.

Cette alliance entre quatre partenaires différents, entre quatre mondes sociaux n'ayant ni les mêmes intérêts ni les mêmes modes d'action, est ainsi l'un des éléments qui confère une originalité à cette campagne. On peut aussi penser que mettre en exergue cette alliance permet de donner un certain poids et une certaine crédibilité au message délivré, c'est du moins ce que suggèrent successivement CC4 puis PUB2 :

> Il faut que ça sorte du milieu fermé des psychiatres, même réformistes, même progressistes, et uniquement des usagers. Enfin la famille, c'est encore plus large, et l'Association des maires de France, ça l'est encore plus. Alors du coup, politiquement, c'était sûrement la meilleure solution.

> C'est la première fois quand même que tu mettais tous ces gens-là autour d'une même table pour signer une campagne. Les maires, les malades, les familles et les professionnels de santé, c'est la première fois que ces gens-là s'associaient et acceptaient de signer ensemble une campagne. Ca veut dire qu'ils étaient d'accord sur le message exprimé, sur les objectifs, ça c'était très fort, très fort.

Si « politiquement » cela est la meilleure solution, cela signifie que cette alliance permet de davantage peser sur le champ de la psychiatrie, par la revendication d'une vision du monde commune aux acteurs qui y sont impliqués. Comme cette alliance regroupe des associations d'usagers (UNAFAM et FNAPsy) ainsi qu'une partie des professionnels de ce champ (par le biais du CCOMS), et que cela est en plus soutenu par une association regroupant des acteurs des pouvoirs publics (l'AMF), on voit le poids que possède le « système » créé, qui a davantage de chances de s'imposer comme vision « vraie » et « juste », et donc reconnue par le pouvoir étatique en tant que telle. Le caractère stratégique de cette alliance se retrouve dans les propos suivants, de CC1 et de CC3 :

> Moi je suis persuadé que ce style de campagne, si on veut que ce soit efficace, ça doit être supporté par quelqu'un d'extérieur à ça, comme l'AMF. Alors seuls, c'est un peu compliqué, unis on peut y arriver.

> Parce que si chacun fait ça dans son coin, on n'ira nulle part, c'est comme ça qu'on a fait pendant longtemps. Et parce que ça a énormément d'impact, et parce que tu as tous les acteurs du champ qui sont là : les usagers d'abord, leurs familles et leurs proches, les élus, parce que les élus il faut les impliquer. […] Si tu ne fais qu'entre professionnels, ça ne marchera pas, qu'avec les usagers, ils ne vont pas avoir le même poids, que les familles s'ils le font déjà. Mais, quand tu as le quatre quarts, tu mobilises énormément de choses, énormément de gens, et ta crédibilité elle est énorme.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans le même sens, dans l'un des documents diffusés en vue de promouvoir la campagne, il est indiqué très clairement que « l'alliance entre usagers, familles, professionnels et élus locaux est certainement le meilleur moyen de lutter contre la stigmatisation et de vaincre les discriminations en santé mentale ».

Ce partenariat a été rendu possible par la poursuite d'un objectif commun, ce que nous explique FAM1 dans l'extrait suivant :

> La déstigmatisation, c'est une problématique qui intéresse l'UNAFAM au plus haut degré.
> C'est en ce sens qu'il y a un partenariat qui s'est créé avec la FNAPsy, le CCOMS.
> Et il y avait déjà eu des actions avec l'AMF auparavant.

Dans cet extrait, on constate que, comme élément moteur à la genèse de cette alliance, se trouve un objectif commun, qui semble concerner les quatre futurs commanditaires de cette campagne, les quatre groupes d'acteurs en présence : la déstigmatisation des troubles psychiques, qui est au fondement de l'alliance créée, l'aspect unificateur de ces quatre mondes sociaux. En ce sens, pour réunir ces quatre partenaires, axer la construction sociale de la santé publique sur la question de la stigmatisation apparaît comme un préalable *sine qua non*.

Pour autant, cette présence simultanée de différents mondes sociaux implique de prendre en compte une certaine divergence des visions du monde et des intérêts – « instruments pour la solution de problèmes, les construits d'action collective sont aussi des contraintes pour ces solutions »[350]. C'est ce que nous allons voir dans la deuxième étape.

[350] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, 1977, p25.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 2. La rencontre entre acteurs et la détermination de l'axe de communication (T2)

C'est dans cette deuxième phase du processus qu'entrent en scène les acteurs du monde de la communication, les publicitaires. Néanmoins, au préalable, commençons par présenter les visions du monde promues par les différents partenaires de l'alliance, qui se muent en commanditaires et qui vont devoir cohabiter et trouver un message commun à diffuser. En effet, l'alliance ne signifie pas que les mondes sociaux en présence ont la même vision ni les mêmes intérêts en matière de santé mentale. Ce sont ces différences que nous allons essayer de mettre en exergue ici au travers de la présentation des visions respectives de chaque monde social.

## 1. Les différentes visions du monde en présence

### 1-1 Le CCOMS

La vision du monde promue par cet organisme a déjà été quelque peu abordée précédemment. De façon schématique, elle peut être assimilée à l'idée de « psychiatrie citoyenne », avec un engagement pour une psychiatrie intégrée dans la cité, et non plus cloisonnée derrière les murs d'institutions spécialisées. Cet engagement est assez ancien pour certains de ses membres, à l'instar de CC4 et de CC1, pour lesquels il a démarré il y a trente ans. La campagne de communication apparaît comme la suite logique de cette vision du monde promue depuis tant d'années, comme le confirme CC1 :

> Cette campagne, c'est l'aboutissement d'un travail, d'un travail de recherche qui est extrêmement important, qui a commencé en 78-79 sur la zone de Mons-en-Baroeul Lezennes, et puis un travail national. Donc c'est l'application des droits de l'homme. Voilà, tout simplement.

Ainsi, cette campagne apparaît comme la suite logique de l'engagement antérieur de CC1 pour une psychiatrie citoyenne, comme une déclinaison médiatique de la vision du monde promue par le CCOMS. Au passage, on notera aussi que la légitimité de ce combat est ramenée aux droits de l'homme, soit donc à un registre humaniste qui se trouve de plus naturalisé au sein de ce propos – l'expression « tout simplement » tend en effet à souligner la simplicité et le bon sens de cet engagement, c'est du moins là hypothèse plus que probable.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Or cet élément est intéressant dans la mesure où le recours à ce registre humaniste n'est pas le seul fait de CC1, mais se retrouve aussi dans les propos d'autres acteurs, à l'instar de CC3 :

> On vit dans un pays censé être développé, censé être ouvert, Droits de l'Homme, respect. Alors que ben non, on a tout un pan de notre culture médicale, pourtant si développée, qui est complètement arriéré. Bon ben on a vite fait d'être dans l'aspect c'est un besoin public.

Une nouvelle fois, la vision du monde que le CCOMS cherche à imposer est légitimée par des arguments humanistes, dont le corollaire ici est l'idée de progrès social et humain qu'il reste encore à réaliser dans le domaine de la psychiatrie (d'où ce terme d'« arriéré » qui indique cette idée de progrès encore à faire). En outre, le fait de parler de « besoin public » revient à placer le fait psychique dans la nébuleuse de la santé publique, avec l'idée d'un combat noble dans ses objectifs. En cela, on peut donc voir que l'un des modes de légitimation du CCOMS de sa vision du monde passe par des arguments humanistes et progressistes, en vue de naturaliser le bien-fondé de ce combat. Précisons ici que cette analyse ne signifie nullement une remise en cause de la probité de ces paroles et du sens de cet engagement ; elle cherche simplement à mieux cerner quelle est la vision du monde mise en avant par le CCOMS. En somme, il nous faut faire nôtre cet apophtegme nietzschéen qui énonce qu'« il n'existe pas de phénomènes moraux, mais seulement une interprétation morale des phénomènes »[351].

Dans le même temps, cette volonté de faire évoluer le champ de la psychiatrie amène à un important travail de prosélytisme, afin de faire considérer cette vision du monde comme la vision juste et vraie. C'est cet aspect qui fait que les membres du CCOMS se considèrent également comme des militants, à l'instar de CC3 :

> Ici, on est des militants autant que des chercheurs, et voilà, je pense que le côté militant, bon ben c'est une première nationale.

Cette identité, mêlant à la fois militantisme et recherche, qualifie ainsi le CCOMS, et l'entéléchie de cette double « casquette » se matérialise à travers l'enquête épidémiologique SMPG, qui est un outil utilisé pour peser dans le champ politique, en recourant à une construction sociale de la santé publique. Le CCOMS ne cache pas son militantisme, qui est l'élément de base pour comprendre le sens de cette enquête, dénommée « recherche-action », et qui tente de modifier la question de la santé mentale au sein de l'ensemble sociétal, d'en faire évoluer les tenants et les aboutissants, en somme donc, de procéder à une modification de la structuration du champ psychiatrique. A ce titre, le seul intitulé de l'étude

[351] Friedrich Nietzsche, *Par-delà Bien et Mal*, Flammarion, Paris, 2000.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

épidémiologique ne laisse que peu de doute sur la volonté de ses instigateurs : effectivement, appeler cette enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » pose l'axiome qu'il existe un hiatus entre ces deux éléments, que les représentations de la population générale ne correspondent que de manière très imparfaite à la réalité de ce qu'est la santé mentale, ce qui reflète la volonté politique et la structuration du CCOMS, dont l'enquête est une déclinaison.

Cette nécessité de militer, pour se comprendre, doit être mise en parallèle avec la structuration du champ psychiatrique, très complexe, avec une diversité des visions du monde, qui rend nécessaire ce travail de prosélytisme pour tenter de s'imposer ; c'est ce qu'évoque CC1 dans les propos suivants :

> Les procédures de psychiatrie sont unifiées, mais la psychiatrie n'est pas unifiée. Elle est complètement divisée. C'est vraiment suivant les opinions, les gens… Et tout le monde a son mot à dire, tout le monde est psychiatre. Ca, c'est marrant. Tout le monde n'est pas malade, mais tout le monde est psychiatre.

Or, nous dit CC1 dans la suite de son propos, si cela est problématique, c'est dans la mesure où ces différentes visions du monde sont concurrentielles, ce qui amène alors à une certaine inertie du champ psychiatrique – c'est là la concrétisation empirique du concept bourdieusien de champ. Ainsi, si une évolution est possible, elle passera nécessairement, selon CC1, par la fin (ou au moins la mise entre parenthèses) de cette position concurrentielle entre visions du monde. C'est là le sens stratégique de la constitution d'une alliance entre acteurs sociaux dans le cadre de cette campagne, alliance initiée par le CCOMS pour tenter de peser dans le champ politique.

Cette alliance et cette vision du monde promues semblent, par ailleurs, réussir de plus en plus à s'imposer et à faire évoluer la situation de la prise en charge psychiatrique, comme le confesse CC4 :

> On a créé des partenariats réels, concrets, avec des professionnels autres, du social, du médico-social, autres que la psychiatrie. On a tissé des liens avec l'UNAFAM et la FNAPsy, les malades mentaux sont dans la Cité. […] Enfin du coup, il y a un travail immense qui a été fait. […] Des réels progrès sont faits.

On voit que si ce travail militant a connu un certain succès, c'est parce que la vision du monde promue par le CCOMS a peu à peu réussi à s'imposer, avec le passage de la psychiatrie à la santé mentale – manifeste par les partenariats avec les usagers et avec les secteurs sociaux et


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

médico-sociaux – et une meilleure prise en compte de la citoyenneté des personnes atteintes de troubles psychiques, davantage intégrées dans la Cité.

Pour autant, selon eux, un important travail reste encore à faire, passant notamment par des actions de sensibilisation de la population à ces questions. C'est CC3 qui évoque à présent ces aspects :

> Il est difficile de faire comprendre que la santé mentale peut être une priorité, à des niveaux régionaux et autre. Je ne sais pas, entre le chômage, la précarité, le chômage des jeunes, la drogue, le cancer, tu vois. Bon ça vient.

Dès lors, il apparaît que le travail de politisation des troubles psychiques, deuxième temps de la construction sociale de la santé publique, n'est toujours pas achevé, puisqu'un important travail de sensibilisation, c'est-à-dire de contamination de la vision du monde du CCOMS à des institutions extérieures au champ psychiatrique, reste encore à faire. C'est là le sens de la campagne initiée, ainsi que de la construction méthodologique de l'enquête SMPG, telle que nous l'avons vu précédemment.
Ceci étant, passons à présent à la présentation des représentants du « pays légal », en commençant par l'UNAFAM.

### 1-2 L'UNAFAM

L'UNAFAM – Union nationale des amis et familles de malades psychiques – est une association assez ancienne dans le champ de la psychiatrie, créée en 1963, et reconnue d'Utilité Publique. Elle est principalement composée de familles de personnes atteintes de psychose (l'une des pathologies psychiatriques les plus lourdes et les plus handicapantes), et plus particulièrement de parents de jeunes psychotiques. Cette association étant une union, elle correspond en réalité à la personnalité juridique subsumant les 97 délégations implantées dans la majeure partie des départements de France. Regroupant plus de 12 000 familles, l'association est composée principalement de bénévoles (2000 environ), et ne compte que peu de salariés.
La particularité de cette association est de regrouper principalement des familles de malades psychotiques, comme le reconnaît d'ailleurs FAM2:

> Donc l'UNAFAM, c'est l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques. Donc d'abord, c'est une association de familles de personnes malades. Les malades psychiques dont il s'agit, c'est essentiellement des gens qui souffrent de psychose, donc soit maniaco-dépression soit schizophrénie.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le fait que cette association parle de « malades psychiques » (alors qu'auparavant, c'était de « malades mentaux » dont il était question) est en ce sens imprécis, puisqu'elle ne regroupe qu'une certaine frange des pathologies psychiatriques et, partant, qu'une certaine portion des familles dont l'un de ses membres connaît l'univers psychiatrique. C'est ce qu'il ressort également de la réponse de FAM1 quand il lui est demandé ce que regroupent les troubles psychiques :

> Un malade psychique, c'est quelqu'un qui a des troubles de la personnalité, une psychose, ce genre de choses. Pour les gens de l'UNAFAM, c'est plutôt des maladies graves, comme les troubles psychotiques.

On voit donc, avec cet extrait, une tendance à phagocyter l'ensemble des troubles psychiques sous la seule forme des psychoses, pathologies les plus chroniques au sein du champ psychiatrique.

Pour autant, ce flou terminologique n'est pas neutre, puisqu'il leur permet de se faire porte-parole d'une partie importante des usagers de la psychiatrie, alors même que leur représentativité réelle est beaucoup moindre au regard de la diversité des pathologies existantes, et que leurs intérêts sont donc plus particularistes (ils ne représentent qu'une partie du champ psychiatrique, dans sa version la plus éprouvante eu égard aux pathologies auxquelles elle renvoie). Cette ambiguïté transparaît lorsqu'il est fait mention, dans l'un des documents de la campagne, que pour ces troubles, « une personne sur cent est touchée », prévalence qui ne correspond en réalité qu'aux seuls troubles psychotiques – et qui se trouve d'ailleurs en décalage avec le message général de la campagne, qui énonce que les troubles psychiques concerneront une personne sur trois au cours de leur existence. Cela dénote donc bien la manière dont est structurée cette association, son noyau dur, principalement des parents de psychotiques. Cela souligne aussi une contradiction entre les visions du monde promues simultanément par le CCOMS et l'UNAFAM, avec la différence de perception de ce que sont les troubles en question.

Cette association possède un certain nombre de missions, sur lesquelles nous allons revenir brièvement. Ainsi, la première d'entre elles est l'entraide entre familles, puisque les maladies psychotiques sont ici présentées comme étant fortement déstabilisantes pour l'entourage du malade, et celui-ci doit donc adapter son comportement, ce qui passe alors par le partage d'expériences avec d'autres membres de l'association, qui se trouvent ou se sont trouvés dans des situations analogues. Cet aspect est ainsi intégré à la vision du monde


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

promue par l'UNAFAM, qui revendique un certain savoir en ce domaine ; ce n'est pas autre chose que nous dit FAM2 :

> Donc, pour que la famille change, ben ça ne se fait pas tout seul. Et donc il y a tout un aspect, là, d'entraide. En gros, tous les réflexes que l'on a immédiatement sont les mauvais, donc il faut apprendre à se conduire autrement.

Dès lors, afin de faciliter cette évolution comportementale, cette association propose toute une série de formations, et notamment des groupes de parole, favorables à l'échange d'expériences et de comportements à tenir, tout en renforçant le sentiment d'une appartenance commune, par le partage d'expériences similaires.

Une autre mission de l'UNAFAM renvoie à la défense des intérêts des familles de malades psychiques, confirmant ainsi l'appartenance de cette association au « pays légal » de la psychiatrie, qui se mue en groupe de pression. Pour autant, au sein du discours de FAM2, il n'est pas question du seul intérêt des familles, puisqu'il fait aussi allusion à celui des malades :

> Et la troisième mission, c'est la défense des intérêts des familles et des malades. Bon des familles d'abord, mais finalement l'intérêt de la famille, c'est que le malade se porte bien. Donc on en vient assez facilement aussi à construire un environnement plus agréable pour le malade, donc on peut parler de l'intérêt du malade.

Même s'il est fait allusion au cas des malades, FAM2 reconnaît à demi-mot que parler de cet intérêt n'est que second, dans la mesure où il découle de ce que revendiquent d'abord les familles. D'un point de vue symbolique, la position des usagers – dénommés ici « malades » – est donc ici mise dans une certaine dépendance à l'égard des familles, comme l'atteste le fait de se revendiquer porte-parole des usagers, étouffant d'autres formes de revendication. Parler des intérêts à la fois des usagers et des familles permet, en outre, d'accroître la légitimité symbolique de cette association au sein de la psychiatrie, en se présentant comme porte-parole des deux à la fois – cet aspect est d'importance pour comprendre la nature des rapports entre la FNAPsy et l'UNAFAM. L'UNAFAM tend à légitimer sa force de pression autour d'intérêts spécifiques, qui lui sont propres. C'est donc la proximité avec l'objet, quotidienne qui plus est, qui semble rendre légitime la vision du monde promue par cette association, et c'est en ce sens qu'ils vont chercher à imposer leur vision du monde.

Pour autant, malgré l'ancienneté de cette association, la lutte symbolique pour imposer sa vision du monde au sein de la psychiatrie est âpre, et s'affirmer se révèle alors mission


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

délicate, comme le reconnaît FAM2 lorsque lui est posée la question de savoir si l'intégration de l'UNAFAM au sein du champ psychiatrique a été aisée :

> Ah ce n'est pas facile ! Non, non. C'est un combat hein ! C'est un combat. C'est un combat rendu difficile par la nature, disons, de ce handicap, parce que c'est un handicap qui est caché. […] Et donc le combat de l'UNAFAM, il est difficile

Ce terme de « combat » illustre le fonctionnement de ce « champ », caractérisé par une lutte entre acteurs, afin d'imposer sa vision du monde, et pour faire évoluer le champ afin d'y acquérir une place plus importante.

Cette lutte les oppose notamment aux psychiatres, comme cela fut le cas pour la notion de « handicap psychique », qui a vu s'opposer ces deux mondes sociaux :

> Il y a eu quand même des avancées importantes, puisque le handicap psychique a été reconnu en 2005, ce qui donne quand même des avantages énormes, contre l'avis des psychiatres bien entendu. […]
> Parce que les psychiatres, ils estiment que dire que la personne est handicapée, c'est une condamnation hein. […] Alors d'abord, quand on dit des psychiatres, ça dépend hein. Je veux dire que c'est une mosaïque de croyances, etc.

Le « bien entendu » de la première phrase est lourd de sens : il indique le caractère itératif de cette opposition entre psychiatres et association des familles, avec des visions du monde qui semblent souvent entrer en collision – FAM2 parla également de « combat » pour qualifier l'opposition avec les psychiatres concernant l'allocation adulte handicapée. Les deux exemples cités soulignent les divergences d'intérêts entre l'UNAFAM et certains psychiatres, de même que la perception différente de ce à quoi renvoie la stigmatisation.

Cette victoire de l'UNAFAM concernant le handicap psychique a quelque peu modifié la structuration du champ psychiatrique, avec un rôle plus important désormais dévolu à cette association :

> Et maintenant, effectivement, de plus en plus, l'UNAFAM a pignon sur rue. C'est une association qui compte, la reconnaissance du handicap fait que beaucoup d'institutions maintenant ont besoin de nous. Il n'y a bien que nous, quand même, qui savons à peu près comment faire dans la vie quotidienne. […] Donc on a un savoir profane qui est assez spécifique, et qui fait que l'influence de l'UNAFAM, maintenant, est de plus en plus reconnue.

Par l'imposition de la catégorie de « handicap psychique », l'UNAFAM semble avoir obtenu une plus grande influence au sein du champ psychiatrique, rendant sa présence et son savoir légitimes et nécessaires au bon fonctionnement du champ. Cette situation favorable leur permet de pouvoir revendiquer avec davantage de quiétude la possession d'une forme de savoir particulier, d'une compétence spécifique, qu'aucun autre monde social ne possède (« il n'y a bien que nous quand même qui savons… »), et qui les rend donc incontournables (d'où


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

cette idée d'une plus grande reconnaissance), du fait de la maîtrise de cette zone d'incertitude. Cela leur permet également de pouvoir avoir voix au chapitre face aux psychiatres et à leur savoir professionnel, médical – c'est là le sens de parler d'un « savoir profane » qui, dans son essence même, présuppose l'existence d'un savoir opposé, professionnel, face auquel il est mis en concurrence (cette idée de « savoir profane » sera également répétée un peu plus loin au cours de l'entretien).

Pour autant, la vision du monde de cette association de familles rejoint par moments celle promue par le CCOMS concernant l'idée de psychiatrie citoyenne, facilitant la collaboration entre ces deux mondes sociaux par le fait de cette vision commune :

> Et finalement on s'est aperçu quand même aujourd'hui qu'il ne faut pas tout miser sur l'hôpital, ça les exclut de trop. Faut pas non plus qu'ils vivent dans la famille. Il faut qu'ils vivent dans la Cité, et à partir de là, on a besoin de beaucoup de choses quoi. Il faut organiser toute une vie, donc c'est complexe. Et donc, il faut à la fois une collaboration, donc un partenariat, entre les familles, bien sûr quand elles existent, les personnes malades ça va sans dire, les soignants parce que c'est quand même une pathologie dont on ne peut pas guérir et il y a tout le temps des rechutes, et puis enfin la quatrième, c'est la société civile, puisqu'ils vont vivre dans la Ville.

Cet extrait indique dans quelle mesure la vision du CCOMS et celle de l'UNAFAM se recoupent, deviennent communes, condition nécessaire à une alliance pour promouvoir une même vision du monde.

### 1-3 La FNAPsy

Cette association, qui existe depuis 1992, regroupe une trentaine d'associations d'usagers de la psychiatrie, et représente environ 4 500 usagers. Contrairement à l'UNAFAM, on trouve ici une grande diversité des troubles psychiques, et cette fédération ne se réclame pas d'une pathologie particulière, mais possède une vocation « beaucoup plus généraliste » (propos de CC2). Cette fédération œuvre dans les domaines de l'entraide, de la protection et de la défense des intérêts de leurs adhérents, ainsi que dans la formation des professionnels aux droits des usagers.

La légitimité de cette association repose principalement sur le fait d'être les principaux concernés par la question des troubles psychiques, un représentant du « pays légal », d'être des « experts dans leur vécu ». C'est donc la revendication d'une parole, d'un avis autorisé et éclairant, qui est exprimée ici par le biais de sa présidente : « seules ces associations [d'usagers de la psychiatrie] sont représentatives, du fait de leur liberté, de leur indépendance,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

qui facilitent la reprise du pouvoir de leurs membres sur leur expression »[352]. On notera, au passage, que la question de la représentativité semble être la pierre angulaire de la légitimité à s'exprimer et à porter la parole performative d'un groupe de pression légitime. En ce sens, elle enjoint les usagers à prendre la parole, à se présenter comme un groupe de pression à même de faire valoir ses revendications, en adéquation avec la promotion des usagers, telle qu'elle existe dans le contexte socio-politique contemporain, dont tente de tirer profit la FNAPsy, comme le confirme USAG1 :

> Peut-être dans 25 ans, 30 ans, en France, on aura des associations plurielles qui marcheront bien, mais pour l'instant l'usager n'a pas la parole. Il n'a pas la parole, parce qu'on ne lui laisse pas, et il n'a pas la parole parce qu'il ne la prend pas. Et ce n'est pas plus l'un que l'autre, je dirais que c'est à 50-50.

Ainsi, c'est à cet usager de prendre la parole, d'affirmer son statut de « pays légal », ce qui renvoie dès lors au phénomène de responsabilisation des individus, qui forme une autre part du contexte socio-politique actuel, et qui trouve ici une forme d'expression.

De même, dans un article paru dans la presse spécialisée, la FNAPsy est présentée comme ayant « pour tâche de défendre les malades psychiques, et de lutter contre la stigmatisation dont ils sont victimes »[353]. En ce sens, leur vision du monde s'accorde parfaitement à l'un des objectifs poursuivis par le CCOMS, la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. L'article précise à ce titre que « le combat premier de la FNAPsy reste la déstigmatisation », c'est-à-dire de « démystifier la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades » (propos sur le site Internet de l'association), d'où l'intérêt de cette association pour une campagne de communication, en accord avec la vision du monde promue.

Dans un article paru dans la revue *La Santé de l'Homme*, la présidente de cette fédération précise que leur volonté est aussi de « réaffirmer l'existence et le droit des citoyens »[354], comme cela a notamment été permis par l'adoption de la loi du 4 mars 2002, « particulièrement favorable au respect des droits des usagers en santé mentale », puisque cette loi propose une meilleure reconnaissance des associations d'usagers, ainsi que la participation du malade au projet de soins, qui est censé avoir une information complète quant à sa maladie. Elle précise aussi que, « dans ce mouvement qui accompagne un changement de

[352] Claude Finkelstein, « Le rôle des associations d'usagers en santé mentale », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, p20.
[353] *L'infirmière magazine*, supplément n°203, mars 2005, p17.
[354] Claude Finkelstein, « Le rôle des associations d'usagers en santé mentale », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, pp19-20.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

société, les associations d'usagers ont un très grand rôle à jouer »[355] ; manière habile de réaffirmer le pouvoir de pression légitime que constitue le « pays légal » sur le champ psychiatrique.

La vision du monde promue par la FNAPsy s'accorde avec le CCOMS et l'UNAFAM sur l'idée de psychiatrie citoyenne, qui nécessite une prise en compte de l'ensemble des besoins des usagers au sein de la santé mentale : sa présidente parle ainsi de « la nécessité de considérer la personne malade dans son ensemble et de traiter les questions médicales et sociales de concert, et si possible dans un cadre unique »[356]. Néanmoins, USAG1 avoue également que l'alliance qui se noue se fait d'abord pour des raisons stratégiques, afin de peser dans le champ politique de la santé mentale, en raison principalement du faible poids, selon elle, de la FNAPsy dans ce champ :

> On a choisi le partenariat parce que c'est la seule chose qui est supportable actuellement, vu notre faiblesse. Parce que, au moins, de temps en temps, on travaille avec les autres, on présente des projets communs, mais de temps en temps, on peut dire « nous, c'est ça ! », alors que si c'était une association plurielle, comme on a fait pour la campagne de déstigmatisation, on n'a plus de poids.

A l'instar de l'UNAFAM, les relations de la FNAPsy avec les professionnels du champ de la santé mentale ne sont pas nécessairement des plus harmonieuses, avec des intérêts divergents, qui tendent vite à devenir concurrents, comme l'exprime d'ailleurs USAG1 à propos de la question de l'évaluation en psychiatrie :

> Qui peut dire mieux que les usagers et les professionnels quel genre d'évaluation on doit avoir en psychiatrie ? C'est nous ! Nous, on est prêt. Mais les professionnels ne veulent pas d'évaluation. […] Quand on se heurte à des institutions, comme des syndicats, des choses comme ça, c'est très difficile. C'est très difficile. Très très difficile. Tout : professionnels, tout, psychiatres, psychologues, infirmiers, tout ce qui est institutionnalisé c'est très difficile.

L'insistance avec laquelle USAG1 répète l'expression « très difficile » semble significative de l'âpreté des débats qui peuvent avoir lieu entre son association et les autres acteurs du champ afin de tenter d'imposer son point de vue et donc de faire évoluer le champ de la santé mentale vers les intérêts respectifs de chaque monde social en présence. Notamment, ce qui est reproché aux acteurs du champ de la santé mentale concerne leur tendance à ne pas accorder suffisamment de crédit aux usagers, comme le dénonce USAG1 :

> Parce que, dans l'esprit populaire, y compris chez les professionnels, l'UNAFAM a plus de poids que la FNAPsy. Elle est plus ancienne, et puis ce sont des gens à qui on peut parler dans le cadre de finalités. […] Et ça, ce n'est pas correct. Ils n'ont pas évolué.

[355] *Ibid*., p19.
[356] *Ibim*, p20.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'idée que cette attitude n'est pas correcte, car « ils n'ont pas évolué » tend ainsi à placer cette évolution dans le sens d'un progrès, qui prendrait justement les traits de la responsabilisation des « usagers », davantage impliqués dans leur propre situation, ainsi que dans les questions politiques touchant à ce domaine de la santé mentale. USAG1 tente ainsi d'utiliser stratégiquement le contexte socio-politique à son avantage, pour dénoncer l'inertie des autres acteurs du champ.

### 1-4 Les relations entre l'UNAFAM et la FNAPsy

Les relations entre l'UNAFAM et la FNAPsy, qui se réclament toutes deux du « pays légal », sont parfois complexes. Ces deux associations, par leur structuration, correspondent à deux mondes sociaux différents, avec des intérêts qui divergent, et des visions du monde qui se séparent en conséquence sur un certain nombre de points. Néanmoins, ces deux associations se sont officiellement unies, puisqu'elles ont développé un partenariat, afin d'avoir un poids supplémentaire en tant que pays légal sur les autres groupes d'acteurs présents au sein du champ psychiatrique, comme le confirme FAM2 :

> Alors, avec la FNAPsy, on a tout à fait un mariage de raison. On a un pacte indissoluble, parce qu'on a tous les deux reconnu que l'un sans l'autre, on ne vaut rien. […]Vous avez les Ministères, vous les contactez, et ils vont dire aux parents « écoutez, vous n'êtes pas les malades, donc vous êtes bien gentils mais c'est pas la peine », et de dire aux malades « vous, vous êtes malades, alors écoutez, on ne peut pas non plus vous faire confiance ». Donc on a résolu ce problème il y a longtemps, je dirais une dizaine d'années, et donc on a un pacte absolument indissoluble.

La force de l'alliance entre UNAFAM et FNAPsy est plus qu'affirmée ici, à travers cette idée de « pacte indissoluble ». Pour autant, elle semble surtout stratégique, situationnelle et rationnelle, puisque sa nécessité provient de la volonté de pouvoir influer sur le champ psychiatrique ; c'est en reconstituant le pays légal dans sa quasi-intégralité – autrement dit en associant les voix des familles et des malades eux-mêmes – que leur pouvoir coercitif, de pression, semble le plus affirmé, et aura plus de chance de modifier la structuration du champ.

En ce sens, les divergences sont tues au profit d'un intérêt supérieur autour duquel peuvent se rejoindre les deux associations, comme ne le cache d'ailleurs pas FAM2 :

> Ca ne veut pas dire qu'on n'a pas des différences, ce qui est normal, parce qu'on n'a pas du tout le même point de vue. […] L'important, c'est que, malgré ces différences, il y ait un accord sur des valeurs supérieures, même si cela n'est pas toujours facile.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La juxtaposition de ces deux mondes sociaux n'est pas sans poser problème, puisque les visions du monde (les « points de vue » dont parle FAM2) diffèrent à plus d'un titre. Cet aspect avait d'ailleurs été évoqué par CC2, qui avait souligné que FNAPsy et UNAFAM ne recouvrent pas le même champ, que des différences de discours et de conceptions existent entre les deux. Elle évoquait notamment l'idée d'une « position concurrentielle entre pathologies » : alors que la FNAPsy regroupe des usagers porteurs de différentes pathologies psychiatriques, l'UNAFAM est principalement composée de familles de personnes psychotiques, engendrant alors un discours plus particulariste (qui tend à réduire les pathologies psychiatriques aux seules psychoses, beaucoup plus lourdes et handicapantes, engendrant une fréquentation chronique du champ de la prise en charge psychiatrique), en écho à leur propre expérience de ce qu'est la psychiatrie. Dans cette mesure, CC2 reprochait à cette dernière association d'avoir un discours beaucoup plus catastrophiste, en parlant de « la » maladie mentale, au sens générique du terme, alors même qu'une kyrielle de maux est présente sous ce seul terme – cet aspect semble encore plus flagrant avec le changement de signification du sigle de l'UNAFAM, et la substitution des termes de « malades psychiques » au détriment de ceux de « malades mentaux ».

Cette différence dans la conception de la psychiatrie et du champ auquel elle renvoie se retrouve présente dans le discours des membres de l'UNAFAM, à l'instar de FAM2 :

> Les gens de la FNAPsy, ils sont parfois un peu dans le déni, ce qui est logique du reste vu que ce sont des malades. Donc dans leur comportement, parfois, on sent que ce sont des malades, mais ce n'est pas grave. Donc eux, ils veulent leur autonomie, alors que nous, à l'UNAFAM, on veut plutôt les protéger.

Ces propos traduisent un certain paternalisme de FAM2 à l'égard des usagers – fondé sur l'opposition autonomie/protection. Cela se traduit dans les termes utilisés : il n'est nullement question « d'usagers », mais bien plutôt de « malades », notion qui semble discréditer quelque peu ces individus (renforcée par l'expression « ce qui est logique », qui semble vouloir réduire ces individus à leur seule pathologie et aux conséquences qu'elle peut engendrer). Egalement, comme les membres de l'UNAFAM sont pour l'essentiel des parents de psychotiques, ce paternalisme trouve son fondement dans une attitude et un comportement profondément ancrés, la situation y est vue à travers le prisme de leur propre expérience personnelle, peut-on supposer. De la sorte, une sensation de dépendance du malade à son entourage semble s'esquisser, en arrière-fond de ces propos.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Or, c'est précisément cet aspect qui constitue la plus forte pierre d'achoppement entre ces deux associations, puisque les membres de la FNAPsy tendent justement à reprocher à l'UNAFAM le fait de vouloir les priver d'une parole autonome, de se substituer à eux et à leurs intérêts propres, ce qui n'est pas du goût de USAG1, comme semblent le dénoter les propos qui suivent :

> Ca veut dire aussi accepter et faire accepter aux autres de n'être pas comme les autres. Or, l'UNAFAM ne peut pas accepter, parce qu'ils ne font jamais le deuil, les parents, ils ne font jamais le deuil de l'enfant parfait.

Cette difficulté à reconnaître l'autonomie des usagers, et donc de la FNAPsy, se retrouve aussi dans les propos de FAM1, concernant ici la création des GEM (Groupes d'entraide mutuelle) :

> C'est l'UNAFAM qui a aidé les GEM à se créer. S'il n'y avait pas eu l'UNAFAM, il n'y aurait pas de GEM. Le principe, c'est effectivement que ce sont les patients qui se prennent en charge au sein des GEM, mais il leur faut un encadrement, car les patients, ce sont des gens fragiles, qui peuvent toujours rechuter. C'est illusoire que les GEM ne soient faits qu'avec des patients, il faut une béquille pour les aider, les soutenir.

Ici aussi, on retrouve un certain paternalisme, avec une remise en question de l'autonomie des usagers (des « patients » pour reprendre les termes de FAM1, qui marque ainsi sa distance vis-à-vis de cette notion d'usager et de ce qu'elle engendre conceptuellement), et une dépendance vis-à-vis des familles, de l'autre frange du « pays légal », qui se trouve par là réaffirmée. Or, cela n'est pas du tout du goût d'USAG1, qui présente les choses très différemment concernant la part de responsabilité de son association dans la création de ces GEM :

> Elle est complète. C'est nous. Je sais bien que tout le monde dit que c'est eux, mais c'est nous. Alors là, c'est clair : moi, je vous dis que c'est nous.

Dans cet extrait, on retrouve une opposition très manifeste, un clivage nous/eux, un schisme entre FNAPsy et UNAFAM quant à la revendication de cette initiative. Cela illustre l'âpreté du champ, où des luttes symboliques ne cessent de s'opérer, ici entre deux associations qui se disputent le titre de « pays légal ».

Enfin, ces deux associations possèdent un poids très inégal dans le champ psychiatrique, lié à leur différence d'ancienneté. Cet aspect a d'ailleurs été évoqué par CC4, psychiatre et membre du CCOMS :

> Mais, encore une fois, le poids de l'UNAFAM est beaucoup plus important que celui de la FNAPsy. La FNAPsy, c'est trois fois moins. Le budget de la FNAPsy, c'est, je ne sais pas moi, un dixième de celui de l'UNAFAM. C'est très déséquilibré. Mais c'est la faute de personne ! Je veux dire, l'UNAFAM, c'est une association qui existe


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

depuis un moment, avec des gens qui militent depuis un moment, alors que la FNAPsy, c'est beaucoup plus récent.

Du fait de cette antériorité dans le champ, l'UNAFAM apparaît comme un partenaire incontournable, beaucoup plus « installé » que ne l'est la FNAPsy.
Il est temps à présent de passer à la présentation du quatrième commanditaire de cette campagne qui, contrairement aux trois autres, n'appartient pas en propre au champ psychiatrique.

### 1-5 L'AMF

L'AMF – Association des maires de France, reconnue d'utilité publique et regroupant les maires de plus de 35 000 communes – est le monde social qui apparaît comme le plus extérieur au champ de la psychiatrie. Sa présence est liée à l'évolution du contexte socio-politique, et notamment au paradigme de la santé mentale, tel que nous l'avons dépeint au début de ce chapitre, qui lui offre une porte d'entrée privilégiée, avec notamment la question des « troubles psychiques ». Puisque cette souffrance possède des racines implantées dans le social, les élus locaux en charge de la vie quotidienne de leurs concitoyens se trouvent interpellés, qu'ils le veuillent ou non, autour de cette question, justifiant alors cette injonction à s'investir dans cette thématique. Cela transparaît d'ailleurs dans l'un des documents produits autour de cette campagne, une brochure présentant la campagne : « longtemps les maires n'ont été confrontés aux maladies mentales qu'au regard d'urgences psychiatriques lorsqu'ils devaient prendre des décisions d'hospitalisations d'office afin de protéger l'entourage de la personne ou la personne elle-même. Ils sont désormais touchés et heurtés par la souffrance psychique de leurs administrés. Ils l'entendent dans leur permanence ou lors des réunions de quartiers, elle s'exprime auprès de leurs services, elle est présente dans de nombreuses demandes d'interventions sociales ». Une nouvelle fois, cet aspect souligne combien le contexte socio-politique contemporain ne peut être ignoré afin de saisir au mieux les enjeux et la forme revêtus par cette campagne dans sa version définitive, avec la psychologisation de la souffrance comme préalable à sa saisie par les pouvoirs publics, sommés d'y répondre.

La plus grande distance de l'AMF vis-à-vis de l'objet qui nous intéresse semble ainsi se retrouver en termes d'investissement au sein de cette campagne. Si leur logo figure bien sur l'affiche finalement réalisée, leur présence semble davantage se faire en pointillés. Plusieurs éléments semblent nous amener à cette conclusion : tout d'abord la difficulté à les rencontrer,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

puisque, malgré plusieurs mails, aucune suite ne nous a jamais été donnée. En outre, lors d'un seul bref contact téléphonique, l'un des deux acteurs de l'AMF ayant participé à la réalisation de cette campagne, a cherché à minorer sa participation à ce processus, en arguant que le rôle de l'AMF avait surtout été de diffuser l'information de cette campagne, ainsi que l'affiche proprement dite, dans leurs réseaux habituels – ce qui se vérifiera effectivement dans la suite du processus. Les propos de CC4 semblent aussi aller en ce sens, puisqu'il ne se rappelle pas que les membres de cette association aient été présents lors des toutes premières réunions autour de l'élaboration de cette campagne :

> De mémoire, la première réunion plénière, qui regroupait tous ces acteurs, il n'y avait pas encore l'Association des maires de France.

Le choix même des membres de l'AMF ayant participé aux réunions est le deuxième élément en faveur de l'hypothèse de cette moindre implication de l'AMF. Effectivement, ce sont deux chargés de communication, qui ne sont donc pas à proprement parler des responsables de cette association, à l'inverse des protagonistes des autres mondes sociaux présents ici – d'autant plus que, dans le contrat provisoire de la campagne, c'est le nom du président de l'AMF qui est indiqué comme quatrième signataire, alors même que celui-ci semble n'être jamais intervenu au cours du processus. Ainsi, cette différence, couplée à la présence du logo de l'AMF sur l'affiche au même titre que les trois autres commanditaires, semble placer l'AMF au niveau d'une sorte de « soutien moral », de « caution institutionnelle » aux questions soulevées par l'affiche et son sujet. Ce serait donc un allié stratégique dans l'alliance initiée par le CCOMS autour de cette campagne, favorisé par le contexte socio-politique. C'est d'ailleurs peu ou prou le sens de la remarque suivante, de PUB2 :

> Je ne sais pas exactement comment les interlocuteurs ont été désignés au sein de l'AMF. Après, c'est vrai que par rapport à leur implication sur cette campagne, ça a quand même été plus vers la com', ça dépendait plus de la com' que d'un autre service.

L'implication de l'AMF semble s'être principalement faite à travers son réseau de communication et de diffusion d'informations – outre le fait de voir son nom associé à la campagne.

Egalement, cette faible implication de l'AMF et de ses membres semble être prouvée par la tendance des autres acteurs et mondes sociaux de cette campagne à omettre de parler de l'AMF lorsqu'est abordé le point de vue des uns et des autres en entretien.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Pour la suite du processus, un acteur particulier, FAM3, retraité de la communication et membre de l'UNAFAM, a permis la rencontre entre le monde psychiatrique et le monde de la communication ; c'est sur cet aspect que nous allons nous attarder quelque peu maintenant.

## 2. La rencontre avec l'agence TBWA\Corporate\Non Profit

### 2-1 La prise de contact entre acteurs

La rencontre entre les commanditaires et l'agence de communication a été permise par un homme, FAM3, retraité de la communication. Celui-ci connaissait le champ psychiatrique, pour avoir lui-même un fils psychotique, et pour avoir dans son réseau de relations CC4. Par le biais de ce dernier, FAM3 est entré en contact avec le CCOMS, qui souhaitait utiliser ses compétences professionnelles afin d'organiser un colloque, pour présenter l'enquête Santé Mentale en Population Générale. FAM3 intéressait aussi le CCOMS en raison de sa connaissance du fonctionnement de la communication, zone d'incertitude que ne maîtrise pas le CCOMS.

Suite à cela, FAM3 a organisé une rencontre entre les membres du CCOMS et PUB1, de l'agence TBWA. Un accord a été conclu entre les différentes parties et le processus de production publicitaire de la campagne a débuté. Le recours à une campagne de communication se justifie, selon FAM3, par la volonté de faire exister la question des troubles psychiques sur la scène publique, dénonçant au passage un certain hermétisme du champ psychiatrique :

> C'est l'entre-soi quoi, c'est-à-dire c'est le milieu psychiatrique qui se réunit et puis qui parle de ça quoi. Mais ça ne sort pas de ce cadre-là. C'est-à-dire que ça n'arrive pas à être un problème.

Si cela « n'arrive pas à être un problème », il semble que ce soit en raison du cloisonnement du sujet dans le champ psychiatrique, empêchant d'en faire une thématique de santé publique, selon lui. Du fait de cette vision, il paraît logique que FAM3 s'investisse dans la campagne.

Il est intéressant de noter la particularité de FAM3 au sein de l'ensemble des acteurs participant au processus. Il se distingue des autres par sa connaissance simultanée des deux univers qui vont se rencontrer à l'occasion de ce processus : en tant que publicitaire à la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

retraite, FAM3 possède toujours un certain nombre de connaissances au sein de ce milieu professionnel, et en tant que parent de malade, il a été amené à découvrir le champ psychiatrique, et partage la vision promue par le CCOMS. Rien d'étonnant dès lors au fait que ce soit lui qui ait fait office de pont entre ces deux univers sociaux, *a fortiori* car certains commanditaires avouaient une certaine méfiance de prime abord vis-à-vis du monde de la communication, qu'ils ne connaissaient pas. CC4 nous confirme également ce point :

> Je pense que la contribution de FAM3, c'est de convaincre de nous adresser à un professionnel, et de ne pas faire ça nous-mêmes quoi.

L'appartenance simultanée de FAM3 à ces deux mondes sociaux lui permet d'avoir un avis écouté, considéré comme légitime, par les acteurs du champ psychiatrique. Cela se retrouve également dans ces autres propos de CC4 :

> La volonté première, c'est de pouvoir s'adresser à un public qui va au-delà des usagers de la psychiatrie et de la santé mentale. C'est pour ça d'ailleurs qu'on a choisi une agence de com'. […] L'idée, c'était de sortir du circuit plus ou moins fermé des professionnels de la santé mentale, des usagers et de leur famille.

Ces propos soulignent la croyance en la capacité de l'agence de communication de s'adresser à un public plus large que celui de la psychiatrie, au « grand public » – cela entre également en résonance avec les propos de FAM3 sur l'idée de l'entre-soi psychiatrique habituel. Cela souligne aussi la zone d'incertitude que peuvent faire valoir les publicitaires face aux autres mondes sociaux dans « l'espace décisionnel » qui entoure cette campagne.

Cette méfiance dont font preuve les commanditaires fut d'ailleurs exprimée avec humour par PUB1 lors de notre entretien :

> Evidemment, comme toujours, les profanes ils arrivent en croyant que l'agence va arriver… Enfin c'est le sketch des Inconnus, ils imaginent qu'on a des paperboard, des dessins.

Cet extrait témoigne de la méconnaissance que les commanditaires avaient de l'univers de la communication et de son fonctionnement, ce que PUB1 traduit avec cette notion de « profane », qui s'oppose donc à la professionnalité revendiquée des publicitaires. Face à cette ignorance, les publicitaires ont donc cherché à peser dans « l'espace décisionnel » en train de se former – c'est là le couple savoir/pouvoir mis en évidence par Foucault –, ce qui est passé notamment par une mise en scène de leurs compétences et de leurs savoir-faire dans le domaine de la communication. Ce sont ces aspects que nous allons à présent aborder.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-2 La rencontre avec les publicitaires

Pour comprendre comment se sont déroulées les interactions entre commanditaires et publicitaires dans « l'espace décisionnel », commençons par nous intéresser à la manière dont les publicitaires se présentent. C'est dans un contexte général où la communication dite « d'intérêt général » fait son apparition qu'a été créée la branche Non Profit de TBWA, en 2002, sous l'impulsion de deux publicitaires. Ce type de communication se distingue de celles faites habituellement par les agences de communication concernant le schéma de communication. C'est PUB1 qui aborde cet aspect :

> L'un des points très différenciant, c'est la prise en compte de la sensibilité des bénéficiaires de la communication. C'est-à-dire que l'on a un troisième larron. Enfin, habituellement, on a l'annonceur et le public, le destinataire, le récepteur, mais là on a un troisième larron qui est le bénéficiaire. […] C'est au profit de personnes les causes, il y a des personnes. […] Et ça amène à une très grande responsabilité quand on conçoit les campagnes, puisqu'on doit concevoir des campagnes qui sont acceptables pour ces gens-là.

Cette idée de responsabilité, qui amène les publicitaires à prendre des précautions sur la manière d'aborder un sujet, correspond à ce que nous avons appelé des « contraintes structurantes », qui sont telles des balises servant à indiquer la route à suivre sur les voies de la communication. Le fait de parler au nom d'un groupe d'individus défini amène les publicitaires à devoir veiller à ne pas faire d'impair, à ne pas mécontenter ce groupe dont ils reprennent le discours.

Pour autant, cette spécificité de la communication non marchande ne signifie pas pour autant un reniement de la logique communicationnelle dominante, comme le souligne PUB2 :

> C'est un vrai marché, le secteur non marchand, c'est un vrai marché qui est vraiment, qui a les mêmes logiques, je dirais, que le secteur marchand. Quasi hein. […] Après, il y a des fonctionnements différents, mais les logiques sont les mêmes.

Ainsi, la raison d'être de la branche Non Profit de TBWA est de procéder à de la communication « non marchande », mais en utilisant les savoirs de la communication classique, en conservant la même inspiration méthodologique. Notamment, cette agence revendique un champ de compétences dans la mise en place et la diffusion de campagnes, comme le présentent d'abord PUB1 puis PUB2 :

> Simplement, évidemment, les prestations qu'on leur vend ne sont pas tout à fait les mêmes, c'est-à-dire que le temps passé on le consacre à trouver du gratuit, à démultiplier les… à aller chercher des coupes pour avoir un fort potentiel médiatique, des trucs comme ça bien sûr.

> Grosso modo, les clients qu'on avait ce n'était pas des clients spéciaux. C'était des clients qui nous achetaient des conseils.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le fait de parler des « prestations qu'on leur vend », ou bien encore des conseils qui leur étaient achetés, indique que le travail de Non Profit s'apparente à un travail d'expertise, de mise à disposition de compétences particulières – et qui sont donc implicitement considérées comme telles par les commanditaires qui s'adressent à eux. C'est d'ailleurs sur cet argument que s'appuie PUB2 pour aborder la question de la mise en confiance des commanditaires lors des toutes premières rencontres – aspect d'autant plus intéressant que nous avons souligné auparavant qu'une certaine méfiance émanait de certains protagonistes de la campagne :

> Je pense que typiquement, TBWA/Non Profit, sur ce coup-là, avait la capacité de rassurer les groupes de signataires on va dire, que ce soit sur la capacité à rechercher de l'espace gracieux, que ce soit sur la capacité à créer une campagne, que ce soit la capacité à comprendre ce que les assoc' voulaient, mais aussi à apporter, nous, notre expertise et notre regard par rapport à notre connaissance de ce secteur.
>
> Nous, dans ce qu'on apportait aux assoc' et au CCOMS, etc., c'était vraiment l'expertise publicitaire, stratégique j'allais dire
>
> Enfin en tout cas, moi j'avais aussi un certain background pour appréhender et comprendre le sujet. Et PUB1, lui, il est au top là-dessus, parce que c'est aussi un sujet hyper hyper important pour lui. […] Je pense que c'est aussi pour ça qu'ils nous ont fait confiance, parce qu'on avait les sujets qui nous donnaient une certaine légitimité entre guillemets.

PUB2 semble ici considérer comme acquise la compétence de Non profit en matière de communication ; de cette manière, leur légitimité au sein de « l'espace décisionnel », face aux commanditaires, est affirmée (comme l'expriment les termes « notre expertise » et « notre regard »). Il s'agit de la revendication d'un droit de parole au sein de « l'espace décisionnel » du fait de ce savoir-faire qui engendre une légitimité à s'exprimer, une capacité (supposée et affirmée face aux commanditaires) à dire le vrai ; en somme, c'est d'un statut d'expert dont se réclame PUB2, au nom de l'agence de communication – d'où cet emploi fréquent du « nous » ou du « notre », ainsi que la répétition à plusieurs reprises du mot « capacité ». Autrement dit, dans le processus de production initié par le CCOMS, PUB2 adopte une posture stratégique de revendication d'une zone d'expertise, nécessaire à la réussite de la campagne, et qui permet à son monde social de disposer d'un pouvoir dans « l'espace décisionnel ».

Dans l'optique de revendiquer une légitimité face aux commanditaires, les publicitaires ont mis en exergue leurs compétences, en évoquant leurs travaux antérieurs sur des thématiques d'intérêt général ; ce point nous est retranscrit par PUB2 dans les deux extraits suivants :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Moi, j'ai travaillé sur la campagne des petits frères des pauvres. Donc ça, ça aide forcément, parce que, typiquement, la campagne qu'on a faite pour les petits frères aussi, c'est comment tu exposes ou non ces personnes-là, le message que tu dis, quel rôle tu leur fais jouer, comment ça va être perçu de l'autre côté.

> On avait gagné avec PUB1 le prix Effi, qui est le prix d'efficacité publicitaire pour une campagne qu'on avait faite pour la Fondation Recherche médicale sur le don utile. Cette fameuse campagne où tu as un fond noir avec un microbe, etc. Et on a eu le prix Effi sur cette campagne,

Au travers de ces deux extraits, il semble que les précédents en la matière, et notamment le fait d'obtenir un prix, soient un argument prompt à mettre en valeur les compétences des publicitaires, ainsi que la légitimité de leur expertise, qui a déjà été reconnue par ailleurs –les publicitaires avaient déjà fait état de l'obtention de ce prix dans un courrier adressé au CCOMS en décembre 2004, présenté comme un gage de qualité et de professionnalité de cette agence. En ce sens, le fait d'être jaugé sur les critères d'un milieu professionnel donné sert à s'imposer également dans « l'espace décisionnel » face aux commanditaires de la campagne. Cela nous renvoie à la définition de l'expertise formalisée par Trépos, évoquée dans la première partie de ce travail. Dans notre cas précis, l'intérêt doit donc être porté sur la mise en exergue de ce savoir face aux commanditaires, dans la mesure où cela apparaît comme une ressource utilisée par les publicitaires afin de pouvoir s'imposer dans « l'espace décisionnel », face à des acteurs sociaux qui ne maîtrisent pas cette zone d'incertitude. Dans une tonalité foucaldienne, la figure de l'expert est celle de l'agencement d'un couple savoir/pouvoir particulier, dont la croyance en son efficacité est partagée par l'expert lui-même, mais aussi par ceux à qui il s'adresse, ce qui lui confère ainsi un pouvoir et une légitimité à s'exprimer pour dire le vrai.

Néanmoins, concernant à proprement parler le sujet de la santé mentale, seul PUB1 avait déjà une expérience précédente sur la thématique, au début des années 1990 – PUB2 reconnaissant une certaine ignorance concernant ce sujet.

La présentation des différents protagonistes de la campagne étant à présent achevée, il nous est possible d'aborder les premières réunions qui ont eu lieu au cours de la réalisation de cette campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-3 Première réunion : la définition de l'enjeu de la communication

« Sociologiser la communication, […], signifie opposer une logique de construction des actions humaines à une pure logique fonctionnelle de transmission »[357], c'est ce que nous allons essayer de faire à présent, en nous acheminant vers les enjeux de communication de cette campagne, qui s'élaborent au cours des discussions entre les protagonistes.

Lors de la première réunion qui a eu lieu avec l'ensemble des acteurs de la campagne, un tour de table a été fait, sur proposition des publicitaires, afin que ces derniers sachent quelles étaient précisément les attentes des commanditaires, ainsi que le message général qu'ils souhaitaient voir transmis. Cet épisode nous est relaté par CC4 :

> On a, dans un premier temps, fait un tour de table, où chacun essayait d'exprimer, auprès de professionnels qui étaient de TBWA, quelles étaient leurs attentes vis-à-vis d'une campagne de communication. […] Il y a eu peut-être une ou deux réunions donc où chacun exprimait ses attentes et comment il voyait une campagne de communication, quel support, quel média, etc. Et puis après, dans un deuxième temps, TBWA nous ont présenté trois scénarios ou quatre scénarios possibles.

Au travers de cet extrait, on constate la distinction qui est faite entre les « professionnels qui étaient de TBWA » et les commanditaires, ce qui tend à indiquer la position d'expertise dans laquelle se trouvent ces publicitaires, qui ont semble-t-il réussi à imposer leur légitimité au sein de « l'espace décisionnel » nouvellement créé, ce qui est passé par la mise en scène de leurs compétences. Cette prise en main du processus par les publicitaires s'exprime également par le fait que ce sont eux qui impriment la marche à suivre en définissant les différentes étapes du processus – comme cela se voit à travers la programmation des réunions et de leur thème. Ce professionnalisme des publicitaires, cette croyance en leur expertise et en la spécificité de leur savoir-faire, se retrouve à nouveau dans le discours de CC4 un peu plus tard :

> Avant, on essayait de faire de la communication, mais c'était entre nous, enfin c'était comme on pouvait le faire. […] Mais enfin ce n'était pas la communication, c'était de l'artisanat [rires], etc. Et puis il faut trouver des mots pour s'adresser aux gens, et puis il faut trouver des visuels, il faut trouver des supports, il faut…. On ne peut pas si on ne connaît pas. Non, non, on ne sait pas faire.

Cette idée d'artisanat implique que, à l'inverse, les publicitaires sont professionnels, qu'ils ont une connaissance plus théorique et davantage formalisée de la communication, de ses ressorts et de ses pièges. Cette détention d'un savoir particulier, que les autres acteurs ne possèdent pas, donne ainsi aux publicitaires une légitimité à s'exprimer et à exposer leur vision du

[357] Eric Maigret, *Sociologie de la communication et des médias*, Armand Colin, Paris, 2003, p197.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

monde, soit donc le couple savoir/pouvoir foucaldien – exprimé à merveille par CC4 lorsqu'il précise qu'« on ne peut pas si on ne connaît pas ».

En outre, la forme sous laquelle se sont déroulées les réunions induit une certaine mise en scène stratégique de la compétence des publicitaires : effectivement, ils commencent par donner la parole aux commanditaires, pour ensuite mieux souligner leur savoir-faire en faisant des propositions de scénarios[358] censées être directement issues de ces primes discussions, ce qui engendre l'idée d'une problématisation du sujet, passé d'une présentation profane à une traduction experte. Cette notion de mise en scène de la compétence des publicitaires se retrouve aussi dans les propos suivants de PUB1 :

> Donc en fait, ils étaient assez étonnés, parce qu'on est arrivé avec un peu des méthodos quoi, des méthodos qu'on a dans le secteur, et on est arrivé en leur disant première étape, c'était une séance sur qu'est-ce qu'on attend de la pub ? Qu'est-ce qu'on peut attendre de la pub, qu'est-ce qu'on en attend, et qu'on se mette bien d'accord.

Le terme de « méthodo » renvoie à une idée de scientificité de la démarche, d'un travail d'expertise standardisé et systématique, censé tacitement conférer une certaine légitimité par la suite à la parole des publicitaires. Cela permet également de mieux cerner quelles sont les contraintes structurantes émises par les commanditaires, de définir le champ des possibles autour de cet objet, en s'appropriant le construit social de santé publique promu par les commanditaires.

Afin de poser les enjeux de la communication, le CCOMS a commencé par exposer les résultats obtenus par l'enquête SMPG. Le construit social de santé publique constitue ainsi un premier cadre cognitif et sémantique dans lequel les publicitaires vont ensuite pouvoir se mouvoir. Il est à noter que c'est donc un outil à fort potentiel de légitimité (une enquête épidémiologique revêt effectivement les traits de la scientificité et de son langage statistique), qui est exposé, afin de pouvoir s'imposer face aux publicitaires dans « l'espace décisionnel ». De la sorte, deux des éléments principaux que le CCOMS souhaite voir intégrés à la réflexion concernent, d'une part, l'importance des troubles psychiques dans la population française et, d'autre part, l'image négative que véhiculent les troubles psychiques au sein de cette même population, ce qui constitue alors un frein à une bonne intégration sociale de ces individus. Le message à promouvoir est en lien direct avec la vision du monde promue par le CCOMS, et sur laquelle FNAPsy et UNAFAM sont également d'accord – quant à l'AMF, la formulation

[358] Ces différents scénarios seront abordés lors de la troisième phase de notre processus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

même de cette vision du monde les inclut nécessairement au sein de cette problématique de santé mentale.

Cette inscription du cadre cognitif général de la campagne se retrouve d'ailleurs dans les propos des publicitaires :

> Quand on est arrivé, on était conscient du fait que, dans la mesure où on était dans une cause encore très niée dans l'opinion, enfin dans le déni, qui n'est pas encore présente en place publique, sauf d'une façon excessive, quand il y a des meurtres, des forcenés ou quand il y a des artistes qui pètent les plombs, donc le vrai sujet il n'est pas tant appuyé. (PUB1)

> Comme c'est des sujets qui intéressent les équipes en interne, que tu sois concerné de près ou de moins près, c'est des sujets qui parlent, tu sais qu'à un moment donné tu peux… On a une personne sur trois qui est atteinte au cours de sa vie d'un trouble psychique, de mémoire, et tu sais que tu es forcément proche de ce sujet-là. (PUB2)

Aussi bien dans la bouche de PUB1 que dans celle de PUB2, on reconnaît là les éléments avancés par l'enquête SMPG, le construit social de santé publique sur lequel se sont appuyés les publicitaires pour faire leur travail.

Un autre point de ce construit social concernait la complexité du champ psychiatrique, très peu unifié. Parmi les contraintes structurantes émises par les commanditaires, le message général de la campagne ne pouvait ignorer cette complexité, comme l'explique CC1 :

> En psychiatrie, on entend de tout. On peut dire blanc et noir. […] Il y a de meilleures façons de soigner, enfin tout. […] Il y a tellement de facteurs que je pense qu'il fallait surtout éviter un discours simpliste ou innovant, ce n'est pas… La boîte noire de la santé mentale, ce n'est pas une entrée A, une sortie B systématiques, ça peut être n'importe quoi.

Cet extrait souligne la difficulté rencontrée par les protagonistes de cette campagne d'allier à la fois un message court, reflet du format publicitaire, et dont la pertinence ne rentrera pas en contradiction avec les différentes visions du monde promues par les mondes sociaux présents au sein du champ psychiatrique – d'où cette idée de vouloir éviter un discours « simpliste » ou « innovant ». De plus, intégrer cet élément au construit social de santé publique permet de prévenir de possibles contestations du message dans le champ de la santé mentale.

Cette volonté d'être assez pondéré dans le message est aussi intégrée par PUB1 :

> Donc ça, quand on est arrivé, c'est qu'on était bien d'accord sur le fait qu'on voulait faire une campagne pour commencer à provoquer une interrogation dans l'opinion sur le sujet. […] Donc on était bien d'accord sur ça, c'est le premier cahier des charges, ça, ça a pris une séance en gros. […] On avait le curseur vraiment là.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Au travers de cet extrait, il semble que ce soit TBWA qui ait imprimé la marche à suivre au cours du processus, notamment en définissant les sujets de discussion. On notera aussi au passage qu'un compromis semble avoir été assez aisément trouvé sur l'idée d'une première sensibilisation sociale à faire autour du sujet des troubles psychiques. La formulation même, « provoque une interrogation », reflète la responsabilisation recherchée. C'est l'idée que la communication doit amener les cibles réceptrices à s'interroger sur la question, les interpellant sur leur propre attitude et les rendant seules responsables de leur comportement. Quant au terme de « curseur », il tend à indiquer le professionnalisme des publicitaires, qui sont aptes à toucher un public précis, qui possèdent les outils *ad hoc* pour traiter un sujet d'une manière précise, en lien avec ce que souhaitent les commanditaires.

Le construit social de santé publique explicité à destination des publicitaires concernait aussi l'alliance entre les différents mondes sociaux de la psychiatrie, puisque la seule existence de cette alliance constitue une première concrétisation de cette idée de psychiatrie citoyenne. En conséquence, cette alliance doit ainsi être signifiée d'une manière ou d'une autre au sein de cette campagne, comme nous l'explique CC1 :

> Je leur ai dit tout de suite que ce ne serait possible si cette campagne était menée à la fois par les professionnels, les usagers, les élus et les familles. Il était hors de question de mettre en place une campagne uniquement CCOMS, qui n'aurait montré que des professionnels, des indications venant de la science

Malgré la bonne volonté dont fait montre CC1, souligner que cette campagne ne devait pas être estampillée uniquement CCOMS indique indirectement que c'est bien cet institut qui a été l'élément moteur de l'idée et de la mise en place de cette campagne, et les autres commanditaires n'ont donc fait que suivre cette impulsion première, laissant ainsi entrevoir une domination du CCOMS sur les autres commanditaires de cette campagne de communication. Néanmoins, comme l'alliance est l'une des conditions d'existence du « système » créé autour de la campagne, elle en devient un élément incontournable, qui doit être signifiée et soulignée pour permettre la pérennité de son existence. De plus, elle s'intègre au construit social de santé publique réalisé par le CCOMS pour peser sur le champ psychiatrique.

La prise d'initiative du CCOMS vis-à-vis des autres commanditaires est signifiée aussi par le contrat de partenariat, concernant la réalisation de la campagne, signé uniquement entre l'agence TBWA\Corporate\Non Profit et le CCOMS (dénommé « client »). Lorsque l'on sait


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

que dans sa première version (qui date du 5 février 2005), les noms des quatre commanditaires étaient signifiés sous ce même vocable de « client », on constate entre-temps l'affirmation du rôle de chacun, et la domination du CCOMS qui s'accentue sur les autres commanditaires, qui délèguent leur pouvoir décisionnaire au CCOMS. Cela induit la sensation d'une mise en retrait des autres commanditaires, qui se sont quelque peu effacés du processus. D'autre part, au sein de ce contrat, la capacité d'expertise des publicitaires se trouve mise en exergue, avec la définition de leur champ de compétences dans cette campagne, où il y est deux fois question de « conseiller » et une fois de « concevoir ».

Suite à la présentation des attentes de chacun autour de ce que doit amener cette campagne, les publicitaires proposent une piste réflexive, poursuivant la mise en exergue de leur maîtrise de ce qui constitue une zone d'incertitude dans « l'espace décisionnel ». Ici, c'est PUB2 qui nous fait part de ce moment :

> Et puis voilà, on a proposé une première recommandation un petit peu comme ça, un petit peu naïve, qui a fait que tout a démarré. On partageait un petit peu la même analyse, la même analyse du contexte.

On note, dans cet épisode, la position d'expert qu'occupent de nouveau les publicitaires, qui font leur diagnostic, leur « recommandation », après avoir écouté les attentes des différents commanditaires. Et cette recommandation faite par les publicitaires, c'est PUB1 qui nous en parle à présent, en reconstituant quelque peu le cheminement intellectuel qui a abouti à cette idée :

> On s'est appuyé sur un levier sur lequel on était d'accord avec tout le groupe, qui est de dire au fond, le vrai danger, enfin la convention dont on part, c'est l'enfermement.
>
> Derrière ça, derrière l'attitude de la société, derrière le déni, il y a la volonté, le réflexe, d'enfermer ces troubles dans soit tout le registre de la criminalité, du délire, etc., soit tout un vocabulaire excessif, stigmatisant, etc. Donc il y avait déjà… C'était ça qu'on devait remettre en cause, la vision finalement que nous disaient les malades, et plus récemment les familles, c'était que la solution n'était pas l'enfermement
>
> La réalité, enfin la révélation, que l'on peut donner au public, c'est que… La réalité, c'est que la grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas enfermées, ça les gens ne le savent pas, donc une vraie révélation qui aurait surpris, et que, deuxièmement il y a, au fond, beaucoup de ces troubles qu'on commence à accepter.

Le deuxième extrait illustre la manière dont la responsabilisation se trouve évoquée dans le processus. Les acteurs en présence se saisissent de cette technique de gouvernementalité, puisque « l'attitude » et « la volonté » renvoient à un acte volontaire, une responsabilité, tout comme « le déni », qui en constitue le pendant négatif. Suite à l'emploi de ce vocable dans la conception du problème, la conclusion revêt aussi les traits d'un appel aux cibles et à la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

société, responsabilisées à travers le postulat que « la solution n'était pas l'enfermement ». Mais cette manière de présenter le problème oublie néanmoins de s'attarder sur de possibles déterminants sociaux à l'enfermement, en posant le postulat que c'est la seule ignorance qui conduit à cet acte. C'est faire fi des autres logiques convoquées en matière de santé mentale – telles qu'une approche politique, des postulats philosophiques ou moraux disqualifiant la folie et la considérant comme impropre à la vie en société. En ce sens, le traitement du problème revêt la forme d'une certaine psychologisation du social, qui dénigre les déterminants macro-sociaux de l'enfermement. Le traitement privilégié considère que la diffusion du message permettra de faire changer les attitudes, alors que d'autres actions pourraient s'y prêter – des *lobbyings* politiques, par exemple, qui existent aussi par ailleurs.

Quant au dernier extrait, il est intéressant dans la mesure où l'emploi du terme de « révélation » tend à indiquer que l'on se trouve ici en présence d'un phénomène d'imposition de la vérité, d'une sorte de chemin de Damas. Cela nous renvoie à cette idée d'entreprise de morale que constituent de manière générale les campagnes de santé publique, qui s'apparente ici à une forme de « propagande » servant à naturaliser la vision du monde des commanditaires, en la diffusant au sein de l'espace public, pour responsabiliser les acteurs et les amener à faire évoluer la situation. Egalement, le fait que cela soit une « vraie révélation qui aurait surpris » est un élément positif lorsqu'il est rapporté au système de valeur des publicitaires, puisque cela signifie que ce message aura davantage de chances de marquer les individus, d'attirer leur attention. C'est en ce sens, eu égard à l'*ethos* professionnel de PUB1 et de PUB2, que ce message se révèle être pertinent et séduisant d'un point de vue communicationnel. Il constitue, dès lors, un point de concordance entre les différents acteurs sociaux réunis dans « l'espace décisionnel ».

L'intérêt des publicitaires pour cet angle de communication se retrouve exprimé à d'autres endroits du discours de PUB1 :

> Si on fait tilt dans la tête des gens, si on réussit à les accrocher, donc il faut qu'ils se disent « ah tiens, c'est tout à fait une idée que j'ai », ou « qu'est-ce que c'est que ce truc ? », etc., on a déjà gagné une grande partie, on a gagné beaucoup d'argent quoi en fait. Le plus difficile aujourd'hui, dans le marché médiatique, c'est d'émerger, c'est déjà une première étape. […] Il faut trouver des points de rencontre, et il faut en plus cultiver en communication ceux qui sont impactants, qui attirent l'attention ».

La dimension phatique de la production communicationnelle est, dès lors, un élément de première importance (« les accrocher »), puisque toute production est réalisée dans le but d'attirer l'attention sur soi, d'être capté du regard par tous les lecteurs potentiels.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

A la suite de la mise en exergue de leurs compétences, la proposition de TBWA quant au chemin à suivre a été acceptée assez facilement, si l'on en croit PUB2 :

> Après, ils nous ont suivis sur notre façon de vouloir appréhender le sujet, de faire une campagne publicitaire, une campagne forte, une campagne impactante.

Cet extrait semble indiquer que les publicitaires ont réussi à imposer leur proposition dans « l'espace décisionnel » (« ils nous ont suivis »), qu'ils ont su légitimer leur ethos professionnel, avec une campagne « forte » et « impactante ». De là, nous en arrivons alors aux propositions créatives qui ont été faites aux commanditaires par l'agence Non Profit, entrant ainsi de plain-pied dans la troisième étape de notre processus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 3. Les propositions de création publicitaire (T3)

Dans un souci de clarté et de cohérence du propos, nous présenterons les deux créations réalisées par les publicitaires et finalement écartées (ainsi que les raisons qui ont amené les protagonistes de cette campagne à les refuser). Puis nous présenterons la création finalement retenue avant de revenir, lors de la quatrième étape, sur les raisons qui ont conduit à ce choix. Mais nous commencerons cette étape par les discussions qui ont amené au choix du registre de communication pour la campagne.

## 1. Le choix du registre de communication

Une partie de l'analyse qui suit a été réalisée à partir des documents *power point* présentés par les publicitaires au cours des réunions entre acteurs. Ces documents sont une source de données intéressante, dans la mesure où ils retracent le cheminement intellectuel suivi par ces publicitaires, qui est exposé aux autres protagonistes de cette campagne ; ils servent également aux professionnels de la communication à asseoir leur légitimité, à mettre en scène leur professionnalisme et leur expertise face à leurs interlocuteurs. Ces documents apparaissent comme autant d'indices de la rhétorique développée par les publicitaires, ils sont le succédané de toute l'argumentation qui a pu être développée au cours de cette étape du processus.

La légitimité acquise par l'agence de communication dans « l'espace décisionnel » leur permet à présent, à partir des premiers éléments exposés par les commanditaires, de faire des propositions censées être la traduction communicationnelle des attentes premières des commanditaires – cela n'est pas sans rappeler l'un des éléments définissant une situation d'expertise au sens de Trépos (ou la maîtrise d'une zone d'incertitude, au sens de Crozier), à savoir la capacité d'apporter une réponse à un problème qui se pose. Cette expertise est mise en scène dans les documents *power point*. La présentation faite se déroule en trois temps, intitulés respectivement : « votre demande », « l'enjeu central de la communication » et « réflexion stratégique » (comprenant les hypothèses et les recommandations). Cela semble indiquer la séparation faite d'emblée entre les commanditaires (« votre demande » indique d'ailleurs que ce document a bien été réalisé pour être exposé aux protagonistes de la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

campagne) et les publicitaires, qui interviennent ensuite et qui font émerger une problématique de communication du sujet d'origine, bref qui affirment leur capacité à dire le vrai, à définir ce que peut être cet « enjeu central de la communication ». Nous sommes alors face à un processus de transformation d'une demande première en message de communication, ce qui passe alors par le prisme de la culture professionnelle des publicitaires, de leur *ethos*.

Les diapositives suivantes semblent perdurer dans cette mise en scène du savoir et de la légitimité des publicitaires à s'exprimer. La partie intitulée « votre demande » est constituée de trois blocs de citations provenant des commanditaires de la campagne, qui reprennent un certain nombre d'éléments formulés par ces derniers lors des premières réunions, où chacun exposait ce qu'il attendait d'une campagne de communication. Puis, de cette chaîne de propos, on en arrive alors à la conclusion « logique » qu'en tirent les publicitaires, symbolisée par une grosse flèche rouge placée sous les citations, et qui introduit de cette manière la conclusion que tire TBWA des éléments exposés, conclusion elle-même écrite en rouge : « bref une campagne de communication qui mette en mouvement l'opinion ».
Sur la diapositive suivante, on a de nouveau une phrase censée résumer ce qu'attendent les commanditaires de cette campagne, et qui est de nouveau un moyen de faire le lien ensuite avec les propositions de TBWA : « de fait, vous attendez de l'opinion publique qu'elle vous identifie comme le référent sur la question de la santé mentale à côté des différentes parties prenantes ». Ici, on note l'introduction de la notion d'« opinion publique », qui est donc la matière sur laquelle se proposent de travailler les publicitaires, attendu que c'est là leur compétence spécifique. Pour autant, cela peut apparaître également comme un énoncé performatif, dans la mesure où les publicitaires souhaitent travailler sur un concept qu'eux-mêmes contribuent à créer en l'introduisant dans leur exposé – cela rejoint notamment l'idée de Patrick Champagne, et de l'existence des sondages comme outil utilisé par les journalistes afin d'imposer les thèmes à aborder auprès des hommes politiques[359]. De plus, le terme de « référent » suppose que la vision du monde promue par les commanditaires doit être naturalisée au sein de l'espace public, devenir la vision considérée comme vraie et juste.

Intitulée « en synthèse », la diapositive suivante finit de « planter le décor » autour de la question des troubles psychiques, avec une image très négative donnée alors au traitement

[359] Patrick Champagne, *Faire l'opinion. Le nouveau jeu politique*, éditions de Minuit, Paris, 1990.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

social et communicationnel de cette question, de cet objet : les termes de « virulence », « silence », « déni » et « rejet » sont ainsi les qualificatifs employés pour évoquer les attitudes que suscite la question des troubles psychiques.

Puis, la suite expose l'enjeu central de la communication, exprimé par le biais d'une question : « comment rendre l'opinion publique – indifférente dans le meilleur des cas – sensible à la question des troubles psychiques ? ». Il est intéressant de noter la forme que revêt ici la mise en scène choisie par les publicitaires ; effectivement, poser une question de cette manière implique qu'une réponse existe, et la mise en scène ainsi adoptée induit l'idée que seuls les publicitaires semblent être à même de fournir la réponse à cette question soulevée par les commanditaires. Quant au qualificatif de « sensible », il conserve une certaine imprécision concernant les attentes.

Viennent ensuite les « recommandations stratégiques », avec « les registres possibles », qui introduisent les différents registres de communication qu'il est possible de suivre dans une démarche communicationnelle en lien avec la problématique et la volonté générale des commanditaires, qui viennent d'être retracées. Pour chacun de ces registres[360], la même démarche est suivie : d'abord l'idée générale de message associée à ce registre, et ensuite les difficultés et risques encourus par un tel *modus operandi*. Cette façon de procéder semble apparaître comme une démonstration du savoir-faire des publicitaires, qui définissent les tenants et aboutissants de chaque choix méthodologique. En ce sens, cette stratégie correspond à un moyen de s'imposer dans « l'espace décisionnel » face aux autres mondes sociaux.

A la suite de ces registres, intervient « notre recommandation » (ce sont toujours les publicitaires qui parlent ici), où l'on trouve de nombreux effets de mise en scène, semblant ainsi marquer ce moment où les publicitaires tentent d'imposer leur vision du monde dans « l'espace décisionnel », en recourant à divers arguments et artifices aptes à faire évoluer le processus dans la direction qu'ils souhaitent donner à cette campagne. Il y a alors un jeu sur les pronoms, avec le passage du « vous » au « nous », qui semble signifier une tentative des publicitaires de rallier leurs interlocuteurs à leur point de vue, de les inclure au sein du raisonnement développé pour mieux les convaincre de sa pertinence et de son bien-fondé, en

[360] Les quatre registres proposés par les publicitaires étaient « la solidarité », « la révélation des solutions face aux maladies », « une campagne testimoniale » et « une campagne pédagogique ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

explicitant un lien supposé entre les attentes des commanditaires et la réponse apportée par l'agence de communication. Tout cela dans le but final d'obtenir l'agrément des commanditaires concernant la création publicitaire que TBWA va leur proposer.

La suite du raisonnement développé par les publicitaires s'appuie de nouveau sur le concept d'opinion publique, avec l'attitude de cette dernière face à la santé mentale et aux troubles psychiques qui est résumée par la phrase suivante : « les différences sont des dangers, il faut les enfermer ». La perception de l'opinion est de nouveau exprimée, à cet endroit, sous les traits d'une psychologisation qui sert à appréhender la réalité sociale, puisque la question de la stigmatisation est abordée au travers d'une somme de subjectivités individuelles (d'où la notion « d'opinion publique »), sans référence aux facteurs sociaux, déjà évoqués, qui favorisent cet ostracisme. Le contexte socio-politique semble favoriser cette manière de concevoir les problèmes, et donc les solutions à apporter. Suite à ce constat, la diapositive suivante, intitulée « regardons où nous voulons aller », présente alors l'idée vers laquelle les publicitaires souhaitent tendre, le thème général de communication : « dans un monde qui se proclame ouvert, le principal danger c'est l'enfermement ». Puis, sous cette phrase, la précision suivante : « c'est ce que nous appelons la vision et que nous voudrions installer grâce à la communication ». On a donc une nouvelle fois l'utilisation d'un jargon professionnel, d'un vocabulaire spécifique à la communication, comme forme de savoir ésotérique, et donc comme compétence spécifique, d'expertise.

Dès lors, les diapositives suivantes vont chercher à exposer comment veulent s'y prendre les publicitaires afin d'imposer cette « vision » dont il est question. L'idée centrale est formulée comme suit : « aujourd'hui notre société intègre la plupart des personnes souffrant de troubles psychiques ». Sous cette phrase, écrite en rouge, se trouve la précision « c'est ce que nous appelons la disruption, qui va servir de socle à la campagne ». Ce terme apparaît comme une nouvelle émanation de la culture professionnelle des publicitaires, et sera à ce titre repris par CC2, membre du CCOMS, lorsque celle-ci présenta de manière générale la campagne ainsi que l'affiche réalisée : effectivement, elle parla de l'utilisation de cette méthode de disruption, qui serait une méthode utilisée par TBWA dans la réalisation de différentes campagnes, et renverrait à l'idée qu'il faut casser la chaîne logique de représentations, pour faire réfléchir.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'ensemble de cette présentation renvoie aussi à une certaine idée de scientificité de la démarche adoptée, avec le passage progressif du sens commun – correspondant alors à la demande première des commanditaires – à un savoir propre, plus technique et théorique. En somme, c'est donc à l'élaboration progressive d'une problématique, à l'expression d'un problème dans un langage et une démarche de communication, que s'attelle ce document des publicitaires. Cet argument entre d'ailleurs en écho avec la vision du monde promue par le CCOMS et la FNAPsy, comme le confirme CC2 :

> Dans l'analyse sémantique qu'avait fait TBWA, ils avaient bien pigé que le nœud de la représentation, c'est vraiment le danger et l'enfermement. Et eux, ils disaient on ne peut pas attaquer les représentations, si on n'attaque pas ce nœud-là.

En revanche, l'UNAFAM était beaucoup plus timorée, selon les propos de CC2 ; quant à l'AMF, aucun avis concernant cette proposition de TBWA n'a pu être obtenu.

Ainsi, on voit à cet instant du processus que des divergences s'expriment entre acteurs sociaux, ce qui renvoie à des intérêts divergents dans le système : avec l'UNAFAM d'abord, ce qui est lié à la composition même de cette association, pour qui l'enfermement est une réalité qui peut être demandée : dès lors, centrer le propos sur l'exclusion – *a fortiori* pour responsabiliser la société sur le phénomène – amènerait à la culpabilité des familles, à qui l'on retirerait l'honnêteté et la moralité, en stigmatisant leurs propres pratiques.
Ensuite, si le CCOMS et la FNAPsy sont d'accord sur ce thème, cela ne semble pas renvoyer aux mêmes raisons : en tant que membres du « pays légal », les usagers sont enclins à ce choix car cette réalité les touche, ils doivent y faire face régulièrement. Au contraire, le CCOMS est d'accord pour des raisons plus morales, liées à leur militantisme se réclamant des Droits de l'homme et de l'idée de psychiatrie citoyenne. On note donc un phénomène intéressant ici : l'accord du CCOMS avec les publicitaires, quant au registre de communication à privilégier, se fait sur la base du partage d'une même vision sociale distanciée des choses, alors que pour les deux associations du « pays légal », le raisonnement est beaucoup plus conditionné par leur propre expérience des troubles psychiques. Ce phénomène fait ressortir le noyau autour duquel sont structurés les différents mondes sociaux en présence.

A la suite de la présentation des différents registres de communication possibles, un choix a été fait, et certains registres ont été écartés. Pour ce qui est de la proposition de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réaliser une campagne testimoniale, où des individus apporteraient leur témoignage, où ils relateraient leur propre expérience, cette piste a été écartée pour la simple raison qu'un tel *modus operandi* supposait que des individus soient prêts à témoigner à visage découvert. La volonté de ne pas risquer de stigmatiser davantage les personnes atteintes de troubles psychiques est apparue tout au cours du processus comme une contrainte de premier plan qui a participé à structurer le processus de production publicitaire. Cette contrainte structurante est évoquée par PUB2, puis par PUB1 :

> On avait la contrainte aussi, par rapport à ce contexte dans lequel on s'inscrivait, de ne pas vouloir stigmatiser à nouveau les gens. On a eu de gros gros débats en interne sur est-ce que l'on montre des gens ou pas ? Quel est le parti pris que l'on prend ?

> Si tu ne comprends pas vraiment la demande qui t'est faite, tu peux très vite partir dans des fausses directions, et faire finalement que les malades soient plus stigmatisés qu'autre chose, que tu crées une espèce de panique générale ou une paranoïa générale tu vois, en disant les malades, il ne faut pas les enfermer, il faut les soigner dans la cité. […] Donc les enjeux autour de ces campagnes, c'est avoir des thèmes justes dans les messages pour ne pas partir, avoir des effets indésirables quoi.

Cette façon de présenter la communication, en soulignant le fort pouvoir qu'elle recèle est un moyen indirect de s'imposer dans « l'espace décisionnel », puisque cela signifie alors qu'il faut savoir maîtriser les outils que l'on utilise, et que cela requiert donc un savoir particulier, que les profanes ne possèdent pas. Les commanditaires sont ainsi quelque peu disqualifiés au sein de « l'espace décisionnel », masqués qu'ils sont par la figure de l'expert qu'exhibent alors les publicitaires. Dans le même temps, cette psychologisation de l'intervention de la communication occulte la part de contexte social dans le phénomène de stigmatisation, puisqu'est accordé à la campagne un impact capable d'éliminer à lui seul toute autre considération socio-politique (ce qui est là le propos de la psychologisation en tant que technique de gouvernementalité) – les publicitaires expriment l'idée que leur intervention seule (à travers le message diffusé) suffira à renverser la stigmatisation, sans tenir compte des phénomènes sociaux qui y participent, et notamment le rôle des institutions dans la production des stigmates. Ainsi, seule la subjectivité individuelle est visée ; elle est considérée comme le seul lieu d'expression de la stigmatisation.

*A contrario*, pour des raisons de probité et de crédibilité, recourir à des mannequins, à des acteurs, se révélait chose non concevable, comme cela nous a été souligné par différents acteurs interrogés, dont CC2 :

> Il y a plusieurs questions : c'est est-ce qu'on prend les vrais patients ou pas, au risque de redoubler la stigmatisation ? Est-ce qu'on prend des acteurs au risque de diminuer la force du message, c'est-à-dire de dire « bon ben non, ce n'est pas des vrais », et puis finalement ça va renforcer le côté « ben oui, si on ne prend pas des vrais, c'est que vraiment il ne vaut mieux pas l'être ». Voilà.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans le choix du registre de communication, une certaine domination des publicitaires au sein de cette étape du processus semble se manifester, permise par une mise en scène de leurs compétences face aux commanditaires, phénomène sur lequel FAM3 ne semble guère être dupe :

> Les réunions, c'était classique. C'était des réunions avec les représentants du CCOMS, les représentants des associations, c'était classique. Et ça se passait d'une manière… C'est-à-dire que le milieu psychiatrique, il était très soumis. Ce qui m'a un peu, je ne dirais pas gêné, mais ce qui m'a contraint un peu à la mettre en veilleuse.

Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que FAM3 était conscient de cette domination des publicitaires sur les autres protagonistes du processus, ce qui peut se comprendre aisément eu égard à son ancienne appartenance au monde de la communication, qui lui confère les mêmes outils théoriques et conceptuels que les publicitaires. L'idée que les publicitaires ont su s'imposer à cet instant du processus se reflétait également dans les propos de CC2, qui confiait avoir été « bluffée » lors de la première proposition de campagne faite par TBWA : ainsi, cela signifie que les publicitaires avaient réussi à conquérir une légitimité face à leurs interlocuteurs. C'est d'ailleurs ce que nous confirme FAM3 à propos des commanditaires :

> Ils s'en remettaient totalement. Ils étaient contents d'abord, ils étaient contents de voir que le problème était pris… C'est-à-dire que là, on va dire que le signifiant a vraiment pris le dessus sur le signifié. Et c'était inévitable, parce que c'était la première fois, ils découvraient ces techniques. Les publicitaires sont des vendeurs d'enfer, c'est des vendeurs exceptionnels. C'est-à-dire d'une mauvaise foi superbe, bien armés, bien verbalisés. Ils sont dans la rhétorique.

L'idée que les publicitaires ont su s'imposer dans « l'espace décisionnel » face aux autres acteurs est manifeste dans cet extrait, tout comme cela sera encore souligné par la suite par ce même FAM3, lorsqu'il énoncera que les différents commanditaires « étaient très très dépendants, très très dépendants », ce qui constitue une autre manière d'énoncer cette légitimité acquise par les publicitaires à dire le vrai concernant cette campagne et la façon de s'y prendre. C'est d'ailleurs cette même idée que formule PUB2 au sein de l'extrait suivant :

> Je pense que c'est là où on a eu la chance quand même d'avoir la confiance des gens. Que ce soit le CCOMS, avec CC1 ou CC2 à l'époque, d'un côté, que ce soit USAG1, ils savaient ce qu'ils voulaient. Ils ne connaissaient pas la com', ils nous faisaient confiance. […]Il fallait du courage quand même de la part de ces assoc' pour nous suivre. Ils nous ont fait confiance.

Si les commanditaires leur faisaient confiance, c'est en partie car les publicitaires ont fait la démonstration de leur légitimité à s'exprimer au sein de « l'espace décisionnel » – avec notamment la projection de documents *power point* –, et ce grâce à la méconnaissance des destinateurs du milieu de la communication, qui a facilité, pour les publicitaires, la mise en scène de leurs compétences et de leur maîtrise d'une zone d'incertitude indispensable au maintien du processus de production.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Parmi les conseils donnés par les publicitaires, en lien avec la logique de la communication, le premier renvoyait à l'importance des éléments phatiques de la création, c'est-à-dire les éléments permettant la prise de contact avec le lecteur potentiel de la publicité. Cela passe notamment par une construction visuelle de la publicité assez simple pour être comprise dans l'instant par le lecteur, avec un parcours de lecture immédiatement perceptible : « la construction des messages obéit ainsi à une rhétorique visuelle dans laquelle la segmentation et la spatialisation du message articulent et soulignent les grands axes de l'argumentation »[361]. Cette importance de la prise de contact, de « l'entrée en matière », est ainsi exprimée par PUB2, lorsque lui est posée la question de ce qui fait la qualité d'une campagne :

> L'indifférence, je pense que c'est le pire. Donc une campagne réussie, pour moi, c'est plutôt une campagne qui ne laisse pas indifférent, enfin qui interpelle, qui suscite l'interrogation.

Ainsi, pour qu'une campagne soit réussie, il faut que celle-ci soit à même de susciter un intérêt, une attention, ce qui passe donc en premier lieu par les éléments phatiques de l'affiche – notamment le visuel et l'accroche. Pour autant, cela constituait ici une difficulté en raison même du sujet traité ; c'est une nouvelle fois PUB2 qui aborde cet aspect :

> Mais c'est vrai que c'était compliqué, enfin graphiquement et créativement, c'est une campagne sur un sujet où ce n'était pas facile, mais comme tout ce qui touche au handicap. Et en plus, un handicap mental on va dire, c'était super compliqué à représenter. Déjà, tu avais trois cent mille pathologies dans les troubles psychiques, et après, tu avais très peu, on va dire, d'expression extérieure de ces troubles, donc c'était super compliqué, surtout par rapport à cet objectif de déstigmatisation des personnes. Il y avait un vrai challenge sur l'expression de ce trouble-là.

Quant au second élément d'importance, il renvoie à la nécessité de faire un message simple, aisément compréhensible par tout un chacun – d'autant plus que l'objectif est de faire une campagne « grand public », contrainte structurante du processus. PUB1 puis PUB2 nous livrent ainsi la même recette pour réussir à s'imposer d'emblée cette contrainte de simplicité au sein de la création publicitaire :

> On travaille en général sur des grands panneaux, 4 par 3, pour le principe que c'est ce qui est le plus exigeant en format publicitaire, ça oblige à dire en très très peu de mots, parce que ça se lit à toute vitesse, tout ce qu'on a à dire. Donc on essaie d'être le plus efficace possible, c'est en général un très bon exercice pour formuler un message publicitaire.

> On savait ce qui fonctionnait, on sait que pour une affiche 4 par 3, tu les vois en deux trois secondes, pas plus. Donc, en deux trois secondes, il faut que tu ais surpris… Que tu ais réussi à interpeller les gens et à les faire s'arrêter devant ton affiche. Donc ça veut dire quoi ? Une accroche super simple, que tout le monde peut comprendre, qui est courte, courte au possible. Un visuel qui t'accroche, et une signature qui te dise ce qu'on va t'apporter ou qui te dise ce

[361] Jean-Michel Adam, Marc Bonhomme, *L'argumentation publicitaire. Rhétorique de l'éloge et de la persuasion*, Armand Colin, Paris, 2005, p71.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

qu'on te demande de faire. Donc voilà.

Au travers de ces deux extraits, c'est le même souci qui s'exprime : réussir à entrer en contact avec les lecteurs potentiels, capter leur attention en un minimum de temps et d'efforts – « être le plus efficace » doit ainsi s'entendre comme la nécessité d'être le plus percutant possible –, ce qui nous ramène ainsi à l'importance des éléments phatiques dont PUB2 fait d'ailleurs état. Quant à l'expression « on savait ce qui fonctionnait », elle renvoie à la compétence professionnelle, à la fois théorique et empirique, dont se réclame PUB2, à sa légitimité à s'exprimer.

Le choix du registre de communication à présent effectué, nous pouvons nous intéresser aux deux premières propositions créatives, qui ont finalement été refusées par les commanditaires.

## 2. Les deux propositions abandonnées

### 2-1 Jérôme, insomniaque[362]

Cette première piste écartée, avec Jérôme, insomniaque nous dit-on, fait penser aux photos de prévenus prises par la police, de façon stéréotypée : un individu photographié de face et portant un écriteau censé définir son identité. Sauf qu'ici, il n'est pas question de « nom/prénom/matricule », mais de son seul prénom sous lequel est apposée l'étiquette « insomniaque ». A côté, se trouve le slogan de cette affiche : « ce n'est pas en mettant les gens à l'écart qu'on les guérit » (qui correspond au construit social de santé publique du CCOMS, avec le lien opéré entre société et santé). Ces deux premiers effets de l'affiche induisent l'idée que, du fait du statut d'insomniaque qui lui est imposé extérieurement et qui le fige dans son identité (à l'instar de la photo, qui fige le temps en le résumant en ce seul instant), cet individu jeté en pâture aux yeux de tous est stigmatisé, qu'il est exclu. Si on y ajoute sa posture, et plus particulièrement l'expression et la façon dont il incline son visage sur le côté – avec un regard qui exprime à la fois un désarroi et la recherche d'une certaine compassion –, l'impression d'exclusion de cet individu s'en trouve encore renforcée. Le postulat de l'affiche est de responsabiliser les individus visés par la campagne : leur faire prendre conscience que leur attitude contribue à exclure les personnes porteuses de troubles psychiques, à rejeter ces dernières du fait d'une étiquette qu'ils imposent, et que cela ne

[362] Voir annexe 4.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

contribue pas à améliorer la santé de ces malades. Au travers du postulat de l'affiche, la psychologisation et la responsabilisation sont employées, puisque l'exclusion est réduite à une attitude individuelle – celle des cibles réceptrices (sans évoquer les phénomènes sociaux qui contribuent aussi, si ce n'est surtout, à cet ostracisme) –, face à laquelle les cibles réceptrices sont sommées de réagir en prenant conscience de leur attitude. L'influence de la gouvernementalité et du contexte socio-politique se trouve alors exprimée au travers de l'ingénierie symbolique employée par les publicitaires, qui reprend ces éléments contextuels. Puis, en bas à droite, se trouvent les logos des quatre instigateurs de la campagne : d'abord la FNAPsy, en dessous l'AMF, avec à sa droite l'UNAFAM, et enfin, clôturant l'ensemble et de taille plus imposante, le sigle de l'OMS (et non du CCOMS).

Par rapport aux contraintes structurantes émises dans le processus de production, les problèmes de cette affiche sont au moins de deux ordres : d'une part, le principe de ce *modus operandi* est problématique, car il suppose de montrer de « vrais malades », des personnes atteintes réellement d'un trouble psychique, problème dont il a été question auparavant et que résume ici PUB2 :

> Là, après, c'était toute la question de comment on fait un wanted ou pas autour de ce sujet-là, et c'était très très gratte poil finalement à accepter. Après, c'était pareil, il fallait qu'il y ait des vrais gens. Ce genre de campagne ne peut fonctionner que si, derrière, tu as des vrais insomniaques ou des vrais schizo je dirais, qui acceptent de poser.

Ainsi, le problème était de faire participer de « vrais » individus, ce qui posait problème aux deux associations, comme le confirment PUB1 et CC2 :

> Les familles et les malades étaient très hostiles à l'idée de montrer, les modèles, des gens quels qu'ils soient, parce que, d'une part, ça pouvait stigmatiser sur une catégorie sur toutes les personnes, parce qu'on ne pouvait pas faire cinquante portraits, et ensuite parce que ça nous obligeait quasiment à prendre des mannequins. On n'aurait pas pu trouver des gens qui acceptent de poser en se disant schizophrènes, je veux dire, ce n'est pas possible.
>
> Oui, et puis c'est vrai aussi que USAG1 était assez sensible à la question du risque, si on met les gens en avant, après ils vont se promener dans la rue, les gens vont dire « ah c'est le schizo qu'on a vu ».

On retrouve là le problème de la stigmatisation, de la réduction de l'individu à son stigmate, censé le définir dans l'entièreté de sa personnalité, dans son essence[363].

Quant au second problème, il renvoyait au slogan, qui parle de « guérison » : en effet, tous les troubles psychiques ne sont pas équivalents, et certains n'autorisent pas de guérison (comme la schizophrénie, par exemple). Egalement, comme il n'est pas question des troubles

[363] Ce sont notamment là les idées d'Erving Goffman. Voir à ce titre *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Editions de Minuit, Paris, 1975.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

psychiques en tant que tels au sein de l'affiche – ils apparaissent davantage comme le référent auquel renvoie implicitement ce référé qu'est l'ardoise porteuse de la pathologie de l'individu –, la compréhension du sens de l'affiche peut s'en trouver altérée – d'autant plus lorsqu'il est question, comme ici, d'un problème tel que l'insomnie, cette « crucifixion quotidienne » dont parlait Cioran[364], davantage considérée comme un symptôme que comme un trouble psychique en soi, selon les classifications des maladies, comme le souligne d'ailleurs CC2 :

> Il y a aussi l'insomnie qui n'est pas forcément un diagnostic… Enfin c'est plus un symptôme que vraiment un diagnostic, enfin une maladie en tant que telle. Ce n'est pas identifié dans le champ de la santé mentale.

Le cas de l'insomnie renvoie aussi au fait de considérer des symptômes assez banaux comme indicateurs de troubles psychiques, problème déjà entrevu avec le recours au *Mini* dans l'étude SMPG. Le CCOMS non plus ne semblait guère apprécier cette façon de procéder, comme nous le relate PUB1 :

> La deuxième chose qui nous gênait, enfin qui gênait beaucoup les psys, c'était qu'il fallait désigner les pathologies. Donc à partir de là, pour mettre d'accord les soignants entre eux déjà, autant dire que c'était perdu d'avance. Parce que si on doit savoir si on doit parler de dépression, si on doit parler de schizo, etc., si l'anorexie entre dans les troubles, enfin… de toute façon, on ne s'en serait jamais sorti, je pense, de ce projet-là.

On constate donc que, si le refus est commun à l'UNAFAM et au CCOMS, les raisons de celui-ci varient, en lien direct avec la vision du monde promue. Ainsi, partir sur une création publicitaire faisant état de pathologies est problématique pour le CCOMS, car les acteurs de ce monde social connaissent la fragilité des classifications psychiatriques, et pour l'UNAFAM, le qualificatif de « pathologie » s'attache préférentiellement aux formes psychotiques.

D'autres raisons, en termes notamment de création publicitaire, justifient ce refus, comme nous l'indique ici PUB1 :

> Ce qui a fait que ça a été abandonné, c'est que c'était une piste qui n'était pas totalement finie, elle comportait des problèmes importants en termes de, je dirais, mécanique du message, c'est-à-dire est-ce que la déclaration de principe « ce n'est pas en mettant les gens à l'écart qu'on les guérit » est immédiatement, spontanément, reliable. Je veux dire c'est le choc, c'est la confrontation, du visuel de la personne qui souffre d'un trouble et de cette affirmation, qui peut provoquer un petit étonnement publicitaire.

Pour PUB1, les raisons pour lesquelles cette possibilité a été écartée renvoient à la logique même de fonctionnement de la publicité, et notamment au joug de la compréhension immédiate, et de la maîtrise des effets de sens produits, qui doivent être interprétés et compris

[364] Emil Cioran, *De l'inconvénient d'être né*, Gallimard, Paris, 1987.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

par les cibles réceptrices conformément à la manière dont ils sont élaborés par les publicitaires. On note ainsi que les différents éléments de l'affiche, le slogan et le visuel dans le cas présent, se renvoient mutuellement du sens, et c'est la combinaison de ces différents éléments qui permet de construire le sens complet du message véhiculé. C'est d'ailleurs ce que précise PUB1 un peu plus loin dans l'entretien :

> Mais ce que je veux dire, c'est que ça nécessite un travail à un second degré qui, déjà, faisait que cette affiche n'était pas tout à fait efficace, parce qu'on ne décrypte pas du premier coup d'œil.

Cet extrait nous confirme que le problème posé, d'un point de vue communicationnel, est bien le fait que le message n'est pas compréhensible dans l'instant, mais qu'il nécessite un travail supplémentaire d'interprétation de la part de la cible réceptrice (ce qu'indique le verbe « décrypter »). Du même coup, l'efficacité argumentative de cette affiche s'en trouve affectée, et l'objectif communicationnel poursuivi ne peut être totalement assuré *a priori*.

### 2-2 La place publique vide[365]

Il s'agit de la représentation d'une place publique totalement vide, où se trouve une pancarte sur laquelle est inscrit « si on enfermait toutes les personnes atteintes de troubles mentaux vous ne seriez peut-être pas devant cette affiche ». Ces propos sont écrits de deux couleurs : en marron, jusque « troubles mentaux », et en rouge à partir de « vous ne seriez », scandant ainsi la phrase en deux parties par le biais d'une discrimination chromatique. Ce découpage propose un schéma de type argument/conclusion – équivalent, en termes sémiolinguistiques, au schéma données/conclusion dont parlait Charaudeau à travers la notion de « topos »[366]. Ce procédé facilite la compréhension en rendant plus manifestes les codes de lecture et de compréhension du sens de cette pancarte, et donc de l'intention communicative générale de cette affiche.

De plus, certains mots sont écrits en plus grands que d'autres : c'est le cas de « toutes », de « troubles mentaux » et de « peut-être », comme autant d'éléments d'importance, à retenir, au sein de cette pancarte. Ce qu'énonce cette pancarte, alliée à l'immensité vide qui la borde, crée donc un effet de renforcement mutuel, prompt à « frapper le lecteur », c'est-à-dire à l'interpeller d'abord visuellement, ensuite intellectuellement – c'est du moins le but apparent de l'opération – par l'effet de mise en scène produit par

[365] Voir annexe 5.
[366] Patrick Charaudeau, *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (théorie et pratique)*, Hachette, Paris, 1983.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'imbrication des différents éléments de l'affiche. L'implicite de cette affiche, ce qui est signifié, est l'idée que les personnes qui auraient dû être présentes sur cette place, même en faible nombre, n'y sont pas du fait d'un enfermement, lié aux « troubles mentaux ».

Sous cette affiche, se trouve le slogan : « ce n'est pas en mettant à l'écart qu'on guérit ». Il varie quelque peu de celui présenté sur la proposition précédente, puisque l'expression « les gens » a disparu : cela renforce à l'envi le fait que cette expression, dans l'image précédente, servait bien à amplifier l'effet de « Jérôme l'insomniaque qui est exclu » – soulignant que le slogan s'articule totalement à l'image, en l'explicitant et en renforçant ainsi le message que souhaite transmettre le destinateur. De surcroît, avec le slogan de cette affiche, l'effet générique de ce procédé d'exclusion se trouve renforcé, puisqu'il n'est même plus besoin de préciser qui il s'agit de ne pas exclure – le sens est induit du fait même de la présence de la pancarte.
Enfin, à droite du slogan, se trouvent les quatre logos des commanditaires, dans les mêmes proportions que pour l'affiche précédente.

Cette proposition semble davantage emporter l'adhésion des publicitaires, qui lui trouvent un intérêt certain, en évaluant sa valeur sous le prisme de leur univers social d'appartenance, comme l'évoque en premier lieu PUB1 :

> Deuxième titre, qui était plus intéressant je pense, créativement. […] Donc là, c'est déjà une mécanique très proche de celle qui a été retenue à la fin, qui est de prendre… de renvoyer à un questionnement, de renvoyer à la personne qui regarde, et qu'elle se pose la question. Et puis là, on est plus dans le message que… que ce questionnement débouche sur « mais il y a beaucoup de personnes atteintes de troubles psychiques ». Et il y a l'idée, visuellement en tout cas, qui du coup introduit bien la signature qui est « ce n'est pas en mettant à l'écart qu'on guérit », que ces personnes doivent être dans la vie quotidienne, doivent être dans la rue, dans les lieux publics, etc.

Cette proposition semble davantage séduire PUB1, qui la considère positivement en se basant sur son *ethos* professionnel – d'où cette précision que, « créativement », cette affiche était plus intéressante, car elle est moins courante, moins souvent réalisée en communication. Cette plus grande créativité est donc appréciée par PUB1, car on peut supposer qu'elle aura davantage de chances de retenir l'attention de lecteurs potentiels. Egalement, l'intérêt de cette proposition est qu'elle est plus aisément compréhensible que la précédente, qui demandait davantage d'efforts d'attention et d'interprétation. Quant au terme de « mécanique », il tend à indiquer que l'évaluation de cette publicité se fait selon le processus d'interprétation qui est requis en visionnant cette affiche. En outre, l'idée de « renvoyer à un questionnement »


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

apparaît comme une déclinaison de la responsabilisation des individus recherchée au travers du message, qui sont mis face à cette réalité.

PUB2 semble partager l'enthousiasme de PUB1 concernant cette proposition ; c'est du moins ce qui transparaît dans les propos suivants :

> Je trouve que la démonstration par l'absurde elle était super évidente. […] Mais tu ne pouvais pas ne pas t'arrêter sur cette affiche, et lire le panneau, et donc te sentir concerné ou prendre conscience que comment ça je ne serais peut-être pas devant cette affiche si. Et après, ça c'est typiquement des campagnes publicitaires qui te servent à créer une prise de conscience dans tes premières prises de parole. […]. Là, tu interpelles fortement. Tu fais prendre conscience du contexte sur le sujet.
>
> Donc celle-ci, elle était très impactante pour moi, pour créer la phase de conscience, et aller jusqu'au bout de la démonstration sur l'absurdité de nos comportements à nous, et que l'enfermement n'est pas la meilleure des solutions, ou que la stigmatisation n'est pas la meilleure des solutions.

D'après PUB2, en proposant un raisonnement par l'absurde, l'affiche possède davantage de chances d'interpeller les lecteurs potentiels, et donc de réussir à les toucher en les amenant à un questionnement personnel, en créant une « prise de conscience », et donc une responsabilisation de ces individus, but avoué de la manœuvre. Dès lors, le fait que « tu interpelles fortement », que cette affiche est « très impactante », est adoubé, lorsque ce phénomène est rapporté à l'*ethos* professionnel des publicitaires.

USAG1 partageait aussi cet engouement pour cette affiche, qui lui paraissait des plus pertinentes quant aux intérêts de son propre monde social, comme il le confirme ici :

> Ca, c'est une affiche qui sert à quelque chose ! Alors tout d'abord, vous voyez, déjà elle est sympa, parce que déjà on dit tiens un panneau. Donc un panneau, tout de suite, on a envie de lire. En plus, ce panneau, il a des grandes lettres, des petites lettres, ça donne envie hein, c'est vrai, quelque part. Ca interpelle, mais alors toutes, et là « vous ne seriez pas devant cette affiche ». Ca, les gens vont dire « mais non, ce n'est pas vrai, pas moi », mais… ça va réfléchir. Il y a un moment donné, il y aura quelque chose, on réfléchira.

USAG1 met ainsi en avant l'attrait phatique de l'affiche (« on a envie de lire », « ça donne envie », « ça interpelle ») pour souligner son efficacité. Cette affiche retient aussi son attention, puisqu'elle est censée provoquer une réflexion chez les cibles réceptrices, les amener à se questionner sur leur attitude, ce qui est l'un des buts principaux énoncés autour de cette action de communication. Cela ressort d'ailleurs encore plus clairement dans la suite de l'entretien :

> Parce que, si on avait mis ça, il y a des gens qui auraient dit « oh ces fous, ils nous font chier », mais ils y auraient pensé. Il y en a d'autres qui auraient dit « c'est vrai, on les enferme ». Tout le monde aurait gardé ce truc, il ne voit pas la même chose vous l'enfermez. Ca aurait été violent, et en plus, ça aurait été une campagne qui aurait servi dans toutes les stigmatisations.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ces propos soulignent la force attribuée supposément à ce type de communication, marquant les individus, et augmentant ainsi les chances de mémorisation de la campagne et de son message « choc ».

Mais cette proposition a été refusée par les commanditaires, en dépit de l'agrément qu'elle semblait susciter chez les publicitaires. C'est un instant particulier du processus, puisque l'expertise des publicitaires semble alors relativisée, moins prégnante sur le déroulement du processus que précédemment. Un premier élément de compréhension des raisons de ce refus nous est donné par PUB2, pour qui, c'est justement le côté « choc » de l'affiche qui a conduit à ce choix :

> Ca, c'est un truc qui est assez transversal à toutes les assoc', […] il y a un blocage sans arrêt, d'une manière ou d'une autre, pour que ce soit humaniste. Et là, c'est vrai que, du coup, c'était totalement déshumanisé, mais volontairement, parce que c'est le truc, la démonstration jusqu'au bout, en montrant que, si tout le monde était enfermé il n'y aurait pas foule, parce que, au final, une personne sur trois est atteinte d'un trouble psychique au cours de sa vie, que ce soit de l'insomnie comme de la schizophrénie. […] Mais typiquement, les associations ont énormément de mal avec ce genre d'axe créatif, parce que c'est déshumanisé.

Les commanditaires de la campagne, et plus précisément les associations du « pays légal » semble-t-il, ont refusé cette proposition pour les raisons mêmes pour lesquelles les publicitaires l'ont proposée (« c'était totalement déshumanisé, mais volontairement »). Par ailleurs, cette volonté de faire une publicité « humaniste », et de refuser un raisonnement plus élaboré, peut renvoyer à la plus grande difficulté de distanciation dont font preuve ces deux associations, en lien et prise directs avec l'objet dont il est question, les troubles psychiques. Et ce d'autant plus que chez certains des commanditaires, cette proposition semblait être assez séduisante, à l'instar de CC1 et de CC3, qui émettent quand même certaines réserves en lien avec la volonté de ne pas être trop véhément dans le propos :

> La deuxième chose, ça, moi j'ai trouvé ça excellent […] Le problème, c'était le visuel, et puis c'est un message à double tranchant aussi. Vous ne seriez peut-être pas devant cette affiche, vous n'auriez pas le temps de la lire. Là, ça a un côté publique, parce que, là, on est amené à se positionner : est-ce qu'on est devant ou derrière l'affiche, est-ce qu'on est lui ou pas lui ? Ca c'est quand même des trucs…

> Je trouvais ça pas mal, ça touche les gens, vous ne seriez pas devant cette affiche, en gros ça peut vous concerner aussi. Ouais, je trouve pas mal. Pour un premier temps, par contre, c'est un peu trop choc, tu vois […]. Ca, c'est quand même un peu coup de poing. Et c'est vrai que, dans un premier temps, ça peut avoir un effet contre-productif.

Le « message à double tranchant » est gênant, car les implications sémantiques d'un tel message auprès des cibles réceptrices sont très incertaines, ce qui dénote que, si la responsabilisation des individus est recherchée, elle est tout de même limitée pour ne pas


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

générer « d'effets contre-productifs », en ne maîtrisant pas les effets du message dans sa réception.

Mais c'est l'UNAFAM qui s'est montrée la plus particulièrement opposée à cette affiche, qui a émis un refus catégorique, comme le confirment CC3 et CC2 :

> Alors, ce qui n'a pas marché du tout, c'est, notamment les familles ont dit le côté enfermement ils ne voulaient pas en entendre parler.

> Et là, ça a fait bondir l'UNAFAM. Ce qui peut se comprendre aussi […], la question de l'enfermement c'est quand même quelque chose de difficile au niveau de l'UNAFAM, parce que les parents peuvent être amenés à signer des hospitalisations à la demande d'un tiers, donc à demander à ce qu'on enferme entre guillemets. Dans la pratique, c'est souvent comme ça, et c'est vécu de manière très culpabilisante de la part des parents. Donc il leur a semblé qu'il ne fallait même pas utiliser le mot. Ce n'était pas possible.

Ce refus de l'UNAFAM de voir son nom associé à une campagne évoquant l'enfermement se comprend aisément, en raison de sa structuration et de ses propres intérêts. Fort logiquement, ils ne peuvent être intéressés par une campagne culpabilisant cet enfermement, même si cela se fait dans une optique différente de l'enfermement tel qu'il peut être demandé par ces familles. Néanmoins, souligner la responsabilité de chacun face à ce phénomène semble clairement aller à contre-courant de la structuration de l'UNAFAM en tant que monde social, et donc à l'encontre de ses membres.

Pour l'association de patients, ce refus d'aborder la question de l'enfermement a été vécu comme un échec, ce qui souligne de nouveau les intérêts divergents entre ces deux associations se réclamant du « pays légal » ; cela se confirme dans les propos d'USAG1 :

> Ils n'ont pas voulu à cause du mot enfermement. Mais on se dispute assez régulièrement sur internement. C'est marrant, parce que internement c'est un mot que j'ai toujours utilisé, et je me suis toujours battue avec l'UNAFAM. […] Donc cette campagne de déstigmatisation, c'était une excellente idée, à mon avis elle a été émasculée par le fait que l'UNAFAM a refusé « enfermer »… Parce que, franchement, si les gens avaient vu « si cette personne ne voit pas la même chose que vous, est-ce que vous allez l'enfermer ? », d'un seul coup, ça aurait interpellé leur réflexion. On ne l'a pas eu.

Certains termes ici en disent long sur la force du désaccord qui a opposé ces deux associations, ainsi que sur la perte de puissance et d'impact qui en résulte pour le message finalement diffusé : « je me suis toujours battue », « elle a été émasculée ». Cette mise en miroir des positions diamétralement opposées des deux associations du « pays légal » souligne la complexité de « l'espace décisionnel » créé par l'alliance de ces différents mondes sociaux, puisque trouver une réponse satisfaisant tous ces intérêts divergents s'avère fort complexe dans « l'espace décisionnel ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 3. La proposition adoptée : le test de Rorschach

Une troisième proposition des publicitaires a finalement emporté les suffrages des commanditaires. Réalisée sur un fond uni, la partie supérieure de l'affiche, proéminente par rapport au reste, représente un visuel formé d'une tache, à l'instar de celles utilisées dans le test de Rorschach. Sous ce visuel, se trouve l'accroche de l'affiche : « et si votre voisin voit autre chose que vous… vous en avez peur ? ». Cette accroche connaît également deux variantes, remplaçant « vous en avez peur ? » par « vous le mettez à l'écart ? » et « vous lui tournez le dos ? ».

Ces trois accroches, alliées à un visuel lui-même changeant selon l'accroche, semblent servir à amener le lecteur à se projeter, à partir de l'interrogation formulée pour se questionner lui-même. Partant d'un questionnement collectif, l'affiche passe ensuite à un autre registre, où c'est l'individu lui-même, sa façon de se comporter, qui se trouvent alors mis en exergue et passés au crible. Même si le contenu change, le principe reste le même : utiliser l'information comme registre psychologique, avec une attention concentrée sur les dimensions individuelles et psychologiques des phénomènes – il n'est ainsi pas question, par exemple, de mécanismes plus macro-sociaux ou plus systémiques, tels que les institutions qui contribuent à produire les représentations sociales et les attitudes discriminantes envers ces catégories de population (la psychiatrie de manière générale, l'hôpital, les médias ou bien encore les politiques, par exemple).

Egalement, la forme interrogative de l'accroche constitue un moyen supplémentaire d'attirer et de retenir l'attention du lecteur potentiel, en donnant l'apparence d'un dialogue à ce qui n'est jamais qu'un monologue qui ne se dit pas, comme l'évoquaient Adam et Bonhomme[367].

Ensuite, sous ces éléments, se trouve un texte, appelé « *body copy* » dans la terminologie professionnelle des publicitaires. Il s'agit d'une explicitation du sens que souhaite véhiculer cette création publicitaire, formulée en ces termes : « quand commence l'exclusion des personnes souffrant de troubles psychiques ? Sans doute dès le premier regard, celui de la société, celui de chacun d'entre nous. Pourtant, ce n'est pas en mettant à l'écart les personnes ayant des troubles psychiques qu'on les guérit. Chacun d'entre nous peut être concerné, de près ou de loin. Chacun peut voir sa vie familiale et sociale bouleversée. Obligeons-nous à regarder autrement les personnes atteintes de troubles psychiques et à mieux les intégrer dans notre société ».

[367] Jean-Michel Adam, Marc Bonhomme, *op. cit.*



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Sous ce texte, se trouve le slogan de l'affiche, qui résume le message véhiculé par l'affiche : « accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques ».
Entre le *body copy* et ce slogan, se trouve un cartouche avec les logos des quatre commanditaires, énumérés selon leur degré de proximité avec l'objet « troubles psychiques ». On trouve ainsi d'abord les usagers, puis les familles, les élus et enfin le CCOMS. Sous ces quatre logos se trouve également l'explicitation de la signification de ceux-ci (ainsi que l'adresse Internet du site dédié à cette campagne).
Enfin, inscrits en petit sous le slogan, sont énumérés les différents soutiens financiers de cette campagne.

Afin de favoriser le choix de cette affiche, les publicitaires disposaient d'arguments concernant la qualité professionnelle de cette affiche. Cela est notamment manifeste à travers ces propos de PUB1 :

> Ça a beaucoup plu. A la fois donc, on résout beaucoup de problèmes, on renvoie à un questionnement, on est sur quelque chose qui, visuellement, est beaucoup… est intriguant, qui peut attirer l'attention dans la rue.

Cet extrait dépeint l'attrait de la proposition au travers de la satisfaction simultanée des contraintes structurantes et de l'*ethos* des publicitaires. L'existence de moyens phatiques spécifiques permet une certaine qualité de création publicitaire, avec des éléments qui ont de grandes chances d'attirer l'attention, et donc de permettre une prise de contact réussie avec un lecteur potentiel. Dans le même temps, les contraintes structurantes sont respectées tout en conservant la responsabilisation individuelle comme mode de traitement (« on renvoie à un questionnement »).
PUB2, elle, semble apprécier cette création pour les mêmes raisons que PUB1, à savoir pour sa capacité à interpeller et à susciter une interrogation de la part du lecteur :

> Et au résultat, au final, je trouve qu'on a une très belle campagne, avec une très belle signature, des accroches qui, quand tu les voyais, quand tu les lisais, elles t'interpellaient forcément, parce qu'elles te prenaient à contre-pied, par rapport à toi, ton attitude et au comportement que tu pouvais avoir à un moment donné.

Une nouvelle fois, les points forts de cette affiche semblent être la prise de contact réussie avec le lecteur potentiel, car cette création est censée l'interpeller, le déstabiliser quelque peu dans ses certitudes – on retrouve là l'idée du « contre-pied », avec une campagne qui irait alors à l'encontre des représentations sociales dominantes sur la question des troubles psychiques – et, à terme, l'amener à un questionnement sur son propre comportement individuel, soit le couple psychologisation/responsabilisation comme attrait du message.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 4. La validation de la piste créative (T4)

Pour comprendre les raisons ayant motivé les choix effectués par les commanditaires, il est utile de rappeler qu'il s'agit ici de la première campagne du genre en France, et il est apparu important pour ses protagonistes de prendre en compte cet état de fait dans leur jugement. Ainsi, la volonté de ne pas choquer le public s'est avérée très présente tout au long du processus, et c'est donc par cet aspect que nous allons débuter notre présentation.

## 1. La volonté de ne pas choquer

L'absence antérieure de campagnes de grande ampleur sur le sujet est un élément de premier ordre à prendre en compte pour comprendre les choix qui ont été faits, comme nous l'indiquent successivement les propos qui suivent :

> Peut-être que si on avait fait la campagne, ou une deuxième campagne dans trois-quatre ans… Enfin bon. On peut utiliser d'autres visuels, ce sera plus facile. C'est quand même la première campagne qui sort. (CC4)

> Et c'est encore une fois un premier temps de communication, un premier temps de sensibilisation, c'est très discutable, c'est très intello, bon. […] Là on est vraiment à T0 de la communication, OK on en parle, on sensibilise, on fait sortir. (CC3)

> Sur les problèmes de la communication des problèmes de santé mentale, on est au début. On n'a pas encore débuté. On n'a pas débuté, on n'a pas débuté. (FAM3)

> La campagne qu'on a faite, c'est tout de même celle qui nie le moins en fait. Mais bon. Elle nie le moins, donc c'est comme l'homéopathie, on n'est pas sûr que ça ait de l'effet, mais bon on est sûr qu'elle n'est pas néfaste. C'est ça qu'il faut voir, parce qu'il y a tellement d'intérêts en dessous. Là, on a été maître de tous les intérêts. On défend vraiment les intérêts fondamentaux (CC1)

Dans la dernière citation, la campagne est appréciée en soulignant son absence d'effets négatifs bien plus qu'un quelconque bénéfice retiré de la campagne en tant que telle. Quant au fait de rester « maître de tous les intérêts », l'expression renvoie au respect des contraintes structurantes dans le processus de production, qui souligne que la production s'accorde au construit social de santé publique.

Il semble que tout le travail d'ingénierie symbolique reste encore à faire, puisque cette campagne ne constitue qu'une amorce de traitement sur ce sujet, elle permet simplement de placer le sujet sur la place publique, et de donner corps à la construction sociale de la santé publique, dans une logique symbolique (« on fait sortir », « on est au début »). Le souhait de ne pas choquer, de ne pas obtenir d'effets indésirables, semble ainsi être l'une des volontés


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

majeures des commanditaires de cette campagne, comme le laissent entendre ces propos de CC3 :

> Quand tu abordes ça avec les gens, il faut y aller vraiment avec des pinces, parce que sinon [fait le signe de se replier sur soi]. Et on le sait : quand tu abordes des représentations sociales chaudes, sensibles, c'est comme les dents, c'est comme une plaie purulente ou quoi, l'organisme va se défendre. Et des fois, ça va avoir un effet de, je ne sais pas, je dirais de rigidifier la structure de la représentation sociale autour d'un noyau antérieur, et tu vas faire pire que mieux, parce que, après, pour le redécrotter, ça va être compliqué. Pour le ré assouplir ou le remettre en question, ça va être compliqué.

De fait, le construit social de santé publique, concernant la perception négative de la santé mentale (donnée issue de SMPG) a conduit à concevoir le processus de production de manière prudente, pour ne pas accroître ces préjugés. La mise en problématique, en ce sens, a contraint la suite du processus quant à la manière de procéder.

Pour autant, cette façon « feutrée » de vouloir traiter le sujet ne plaît guère à certains acteurs du processus, comme FAM3 et USAG1, qui déplorent ce registre de communication :

> En France, tout est mou, *soft*, comme si les gens ne pouvaient pas entendre. […] Voilà : on fait quelque chose, mais il ne faut pas taper trop fort, parce que ça risque de choquer les gens, les gens ne sont pas prêts, tout ça.

> C'est malheureux, mais il faut des chocs. […] Ben pour attirer l'œil ! Notre œil, surtout, est sollicité beaucoup plus qu'il ne peut enregistrer, donc l'esprit trie. Maintenant, ce qui nous choque dans notre vie actuelle, je suis désolée, ce n'est pas… ou c'est le très beau ou c'est le très moche. […] Si vous ne faites pas un choc, ça ne marche pas. A notre époque hein.

Cette volonté de choquer, outre la dimension phatique et de mémorisation qu'elle engendre, est également à relier à la structuration militante de la FNAPsy, pour laquelle la question de l'enfermement est un point important, le principal même à étudier, et non à éluder, dans le cadre de cette campagne.

Passons à présent à une étude détaillée des discussions qui se sont déroulées autour de chaque élément de l'affiche.

## 2. Les différents éléments de l'affiche

### 2-1 Le visuel

Le choix du test de Rorschach, retenu par les commanditaires, a été fait d'abord pour ses capacités ludiques, de projection des individus sur ces formes mal définies :

> Donc là-dessus, le choix de la tâche de Rorschach est tout de même un bon choix, parce qu'il s'est imposé. Il projette sur l'individu, pour certains c'est affreux, pour d'autres c'est très bien, il y en a qui jouent, il y en a qui ne jouent pas. Enfin ça ne laisse pas indifférent, et puis tant mieux c'est ce qu'on voulait, qu'il puisse y avoir une première prise de conscience de l'importance des troubles psychiques. (CC1)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Ca crée une dimension de mystère, qu'est-ce que c'est que ça quoi ? Alors du coup, on se pose une question, qu'est-ce que c'est que ça, qu'est-ce que ça représente, qu'est-ce que ça a à voir avec ? (CC4)

Mais ce visuel ne semble pas susciter l'adhésion de tout le monde. L'UNAFAM, et plus particulièrement ici FAM1, ne semble guère apprécier ce choix, en raison de la structuration de son monde social d'appartenance :

> Et puis, pour certains, l'image de Rorschach, elle est angoissante, difficile. Et c'est vrai, je trouve, que l'image, elle est difficile. […] Et puis pour les familles de l'UNAFAM, le Rorschach, c'est un très mauvais souvenir, car certaines d'entre elles ont dû passer le test.

CC2 a également fait état des « réactions viscérales » que pouvait susciter l'affiche chez certains membres de l'UNAFAM, qui émettaient justement cette idée que l'affiche faisait peur.

Mais d'autres acteurs émettent aussi des réserves sur ce visuel, en raison de son côté abstrait :

> Ca me paraît un peu abstrait. Mais bon, en même temps, ça permet aux gens d'imaginer. (CC4)

> Cette histoire de test de Rorschach, ce n'était pas plus mal qu'autre chose. On aurait pu trouver autre chose hein. Mais ce n'était pas plus mal qu'autre chose. (USAG1)

Un autre reproche fait à ce visuel concerne le possible élitisme qu'il présente, puisque ce test est connu principalement des acteurs sociaux insérés dans l'univers de la psychiatrie, et pas nécessairement par le grand public. Cet aspect a été soulevé notamment par CC3 :

> Il y a ce côté un peu intello et en même temps que je trouve génial, alors pour moi, ça parle parce que j'en ai fait passer pas mal des tests deRorschach. Donc il y a ce côté-là.

Néanmoins, au moins deux arguments ont été donnés par les publicitaires pour contrer ce reproche d'élitisme, et ont été acceptés par les commanditaires. Ces deux arguments sont restitués par CC4 et CC3 :

> Il paraît que c'est quelque chose qui est beaucoup plus généralisé maintenant. Enfin c'est ce qu'ils ont dit, ça se fait beaucoup dans les entreprises. Je ne sais pas.

> Il faut savoir ce que c'est. Et en même temps, la réponse qui nous a été faite à ça, et à laquelle j'adhère complètement, c'est que ce soit le Rorschach ou pas on s'en fout. C'est une tâche et le côté projectif, ça marche.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'une des raisons qui font que ce test est beaucoup plus connu aujourd'hui renvoie à son utilisation dans plusieurs publicités, en raison des implications de sens qu'il engendre[368].
Dans le deuxième extrait, l'intérêt du visuel réside dans les capacités projectives qu'il autorise, et qui fait alors perdre toute son importance au fait de connaître ou non le type de test psychologique auquel il renvoie. Dans cet extrait, se manifeste aussi l'influence des publicitaires quant au choix opéré (« la réponse qui nous a été faite »). Les deux extraits indiquent la revendication de la maîtrise de la zone d'incertitude dévolue aux publicitaires dans le système à cet instant du processus.

Dans les archives de la campagne, d'autres raisons avancées par les publicitaires pour justifier le choix du visuel ont été trouvées. Ainsi, l'emploi du test de Rorschach aurait une double lecture, à savoir : « une méthode qui fait référence pour les professionnels de santé » et « un jeu ludique pour le grand public ». En outre, ce visuel est considéré par les publicitaires comme « un territoire visuel spécifique et impactant », engendrant une « légitimité de fait », ainsi qu'une « mémorisation et attribution fortes » – soit deux moyens phatiques de premier ordre, de sa capacité à ne pas passer inaperçu. Nous sommes bien là en présence d'arguments de professionnels de la communication, arguments présentés sur fond de concurrence et de différenciation par la création pour s'imposer dans « l'espace décisionnel ».

### 2-2 L'accroche

Trois visuels différents ont été utilisés dans cette campagne, car la diversité des thèmes abordés est perçue comme un moyen de toucher un maximum d'individus, comme le confirment PUB2 puis CC3 :

> C'était pour avoir trois accroches différentes, et mieux permettre une identification de chacun sur la question. Il y en avait trois différentes, qui jouaient sur trois curseurs différents.

> S'il voit autre chose, tu en as peur, tu lui tournes le dos : alors peur c'est bien, parce qu'on sait les idées de dangerosité, alors qu'on sait que ce n'est pas vrai. Alors peur, elle va vraiment sur dangerosité, tourner le dos elle va sur exclusion, enfin tu vois, je trouve que les slogans on voit qu'on a réfléchi quand même un petit peu là derrière.

Le choix de ces accroches a été fait en tentant d'anticiper la réaction du public, de la cible réceptrice (d'où ce terme d'« identification »), en choisissant des messages ciblés précisément (ce que dénote le terme de « curseur »). Cet aspect ciblé et réfléchi des messages est de

[368] Le test de Rorschach est employé pour vanter les mérites de deux marques automobiles (un spot télévisé et une affiche) et d'une marque informatique (sous la forme d'affiche)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

nouveau à mettre en lien avec la peur de stigmatiser davantage les troubles psychiques. Dans les trois cas, la technique employée est la même : poser une question pour tenter d'amener les cibles réceptrices à une réflexion personnelle sur leur attitude, et donc à une responsabilisation des individus.

Concernant ces accroches, quelques discussions ont eu lieu, notamment car la FNAPsy souhaitait avoir une version parlant d'enfermement. Dans les archives de la campagne, une quatrième accroche existait, où il était justement fait état explicitement de cet enfermement : « et si votre voisin voit autre chose que vous… Vous le faites enfermer ? ». Or, cette accroche n'a finalement pas été retenue, et elle ne se retrouvera plus jamais au sein d'aucun document réalisé par la suite dans le cadre de cette campagne. C'est l'UNAFAM qui s'est opposée à ce choix, comme le confirme CC1 :

> Ca n'a pas été évident évident, en particulier la FNAPsy souhaitait mettre sur les affiches « si votre voisin voit autre chose, est-ce que vous le faites enfermer ? ». Et il n'y a pas eu moyen de le faire passer avec l'UNAFAM, étant donné que l'UNAFAM c'est les parents, et pour eux, c'est un peu plus délicat, parce qu'il y a une culpabilité terrible, que c'est une décision qui est difficile à supporter dans les familles, et ils ne voulaient pas être complices de l'enfermement.

De nouveau, c'est l'opposition frontale entre les deux mondes sociaux du « pays légal », aux intérêts divergents, autour de la question de l'enfermement. Le maintien de la pérennité du processus de production, avec l'alliance des quatre mondes sociaux, engendre le choix de laisser cet aspect de côté, au grand dam de la FNAPsy.

Du même coup, afin d'aborder la question de l'ostracisme dont sont victimes les personnes atteintes de troubles psychiques, l'expression « mettre à l'écart » a été privilégiée, car elle apparaît plus floue et moins ciblée que celle « d'enfermement », comme le confirme CC2 :

> Voilà. C'est pour ça qu'on est passé à « mettre à l'écart ». Donc ça, je pense qu'il y avait cette question de l'enfermement.

Le choix de cette expression semble être un compromis entre l'attente de la FNAPsy, évoquer l'enfermement, et le refus de l'UNAFAM d'employer explicitement le terme. C'est une tentative de conciliation entre les deux mondes sociaux en opposition dans « l'espace décisionnel ». Il s'accorde aussi avec le mot d'ordre de l'OMS de 2001 : « non à l'exclusion, oui aux soins ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Enfin, le choix du terme de « voisin » ne doit rien non plus au hasard, puisqu'il mise sur la proximité avec la cible réceptrice – cet « autre » dont il est question n'est plus ainsi un être lointain, flou, mais celui qui se trouve dans une proximité quotidienne. Ce vocable est censé permettre une meilleure identification, et donc interrogation de la part des cibles réceptrices :

> C'est pour ça que la campagne finalement elle le dit : « et si votre voisin voit autre chose que vous », ça implique la personne en même temps. C'est-à-dire que moi je peux voir quelque chose, mon voisin peut voir autre chose, mais ce n'est pas votre voisin qui voit ça, pourquoi voulez-vous le mettre à l'écart ? (CC2)

> Ils comprennent quand ça touche quelqu'un de proche, qu'ils ont connu. (USAG1)

> Enfin nous, on ne l'avait pas vu, pour que ça fasse plus proche, naturellement on a pris le terme le plus adéquat, c'était le mot voisin. Et ça nous alors, on n'est pas sur le terrain, donc c'est ça qu'ils nous ont envoyé, c'est que c'est toujours une affaire de voisins, le voisin de bureau, le voisin de palier. Donc le mot voisin, le voisinage c'est presqu'un concept de territoire de communication des troubles psychiques. C'est vraiment hyper important, c'est l'autre, etc., voilà. (PUB1)

Les commanditaires ont, semble-t-il, réussi à imposer le terme « voisin » dans l'accroche, en arguant de leur expérience concernant cette question, extérieure à la zone d'incertitude maîtrisée par les publicitaires (« on n'est pas sur le terrain », dixit PUB1). De plus, « voisin » s'accorde avec la recherche d'empathie et de projection des cibles réceptrices, plus à même ensuite de susciter un questionnement individuel de leur part.

### 2-3 Le slogan

Notre propos se fera ici très laconique, car peu de données permettent d'aborder ce point. Le choix du slogan a été aisé aux dires des protagonistes, car il découlait des autres éléments de l'affiche. Il consiste principalement à résumer de manière courte et percutante le registre général du message qu'est censé véhiculer l'affiche. C'est d'ailleurs ce que confirment PUB1 et CC4 :

> Ce slogan il ne fonctionnait qu'avec cette affiche, l'un ne va pas sans l'autre. Donc on est dans une mécanique assez classique en pub, qui est interpellation rendue percutante par la confrontation entre le visuel et un texte, qui donne envie de comprendre, qui me parle et qu'est-ce qui me dit, on tombe sur la signature, voilà.

> Le slogan, ça a été facile. Une fois le visuel choisi, comme on était dans le respect de la différence, enfin de l'altérité, comme là la campagne était la tolérance, la solidarité et avant cela, c'était l'acceptation de l'autre comme différent, de l'altérité, ça coulait de source.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'emploi du terme de « mécanique » indique que le *modus operandi* utilisé au sein de cette affiche fait partie des « ficelles du métier » publicitaire, et est d'ailleurs employé fréquemment par l'agence TBWA, comme le rapportent PUB1 puis PUB2 :

> Et cette signature, ça fait partie des types de signatures qu'on fait ici, où on préfère des signatures qui sont des phrases, en mots de tous les jours, enfin qui ne sont pas des mots ou des trucs trop ramassés ou trop… Voilà. Enoncer quelque chose. C'est plus une déclaration de principe en fait hein : « accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques ».

> Il nous fallait trouver une signature impactante, et qui dise… Enfin qui se trouve un petit peu en contre-courant de tout ce qu'on avait fait, et c'est comme ça qu'on a trouvé la signature « accepter les troubles psychiques, ça vaut aussi pour les troubles psychiques ».

Réaliser un slogan, une signature, avec des mots simples, est à relier à la volonté de s'adresser à tout le monde, ce qui nécessite d'employer des termes ne requérant pas un capital scolaire ou culturel trop élevé. Une nouvelle fois, le terme « impactant » se retrouve dans la bouche de PUB2, ce qui montre l'importance de cet aspect au sein de son ethos professionnel.
De plus, ce slogan illustre le registre de la responsabilisation des individus, priés d'intégrer cette maxime comme information, pour agir en conséquence.

Le slogan semble d'ailleurs également avoir plu à USAG1, car il prône l'acceptation de la différence, problème épineux pour ceux qui sont le plus souvent placés dans une situation d'altérité vis-à-vis des normes sanitaires et de pensée :

> Oui, ça c'est bien, ça c'est bien. Oui ça, bon, c'est un bon slogan, oui. Oui, parce que accepter les différences, c'est quelque chose que tout le monde connaît. On en parle, on en parle, c'est bien dans l'imagerie populaire, accepter les différences, on voit tout de suite autre chose.

### 2-4 Le *body copy*

Ce texte, non en lien direct avec des savoir-faire communicationnels, a été rédigé pour l'essentiel par les commanditaires de l'étude, qui le soumettaient ensuite aux autres acteurs de la campagne pour validation. Il a connu quelques évolutions au gré du temps, avant d'en arriver à sa forme définitive. De plus, avec l'obtention du label « campagne d'intérêt général », ce texte sera retravaillé et évoluera ainsi quelque peu dans sa forme. L'intérêt de ce texte est qu'il apparaît comme un moyen de partir du comportement individuel, suggéré par l'accroche, pour ensuite arriver à une réflexion plus générale, plus sociétale, comme le souligne CC3 :

> Troisième temps qui est le petit texte sur lequel on a tous pas mal planché aussi, remanié, l'exclusion, le regard de la société, que ça change mais pas sur tout. On part de l'individuel pour aller vers le social, et ça j'aime assez comme idée. Là, c'est ton voisin ou ton pote ou ta mère ou toi, et après on te sensibilise sur un truc voilà élargissement, et là un autre élargissement.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le fait que ce soit surtout les commanditaires qui aient travaillé sur ce texte induit l'idée que seuls ces derniers étaient à même d'évoquer cet aspect dans sa dimension concrète, alors que les autres éléments de l'affiche retournaient plutôt de la compétence professionnelle des publicitaires, qui avaient alors une plus grande légitimité et, partant, une plus grande maîtrise de ces aspects. L'évolution du texte dans son contenu est, elle aussi, intéressante, puisque le texte débute en se centrant sur l'individu – registre psychologisant où un individu est appréhendé sans inscription sociale – pour déboucher ensuite sur une conséquence collective, reflet de la responsabilisation attendue du message de la campagne.

### 2-5 Le cartouche de logos

Le cartouche, dans l'affiche finalement retenue, et contrairement aux deux propositions écartées, est composé des logos des quatre commanditaires, qui sont tous de même taille ; ceci est une volonté délibérée, pour souligner l'alliance des quatre mondes sociaux, qui fait partie du construit social de santé publique.

> Ils avaient une demande, c'est de former un collectif, ça c'était vraiment très important. Ils voulaient montrer qu'ils étaient vraiment ensemble, donc c'est pour ça qu'on a fait un cartouche dans lequel on les a mis avec la même valeur, ils ont la même taille. Ca ne donne pas une signature super explicite hein, objectivement, à moins de se pencher sur l'affiche, on ne sait pas qui c'est. (PUB1)

> Après on a dit non, non, c'est tout le monde au même niveau. (CC2)

Ces extraits nous confirment l'importance de l'existence de cette alliance, aspect sur lequel la campagne doit également communiquer, *a fortiori* car sur les premières versions, ces logos n'étaient pas de la même taille. C'est donc une contrainte structurante émise par les commanditaires en direction des publicitaires, qui ont satisfait ce désir, en dépit de la mauvaise visibilité qui résulte de cette juxtaposition de quatre logos assez peu connus *a priori* du « grand public », mais qui s'intègre au construit social de santé publique.

### 2-6 Les choix de terminologie adoptés

Dans l'affiche, les termes « troubles psychiques » sont employés ; ce choix ne doit rien au hasard, mais a été mûrement réfléchi. En effet, les mots employés ont leur importance, et cet aspect n'a pas échappé aux commanditaires de l'étude, qui se sont montrés particulièrement attentifs à cet aspect. Dans les premières versions des affiches, les termes de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« troubles mentaux » étaient utilisés, comme l'évoquent successivement PUB1 et PUB2, les deux publicitaires de TBWA :

> On aurait préféré, nous on avait mis « pour les troubles mentaux », mais ça c'est pas possible, ce n'est pas dans les normes, ce n'est pas dans les normes OMS. Ben je pense que les gens parlent de troubles mentaux, mais enfin peut-être que si les pouvoirs publics, les malades, que tout le monde dit troubles psychiques, peut-être que, dans quelques années, tout le monde dira troubles psychiques, mais je pense qu'aujourd'hui on parle de troubles mentaux, de malades mentaux.
>
> A l'époque, on ne savait pas qu'il ne fallait pas dire mentaux.

L'option « troubles psychiques » ne provient pas des publicitaires, pour qui les termes « troubles mentaux » parlent davantage au « grand public », mais des commanditaires, qui en ont fait une contrainte structurante, liée au construit social de santé publique – plus particulièrement ici les données de l'enquête SMPG et la volonté de ne pas produire d'effets négatifs. Cet aspect nous est d'ailleurs confirmé à son tour par CC2 puis CC4 :

> La question aussi des troubles mentaux, on en a beaucoup discuté. Troubles mentaux, troubles psychiques, troubles psychiatriques, là il y a une thèse à faire sur la sémantique et le champ lexical de la folie actuellement.
>
> Ca paraît un peu plus soft que dire troubles psychiatriques, parce que c'est un terme aussi plus consacré.

Si l'expression « troubles psychiques » a été privilégiée par CC1, cela renvoie aussi à la volonté de se conformer à la taxinomie employée par l'OMS :

> Moi, j'avais défendu la position de l'OMS. « Troubles mentaux » renvoie à « malade mental », et « malade mental » renvoie à « fou » et renvoie à… Donc moi je voulais absolument qu'on sorte de la terminologie. Alors ça, l'enquête a bien aidé, sur les stéréotypes pour les malades mentaux, à ce que ça renvoyait […] Voilà, donc troubles mentaux, c'est déjà un diagnostic. Alors troubles psychiques, ça joue sur… C'est un cliché, les gens ils ne comprennent pas, donc ça, ça peut aller [rires].

L'aspect flou des termes permet d'en élargir la portée et de ne pas arrêter la définition sur une pathologie particulière. Cette imprécision est, en ce sens, perçue comme positive, car elle évite de figer une quelconque réalité au détriment d'une autre.

L'évolution terminologique renvoie aussi à un changement dans les classifications nosographiques, qui se veulent moins stigmatisantes. C'est ce qui ressort de la lecture d'un article du directeur du CCOMS, quand il énonce qu'« on est passé d'une nosographie très stigmatisante, qui énonçait de manière définitive qui était « fou », « psychotique », ou « névrosé » (étiquettes inamovibles que l'on gardait à vie) à la notion de « trouble


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

psychique ». Cette notion porte en elle l'idée d'une affection qui peut être passagère et soignable, voire guérissable »[369]. C'est la même idée que reprend CC2 :

> C'est aussi tout le changement, tout le passage, toute l'évolution de la sémiologie psychiatrique, le poids de la CIM-10 et du DSM-IV dans la façon de nommer les problèmes. On est passé des maladies à des troubles, avec la notion de troubles qui peut être perçue comme moins stigmatisante, c'est-à-dire un trouble ça peut être passager, on peut en guérir.

Ainsi, c'est en vertu de la plus grande neutralité axiologique supposée des termes « troubles psychiques » que ceux-ci ont été choisis au détriment des autres. La même explication était donnée par CC2 à un membre de la Fédération Française de Psychiatrie pour expliquer ce choix de terminologie[370] : « il ne me semble pas prudent d'utiliser le terme « malade mental » dans une campagne grand public, car, comme le montre très bien l'enquête du CCOMS, ce terme est entaché d'une image très péjorative (crime, violence, maladie incurable). Nous risquerions donc, en l'utilisant, d'entraîner l'effet contraire de celui attendu : à savoir une sur-stigmatisation des personnes, par désignation explicite ».

Les termes utilisés apparaissent en lien avec la volonté générale de cette campagne, à savoir parler de la santé mentale, sans stigmatiser à l'envi les personnes atteintes de ce type de troubles : parler de « troubles mentaux », c'est s'exposer au risque de voir brassé tout un ensemble de représentations négatives sur cette question, ce que souligne notamment l'enquête SMPG, qui fournit en ce sens un potentiel de légitimation plus qu'intéressant pour le CCOMS, afin de s'imposer au sein de « l'espace décisionnel ».

Dans le même temps, les implications de l'expression « troubles psychiques » sont intéressantes pour notre sujet, car elle illustre la psychologisation croissante du social, avec une expression aux contours très imprécis, qui permet d'inclure une grande diversité de phénomènes sous ce terme, notamment des phénomènes aux origines sociales, mais interprétés sur un mode psychologique – comme cela est le cas avec la « souffrance psychique ». De même, cette imprécision permettait à l'enquête SMPG d'avoir des résultats épidémiologiques importants. En somme, les « troubles psychiques » apparaissent comme une notion importante pour le CCOMS, en vue de poursuivre sa construction sociale de la santé publique, dans laquelle tout le monde peut être concerné par le sujet, et permettant un traitement généraliste de la question au travers de la stigmatisation.

[369] Jean-Luc Roelandt, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », L'Information psychiatrique, vol 85, n°6, juin-juillet 2009, pp525-535.
[370] Ces données sont extraites d'un mail.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais ce choix est critiqué par quelques protagonistes du processus de production. L'une de ces critiques renvoie à l'idée d'élitisme, avec des termes dont la signification serait absconse dans la tête de la majeure partie des individus – ce dont PUB1 faisait d'ailleurs état quelques lignes au dessus :

> Le mot « déstigmatisation », c'est un jargon entre intellos hein. Dans le grand public, je ne suis pas sûr que c'est le meilleur mot pour dire ce qu'on veut dire. Il vaut mieux dire réintégration sociale ou je ne sais pas quoi. « Déstigmatisation », si on n'est pas dans le sujet, il y a des gens qui ne comprennent rien. Mener une action publique, ça suppose de pouvoir être compris de tous. (FAM2)

> Nous on a pris troubles psychiques, et c'est un peu trop intello, troubles mentaux, c'est pas mal. Ce n'est pas malade mental, c'est trouble mental, ça c'est un terme qui me paraît bien. (CC3)

> C'était mou tout ça. C'était très mou. C'est très mou, tout ça quand même. Parce que ça ne prononce pas le mot folie, ça ne prononce pas le mot maladie mentale, c'est quand même très… (FAM3)

Achevons à présent cette étape de notre processus en nous intéressant à l'opinion générale émise par les protagonistes quant à l'affiche finalement acceptée.

### 2-7 Les différents avis sur l'affiche

Lorsque l'on interroge les différents protagonistes sur l'affiche finalement retenue, force est de constater que le fondement de leur réponse se situe dans leur monde social d'appartenance.

En premier lieu, l'apparence générale de l'affiche est un aspect qui a semblé préoccuper le CCOMS, puisque, au cours d'un colloque organisé par cet organisme, il a été demandé aux différents participants de donner leur avis sur les affiches, avant que le CCOMS ne passe commande de celles-ci – tout comme ces affiches ont été envoyées au comité scientifique du CCOMS, afin de recueillir également son opinion. Cela reflète la part d'incertitude inhérente à ce genre de campagne, avec des doutes qui persistent quant à la validité des choix effectués, et aux conséquences qu'ils peuvent avoir.

Ensuite, CC2 signale l'insatisfaction des usagers vis-à-vis de la forme prise par cette campagne, avec l'idée qu'ils auraient fait une autre campagne, davantage axée sur le thème de la folie créatrice, s'ils avaient été les seuls commanditaires de cette campagne :

> Et je pense que la FNAPsy, enfin USAG1 a dû vous le dire, si elle avait été toute seule à faire une campagne, elle ne l'aurait pas faite comme ça. Elle le dit clairement. Et ce qui peut tout à fait se comprendre, parce que, quand on est le seul opérateur, on peut passer son propre message.

Effectivement, c'est ce qu'USAG1 a confirmé lorsque nous l'avons interrogée :

> Alors, j'aimerais bien une belle opération de com' de déstigmatisation.
> On a bien des idées, mais on n'a pas les moyens de le mettre en route.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, c'est en raison d'un manque de temps et d'argent que la FNAPsy n'a pas fait de campagne de manière autonome, et s'est donc satisfaite de cette campagne réalisée en partenariat, contraignant ainsi le choix d'un message faisant compromis entre tous les partenaires.

De même, l'UNAFAM ne semble guère satisfaite non plus de la forme finale de l'affiche :

> Et bien, on ne peut pas vraiment dire que nous soyons satisfaits de sa forme. L'affiche est assez triste, il y a peu de couleurs, et en plus on ne comprend pas très bien le message, ce qu'il veut dire… (FAM2)

> On a fait une campagne qui était sympathique, graphiquement correcte, avec une certaine inventivité, mais c'était très mou. (FAM3)

Pour ce qui est de l'AMF, aux dires de CC1, il semble aussi que cette affiche ne leur procure pas entière satisfaction :

> Au niveau des Maires de France bon, on peut dire que, eux, ils voulaient peut-être un message, une signalétique un peu plus claire. Mais le choix de la signalétique, l'intérêt là-dessus, c'est qu'on peut dire tout ce qu'on veut.

En fin de compte, ce sont les publicitaires et les membres du CCOMS qui semblent être les plus satisfaits, comme l'expriment CC4 puis CC1 :

> Ca intrigue, ça intrigue. Les gens disent mais enfin qu'est-ce que c'est que ça, c'est déjà pas mal. C'est déjà pas mal. C'est vrai qu'ils n'auraient pas eu la même réaction en voyant ça, mais ça les intrigue, ça les intrigue. Alors, du coup, ça interpelle.

> Enfin ça ne laisse pas indifférent, et de toute façon, on peut toujours dire quelque chose, on peut faire l'idiot, trouver ça idiot, mais enfin après on sort un peu de ça, on parle de la santé mentale, on parle du voisin, de la tante, du petit fils qu'on a eu, qu'on a connu, mais tout le monde a quelque chose à dire.

Dans les deux cas, il semble que l'intérêt principal qui est retiré de cette affiche telle qu'elle a finalement été conçue renvoie à sa capacité à interpeller les gens, à faire exister l'objet « troubles psychiques » sur la scène publique. Ainsi, cette campagne apparaît bien comme une première étape de sensibilisation à cette question pour ce monde social, et semble vouloir se borner à la réalisation de cet objectif, comme le confirme aussi CC1 :

> Moi, je pense que c'est une première, c'est le premier petit caillou dans la mare, dans la mesure où c'est une première approche de sensibilisation générale au fait des troubles psychiques, et que ça existe dans la population. C'est tout. C'est tout ce qu'on a voulu dire.

La satisfaction des membres du CCOMS est à relier aux choix opérés en matière de construit social de santé publique : placer le sujet de la santé mentale sur la place publique, tout en mettant en lumière l'alliance de différents mondes sociaux sans risque d'avoir des effets


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

négatifs. Quant aux publicitaires, leur satisfaction provient de la conformité de leur production avec leur *ethos* professionnel. Ces deux mondes sociaux ont ainsi vu leurs intérêts respectifs satisfaits, ce qui provoque leur contentement, à l'inverse des associations du « pays légal ».

L'ultime point évoqué concerne la volonté, affichée par la plupart des acteurs du processus, de trouver un compromis qui satisfasse à peu près tout le monde. Cet aspect a été signifié à plusieurs reprises en entretien. Ce fut notamment le cas de CC2, qui évoqua cette recherche d'un registre commun d'expression entre tous les commanditaires (« l'enjeu, c'était de trouver un message consensuel »), ou encore de CC4 :

> Finalement, c'est un compromis. Comme toujours, de toute façon quand il y a plusieurs partenaires, il faut trouver un compromis. L'idée, c'était de montrer qu'une personne sur trois en population générale, dans la vie durant, peut présenter un trouble mental, et que c'est l'affaire de tous.

L'objectif général de la campagne exprimé ici est en lien avec la construction sociale de la santé publique, concernant l'importance des troubles psychiques dans la population française.

C'est par le biais de la recherche d'un compromis entre acteurs que certains choix ont été abandonnés, alors qu'ils semblaient pourtant remporter les suffrages à la fois du CCOMS et de TBWA, comme le confirment CC4 puis CC2 :

> On ne pouvait pas faire la campagne en question sans l'adhésion complète des usagers et de la famille. Alors que le cœur, c'était quand même les utilisateurs de la psychiatrie, c'était pas les professionnels. Alors du coup, on s'est rangé plutôt… On a accepté cette idée. Bon, malgré les réticences. Enfin il faut arriver à un moment ou un autre à un consensus.

> Et puis, même si chacun peut avoir son opinion, etc., on a quand même fait un travail vraiment d'égal à égal, c'est-à-dire la recherche du message consensuel, on l'a arrêtée quand vraiment tout le monde était d'accord. Il n'y a pas eu de forcing, voilà.

Cet extrait souligne l'importance du « pays légal », qui confère une légitimité importante à cette campagne et à son expression, et qui possède comme contrepartie de ne pas faire des choix qui ne leur conviennent pas, comme le soulignent les termes « consensuel », « d'accord », « pas eu de forcing », qui dénotent que le résultat a été accepté par tout le monde, en dépit du manque de satisfaction que pouvait éprouver ces associations concernant la campagne qui a finalement été réalisée. Néanmoins, au vu de l'opposition entre la FNAPsy et l'UNAFAM, le message retenu semble être apte à respecter les contraintes engendrées par cette alliance de mondes sociaux différents.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 5. La mise en place de la campagne (T5)

Cette étape sera rythmée en trois temps : d'abord la conférence de presse qui a lancé officiellement la campagne, ensuite sa diffusion, avant de conclure par l'obtention du label de « campagne d'intérêt général », qui a insufflé un second souffle au processus. Au préalable commençons par nous intéresser aux premiers financements obtenus pour amorcer la diffusion de la campagne.

## 1. Les premiers financements de la campagne

Afin de pouvoir réaliser cette campagne, une recherche de fonds a été nécessaire. Cette étape du processus semble avoir été menée principalement par le CCOMS, qui a réalisé l'essentiel des démarches en ce sens. Cela ne fut pas chose aisée, CC2 qualifiant cette démarche de « kafkaïenne », faite de « bric et de broc ». Cette recherche a été réalisée auprès d'un certain nombre d'organismes, plus ou moins hétéroclites, et peu ou prou en lien avec la question des troubles psychiques. Ainsi, dans les organismes sollicités, retrouve-t-on, pêle-mêle, les Conseils régionaux et généraux, les Fondations d'entreprise, certaines institutions (la Fédération Française de Psychiatrie, la Fédération Hospitalière de France, le Ministère de la Santé, l'INPES, etc.), ainsi que les mairies des grandes villes. Ces recherches se sont concentrées principalement au début de l'année 2005, avec un envoi massif de lettres à cette période. Peu d'organismes sollicités ont répondu favorablement à ces demandes. La campagne a donc dû être réalisée avec un faible budget, comparé à ce qui se fait habituellement en la matière, avec un total de 130 000 euros en trois ans.

Dans un autre domaine, une rencontre des commanditaires de la campagne avait eu lieu avec un membre du cabinet du Ministre de la Santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy, afin de présenter la campagne. Ces contacts étaient justifiés, pour les commanditaires, par l'intégration de cette démarche au « Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 », commandé justement par Douste-Blazy. En dépit de cette tentative d'utiliser le cadre juridico-politique, cette option s'est finalement soldée par un échec. Toutefois, il semble que cela soit lié à une certaine malchance, qui a fait que cette rencontre a eu lieu dans les jours qui ont suivi le fait divers qui s'est déroulé à Pau, où un malade avait tué deux infirmières. On peut


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

supposer que la survenue simultanée de ce fait divers amplement relayé par les médias a conduit à un refus du ministère de la Santé de financer la campagne – CC2 évoqua ainsi un « manque de courage politique ». Cet épisode illustre l'importance que semble accorder le champ politique à l'image de leur institution qui sera véhiculée par le choix de leurs actions médiatiques.

Les demandes de financement ont été réalisées sur la base d'une lettre type, utilisant à chaque fois les mêmes arguments, placés dans le même ordre, et simplement complétés ensuite par une phrase ou deux s'adressant plus spécifiquement à l'organisme à qui cette demande était faite.
Dans cette lettre portant l'en-tête du CCOMS et signée par son directeur, les premiers paragraphes cherchent à faire des « troubles psychiques » un problème de santé publique, en recourant aux arguments et éléments allant en ce sens, en se référant aux outils ayant permis cette construction sociale de la santé publique. C'est l'illustration du recours stratégique au contexte afin de légitimer l'action politique entreprise. Il est ainsi fait état de la conférence interministérielle européenne de l'OMS, qui s'était déroulée à Helsinki en janvier 2005, et qui a défini « la lutte contre la discrimination et l'exclusion des personnes ayant des troubles psychiques » comme priorité pour les dix prochaines années. Puis est évoquée l'enquête SMPG, avec le rappel de la prévalence des troubles.
De ce fait, la suite de la lettre fait immédiatement mention de la campagne réalisée, avec une concaténation entre le constat dressé et l'action menée ensuite par les quatre partenaires.

La lettre se termine enfin par un ou deux paragraphes cherchant à démontrer en quoi l'organisme à qui s'adresse cette lettre peut ou doit se sentir concerné par cette campagne, avant de conclure que « nous serions heureux de pouvoir vous compter parmi les contributeurs de cette action citoyenne ». On constate donc que cette lettre, qui avait commencé par placer les « troubles psychiques » dans le domaine de la santé publique, se conclut en qualifiant la campagne d'« action citoyenne », moyen de souligner de nouveau la dimension sociétale (et républicaine pourrait-on dire) de la démarche réalisée.

Cinq institutions ont apporté un soutien financier à cette campagne à ses débuts : la Fondation de France, l'ADESM (Association des Etablissements gérant des services de santé mentale), l'AEAE ENSP (Association des élèves et anciens élèves de l'Ecole nationale de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Santé publique), le Psycom 75 (Syndicat interhospitalier de communication externe des établissements de santé mentale de Paris), ainsi que l'ASEP (Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique). Le cas de ces deux dernières institutions est intéressant, puisqu'elles comprennent toutes deux des membres du CCOMS. Ainsi, deux des financeurs de cette campagne sont en réalité des institutions dont sont membres certains des protagonistes de cette campagne, ce qui a grandement facilité les choses – et ce d'autant plus qu'aucune trace de demande de financement auprès de ces deux institutions n'a été retrouvée au sein des archives de la campagne. Par ailleurs, les autres financeurs sont également des institutions en lien avec le domaine de la psychiatrie.

Ces premières subventions perçues s'élèvent à environ 47 000 euros[371]. Un facteur itératif et commun à tous les financeurs est leur souhait de voir leur nom associé à cette campagne, et présent sur l'ensemble des documents produits au cours de celle-ci. Cela est d'autant plus notable que certains mondes sociaux, n'ayant donné aucun financement, souhaitaient voir néanmoins leur logo ou leur nom associé à cette démarche. Cela était ainsi notamment le cas de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et de la Confédération nationale des Présidents de CME de CHS (Commission Médicale d'établissements de Centres Hospitaliers spécialisés), soit deux institutions du champ psychiatrique. Car c'est effectivement en ce sens qu'il faut comprendre la précision de ces soutiens « moraux » (au sens où seul leur nom est présent, sans aucune contrepartie de la part de ces organismes) : en tant que membres du champ psychiatrique, leur présence donne encore un peu plus de poids et de légitimité à la démarche entreprise, puisque différentes sensibilités et visions du monde se retrouvent ensemble autour de ce projet commun.

Pour autant, aussi bien dans le cas des soutiens financiers que des soutiens moraux, leur logo ne figure pas sur les différentes affiches réalisées ; seuls les logos des quatre commanditaires sont présents, ce que les membres du CCOMS ont justifié, au sein des courriers annonçant cette décision, comme un choix effectué « afin de faciliter la lecture des affiches ».

Enfin, dernier point à noter concernant ces demandes de financement, il y a eu un refus explicite, affirmé d'emblée, de solliciter un quelconque laboratoire pharmaceutique, « pour

[371] 20 000€ par la Fondation de France, 10 000€ par l'ADESM, 4 000€ par l'AEAE ENSP, 10 000€ par le Psycom 75 et 3 000€ par l'ASEP.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

des raisons éthiques »[372], afin de ne pas voir la probité de la campagne entachée par un quelconque spectre mercantile, comme nous le confirme d'ailleurs CC2 :

> C'est juste ça : c'est-à-dire qu'on fait une campagne d'information, si on voit les labos pharmaceutiques à côté, moi je trouve que ça casse complètement la crédibilité du message. C'est-à-dire OK, d'accord, c'est les labos qui font une campagne pour mieux se faire connaître et jouer sur les messages, etc., etc. Donc non, ça c'était hors de question.

A travers ce refus, se joue le construit social de santé publique, puisque la probité de la démarche dépend des argumentaires convoqués et des partenaires impliqués.
A la suite de l'évocation des premiers financements obtenus, la campagne a été lancée officiellement par une conférence de presse à Paris, le 15 mars 2005.

## 2. Le lancement officiel de la campagne

Lors de cette conférence de presse qui s'est déroulée en présence de l'ensemble des signataires de la campagne, à la Cité de la santé à Paris, le directeur du CCOMS a prononcé un discours cherchant à souligner toute l'importance d'une telle campagne, en recourant toujours au même construit social de santé publique, avec un état des lieux des « troubles psychiques » au sein de la société française. Son discours débuta en stipulant que cette campagne s'intégrait au mot d'ordre édicté par l'OMS depuis 2001, « oui aux soins, non à l'exclusion » ; la légitimation de la démarche entreprise se poursuivit ensuite avec les mêmes arguments que ceux des lettres de demandes de financements (évocation de la conférence d'Helsinki et l'enquête SMPG). Il évoqua aussi la campagne comme « émanant de la société civile, propulsée essentiellement par les usagers, les familles et les Maires de France, avec l'aide des professionnels ici présents et des hôpitaux ». Cet extrait du discours tend ainsi à amoindrir le rôle du CCOMS dans cette campagne, afin de mieux mettre en avant les autres protagonistes de cette campagne, avec l'idée que ce serait ces derniers qui auraient donné l'impulsion initiale à cette campagne – aspect d'autant plus notable que la réalité est toute autre, puisque le CCOMS a été l'interlocuteur privilégié de l'agence de communication au cours du processus, et s'est chargé de la majeure partie des recherches de financements. En droite ligne de l'évolution de la gouvernementalité, le rôle des usagers est mis en avant, au même titre que les autres acteurs légitimant, autant que faire se peut, cette idée, cette vision du monde, de « psychiatrie citoyenne ». La construction de ce discours reflète la

[372] Extrait du compte-rendu de la réunion de coordination du 2 février 2005.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

gouvernementalité contemporaine, avec la mise en avant de la responsabilisation des personnes concernées, qui s'impliquent dans une démarche pour faire évoluer la situation.

Le discours se poursuit ensuite dans la même optique de construction sociale de la santé publique, cherchant à « resituer l'ampleur de la question » à l'aide de quelques chiffres. Il en arrive à la conclusion que « l'obstacle le plus important aux soins est certainement la stigmatisation liée au fait d'avoir un problème de santé mentale et l'exclusion sociale qu'elle induit. L'OMS l'a dit et redit. La stigmatisation et l'exclusion sont surtout nourries par la méconnaissance ou la connaissance partielle voire partiale », permettant ainsi de poser l'information comme un levier d'action pour faire évoluer la situation et lutter contre cette méconnaissance, tout en se référant à l'OMS à l'autorité reconnue. Le contexte socio-politique est de nouveau intégré dans une optique de santé publique, avec la psychologisation comme grille de lecture du social – ici avec la « méconnaissance » comme source de l'ostracisme, ce qui n'est qu'une interprétation partielle de la réalité sociale, qui occulte les dimensions systémiques du phénomène.

Quant à la fin du discours, elle souligne l'importance de l'alliance opérée dans le cadre de cette campagne, avec l'idée que « cette alliance est peut-être la force essentielle de la lutte contre la discrimination », dans la mesure où elle est censée permettre de peser dans le champ de la santé mentale, ce qui finit de poser le construit social de santé publique utilisé dans le processus de production de cette campagne.

Outre cette conférence de presse, un dossier de presse et un communiqué de presse ont aussi été réalisés, servant à diffuser l'annonce de cette campagne. Ils ont été élaborés principalement par le CCOMS, qui acheminait ensuite ce document vers l'ensemble des partenaires associés à cette campagne, afin que ceux-ci donnent leur avis et, le cas échéant, apportent les modifications nécessaires. Ces deux types de documents reprenaient le même construit social de santé publique, avec précision également de l'agence de communication qui en est à l'origine. Suit enfin la présentation de la manière dont va se décliner la campagne, dans ses différentes étapes. Le construit social de santé publique est ainsi diffusé dans l'espace public, au travers du dossier de presse, pour tenter d'accroître son audience.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans une deuxième version du dossier de presse, datant de mars 2005, l'accent est davantage mis sur l'alliance entre mondes sociaux, puisque, sur chaque page de ce document, on trouve à présent le logo des quatre commanditaires de la campagne – et non plus le seul logo du CCOMS, comme cela était le cas de la version de 2004. Pour autant, la suite est la même, avec la référence à l'enquête SMPG et la présentation de la campagne dans ses modalités pratiques.

Pour ce qui est du communiqué de presse, celui-ci est assez proche, dans son idée générale, du dossier de presse réalisé, avec les logos des quatre partenaires en en-tête de ce document, et la reprise de la même construction sociale de la santé publique que précédemment.

Même si cela ne respecte pas totalement l'ordre chronologique de déroulement de notre processus, intéressons nous à présent à la manière dont a été diffusée cette campagne, en nous arrêtant d'abord sur son coût.

## 3. Coûts et diffusion de la campagne

### 3-1 Les coûts engendrés par cette campagne

La présentation des coûts occasionnés par la campagne a été faite par les deux publicitaires de l'agence TBWA, à l'aide le plus souvent de documents *power point*. Or, ces derniers regroupent à nouveau, çà et là, divers artifices utilisés par les publicitaires pour mettre en scène leurs compétences et leur légitimité à dire le vrai concernant cette étape, au sein de « l'espace décisionnel ». Leur position d'experts leur confère ainsi un pouvoir d'évaluation des différentes opérations qu'il est possible d'effectuer, et du coût que tel ou tel choix représente. Partant, ils se trouvent également placés dans une position de conseiller, en lien direct avec leur capacité d'expertise, qui leur permet la maîtrise d'une zone d'incertitude dans « l'espace décisionnel ».

Cette mise en scène passe en partie par l'utilisation de différentes couleurs afin de souligner l'importance de telle ou telle donnée, des diapositives composées d'une seule phrase, centrée et en rouge, qui servent à délimiter les différentes phases de la réflexion développée par les publicitaires. L'ensemble des données se veut également présenté sous une forme pédagogique, qui soutient la rhétorique élaborée par les publicitaires.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

A travers les types possibles de médias à utiliser, se dessine l'enchaînement logique proposé par les publicitaires : d'abord interpeller les individus, pour ensuite expliquer et enfin entretenir la préoccupation. Une telle présentation paraît attrayante du fait même de sa logique, de l'agencement des arguments entre eux, tels qu'ils sont présentés par les publicitaires.

Dans le cadre des propositions faites pour la parution dans la presse, les publicitaires utilisent un certain nombre de termes techniques, notamment concernant les différents formats d'insertion ; cela donne de nouveau la sensation d'une mise en scène de la compétence des publicitaires puisque, à côté du terme technique, se trouve placée entre parenthèses sa traduction en mots « profanes », soulignant ainsi la légitimité à s'exprimer de ces publicitaires.
Un autre indice nous amène aussi à penser que la présentation choisie sert à légitimer le savoir-faire des publicitaires : au moment où est évoquée la possibilité de l'affichage local, notamment par le biais des réseaux d'affichage communaux dont dispose l'AMF, comme ce dernier aspect ne dépend pas des publicitaires et ne les concerne pas quant à sa réalisation, cet élément est écrit dans une police de caractères plus petite que le reste du texte, relégué symboliquement à une place subalterne dans la présentation qui est ici faite, puisqu'il ne dépend pas du savoir-faire des publicitaires.

Lorsque, enfin, arrive le moment du devis global pour le lancement de la campagne, les publicitaires recourent de nouveau à certains artifices afin de mieux faire accepter ce montant, de ne pas « effrayer » les commanditaires. Le coût des dépenses est exprimé en kilo euros, et non plus de façon entièrement numérique comme cela était le cas jusqu'à présent, afin peut-on supposer, d'éviter de faire se succéder trop de zéros, ce qui donnerait la sensation de dépenses somptuaires. Le choix des termes et leur agencement servent aussi à mieux « faire passer la pilule » (« un minimum… est nécessaire »). De surcroît, ce montant minimal nécessaire est justifié par l'objectif même de la campagne : « être visible ».

Succède ensuite, dans une mise en scène comparable, la présentation de « la méthodologie d'obtention de gracieux ». Ainsi, après le théorique et le technique, la présentation passe à présent à la méthodologie : nous avons là tout l'arsenal sémantique de la science, du rôle d'expert et de sa légitimité à s'exprimer. Afin de corroborer leurs propos, les publicitaires ont recours à deux exemples de campagnes qu'ils ont réalisées par le passé :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'une pour la Fondation Recherche Médicale, et l'autre pour Les Petits Frères des Pauvres. En effet, après avoir présenté ce que devrait coûter la campagne, l'agence se justifie en prenant ces deux exemples. La présentation est la même dans les deux cas : d'abord est indiqué l'investissement de départ et ensuite l'espace finalement obtenu (sous une forme monétaire, qui est toujours supérieure à cet investissement de départ). Les chiffres présentés ici sont en gras et numériquement (il n'y est pas question de kilo euros) : outre le fait que cela souligne la rentabilité de l'investissement, il est intéressant de noter le contraste avec la campagne actuelle, où les chiffres sont indiqués en K euros, et ne sont pas inscrits en gras. La comparaison de ces deux présentations indique le but de cette mise en scène : imposer son propre savoir aux autres acteurs de « l'espace décisionnel » en soulignant sa légitimité à s'exprimer, le tout dans une volonté sous-jacente d'imposer ses propres préférences, et d'orienter la production publicitaire en son sens.

Cette façon de procéder a toutefois été percée à jour à un moment du processus. Dans les archives de la campagne, se trouvait un mail provenant d'un salarié de la revue Santé Mentale magazine, à destination d'un membre du CCOMS[373], concernant les impressions d'affiche. Il le prévient de se méfier des propositions faites par les publicitaires, qui « essaient de faire passer sous des termes techniques des coûts qui n'existent pas ». Indépendamment du bien-fondé de cette interprétation, ce qui nous intéresse est le sens de l'interaction qui se joue ici entre commanditaires et publicitaires : l'emploi de termes techniques, ésotériques pour des profanes, sert aux publicitaires pour tenter d'influer dans « l'espace décisionnel », en se prévalant d'une position d'experts leur permettant de dire le vrai. En conséquence, l'interlocuteur lui conseille de « leur répondre en employant des termes techniques pour leur faire voir que vous avez en face des personnes qui sont compétentes d'un point de vue technique, histoire de leur faire comprendre qu'ils ne pourront peut-être pas exagérer ». Dans cette optique, pour lutter contre la stratégie déployée par les publicitaires, le destinateur du mail conseille de recourir au même stratagème, en employant un vocabulaire similaire, afin d'annihiler cette tentative de domination de « l'espace décisionnel ». C'est une stratégie de réduction de la zone d'incertitude qui est proposée, pour réduire, si ce n'est annihiler, toute tentative de prise de pouvoir sur le processus de production.

[373] Mail en date du 4 octobre 2004.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

### 3-2 La négociation des espaces gracieux, tâche dévolue à l'agence de communication

Dans la mise en place de la campagne, tâche était dévolue à l'agence TBWA\Corporate\Non Profit de trouver des espaces gracieux ou semi-gracieux dans la presse pour diffuser l'affiche. Ils étaient payés au prorata pour cette tâche, qui fait partie de leur domaine de compétences, comme l'exprime PUB1 :

> Il fallait trouver un petit peu d'argent, donc ils ont trouvé des partenaires comme la Fondation de France, etc., pour imprimer les affiches et tout ça. Et nous, on a cherché de l'espace gracieux. […] On leur a donné quelques pistes et on les a aidés à faire les courriers, mais on est très peu intervenu. Nous, on a fait pas mal de boulot pour essayer de trouver de l'espace publicitaire.

Ainsi, les démarches de demandes de financements sont laissées aux commanditaires de la campagne, plus légitimes à les faire, auprès d'institutions sanitaires notamment ; quant aux démarches plutôt ancrées dans le monde de la communication, elles sont laissées à la charge de TBWA.

L'AMF semble aussi avoir joué un rôle important ici, concernant la recherche d'espaces gracieux, puisque l'agence TBWA a pu bénéficier de ses réseaux – notamment en contactant la *Gazette des communes* ou bien encore la *Gazette Santé sociale*.
Un certain nombre d'espaces gracieux ont pu être obtenus par l'agence TBWA dans la presse nationale, la presse magazine et la presse régionale. Des espaces ont également été obtenus via la société VIACOM, pour un total de 450 faces en 4 par 3 à Paris, Lyon, Marseille et Lille.

Chaque proposition d'espaces gracieux devait être validée par les commanditaires de cette étude, mais le pouvoir décisionnaire officiel ne revenait qu'au seul directeur du CCOMS, qui signait les devis. Ce pouvoir décisionnaire fut affirmé à un moment donné du processus, puisque les commanditaires ont refusé une proposition de diffusion de l'affiche faite par les publicitaires, qui leur semblait prématurée et risquait d'engendrer des effets néfastes, comme le confirme PUB2 :

> Ces premiers réseaux, en fait, on a dû les refuser, parce que finalement ça arrivait trop tôt, cette campagne arrivait trop tôt par rapport aux différents réseaux, soit de la FNAPsy, soit de l'UNAFAM ou même de l'Association des Maires de France. Donc en fait, on était prêt, on avait de l'espace, mais on n'a pas sorti la campagne, parce que c'était trop tôt, parce qu'ils ont eu peur en fait de l'impact que pouvait avoir la campagne auprès des Français, et que les différents réseaux ne soient pas prêts du coup à répondre aux questions qui allaient se poser.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La volonté de ne pas produire d'effets indésirables avec cette campagne semble peser sur le déroulement du processus, avec le souhait exprimé de ne pas sortir la campagne à un moment inopportun, qui engendrerait des effets contraires à ceux escomptés. Une nouvelle fois, les publicitaires doivent s'incliner devant les contraintes structurantes du CCOMS, et respecter la décision prise. Leur expertise ne leur permet pas, à cet instant, d'avoir de pouvoir dans « l'espace décisionnel », car la zone d'incertitude soulevée par le CCOMS est perçue comme trop importante, par ces acteurs sociaux, pour la pérennité du processus de production. C'est ce que confirme CC1, qui revient sur cet incident :

> Et alors, l'histoire de Pau plus une série de faits divers ont entraîné un tel climat de plomb. A l'époque, on m'avait proposé de lancer la campagne d'affichage qu'on a faite. Moi, j'avais refusé, j'avais dit il vaut mieux attendre un petit peu. Et on a tellement attendu après qu'on n'a pas pu la faire.

Face à ce refus, PUB1 a envoyé un mail aux membres du CCOMS pour faire part de son point de vue. S'il leur reconnaît l'entièreté du pouvoir décisionnaire, il souhaite néanmoins « mettre en exergue quelques arguments fondés sur notre expérience »[374] ; de la sorte, afin de tenter de peser sur « l'espace décisionnel », PUB1 se justifie et se légitime par le biais de son expérience, de sa capacité d'expertise, que ne possèdent pas les commanditaires. Il évoque notamment les conséquences que pourrait avoir ce refus pour l'avenir quant à l'obtention de nouveaux espaces gracieux. Cette mise en garde semble d'ailleurs s'être révélée exacte, si l'on en croit PUB2 :

> Et après en fait, on a galéré pour obtenir des vrais et beaux réseaux qu'on avait obtenus une première fois en gracieux, parce que grosso modo on avait fait la fine bouche pour solliciter les gracieux. […] La première connerie qui a été faite, ça a été de refuser l'achat d'espace qui a été… Après, ça nous a un peu plombé pour chercher le reste.

La portée de ce refus semble avoir été celle qu'avait craint PUB1. Néanmoins, CC1 ne semble guère regretter ce refus, comme nous le montre le scepticisme qui se dégage de ses propos :

> Donc on a attendu, on a peut-être trop attendu, je ne suis pas sûr.

Cet épisode, ainsi que les propos tenus par CC1, prouvent en tout cas que ce sont bien les commanditaires (et plus précisément le CCOMS) qui possèdent en dernier ressort le pouvoir décisionnaire – cette structuration de « l'espace décisionnel » expliquant du même coup tous les effets de mise en scène développés par les publicitaires, afin d'orienter les décisions et le processus dans le sens qui leur convient le mieux.

Ceci étant, intéressons nous maintenant aux modalités pratiques de la diffusion de la campagne.

[374] Cette phrase, ainsi que celles qui suivent, sont tirées du mail en question.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

### 3-3 La diffusion de la campagne

De manière générale, on peut présenter les différentes vagues de diffusion de la campagne qui se sont déroulées : le premier temps fut constitué par la campagne de presse, lancée en mars 2005, durant la semaine annuelle d'information sur la santé mentale, ainsi que des inserts presse généraliste et spécialisée. Le deuxième temps fut la campagne d'affichage, débutée en juin 2005, avec la diffusion de 150 000 affiches au format 60*80. La campagne fut ensuite relancée en mars 2006, de nouveau lors de la semaine d'information sur la santé mentale. Multiplier les périodes de diffusion de la campagne s'accorde à la logique de communication, telle qu'elle est expliquée par PUB2 :

> On a essayé de se concentrer en mars, au moment de la semaine de la santé mentale. Et puis on continuait à chercher des sous, parce que le premier coup qu'on avait lancé, ben c'était bien mais c'était pas suffisant, et que, surtout quand tu fonctionnes en gracieux, dans ces conditions-là, il faut répéter, il faut enfoncer, il faut marteler le coup.

Une campagne publicitaire de santé publique semble s'apparenter à une entreprise de morale, avec l'idée d'un intense travail à réaliser, marqué par la succession, dans le discours de PUB2, des injonctions (« il faut »), soulignant la nécessaire répétition du message à diffuser, afin de favoriser son assimilation par le public.
Au 1er juin 2005, un total de cent mille affiches au format A3, et autant au format 40*60, avaient ainsi été imprimées.

De plus, les réseaux relationnels des différents commanditaires ont été utilisés pour permettre une diffusion à grande échelle des affiches, conférant à l'alliance un intérêt supplémentaire, celui d'amplifier la diffusion de cette campagne :

> L'UNAFAM devait servir à faire connaître la campagne aux niveaux régional, local et départemental. Car, comme son nom l'indique, c'est une union, donc avec les différentes sections, il étai possible de faire connaître cette campagne dans les différentes régions. […] Il y a eu l'envoi de lots d'affiches dans les régions et les départements, et les sections locales de l'UNAFAM avaient après à les mettre, les afficher, dans les cadres hospitaliers, les lieux publics. C'est là qu'est l'intérêt de tous les réseaux. (FAM1)

> L'UNAFAM, la FNAPsy, l'AMF et le CCOMS, donc les professionnels, chacun diffuse des affiches dans ses réseaux, voilà. L'UNAFAM avait des réseaux ben pharmaciens ça a planté, l'Université, un certain nombre d'autres. Ils ont pris tant d'affiches, ils ont diffusé. L'AMF a envoyé à chaque maire. Mais nous, on a fait les CCAS, les CMP, les directeurs d'hôpitaux, les services de communication des EPSM de la région, etc. (CC3)

Etant donné la manière dont s'est faite la diffusion des affiches, l'intérêt d'associer l'AMF à cette campagne se trouve souligné. Effectivement, le réseau de l'AMF étant bien


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

implanté, diffuser l'information par ce biais-là assure alors une large couverture nationale de la campagne :

> L'AMF a fait un article, une information auprès de tous les adhérents, et la FNAPsy a fait la même chose. La consigne, au niveau de l'AMF, c'était de diffuser l'information. (FAM1)

> Ah ça a complètement boosté la campagne. Parce que moi, je suis allé dans des villages où j'ai vu l'affiche, c'est quand même assez étonnant. (CC1)

> L'association des Maires du Nord a diffusé dans chaque commune une affiche, un courrier au maire, c'est énorme, dans chaque commune ! Ca fait du monde. Ca s'est fait aussi au niveau national, mais au niveau régional, il y a vraiment un relais de fond, et les mecs ils ont bien joué le jeu. (CC3)

Des sollicitations ont également été lancées vers d'autres acteurs sociaux pour diffuser la campagne. Mais cela s'est parfois soldé par des refus, comme l'évoque CC3 dans le cas de la demande faite à la société gérant les transports en communs lillois :

> On a des résistances qui sont purement financières : comprenez nous, ça nous rapporte quand c'est Coca Cola, mais vous ça ne nous rapportera rien.

Ainsi, il apparaît que les difficultés d'affichage renvoient à des divergences d'intérêt autour de cette question des troubles psychiques.

Pour autant, l'attribution du label de « campagne d'intérêt général », durant le dernier trimestre de 2006 a fourni l'occasion de relancer cette campagne, en lui donnant un nouveau souffle.

### 3-4 Le label « campagne d'intérêt général », nouveau souffle donné à la campagne

Sur les conseils de l'agence TBWA, une lettre a été réalisée au nom des quatre commanditaires de la campagne, afin de concourir pour l'obtention de deux labels différents : le label « campagne d'intérêt général », et celui de « grande cause nationale ». Ces labels permettent d'obtenir de l'espace gracieux, offrant ainsi la possibilité de rendre la campagne « visible auprès du plus grand nombre », comme nous le confirme PUB2 :

> Ah ça, c'était super important. C'est un vrai label, une vraie caution par rapport à la campagne, pour obtenir de l'espace. C'est ça qui a facilité aussi, et qui a ouvert les portes. Typiquement, ça accorde de l'espace gracieux, on va dire plus facilement, parce que, quand tu as le label, tu l'as plus facilement.

Dans une optique de construction sociale de la santé publique, le label semble apporter une « caution », car il est attribué par les pouvoirs publics qui, en quelque sorte, adoubent une campagne, rendant légitime la cause défendue et lui conférant une dimension publique, sociétale. C'est sur la base de cette reconnaissance étatique et institutionnelle que de nouveaux espaces gracieux sont offerts aux protagonistes de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

C'est également sur les conseils des publicitaires que cette lettre a été signée par les quatre commanditaires – à ce titre, il est intéressant de noter que PUB2 avait oublié de faire mention de l'AMF dans son conseil, reflétant ainsi une nouvelle fois la plus faible implication de cette association au sein de la campagne. Mais CC2 précisa que « en tant que signataire de la campagne, l'AMF ne peut être mise à l'écart », notamment car l'alliance fait partie du construit social de santé publique véhiculé.
La lettre réalisée pour l'obtention de ces labels est assez proche, en termes d'arguments, à celles qui avaient déjà pu être rédigées dans la recherche de financements, avec l'enquête SMPG et l'alliance des partenaires. Ce courrier s'appuie également sur le cadre législatif, pour accroître la légitimité de la démarche entreprise, avec le rappel de la loi du 11 février 2005 sur le handicap – où, pour la première fois, les troubles psychiques sont reconnus comme pouvant générer un handicap à part entière – ainsi que du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Les protagonistes de la campagne cherchent ainsi à utiliser le cadre législatif afin d'y trouver une légitimation supplémentaire, apte à favoriser l'obtention du label.

L'annonce de l'obtention du label « campagne d'intérêt général » est parue dans le Journal officiel du 1er septembre 2006. Les conséquences de son obtention ne se sont pas faites attendre. Dans un mail envoyé par CC2 fin septembre 2006, elle y annonce que « nos actions ont été révisées afin de tenir compte de cette opportunité. Nous prévoyons donc de l'affichage et la diffusion d'un spot court ».
De cette manière, on voit le fort potentiel de légitimation que possèdent les pouvoirs publics qui, en attribuant ce label à la campagne, signifient la validité et la véracité de la vision du monde promue par les commanditaires, et en reconnaissent le bien-fondé.

Partant de cette reconnaissance officielle de la valeur de la campagne, de nouvelles subventions vont être accordées, par des institutions liées aux pouvoirs publics :

> On a été relancé par un truc qui a été le fait qu'on soit campagne d'intérêt public. Donc ça, c'est le Premier ministre qui nous a mis campagne d'intérêt public, on ne s'y attendait pas du tout. […] Et ça, ça a relancé la machine, en particulier les financements publics qui sont venus là. (CC1)

L'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) a accordé une subvention de 40 000€, en échange de la mention de leur nom parmi les soutiens financiers de la campagne, alors même qu'une première demande de financements avait déjà été formulée par le passé auprès de cet organisme, début 2005, et s'était soldée par un refus. L'obtention du


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

label a été l'élément moteur à l'origine de cette nouvelle subvention accordée. Quant au deuxième financeur, en lien également avec la structure étatique, il s'agit de la Délégation interministérielle à la ville (DIV), avec une subvention de 40 000 euros.

Ces nouveaux financements ont conduit à une nouvelle version de l'affiche, davantage colorée, comme le confirme PUB1 :

> Donc on a remis notre copie pour faire une version de l'affiche et des créas et tout ça qui était beaucoup plus, où on mettait plus la signature en évidence, où on était moins gris, enfin où on était plus fort.

Les quelques modifications qui ont pu être apportées à l'affiche servent à être « plus fort », c'est-à-dire à soigner davantage la présentation de l'affiche, avec l'idée que cela sera un gage de réussite de la campagne, qui attirera davantage le regard. Ce jugement porté par PUB1 apparaît ici formulé sur la base de son *ethos* professionnel.

Ainsi, l'affiche a connu quelques variations, notamment en termes de couleurs et d'agencement des éléments. L'accroche, qui reste toujours la même, se trouve désormais placée au dessus de la tâche de Rorschach[375]. Cela donne la sensation que le mode d'appréhension du lecteur s'est modifié : dans la version antérieure de l'affiche, il était d'abord interpellé par le visuel, alors qu'à présent, ce rôle phatique revient en premier lieu à l'accroche, immédiatement soutenue par le visuel situé juste en dessous. Le slogan a lui aussi été rehaussé, et se trouve désormais sous la tâche. Les éléments majeurs, principaux, de l'affiche se trouvent placés à présent les uns sous les autres : d'abord l'accroche, puis le visuel et enfin le slogan. Cela a été fait dans le but, peut-on supposer, d'être plus percutant, d'aller plus au sens de cette affiche, à son message essentiel.

Des modifications ont aussi été apportées au *body copy* : « En France, les troubles psychiques sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt maladie. On l'oublie trop souvent. Les personnes qui en souffrent subissent stigmatisation et discriminations. Les associations d'usagers (patients, familles, amis), les professionnels de santé mentale et les élus locaux se sont unis contre cette exclusion. Regardons autrement les personnes atteintes de troubles psychiques ».
Le début de ce petit texte renvoie à une construction sociale de la santé publique ; préciser que ces troubles constituent la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt du travail, est un moyen de montrer l'importance de cette question sans pour cela se référer à l'enquête

[375] Voir l'annexe 6 pour cette version de l'affiche.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

épidémiologique réalisée, et donc sans risquer d'être dénoncé à la fois comme juge et partie, puisque là, ces chiffres proviennent d'autres institutions, non nécessairement en lien avec le champ psychiatrique. La confrontation ensuite de ces données et des comportements que cela engendre (stigmatisation et discrimination) cherche alors à produire un effet de décalage, point de départ d'une réflexion sur son propre comportement.

De plus, le fait que les protagonistes de la campagne « se sont unis contre cette exclusion » indique que nous sommes là face à une action militante puisque, à la suite du constat fait, se dessine l'idée qu'un groupe d'acteurs veut changer cette situation, et invite ainsi chaque lecteur à se sensibiliser à cette question. Le terme d'« union » est, lui, assez fort, davantage que celui d'« alliance », puisqu'il gomme l'aspect contextuel de cette association entre acteurs sociaux, pour soutenir l'idée d'une certaine noblesse de la cause défendue, tout en subsumant au passage les membres de la FNAPsy et de l'UNAFAM sous le même vocable d'usagers.

Sous ce texte, se trouve le logo « campagne d'intérêt général », placé en bas à droite de l'affiche, soit un lieu d'importance stratégique, car cet endroit aura davantage de chances d'être balayé du regard par un lecteur potentiel, et qui renforce la sensation que cette affiche concerne un problème sociétal à part entière, sur lequel chacun doit se pencher – comme le souligne l'expression « regardons autrement », à la fin du *body copy*.

Enfin, ultime variation par rapport à la version précédente de l'affiche, outre les soutiens financiers (où l'on trouve notamment les derniers soutiens financiers qui se sont greffés à la campagne), les soutiens moraux sont également indiqués. Les institutions qui ne sont pas en lien direct avec le champ psychiatrique sont citées explicitement, et non pas juste à travers leur sigle – c'est le cas de la Fondation de France, de l'INPES et de la DIV –, alors que les quatre autres financeurs, issus du champ psychiatrique, ne sont mentionnés qu'avec leur seul sigle. Cela donne la sensation que la légitimation du sens de la lutte menée ici se trouve encore accrue par la présence de financeurs n'appartenant pas en propre au champ de la psychiatrie, mais qui, par leur seule présence, indiquent que cette question les concerne aussi, et participent à accroître le caractère de santé publique de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les nouveaux financements ont aussi donné lieu à la réalisation d'un film publicitaire diffusé à la télévision[376]. Il reprend le principe de l'affiche, comme l'explique PUB1 :

> Et du coup, on a fait un film, parce que, quand on a un label d'intérêt général, il nous offre des choses. Donc on s'est dit ça vaut le coup de faire un film. Donc on a pris notre Rorschach, on a fait un 3 D, un truc assez joli, et puis le film a été repris à la télé.

Réaliser un clip vidéo très proche de l'affiche éditée apparaît comme un moyen de faire perdurer la conscience de la question des troubles psychiques au sein de la sphère publique, en utilisant la même ingénierie symbolique que celle employée au départ, pour la réalisation des affiches. Le lien entre ces deux productions publicitaires peut être plus facilement réalisé, et la prise de contact avec le lecteur/téléspectateur maintenue dans le temps.

> L'idée, c'était de partir et de capitaliser sur le même concept visuel qui était le test de Rorschach. […] Et l'idée, c'était de relancer la campagne à travers ce film. (PUB2)

C'est de nouveau TBWA qui semble avoir dominé la marche à suivre ici, puisqu'ils ont fixé toutes les dates clefs de cette étape du procès, en empressant les quatre commanditaires à donner leur réponse (avec notamment la récurrence de l'expression « au plus tard » à chaque fois que les quatre commanditaires devaient valider la proposition qui leur est soumise). Cet agencement ne semble d'ailleurs pas prendre en compte la possibilité d'un refus des commanditaires des propositions qui leur sont faites. Quant à la phase technique de réalisation du film, elle se trouve formulée avec des termes techniques, professionnels, pouvant apparaître comme un moyen de s'imposer au sein de « l'espace décisionnel », en montrant sa compétence.

Un site Internet est également né de ce nouveau souffle apporté à la campagne, pour relayer les informations et messages principaux, notamment concernant la prévalence des troubles psychiques dans la population française et le sens général de la campagne mise en œuvre :

> La deuxième étape, c'est les arguments. On a essayé de donner les arguments sur notre site, ça a été repris par les médias pas mal. (CC1)

> C'était essentiellement pour relayer les informations, et puis parce que c'est vrai que c'est important d'avoir une accroche sur Internet aujourd'hui. Et puis ça permettait de renvoyer les gens qui voulaient récupérer l'affiche ou le dossier de presse, etc., vers une façon facile d'obtenir des informations. (CC2)

[376] Ce clip a été diffusé notamment sur la chaîne Parlementaire, sur TF1, Canal Plus, M6, L'Equipe TV et France Télévision.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

CC2 a néanmoins demandé la suppression du compteur de visites, car « l'afficher peut jouer en notre défaveur si le site est peu fréquenté ». Cela abonde dans l'optique que la fréquentation du site est considérée comme un indice de la « popularité » et de la réussite de la campagne, ce qui constitue un motif d'inquiétude pour CC2.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 6. Retours et critiques sur la campagne réalisée (T6)

L'essentiel des propos recueillis ici gravite autour de la question de l'impact de la campagne. Trois groupes d'acteurs se distinguent, qui correspondent à trois mondes sociaux différents.

Concernant les associations d'usagers tout d'abord, l'UNAFAM ne semble que très peu satisfaite de cette campagne. Ses représentants en soulignent notamment le manque d'impact : cela fut le cas du président de cette association, lors des rencontres internationales du CCOMS à Nice, qui évoqua l'idée que les communicants parlaient de quelque chose qui n'est pas « notre problème », dans la mesure où la souffrance est individuelle, alors que la communication est elle collective, et donc massive. Ce manque de retombées de la campagne est également souligné par FAM1 :

> Pour nous, la campagne, c'est impalpable. Mais il fallait essayer, on ne peut pas le regretter, c'est une expérience. Cette histoire a servi d'expérience.
>
> C'était trop dispersé pour avoir un réel impact. […] Donc toute cette campagne, ça s'est fait au coup par coup.

Si cette campagne est impalpable dans ses effets, c'est parce que ce n'est pas là le mode d'action à privilégier afin de faire évoluer la situation, *a fortiori* du fait de sa faible visibilité ; d'autres manières d'agir sont possibles, comme l'évoque FAM2 :

> Et puis, selon moi, la déstigmatisation, ça passe plutôt par une présence, par le fait que des voisins vivent à côté des malades par exemple, par une connaissance qui fait qu'ils comprennent mieux ce que c'est que la maladie. Et puis ce genre de campagne, ce n'est pas non plus très efficace, car les médias et la façon dont ils traitent la maladie, c'est plus puissant et ça joue davantage que ce style de campagne. Je pense notamment au cas du drame de Pau.

Un avis critique est également porté sur l'allure générale de l'affiche par ce même FAM2 :

> On a eu un peu de mal à diffuser l'affiche, parce qu'elle n'est pas très jolie. Je ne suis pas sûr qu'elle ait été bien saisie. C'est un peu triste. Il y a des commerçants qui nous ont dit « oh non, je n'ai pas envie de mettre ça, c'est pas terrible ». Ce qui est un peu vrai : un truc noir comme ça, c'est pas très… Il y avait peut-être des aspects sombres.

L'insatisfaction de l'UNAFAM quant à cette action peut aussi être analysée en lien avec le message diffusé, qui ne correspond pas aux autres intérêts de ce monde social.

La représentante de la FNAPsy abonde aussi dans le sens d'un manque d'impact et d'échos de cette campagne, qui lui laisse plutôt un goût amer :

> Cette campagne, elle me reste un peu sur le cœur. Elle me reste sur le cœur. […] C'est un échec. C'est le grand public qu'on voulait toucher. Bon d'abord quand même les professionnels bien sûr,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

parce que la stigmatisation elle est chez les professionnels aussi, mais quand même le grand public.

Le motif d'insatisfaction de USAG1 renvoie toujours au même point : le fait de ne pas avoir réussi à toucher les gens, de ne pas avoir fait une campagne assez forte au niveau sémantique, ce qui aurait, selon elle, favorisé une meilleure prise de conscience :

L'affiche, on aurait choisi celles qui sont percutantes. Si quelqu'un voit quelque chose d'autre que vous, vous l'enfermez ? Ou la première même, avec le panneau et le désert. Voilà les deux choses. Ensuite, il aurait fallu pouvoir aller taper aux portes pour faire une vraie campagne nationale. Voilà. Que ce soit mieux diffusé. Que ce soit mieux diffusé : c'est surtout ça.

Au même titre que l'UNAFAM, l'insatisfaction exprimée renvoie à l'inadéquation entre la campagne et les intérêts poursuivis par son monde social – d'où l'évocation à nouveau de l'enfermement.

Le deuxième groupe d'opinions sur cette campagne est composé des membres du CCOMS, qui émettent un avis beaucoup plus positif sur cette campagne, même s'ils en soulignent également les limites :

En tout cas, je constate que ça a beaucoup, beaucoup marché à tous les échelons, je dirais, de partenaires du social et du médico-social. Une myriade, enfin dans les mairies, dans les associations qui dépendent du Conseil général, dans les missions d'insertion, dans tout ce qui est social quoi. Là, ça a bien pris. (CC4)

Je pense que ça a eu un impact sur les décideurs, le fait d'avoir dans la revue des Maires de France l'affiche avec un certain nombre de médecins sur les trente-six mille communes, quand même, je pense que ça a pu bouger les choses. (CC1)

L'efficacité de cette campagne n'est pas mesurée en relation avec sa rencontre avec le « grand public », mais plutôt avec les institutions non psychiatriques invitées à participer à la gestion de la santé mentale au sein de la cité, et notamment les décideurs politiques. Cela dénote ainsi une différence d'évaluation de ce que peut être l'efficacité d'une campagne, une différence dans les attentes. L'intérêt de cette campagne est de permettre de participer à une évolution de la situation, principalement dans un cadre institutionnel, semble-t-il. La satisfaction du CCOMS est liée au poids qu'a donné la campagne à la construction sociale de la santé publique de ce monde social, qui pèse davantage dans le champ politique. Néanmoins, une certaine carence se dessine quant à une éventuelle évaluation des retombées de cette campagne :

Maintenant la campagne se termine. Avec un gros problème pour l'évaluation, on ne sait pas du tout. On n'a pas d'outil d'évaluation. (CC1)

Après, encore une fois, la difficulté elle est plus dans la visibilité… On n'a pas eu vraiment de visibilité du résultat de la campagne. (CC2)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Enfin, TBWA clôture cette série d'avis, avec une opinion se fondant davantage sur leur culture professionnelle, qui sert alors d'étalon de mesure à la qualité de cette campagne. Ainsi, PUB2 commence d'abord par souligner l'aspect novateur de la démarche entreprise, qui permet de poser une première pierre à l'édifice de la communication en santé mentale :

> C'était la force de cette première campagne d'enfin exprimer la parole des gens les plus à même à en parler du sujet, que sont les maires qui enferment, l'UNAFAM sur les familles et la FNAPsy sur les malades et le CCOMS, c'était une vraie force de contrôle. Je crois la première fois où ils prennent haut et fort vraiment la parole sur ce sujet-là. C'est un truc qui s'inscrivait vraiment en plus en décalage par rapport à ce qu'on pouvait entendre, je parle vraiment grand public.

Quant à PUB1, il semble que les échos principaux qu'il a eus proviennent du milieu publicitaire, comme tend à l'indiquer l'extrait suivant :

> C'est-à-dire que moi, le principal écho… Bon, dans le milieu publicitaire, elle ne s'est pas énormément vue, mais elle a été quand même classée création de la semaine, par un système de création au niveau de l'agence qui note, et elle a été plutôt bien notée, alors que, en général, ce n'est quand même pas leur but.

A l'instar de PUB2, le jugement de PUB1 se fait sur la base de son champ de compétences, qui l'amène donc à jauger la campagne vis-à-vis de cet aspect, et non pas pour les conséquences pratiques qu'a pu avoir cette campagne.

Quant à FAM3, en tant qu'ancien professionnel de la communication, l'avis qu'il porte sur cette campagne est aussi en lien avec l'*ethos* professionnel du milieu de la communication, sur lequel il porte un point de vue assez acerbe. C'est du moins ce qui transparaît une nouvelle fois dans ses propos :

> La campagne qui est sortie là ne m'a pas donné satisfaction. Elle ne m'a pas donné satisfaction pour les raisons habituelles, c'est-à-dire que ça me paraissait *soft*. […] Ca s'est traité un peu comme une bonne œuvre. C'est comme ça que je l'ai ressenti.

Néanmoins, un élément semble commun aux différents mondes sociaux présents autour de cette campagne : la nécessité de ne pas s'arrêter à cette campagne, qui n'est qu'une première étape devant être poursuivie dans d'autres domaines. C'est d'ailleurs là le sens des propos successifs de CC1 et de CC3 qui, l'un comme l'autre, considèrent cette campagne comme un prétexte servant à nourrir les conversations sur la question des troubles psychiques, à poser la question au sein de la sphère publique :

> Pour moi, c'est aussi un prétexte à d'autres choses. Le combat, il n'est pas fini. […] Oui, la campagne elle doit être poursuivie. Toutes nos actions en santé mentale doivent aller dans ce sens-là, parce qu'on n'a pas vaincu tous les préjugés, on en a battu pas mal. […] Donc ça peut encore continuer un bout de temps.

> La campagne est une sorte de tremplin, une sorte de prétexte. […] Si tu changes une personne, c'est sûr tu ne pourras pas changer le monde, mais si tu changes une personne, si tu changes le regard d'une personne, tu peux changer le regard d'une autre ou d'une autre, c'est comme ça que les choses peuvent changer en fait.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

A ce titre, deux logiques différentes semblent se dessiner au travers de l'appréciation générale sur la campagne. D'une part, on trouve une logique de production, traversée par une dynamique symbolique, qui regroupe les acteurs de TBWA et du CCOMS. Dans ce cas de figure, cette campagne est perçue positivement en ce qu'elle constitue une première pierre posée à l'édification d'une « normalisation » de la santé mentale, ayant eu des répercussions en termes de visibilité professionnelle et, plus ou moins, institutionnelle ; quant aux publicitaires, ils l'appréhendent sous le prisme de leur *ethos* professionnel, *ethos* accueillant cette production publicitaire sous des auspices favorables.

D'autre part, la seconde logique, propre plus spécifiquement aux associations directement concernées par la pathologie mentale, aux usagers (FNAPsy et UNAFAM), est une logique d'action, vis-à-vis de laquelle cette campagne laisse une traînée d'amertume. Cette appréciation négative renvoie à l'absence de retombées effectives de cette campagne, pour ces deux associations quant à leurs objectifs, qui dénote l'idée d'un coup d'épée dans l'eau, car la situation quotidienne reste inchangée.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 7. Conclusion de la première monographie

L'émergence de la campagne de promotion de la santé mentale, impulsée par le CCOMS, a été permise par un contexte socio-politique qui prêtait une attention à cette thématique. En effet, les éléments de ce contexte s'expriment en filigrane de la campagne, et lui donnent sens et légitimité. L'intégration de la santé mentale dans le champ de la santé publique est permise, en premier lieu, par la sensibilité nouvelle accordée à ce sujet. Du fait de l'émergence du paradigme de la santé mentale – engendré par la massification des problèmes sociaux, l'appréhension politique et phénoménologique de ces problèmes sous le prisme de la psychologisation du social conduisant à l'émergence de la notion de « souffrance psychique » –, on assiste au passage d'une définition psychiatrique du besoin de soins à une définition sociale. Cette gouvernementalité, qui prend les traits de la psychologisation et de la responsabilisation des individus, interroge les frontières entre soin psychique et prise en charge sociale ; la santé mentale apparaît alors comme une forme de gestion politique de la question sociale. Elle amène une plus grande sensibilité à l'idée de l'intégration sociale des individus, où les élus locaux ont un rôle à jouer, et à une attention à leurs besoins. Ces évolutions se comprennent aussi en lien avec la volonté de maîtrise des dépenses publiques, qui conduit à tenter de se centrer autour des besoins des populations concernées, ainsi qu'à la promotion des usagers, enjoints à se faire le relais de ces besoins. Ces phénomènes introduisent du même coup la question de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques, mouvement relayé par les organisations internationales comme l'OMS, et par les instances politiques de différents pays, à l'instar de la France avec le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, dont le CCOMS se fait fort de souligner que son action s'inscrit dans le cadre de ces préoccupations politiques. La question de la stigmatisation cristallise alors le brouillage des frontières entre social et sanitaire, avec ce phénomène social qui aurait des conséquences sanitaires, engendrant une aggravation des troubles psychiques déjà présents chez les individus. La « culture de la santé publique » évoquée par Fassin, avec la transposition d'un fait pathologique en problème social, trouve ici une démonstration particulière.

Ce cadre général est exploité par le CCOMS, qui l'utilise en vue de poursuivre l'imposition de la vision du monde qu'il promeut depuis de nombreuses années, et qui prend


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

les traits d'une « psychiatrie citoyenne ». D'une part, il procède alors à une construction sociale de la santé publique, à l'aide d'une enquête épidémiologique qui souligne la forte prévalence des troubles psychiques dans la population, de même que la stigmatisation associée à ces troubles, cette dernière étant renvoyée à des questions de comportement individuel, indépendamment du rôle des institutions psychiatriques ou politiques dans ce phénomène. Néanmoins, l'analyse de la méthodologie de l'enquête souligne le parti-pris du CCOMS, qui se lit au travers des postulats de l'étude (le choix de l'outil diagnostique, qui procède d'une conception large des troubles, ainsi que les modalités de réponses sur le bloc du questionnaire concernant les représentations, où l'altérité et la dangerosité étaient posées d'emblée). D'autre part, la construction sociale de la santé publique se poursuit au travers d'une alliance qui synthétise les préoccupations socio-politiques du moment : les associations d'usagers et les élus locaux sont invités à participer à la production de la campagne. Cette alliance s'intègre pleinement à cette construction sociale de la santé publique, comme l'attestent à la fois la mention systématique qui y est faite dans tous les documents produits au cours de cette campagne, et la taille équivalente des logos de chacun sur l'affiche réalisée (demandée explicitement par le CCOMS).

En outre, réaliser une campagne médiatique sur le sujet, à la suite de ces données, s'inscrit également dans le cadre de la gouvernementalité actuelle, puisque l'axiome qui s'exprime en substrat renvoie à la psychologisation du social, avec l'idée qu'informer les individus seuls permettra de faire évoluer la situation, sans tenir compte, par exemple, du rôle des catégorisations professionnelles opérées par la psychiatrie ni des choix politiques, qui favorisent l'émergence des « troubles psychiques ». La campagne produite délaisse ainsi les aspects macro-sociaux qui favorisent le phénomène de stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques. En conséquence de ce registre, la responsabilisation individuelle est visée, avec chaque cible réceptrice sommée de s'interroger sur sa propre attitude face aux troubles psychiques (c'est là le rôle des différentes accroches, qui permettent d'interroger explicitement chaque cible), en vue de les faire se sentir responsables du phénomène d'ostracisme dénoncé au travers de la campagne (comme l'atteste aussi le recours à la figure du « voisin » comme forme choisie de l'altérité) – dans une certaine mesure seulement néanmoins, comme l'indique le refus de l'affiche avec la place publique vide, jugée trop « choc » par certains acteurs sociaux. En outre, cette proposition ne s'intégrait pas à la logique de responsabilisation individuelle, puisque la question de l'enfermement renvoyait alors à un


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

phénomène non limitatif à la subjectivité individuelle, mais davantage placé dans le domaine sociétal.

Dans le même temps, le construit social de santé publique qui résulte de cette exploitation stratégique du contexte socio-politique et de la construction sociale de la santé publique contraint, en retour, le processus de production. Parmi ces contraintes structurantes qui encadrent le processus, l'une des plus importantes renvoie à la difficulté à concilier les intérêts divergents des mondes sociaux réunis dans l'alliance. Une opposition se manifeste plus particulièrement entre deux d'entre eux, qui sont dans une lutte concurrentielle pour représenter les « usagers » de la psychiatrie. Ainsi, les acteurs sociaux représentant l'UNAFAM et la FNAPsy vont se retrouver à plusieurs reprises en décalage, et ce toujours autour du même point : la question de l'enfermement. En raison des différences de structuration entre ces deux organismes, l'un subissant l'enfermement et l'autre le demandant, et afin de ne pas mettre en péril la poursuite du processus de production, cette question épineuse a été laissée de côté, aussi bien quant à l'axe général de communication que concernant les propositions de visuels ou d'accroches, provoquant l'insatisfaction de la représentante de la FNAPsy.

De plus, le construit social de santé publique a conduit à une autre contrainte structurante qui lui directement liée : la peur de renforcer la stigmatisation autour de la question des troubles psychiques et des individus concernés par ces pathologies. Dans cette mesure, tout visuel présentant explicitement des personnes concernées a été délaissé, et les choix terminologiques reflètent aussi ce construit social (en lien ici avec les résultats de l'étude épidémiologique). Privilégier les termes de « troubles psychiques » apparaît comme le résultat logique des étapes précédentes, tout en ayant l'avantage de conserver un certain flou quant à la nature exacte de l'objet dont il est question – permettant d'accroître la prévalence de ces troubles, puisque la « souffrance psychique » peut, par exemple, s'y intégrer. De même, le recours aux taches du test de Rorschach permet de conserver un rapport assez distancié à la thématique, dans la mesure où l'on se trouve dans l'évocation symbolique d'une thématique davantage que dans une ingénierie symbolique explicite sur ce thème.

Le construit social de santé publique – et les contraintes structurantes qui en découlent – ont marqué le processus de production dans la mesure également où il a servi à structurer la première rencontre avec les publicitaires, le cadre cognitif avec lequel allait devoir composer


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'agence de communication. Ce construit avait, dans un premier temps, été exposé à l'acteur social faisant le lien entre les commanditaires et l'agence de communication. Lors des désaccords ou des dissensions entre les mondes sociaux, c'est également ce construit social qui a servi de justification dans « l'espace décisionnel » face aux publicitaires. Cela a été le cas lors du refus de l'évocation explicite de l'enfermement (au nom de la pérennité de l'alliance), du décalage dans la diffusion des affiches en dépit de l'obtention d'espaces gracieux (le risque d'avoir des effets contre-productifs était trop fort), ou encore du choix terminologique de « troubles psychiques » (véhiculant moins de représentations négatives).

En dépit de ces contraintes structurantes, les publicitaires ont tenté de conquérir une certaine autonomie dans « l'espace décisionnel », de réussir à imposer leurs choix et leurs options face aux commanditaires. Ils ont utilisé différents stratagèmes pour mettre en scène et souligner leur expertise et leurs compétences, en tentant simultanément de « disqualifier » les commanditaires, pour mieux mettre en lumière leur maîtrise de cette zone d'incertitude. Ils ont alors employé, dans les différents documents *power point* rythmant les réunions, un vocabulaire technique, censé traduire la demande « profane » des acteurs sociaux à l'origine de la campagne, mis en avant leurs expériences antérieures et les prix reçus à ces occasions, etc. Ces artefacts ont été employés à chaque étape du processus où ils étaient sollicités : lors du choix du registre général de communication, dans les différentes propositions créatives, lors de la question du coût de la campagne et de l'affichage ou encore dans les justifications des propositions faites (où le jugement porté se fait toujours en lien avec l'*ethos* professionnel de ce monde social). Ils semblent d'ailleurs avoir porté leurs fruits, puisque les commanditaires, au premier rang desquels le CCOMS, ont validé les propositions des publicitaires, reprenant l'argumentation de ces derniers lors des entretiens, et ont laissé les publicitaires rythmer le processus de production à cet instant – attitude par ailleurs stigmatisée par l'acteur faisant le pont entre le monde de la santé mentale et de la communication, se basant sur sa connaissance simultanée des deux univers pour justifier son grief. Les seuls moments où les publicitaires se sont vus contestés dans « l'espace décisionnel » renvoyaient aux entorses au construit social de santé publique encadrant le processus de production.

Au travers de l'analyse de cette campagne, la structuration des parties prenantes en tant que mondes sociaux particuliers, aux intérêts propres, se trouve aussi marquée. Si tous s'accordaient sur la stigmatisation en tant que problème de premier ordre en matière de santé mentale, cela n'effaçait pas pour autant les divergences préexistantes. Outre l'opposition déjà


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

évoquée entre l'association de familles et celle de patients, les jugements portés sur la campagne par chacun peuvent être rapportés à leur monde social d'appartenance. Ainsi, les deux associations ont un point de vue assez critique sur le résultat final, jugeant l'affiche tantôt triste (UNAFAM) tantôt trop neutre (FNAPsy). Mais ils s'accordent quant au fait qu'elle ne répond pas vraiment à leurs besoins, jugeant *a posteriori* qu'elle n'a pas conduit à des évolutions significatives dans la réalité quotidienne. Cette insatisfaction des associations d'usagers souligne également qu'elles ont été quelque peu reléguées à une position subalterne dans « l'espace décisionnel ». Ces acteurs sociaux ont également la particularité d'appartenir à des mondes sociaux marqués par une action militante de terrain, qui éclaire le fait de se référer à la réalité quotidienne pour justifier leur point de vue.

En revanche, les publicitaires se disent assez satisfaits du résultat, qu'ils évaluent sous le prisme de leur propre logique professionnelle et de leur système de valeurs. Le CCOMS, enfin, affiche une certaine satisfaction du fait du respect du construit social de santé publique, et de la réussite de leur entreprise politique : ils ont pu nouer de nouveaux contacts, ont vu leur vision du monde adoubée par les pouvoirs publics au travers de l'obtention du label de « campagne d'intérêt général », bénéficiant en cela de financements de la part d'institutions publiques. Ils ont donc, semble-t-il, réussi quelque peu à peser sur le champ politique, en rendant leur vision du monde davantage légitime dans le champ politique – la dimension stratégique de leur action s'est d'ailleurs révélée apparente lors du discours de lancement officiel de la campagne, où le directeur du CCOMS a évoqué la campagne comme étant à l'initiative des acteurs sociaux recherchés par les pouvoirs publics en matière de politique de santé (associations d'usagers et élus locaux), le CCOMS ne faisant officiellement qu'appuyer cette démarche. Au vu de la réalité du processus de production, cela n'apparaît que comme une demi-vérité, car le CCOMS a assuré les différentes étapes du processus, possédait le pouvoir décisionnaire final, et l'association d'élus locaux n'a que très peu pris part à la réalisation de la campagne (ils ont surtout apporté leur contribution au moment de sa diffusion). Ces acteurs appartiennent à des mondes sociaux davantage marqués par une dynamique symbolique et concurrentielle (exprimée chez les publicitaires par l'évocation des récompenses reçues dans leur monde social d'appartenance et, dans le cas du CCOMS, par la sollicitation des pouvoirs publics et le désir de masquer le nombre de visiteurs sur le site Internet, indice potentiel de l'attrait de la campagne), qui éclaire leur point de vue plus positif sur le résultat final.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 3ème partie : Deuxième monographie : la campagne d'information sur la dépression « Dépression. En savoir plus pour en sortir »

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

La campagne d'information sur la dépression de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) constitue la deuxième monographie étudiée[377].

En lien direct avec le ministère de la Santé, l'INPES est « un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement »[378]. Il est à l'origine d'un grand nombre de messages de santé publique diffusés sur les médias nationaux – sur le sida, les règles alimentaires, l'hygiène, le tabac ou bien encore les drogues.
La nature de ce commanditaire est d'autant plus intéressante que, du fait de son lien direct avec l'Etat, cet institut possède la capacité de légitimation de la « bonne » vision des choses, c'est-à-dire que les messages qu'il promeut sont censés être validés scientifiquement. Couplé au fait que cette campagne sur la dépression constitue la première incursion des pouvoirs publics dans la sphère de la santé mentale – en termes de réalisation de campagnes de santé publique sur ce sujet, faut-il entendre –, notre intérêt pour cette monographie s'en trouve accru.

Cette campagne a été lancée officiellement le 9 octobre 2007, à l'occasion de la quatrième journée européenne de la dépression. Elle s'inscrit dans le cadre du plan Psychiatrie et Santé mentale, selon ses auteurs. Centrée plus spécifiquement sur la dépression chez l'adulte[379], cette campagne s'est articulée principalement autour d'un guide d'information et d'un site Internet, supports principaux de cette campagne d'information. Afin de promouvoir ces deux outils, un plan de communication grand média a également été élaboré, avec la diffusion d'un spot télévisé et de quatre spots radiophoniques.
C'est l'ensemble de ces éléments qui ont été passés au crible de notre analyse.

Ce travail est étayé par une analyse documentaire, couplée à des entretiens réalisés avec la quasi-totalité des protagonistes principaux de cette campagne, à savoir seize personnes. Ces dernières se répartissent comme suit :

[377] Elle est visible sur le site www.info-depression.fr.
[378] Propos recueillis sur le site de l'INPES : www.inpes.sante.fr, janvier 2009.
[379] La catégorie « adulte » signifiant ici que ne sont traités ni le cas de la dépression chez l'enfant et l'adolescent ni chez les personnes âgées.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

| Monde social | Composition | Nombre de personnes | Dénomination | Sexe |
|---|---|---|---|---|
| « Experts » ayant participé à l'élaboration du livret | 2 psychiatres, 1 psychologue, 1 représentante d'association d'usagers, 1 sociologue, 1 médecin-conseil de l'Assurance-maladie, 1 journaliste | 7 (et un refus) | PSY1, PSY2, PSY3, USAG, SOCIO, MED, JOUR | 4 hommes et 3 femmes |
| INPES | 3 chargés d'études, 3 chargées de communication, un chargé d'édition. | 7 (un a été interrogé à deux reprises) | INP1, INP2, INP3, INP4, INP5, INP6, INP7 | 3 hommes et 4 femmes |
| DGS | Institutionnels | 1 (et un refus) | DGS1 | 1 femme |
| CLM BBDO | Agence de communication | 1 | PUB1 | 1 homme |

A l'instar de l'analyse précédente, nous allons tenter de retracer l'ensemble du cheminement de cette campagne, son processus de production, à l'aide de notre grille d'analyse définie dans la première partie de ce travail. Nous reprendrons une à une les six étapes ayant rythmé la production de cette campagne, pour tenter d'y démêler les choix et les contraintes qui ont pesé sur sa réalisation, du fait des mondes sociaux en présence, réunis dans « l'espace décisionnel » de cette campagne, mais aussi en se référant au contexte socio-politique qui englobe l'ensemble. Pour cette raison, commençons par un retour sur la question de la dépression en tant que maladie, ainsi que sur la construction sociale de la santé publique opérée plus particulièrement dans le cadre de cette campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 1. La construction sociale de la santé publique (T1)

## 1. L'essor de la dépression : une épidémie de la fin du XX$^{e}$ siècle ?

La dépression semble avoir fait une entrée remarquée parmi les pathologies les plus fréquentes, au cours de ces dernières décennies. En France, le nombre de patients dépressifs soignés a augmenté d'un million en dix ans (de 1980 à 1991)[380], et, en 2004, 125 940 personnes (bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie) étaient en affection de longue durée pour un diagnostic d'« épisode dépressif » – soit 1,9% des patients en affection longue durée[381]. Quasiment sur la même période (1980-1989), aux Etats-Unis, le nombre de consultations avec prescription d'un antidépresseur est passé de 2,5 à 4,7 millions.
Cette « poussée dépressive » se traduit aussi par une flambée des ventes d'antidépresseurs, multipliées quasiment par sept en France, entre 1980 et 2001[382]. Ainsi, le montant des remboursements de médicaments psychotropes assurés par la Sécurité sociale en 2003 et 2004 est estimé à un milliard d'euros, alors qu'en 1980, il équivalait à 317 millions d'euros – augmentation due certes à l'accroissement du coût unitaire des médicaments, mais aussi à l'augmentation des volumes vendus[383]. En outre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que, d'ici 2020, la dépression pourrait devenir la principale cause d'incapacité de travail[384].

L'ampleur de ces chiffres suscite diverses interrogations : comment peut-on expliquer une telle hausse du nombre de personnes considérées comme dépressives ? L'homme serait-il aujourd'hui plus en proie au mal-être qu'il ne l'était hier ? Sont-ce ses critères de définition du bonheur qui ont évolué ?

---

[380] Philippe Pignarre, *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, Paris, 2001.
[381] Haute autorité de santé, *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte, argumentaire*, avril 2007, p34.
[382] Dans le même temps, sur le marché pharmaceutique global, les ventes de médicaments ont été multipliées par 2,7. L'ensemble de ces chiffres provient du rapport d'Elise Amar et Didier Balsan, « Les ventes d'antidépresseurs en France entre 1980 et 2001 », *Etudes et Résultats (DREES)*, n°285, janvier 2004.
[383] Patrick Coupechoux, *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris, 2009.
[384] WHO. What is depression ? (page Internet), 2011 : www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais, à se poser ces questions, on en oublierait presque que la quête du bonheur et du bien-être n'est pas chose nouvelle, et qu'elle ne semble d'ailleurs jamais s'être distinguée par sa facilité d'accès, comme le soulignait déjà Jules Renard au début du XX$^{e}$ siècle : « si l'on bâtissait la maison du bonheur, la plus grande pièce serait la salle d'attente »[385].
Pour autant, afin d'appréhender la réalité de cette maladie et de son essor, il convient de la replacer dans un cadre plus large, afin de saisir au mieux la complexité de cette question. Le but final ici n'est pas tant d'émettre un avis définitif sur cette question que d'essayer de saisir au mieux le contexte dans lequel la campagne de l'INPES a été réalisée. C'est donc par cet aspect que nous allons débuter, en essayant de déconstruire quelque peu les outils permettant d'appréhender et de définir ce qu'est la « dépression » ; autrement dit, il nous faut réifier cette maladie, la considérer comme un construit social historiquement situé et culturellement déterminé.

### 1-1 La dépression en tant que construction sociale

En écho aux travaux de Georges Canguilhem déjà cités, la notion de « santé » doit être appréhendée comme une norme dont la fonction et la valeur sont d'être mises en rapport avec l'existence effective d'un individu, afin de pouvoir en susciter la modification[386]. Autrement dit, une continuité existe entre le fait « normal » et la déviance « pathologique », comme cela est aussi le cas entre la vie et la mort, entre la matière organique et la matière inerte. Cela se manifeste d'ailleurs également à travers l'action des produits psychotropes, susceptibles de modifier l'activité psychologique et mentale d'un individu dans le sens d'une *augmentation* ou d'une *diminution* de l'activité.

Ainsi, « la psychopathologie ne peut pas approcher un phénomène morbide purifié de toutes les singularités d'une quelconque mise en forme. Un mal-être ne peut jamais être saisi sans être en même temps transformé. Il lui faut toujours un cadre défini pour qu'il puisse s'exprimer »[387]. De la sorte, les catégories définissant les pathologies se sont radicalement modifiées, et ce à partir de la deuxième moitié du XX$^{e}$ siècle, le but explicite de ce mouvement étant de remédicaliser la psychiatrie, pour en faire une branche comme une autre de la médecine. C'est dans ce contexte que se développent deux grands systèmes de

[385] Jules Renard, *Journal*, éditions Robert Laffont, Paris, 2002.
[386] Voir, dans le chapitre 3 la sous-partie intitulée « Le normal et le pathologique en tant que constructions sociales ».
[387] Philippe Pignarre, *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, Paris, 2001, p34.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

classification des maladies : la classification internationale des maladies (CIM) et le Manuel diagnostic et statistique (DSM, par l'association psychiatrique américaine).
Le DSM-IV, édité en 1994, cherche à se baser exclusivement sur les phénomènes observables, ce qui constituerait, selon ses partisans, un moment de rupture épistémologique dans l'histoire de la psychiatrie américaine, avec l'idée que les diagnostics sont empiriques et ne se fondent que sur des symptômes. Cette classification syndromique, sur laquelle se base le DSM, se fait avec la volonté de rester « neutre » quant aux causes supposées provoquer les affections mentales en question, ce qui revient donc à soutenir l'idée que c'est le diagnostic qui constitue l'identité du patient. Autrement dit, « les classifications les plus récentes ont cherché à conserver un caractère le plus « a-théorique » possible en excluant, autant que faire se peut, tout *a priori* étiopathogénique, et en privilégiant les éléments descriptifs pour caractériser les différentes catégories de troubles »[388]. De la sorte, ces classifications rejettent « tout effort pour comprendre les origines de la maladie mentale, effort considéré comme idéologique (mais en réalité la source de désaccords) »[389]. Néanmoins, le caractère a-théorique de ces catégories ne fait pas l'unanimité. Selon Edouard Zarifian, les catégories des manuels psychiatriques se sont développées en miroir des découvertes des médicaments psychotropes : elles confèrent une existence nominale à l'ensemble des comportements sur lesquels une molécule a un effet[390].

En conséquence, le trouble mental est défini, dans le DSM, comme « un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et typiquement associé à un symptôme de douleur (détresse) ou à un handicap dans l'un, au moins, des principaux domaines du fonctionnement (incapacité) »[391]. De fait, « l'affect domine le nouveau paysage classificatoire, il est au centre de la description théorique »[392].

Mais, pour ses contempteurs, le problème principal de cette classification provient justement de ce raisonnement syndromique, choisi au détriment d'une logique étiologique, où le symptôme est inscrit dans un contexte relationnel et socio-culturel, qui lui donnerait un

[388] Patrick Hardy, Marie-Christine Hardy-Baylé, *Maniaco-dépressif. Histoire de Pierre*, Odile Jacob, Paris, 2005, p125.
[389] Patrick Coupechoux, *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil, Paris, 2006, p330.
[390] Thomas Morin, « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », *Sources et méthodes (DREES)*, n°9, janvier 2010.
[391] Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998, p167.
[392] *Ibid*., p170.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

sens, une histoire, une intention communicative et une finalité : « instituer, c'est convoquer, par un exercice de la pensée, des représentations en perpétuel devenir dans des confrontations instables, habitées par la vie psychique et par ses tensions »[393]. Dans cette appréciation, l'observation clinique en psychiatrie ne saurait se réduire à la simple rencontre entre un malade et un professionnel ayant un savoir permettant de décrypter les signes qu'il perçoit selon une échelle objectivée ; l'observateur, par le contexte de l'observation, par son appartenance socio-culturelle, est partie intégrante de l'observation. « Aucune manière d'exprimer la douleur ne va de soi et n'a le privilège d'une relation à la vérité. Une plainte n'est jamais naturelle et spontanée, elle est toujours formulée dans un cadre qui, d'une manière ou d'une autre, est appris »[394].

Ainsi, depuis les années 60, l'OMS a réalisé plusieurs études pour comparer la dépression et ses formes dans divers pays, à l'aide de ce type de classification. Ces études ont montré que 68% des patients suisses mais seulement 32% des Iraniens dits déprimés ressentent un sentiment de culpabilité. Quant aux idées de suicide, elles s'observent chez 70% des déprimés canadiens, mais chez seulement 40% des Japonais. En revanche, 57% des Iraniens ressentent des troubles somatiques, du type migraines, lombalgies, douleurs d'estomac, contre 27% seulement des Canadiens[395].

Ce choix des classifications symptomatiques est aussi à relier à la complexité même de l'objet de la psychiatrie, les maladies mentales et la question de leur origine. « L'absence de réponse simple à cette question représente […] un lourd handicap, non seulement pour la compréhension, mais aussi pour la classification de ces affections »[396].

C'est en ce sens que ces classifications standardisées revêtent tout leur intérêt, puisqu'elles sont censées permettre de faciliter l'établissement du diagnostic psychiatrique : « le DSM est avant tout un outil pour établir le consensus : oublions tous les sujets qui fâchent (les causes des troubles mentaux) pour nous concentrer sur les points d'accord (les manifestations visibles des différents troubles) »[397].

Néanmoins, discuter la question de l'essor de la dépression suppose de s'intéresser aussi à d'autres aspects, tels que l'évolution des mœurs ou bien encore la place des laboratoires pharmaceutiques dans la définition des seuils pathologiques.

---

[393] Jean Darrot, « Dépolitisation du champ clinique et catégorisation des adolescents : les ingrédients de l'absurde », in Michel Joubert, Claude Louzoun (dir.), *op. cit.*, p89.
[394] Philippe Pignarre, *op. cit.*, p33.
[395] L'ensemble de ces données est issu du livre de Philippe Pignarre, cite précédemment.
[396] Patrick Hardy, Marie-Christine Hardy-Baylé, *op. cit.*, p124.
[397] Philippe Pignarre, *op. cit.*, p21.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-2 L'essor de la dépression : entre responsabilisation des individus et lobby pharmaceutique ?

Selon Alain Ehrenberg, l'essor de la dépression est à relier à l'émancipation des mœurs qui s'est produite depuis les années 1960 : « l'émancipation nous a peut-être sortis des drames de la culpabilité et de l'obéissance, mais elle nous a très certainement conduits à ceux de la responsabilité et de l'action. C'est ainsi que la figure dépressive a pris le pas sur l'angoisse névrotique »[398]. La dépression constituerait alors la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative : « la dépression incarne alors non seulement la passion d'être soi et la difficulté à l'être, mais également l'exigence d'initiatives et la difficulté à l'assumer »[399]. De ce fait, l'injonction d'être soi bascule dans la fatigue d'être soi, avec le développement de pathologies narcissiques telles que la dépression, qui est « une maladie de la responsabilité dans laquelle domine le sentiment d'insuffisance »[400].
Cette idée de la responsabilisation des individus s'inscrit dans les nouvelles technologies gouvernementales : « désormais, nous voilà seuls responsables de nos vies. Maintenant que tout (ou presque) est permis, à nous de montrer de quoi nous sommes capables. En la matière, mieux vaut exceller car puisque le sens de l'existence n'est plus le divin ou l'ordre moral, chacun devient le sujet de réalisation de sa propre vie, sommé d'en devenir l'œuvre d'art »[401].

Pour Ehrenberg, l'action individuelle devient ainsi partout la valeur de référence : « nous sommes désormais sommés de devenir les entrepreneurs de nos propres vies »[402]. « Le point de vue de l'acteur domine désormais la mythologie de l'autoréalisation : chacun doit apprendre à se gouverner par lui-même et à trouver les guides de son existence en lui-même »[403]. Mais cela n'est pas sans heurt si on en croit l'auteur : « devant cette aventure entrepreneuriale qu'est devenue la vie en société, à laquelle manquent trop souvent les relais et les moyens institutionnels permettant à chacun d'y faire face, on ne s'étonnera guère de

[398] Alain Ehrenberg, *op. cit.*, p246.
[399] *Ibid*., p181.
[400] *Ibidem*., p10.
[401] Gérard Tixier, Anne Lamy, *Eloge de la déprime. Non à la dictature du bonheur !*, Editions Milan, Paris, 2008, p18.
[402] Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991, p16.
[403] *Ibid*., p173.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

voir l'obligation de gagner s'accompagner d'une crise d'identité majeure et la dépression nerveuse saisir une bonne partie de nos compatriotes »[404].

Cette théorie se rapproche de l'une des grandes thèses existant sur la question de la dépression, d'après Philippe Pignarre : selon celle-ci, la société serait de plus en plus « dépressogène », et renvoie la dépression au malheur et à la souffrance sociale, psychique. C'est là notamment l'une des idées soutenues par Patrick Coupechoux : « il est tout de même troublant que la montée en puissance des psychotropes, et en particulier des antidépresseurs, dès le début des années 90, corresponde à l'explosion de la souffrance au travail, notamment avec l'arrivée des nouveaux modes de management »[405]. Mais, selon Pignarre, pour les partisans de cette thèse, « c'est la dénonciation de la société qui les intéresse et non pas l'explication de la dépression »[406].

Nonobstant, dès la seconde moitié des années 1960, la dépression fait partie du paysage de la médecine générale, et devient une réalité quotidienne. Entre le début des années 1980 et le début des années 1990, le phénomène s'amplifie encore, avec une augmentation de 50% du taux de dépression en France[407]. Cette « vogue de la souffrance »[408] connaît son acmé au cours des années 1990, concomitante de l'apparition d'une nouvelle génération d'antidépresseurs, facilement maniables par les généralistes, et avec peu d'effets secondaires. L'accroissement ininterrompu de cette pathologie en fait alors un trouble socialement acceptable, une maladie « comme les autres », même si, en échange, il perd de sa signification médicale. Il devient alors un « attracteur sémantique »[409], qui possède une valeur pratique négative : c'est un moyen « d'identifier des troubles variés, mais apparentés par un air de famille en les regroupant au sein d'une entité carrefour »[410], qui bénéficie aussi d'une plus forte acceptation sociale[411]. Ainsi, « la dépression s'est banalisée de manière incroyable : tout le monde y a droit »[412].

[404] *Ibidem*., p175.
[405] Patrick Coupechoux, *op. cit*., p309.
[406] Philippe Pignarre, *op. cit*, p16.
[407] Données du CREDES.
[408] Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris, 1998, p196.
[409] *Ibid*., p110.
[410] *Ibidem*., p79.
[411] C'est du moins là ce qui ressort des études épidémiologiques s'intéressant au sujet.
[412] Philippe Pignarre, *op. cit.*, p98.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Philippe Pignarre possède, lui, une autre interprétation de l'essor de la dépression, qu'il qualifie « d'épidémie ». Il cherche notamment à savoir comment la dépression a pu devenir le trouble mental le plus répandu. Plutôt que de se centrer sur l'évolution des mœurs, il privilégie une analyse mettant l'influence des laboratoires pharmaceutiques au banc des accusés de cette hausse exponentielle de la dépression. Selon lui, l'industrie pharmaceutique a procédé à un important travail de « formation » des médecins – qu'il apparente davantage à du marketing – afin que ces derniers « apprennent » à repérer leurs patients atteints de dépression, soit donc l'idée que la dépression « ne peut pas être détectée à première vue par des médecins qui n'ont pas été sensibilisés et formés à son dépistage »[413].
Ainsi, la question de la nature des outils utilisés pour établir le diagnostic de dépression est posée, puisque ce sont ces outils qui vont permettre d'appréhender une réalité qu'ils contribuent en grande partie à produire. Formulé autrement, c'est l'idée que cette réalité épidémiologique produite ne correspond pas à la réalité du vécu de ces patients, mais davantage à la façon plus ou moins standardisée avec laquelle les professionnels de santé sont formés ; de la sorte, les outils de diagnostic psychiatrique « ne nous disent pas la vérité sur ce dont souffrent les patients, mais seulement sur la manière dont les psychiatres sont formés, et donc sur la manière dont ils peuvent recruter des patients et stabiliser leurs malheurs »[414]. Dès lors, « les outils diagnostics comme le DSM […] n'ont pas tant créé la possibilité de porter de manière impeccable le diagnostic de dépression que de former une armée de médecins capable de poser les mêmes questions, d'entretenir une relation semblable avec les patients et d'aboutir aux mêmes conclusions »[415]. Mais cette évolution n'est pas du goût de tout le monde, à commencer par les psychanalystes, qui la dénoncent régulièrement.

De surcroît, si ce sont les laboratoires pharmaceutiques qui produisent les nomenclatures classificatoires des maladies, il ne faut guère se leurrer sur la logique qui préside à cette production : ce n'est pas tant dans une perspective médicale ou clinique qu'il faut en rechercher la cause, mais bien plutôt dans une logique mercantile. C'est ce que dit l'auteur, lorsqu'il énonce que « l'industrie pharmaceutique, qui tire de gigantesques profits de cette épidémie, provoque, par ses campagnes publicitaires, une surconsommation d'antidépresseurs dans des indications qui ne le justifient pas »[416].

[413] Philippe Pignarre, *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, Paris, 2001, p15.
[414] *Ibid*., p24.
[415] *Ibid*., p20.
[416] *Ibidem*., p19.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, ces laboratoires tendraient à définir les maladies en fonction des symptômes sur lesquels leur pharmacopée possède une action effective, ce qui modifie dès lors la pratique même du diagnostic des professionnels de santé : « les petites évolutions des molécules font évoluer les critères de classement des patients, et donc la définition de la dépression »[417], permettant à terme, selon l'auteur, de multiplier le nombre de cas diagnostiqués. Cela est d'autant plus significatif qu'il faut replacer l'industrie pharmaceutique dans son activité mercantile, et donc considérer la dépression comme un marché pour ces industries, impliquant une volonté d'extension, qui passe par la découverte de nouvelles molécules permettant de renouveler quelque peu le marché, voire de susciter une nouvelle offre, « endormie » jusqu'à présent : « désormais, en psychiatrie comme dans le reste de la médecine, les médecins et les patients attendent l'essentiel des progrès de la mise au point de nouveaux médicaments »[418].

Par ailleurs, cette nouvelle zone de délimitation engendrée par les psychotropes (entre ce qui est significatif et doit être pris en compte dans un trouble mental, et ce qui est d'une moindre importance) possède l'avantage d'être partageable avec les médecins généralistes, en raison de la facilité de prescription des nouvelles générations d'antidépresseurs, les ISRS (inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine), dont la figure de proue est le Prozac : « puisqu'il existe des traitements simples à prescrire et puisque c'est le corps mental qui est en jeu, les médecins généralistes doivent aussi acquérir la compétence qui permet de repérer les patients déprimés »[419].

Dans cette mesure, la croissance du marché des antidépresseurs, dont nous avons vu la hausse vertigineuse entre 1980 et 2001, est surtout le fait de cette génération des ISRS, avec la mise sur le marché du Floxyfral en 1987 et du Prozac en 1989, ce dernier étant responsable de la forte progression des ventes à partir de 1990[420].

Cette implication nouvelle des médecins généralistes dans la sphère psychiatrique, permise par la facilité de prescription des psychotropes et les formations proposées par l'industrie pharmaceutique, serait alors l'un des éléments permettant de comprendre cet accroissement constant de la prévalence de la dépression : « les psychotropes ont rendu possible une psychiatrie du médecin généraliste, c'est-à-dire une psychiatrie du plus grand nombre »[421]. Cela s'exprime avec d'autant plus d'acuité que « les premiers concernés par la souffrance

[417] *Ibidem*., p90.
[418] *Ibidem*., p84.
[419] *Ibidem*., p88.
[420] Elise Amar, Didier Balsan, *op. cit.*, p1.
[421] Philippe Pignarre, *op.cit.*, p89.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

psychique demeurent les médecins généralistes »[422], témoins privilégiés de ces individus dont la prise en charge s'avère des plus complexes.

Certains auteurs évoquent également d'autres pistes explicatives de cette montrée de la dépression. C'est le cas notamment de Vincent de Gaulejac, qui axe davantage son interprétation sur le rôle du travail et les dégâts causés par le nouveau management[423]. Ce type de théories – dans lesquelles se situe également Christophe Dejours – considère davantage l'expansion de la dépression au travers du prisme de « la fabrication psychosociale de sujets souffrants »[424].

Si nous essayons à présent de synthétiser les apports heuristiques à la fois d'Ehrenberg et de Pignarre, il semble que la consommation de psychotropes, pour se comprendre, doit être reliée simultanément à l'évolution de ces médicaments, dont la prescription et le mode d'action sont aujourd'hui plus aisés, facilitant leur recours, ainsi qu'à l'évolution de l'individualité, où les exigences se font plus fortes et se centrent plus particulièrement sur l'individu – et non plus sur une notion de classes sociales, par exemple. La consommation de psychotropes serait devenue un moyen, pour l'individu, de faire face à son existence, d'apprendre à affronter la réalité sociale et à s'inscrire dans le jeu concurrentiel décrit par Ehrenberg : « permettant de faire bonne figure en se maîtrisant apparemment face à l'autre (adversaire, concurrent ou partenaire), ils sont une manière d'être soi-même qui, selon les cas, contourne ou renforce le travail exercé sur soi-même »[425]. Ainsi, « l'obsession de gagner, de réussir, d'être quelqu'un et la consommation en masse de médicaments psychotropes sont étroitement liées parce qu'une culture de la conquête est nécessairement une culture de l'anxiété qui en est la face d'ombre »[426].
Pour autant, Ehrenberg n'est pas le seul à faire ce constat ; de nombreuses voix se font entendre, suggérant que la hausse des prescriptions de psychotropes ne serait que l'effet d'une surconsommation abusive : « cet abus tiendrait au fait que la prise médicamenteuse répondrait à un besoin de confort plus qu'à une nécessité médicale et pourrait même, selon certains, être

[422] Patrick Coupechoux, *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris, 2009, p303.
[423] Vincent de Gaulejac, *Travail, les raisons de la colère*, Seuil, Paris, 2011.
[424] Lise Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte, Paris, 2011, p54.
[425] Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris, 1991, p254.
[426] *Ibid*., p257.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

assimilé à une toxicomanie, le sujet cherchant dans le médicament une psychostimulation artificielle susceptible de l'aider à affronter les difficultés de l'existence »[427].
Cette mise en perspective de la complexité de la question de la dépression et de ses multiples ramifications souligne l'importance de la conception théorique accordée à la dépression et à sa définition.

Dans une tentative de synthétiser les grandes théories explicatives de la dépression, par les sociologues, Lise Demailly retient ainsi cinq grands principes explicatifs[428] :

- La fabrication sociétale des individus (holisme), avec notamment l'individualisme, le culte de la performance et le développement de l'économie libérale ;
- Le découpage du négatif, le type de rapport normal/pathologique, avec les questions de médicalisation de la souffrance et de psychologisation du social, entre autres ;
- La fabrication psychosociale de sujets souffrants (rôle du travail, du nouveau management, des traumatismes) ;
- L'impact des prises en charge et des organisations de soins en elles-mêmes (meilleur diagnostic des dépressions, impact des nouvelles catégorisations, telles que le DSM, diffusion de la culture « psy », marché des antidépresseurs) ;
- Les effets imprévus : évolution de la loi sur l'absentéisme au travail, qui conduit à un accroissement des consultations pour dépression, extension de la demande, etc.).

Les multiples interprétations explicatives de cette hausse de la dépression, ainsi que les débats que ces interprétations occasionnent, sont, en ce sens, un élément de premier ordre, dont il faut tenir compte afin de comprendre comment a pu se construire la campagne de l'INPES. C'est la raison pour laquelle il faut nous tourner vers la genèse de cette campagne, son rapport avec l'Etat, l'instigateur principal de cette campagne, auquel l'INPES a ensuite apporté son expertise et sa contribution technique, dans la réalisation pratique de cette campagne médiatique.

[427] Patrick Hardy, Marie-Christine Hardy-Baylé, *op. cit*, p54.
[428] Lise Demailly, *Sociologie des troubles mentaux*, La Découverte, Paris, 2011, p54.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 2. La campagne sur la dépression : une commande d'Etat

### 2-1 La dépression comme thématique de santé publique

Concernant le contexte socio-politique qui a donné naissance à cette campagne, la prise en main de la thématique dépression par les pouvoirs publics a été opérée dans un cadre législatif marqué par la création d'une nouvelle loi de santé publique, le 9 août 2004, la deuxième seulement de l'histoire de la France. Cette loi comporte neuf principes, qui sont autant de « règles auxquelles il faut se référer pour la définition des objectifs et pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique »[429].

Si l'Etat a choisi de prendre en main cette thématique, cette commande s'est trouvée, pour la première fois, formulée dans le plan Psychiatrie et Santé mentale, qui officialisait cette demande. Le premier axe de ce plan énonçait, en effet, l'objectif de recourir à une meilleure information auprès des populations, à l'aide d'une campagne d'information et de communication grand public. Ce lien opéré directement entre information du public et campagne médiatique reflète ces évolutions de la santé publique, mises en évidence dans la première partie de ce travail, concernant la communication comme panacée de la responsabilisation des individus, avec l'information comme principe actif du changement.
Pour autant, ce plan Psychiatrie et Santé mentale a été précédé par un autre plan, traitant spécifiquement de la dépression, mais qui n'est jamais officiellement paru. Or, celui-ci se révèle fort intéressant, car chacune de ses lignes apparaît comme une pierre de plus apportée à la construction sociale de la santé publique de la dépression, avec toute une rhétorique déployée en ce sens.

### 2-2 Le plan dépression : première construction sociale de santé publique

Dans le cas présent, il semble que c'est l'action plus particulière d'un psychiatre de l'hôpital Sainte-Anne qui a conduit à la mise sur agenda politique de la campagne sur la dépression, comme nous le confirment certains des protagonistes de cette campagne, présents dès le début du processus, à l'exemple de PSY2 :

> Et donc lui, il devait, il promeut quelque chose qu'il a toujours fait, c'est-à-dire l'épidémio. Et en termes d'épidémio, il s'appuie sur l'enquête OMS qui montre que la

[429] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, p113.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> dépression coûte cher, etc. Alors avec, en même temps, l'idée de montrer que, pour une fois, il fallait quand même que les maladies mentales soient prises en compte.

Ce psychiatre, dont certains des protagonistes de la campagne évoquent ses connexions avec le champ politique, a, semble-t-il, su utiliser des arguments prompts à être entendus par les pouvoirs publics, notamment par la mise en exergue du coût de la dépression pour la collectivité, lorsque celle-ci est mal prise en charge, ainsi que par des résultats épidémiologiques, outil principal de construction sociale de la santé publique. Les arguments développés ici reprennent les préoccupations contemporaines des pouvoirs publics, une partie des éléments qui caractérisent le contexte socio-politique contemporain. Pour autant, la question de la légitimité des pouvoirs publics à se saisir de cette question semble parfois s'être posée, comme nous l'indique INP6 :

> Ca, je trouve ça très intéressant sur quelque chose comme ça: parce que c'est vrai que ce n'est pas évident que l'Etat intervienne dans ce champ-là. C'est vrai que, au départ, les domaines sur lesquels l'INPES et l'Etat interviennent, ça a tendance un petit peu à s'élargir. C'est vrai que le champ de la santé mentale, il y a beaucoup de gens qui ont dit ce n'est pas légitime que l'Etat se positionne.

Cette extension du domaine d'intervention de l'Etat – liée, selon cet interlocuteur, à la canicule de 2003, qui avait provoqué la mort de plusieurs milliers de personnes – semble pouvoir être mise en parallèle avec la responsabilisation des individus, puisque c'est principalement par un travail d'information que se matérialise cette intervention étatique, avec l'axiome qu'informer les citoyens permettra de faire évoluer les comportements – en cela, la psychologisation comme technique de gouvernementalité est la deuxième face de ce Janus de la responsabilisation, en réduisant les problèmes de santé à la subjectivité individuelle.

Dans sa présentation et son argumentaire, ce plan dépression, qui date du 9 février 2004, reprend l'essentiel des propos du psychiatre de Sainte Anne ; c'est notamment là l'idée introduite par DGS1 dans l'extrait suivant :

> Avant même qu'il y ait le plan santé mentale, pour essayer de dynamiser probablement le bureau de la santé mentale, il y a eu un plan dépression de la DGS, qui actait les différentes actions à faire dans le domaine de la dépression, qui reprenait quasiment les conclusions qu'avait fait X [le psychiatre en question].

Cet extrait semble confirmer que ce psychiatre a réussi à imposer son cadre cognitif d'appréhension de la dépression en tant que problème sanitaire, permettant son intégration à la sphère de la santé publique, qui induit, *de facto*, un traitement étatique de la question. Cela était aussi permis par la connexion du psychiatre en question avec le champ politique.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ce plan dépression dont il est question commence ainsi par souligner l'importance de la maladie au sein de la population française et internationale, sous-tendant quelque peu l'idée d'une maladie en extension constante, comme le suggèrent les propos suivants, tirés de ce document : « de fait, les troubles dépressifs sont en augmentation dans les cohortes de naissance d'après-guerre et on assiste à un rajeunissement progressif de leur âge de début depuis les années 50 ». Ce document évalue la prévalence actuelle des troubles dépressifs sur la vie entière à un taux compris entre 9 et 12% (ce qui représente donc, en prenant l'estimation la plus haute, un total de sept millions de Français), dont la moitié d'épisodes dépressifs majeurs – c'est-à-dire « caractérisés », au sens où l'entendent les classifications telles que la CIM-10 ou le DSM-IV. Cette dernière précision souligne que la dépression, en tant que pathologie, est aussi une construction sociale, qui dépend des outils pris en compte pour la constituer (comme ici, le recours à la CIM ou au DSM).

Toujours en écho au contexte socio-politique contemporain, le descriptif se poursuit ensuite avec l'importante morbidité qui serait engendrée par cette maladie, porteuse de risques individuels et de conséquences sociales : « les troubles dépressifs entraînent une importante mortalité, puisqu'ils sont responsables d'une part importante des 12 000 décès annuels par suicide et d'une grande partie des 160 000 tentatives de suicide observées chaque année. Ils sont également à l'origine de handicaps et d'incapacités lourds, entraînant une détérioration de la qualité de vie du sujet atteint, mais aussi de ses proches ». Cette présentation fait la part belle aux conséquences sanitaires et sociales lourdes, dont la figure de proue est le suicide, domaine sur lequel, précise la suite du document, la France est « en retard » vis-à-vis des autres pays européens – la France présente ainsi les taux de décès par suicide les plus élevés en Europe de l'Ouest, après la Finlande[430]. Un autre document de la DGS construit aussi un lien explicite entre dépression et suicide, avec l'idée que « la dépression […] serait responsable de 40 à 80% des morts suicidaires en population générale, selon la littérature internationale. […] De fait, on estime que 0,2% des patients déprimés décèdent par suicide, chaque année, soit un risque dix fois plus élevé que celui de la population générale ». L'introduction de la figure du suicide renvoie à la phase de médicalisation des problèmes sociaux, l'un des deux temps de la construction sociale de la santé publique, selon Fassin – ici, c'est l'idée que pour diminuer le nombre de suicides, un levier d'action possible est de mieux prendre en charge et soigner la dépression. Cette phrase s'exprime avec le langage

[430] Aouba, Pequignot *et alii*, « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Etudes et résultats (DREES)*, n°702, septembre 2009.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

épidémiologique, constitué de groupes à risque, langage entendu par le champ de la santé publique.

Afin de poursuivre cette mise sur orbite publique de la dépression, en lien avec les catégories phénoménologiques actuelles, le versant socio-économique de la dépression est aussi abordé : « l'impact socio-économique de la dépression apparaît également considérable, que ce soit par la perte de productivité qu'elle entraîne et/ou par la consommation de soins inadéquate qu'elle induit (multiplication d'examens para-cliniques et de traitements à visée somatique) ». Cet extrait indique le type de rhétorique utilisé pour légitimer un traitement « préventif », par les pouvoirs publics, de la question des épisodes dépressifs. Effectivement, cet argumentaire s'appuie sur plusieurs caractéristiques du contexte socio-politique actuel, qui admet notamment comme *doxa* la réduction des dépenses publiques, et a de fortes chances de raisonner dans le champ politique, du fait de son adéquation avec les préoccupations qui s'y expriment. Un autre document de la DGS, annonçant l'arrivée d'un plan de lutte contre la dépression, reprenait d'ailleurs les mêmes éléments, en estimant les coûts directs de la dépression en France, évalués à 1,3 milliards d'euros pour l'année 2001.

Ce constat d'un coût social et économique supplémentaire, engendré par une mauvaise prise en charge de la dépression, est aussi partagé par d'autres acteurs, et sert d'argument pour justifier l'intérêt d'une meilleure prise en charge de cette maladie. Dans cet ordre d'idées, selon la HAS, le coût indirect[431] de la dépression récidivante est mesuré entre 473 et 640 millions d'euros pour la société[432]. Ce constat est aussi relayé par MED :

> Il ne faut pas perdre de vue que les dépressions mal soignées et mal prises en charge, ce sont des gens qui consomment 20% de soins médicaux en plus, parce que, c'est bizarre, mais vous allez avoir plus de rhumes, plus de grippes, plus de douleurs dorsales. On considère que 20% des médicaments, […] on les consomme 20% en plus quand on est dépressif. […] Il y a des études médico-économiques aux Etats-Unis qui ont montré que des dépressions mal prises en charge, ça coûtait les yeux de la tête.

Cette rhétorique a d'autant plus de chances de réussir à s'imposer face aux décideurs du ministère de la Santé que, suite à la présentation du coût social et individuel prohibitif de cette pathologie, la capacité d'intervention de l'Etat est tout de suite évoquée pour réguler la situation : « or, les troubles dépressifs, comme d'ailleurs leur principale complication le

[431] Par « coût indirect », il faut entendre des critères tels que la perte de revenu liée à l'absentéisme, la baisse de productivité, etc.
[432] Haute autorité de santé, *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte, argumentaire*, avril 2007, p89.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

suicide, sont accessibles à des mesures de prévention et de prise en charge, ainsi que l'ont montré les évaluations des programmes d'action menés dans plusieurs pays. […] Des résultats satisfaisants ont été obtenus, en particulier pour réduire la suicidalité, avec de bons rapports coût-efficience, pour ces programmes ». Le document commence donc par souligner les problèmes engendrés par une insuffisante prise en compte, par les pouvoirs publics, de la dépression, pour ensuite mieux mettre en avant les corrections possibles que pourrait amener l'Etat en prenant en charge la question de la prévention et de l'information de cette maladie – avec également la mise en exergue de la rationalité du calcul économique de cette intervention, où il apparaît que les bénéfices retirés d'une action en la matière seront supérieurs aux coûts engendrés par sa mise en place. C'est là une rhétorique habituellement employée en matière de construction sociale de la santé publique, ce que confirme également Patrick Coupechoux : « comme le système ne comprend que le langage des chiffres, il a vite fait ses calculs : les dépressions, déprimes, tics et tocs en tout genre coûtent cher à la société – en arrêts de travail, en dépenses de santé –, il faut donc y faire face »[433].

De surcroît, cette intervention étatique s'inscrit dans les prérogatives de la loi relative à la politique de santé publique, ce que ne manque pas de souligner ce plan dépression pour asseoir sa légitimité : « en France, la réduction du nombre de personnes déprimées non reconnues ou non correctement traitées, et celle du nombre annuel de décès par suicide constituant un des objectifs que s'est fixée la loi relative à la politique de santé publique, ce plan se propose de réduire le nombre de personnes souffrant de dépression en améliorant le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs et en agissant sur leurs déterminants ».
Cet aspect a également été évoqué par PSY3, qui a contribué à la réalisation du guide d'information :

> En fait, la campagne répondait à un des objectifs de santé, des cent objectifs de santé publique de la loi de santé publique.

Suite à l'identification des populations à risque, le document s'achève par le constat d'une imparfaite prise en charge de ces troubles dépressifs. Ainsi, d'après les études des autorités sanitaires des pays industrialisés, qui se distinguent par leur convergence concernant leurs observations, seul un dépressif sur six serait à la fois correctement diagnostiqué et traité – dans les cinq autres cas, existe un problème, que ce soit en matière de diagnostic ou de

[433] Patrick Coupechoux, *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris, 2009, p18.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

traitement *ad hoc* à ce diagnostic de trouble dépressif. Ce constat appuie un peu plus l'idée d'une action possible (voire nécessaire) des pouvoirs publics pour améliorer la situation, tout en introduisant également la perspective d'une insuffisante formation/information des professionnels de santé en matière de prise en charge de ce type de pathologie – cet aspect avait d'ailleurs été soulevé dans un article produit par deux membres de la DREES[434]. A la suite de cette construction sociale de la santé publique, l'intervention des pouvoirs publics prend alors tout son sens et est rendue légitime par la manière même dont le problème a été construit, puisque c'est un déficit d'informations qui semble être le principal ressort du problème.

Toutefois, cet aspect n'est pas propre à la France ; selon les données internationales, moins de la moitié des personnes souffrant de troubles dépressifs auraient recours au système de santé. De surcroît, parmi les personnes qui consultent, seul un faible nombre bénéficierait d'une prise en charge en adéquation avec les connaissances actuelles en matière de bonnes pratiques cliniques[435].

Ainsi, l'analyse de ce « Plan dépression » contient déjà un grand nombre d'arguments de construction sociale de la santé publique : la forte prévalence de cette pathologie facilite un traitement étatique de la question, tout comme le coût engendré par une mauvaise prise en charge, car l'aspect collectif se trouve alors souligné à l'envi. Ce construit de santé publique se reflète également dans les propos des protagonistes, lorsque leur est posée la question du choix de la dépression comme sujet de santé publique :

> Je pense que c'est plus en termes de prévalence et en termes de nombre de personnes concernées. Enfin c'est sûr qu'à la fois pour faire une première campagne sur un sujet santé mentale, c'était plus facile de commencer par un sujet comme ça que d'attaquer bille en tête sur la schizophrénie. (PSY3)

> Parce que cela touche beaucoup de monde. La schizophrénie, c'est 1% de la population, donc… Et puis ce n'est pas facile de communiquer dessus. Mais la dépression, c'est 7 à 8%, vie entière c'est 12 ou 15, donc ça touche beaucoup de monde. Et c'est un peu banalisé, les gens ont moins honte, etc. Et puis ça a un impact soco-économique très très fort, un impact psychologique dans les familles, ça touche beaucoup de monde quoi. (DGS1)
>
> Là, ça concerne énormément de gens, ça concerne énormément l'entourage, donc on peut le montrer à la télé, c'est-à-dire beaucoup de gens connaissent un dépressif ou ont connu un dépressif, que des schizophrènes, ça serait mettre à jour en fait, montrer du doigt quelque chose assez marginal, […] en tout cas pas très partagé. (INP4)

Parmi les facteurs facilitant la communication sur la dépression, il est donc question de sa forte prévalence, mais aussi de sa plus grande acceptation sociale, en comparaison de nombre

[434] Elise Amar, Didier Balsan, *op.cit.*, p6.
[435] Béatrice Lamboy, « Les troubles dépressifs et leur prise en charge », in Philippe Guilbert, Arnaud Gautier (dir), *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, éditions INPES, 2006, pp69-76.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de pathologies mentales, telles que la schizophrénie, qui suscitent principalement effroi et rejet. Pour DGS1, la question du coût socio-économique engendré par la dépression apparaît comme un argument supplémentaire, ce qui est lié à son appartenance à un monde social étatique. En somme, c'est parce que le contexte s'y prête que l'Etat peut se saisir plus aisément du sujet, car sa légitimité est plus forte (liée à la prévalence), et le traitement plus facile (c'est accepté et « on peut le montrer à la télé »).

Pour autant, la question de l'intégration de la dépression à la sphère de la santé publique ne peut éviter d'être aussi interrogée à l'aune de son intérêt politique sous-jacent, nous faisant alors entrer de plain-pied dans la question de l'opportunité politique (liée à la structuration même du champ politique) ; c'est là notamment l'opinion de PSY2, l'un des rédacteurs du guide, qui ne semble guère se faire d'illusions sur la raison profonde de cette intervention publique[436] :

> C'est ça qui est très triste, parce que ça ne correspond pas du tout aux besoins de terrain, mais ça correspond au besoin d'occuper l'espace. Parce que quand tu es un homme politique, si tu t'occupes d'un vrai problème, ça va prendre longtemps, et puis le différentiel va être faible. Si tu t'occupes d'un faux problème, tu peux faire un coup d'éclat et du coup tu as un fort différentiel. C'est ça le souci : comment la politique, quelque part, a sa limite.

L'expression « coup d'éclat » chez PSY2 confère l'idée d'une logique symbolique, où l'action entreprise est avant tout évaluée sous le prisme de ses retombées potentielles. Néanmoins, cette logique, qui peut être première et surplomber toutes les autres, ne sera bien évidemment jamais présentée comme telle, mais au contraire occultée par une rhétorique soulignant l'apport collectif résultant, par une construction sociale de la santé publique donc. C'est là aussi l'idée d'INP6 :

> Mais c'est vrai que, au-delà un petit peu du plan de communication, c'est joli les plans de communication, les grandes actions de com', mais c'est surtout la preuve que... Enfin c'est aussi pour ça que les politiques les réclament souvent, c'est que politiquement c'est intéressant pour eux, parce que ça montre au public qu'ils agissent, mais est-ce que c'est forcément efficace ? Bon c'est vrai que c'est un peu une tentation qu'ont tous les gouvernements, c'est « tiens, il faut qu'on montre qu'on bouge, etc. ».

En écho aux propos de PSY2, chez INP6, ressort aussi le principe que, pour le politique, l'action médiatique est indissociable du capital symbolique qu'il peut en retirer ; cela souligne toute l'ambiguïté de l'action politique en matière de communication en santé publique, tiraillée entre plusieurs objectifs, dont la compatibilité peut être mise à rude épreuve. Ainsi, s'exprime parfois une certaine incompréhension quant aux choix effectués par les acteurs

[436] Précisons ici néanmoins, qu'il était question du plan Psychiatrie et Santé mentale, et non de la campagne même.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

engagés dans la campagne, à l'exemple d'INP2, qui s'interroge à voix haute sur les raisons profondes du choix de la dépression comme thème de communication :

> Au regard de la problématique, ça ne se justifiait pas de faire une campagne sur la dépression en tant que telle, puisque la problématique était la même pour le trouble anxieux, et en termes de prévalence c'était aussi nombreux. […] Enfin je veux dire pourquoi la dépression alors que l'anxiété touche autant de monde, alors que la problématique est la même, la problématique du recours aux soins, d'après la littérature ?

Cette réflexion acquiert d'autant plus d'importance qu'aucun autre acteur interrogé dans le cadre de cette campagne n'a fait état de ce point particulier, alors même que les troubles anxieux étaient couplés à la dépression comme sujet de communication dans le plan Psychiatrie et Santé mentale. Cela nous renvoie bien à la question de l'opportunité politique qui prévaut à ce genre de campagne.

Pour autant, afin que le projet de cette campagne puisse aboutir à une réalisation effective, il a fallu la présence et l'action d'un acteur particulier – en plus des psychiatres de Sainte Anne –, ancien membre de la DGS, passé ensuite à l'INPES. Ce rôle de pivot de la campagne a d'ailleurs été souligné par DGS1 :

> Je pense qu'il y a eu un concours de circonstances favorable pour que puisse être imaginée une campagne médiatique sur la santé mentale, et sur la dépression. Et le concours de circonstances favorable était INP1. […] Je pense que c'est lui quoi. Oui, c'est lui qui a su trouver le moment favorable, convaincre le cabinet, les ministres, etc.

Une fois posée la volonté politique de réaliser cette campagne, la DGS a transmis cette commande première à l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), afin que ce dernier donne le départ du processus de production de cette campagne médiatique. Effectivement, cet institut apparaît comme le « bras communiquant » du ministère de la Santé, puisque « cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique », comme l'exprime l'article L.1417-1 de la loi de santé publique du 9 août 2004, où il est indiqué que l'INPES a pour mission, entre autres, « de mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique »[437].

Cette tutelle se retrouve d'ailleurs présente dans le travail des membres de l'INPES, comme nous le confirment certains des intéressés :

> Nous, on dépend quand même beaucoup des arbitrages ministériels (INP3)

[437] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, p8.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Le fait que le CFES se soit transformé en INPES, ça a accru la tutelle des liens qu'on avait avec la Direction générale de la Santé et le gouvernement, et c'est vrai que ça a mis un peu sur nos épaules un poids politique quand même, c'est vrai. (INP6)

Nous verrons dans la suite de notre analyse que cette tutelle a eu une incidence sur la manière de problématiser la campagne, avec notamment l'émission de certaines contraintes structurantes en termes de contenus.

Une fois cette commande ministérielle passée auprès de l'INPES, une deuxième étape de construction sociale de santé publique peut avoir lieu, prenant le sillage du plan dépression déjà évoqué ; c'est sur ces aspects que nous allons à présent revenir.

## 3. La prise en main du processus de production publicitaire par l'INPES

### 3-1 Présentation générale de l'INPES

L'INPES est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il succède en réalité au CFES (Comité français d'éducation pour la santé), qui avait pour but d'améliorer le bien-être de la population, notamment par la promotion de la santé. Le fonctionnement de cet établissement public administratif, qui emploie 120 personnes, est régi par le décret du 29 avril 2002. L'INPES possède un budget de fonctionnement d'environ cent millions d'euros par an, provenant essentiellement de l'Etat.

Les missions de l'INPES sont de mettre en œuvre les programmes de santé publique, d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire. De plus, suite à la loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique, il revient aussi à l'INPES de participer à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence. Enfin, dernière mission, il doit établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

Ces missions ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident, à exercer un meilleur contrôle sur son état de santé ou à l'améliorer. Ces missions reflètent la technique de gouvernementalité de la responsabilisation des individus, à l'œuvre dans la société.

L'INPES est donc identifié, dans l'univers de la santé publique, comme un monde social développant une expertise spécifique dans la promotion de la santé – cette expertise concerne la prévention et l'éducation pour la santé. Ces programmes développés par l'INPES sont élaborés par des équipes multidisciplinaires de l'Institut, à partir des objectifs de santé publique définis par le ministère de la Santé. Nombre de ces programmes se traduisent par la conception et la mise en œuvre de campagnes de prévention sur les grandes priorités de santé publique, campagnes qui s'adressent soit à l'ensemble de la population soit à des publics plus particulièrement ciblés.

A travers ces premiers éléments, la culture médiatique de santé publique de l'INPES apparaît plus que manifeste, avec des techniques de production et d'intervention clairement définies – nous verrons que cela n'a pas été sans incidence sur la manière de produire cette campagne. Revenons à présent sur la construction sociale de santé publique opérée par cet organisme autour de la thématique dépression.

### 3-2 L'intervention de l'INPES : deuxième construction sociale de la santé publique

Nous avons vu le cheminement de la question de la dépression, qui a réussi à graviter dans la sphère politique, au point de devenir une thématique potentielle de santé publique. Afin de confirmer cet aspect et de lui donner une couverture médiatique suffisante, le ministère de la Santé a donc transmis cette commande première à l'INPES, structurant déjà pour partie la manière d'appréhender le phénomène, fournissant un cadre cognitif de départ quant à la manière d'aborder cette thématique. Cette imposition de contraintes structurantes de départ, ce cadre cognitif, sont d'ailleurs évoqués ci-dessous, par certains commanditaires :

> On avait une demande très précise, quand même, via le plan santé mentale, et quand même un peu via le Cabinet. Ils voulaient quand même vraiment une campagne médias. […] et de toute façon, même si on a vu qu'il n'y avait pas un énorme problème de stigmatisation de la maladie, on s'est dit que c'est toujours le moment de positionner en tout cas cette maladie comme un vrai problème de santé publique. (INP3)

> Il y a eu une négociation, ça a été confié à l'INPES qui a mis en œuvre des groupes de travail préalable à la… Ces groupes de travail, il y avait Y pour la DGS qui participait. Et à chaque fois,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> il y avait une validation faite ici dans le bureau et auprès de INP1 qui était sous-directeur à ce moment-là. A toutes les étapes : c'est-à-dire au niveau de la synthèse de la littérature, la synthèse, les objectifs, l'appel d'offres, qui on choisissait, voilà. Tant qu'INP1 a été là, ça a été suivi, il me semble, de très très près par la sous-direction de la DGS. (DGS1)

Il semble que, même si l'INPES était en charge de la conception et de la réalisation de cette campagne, cela restait toujours sous couvert d'une validation par le ministère de la Santé qui, en tant qu'il sera perçu par la suite comme l'instigateur principal de cette campagne, veille aux données présentées et aux messages véhiculés, afin de ne pas risquer de mettre en péril son capital symbolique au travers de cette campagne. Cette attention indique également la commande politique sous-jacente à l'initiation de cette campagne.

En outre, l'imbrication de cette campagne avec la sphère étatique se constate à d'autres moments du processus, et notamment dans la phase de validation de la mise en problématique opérée par l'INPES. Ainsi, le cadre cognitif proposé par cet institut, pour être effectif, doit bénéficier de l'aval du ministère de la Santé, comme nous le précise INP2 dans ces quelques lignes :

> On allait débattre à la DGS de ce qu'il en était, le gros du débat scientifique. […] Et là, il y a eu une réunion mémorable au Cabinet, où à ce moment-là on devait encore orienter la campagne, savoir dans quel sens, quel message on allait avoir, et ce sont les données scientifiques qui ont tranché. Et donc là, ça a été un moment […] qui a permis d'orienter le choix de la campagne.

La précision suivant laquelle « ce sont les données scientifiques qui ont tranché » souligne que, dans cette campagne, les considérations d'ordre politique sont aussi importantes et semblent agir en contrepoint des données scientifiques, avec un processus de production qui oscille entre ces deux optiques, qui peuvent parfois s'avérer antagonistes.

S'il convient de positionner cette maladie « comme un vrai problème de santé publique », comme l'évoquait INP3 *supra*, cela signifie, d'une part, que la qualification de la dépression comme tel ne va pas de soi, mais aussi, d'autre part, que la mise en place d'une culture de santé publique – utilisant des outils qui lui sont propres – a été nécessaire afin de parvenir à cet objectif. Comme nous l'avons vu, le plan dépression avait déjà commencé à baliser ce chemin. A cet instant du procès, l'INPES va donc continuer dans cette voie, en produisant une sorte de palimpseste de ce Plan dépression.

La construction sociale opérée par l'INPES a débuté par une revue de littérature, procédant à une synthèse des connaissances actuelles en matière de dépression, et notamment


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

celles possédant le plus fort consensus – élément d'autant plus important que l'intervention médiatique prévue ici est une campagne d'informations. Ce travail s'est révélé particulièrement conséquent semble-t-il, notamment au vu de l'abondance de données sur ce thème :

> Il y avait de nombreuses études portant sur la dépression faites par des psychiatres. Notamment dans les années 95, 96, 97, il y a eu de très nombreux rapports santé mentale, et des études très spécifiques sur la dépression. Des publications, des livres, des rapports sur la dépression. (DGS1)

> Au moment où je suis arrivé dans cette campagne, il y avait eu déjà l'étude, la revue de bibliographie en fait, qui avait été faite par INP2, donc qui était très détaillée, et qui comprenait déjà tout ce qu'on savait sur la problématique de santé publique : donc la prévalence de la dépression, ses conséquences en termes de morbidité, enfin alcoolisme, etc., sur la base de l'OMS, enfin des données issues de pointures sur l'épidémiologie française qu'on avait déjà à l'époque, il y en avait six sept je crois. (SOCIO)

En dépit de ces données disponibles (et notamment des données épidémiologiques), décision a été prise de procéder à de nouvelles investigations afin de mieux appréhender les différentes problématiques associées à la dépression dans la population française. Cette volonté est apparue consécutivement à la revue de littérature et aux carences découvertes, comme l'indique INP2 :

> On s'est dit qu'on avait peu de données françaises ou qu'elles étaient vieilles, qu'elles n'étaient pas très très organisées, et donc on a proposé de faire une autre étude. D'intégrer déjà un volet dépression et recours aux soins dans le Baromètre Santé, et puis de faire d'autres études, donc en quantitatif et en qualitatif.

Cela fut notamment le cas avec deux enquêtes épidémiologiques : le Baromètre Santé de 2005, ainsi qu'« Anadep », réalisée spécifiquement pour la campagne dépression.

Ces études épidémiologiques permettent de justifier (et donc de légitimer) l'intervention des pouvoirs publics, leur immixtion au sein de la sphère pathologique, le plus souvent pensée individuellement et non pas dans sa dimension collective ; cela fait ainsi de l'épidémiologie l'un des outils privilégiés de construction sociale de santé publique :

> Mais en termes de campagnes publiques d'information, pour le grand public, il faut se baser d'abord sur des études épidémiologiques pour savoir un peu quelle est l'ampleur du problème et savoir si ça justifie une communication type grand public. Donc on se base là-dessus. (INP7)

Or, contrairement à ce que dit INP7, les études épidémiologiques, dans le cas présent, ne cherchaient pas à « savoir si cela justifie une communication grand public », mais plutôt à légitimer cette décision politique prise en amont. Ces études apparaissent comme la justification scientifique d'une décision politique. Cela se retrouve d'ailleurs clairement exprimé dans un document postérieur à la sortie de la campagne, où il est énoncé que « la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

priorité de ce thème [de la dépression] a été décidée par les pouvoirs publics dans un objectif opérationnel précis, celui de faire une campagne d'information pour le grand public »[438].

De plus, les résultats de l'enquête Anadep ont été un élément moteur dans les décisions prises autour de cette campagne, et notamment concernant les axes de communication à privilégier :

> J'ai participé à la conception et à l'analyse qu'ils ont faites sur la dépression, Anadep, ce qui nous a permis de voir un certain nombre d'orientations de cette campagne. (SOCIO)

> Moi je suis vraiment intervenue dès le départ, c'est-à-dire que l'on n'avait pas encore les résultats de l'étude Anadep, donc j'ai connu les résultats au fur et à mesure avec INP2, donc on a un peu travaillé ensemble sur le contexte, pour définir la problématique. (INP3)

> Quand elle a commencé à avoir des résultats, on a dit à la DGS et au cabinet « on ne peut pas commencer à travailler sur cette campagne, il y a des choses qui sont… On ne sait pas où on met les pieds, et donc il faut vraiment avoir les premiers résultats de l'enquête pour pouvoir commencer à travailler ». […] Enfin on a attendu ça avant de pouvoir établir le cahier des charges. (INP3)

Le lien établi entre contexte et mise en problématique s'exprime de manière claire, et admet comme outil principal l'enquête Anadep, qui a constitué une base scientifique afin de définir les contours de la campagne, en identifiant les aspects les plus problématiques. Anadep permet de définir le contexte, d'en ressortir les éléments utiles (« travaillé sur le contexte ») et participe, de fait, à la construction sociale de la santé publique opérée autour de cette campagne.

Pour autant, afin de compléter notre analyse, il convient de s'intéresser à la manière même dont ces enquêtes ont été construites et structurées, car la connaissance de ce *modus operandi* s'avère nécessaire afin de comprendre au mieux comment ces enquêtes ont pu servir à faire de la dépression une problématique de santé publique.

### 3-3 Les enquêtes Anadep et Baromètre Santé : outils de santé publique de l'INPES

Ces deux enquêtes fournissent des prévalences différentes de la dépression dans la population française : le Baromètre Santé 2005 évalue la prévalence d'épisodes dépressifs caractérisés à 7,8% de la population, ce qui situe ces résultats dans la moyenne des prévalences produites par les enquêtes épidémiologiques réalisées ces dernières années, en France et en Europe. Quant à Anadep, elle fixe la prévalence de la dépression à 5% de la population générale. Cet écart entre les deux prévalences nous rappelle invariablement les

[438] Chan Chee, Beck, Sapinho, Guilbert (dir.), *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*, INPES, 2009, p16.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

limites des études épidémiologiques en matière de santé mentale. Néanmoins, dans les deux enquêtes, les profils à risques sont équivalents : sont plus directement touchées par des épisodes dépressifs les femmes, les personnes en situation de veuvage, de divorce, de chômage, d'invalidité ou de congé maladie. Cela est d'autant plus intéressant que cet aspect sera gommé dans la suite de la campagne, puisque la dépression sera présentée comme une pathologie pouvant toucher tout le monde, sans jamais faire référence à l'appréhension épidémiologique du phénomène concernant l'existence de populations plus particulièrement à risque. Rapportée à l'objectif général de la campagne, la volonté politique de faire une campagne ciblant le grand public s'est ainsi imposée au détriment de la seule logique scientifique et épidémiologique du phénomène – et ce alors même que les deux études réalisées mettaient en évidence l'existence de telles catégories. Cela peut apparaître comme une expression de la psychologisation du social, qui conduit à délaisser les déterminants sociaux des phénomènes (cristallisés ici autour des groupes à risque, qui renvoient à des caractéristiques socio-démographiques particulières) au profit de la seule intériorité des individus.

Concernant l'accès aux soins, le Baromètre Santé 2005 fait ressortir l'idée d'une inadéquation entre les traitements prescrits et les recommandations en la matière : 67,4 % des personnes dépressives (et ayant eu recours aux soins) ont bénéficié d'au moins un des traitements validés en cas de dépression (antidépresseurs, psychothérapie, millepertuis). Les antidépresseurs sont les traitements les plus utilisés (59,4 %), suivis ensuite par la psychothérapie (28,2 %)[439]. Mais il est aussi fait état d'une forte proportion de dépressifs (repérés comme tels) qui ne bénéficieraient d'aucune forme de prise en charge médicale de leur maladie, posant alors des problèmes en termes de risques de suicide, mais également d'aggravation de la maladie et de ses symptômes. Cet aspect était déjà évoqué dans un rapport remis au ministre de la Santé en septembre 2003 (et qui fait partie des ressources bibliographiques de cette campagne) : « les études épidémiologiques conduites en population générale relèvent constamment un nombre élevé de personnes présentant des problèmes sévères et handicapants, et qui ne demandent pas de soin, ou les demandent dans un secteur de soin inadapté, eu égard au niveau de complexité du problème »[440]. Ces résultats ne sont pas pour autant spécifiques à la situation française, puisqu'une étude américaine, réalisée en 1992,

[439] Béatrice Lamboy, *op. cit.*, p74.
[440] Philippe Cléry-Melun, Viviane Kovess, Charles Pascal, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport remis au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003, p11.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

estimait que seules 39% des personnes souffrant de dépression « avérée » – avec toute l'ambiguïté contenue dans ce terme – avaient consulté un médecin pour cette raison au cours des six derniers mois[441].

De même, il existe des prises en charge effectives mais inappropriées de la dépression, qui corroborent les données précédentes :

> Par contre, il y a un problème d'adéquation des soins. Donc, du coup, le focus devait être sur l'ajustement entre le problème et le traitement. (INP2)

> Il y avait un certain nombre d'indicateurs qui montraient que, en France, il y avait beaucoup de gens qui souffraient de symptômes de la dépression et qui ne se faisaient pas traiter, il y avait beaucoup de gens également qui se faisaient traiter, mais peut-être pas de la manière optimale, ou du moins qui auraient pu être traités sans recours aux médicaments, mais par d'autres moyens de traiter la dépression comme les psychothérapies. (INP6)

Ici, apparaît la façon dont la mise en problématique d'un sujet conditionne ensuite les réponses qui y seront apportées. En effet, consécutivement à la découverte de cette inadéquation de la prise en charge, l'un des éléments de réponse que la campagne va pouvoir porter est tout trouvé, comme l'indique l'expression « donc, du coup, le focus devait être » chez INP2, qui souligne le lien construit entre appréhension du phénomène et manière de le résoudre, de même que la dimension phénoménologique engendrée par l'émission d'un cadre cognitif particulier.

La question de l'accès aux soins, et de la pertinence de celui-ci, semblent ainsi avoir réussi à s'imposer assez aisément, et avoir conditionné pour partie la suite du processus de production de cette campagne, en s'intégrant au construit social de santé publique pour cette campagne :

> C'est une maladie sur laquelle il y avait un peu la problématique du 50/50 ou du verre à moitié vide ou à moitié plein, c'est-à-dire que, à la fois, il y a des gens qui prennent des antidépresseurs sans être réellement dépressifs, ou qui ont été diagnostiqués comme tels mais qui vraiment ne le sont pas, et puis les dépressifs qui ne se soignent pas, enfin qui pour des raisons diverses se considèrent plus comme déprimés ou veulent faire face seuls, pensent que ça va passer tout seul, et ne se soignent pas. (INP4)

Cet angle semble avoir eu les faveurs du ministère de la Santé, ce qui se comprend aisément eu égard aux économies de santé potentielles, permises par une meilleure prise en charge de ces problèmes, avec un recours plus précoce au système de soins. Le contexte socio-politique est un élément incitant, pour les pouvoirs publics, pour intégrer la dépression à l'univers de la santé publique.

---

[441] Marie-Christine Hardy-Baylé, Patrick Hardy, *Maniaco-dépressif. Histoire de Pierre*, Odile Jacob, Paris, 2005.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le degré de pertinence de la prise en charge est, quant à lui, évalué en se référant aux recommandations de bonnes pratiques cliniques en matière de prise en charge des épisodes dépressifs. S'il existe des études internationales sur la question, certaines institutions étatiques, spécifiques à la France, apportent aussi leur voix au chapitre. C'est le cas de la Haute autorité de santé (HAS), mais également de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), qui ont toutes deux produit des recommandations, ces dernières étant citées parmi les ressources bibliographiques utilisées au cours de cette campagne par l'INPES – et qui avaient d'autant plus de chances de s'imposer que l'INPES est en lien direct avec l'Etat. Ces documents ont participé à la mise en problématique de cette campagne sur la dépression, comme le confirme INP2 :

> Moi, j'ai fait un travail sur les recommandations de bonnes pratiques, une synthèse de la littérature, pour savoir les messages qu'on devait diffuser, sur quelle base on allait les articuler. Et donc j'ai proposé un document de synthèse sur les recommandations de bonnes pratiques. […] Et après, il y a une première lecture en interne au Ministère, et après une relecture par la HAS, l'AFSSAPS et les agences qui sont concernées.

Le ministère de la Santé, ainsi que les autres institutions liées à l'Etat, semblent conserver un pouvoir de légitimation sur les données extraites de ces recommandations (« pour les agences concernées »), pour ensuite les utiliser dans cette campagne, et notamment au sein du guide d'information. De la sorte, un choix a été opéré et, aux dires d'INP2, seules les recommandations françaises ont été conservées pour la suite du processus, faisant ainsi conclure INP2 sur cet épisode qu'« on s'est appuyé sur la HAS et l'AFSSAPS essentiellement ». Cela donne à penser que seules les données déjà validées dans le paysage scientifique français ont été retenues, solution qui permet d'éviter des remous institutionnels – par la diffusion de nouvelles connaissances, non encore testées, ou par la remise en cause des données déjà validées antérieurement et toujours considérées comme valides. Ces recommandations fournies antérieurement forment, en quelque sorte, le socle cognitif en matière de prise en charge des épisodes dépressifs autour de cette campagne, car elles sont déjà validées dans le champ médical et institutionnel français.

Anadep fait aussi ressortir que les médecins généralistes sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives (31% de ceux qui ont eu recours à un professionnel pour « raisons de santé mentale » ont consulté uniquement un médecin généraliste), ce qui les constitue en acteurs relais potentiels pour l'INPES, en vue de modifier les pratiques de soins en matière de dépression, ce que ne peut ignorer l'INPES, comme nous le verrons par la suite. Les études épidémiologiques fournissent une première mise en


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

problématique du processus de production (un construit social de santé publique), indispensables pour appréhender le processus de production dans son ensemble.

Le résumé d'un article portant sur la méthodologie d'enquête du Baromètre santé 2005 confirme cette idée. Après avoir présenté quelques résultats majeurs de cette étude, le propos s'achève par une phrase reflétant le construit social de santé publique permis par cette enquête : « au regard notamment de ces résultats et des conséquences particulièrement délétères des troubles dépressifs caractérisés, tout particulièrement sévères, ces analyses confirment la problématique de santé publique qu'ils représentent et l'intérêt d'une campagne nationale d'information »[442].

Ces deux enquêtes apparaissent également comme complémentaires pour appréhender du mieux possible la question de la dépression au sein de la population française, en combinant des données sur l'année écoulée (avec le Baromètre Santé) et sur l'ensemble de la vie d'un individu, grâce à Anadep.

Toutefois, comprendre correctement les chiffres obtenus nécessite de les replacer dans leurs conditions d'élaboration, en observant plus précisément la méthodologie de ces études. Cet aspect s'avère indispensable, car la manière dont ce type d'étude épidémiologique définit le trouble recherché produit en partie la réalité qu'il ne prétend que refléter. En ce sens, ces enquêtes participent à donner une définition sociale à la maladie, à lui conférer un certain nombre de traits considérés comme distinctifs, aspects qui serviront seuls à repérer l'existence du trouble pathologique, délaissant ainsi d'autres aspects qui ont pu parfois être considérés comme significatifs de la présence du trouble. Ce n'est d'ailleurs pas autre chose que nous dit SOCIO dans l'extrait qui suit :

> Donc les chiffres, comme toujours en épidémiologie, ils veulent juste rien dire tout seul. Ils veulent dire dans leur contexte d'enquête, avec des limites, avec aussi des intervalles de confiance, parce que les journalistes disent « 7 à 8% », c'est ça qui est repris parce que c'est simple, mais même sur le plan purement statistique, c'est toujours intervalles de confiance entre 7 et 8,4. Et puis l'instrument lui-même a un degré d'incertitude, une sensibilité qui peut se discuter.

Concernant la question de « l'instrument » utilisé pour détecter l'existence d'un épisode dépressif, il s'agit des classifications internationales des maladies dont nous avons déjà parlé précédemment, et plus précisément ici du DSM-IV, et de sa version appelée *CIDI-Short Form* (*Composite International Diagnostic Interview*). L'utilisation de cet outil produit ainsi des données épidémiologiques particulières :

> Il faut bien réfléchir sur comment ça oriente… Parce que voilà : ça a un effet performatif aussi

[442] Briffault, Morvan, Guilbert, Beck, « Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°35-36, 23 septembre 2008, p318.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> tout ça. Quand on dit la dépression, c'est neuf symptômes, il en faut au moins cinq, pendant au moins huit semaines, avec une intensité exceptionnelle, etc. On est en train d'instituer dans la population une définition, parce que la dépression, ça a des effets performatifs. (SOCIO)

> Je veux dire quelle est la population que l'on cible, ça concerne combien de personnes, et puis à peu près se mettre d'accord sur quels sont les critères qu'on retient, sachant que la grosse bataille théorique c'était si on évalue avec le DSM-IV ou si on évalue avec la CIM-10. Et en fonction de ça, les critères ne sont pas tout à fait les mêmes, il y a un critère en plus dans le DSM-IV sur l'épisode dépressif. […] Si on évalue la dépression avec le DSM-IV, on obtient des taux de prévalence un petit peu plus bas que si on l'évalue avec la CIM-10, qui ne contient pas ce critère là. (PSY3)

Les implications engendrées par le choix de tel ou tel outil sont d'ailleurs reconnues par les membres de l'INPES : dès la préface de l'ouvrage, édité par l'INPES et présentant les résultats de l'étude Anadep, il est fait mention des « difficultés méthodologiques que soulève la nécessité d'avoir recours à des outils standardisés et simplifiés de diagnostic, dans le cadre d'une nosologie particulièrement complexe »[443]. En écho à cette part d'arbitraire, la suite de la préface tente de souligner la pertinence de cette étude et de ses résultats, en mentionnant qu'elle repose « sur des indicateurs internationaux validés », et que les résultats « apparaissent globalement en cohérence avec les autres études françaises », le tout étant « d'une grande rigueur »[444]. Un peu plus loin, l'outil utilisé, le CIDI, est validé dans le texte, avec la précision que « la plupart des études de validation ont montré que le CIDI dans sa version complète était […] relativement fidèle au diagnostic issu d'entretiens cliniques »[445]. C'est bien là une manière de rapprocher l'outil à grande échelle du dialogue singulier entre un clinicien et son patient, puisque les résultats sont « relativement fidèles », avec toute la part d'arbitraire que peut contenir ce « relativement ». Cet aspect mérite d'autant plus d'être souligné que, dans la littérature, il est aussi question d'une surestimation de la dépression par ce genre de questionnaire en regard de véritables questionnaires cliniques[446].

Pour l'ensemble de ces raisons, il paraît opportun de voir de manière plus détaillée les conditions de production et les résultats de ces deux études, en nous basant sur deux articles parus au sein du *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°35-36 du 23 septembre 2008[447].

---

[443] Chan Chee, Beck, Sapinho, Guilbert (dir.), *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*, INPES, 2009, p12.
[444] *Ibid*, pp12-13.
[445] *Ibidem*., p37.
[446] Thomas Morin, « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », *Sources et Méthodes*, n°9, janvier 2010.
[447] Briffault, Morvan, Guilbert, Beck : « Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale » (pp318-321) ; Sapinho, Chan-Chee, Briffault, Guignard, Beck : « Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils » (pp314-317).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le Baromètre Santé consiste en une enquête téléphonique nationale réalisée par l'INPES tous les cinq ans, afin de mesurer l'état et les évolutions de l'opinion, des connaissances, attitudes et comportements de la population en matière de santé. La version 2005 de ce Baromètre a contenu, pour la première fois, une partie spécifique consacrée aux problèmes de santé mentale, et plus particulièrement à la dépression, dans le but d'en évaluer la prévalence au sein d'un sous-échantillon de la population interrogée (ici, il s'agit d'un peu plus de 16 000 personnes). En tout, environ 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans et parlant le français ont été interrogées. Quant à Anadep, elle a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française d'environ 6 500 personnes âgées de 15 à 75 ans, et concerne l'existence de troubles sur la vie entière, et sur l'année écoulée.
L'outil utilisé dans les deux enquêtes, le *CIDI Short Form*, est un instrument d'évaluation comprenant un ensemble de questions portant sur les symptômes des troubles – on retrouve ici la logique voulue a-théorique de ces instruments de classification. Pour autant, l'une des limites de cet outil, quant à la détection des troubles psychiques en population générale, renvoie au fait que cette enquête ne s'intéressait pas aux co-morbidités psychiatriques ni aux troubles de la personnalité ; dès lors, il n'est pas possible de déceler la présence éventuelle d'une association de la dépression avec d'autres troubles, susceptibles de nécessiter également un traitement. « Les résultats présentés n'impliquent donc pas que les personnes ainsi identifiées ne relèvent que de la seule prise en charge de la dépression »[448], ce qui contient le risque de surévaluer le taux de dépression.

Le *CIDI-Short form* s'apparente à un questionnaire standardisé, reprenant les critères du DSM-IV, avec une mesure qui se construit en deux étapes. Le questionnaire commence par une série de questions portant sur l'existence d'une période de 15 jours successifs de tristesse ou de perte d'intérêt presque tous les jours et pratiquement toute la journée. Ensuite, il cherche à évaluer le nombre de symptômes secondaires durant cette quinzaine, ainsi que les conséquences engendrées par leur présence.
L'ensemble de ces éléments permet ainsi de définir l'existence d'un « épisode dépressif majeur », tout en déclinant celui-ci selon trois niveaux de sévérité, fonctions du nombre et de l'intensité des symptômes et du retentissement qui les accompagnent. Nous avons donc ici l'élaboration d'un seuil pathologique à partir duquel l'individu ne peut plus être considéré comme sain, car dans « l'incapacité d'être dans la norme », pour reprendre l'idée de

[448] Briffault, Morvan, Guilbert, Beck, *op. cit*., p321.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Canguilhem. Ce seuil pathologique sera d'ailleurs repris dans la suite du processus de production de cette campagne, comme nous le verrons plus loin.
Outre ces études épidémiologiques, le cahier des charges, réalisé par l'INPES dans le cadre de cette campagne, nous renseigne également sur le construit social de santé publique et, partant, sur la mise en problématique opérée dans cette campagne.

### 3-4 La mise en problématique de la campagne : retour sur le cahier des charges

Bien que réalisé à destination des agences de communication postulant à la réalisation de la partie créatrice de cette campagne, le cahier des charges possède en son sein l'ensemble des éléments ayant servi à la mise en problématique de cette campagne. En effet, la manière même dont est élaboré et présenté ce document indique qu'il s'agit bien là de la mise en problématique de la campagne : d'abord on a le cadre cognitif à l'intérieur duquel il faut comprendre la dépression, puis le constat de la réalité de la question en France. Enfin, ce document s'achève par la demande énoncée à l'attention des agences de communication. Du même coup, s'y trouvent aussi les contraintes structurantes dans lesquelles doit se mouvoir l'agence de communication concernant sa proposition et le message à diffuser.

Dans la première partie du cahier des charges, nous trouvons un état des lieux de la dépression en France, proposé par l'INPES et qui reprend le construit social de santé publique. Cette manière d'opérer permet ainsi de rendre légitime et de naturaliser les registres d'action proposés par la suite. Dans cette mesure, la mise en problématique, telle qu'elle est élaborée au niveau du cahier des charges, s'appuie en premier lieu sur des données épidémiologiques : il est notamment affirmé que « la prévalence des troubles psychiques, qui concerne plus d'une personne sur quatre durant la vie, fait de la santé mentale un sujet majeur de santé publique », idée corroborée à l'aide des données du Baromètre santé 2005 en la matière.
Il est également fait mention que la dépression est l'un des deux troubles psychiques les plus répandus en population générale (avec les troubles anxieux). Or, il se trouve que par le biais de cette présentation, l'INPES parvient à légitimer sa propre intervention, sa prise en main du sujet, en tirant parti du contexte pour légitimer son intervention ; c'est là ce que nous signifie INP7 dans l'extrait qui suit :

> Donc quand il y en a 8% sur une année, que tu vas en avoir 18 sur la vie entière, quand tu sais toutes les co-morbidités qu'il y a autour, donc voilà... Nous derrière, en termes de santé publique, c'est-à-dire qu'on a un problème qui est suffisamment coûteux, suffisamment important, sur


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

lequel on pourrait agir, pour le prendre en charge.

Au travers de cet extrait, il apparaît que c'est par le biais d'une construction sociale de la santé publique que l'INPES a pu se présenter comme un institut légitime à se saisir de cette question. De même, le recours aux données épidémiologiques permet de souligner la dimension collective de cette pathologie, ainsi que le coût socio-économique que cela représente (« suffisamment coûteux »). En ce sens, ce construit social de santé publique fait écho à la gouvernementalité et aux caractéristiques du contexte socio-politique contemporain. L'INPES a ainsi su trouver les éléments de contexte pour appuyer sa démarche.

Il est aussi intéressant de souligner que ces données participant à la mise en problématique de la campagne semblent pour la plupart issues d'enquêtes de l'INPES, et plus particulièrement d'Anadep et du Baromètre santé, confirmant cette sensation que ce type d'études a pour objectif premier de permettre une construction sociale de la santé publique. Cela est d'autant plus notable que les autres données, qui ne sont pas en lien direct avec les objectifs à venir de la campagne, sont issues d'études extérieures à cet institut. La dimension politique de la démarche de l'INPES apparaît aussi manifeste au travers du choix des arguments avancés.
Par ailleurs, poursuivant cette édification de la dépression comme problème de santé publique, les membres de l'INPES ont recouru à cette étape de politisation des faits sociaux dont parlait Fassin, avec de nouveau le lien fait entre dépression et suicide, élément appuyé par quelques données épidémiologiques, afin de justifier scientifiquement cette association d'une pathologie médicale et d'un problème social.

Dès lors, en suivant cette logique, l'un des leviers d'action possible pour diminuer le nombre de tentatives de suicide serait d'assurer une meilleure prise en charge de la dépression, argument légitimant l'entreprise de l'INPES de procéder à une campagne d'information sur le sujet. Cela traduit également la psychologisation du social, puisque le suicide est perçu à travers des éléments psychiques davantage que sociaux – comme le soulignera aussi l'abandon, dans la suite du processus, des groupes à risque mis en évidence par les données épidémiologiques, au profit de l'idée d'un risque généralisé.

Suite à la présentation de ces éléments épidémiologiques, l'INPES procède à la construction même de son cadre cognitif d'appréhension du phénomène dépression en tant


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

que thématique de santé publique ; disséquer ce cadre cognitif revient dès lors pour nous à souligner la manière dont les registres d'action proposés sont dépendants de la façon d'appréhender les phénomènes, et donc de la construction sociale de la santé publique opérée dans un premier temps. Il est d'abord question de la définition même de ce qu'est une « dépression », question qui possède une acuité particulière en psychiatrie, où la définition même du pathologique n'est pas sans susciter débat. Ainsi, les premières lignes du cahier des charges, consacrées au contexte de la dépression, abordent la question de la distinction entre les phénomènes normaux et pathologiques, en s'appuyant notamment sur une définition émise par l'OMS, institution aux compétences légitimées en matière de santé. Cette définition stipule que « les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « *normalité* », mais des phénomènes manifestement *anormaux* ou *pathologiques* ». L'INPES opte donc, dans la campagne, pour une conception *qualitative* de la dépression, où cette dernière constitue un état pathologique, par opposition à un état « normal », sain. C'est donc ici le choix, théorique et scientifique, d'une conception *biomédicale* de la santé, où la santé mentale se définit par l'absence de pathologies. Ce choix diffère dès lors d'une approche plus quantitative de la santé, avec des échelles, des continuums, allant du bien-être au désespoir, avec des variations et des degrés sur ce continuum – approche davantage privilégiée par les courants psychanalytiques, notamment. C'est là un choix important, puisqu'il valide une définition particulière de la dépression, qui ne va pas nécessairement de soi, mais qui correspond à une construction sociale autant qu'à un parti-pris. Il y est question de « dépression », et non de « dépressivité », ce dernier terme s'accordant davantage avec une conception quantitative du même phénomène, où le phénomène dépressif n'est pas nécessairement considéré comme existant seul, en tant que pathologie, mais plus comme un état relié à un autre facteur.

Un autre temps de la mise en problématique opérée concerne le registre d'action à utiliser au sein de cette campagne, registre qui, pour être pertinent, doit être mis en rapport avec les missions de l'INPES, avec le type d'expertise attendu et produit par cet institut, afin d'être perçu comme légitime. Dès lors, c'est du sceau de l'éducation à la santé que doit être marquée cette campagne sur la dépression, domaine de compétences de l'INPES :

> Après, nous on est sur la prévention et l'éducation à la santé, nos champs, alors après les autres maladies mentales ça ne va plus trop dans notre domaine. (INP3)

Quant à cette notion d'éducation pour la santé, elle est définie dans le cahier des charges comme visant « à rendre les personnes et les groupes aptes à adopter les modes de vie


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

les plus favorables possibles à leur santé, compte tenu de leur histoire et de leurs conditions de vie ». Il est intéressant de noter que, en raison même de son domaine de compétences, l'INPES disposait là d'une justification solide quant au choix d'aborder la dépression sous l'angle de la responsabilisation individuelle, avec l'éducation à la santé comme clef de la réussite.

De cette définition des missions de l'INPES, découlent alors deux contraintes structurantes de premier ordre, que les autres acteurs impliqués dans le processus de production devront prendre en compte pour la suite. La première de celles-là concerne le type d'action à mener : « un programme d'éducation à la santé comprend non seulement des actions de communication, mais aussi des outils pédagogiques, des actions de proximité et des formations pour aider les professionnels sanitaires, sociaux ou éducatifs à modifier leur pratique dans le sens d'une démarche d'éducation du patient ».
Quant à la deuxième contrainte, elle concerne plus particulièrement les règles éthiques devant régir toute communication estampillée du sceau de l'INPES : « dans ses campagnes de communication, l'INPES est soucieux de respecter certains principes éthiques. D'une manière générale, les messages doivent veiller au respect des individus et des groupes : ils doivent prendre en compte les pratiques et les savoirs « profanes » sur la santé et respecter les choix de vie de chacun, afin de ne pas marginaliser ou culpabiliser une frange de la population. Par ailleurs, ils doivent tenir compte des inégalités socio-économiques des publics visés et veiller à ne pas les aggraver ». A travers ces quelques éléments, transparaît notamment l'idée que la campagne ne doit être ni moralisante ni culpabilisante, mais doit opter pour une responsabilisation des individus, impliqués dans leur situation – ce qui fait écho à l'un des deux processus à l'œuvre dans les technologies gouvernementales actuelles. Nous verrons que ces éléments auront une incidence certaine, lors de la troisième phase de notre processus, concernant la rédaction du guide d'information. De plus, cela souligne de quelle manière le sujet dépression, dans son construit social de santé publique, est modelé suivant la structuration de l'INPES même.

Pour autant, il n'en reste pas moins que ce sujet de santé publique s'éloigne de ceux habituellement traités par cet institut, ce qui n'a pas été sans susciter certaines réserves ou certaines craintes :

> C'était une peur peut-être du conseil d'administration et de son directeur général de rentrer …


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Parce que c'est vrai, ils rentrent dans un champ qui est plutôt… Qui n'est pas le champ habituel de la prévention, ce n'est pas… Parce que c'est vrai qu'on ne peut pas prévenir proprement le fait qu'on soit déprimé. On n'évite pas que les gens soient déprimés. (PSY1)

Nous verrons un peu plus loin que, consécutivement à la particularité de cette campagne, un certain nombre de précautions vont être prises afin de ne pas risquer de voir la légitimité des messages diffusés bafouée par une vague de contestations d'acteurs du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. D'ailleurs, la particularité du *modus operandi* de cette campagne apparaît dans d'autres éléments, comme nous en fait état INP5 :

> Pour la dépression, on a fait quasiment, on n'a pas fait d'outils spécifiques professionnels de santé, ça c'est la grande particularité par rapport aux autres sujets, où en général, sur les autres sujets on est obligé d'accompagner les professionnels dans le cadre des campagnes grand public. […] En tout cas, s'il s'agissait de prise en charge, ce n'était pas forcément le savoir-faire de l'INPES non plus, la prise en charge des patients, et d'autres structures travaillaient plus que nous sur la démarche. Donc c'était un sujet assez inhabituel.

Concernant les questions de prise en charge, qui ne font pas partie du savoir-faire habituel de l'INPES, nous voyons que ce problème a été résolu en considérant l'information délivrée principalement comme un levier d'action utilisé afin d'inciter les dépressifs potentiels à aller consulter, pour qu'un professionnel de santé puisse établir un diagnostic et orienter vers une prise en charge, le cas échéant. Ainsi, dans la mise en problématique, la construction de cette campagne tient compte de la sphère de légitimité de l'INPES, du domaine dans lequel peut s'exercer son expertise sans risquer d'être contestée quant à sa légitimité à s'exprimer. Le registre d'action adopté est donc imprégné de responsabilisation des individus, avec l'information comme levier d'action.

La suite du cadre cognitif concerne l'identification des problèmes principaux en matière de dépression en lien avec le registre d'expertise de l'INPES, en tant que monde social particulier. Il y est notamment question du manque d'informations du grand public sur la dépression, sur ses manifestations ainsi que sur les possibilités d'aide et de soins qui existent. Ce serait donc en raison de cette carence d'informations que certains individus, à l'état dépressif avéré, n'iraient pas consulter, car ils n'auraient pas conscience du caractère pathologique de leur état. Autrement dit, cette façon de problématiser la situation permet dans la foulée d'identifier un levier d'action potentiel, en accord avec les missions de l'INPES en termes d'éducation à la santé : produire une information simple et vulgarisée sur la dépression, afin que les gens puissent plus facilement prendre conscience de leur état pathologique. De surcroît, une prise en charge précoce, censée favoriser la guérison, s'intègre pleinement à l'un des neuf principes de la politique de santé publique, telle que définie dans la loi de 2004. En effet, il y est question du « principe de précocité », « principe selon lequel la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possibles sur les déterminants de la santé, pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences »[449]. La manière dont la campagne est problématisée tient ainsi compte du contexte socio-politique contemporain, manière de légitimer l'ensemble de la démarche proposée par l'INPES.

Pour autant, cette question s'avère assez épineuse, eu égard au contexte français marqué par une consommation exponentielle de psychotropes, et à la peur de l'INPES de passer sous les fourches Caudines des contempteurs de cette « camisole chimique », en traitant de la question d'un déficit de prise en charge de la dépression. Cette appréhension s'est révélée fort présente :

> Avec les antidépresseurs, on a une position tellement ambivalente sur ces médicaments, les Français mangent trop de médicaments, se ruent sur les pharmacies. Et donc à la fois les médicaments, on est dans un pays où, même pour les psychotropes, on parle de drogues, alors que ce sont des médicaments. (PSY1)

Dans le même temps, on voit quel est l'intérêt, pour l'INPES, de recourir aux recommandations de prise en charge de la dépression émises par des institutions telles que la HAS ou l'AFSSAPS, afin de pouvoir conserver une certaine neutralité quant à ces questions, en ne faisant que se référer à ces mondes sociaux spécialisés dans ce type de problématique, en conservant ainsi une certaine extériorité vis-à-vis de la question. Pour conforter ces propos en leur conférant une légitimité supplémentaire, le lien est fait avec le contexte socio-politique et la loi de santé publique de 2004, et plus particulièrement l'objectif 60, qui préconise d'« augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique ». Le cahier des charges se fait ainsi fort de montrer son inscription dans un cadre politique plus large, dont il ne fait qu'appliquer les recommandations.

A la suite de ces constats, est introduite une nouvelle variable, qui permet de faire le lien entre cadre cognitif et répertoire d'action : la question de l'information. En effet, si la situation de la dépression telle qu'elle a été présentée ici est problématique, cela renvoie en grande partie à un manque d'information de la part de la population générale, mais également de certains professionnels de santé (notamment quant aux recommandations de bonnes pratiques pour ces derniers). Cela est souligné par les résultats de l'enquête Anadep, qui

[449] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, p114.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« confirment ce manque de connaissance en matière de santé mentale ». Plus précisément, à lire le cahier des charges, plusieurs domaines d'ignorance ont été identifiés : « un manque de connaissance entoure encore la psychothérapie, les antidépresseurs et les traitements de la dépression en général », et « ce manque de connaissance porte aussi sur la pathologie elle-même ».

La question du manque d'informations de la population en matière de santé mentale n'est pas nouvelle. Ainsi, le rapport Cléry-Melun, déjà cité, y fait référence dans son premier axe de propositions d'actions prioritaires et préconise que l'INPES conduise des actions en ce domaine, et notamment « bâtir des campagnes d'information grand public sur les troubles les plus fréquents, en impliquant autant que faire se peut les médecins généralistes ».

## 4. Conclusion

La dépression apparaît aujourd'hui comme une pathologie qui s'impose de plus en plus dans les sociétés contemporaines. La raison de son essor est probablement à chercher à la croisée de deux phénomènes, de deux thèses présentées en préalable de la campagne principalement en lien avec la gouvernementalité actuelle, avec la responsabilisation des individus qui s'opère, et qui possède pour contrepartie de les laisser seuls face à eux-mêmes et à leurs propres échecs. Est ainsi amorcée la psychologisation des rapports sociaux, dont la dépression constitue le versant négatif de cet individu entrepreneur de lui-même. D'autre part, la thèse de Pignarre considère plutôt l'essor dépressif à travers les outils qui servent à définir cette maladie, et qui sont manipulés par les laboratoires pharmaceutiques, conduisant inexorablement à accroître ce marché des médicaments psychotropes.

Quelle que soit la conception privilégiée, toujours est-il que les instances sanitaires internationales accordent de plus en plus d'intérêt à cette pathologie comme, de manière générale, aux différentes maladies psychiatriques. La sensibilité des populations pour ces phénomènes s'est, elle aussi, accrue, facilitant la réception supposée d'une campagne sur le sujet de la part du « grand public ». Dès lors, il n'est guère étonnant que ce sujet ait été investi par les pouvoirs publics, qui ont tenté de lier volonté politique et contexte socio-politique afin de légitimer cette volonté d'intervenir. Les rapports produits (le Plan dépression, mais aussi le Plan Psychiatrie et santé mentale, ainsi que les études produites par l'INPES) ont développé une rhétorique alliant contexte d'ensemble, données épidémiologiques, coût socio-économique et mortalité, afin d'asseoir la légitimité de l'intervention des pouvoirs publics


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dans le domaine de la santé mentale. Les arguments avancés traduisent ainsi la gouvernementalité contemporaine, le contexte socio-politique, avec la prévalence de cette maladie, la mise en exergue du coût de la dépression pour la collectivité lorsque celle-ci est mal prise en charge, ainsi que les conséquences délétères pour la population, avec le rappel du lien entre dépression et suicide. Mais des arguments d'opportunité politique ont aussi présidé au choix de cette campagne, puisque nous avons vu que le sujet avait été décidé avant la réalisation d'études scientifiques soulignant les aspects problématiques du phénomène. Ces dernières sont venues *a posteriori* pour légitimer et argumenter les choix politiques opérés.
L'emprise de ce cadre sur l'action de l'Etat se traduit aussi en privilégiant la responsabilisation des individus dans la situation.

C'est ainsi que l'INPES s'est trouvé chargé de la réalisation de cette campagne, mais sous la houlette du ministère de la Santé, qui gardait la mainmise sur les choix opérés dans cette campagne. L'INPES a dès lors réalisé des études épidémiologiques, afin de justifier son intervention dans la sphère publique, en continuant la construction sociale de la santé publique qui avait été opérée auparavant. Des choix ont été faits en accord avec la volonté politique première de cette campagne : ne pas évoquer les groupes à risque en matière de suicide ou de dépression, afin de conserver un traitement « grand public », c'est-à-dire un message s'adressant à toute la communauté sans discrimination, fut-elle étayée par des profils statistiques et scientifiques. La psychologisation des rapports sociaux trouve ici une nouvelle déclinaison : l'occultation des groupes à risque, pourtant mis en évidence par les études épidémiologiques, permet d'éviter de souligner les dimensions socio-économiques de la dépression, aspects sur lesquels l'Etat porte probablement sa part de responsabilité, par les choix politiques qu'il effectue. Autrement dit, le traitement « grand public » recherché conduit à privilégier la dimension psychologique du phénomène, où les individus sont considérés au travers de leur subjectivité, de leur intériorité, au détriment des caractéristiques socio-économiques, dont les résultats épidémiologiques montrent pourtant la pertinence. Il permet un traitement de la campagne sur le mode de la responsabilisation des individus qui, une fois mis au courant de la réalité de la dépression et des manières d'y faire face, pourront adopter un comportement davantage en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques qui existent, notamment en allant consulter un professionnel de santé assez rapidement ; par ailleurs, cela permet de faire basculer le sujet dans le domaine de l'éducation à la santé, qui est le domaine de compétence de l'INPES et qui lui permet ainsi d'être légitime à s'exprimer sur le sujet. Parallèlement, inscrire cette campagne dans le champ de l'éducation à la santé


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

engendre la nécessité d'aborder la dépression sous l'angle de la psychologisation, étant donné que c'est à la subjectivité individuelle que l'on s'adresse (l'éducation à la santé suppose de s'adresser à l'individu en tant que tel, de lui donner les éléments lui permettant d'adopter un comportement apte à protéger sa santé), en délaissant les facteurs socio-économiques qui accroissent le risque de développer ce genre de trouble (et sur lesquels on peut considérer que l'Etat a aussi une possibilité d'action).

A présent qu'un levier d'action, issu du cadre cognitif d'appréhension de la dépression, a été détecté, il est alors possible à l'INPES de formuler les objectifs généraux de cette campagne à venir, ainsi que de proposer quelques registres d'action afin de faire évoluer la situation. C'est l'entrée dans la deuxième phase du processus de production de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 2. La rencontre entre acteurs et la détermination de l'axe de communication (T2)

Une fois la dépression intégrée au giron de la santé publique, débute la deuxième étape du processus de production. Deux points seront soulevés principalement ici : la définition des objectifs et registres d'action de la campagne proprement dite, éléments qui sont conditionnés par la manière dont la dépression a été pensée et problématisée en T1. Nous verrons ainsi quelles sont les conséquences pratiques du construit social de santé publique sur le processus de production, et notamment comment la mise en problématique détermine les contraintes structurantes dans « l'espace décisionnel ». Quant au deuxième aspect, il concerne la constitution du groupe de travail qui aura pour mission de réaliser cette campagne, sous l'égide de l'INPES[450].

## 1. Emission des objectifs de la campagne

Les éléments de problématique assignés à la campagne, en T1, constituent les contraintes structurantes qui vont baliser le travail des différents mondes sociaux qui vont intervenir dans la suite du processus.

Ainsi, la phrase qui conclut la partie du cahier des charges sur le contexte actuel de la dépression permet de légitimer l'enjeu général qui éclaire le processus de production : « au regard de ces différents éléments, la mise à disposition d'information sur les troubles dépressifs auprès du grand public et l'adhésion des professionnels de santé à cette démarche d'information constituent l'enjeu de ce programme ». Obtenir l'adhésion de ces professionnels apparaît comme un moyen stratégique, développé par l'INPES, pour accroître la portée et la légitimité de la campagne, en y associant d'autres acteurs sociaux, comme nous le verrons par la suite. Dès lors, en droite ligne du phénomène de responsabilisation des individus, il

[450] Le choix de présentation opéré ici ne respecte pas à proprement parler l'ordre chronologique de déroulement de la campagne. Effectivement, il semble que le groupe de travail chargé de la rédaction du guide était déjà constitué, et le guide quasiment abouti, lorsqu'a eu lieu l'appel d'offres en direction des agences de communication. Néanmoins, ce choix de présentation a été privilégié pour des raisons de clarté et d'agencement de l'analyse.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

convient de « faciliter l'accès à l'information » ; autrement dit de produire un message simple, compréhensible par le plus grand nombre, sans ajout superfétatoire de termes trop techniques ou jargonneux.

La première information, concernant les symptômes de la dépression, a pour vocation de faciliter l'identification, par l'individu lui-même (appelé ainsi à devenir l'acteur de sa propre santé), de signes potentiels de la maladie chez lui. Pour autant, cette démarche suppose d'arrêter une définition particulière, précise, de la dépression, c'est-à-dire d'être en mesure de délimiter une sorte de seuil faisant la frontière entre les sphères antinomiques du sain et du pathologique, facilitant l'identification du pathologique par des profanes du monde médical. De plus, cela suppose qu'une fois identifié, l'individu en proie à un épisode dépressif mettra en œuvre les attentes de l'INPES, en allant consulter un professionnel de santé.
Or, nous avons vu précédemment la complexité que revêtait la question du diagnostic en psychiatrie. Aussi nous faut-il continuer notre analyse en délimitant précisément la définition qui est donnée à la pathologie dépression au sein de cette campagne, car elle est d'une importance première quant à la compréhension du processus de production, puisque cette définition correspond aussi à sa définition sociale, puisque c'est celle-ci qui sera diffusée dans la sphère publique – on pourrait même parler ici de la dimension politique de cette définition, étant donné que cette campagne admet comme commanditaire premier le ministère de la Santé.

La première chose que l'on peut dire ici, sur cette définition de la dépression, est qu'elle se situe en droite ligne de l'évolution de la psychiatrie, en privilégiant une approche symptomatique, qui se veut a-théorique, en dépit de partis-pris théoriques et épistémologiques. Ce type d'approche, basé sur la CIM-10 et le DSM-IV, est adopté également par la HAS et l'AFSSAPS au sein de leur documentation – favorisant ainsi la reprise ultérieure par l'INPES de ces mêmes critères de diagnostic de la dépression, car ce n'est là que la reprise d'éléments formulés par d'autres.
Ce phénomène n'est d'ailleurs pas anodin en soi. En effet, on constate qu'il y a eu une campagne de santé publique sur la dépression à un moment, dans l'histoire de la psychiatrie, où cette dernière tend à se « remédicaliser », à devenir une branche de la médecine plus ou moins comme une autre. Les deux phénomènes sont probablement liés : c'est lorsque la psychiatrie apporte des problèmes, des maladies « comme les autres » – au niveau de leur définition et de leur classification en classes de symptômes – qu'il devient possible pour un


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

organisme d'Etat s'occupant des problématiques de santé et de maladie de les intégrer à son cahier des charges, de leur apporter un traitement social faisant plus ou moins consensus avec les experts et autres professionnels ; en clair d'adouber cette interprétation des phénomènes comme étant la « vérité pathologique », qui peut alors ensuite être érigée en sens commun. L'importance du choix effectué est d'ailleurs relatée ici par INP2 :

> Au début, il y a eu un arbitrage, et moi je n'arrêtais pas de leur dire « il faut vraiment choisir, est-ce qu'on parle de la dépression selon le DSM, auquel cas c'est un pavé dans la mare pour la France », et donc là, ça a été validé.

Cette expression de « pavé dans la mare » souligne bien l'importance et les implications engendrées par un tel choix de définition de la dépression – aspect qui, pour se comprendre dans sa pleine mesure, doit être replacé au sein du contexte psychiatrique français, fortement marqué par une tradition psychanalytique.

Ainsi, afin de définir la dépression en tant que phénomène pathologique, l'INPES a privilégié quatre critères : un critère symptomatique (basé sur l'association simultanée de plusieurs symptômes), un critère de durée (ces symptômes doivent être présents depuis au minimum quinze jours d'affilée) et un autre de chronicité – ces symptômes doivent être ressentis la majeure partie du temps. Enfin, le dernier, le critère social pourrait-on dire, repose sur les conséquences sociales négatives engendrées par l'apparition des symptômes dépressifs dans la vie de l'individu. Il s'apparente à une grammaire des incapacités et embûches nouvelles, consécutives à la dépression ; en cela, ce critère social se rapproche de l'idée de l'incapacité d'être dans la norme qui caractérise l'état pathologique, selon Canguilhem.
La pertinence de ce critère social, en tant que critère de définition du seuil pathologique, renvoie à l'idée d'une structure diachronique de la ligne de vie d'un individu, segmentée selon une logique avant/après, où la ligne de démarcation renverrait à l'épisode dépressif et à ses symptômes :

> Les gens qui font une dépression peuvent perdre leur boulot, peuvent perdre leur conjoint, enfin c'est vraiment… (PSY3)

> Ça a des effets destructeurs, non seulement la dépression c'est le suicide, mais aussi la perte de gains, parce qu'on ne travaille plus. C'est aussi une perte d'emploi, parce qu'on perd ses capacités, non seulement professionnelles, mais aussi perte de concentration, des capacités intellectuelles. Mais aussi des pertes au niveau familial, parce que les gens ne peuvent plus avoir de relations avec le conjoint. (MED)

Dans ce dernier extrait, la dimension diachronique de la ligne de vie de l'individu, engendrée par l'apparition d'un épisode dépressif, est soulignée, avec la répétition à cinq reprises du terme « perte », ainsi que la proposition « ne plus », qui indique que le jugement émis prend


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pour point de référence la situation antérieure de l'individu, avant qu'il ne soit touché par une dépression.

Pour autant, cette définition de la dépression comporte le risque de « pathologiser » des états qui ne le méritent pas. Aussi, suite à cette définition, les auteurs du cahier des charges émettent-ils la précision, reprise du discours de l'OMS, que, « pour être considérées comme [pathologiques], les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante », soit donc ici la reprise des quatre critères vus précédemment. S'il importe de définir précisément la dépression en tant que pathologie, c'est en raison même de la complexité de cette maladie, dont les symptômes sont en soi assez courants, ressentis par la majeure partie des êtres humains au cours de leur existence, voire même revendiqués en tant que constitutifs de la nature humaine avec l'idée, formulée par William Shakespeare, que « ce que nous ne pouvons éviter, il nous faut l'embrasser » :

> C'est une option de dire la dépression est une maladie. Et eux [certains psychanalystes], ils disent « attendez, la dépression ce n'est pas une maladie, c'est une réaction normale à une situation, nanani nanana, etc. » (PSY3)

En résumé, si la définition de la dépression est en soi si importante, c'est justement pour bien en souligner le caractère pathologique, aux conséquences sanitaires et sociales néfastes, et qui risqueront d'autant plus de l'être qu'aucun soin ne sera prodigué. En ce sens, cette définition ne va pas de soi, mais nécessite une construction sociale, qui permet d'en définir clairement les contours. Dès lors, l'INPES contribue en partie à produire la réalité qu'il prétend simplement refléter. C'est pour cette raison que le premier objectif du programme d'information, selon le cahier des charges, est de « faire connaître les symptômes constitutifs de la dépression, en informant sur le fait qu'ils relèvent d'une véritable pathologie qui se soigne et qui est à distinguer d'une simple et courante fluctuation de l'humeur », évoquant la distinction normal/pathologique qui ne semble pas aller de soi en matière de dépression, ce que confirmait PSY3 par ailleurs, en qualifiant le terme de dépression de « mot fourre-tout ».

De surcroît, si l'INPES semble avoir un tel besoin d'insister sur le caractère pathologique de la dépression, c'est aussi pour combattre certains stéréotypes habituellement attachés, semble-t-il, au vécu des dépressifs – comme en témoigne USAG lorsqu'elle parle des adhérents de son association, France Dépression :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Tous nos adhérents se plaignaient de ça. Enfin pas tous, mais c'est tragique, c'est tragique : il y a des femmes dont le mari ne croit pas du tout que la dépression est une maladie, […] si c'est une femme elle pense que son mari est feignant, ne veut rien faire, ne comprend pas que c'est vraiment une maladie et qu'il y a des solutions possibles. Et puis même des personnes concernées elles-mêmes qui ne savent pas de quoi elles souffrent. Elles ne savent pas qu'il y a des solutions.

Selon USAG, la dépression semble être le portefaix des idées d'aboulie, de paresse ou bien encore de fatalisme mal placé. Or, en soulignant le caractère pathologique de la dépression, ses symptômes et ses implications, l'INPES espère justement accroître la compréhension autour de cette maladie, et donc réduire ces comportements discriminants :

> Et donc après, le fait que ce soit une véritable maladie c'est aussi déstigmatiser ce problème. Et on peut dire OK, être dépressif c'est la même chose qu'être cardiaque ou diabétique, il y a un traitement. On peut le voir maintenant grâce à ces nouvelles technologies, IRM et autres. (USAG)

Pour USAG, le fait d'insister sur le caractère pathologique de la dépression permettrait de déstigmatiser la maladie, en la « normalisant » au sein de la sphère pathologique, puisque les techniques médicales permettent de la révéler, à l'instar d'autres pathologies clairement identifiées.

Mais la nécessité de définir la dépression en tant que pathologie possède d'autres implications. Suivant le principe selon lequel « le sentier de notre propre ciel traverse toujours la volupté de notre propre enfer »[451], insister de la sorte sur le caractère pathologique de la dépression contient en soi le risque d'amener à une sorte de pandémie de dépressions, avec un grand nombre d'individus qui risquent de se penser malades, correspondant alors à la définition sociale de la dépression telle que eux l'entendent, mais non pas à sa définition clinique et médicale. C'est là le contre-coup de la définition de la dépression au travers de critères voulus objectifs, mais qui prennent un sens différent selon les individus, et ne peuvent être compris sans prendre en considération la subjectivité individuelle. Cela constituait, dès lors, l'un des écueils à éviter :

> Ce que l'on avait commencé à imaginer, peut-être, c'est que la campagne allait peut-être créer un afflux de consultations chez le médecin généraliste. (INP5)

> Un des grands soucis était le fait que, et il y a eu des critiques venant de l'extérieur, était « vous allez fabriquer des dépressifs, vous allez solliciter une envie de consultation, de prise en charge, et en face rien ne change par rapport à l'offre de soins ». (USAG)

[451] Friedrich Nietsche, Le Gai Savoir, Hachette, Paris, 1987.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ce risque est apparu présent tout au long du processus, et est revenu à maintes reprises dans la bouche de nos interlocuteurs – qu'ils soient d'ailleurs ou non de l'INPES. Cette tension est notamment exprimée par PSY2 :

> Et notre but, c'était de faire en sorte que les gens qui ont une dépression demandent de l'aide, mais que les gens qui n'ont pas ça et qui ne sont pas bien ne demandent pas d'aide pour ça, mais qu'ils se trouvent le bon interlocuteur.

La variable discriminante ici, qui doit être mise en avant, concerne la définition du seuil pathologique en tant que tel, définition d'importance car elle conditionnera par la suite la tendance des individus à consulter à propos un médecin – c'est du moins là l'axiome posé par les protagonistes de cette campagne. Cette idée se retrouvait d'ailleurs formulée au sein d'un article paru à propos de cette campagne, et plus particulièrement des enquêtes épidémiologiques réalisées dans ce cadre : « en particulier, l'intérêt de la campagne est de mettre l'accent sur la complexité du diagnostic et sur l'erreur qui consisterait par exemple à confondre la notion de dépression avec celle de vague à l'âme ou de tristesse. Une telle confusion serait doublement préjudiciable : aux personnes dépressives, qu'elle écarte du recours aux soins qui leur sont nécessaires ; aux personnes présentant des baisses de l'humeur passagères et conjoncturelles confondues avec une dépression caractérisée et qui pourraient être incitées à un traitement inapproprié »[452]. Toutefois, l'on peut juger paradoxal d'insister sur « la complexité du diagnostic », tout en fournissant une série d'indicateurs censés permettre d'évaluer la probabilité d'être atteint de dépression. On retrouve là une tension entre la responsabilisation des individus, voulue par l'INPES, et la complexité clinique de définir la dépression, tension qui a traversé le processus.

Cette application à définir précisément la dépression renvoie aussi à la crainte de la contestation d'un monde social particulier, appréhendée par l'INPES dès les débuts de cette campagne, les psychanalystes. Cette crainte des réactions des psychanalystes semble avoir marqué le processus dès ses balbutiements, comme l'exprime INP4 :

> Quand je suis arrivée, on m'a dit le truc de l'année, vous allez vous prendre la tête. Tu vas finir dans une tombe, enterrée par les psychanalystes de l'école de la cause freudienne avant la fin de l'année. Enfin bon, c'était l'horreur quoi. On avançait vraiment sur des œufs.

Si les protagonistes de cette campagne « avançaient sur des œufs », c'est en raison de la position des psychanalystes vis-à-vis de la dépression :

> Pour le psychanalyste pur et dur, la dépression n'est pas une maladie,

[452] Briffault, Morvan, Guilbert, Beck, *op. cit.*, p321.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> mais ils veulent bien admettre que les gens sont des malades. (MED)

Cette question, posée par certains psychanalystes, de savoir si la dépression est à proprement parler une maladie ou si elle est un phénomène existentiel normal, était envisagée dès l'élaboration du cahier des charges, où il est indiqué que « les contestations peuvent apparaître sur la notion de diagnostic de la dépression et de son traitement ». Ainsi, l'une des pierres d'achoppement de cette campagne renvoyait au choix de définition de la dépression, qui s'appuie sur l'approche promue par les grandes classifications internationales, ces dernières reposant « sur une théorie de la santé mentale médicale qui n'est pas partagée par tous les professionnels en France »[453], et ce notamment en raison de la suspicion selon laquelle « le DSM serait sous l'influence de l'industrie pharmaceutique qui pourrait ainsi proposer facilement des solutions médicamenteuses à des symptômes », poursuivent les auteurs du cahier des charges de la campagne. Dès lors, du fait du choix fait par l'INPES, et qui répond à la nécessité d'avoir un objet défini, cet institut savait qu'une partie des acteurs du champ de la santé mentale se placerait en opposition à cette campagne.

Par ailleurs, souligner le caractère pathologique de la dépression permet d'introduire l'idée d'une prise en charge nécessaire par le domaine médical, au même titre que pour la plupart des maladies. Cette meilleure prise en charge semble alors passer plus particulièrement par deux éléments. En premier lieu, la promotion de la psychothérapie (de conception non psychanalytique), comme traitement efficace et validé scientifiquement et médicalement de la dépression, et non pas comme simple adjuvant potentiel aux médicaments antidépresseurs :

> Il s'agit aussi de faire en sorte que les gens soient mieux informés, qu'ils soient informés des thérapies alternatives aux médicaments, le but étant aussi qu'ils consomment moins de médicaments, etc. Et aussi que les professionnels de santé sachent qu'on n'est pas obligé de prescrire systématiquement des médicaments pour les dépressions légères. (INP6)

> L'objectif c'était de diminuer le taux de décalage entre le diagnostic et la prescription. Et puis améliorer les bonnes pratiques, enfin l'application des recommandations de bonnes pratiques, et puis quand même que, pour les épisodes dépressifs légers et moyens, c'est quand même la psychothérapie qui est le recours principal avant les médicaments. On est dans un problème de surconsommation et de surprescription d'antidépresseurs en France. (PSY3)

Au sein de ces deux extraits, apparaît distinctement l'idée que la campagne devra faire la promotion de la psychothérapie, traitement insuffisamment développé pour soigner la dépression. Cela est d'autant plus remarquable que, au sein de ses recommandations, la Haute autorité de santé insiste sur le fait que, « outre la prescription d'un antidépresseur, la

[453] Extrait du cahier des charges de la campagne, p17.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

psychothérapie est un moyen thérapeutique important dans le traitement de la dépression »[454], et qui peut être suffisant seul dans le cas d'une dépression d'intensité légère.
Le message de l'AFSSAPS fait également écho à ces recommandations, lorsqu'il précise que, en plus du traitement médicamenteux, d'autres types de traitements peuvent être proposés aux sujets dépressifs, dont « essentiellement les prises en charge psychothérapiques »[455].
Cette mise en avant des psychothérapies se fait pourtant dans un contexte particulier, puisque l'INSERM, en 2004, avait procédé à une évaluation de l'efficacité de différentes psychothérapies (thérapies cognitivo-comportementales, psychanalytiques et systémiques), engendrant de vives tensions dans le monde de la santé mentale (notamment de la part des psychanalystes), et conduisant plus ou moins au délaissement des conclusions de ce rapport, retirées du site de l'INSERM, à la demande du ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy.

On ne peut toutefois s'empêcher de noter que, aussi bien la HAS que l'AFSSAPS, légitiment d'abord les antidépresseurs (« outre un antidépresseur », « en plus du traitement médicamenteux ») avant de faire référence aux psychothérapies. Si l'INPES tente d'adopter la position inverse, il semble que ce soit pour éviter le flot des critiques en étant accusé de faire de la publicité pour les antidépresseurs, *a fortiori* pour une campagne estampillée par l'Etat et diffusée auprès du grand public. Le choix des arguments et de leur présentation obéit donc à des ressorts stratégiques.

La référence à la psychothérapie peut être interprétée comme une manière de désamorcer tout courant protestataire, qui condamnerait cette campagne au motif qu'elle ne ferait que renforcer la consommation de psychotropes, voire qu'elle participerait à une forme de « gestion chimique » des individus en souffrance sociale. C'est peu ou prou l'idée exprimée par Pignarre : « cette référence à la psychothérapie a pour objet de montrer que tout ne ramène pas aux antidépresseurs et qu'il s'agit donc de santé publique et non de commerce. Cela crée un sentiment d'objectivité autour de l'idée de dépression »[456]. L'idée de commerce fait référence aux laboratoires pharmaceutiques ; or, le spectre du lobby pharmaceutique se

[454] Haute autorité de santé, *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, juin 2005, p10.
[455] AFSSAPS, *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations*, octobre 2006, p1.
[456] Philippe Pignarre, *op. cit.*, p99.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

fera présent tout au long du processus de production de cette campagne, et conduira à certains choix de présentation[457].

La seconde dimension constitutive d'une prise en charge optimale des dépressifs concerne l'intégration des médecins généralistes à cette campagne, afin officiellement qu'ils y soient associés et, plus officieusement, qu'ils aient un diagnostic et une prescription clinique en matière d'épisode dépressif davantage en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'AFSSAPS. Cela se retrouve formulé dans le cahier des charges : « faire connaître les types de traitements recommandés pour les troubles dépressifs » et « rappeler l'importance du bon usage des traitements, condition de leur efficacité ». Cela prend d'autant plus sens lorsque l'on connaît les grandes quantités d'informations fournies par les laboratoires pharmaceutiques en direction des médecins généralistes, et les formations à la détection des troubles dépressifs par ces mêmes industries – avec la question de la réelle nature de leur intérêt dans ces formations qui se pose avec acuité. Ces laboratoires pharmaceutiques proposeraient un diagnostic de la dépression par la détection de certains symptômes, qui ne seraient pas tant les symptômes proprement dit de la maladie dépressive que des symptômes sur lesquels, précisément, peut agir la pharmacopée proposée :

> Et la dépression, le syndrome dépressif caractérisé, la dépression majeure, enfin tout est un peu parfois manipulé, trituré, pour sortir au médecin des concepts et des prescriptions derrière, enfin en tout cas une formation qui n'était pas complètement objective, et le médecin est obligé de se débrouiller avec ça. Donc il y a beaucoup d'idées médicales, de formation de professionnels qui ont bénéficié de labos, de marketing de labos, et le médecin généraliste, il fait avec tout ça. (INP5)

> Les généralistes manquent de connaissances sur la dépression. Je sais qu'il y en a beaucoup qui n'ont pas assez de connaissances sur la dépression. Et effectivement, pour eux, il y en a beaucoup encore, malheureusement c'est un peu un cliché, parce qu'il y en a beaucoup aussi qui ont des connaissances mais qui prescrivent des médicaments pour pas grand-chose. (INP6)

Dans ces extraits, sont soulignées à la fois la diversité et la complexité des classifications diagnostiques en psychiatrie, dont la probité d'un point de vue purement médical et clinique peut être remise en cause, et qui donc ne facilitent pas la pratique du médecin généraliste. Par ailleurs, dans le cahier des charges de la campagne, cette absence de standardisation des pratiques diagnostiques était stigmatisée, et concernait plus particulièrement les médecins généralistes : « pour poser un diagnostic, ils s'appuient davantage sur leurs expériences et leurs impressions que sur les grilles de critères diagnostics qu'ils estiment peu utiles au niveau thérapeutique ».

[457] Cet aspect s'était également révélé présent lors du processus de production de la campagne du CCOMS.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'idée de l'INPES est donc d'associer les généralistes, de leur fournir un certain nombre d'outils standardisés permettant d'établir le diagnostic, et de permettre aux différentes branches médicales de parler et raisonner à partir des mêmes outils d'évaluation, et donc *in fine* de procéder aux mêmes prescriptions, en utilisant pour cela les différentes thérapeutiques à leur disposition. En outre, en les associant à la campagne, l'INPES évite de les voir s'élever contre la campagne, en considérant qu'ils sont pointés du doigt comme « mauvais médecins » du fait de leur méconnaissance supposée des recommandations en matière de prescriptions :

> C'était aussi les médecins généralistes qui étaient la cible, d'une certaine manière. C'était peut-être une manière détournée d'ailleurs de leur donner de l'information. (JOUR)

> Mais le problème, c'est : qu'est-ce que c'est qu'une psychothérapie ? Je ne suis pas persuadé qu'un fort pourcentage de médecins généralistes sachent dire comment se fait une psychothérapie. (MED)

Pour autant, la question de la place des généralistes ne saurait se réduire à cette seule question des traitements prescrits. Effectivement, au moins deux autres raisons semblent devoir être prises en compte afin de comprendre cette association des généralistes à la campagne. La première renvoie au fait qu'ils sont des acteurs de santé de première ligne, qu'ils sont souvent les premiers consultés en cas de problème, et qu'ils sont supposés connaître plus ou moins leurs patients (dans le cas d'un médecin traitant notamment). La seconde raison de cette intégration des généralistes renvoie au contexte socio-politique français, et plus précisément aux évolutions récentes du système de santé français, avec l'incitation législative à avoir un médecin traitant, c'est-à-dire un professionnel de santé de référence, auquel la personne devra s'adresser en premier lieu, sous peine d'un moindre remboursement des dépenses de santé par l'Assurance-maladie. Les médecins généralistes revêtent alors une place particulière au sein du système de soins français, ce que confirme INP7 :

> Et donc, sa première entrée [au malade dépressif], effectivement, ça va être la médecine, donc la médecine générale, et après ça serait bien que se développent des réseaux de santé mentale, avec des psychologues, des psychiatres, etc., pour une prise en charge qui soit un peu plus complète.

Ainsi, associer les généralistes à cette campagne revient à leur reconnaître une compétence en ce domaine et à les responsabiliser dans la manière dont ils détectent et prennent en charge ce type de pathologie.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le dernier objectif associé à cette campagne s'adresse davantage aux différents professionnels de santé structurant le champ de la psychiatrie, et correspond à une sorte de « politique de lobbying », pour reprendre l'expression employée par INP3, afin de s'assurer que cette campagne soit plus ou moins bien reçue par les différents acteurs du champ psychiatrique, et notamment par ceux que le cahier des charges appelle des « leaders d'opinion », et qu'aucune voix contestataire ne vienne étouffer les messages de la campagne au moment de sa diffusion. En écho aux travaux de Crozier, associer ces acteurs au processus de production permettra d'accroître la portée de la campagne, en diminuant ses contempteurs potentiels :

> Dès le moment du cahier des charges, on l'avait vraiment identifié comme un besoin, en se disant « il faut absolument préparer la sortie de la campagne pour que ça se passe le mieux possible ». […] Donc on avait vraiment l'objectif de un, déjà, réussir à se mettre d'accord sur le contenu du guide, et après faire en sorte que, quand ça sort, ça ne fasse pas saborder la campagne, parce que du coup, on aurait été très critiqué. (INP3)

> Chaque fois qu'on parle de santé mentale en France, c'est une émeute. Donc on a beaucoup travaillé sur la manière de faire en sorte qu'il n'y ait pas de polémique, parce que, s'il y avait eu une émeute sur cette campagne, ça aurait été évidemment extrêmement contreproductif, en particulier pour le patient, le patient auquel était destinée cette campagne, aussi son entourage, etc. (SOCIO)

Cette précaution est souhaitée par les membres de l'INPES en raison de la complexité même du champ psychiatrique (qualifié, dans le cahier des charges, de « champ complexe et sujet à débats »), structuré par de très fortes oppositions entre différents courants de pensée et types de professionnels, oppositions auxquelles fait référence SOCIO lorsqu'il parle « d'émeute », ou bien encore lorsqu'il exprimera l'idée, plus loin dans l'entretien, que « c'est très clanique le champ de la santé mentale ». Cette inquiétude fait également écho aux derniers incidents survenus dans le champ psychiatrique à l'occasion de différentes actions menées par des membres du champ politique :

> On s'est dit tout de suite, à la communication, on s'est dit « oh là là », on avait vu des expériences, notamment avec l'expertise collective de l'INSERM, et puis on était en pleine polémique sur la réglementation des psychothérapeutes. Donc on s'est dit : il faut absolument qu'on démine le terrain le plus possible. (INP3)

> Et la difficulté, c'est que le champ de la santé mentale est un champ assez miné quand même, parce que personne n'est d'accord, chacun a sa vision très particulière des choses, il y a vraiment des chapelles. (INP3)

En raison de la complexité du champ de la santé mentale, joindre le plus d'acteurs sociaux différents dans la campagne est censé permettre de réduire les « zones d'incertitude », et d'accroître la portée et la légitimité du message, en accord avec la théorie de Crozier.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La conscience de la spécificité française et la complexité du champ psychiatrique ont conduit l'INPES à conserver une certaine prudence tout au long du processus de production de cette campagne, en cherchant « à anticiper les risques, les mises en cause et la réception probable » de cette campagne, comme nous l'indiquait INP1. Enfin, le fait que cette campagne constitue une première en France a participé à accroître cette appréhension :

> Et puis il y avait des appréhensions aussi, parce qu'on sentait que pas mal de gens n'étaient pas à l'aise, y compris les psychiatres. Il n'y a pas tellement la culture française de la communication en psychiatrie, donc tout le monde avait vraiment l'impression d'essuyer les plâtres. (MED)

> La psychiatrie ça fait peur et tout le monde avait très très peur d'être accusé d'être, c'est un problème français, d'être partisan. Et donc là, ils ont eu une espèce d'énorme couverture protectrice. Et pas forcément très créatrice. Donc je crois qu'il y a eu une espèce de position au cas où on attaquerait, tu vois. Donc je dirais que beaucoup de l'énergie de la pensée a servi à se prémunir des critiques. Plus que d'avoir une vraie politique, une vraie réflexion. (PSY2)

Dans ce dernier extrait, la logique de communication qui a surplombé la campagne est soulignée par PSY2, lorsqu'il évoque la « couverture protectrice », ou encore le « cas où on attaquerait », ainsi que la volonté de « se prémunir des critiques ». En ce sens, du fait de ce refus de provoquer des remous, et donc de cette volonté de rester consensuel, il en résulte que PSY2 disqualifie quelque peu la portée de cette campagne, en y juxtaposant de manière opposée l'idée d'une « vraie politique », d'une « vraie réflexion » :

> C'est-à-dire que maintenant, il faut trouver toutes les stratégies pour ne pas qu'on attaque. Donc tu vois, là-dedans il faut quand même se faufiler pour admettre une vraie idée. (PSY2)

Un écueil identifié dans cette campagne concernait le risque de stigmatisation des dépressifs, suite à sa diffusion. En effet, dans la perspective d'un message trop dramatisant, le risque était alors de voir les *a priori* sur les personnes atteintes de ce type de troubles s'amplifier. Cette peur concernait plus particulièrement le choix des messages à diffuser au sein des spots télévisé et radiophoniques, plus que les informations délivrées dans les supports d'information à proprement parler :

> Parler de ça sur la place publique, c'est aussi exposer les malades et les familles des malades à un jugement collectif, « enfin bon finalement, les dépressifs c'est des gros feignants qui ne se lèvent pas pour aller au boulot ». Et ça pouvait déclencher aussi ce genre de choses, donc il fallait qu'on soit vachement attentif à ce que ce ne soit pas stigmatisant. (INP4)

Les objectifs principaux de la campagne, liés à sa mise en problématique, ayant à présent été évoqués, intéressons nous à présent aux modalités pratiques d'action mises en place par l'INPES.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 2. Les registres d'action mis en place

### 2-1 La transmission d'informations comme centre de la campagne

Dès le début du processus, l'idée de produire un document d'informations synthétique sur la question de la dépression a été émise, et ce guide constitue le socle de cette campagne d'information, la « clef de voûte du dispositif » selon le rapport d'activité 2007 de l'INPES. Ce *medium* (auquel s'ajoute le site Internet, reprenant les mêmes éléments), dans son essence, est conçu comme devant « transmettre une information validée, simple et concrète, susceptible d'améliorer les connaissances du grand public dans les différents domaines étudiés »[458]. L'idée d'une « information validée » signifie que les données utilisées doivent bénéficier d'un consensus scientifique, partagé par un grand nombre d'experts, afin d'éviter de prêter le flanc à la critique. Quant à l'expression « simple et concrète », qui poursuit la définition, elle renvoie à la nature des cibles visées par cette campagne. Effectivement, cette dernière se voulant « grand public », autrement dit accessible au plus grand nombre – indépendamment du capital scolaire de l'individu –, il convient de recourir à des niveaux d'explication et de langage aisément accessibles.

Ce choix des outils principaux d'information à diffuser semble s'être fait « naturellement » au service communication de l'INPES. Autrement dit, au vu de la mise en problématique et du cadre cognitif élaborés, ces outils semblent le mieux correspondre aux objectifs visés par cette campagne :

> Donc le guide voilà : on s'est vraiment rendu compte que la problématique que prenait cette information faisait que ça conditionnait sa façon de communiquer, et avoir un guide. On s'est dit aussi qu'il fallait avoir un site Internet, que c'est un outil, c'est un média qui est devenu incontournable. Donc on s'est dit qu'il fallait le guide, et après un média qui était Internet. (INP3)

Nonobstant, il convient également de souligner que l'édition de ce type de document fait partie des activités habituelles de cet institut, du domaine de compétences et d'expertise de ce monde social particulier. Dès lors, le cadre élaboré en amont a aussi été pensé comme servant à légitimer les moyens qui seront déployés par la suite, comme nous l'avons vu en T1 avec le fait de choisir l'éducation à la santé comme philosophie de la campagne.

[458] extrait du cahier des charges de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Quant à la notion de « grand public », cible de la campagne, elle ne se laisse pas facilement saisir ici, car elle recouvre en réalité une grande diversité de situations. En effet, les cibles plus particulièrement visées par ce guide peuvent être vues comme au nombre de trois, voire quatre. Ainsi, le guide d'information s'adresse en premier lieu aux dépressifs non conscients de leur état, afin que la lecture de ce guide s'apparente pour eux à une sorte de chemin de Damas, les conduisant à terme à se faire prendre en charge, en passant par un médecin généraliste. Nous retrouvons ici la responsabilisation des individus en tant que forme de gouvernementalité contemporaine (accrue par le choix de faire de l'éducation à la santé).
Toutefois, en raison même de la complexité du ressenti d'un dépressif – et notamment d'une possible aboulie, qui fait partie des symptômes d'un état dépressif –, s'adresser à ces seuls individus n'est pas gage de réussite :

> Une des contraintes que tu as quand tu es déprimé, c'est que tu ne peux pas demander de l'aide. Donc du coup, comment faire pour aider quelqu'un qui veut demander de l'aide, tu as beau avoir les meilleures procédures du monde, si tu ne prends pas ça en compte, tu ne peux pas l'intégrer. (PSY2)

> Entre un dépressif léger et un dépressif en période d'épisode dépressif aigu, les problématiques sont totalement différentes, et ce n'est pas du tout les mêmes personnes. C'était un peu la difficulté de ce document, c'était comment parler à tous ces publics qui sont quand même largement différents ? (INP6)

Dès lors, pour faire face à cette difficulté sans déjuger la logique de responsabilisation, les supports d'information vont aussi viser l'entourage de la personne dépressive, à qui est alors dévolu le rôle de levier d'action, en vue de favoriser la prise de conscience de la maladie et le recours à une prise en charge – le cahier des charges précise à cet effet que « les proches jouent un rôle essentiel en termes de soutien et d'aide à la démarche de soin ». En ce sens, nous avons ici une contradiction entre logique de responsabilisation et vécu de la maladie, qui peuvent apparaître comme des éléments incompatibles. En réponse à cette possible aporie, l'INPES a donc intégré l'entourage des malades dans les cibles de la campagne, afin de dépasser ce point épineux, en élargissant la technique de gouvernementalité de la responsabilité à ceux qui côtoient la personne dépressive.
Ce n'est donc pas sans raison si le cahier des charges stipule, en direction des agences de communication, qu'il leur faudra faire une proposition de stratégie de diffusion « privilégiant l'accessibilité du livret aux personnes dépressives et à leur entourage, quelle que soit la position sur l'échelle sociale ».

Pour ce qui est de la troisième cible, elle regroupe l'ensemble des personnes dépressives qui sont déjà prises en charge, mais qui pourraient souhaiter obtenir davantage


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'information sur la nature de leur maladie et sur les recours thérapeutiques envisageables – cela fait écho à la loi du 4 mars 2002 sur le droit d'information des malades, et donc au contexte socio-politique contemporain. Corollaire de cette information fournie aux patients, les professionnels de santé, et principalement les médecins généralistes (pour les raisons évoquées précédemment), peuvent apparaître comme la quatrième cible identifiée pour cette campagne, qualifiés d'« acteurs relais » par l'INPES. D'une part, car ils sont associés à sa réalisation – au moins par le biais de leurs représentants –, et d'autre part, car le fait d'informer le grand public peut être perçu comme une manière détournée d'amener ces professionnels de santé à se « mettre à niveau », ou du moins à vérifier la validité de leurs connaissances, dans la perspective d'une discussion avec un patient qui aurait lu ce guide.

### 2-2 Les spots télévisé et radiophoniques, outils de promotion du guide

Outre la création de ces deux outils d'information, l'INPES a cherché des moyens d'en faire la promotion, afin d'inciter les gens à s'y intéresser, voire à se les procurer. En effet, pour assurer la meilleure diffusion possible des messages de cette campagne, et pour bien réussir à « positionner la dépression comme un enjeu de santé publique »[459] auprès du grand public, il convenait de diversifier le plus possible les moyens de communication, et donc de recourir aux grands médias nationaux, afin d'assurer la promotion du guide d'information et du site Internet. C'est là le sens de l'appel d'offres effectué par l'INPES à destination des agences de communication, et dont nous avons déjà analysé le cahier des charges.

En ce sens, le recours à une agence de communication pour assurer la partie créatrice de cette campagne apparaît comme une forme de sous-traitance de la part de l'INPES, qui garde la mainmise sur l'ensemble du processus, et qui impose son construit social de santé publique aux agences de communication comme autant de contraintes structurantes servant à baliser les propositions créatives de ces agences, notamment en ayant défini au préalable l'ensemble de la stratégie médiatique :

> Il faut dire que l'agence met en forme hein, l'agence met en forme sous le comité de rédaction en lui-même quand même. La contribution de l'agence n'est pas scientifique. L'agence n'apporte pas des contenus. (SOCIO)

Définir précisément les attentes vis-à-vis des agences de communication permet de baliser leur travail, et donc de réduire les « zones d'incertitude », qui permettent de conquérir un

[459] C'est là la formulation employée dans le cahier des charges de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

certain pouvoir dans « l'espace décisionnel ». Au contraire, définir précisément les enjeux et attentes permet, à l'INPES, de conserver la mainmise sur « l'espace décisionnel ».

Les contraintes structurantes de l'INPES se retrouvent dans les propos des publicitaires, plus particulièrement dans l'extrait suivant concernant le fait de placer la dépression comme un enjeu de santé publique, conditionnant ainsi le choix des *medium* auxquels recourir.

> Moi, j'avais un point de vue très important qui est qu'il fallait absolument que la campagne passe à la télévision. Parce que, pour l'INPES, dans son cahier des charges, ce n'était pas défini d'avance, chacun pouvait faire ce qu'il voulait. Alors ça peut être terrible et être un peu choquant, mais je considère, finalement, qu'il y a une espèce de concurrence entre les pathologies. […] Les pathologies, je considère, doivent aller à la télé pour avoir le droit, ce qu'ils appellent le droit de cité. Mais donc, il paraissait important que la dépression ait droit au cénacle qu'est la télévision. (PUB1)

Afin d'asseoir la dépression en tant que thématique de santé publique, il semblait ainsi important de lui réserver un traitement télévisuel, lui permettant de s'inscrire dans un cercle restreint de pathologies – d'où cette métaphore du cénacle concernant l'outil cathodique. En ce sens, l'idée de ce membre de l'agence de communication finalement recrutée pour la campagne entre parfaitement en écho avec les contraintes émises par l'INPES, facilitant dès lors son acceptation. Son intervention souligne aussi que « l'importance » d'une pathologie est liée à son traitement médiatique (d'où cette idée de concurrence entre pathologies).

Recourir à une multiplicité de supports de communication permet également de toucher une grande diversité de personnes, et en ce sens de se rapprocher le plus possible de la notion de « grand public ». En additionnant les médias, l'INPES espère réussir à multiplier le nombre de cibles réceptrices :

> De nos jours, on est obligé en fait d'avoir ce qu'on appelle une approche globale, parce que les gens n'utilisent pas tous les mêmes médias, et puis même s'il y a des médias qui sont très partagés, on ne peut pas dire la même chose selon les supports. […] Enfin oui, chaque outil a un petit peu sa cible, et puis un objectif un peu différent, c'est sûr. (INP4)

La diversité des *medium* employés apparaît alors comme une stratégie déployée pour parvenir à atteindre l'objectif de positionner la dépression comme un thème de santé publique, en assurant une forte couverture médiatique propice à toucher le plus d'individus possible, le grand public :

> Pour que les gens aillent chercher le guide, il faut qu'ils soient accrochés quoi. S'il n'y a pas une grande campagne télé radio, ils ne vont pas aller chercher le guide. Surtout qu'on est dans une maladie où les gens ne se reconnaissent pas comme déprimés, il faut vraiment les accrocher. (DGS1)

> De toute façon, qu'est-ce que l'on cherche à faire ? C'est que les gens aillent s'informer sur la maladie.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Et pour ça, on a créé des outils, et après, à nous de médiatiser les outils pour faire en sorte que les gens se les approprient et aillent les chercher. C'est très très basique comme système de communication. (INP3)

Ces propos attribuent une fonction phatique à ces spots – le verbe « accrocher » est répété à deux reprises chez DGS1 –, ils sont censés attirer l'attention des individus, et ce pour les amener à un comportement précis, la commande du livret. Cela transparaît à travers les formes verbales employées par DGS1, où « les gens » ne font qu'agir en réaction à un stimuli extérieur, les spots télévisé et radiophoniques en l'occurrence. Ainsi, la communication est conçue comme un moyen d'action qui peut conduire les individus à un certain comportement, en tenant compte de leur situation, qui les fera se sentir plus ou moins concernés.

La mainmise de l'INPES face aux agences de communication s'explique aussi, pour INP1, par une certaine incompréhension de ces agences sur les thématiques travaillées, justifiant ainsi de les considérer que comme de « simples exécutants », comme « un souci secondaire », niant ainsi tout pouvoir sur le processus décisionnel, toute zone d'incertitude.
Une présélection de cinq agences a aussi été réalisée. Cette sélection excluait d'emblée les agences pouvant ternir le sens donné à cette campagne, ce qui favoriserait alors les critiques, notamment les agences ayant travaillé pour des laboratoires pharmaceutiques, afin « d'être hyper transparent » (INP5).

Dès lors, ce n'est qu'un apport créatif et illustratif qui est demandé à ces agences, mais avec un message bien précis à diffuser, et ce sans le déformer, c'est-à-dire à traduire visuellement et par la création le message à délivrer, imposé par l'INPES dès l'entrée de l'agence de communication dans « l'espace décisionnel » de cette campagne :

> Ils travaillent effectivement sur les outils, sur la mise en page, sur les illustrations, sur les formats médias, sur la réception des spots, enfin des contributions techniques de spécialistes de la communication. (SOCIO)

> Voilà, l'appel d'offres, une fois que tout est clean, est bien construit, à ce moment-là, pour le mettre en images, c'est à ce moment-là qu'intervient l'appel d'offres. (DGS1)

Cela est confirmé dans le cahier des charges, et notamment dans la demande formulée en direction de ces agences, où la sollicitation de leurs compétences est clairement circonscrite à des éléments particuliers. Ainsi, il leur est demandé de proposer une stratégie publicitaire, une maquette de leurs créations ainsi qu'un plan média. Néanmoins, l'INPES précise tout de suite quels seront les moyens médiatiques plus particulièrement recherchés


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

afin de promouvoir le guide et le site Internet : « cette communication s'articulera autour d'une campagne télévisée et radiophonique afin de donner une forte visibilité au sujet de la dépression et de le positionner comme un véritable enjeu de santé publique ». L'objectif de l'INPES, formulé dès le début de la campagne, constitue ainsi une contrainte structurante que doit prendre en compte l'agence de communication dans son travail, afin de le traduire visuellement.

Toutefois, formuler une telle demande implique la reconnaissance d'une forme d'expertise propre à ces acteurs sociaux ; c'est du moins ce qu'il semble falloir comprendre en filigrane de ces propos de INP3 :

> On ne savait pas du tout comment communiquer sur le sujet à la télévision, d'ailleurs, on ne savait pas si on allait faire de la télévision, de la radio, de la presse, de l'affichage. Donc ça, ça a vraiment été du domaine de l'agence. Et, là où il y a un gros travail, c'est qu'on ne savait pas du tout quel ton on pouvait utiliser, et quel message on allait pouvoir délivrer sur le sujet.

L'INPES semble conférer une position d'expertise à l'agence de communication, puisqu'il lui est reconnu une compétence propre, celle de proposer une solution de communication face à une situation conçue comme problématique par les commanditaires de cette campagne. L'agence possède ici une compétence spécifique dans « l'espace décisionnel », elle maîtrise une zone d'incertitude, à l'inverse de l'INPES. Mais nous verrons par la suite, avec les pré-tests, que l'INPES détient des moyens de contrôler la pertinence du travail des publicitaires.

Pour autant, en raison de la perception du champ de la santé mentale comme un terrain périlleux, les contraintes structurantes imposées par l'INPES aux agences de communication s'en révèlent accrues :

> On n'avait pas un champ très large, c'était assez pénible vu qu'on avait vraiment vu que le besoin, c'était un besoin d'informations. Nous on est arrivé déjà, avec les agences, à quelque chose de très décrit, en disant : de toute façon, dans cette campagne, il y aura un livret d'informations et un site internet. Cà, c'est un peu la chose spécifique sur ce marché, parce que d'habitude, normalement, c'est plutôt aux agences de dire ce genre de choses. […] Là, nous, on était avec des idées très cadrées. Donc c'est un peu une spécificité de ce marché, c'est qu'on avait déjà très bien identifié les besoins. (INP3)

Ces contraintes émises par l'INPES se traduisent aussi dans les propos de PUB1, lorsqu'il revient sur le processus ayant conduit à la sélection de son agence pour réaliser la communication autour de la campagne.

> [On] a été présélectionné dans la short list, dans le cadre de ce qu'ils appellent un dialogue compétitif. Donc, à partir de ça, on a une, deux ou trois réunions avec l'INPES, pour montrer là où on en était, le parti-pris, etc. Et donc, au fur et à mesure des différentes étapes, l'INPES a dit « ben là, encore, ça nous intéresse, là ça nous intéresse »,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les expressions « présélectionné », « compétitif » ou bien encore l'attitude de l'INPES soulignent la mainmise de cet organisme sur le déroulement des opérations, ainsi que le soin particulier apporté à la sélection des propositions, qui devaient s'accorder avec les contraintes structurantes émises. PUB1 est ainsi circonscrit à une position de source de propositions dans « l'espace décisionnel », sans pouvoir de sélection.
Les contraintes structurantes autour de cette campagne à présent définies, il nous reste à nous intéresser à la constitution du groupe de travail en charge de la rédaction du livret, dernier aspect en lien avec cette étape du processus[460].

## 3. La constitution du groupe de travail du guide

Pour rédiger le guide, l'INPES s'est adressé à différents acteurs sociaux appartenant au champ de la santé mentale, et les a invités dans « l'espace décisionnel » de cette campagne, afin de savoir quels éléments inclure précisément dans le guide d'information. Cette démarche fait partie des particularités de fonctionnement de cet institut qui, « avec une volonté d'ouverture et de travail en réseau, [...] s'appuie sur des collaborations extérieures et a vocation à agir aux côtés des différents acteurs du champ de la prévention »[461]. De plus, multiplier les consultations et les expertises peut aussi être vu comme un moyen de favoriser l'obtention d'un message faisant compromis entre tous, ce qui accroît donc sa légitimité, tout en s'assurant le soutien des personnes impliquées. Cela est aussi appuyé par le cadre législatif, et plus précisément par la loi de santé publique de 2004 qui, au sein de ses neuf principes, admet celui de concertation, qui induit que « la discussion des objectifs et l'élaboration des plans de santé publique doivent comporter une concertation avec les professionnels de santé, les acteurs économiques et le milieu associatif »[462].

Dans le cas présent, il s'agit en réalité de deux groupes de travail : un groupe chargé de rédiger *stricto sensu* ce guide, et un deuxième groupe, plus large, que l'on pourrait qualifier de « groupe de concertation », et qui comprend une plus grande palette de mondes sociaux. Ainsi, en ne tenant compte que des noms indiqués sur la couverture du livret, un ensemble de vingt acteurs est cité, groupe auquel il faut ajouter deux institutions, mentionnées

[460] Rappelons que la constitution du groupe de travail a été en réalité antérieure à l'appel d'offres, puisque le guide semblait déjà en grande partie rédigé lorsque le cahier des charges a été élaboré.
[461] Propos recueillis sur le site Internet de l'INPES.
[462] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, p114.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

en tant que telles, ce qui indique que ces institutions sont supposées conférer une légitimité accrue au contenu du guide : la HAS et l'AFSSAPS. Les recommandations de ces deux organismes ont également servi de contraintes structurantes à l'élaboration du livret. Il convient aussi d'ajouter à ces acteurs le ministère de la Santé, et notamment la DGS (représentée par une personne).
De plus, les quatre mondes sociaux les plus représentés dans ce groupe sont ceux-là même qui possèdent la plus forte proximité avec la question de la dépression : les psychiatres et les médecins tout d'abord – quatre représentants dans les deux cas –, suivis par les psychologues et les représentants d'associations d'usagers (trois personnes à chaque fois).

Cette grande diversité d'acteurs convoqués s'explique par plusieurs raisons. Un premier motif renvoie à la capacité d'expertise particulière attribuée à chaque acteur.
Cet aspect apparaît le plus flagrant pour les acteurs cités comme les rédacteurs principaux du livret : on a deux psychiatres, PSY1 et PSY2, pour qui la dépression relève de leur spécialité médicale. De plus, PSY2 avait déjà publié un ouvrage de vulgarisation à destination des patients et de leurs familles, et PSY1, membre par ailleurs du conseil scientifique de l'INPES (et qui a participé à la rédaction du plan dépression de la DGS), est également un spécialiste français reconnu des questions de prévention du suicide. SOCIO, sociologue, admet, quant à lui, les psychothérapies comme spécialité de recherche (notamment concernant les troubles dépressifs et l'évaluation de l'efficacité de ces traitements). Il fut l'un des principaux artisans de cette campagne, qui a participé à toutes les étapes du processus de production, depuis la coordination du contenu de l'ensemble du guide jusqu'à l'étape de conception et de validation des spots médiatiques.
Quant à PSY3, psychologue, elle est aussi membre d'un monde social dévolu aux questions de communication en santé mentale. On retrouve également un médecin conseil de l'Assurance maladie, MED, censé connaître les questions de remboursements, de prise en charge de la dépression et d'arrêts de travail, et qui a été à l'origine d'une campagne régionale d'information sur la dépression – ce qui explique, selon lui, sa présence au sein de cette campagne, afin d'éviter d'avoir une sorte de concurrence quant à l'émission de messages sur la dépression, et afin de pouvoir bénéficier de son expérience en la matière.

Enfin, en écho au phénomène de promotion des usagers, se trouvent deux représentants d'associations d'usagers des services psychiatriques, qui possèdent un éclairage particulier sur ces questions, notamment en termes de ressenti et d'expérience de la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dépression, et qui permettent ainsi, en théorie du moins, de donner voix au chapitre aux malades dépressifs :

> Mais eux, ils vont nous apporter des choses sur le vécu des patients, et la perception du patient qui est très importante pour savoir sur quoi il faut mettre l'accent, ce dont les gens ont besoin, ce dont les gens ont moins besoin, quelles sont les questions qu'ils se posent. C'est toujours important de compenser le regard du professionnel par ceux qui la vivent. (INP3)

> Les usagers peuvent aider les nouveaux patients à bien utiliser le système de soins, à défendre leurs droits, à expliquer, à faire des groupes d'entraide mutuelle, à les soutenir, à briser l'isolement, à leur donner le mode d'emploi de la psychiatrie. (PSY1)

> Ce qui était intéressant c'est d'avoir le point de vue des associations, qui ont aussi des problématiques assez différentes. Les associations, elles ont leur point de vue, c'est : il faut informer, les patients ont le droit de savoir, il faut les informer. (INP6)

> Ils ont une parole qui souvent est difficile à contester, c'est-à-dire quand l'usager parle, tout le monde se tait. Tout le monde se tait et écoute, et prend en compte hein bien sûr. Donc ce sont des intervenants dans la discussion qui sont particuliers : ils ont une légitimité particulière, un mode d'intervention particulier, donc… (SOCIO)

Il est aussi intéressant de noter que les trois associations présentes dans ces groupes de travail sont celles-là même qui sont citées par la HAS comme des possibilités de soutien dans le champ social et associatif[463], confirmant le statut d'associations agréées dont parle la loi de santé publique[464], et qui leur assure certaines connexions avec le champ politique, favorisant de fait leur implication dans ce type de campagne. La logique de « système » déployée autour de cette campagne suppose ainsi des bénéfices réciproques entre acteurs qui s'y engagent.
Quant à la précision de SOCIO selon laquelle tout le monde prend en compte la parole de ces usagers « hein bien sûr » indique que cet aspect ne va pas nécessairement de soi, et pose, dans le même temps, la question de l'utilisation stratégique des associations d'usagers afin d'accorder une légitimité à une politique publique ou à des orientations stratégiques définies déjà auparavant :

> Parfois, on a l'impression qu'on fait appel à nous après-coup, après que tout est décidé, après que tout est écrit. On doit se dire « ah oui, tiens : il faudrait faire appel aux usagers et aux personnes les plus concernées pour avoir leur aval, pour savoir ce qu'ils en pensent », alors que franchement, tout a déjà été décidé par les grosses têtes. Et nous, c'est un petit peu « bon alors, les pauvres patients, venez, on va vous demander votre avis ou votre aval », alors qu'on n'aura aucun impact, de toute façon, sur tout ce qui a déjà été décidé hein. (USAG)

Les associations d'usagers auraient ainsi parfois la sensation d'être utilisées comme simple faire-valoir, afin de légitimer *a posteriori* des décisions déjà prises, renforçant l'enjeu symbolique que constitue ce type de monde social, en tant que représentants du pays légal,

[463] Haute autorité de santé, *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte (recommandations pour la pratique clinique)*, avril 2007, p45.
[464] « Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique », article 6, loi de santé publique de 2004.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

mais sans réel pouvoir d'action, semble-t-il (ce qui se voit à travers la répétition à trois reprises du terme « après » dans ces quelques lignes).

Ensuite, nous pouvons analyser cette diversité d'acteurs sociaux comme une tentative de l'INPES d'obtenir le plus haut degré d'adhésion à cette campagne de la part des différents acteurs du champ de la santé mentale ; or, cela passe notamment par la recherche d'un certain compromis entre les différents mondes sociaux présents dans ce champ, ce qui est loin d'être une mince affaire au vu de la complexité de celui-ci. Dès lors, est posé l'axiome que le meilleur moyen d'obtenir une adhésion aux messages diffusés est d'impliquer le plus d'acteurs et de mondes sociaux différents au sein de « l'espace décisionnel » :

> On prend des représentants entre guillemets d'institutions, on n'imagine pas faire une campagne médiatique sans un représentant de l'UNAFAM, sans un représentant de la FNAPsy, sans une représentante de la Fédération française de psychiatrie, sans… Donc voilà : donc on prend tous les partenaires institutionnels. (DGS1)

> En gros, il fallait cibler les instances officielles qui sont présentes : donc l'association des psychologues, des psychiatres, des psychothérapeutes, des différentes professions, des sociologues, des chercheurs, des praticiens et les grands noms, plus les gens qui avaient une compétence dans tout ce qui est communication en santé mentale. (INP2)

La question de l'adhésion des différents acteurs du champ se pose avec d'autant plus d'acuité que l'INPES est lié à l'Etat, et donc à la capacité de légitimation qui lui est associée. Ainsi, comme l'INPES se trouve inscrit dans le champ politique, on comprend mieux le sens et l'intérêt de rechercher un compromis avec les différents acteurs du champ de la santé mentale. Effectivement, même si c'est l'Etat qui possède le pouvoir de légitimation, son message, pour augmenter les chances d'être pleinement entendu, nécessite l'adhésion d'une grande partie des acteurs de terrain et de leurs représentants pour accroître son champ d'action et sa résonance – même si cela n'est pas sans occasionner un certain nombre de difficultés d'entente et de prise de décision, comme l'ont évoqué plusieurs des acteurs de ces groupes de travail, et notamment PSY2, qui évoque le fait que « chacun se drapait dans sa science ». Il semble également que cette logique était d'autant plus prégnante que la rédaction de ce guide – et plus généralement de cette campagne – constituait la première incursion de l'Etat dans le domaine de la santé mentale, en matière de santé publique. Le caractère stratégique de la constitution du groupe de travail s'en trouve alors renforcé :

> D'un point de vue stratégique, on espère que ces gens portent la parole d'un groupe. (DGS1)

> [*C'était important justement cette diversité des professions et des visions ?]*
> Honnêtement ? C'est stratégique. C'est plus stratégique. (INP2)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Alors les règles du jeu, tu les connais : c'est de prendre les personnes les plus éclectiques et mettre tout le monde au même niveau. Donc tu as l'association, tu as une association de précarité SOS navire enfance en détresse, Many Grégoire qui écoute la nuit, Macha Béranger, etc., ça compte pareil que le professeur d'Université, voilà soi-disant parce que c'est démocratique. Et donc tu as tout : les associations, les trucs de psychanalyse, les autorités de santé, la Haute autorité de Santé, la CNAM, etc. (PSY2)

> J'ai vu certains professionnels qui avaient exactement le même sentiment que nous : que le travail avait déjà été mâché, que si on les avait invités, c'était pourquoi, pour donner leur aval tout simplement, qu'il était trop tard pour qu'ils puissent vraiment participer. (USAG)

Dans ces deux derniers extraits, la question de la vraie raison de la présence d'une telle diversité d'acteurs semble se poser, aspect d'autant plus significatif qu'USAG est présidente d'une association d'usagers, et que ce sont ces derniers qui tendent le plus à être utilisés comme monde social conférant une légitimité à une politique publique de santé – ce qu'elle exprime dans son discours par l'emploi d'expressions telles que « déjà mâché » ou bien encore « trop tard pour vraiment participer ».

C'est dans le même ordre d'idée qu'il faut aussi comprendre le choix qui a été fait dans la présentation du livret : afin de ne pas donner la sensation de favoriser tel ou tel acteur social, les acteurs sont cités par ordre alphabétique, qui est l'ordre de présentation arbitrairement le plus neutre et qui risque donc de souffrir le moins de contestation – même si cela ne reflète pas pour autant le degré d'implication et de travail fourni par chacun de ces acteurs.

Ces différents points abordés, nous pouvons passer à la troisième étape de notre processus, la réalisation des différents outils de cette campagne, tout en conservant à l'esprit la mise en problématique et le cadre cognitif pour lesquels a opté l'INPES, car ces contraintes structurantes vont de nouveau peser de tout leur poids à cet instant du processus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 3. Guide d'information et propositions de créations publicitaires (T3)

Dans cette troisième étape, nous aborderons successivement le cas de l'élaboration du guide, puis la création des spots télévisé et radiophoniques, prenant ainsi quelque liberté avec la réalité chronologique de ce processus. Afin de garder une certaine logique dans notre raisonnement, nous avons pris l'option de structurer la campagne selon le type d'opération menée, et non selon le seul facteur chronologique. Cette précision faite, intéressons-nous à la manière dont ont procédé les différents experts convoqués par l'INPES en vue de rédiger ce livret.

## 1. La constitution d'une définition sociale de la dépression : l'élaboration du guide d'information

La rédaction de ce guide ne s'est pas faite *ex nihilo*. Deux éléments ont plus particulièrement structuré sa conception. Il y a, d'une part, la mise en problématique de la campagne, telle qu'elle a été effectuée en T1 et en T2, qui induit déjà une certaine structuration de ce document, permettant de répondre aux grands objectifs assignés à cette campagne. Le deuxième élément structurant renvoie à la revue de littérature effectuée par l'INPES, qui synthétisait l'ensemble des connaissances sur la dépression validées scientifiquement, afin de dégager les grands axes sur lesquels pouvait s'appuyer cette campagne, comme l'évoque la principale intéressée :

> Moi, j'étais coordinatrice dans le département d'évaluation, je devais construire le programme. Et, en fin de compte, le programme, dans ces cas-là à l'INPES, c'est le programme d'une campagne.

Ainsi, faire « le programme d'une campagne » revient à dégager la problématique permettant de légitimer et justifier la dépression en tant que thématique de santé publique, et donc l'intervention de l'INPES. En ce sens, la façon la plus sûre d'y parvenir consiste à utiliser des données scientifiques validées, dont la contestation est alors malaisée :

> J'ai commencé à faire un état des lieux, une analyse de la problématique. […] mais ça ne ciblait pas uniquement la dépression. Ca concernait aussi d'autres groupes, comme l'anxiété généralisée, la problématique du recours aux soins. (INP2)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

INP2 s'appuie donc sur son domaine de compétences, la capacité d'expertise qui lui est propre, afin d'appuyer son argumentation et sa rhétorique. La fin de son intervention démontre également que la seule raison scientifique ne peut suffire à appréhender l'ensemble du fonctionnement du processus, puisque le thème des troubles anxieux a par la suite été délaissé par l'INPES. Ce dernier point, s'il n'a été abordé que par la seule INP2, nous semble pouvoir se comprendre à l'aune de la mise en problématique opérée pour la dépression, et plus particulièrement concernant les écueils que l'INPES voulait éviter : ce refus de traiter le sujet de l'anxiété pourrait trouver des éléments d'explication dans la volonté de l'INPES ne pas risquer de se voir accusé d'accroître la consommation de psychotropes ou de répandre les troubles psychiques comme une traînée de poudre dans la société française. Ainsi, définir le seuil pathologique des troubles anxieux aurait peut-être engendré davantage de difficultés, avec le risque de conduire à une sorte d'hypocondrie, qui pouvait accroître le nombre de consultations dans les cabinets des médecins généralistes.

Pour autant, si l'anxiété généralisée a été délaissée, il n'en reste pas moins que cette revue de littérature constituait déjà une base plus que solide sur laquelle s'appuyer pour la suite du processus, comme nous l'exprime INP2 :

> Et après, c'est ça qui est un peu aberrant, c'est que le contenu du livre, toute l'articulation c'est AJS et moi qui l'avons fait. Et tout le contenu, il était déjà écrit d'av… Il était écrit, parce qu'on avait pris les documents étrangers et qu'on avait déjà fait une base… Il y avait cette base des recommandations, mais à l'intérieur il y avait déjà qu'est-ce que la dépression, comment ça se manifeste, selon le DSM, selon les sources officielles. Et puis après, il y en a qui s'y sont mis un peu plus, mais il y avait déjà une bonne base.

Le lapsus (« il était déjà écrit d'av… ») est intéressant : selon INP2, la majeure partie du guide et de son contenu étaient déjà réalisés, conférant la sensation que les experts convoqués ensuite n'ont fait que compléter cette base de travail. Si nous interprétons cet élément à l'aide de l'approche stratégique développée par l'INPES dans cette campagne, nous pouvons considérer que cet appel aux experts l'a moins été en raison de leurs connaissances spécifiques sur le sujet que pour « l'aura symbolique » que leur présence pouvait conférer au guide, qui permettait dès lors d'accroître le degré d'adhésion à cette campagne, par le seul fait de reconnaître une légitimité à ces différents mondes sociaux lorsqu'ils s'expriment sur ce sujet, comme cela a été évoqué lors de l'étape précédente.

Ensuite, l'ensemble des données recueillies était soumis au groupe de concertation, qui les a validées, dessinant ainsi les messages principaux dont ce guide devait se faire le porteur :

> Au moment où le groupe d'experts a commencé à se réunir, on a commencé à travailler sur le contenu, j'ai été associé aux réunions de groupes, pour essayer justement après de définir un petit peu, de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

participer aussi à la définition de ce document. (INP6)

Nous constatons ici l'emploi par cet interlocuteur du terme « experts » pour qualifier cet aréopage de mondes sociaux réunis par l'INPES en vue de la validation du contenu du livret ; il semble que la seule présence de ces individus à ce moment du processus suffise à les affubler d'un tel qualificatif, avec le statut et la légitimité des connaissances émises qui vont de pair avec ce terme. Néanmoins, ces experts convoqués doivent se plier aux exigences formulées par l'INPES, c'est-à-dire au construit social de santé publique opéré par cet institut en amont, à leurs contraintes structurantes émises en direction des autres protagonistes :

Il y avait un certain nombre de messages en fait, qu'on a recensés et qu'il fallait absolument faire passer. Les messages qui sont liés aux objectifs qu'on a définis. Par exemple, inciter les gens à avoir recours aux soins. […] C'est de ne pas rester tout seul, ne pas rester tout seul avec sa volonté. Et c'est vrai que dans le travail d'élaboration quand même du contenu, on parle souvent de ça. Le travail, c'est relativement… Enfin c'est comme ça à l'INPES : c'est-à-dire qu'on identifie les publics cibles, on identifie les messages prioritaires à faire passer et on s'arrange pour qu'on trouve, lors de l'élaboration du texte, qu'on réponde à un certain nombre de messages. (INP6)

La mise en contexte du travail des rédacteurs du guide effectuée, il ne nous reste plus à présent qu'à nous intéresser aux éléments qui composent ce guide, en séparant ce dernier en trois grandes parties, trois thématiques principales, qui vont structurer cette présentation : la définition de la dépression, l'offre de soins et l'aide non médicale.

### 1-1 La définition de la dépression : construction sociale et rhétorique du pathologique

Les deux premiers chapitres du guide, inspirés par une visée théorétique, cherchent à définir précisément ce qu'est la dépression, de quelle manière elle s'inscrit dans la sphère du pathologique, avec les différents symptômes qui en sont constitutifs.

Le premier chapitre du guide, intitulé « déprime ou dépression : ne pas confondre » reflète le construit social de santé publique réalisé précédemment, avec notamment l'association entre dépression et suicide, qui est un élément qui n'est abordé que dans le seul guide, aucun des autres supports de communication créés à l'occasion de cette campagne ne reprend en effet ce point. Cela s'explique par une peur d'aborder de manière trop « légère » un sujet aussi complexe, avec aussi l'idée, en arrière-plan, que cela pourrait susciter un risque de passage à l'acte :

C'était difficile de prévenir l'acte suicidaire en tant que tel. Pour moi, il faut prévenir ce qui mène à cette crise, donc ça peut être la dépression, ça peut être le mal-être social, qui d'ailleurs est souvent aussi le cas d'un dépressif. Ca peut être vraiment tout un tas de choses. Voilà, c'est pour ça qu'on n'en parle que dans le livret, pour avoir l'espace aussi dans le livret d'en parler suffisamment bien pour ne pas se retrouver avec des réactions voilà. (INP4)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ainsi, en lien direct avec cette volonté d'aborder le sujet du suicide de manière « sérieuse », la rédaction de cette partie du guide a été confiée à un psychiatre spécialisé dans la prévention du suicide, qui s'est lui-même appuyé sur les données scientifiques existantes, données qui bénéficient d'un consensus scientifique en la matière.

Ce chapitre se poursuit avec la délimitation du seuil pathologique à partir duquel il est possible de parler de dépression, et qui permet de rentrer de plain-pied dans la sphère pathologique, et donc de faire de la dépression une problématique de santé publique. Cette présentation de l'argumentaire adopté dans le guide fait écho à la mise en problématique opérée lors de la deuxième étape, avec l'objectif de bien souligner le caractère pathologique de la dépression, tout en évitant de pathologiser les vagues à l'âme. De ce souci, découle toute une série d'arguments pour mettre en évidence la spécificité de la dépression, en tant que « vraie » maladie :

> Finalement, c'était une façon de dire : il y a les réactions normales de la vie et puis à partir d'un certain moment, à partir d'une certaine intensité de symptômes, d'un certain impact sur la vie quotidienne, ce n'est plus seulement la réaction normale de la vie, on rentre dans le champ pathologique. Et le champ pathologique, à ce moment-là, c'est de la médecine. En gros, c'est ça. (PSY3)

> On voit que le fait de ressentir des choses dans sa chair fait croire que l'on dispose d'un savoir qui donne une légitimité dans la contestation du savoir réfléchi. Et donc le savoir savant est disqualifié par le savoir émotionnel. Et presque je dirais qu'il montre qu'il est moins bon. (PSY2)

Il semble bien que le point d'importance consiste alors à montrer la spécificité de la dépression en tant que maladie, et ce afin d'éviter une sorte de position concurrentielle entre les différentes formes de savoirs – « savant » (médical) et « émotionnel » (de sens commun) selon PSY2.

En accord avec ces propos, le guide tend à définir les différents symptômes de la dépression de manière empathique, avec une description axée sur le ressenti personnel du dépressif :

> C'est de dire la dépression c'est fréquent, la dépression c'est la dévalorisation, la dépression c'est ceci. Et ne plus faire sauter… Enfin refuser qu'on utilise un langage trop médical. C'est sortir de ça, c'est-à-dire rentrer dans un vécu, dans une approche un peu phénoménologique. Qu'est-ce que voit, qu'est-ce qu'entend, qu'est-ce que perçoit un déprimé ? (PSY1)

Eviter d'utiliser une présentation trop médicale, c'est-à-dire trop technique ou trop « froide » de la dépression peut être interprété comme une réponse à l'objectif de la campagne de favoriser la prise de conscience, par les dépressifs, de leur état, pour que ces derniers fassent la démarche de se soigner, si ce n'est pas déjà le cas. En ce sens, ces choix de présentation


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

semblent s'accorder avec la technique de gouvernementalité de la responsabilisation, qui sous-tend la campagne :

> Moi, j'ai bien dit aux autres, au moins de toucher la personne directement au cœur, de se centrer sur le vécu. Et de ne pas parler de symptôme, d'avoir un langage très naturel, très vernaculaire, de qu'est-ce que ça fait, comment on le vit, qu'est-ce qu'un déprimé voit, qu'est-ce qu'il entend, qu'est-ce qu'il sent vraiment dans le vécu. (PSY1)

> C'est assez compliqué comme exercice parce que tu es obligé de faire un discours collectif, mais qui va être lu par des singuliers. Et donc du coup, les gens, eux, ils veulent lire leur histoire, mais en même temps, toi tu es obligé de faire un truc qui corresponde à l'histoire de tout le monde, c'est-à-dire un truc moyenné. Et donc là, c'est assez compliqué. (PSY2)

Cette volonté de faire comprendre aux lecteurs le ressenti d'un dépressif est aussi liée à la difficulté (supposée) à réellement prendre conscience du caractère pathologique de l'état dépressif. De cette tension découle alors la précision, dans le guide, que « nous pouvons avoir l'impression de connaître cette maladie sans pour autant en avoir jamais été atteint. Nous en concluons hâtivement qu'être dépressif consiste à ressentir plus fortement et plus longtemps de telles souffrances. Et cela nous incite à croire que nous pouvons facilement comprendre ce que vit une personne souffrant de dépression ».

Ainsi, cela n'est pas le cas en réalité, car la dépression, en tant que maladie à part entière, possède sa propre logique de fonctionnement, une forme de déviance par rapport au fonctionnement normal d'un individu. La compréhension du ressenti d'un dépressif n'est donc qu'apparente, la réalité est toute autre, ce qui est d'ailleurs confirmé dans la suite du texte (« mais la réalité est différente »). Cette dernière précision marque la rupture pathologique engendrée par l'état dépressif.

Dans la même optique, les formulations utilisées soulignent que la dépression engendre une structure diachronique de la ligne de vie d'un individu, en accord avec la définition de la dépression retenue pour la campagne. Cela se retrouve dans des phrases telles que « leur état au cours de la dépression est très différent de tout ce qu'elles pouvaient avoir connu *auparavant* » [c'est nous qui soulignons], « une souffrance morale permanente, plus insupportable que toute autre souffrance *déjà endurée* », « l'état dépressif se caractérise par un changement *profond* (une *véritable rupture*) par rapport au fonctionnement habituel ».

Dans cette première partie du guide, il est aussi question des « origines de la dépression ».Ce terme d'« origine » est intéressant, puisqu'il a été privilégié au détriment d'un mot tel que « cause » ; si ce choix a été opéré, il nous semble que c'est en raison même de la complexité de cette question, qui admet plusieurs interprétations possibles. Dès lors, les


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

rédacteurs ont choisi de ne privilégier aucune explication, car cela aurait pu constituer une pierre d'achoppement entre mondes sociaux de la santé mentale. Effectivement, « il s'agit de maladies complexes, pluridéterminées, et les difficultés à cerner leurs causes et leurs mécanismes viennent principalement de l'intrication de très nombreux facteurs dont les relations sont difficiles à modéliser »[465]. C'est aussi ce qu'avance l'OMS, dans son rapport de 2001 sur la santé dans le monde, pour qui les troubles dépressifs « sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ».

En ce sens, le terme d'« origine » permet d'aborder le sujet sans non plus trop prêter le flanc à la critique. C'est donc une volonté de conserver un certain niveau de compromis entre les différentes visions qui cohabitent au sein du champ de la santé mentale qui préside à la présentation de cette partie. De plus, il apparaît difficile d'aborder en profondeur ce sujet tout en conservant un document à destination du grand public, quitte à ce que cela se fasse au détriment des experts convoqués pour la rédaction du guide :

> Je pense que, pour les spécialistes, il passe très très vite sur les facteurs, entre guillemets, biologiques, psychologiques, environnementaux. Mais bon, c'est aussi une partie sur laquelle on estimait que c'est peut-être un petit peu compliqué, et c'est un petit peu compliqué pour les lecteurs, mais c'est vrai que pour les experts, je pense que c'est une partie qui ne leur convenait pas, enfin sur laquelle il était difficile d'être juste. (INP6)

La logique de compromis privilégiée par l'INPES semble être entrée en contradiction avec l'expertise des rédacteurs sur ce point. Le fait que ce soit celle-là qui se soit imposée démontre la mainmise de l'INPES sur l'ensemble du processus de production, puisque la volonté d'éviter tout conflit a constitué une contrainte structurante avec laquelle ont dû composer les experts. L'INPES démontre aussi son hégémonie dans « l'espace décisionnel » de la campagne. Dès lors, en raison de la complexité de cette maladie et de la pluralité de ses causes possibles, il apparaissait difficile pour l'INPES de concevoir une sous-partie trop longue ou faisant le choix d'une vision du monde plus que d'une autre. C'est ce que corroborent ces propos de PSY2 :

> C'est vrai que bon ce sont des positions qui sont des positions très institutionnelles qui ont eu lieu, c'est-à-dire mettre très peu de choses sur la biologie, mettre très peu de choses sur les débats d'idées qu'il y a par rapport à la dépression, essayer de trouver un mixe entre je bronze savant et je fais mon quizz et je sais si je suis déprimé ou pas. Le truc pragmatique, je prends des vacances, je ne prends pas des vacances, c'est le truc pour montrer que ce n'est pas n'importe quoi, c'est de la maladie.

Cet extrait étaye notre idée selon laquelle la question des causes de la dépression pouvait apparaître comme une pierre d'achoppement entre les mondes sociaux peuplant le

[465] Patrick Hardy, Marie-Christine Haryd-Baylé, *op. cit.*, p118.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

champ de la santé mentale, d'où le choix rédactionnel de conserver un certain flou sur le sujet. De plus, comme la dépression peut aussi trouver son origine dans les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les individus – aspect sur lequel le rôle de l'Etat peut être interrogé, et ce d'autant plus que la France se caractérise par une certaine tradition de l'Etat-Providence – il aurait pu paraître malaisé de trop entrer dans le détail. C'est ce qu'illustre PSY3 :

> Quelqu'un qui est au chômage, qui ne trouve pas de boulot, qui déprime, qui trouve encore moins de boulot parce qu'il est déprimé, etc., il peut être dans un épisode dépressif caractérisé. Mais qui est fortement lié à un événement de vie, à une situation sociale, qui ont fait boule de neige, etc.

Cet aspect nous paraît d'autant plus important à prendre en compte que la situation socio-économique de la France se caractérise, à l'instar de la plupart des pays industrialisés, par une massification des problèmes sociaux et un développement toujours plus important de la précarité. Une partie des données de la littérature soulignent d'ailleurs le lien entre troubles dépressifs et conditions de travail (ou leur absence). Ainsi, les travailleurs en emploi à durée limitée (CDD, intérim) semblent plus fréquemment touchés par les troubles dépressifs[466]. De même, les résultats de l'enquête Anadep soulignent aussi ce lien entre épisode dépressif et chômage, précarité ou faible niveau de vie[467], données que l'INPES n'a pas utilisées dans la campagne, en accord avec sa visée stratégique. Une étude de la DREES, synthétisant les résultats de trois études épidémiologiques françaises, souligne aussi cet invariant du lien entre épisode dépressif et conditions socio-économiques : « les trois enquêtes montrent qu'occuper un emploi est la situation la moins associée à des troubles dépressifs »[468] ; selon les enquêtes, les chômeurs sont de 1,4 à 2,1 fois plus exposés au risque d'épisode dépressif que les actifs occupés. De même, les femmes sont davantage concernées que les hommes, et les personnes seules que celles qui sont mariées : « le tissu familial et relationnel, d'une part, et l'insertion professionnelle, d'autre part, diminuent le risque de trouble dépressif »[469]. Le délaissement de ces catégories de populations à risque de subir un épisode dépressif illustre, à sa manière, la psychologisation du social, avec l'absence de référence aux conditions socio-économiques qui expliquent en partie les phénomènes sociaux, non réductibles à la seule subjectivité individuelle.

[466] Santin, Cohidon, Goldberg, Imbernon, « Emploi atypique et troubles dépressifs en France à partir de l'Enquête décennale santé 2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°7, 23 février 2010, pp57-60.
[467] Chan Chee, Beck, Sapinho, Guilbert (dir.), *op. cit.*
[468] Isabelle Leroux, Thomas Morin, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Etudes et Résultats (DREES)*, n°545, décembre 2003, p5.
[469] *Ibid*., p3.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le livret se poursuit ensuite avec une deuxième partie intitulée « pourrait-il s'agir d'une dépression ? », qui comprend une sorte de test que le lecteur est invité à passer afin de savoir s'il est possible qu'il soit dépressif, et qui comporte une série de sept questions, comme autant de symptômes. Pour autant, cette partie du guide a pour but principal d'amener l'individu à consulter un professionnel de santé en cas de réponse positive au test, afin d'établir avec certitude un diagnostic, et ne pas risquer que le lecteur, suite à cet autodiagnostic, en arrive à une automédication. Cela est formulé fort explicitement dès le début de ce chapitre, puisque, sous le titre de cette partie, il est écrit « quelques questions pour faire le point avant de consulter un médecin ». De même, cette insistance sur le fait de consulter – qui constitue l'un des objectifs de cette campagne, tel que formulé lors de la deuxième étape du processus – se retrouve tout au long du guide. Ainsi, à la page 14, on retrouve, inscrit en gras, « l'évaluation par un professionnel de santé [de l'existence d'un épisode dépressif] est donc indispensable », ou bien encore « si vous vous posez des questions, si vous pensez avoir repéré **plusieurs de ces symptômes** [souligné dans le texte], chez vous ou chez un de vos proches, la liste de questions (p25-27) peut vous aider à faire plus précisément le point avant d'aller consulter un médecin ».
L'ensemble des formulations utilisées ici indique également que le guide possède bien comme cibles principales les dépressifs potentiels (autrement dit les individus qui ont toutes les caractéristiques de la dépression, mais sans que l'étiquette diagnostique n'ait été portée à leur connaissance) ainsi que leur entourage. Les formulations employées ici, faisant la part belle à la psychologisation, ont un but de responsabilisation des individus : l'INPES leur fournit les informations nécessaires et, en cas de résultat positif au test, c'est à eux d'aller consulter un médecin.

Cette insistance itérative sur la nécessité de consulter un médecin explique également certains des choix de mise en forme, puisque les critères de durée et d'intensité du seuil pathologique sont répétés à chaque question, reprenant un nouveau symptôme présenté dans le test, et sont mis en gras de surcroît, afin de bien souligner leur importance quant à la définition même de la dépression. Ainsi, éviter d'accroître les consultations chez les médecins généralistes de la part de « faux dépressifs » apparaît comme le lit de Procruste de cette campagne, justifiant les choix opérés dans cette partie du guide, et notamment la volonté d'insister sur la seule validité du savoir médical pour désigner l'existence d'un épisode dépressif chez un individu. Dès le début de cette partie, la portée du test est relativisée, dévaluée même pourrait-on dire face à la spécificité du savoir médical, seul apte à porter avec


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

certitude un diagnostic (comme l'indique aussi l'utilisation du gras dans l'extrait) : « les questions p26-27 peuvent vous aider à faire le point, vous indiquer si cela est probable ou non… mais elles ne vous apporteront pas de certitude absolue. **Seul un professionnel de santé habilité** à établir un diagnostic de dépression pourra vous éclairer de façon précise ». Et ce, est-il précisé juste après, car « **le diagnostic de la dépression** est une procédure complexe qui nécessite de prendre en compte l'ensemble des symptômes et de la situation de la personne, ses antécédents, sa personnalité… ». Ces précisions apparaissent aussi comme une manière, pour l'INPES, de ne pas aller *a contrario* des professionnels de santé, mais de souligner leur nécessaire consultation pour établir un diagnostic médical, en accord avec la mise en problématique opérée.
Cela illustre les ambitions contradictoires dans lesquelles se trouve parfois pris l'INPES dans cette campagne, qui utilise à la fois des critères prétendus a-théoriques, mais qui ne se détache pas pour autant du caractère médical du diagnostic.

Cette partie du guide semble être celle qui a posé le plus de problèmes, car elle cristallisait simultanément les objectifs assignés à cette campagne, ainsi que les écueils à éviter : aider les dépressifs non pris en charge à prendre conscience de la nature valétudinaire de leur état, tout en évitant de conduire des individus sains à se penser dépressifs. Cela revient donc toujours à poser la question de la fixation du seuil pathologique de la dépression pour favoriser une responsabilisation à bon escient des individus :

> Les points les plus difficiles, d'ailleurs qui ont posé le plus de problèmes au niveau de la validation du document, c'est les tests en fait, c'est d'avoir fait des tests entre guillemets, on ne peut pas parler de test. […] Ce qu'on voulait absolument éviter, c'est que les gens considèrent ça comme un test, cochent et puis à la fin, comme dans Elle Magazine, ça y est je suis dépressif ou je ne suis pas dépressif. Donc c'est vrai que… En fait, notre but ce n'était pas ça. C'était vraiment d'encourager les gens à aller voir un médecin si ce questionnaire avait mis en évidence peut-être la probabilité qu'ils traversent un épisode dépressif. […] Et surtout que la frontière entre ce qu'on appelle déprime et dépression, elle est floue pour énormément de personnes. Elle est très, très, très floue. (INP6)

Si cette partie a posé des problèmes, c'est aussi en raison de la conscience du point de discorde potentiel que cela constituait entre acteurs sociaux du champ, et notamment avec les courants psychanalytiques, car cet endroit du guide s'inspire le plus explicitement des nomenclatures de classification des maladies, alors même que ces mondes sociaux psychanalytiques rejettent peu ou prou la pertinence du DSM et de la CIM.
Ceci étant, passons à présent à la deuxième grande partie qui structure le guide, sur l'offre de soins.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-2 La prise en charge médicale de la dépression : psychothérapies et médicaments

Cette deuxième partie aborde la question du traitement de la dépression, avec la présentation des deux principaux types de traitements (la psychothérapie et les médicaments antidépresseurs), puis des professionnels et des lieux de soins adaptés à la prise en charge d'un épisode dépressif.

Concernant les solutions thérapeutiques, plusieurs remarques et observations peuvent être formulées. Tout d'abord, le choix même des termes n'est pas anodin. Effectivement, parler de « solutions » plutôt que de « traitements » ou de « remèdes » indique à la fois l'existence d'un problème, mais également les éléments permettant d'y répondre en vue de le résoudre. Les auteurs ont donc choisi d'adopter un ton plutôt optimiste, afin de favoriser le recours aux soins, peut-on supposer – il y aura d'autant plus de chances que les dépressifs acceptent de se faire prendre en charge qu'ils croiront à la possibilité de guérir complètement, et donc de mettre fin à la structure diachronique de leur ligne de vie, induite par l'apparition de l'épisode dépressif. Psychologisation et responsabilisation vont donc ici de pair, au travers des termes privilégiés. Cette idée se trouve d'ailleurs confirmée dès la suite du texte, avec un encadré intitulé « oui, la dépression se soigne », qui participe de cette même logique de lutte contre le sens commun, et de l'idée qu'il serait impossible de guérir une dépression – sens commun issu des résultats d'Anadep. De surcroît, cela se confirme de nouveau avec l'intitulé d'un des chapitres de cette partie, « pourquoi le recours au soin est-il indispensable ? », qui indique que l'on se trouve bien placé ici dans la sphère du pathologique[470], qui nécessite donc une prise en charge médicale, sous peine de prendre le risque de voir les symptômes dépressifs s'aggraver et engendrer plus de conséquences néfastes, voire mortelles avec le suicide. Mais cette dernière formulation dénote également une logique empathique, puisque cet agencement des arguments indique une certaine volonté de se mettre à la place du lecteur et de retracer le cheminement intellectuel qui peut être le sien, en lui apportant les réponses aux différentes questions qu'il pourrait se poser – d'où l'emploi de cette forme interrogative. En ce sens, la logique de communication s'exprime explicitement à cet endroit.

Egalement, nous pouvons souligner que les psychothérapies sont présentées en premier lieu, avant les psychotropes, à la fois car ce sont celles-là qui sont les moins connues,

[470] Et ce d'autant plus que, sous ce titre, on trouve la phrase « la dépression est une maladie », qui participe donc à l'instauration du registre médical.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

mais aussi en vue de ne pas donner la sensation de militer en faveur d'un traitement chimique de la dépression – au risque de voir planer le spectre de l'influence des laboratoires pharmaceutiques en substrat de cette campagne. Ainsi, cet ordre de présentation donne à penser que la psychothérapie constitue le traitement premier de la dépression[471] :

> Moi, ce qui m'intéressait, c'était de mettre l'accent sur les psychothérapies, parce que c'est largement recommandé, et que les gens ne savent pas forcément ce que c'est. (INP2)

> Le traitement de la dépression primaire, le premier traitement, c'est la psychothérapie. Et dans le livret, on le voit bien : la psychothérapie, c'est le premier chapitre, qui vient avant les antidépresseurs. C'est vraiment accentué et précisé que la psychothérapie est toujours pertinente dans tous les degrés de dépression. (SOCIO)

> Mais ça, c'est vraiment une bonne chose : je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ont vu ce guide et qui comprennent maintenant qu'un traitement entre guillemets n'est pas exclusivement un médicament, une pilule quoi. (USAG)

Il convient de noter aussi que la reprise de ces éléments au sein de la campagne s'explique par deux éléments : d'une part, ces recommandations font partie des contraintes structurantes qui entourent le processus de production et, d'autre part, aussi bien la HAS que l'AFSSAPS incluent, dans leurs recommandations, l'usage de la psychothérapie comme traitement de la dépression. Cette reprise des recommandations formulées par ces deux instituts avait aussi l'avantage d'être déjà intégrée dans l'univers de la santé mentale français. Pour autant, c'est le caractère contraignant de ces deux organismes qui semble rester premier :

> Les contenus de cette campagne reprennent les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, parce que, tout simplement, ce n'était pas possible de faire autrement. L'autorité en France sur les recommandations de bonnes pratiques, c'est la HAS. La HAS avait produit une recommandation dans le traitement des troubles dépressifs, les caractéristiques de l'adulte, des épisodes dépressifs isolés de l'adulte. On a repris ces contenus. (SOCIO)

> Enfin c'est une espèce de système qui se prend en masse : si tu ne le fais pas, ce n'est pas au bout. Si tu le fais, ça n'apporte pas grand-chose, parce que les recommandations de la HAS, elles disent que quand on est malade, il faut se soigner, donc bon… Mais si tu ne le fais pas, on t'accusera et du coup, ça disqualifie tout le reste. Donc tu as toute une série de fatras de choses obligatoires qui ne servent pas, mais qui t'handicapent si tu ne les as pas. (PSY2)

Ce dernier extrait indique bien les raisons en partie stratégiques qui ont conduit à l'intégration des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, comme l'attestent les expressions « ça disqualifie », « obligatoires », « handicapent ».

Cet aspect doit d'autant plus être souligné que la France se distingue par une absence de réglementation en matière de psychothérapie, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de formation officiellement reconnue en la matière, même si des tentatives de réglementation de cette

[471] Ce qui est vrai dans le cas de la dépression légère, voire de la dépression modérée, selon les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS et l'AFSSAPS.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

profession ont lieu en France (notamment en 2003, avec l'« amendement Accoyer », qui visait à ce que l'usage du titre de psychothérapeute soit strictement réservé aux titulaires du diplôme de docteur en médecine qualifié en psychiatrie ainsi qu'aux titulaires d'un diplôme de troisième cycle en psychologie).

Dès lors, puisqu'aucun diplôme spécifique et officiellement reconnu ne vient sanctionner le domaine de compétences psychothérapeutiques, n'importe quel individu peut se présenter comme psychothérapeute. Cette situation, potentiellement problématique, a fortement pesé sur le processus de production de cette campagne, ainsi que sur les choix opérés dans le guide :

> La deuxième grosse orientation qui a évolué c'est que, initialement, il était prévu de faire référence explicitement aux différents types de psychothérapies qui existent : les décrire en détails, mentionner éventuellement l'efficacité que l'on traite spécifiquement pour chaque psychothérapie, comme ça a pu être fait avec l'INSERM. (SOCIO)

> Il faut plus des manuels de synthèse. Et j'en ai un en tête, écrit par des chercheurs de l'INSERM, qui est très bien structuré. Et moi, je m'étais inspirée de ça pour essayer de vulgariser au maximum et de présenter chaque approche pour que la personne puisse d'elle-même faire le choix. Et ça, ça a été refusé. Ca faisait partie des choses qui ont été dures : c'est que dans le livret aujourd'hui, on ne verra pas de noms d'approches. Le tout a été censuré. (INP2)

Ainsi, il a finalement été décidé de ne pas faire référence explicitement aux différents types de psychothérapie et à leur utilité, et ce en raison semble-t-il du débat sur la question (on notera au passage les fortes implications axiologiques du terme « censuré », qui renvoient à l'idée d'une mise sous silence). Cela explique également pourquoi, dans les professionnels indiqués comme faisant de la psychothérapie, on ne trouve cités que les psychiatres et les psychologues, soit deux professions réglementées :

> Alors, quelle est la raison pour laquelle ni les psychothérapeutes ni les psychanalystes ne sont nommés ici, dans ce livret, c'est tout simplement parce que ce sont des titres qui ne font l'objet, pour le moment, d'aucune représentation. Et qu'on ne peut pas, dans un livret d'information de ce type, mentionner, donc cautionner, informer donc cautionner des titres dont on n'a pas les garanties sur la formation et l'usage, tout simplement. (SOCIO)

Du fait de cette situation, les individus sont d'ailleurs eux-mêmes responsabilisés, puisque le guide précise que, « quel que soit le professionnel rencontré, n'hésitez pas à échanger avec lui sur la formation qu'il a suivie », afin de s'assurer de son professionnalisme et de ses compétences, pouvons-nous supposer – cette insistance sur la formation se retrouve d'ailleurs formulée à plusieurs reprises dans le texte.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Pourtant, cet aspect ne suffit pas à rendre compte et à expliquer le choix opéré. En effet, si l'on s'intéresse aux recommandations formulées par la HAS, nous constatons qu'il est fait référence explicitement à ces différents courants psychothérapeutiques, en présentant leurs particularités et leur mode de fonctionnement – et ce même si le rapport en question est postérieur à la campagne[472]. De même, le rapport Cléry-Melun formulait à son tour comme proposition de créer une nomenclature d'actes de psychothérapies déclinés en ses divers types, sans que cela ne soit repris dans la campagne. Effectivement, dans le livret, seuls les mécanismes d'action et le fonctionnement général des psychothérapies sont présentés, sans entrer dans un niveau de détails trop important, puisqu'il est seulement indiqué qu'il existe « différentes méthodes de psychothérapie ».
Il nous faut donc chercher ailleurs les explications de ce choix, et ce d'autant plus que, dans le cahier des charges de la campagne, il était fait référence explicitement aux thérapies cognitives et comportementales, qui « sont recommandées dans la prévention des rechutes ».

Dans cette mesure, nous pouvons nous référer à la mise en problématique du sujet opérée en T2. En effet, l'INPES cherchait avant tout à obtenir un large degré d'adhésion à cette campagne de la part des différents acteurs sociaux peuplant le champ de la santé mentale ; dès lors, conserver un certain flou dans la question permet de ne froisser les susceptibilités de personne tout en signifiant que le but de cette campagne n'est pas d'encourager à la consommation de psychotropes, mais bien de proposer le traitement le plus apte à guérir les épisodes dépressifs. Comme, de plus, l'Etat est identifié comme commanditaire premier de cette campagne, cette nécessité de ne faire la promotion d'aucun acteur particulier s'en trouve renforcée, et explique donc en grande partie les choix finalement opérés [473] – même si la complexité de cette question est aussi liée au manque de réglementation, qui engendre à son tour d'autres problèmes tels que la question du remboursement de ces actes par l'Assurance maladie.

Ensuite, concernant les antidépresseurs, le guide, pour légitimer ses messages, se réfère aux recommandations de l'AFSSAPS, ce qui peut se comprendre comme une manière, pour l'INPES, de ne pas prendre position lui-même sur ces questions, puisqu'ils ne font que reprendre des recommandations exprimées par ailleurs et déjà validées dans le contexte

[472] HAS, *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte (recommandations pour la pratique clinique)*, avril 2007, pp48-52.
[473] Pour autant, il serait malhonnête de ne réduire les choix opérés qu'à de simples orientations stratégiques, puisque ce type de traitement semble avoir prouvé son efficacité en termes de guérison des épisodes dépressifs.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

français. Il est aussi précisé, en accord avec les précautions prises par l'INPES lorsqu'il aborde les questions d'antidépresseurs, que ce traitement chimique n'est pas anodin. L'existence d'une rubrique intitulée « comment en faire bon usage ? » va dans le sens d'une consommation qui doit être encadrée médicalement, manière de contrebalancer le risque de se voir agoni du reproche de promouvoir les psychotropes.

Mêmement, l'ensemble de ces éléments confère la sensation d'une certaine responsabilisation des individus, considérés comme acteurs à part entière de leur prise en charge, ce qui sous-entend également qu'ils peuvent être tenus, en partie, pour responsables de leur état, s'ils ne se soignent pas[474]. C'est là notamment le sens de la phrase qui conclue la page 29 du guide, lorsqu'il est formulé l'idée que « vous êtes acteur de votre traitement ». Cette responsabilisation des individus se poursuit plus loin, avec l'idée que « se faire soigner, suivre une psychothérapie, un traitement médicamenteux, c'est en réalité redevenir acteur, retrouver le choix, reprendre en main son destin ». Cette formulation est intéressante en raison des verbes employés, qui enjoignent à se faire prendre en charge médicalement. Cela est d'ailleurs formulé explicitement un peu plus loin, lorsqu'il est indiqué qu'il ne faut pas « se faire soigner passivement », mais au contraire que « la guérison d'un trouble psychique nécessite une **participation** et un **engagement importants de la part du malade** ». Ainsi, les dépressifs sont rendus en partie responsables de leur état, notamment sur son versant négatif, s'ils ne cherchent pas à s'en sortir.

Cette partie consacrée aux traitements s'achève enfin par la question des « autres thérapies » disponibles, pour lesquelles le guide renvoie le lecteur au site Internet de la campagne. Cela peut être interprété, d'une part, comme la volonté de ne pas alourdir inutilement le propos. Mais, d'autre part, au vu des autres thérapies possibles, telles qu'elles sont présentées sur le site de la campagne, cela peut apparaître comme un choix opéré afin de ne pas « effrayer » le lecteur, et ce notamment car il y est question de l'électroconvulsivothérapie, terme technique et médical qui renvoie à ce qui été appelé autrefois les électrochocs, et qui draine encore l'image d'un traitement brutal et inhumain – d'où aussi l'insistance sur le site Internet du fait que ce traitement est très encadré médicalement aujourd'hui.

[474] Nous verrons néanmoins que l'acmé de cette logique de responsabilisation se trouve plus loin dans le guide, dans la partie intitulée « ce qu'on peut faire par soi-même ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

C'est la même logique qui semble avoir présidé au chapitre portant sur la question de l'hospitalisation, qui peut être nécessaire dans certains cas de figure, mais où il n'est pas précisé si c'est là un hôpital général ou plutôt un hôpital psychiatrique – avec tout l'effet repoussoir que pourrait engendrer le deuxième cas de figure, avec des dépressifs qui risqueraient de ne pas vouloir consulter un médecin de peur d'être considérés comme « fous », puisque c'est là le domaine sémantique le plus souvent associé à l'image de l'hôpital psychiatrique. Cela se confirme d'ailleurs dans la partie suivante du guide, sur les lieux de soins, où il est question cette fois-ci d'un « hôpital spécialisé », qui élude le terme « psychiatrique » (p52).

La présentation des possibilités de prise en charge se poursuit avec une nouvelle partie du guide, intitulée « où et qui consulter ». La première remarque que nous pouvons émettre ici a trait à la formulation même, qui ne se place pas dans un registre interrogatif, mais bien dans un registre prescriptif, à relier à l'un des objectifs principaux de cette campagne : améliorer le taux de prise en charge des patients dépressifs en leur fournissant toutes les indications nécessaires, avec l'axiome que l'information délivrée fonctionnera alors comme un levier d'action. Ce caractère prescriptif se vérifie aussi dans les différents chapitres qui structurent cette partie, puisque le premier d'entre eux, dénommé « qui consulter pour un diagnostic de dépression ? », abonde également dans le sens d'une nécessaire inscription de l'individu dépressif dans le système de soins.

Cette partie du guide apparaît de cette manière comme une forme d'aide à la prise en charge, soit donc un nouvel avatar de la responsabilisation des individus, que le guide cherche à impliquer dans la prise en charge de leur santé. Cette démarche s'inscrit également dans un réseau de soins, d'acteurs, en lien avec les recommandations politiques en matière de santé – le tout, une nouvelle fois, sur fond de maîtrise des dépenses publiques. Le guide apparaît ainsi comme le reflet de la gouvernementalité actuelle.

La même logique se poursuit avec la dernière grande partie du guide, concernant ce que nous avons appelé l'aide non médicale.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-3 L'aide non médicale : nouvel avatar de la responsabilisation des individus et de leur entourage

Cette partie se distingue des précédentes par le registre particulier qu'elle aborde. Ici, l'approche délaisse les aspects médicaux pour aborder plutôt des aspects pratiques que les individus peuvent mettre en œuvre afin de minimiser les risques d'être affectés par un épisode dépressif, ou bien encore un certain nombre de conseils prodigués en direction de l'entourage d'une personne dépressive. Cette partie constitue l'acmé de la logique de responsabilisation, qui apparaissait déjà, *passim*, dans les autres parties du guide. Cette logique doit être reliée aux évolutions socio-politiques contemporaines, et notamment à la plus forte implication des individus dans leur situation, implication souhaitée par les technologies gouvernementales modernes. Cette responsabilisation a fait son apparition dans la loi de santé publique de 2004, où il est indiqué que la politique de santé publique « incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé ».

Ce moment du guide caractérise une autre évolution socio-politique, avec le rôle accru accordé aux usagers. Ainsi, c'est principalement USAG, avec l'aide d'autres membres de ce même monde social, qui a rédigé les deux parties que nous allons présenter ici, « le rôle de l'entourage » et « ce qu'on peut faire par soi-même » :

> USAG était présente à toutes les réunions, toutes les discussions, a rédigé le texte et le commentaire. Donc voilà, les associations d'usagers ont un rôle important, ont un rôle de contribution technique. (SOCIO)

> C'est ce que disaient aussi les associations de patients, notamment ça nous donnait aussi un point de vue très très empirique qui a une valeur assez, presque affective, et pas du tout, pas très scientifique. Donc faire l'équilibre entre les deux n'est pas facile. (INP6)

Ce rôle de « contribution technique » renvoie à la spécificité des connaissances de ce monde social, qui n'appartiennent pas au registre médical, mais à un registre d'expression « très très empirique », à la valeur « presque affective », qui semble s'expliquer par le registre militant adopté par ces associations, qui cherchent à faire entendre la voix des usagers, de ceux-là mêmes qui ont été pendant longtemps totalement subordonnés aux mondes sociaux scientifiques et médicaux.

Quant à la partie sur « le rôle de l'entourage », elle souligne, en premier lieu, que l'entourage de la personne dépressive constitue l'une des cibles de ce document. Ainsi, la première phrase de cette partie ne laisse planer aucun doute sur l'identité de la cible visée :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« un de vos proches souffre de dépression ». L'entourage des dépressifs est de la sorte, à son tour, responsabilisé face à la situation.

On trouve ensuite un certain nombre de conseils prodigués en direction de l'entourage, concernant notamment la manière de se comporter « correctement » face à une personne dépressive, c'est-à-dire de savoir l'aider et l'encourager en tenant compte des difficultés et incapacités engendrées par la maladie dépressive. Cela rejoint notamment l'idée émise par Pignarre, selon qui le discours sur la dépression ne s'adresse pas tant aux dépressifs eux-mêmes qu'à leur entourage, afin de le mobiliser, et donc le responsabiliser face à la situation de leur proche malade. Cela se vérifie dans le cas du guide d'information de l'INPES, comme l'indiquent les intitulés des deux chapitres qui composent cette partie du document : « comment réagir face à la dépression d'un proche » et « comment rester efficace dans son soutien ». Cela concrétise le fait que cette partie ne se place pas dans le registre médical, mais plutôt dans une démarche sociale et relationnelle, comme le confirme d'ailleurs le guide : « vous ne pouvez pas vous substituer au médecin ou au thérapeute de votre proche, mais vous avez un rôle essentiel dans le soutien que vous pouvez lui apporter ». Il est ainsi dévolu à l'entourage un rôle de levier d'action quant à la prise en charge médicale, « en aidant votre proche à consulter et à suivre un traitement approprié » (voire même « n'hésitez pas à appeler vous-même son médecin traitant »), le tout en apprenant soi-même à détecter les signes de la dépression.

Quant à la partie intitulée « ce qu'on peut faire par soi-même », elle s'adresse de nouveau aux dépressifs, à qui les conseils formulés s'adressent directement. C'est en ce sens que la logique de responsabilisation des individus, leur implication dans leur état de santé, apparaît en filigrane de cette partie ; c'est là notamment ce qu'il faut comprendre lorsqu'il est dit qu'« il est également possible de « s'aider soi-même », de renforcer ainsi l'efficacité du traitement, d'accélérer la guérison et d'éviter la réapparition des symptômes ».

Trois grandes idées caractérisent ce moment du document, idées qui fonctionnent comme autant de chapitres et de conseils émis : « exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé », « repérer les signes précurseurs de la dépression » et « mettre en place des actions de soin complémentaires ». Dans ce dernier cas de figure, ces actions sont complémentaires à la prise en charge médicale effectuée par un professionnel de santé. Cela est d'autant plus intéressant que, si la majeure partie de cette partie du guide a été réalisée par les associations d'usagers,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

cette partie comprend certains éléments qui ont été ajoutés à la demande de professionnels de santé, comme le confirme USAG :

> Il y a eu quand même l'ajout de certaines parties dans nos deux chapitres, que plusieurs adhérents de l'association ont estimé que nous n'aurions jamais inclus si c'était nous qui sortions un guide comme ça. Des détails, par exemple par rapport à l'exercice sportif ou l'activité physique, qui ont été rajoutés par des médecins.

Le fait que ces éléments n'auraient pas été inclus si les usagers étaient les seuls auteurs du guide indique que l'on est bien ici dans une logique de responsabilisation venant de mondes sociaux médicaux et scientifiques, qui émettent des conseils en matière d'hygiène et de mode de vie – et qui utilisent leur position dans « l'espace décisionnel », en tant que détenteurs des zones d'incertitudes scientifiques et médicales, pour exercer un pouvoir sur les propos tenus par les usagers. Cela fait écho aux recommandations formulées par l'AFSSAPS en termes de limitation de la consommation d'alcool ou d'anxiolytiques, de pratique d'une activité physique ou de relaxation. On y retrouve aussi l'idée de l'importance d'un équilibre alimentaire ou du maintien de relations sociales.

La logique de responsabilisation semble d'ailleurs d'une grande importance. En effet, les actions que l'individu peut accomplir sont ici quasiment mises au même niveau que l'action proprement médicale, avec l'idée que l'« on peut essayer de réaliser soi-même d'autres actions ». Ainsi, la responsabilisation des individus est encore accrue : il ne suffit pas de prendre « passivement » un traitement, la congruence dans la seule relation soignant/soigné ne suffit pas, le dépressif doit lui aussi s'impliquer personnellement, montrer sa volonté de s'en sortir, en adoptant certains comportements plus propices à un supposé bien-être mental – ce qui explique notamment la présence d'un encadré permettant de faire le point sur sa consommation d'alcool. Mais cela peut aussi être vu comme une normalisation du comportement des individus, qui doivent tous respecter les mêmes règles d'hygiène, avec en arrière-fond l'idée que gouverner, c'est faire que chacun se gouverne lui-même. En ce sens, la barrière entre normalisation des comportements (de la part des sphères étatique et médicale), et poursuite de son propre intérêt (pour le malade) semble assez ténue, poreuse. Cela dénote toute l'ambiguïté des politiques de santé publique quant à leurs objectifs derniers, en écho à la gouvernementalité foucaldienne. De surcroît, afin de justifier ces prescriptions comportementales, il est fait référence à l'envi à la validité scientifique et médicale des conseils formulés pour favoriser l'acquisition de ces comportements par les individus – on retrouve ainsi des expressions telles que : « une efficacité réelle », « elles peuvent vraiment », « plusieurs études ont démontré », etc.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette présentation du guide à présent achevée, passons aux autres outils de communication réalisés en vue de promouvoir ce document.

## 2. La promotion du guide d'information : le cas des spots télévisé et radiophoniques

### 2-1 Le spot télévisé

Suite à l'appel d'offres émis par l'INPES, en vue de promouvoir le guide d'information, plusieurs agences de communication ont répondu. Nonobstant, ces propositions semblaient assez éclectiques, flirtant plus ou moins avec le sens commun, et s'écartant dans cette mesure de l'objectif que poursuivait l'INPES au travers de ce cahier des charges. L'intérêt de cet épisode est qu'il met en lumière le construit social de santé publique que devaient respecter les agences de communication qui répondaient à cet appel d'offres :

> C'est vrai qu'il y a des agences qui sont un petit peu tombées dans… qui nous ont proposé des maquettes extrêmement sombres, par exemple, extrêmement, enfin très noires, avec des maquettes très très chargées en symbolique, un peu stéréotypées aussi : des escaliers, des gens prostrés, etc., c'est vrai que… D'autres, au contraire, qui nous ont proposé des choses très très light, justement qui floutaient les choses entre déprime et dépression. (INP6)

> Pour le coup, c'était une campagne qui manquait complètement d'envergure [faire seulement des encarts dans la presse], puisque ça donnait juste une campagne de promo d'un petit outil, et ils n'avaient justement pas réussi à trouver la hauteur nécessaire pour repositionner le sujet comme un enjeu de santé publique, et pour donner de l'importance à la problématique. (INP3)

Ces différentes propositions apparaissent comme problématiques pour l'INPES, car elles ne s'intègrent pas au cadre cognitif qu'il a érigé, et n'en respectent pas non plus les contraintes structurantes – notamment concernant le fait de bien souligner la dimension pathologique de la dépression, de positionner la thématique de la dépression comme un « enjeu de santé publique », ou encore de ne pas accentuer le côté sombre du sujet abordé, afin d'éviter toute forme de rejet. Dans les deux extraits qui suivent, PUB1 indique également que souligner la dimension pathologique de la dépression sans verser dans la noirceur constituait une contrainte structurante de premier ordre, ayant balisé le travail de son agence de communication.

> Ce qui nous paraissait être important, c'est la souffrance morale. C'est d'arriver à faire percevoir la souffrance morale. […] Donc c'était important qu'il y ait cette prise de conscience, par l'opinion publique, de la gravité de la maladie, au travers du caractère aigu de la souffrance. C'était la souffrance qui autorisait la prise de parole sur le sujet.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> C'est parce que la souffrance est à ce point aigue qu'elle est insupportable, et donc que la maladie doit être insupportable à l'ensemble de la société.

> C'est toujours une peur, de toute façon, de stigmatiser. En fait, il y a deux peurs : il y a la stigmatisation et le politiquement correct. […] C'est souvent super chiant. Et donc, il faut arriver à se sortir de ça par d'autres moyens. Mais c'est toujours une contrainte dans notre métier.

Au travers de ces différents exemples, la mainmise des membres de l'INPES sur le processus de production semble flagrante, avec une agence de communication qui doit respecter les balises mises en place afin de voir sa proposition validée, qui doit accepter de voir sa zone d'incertitude balisée par les contraintes structurantes mises en place par l'INPES, en lien avec son construit social de santé publique.

Les objectifs de communication précis visés par cette campagne médiatique s'accordent avec ceux plus généraux de la campagne et du guide d'information, puisque les cibles visées sont les individus en proie à un épisode dépressif qui doivent, au travers de la couverture médiatique, pouvoir s'identifier comme potentiellement malades :

> C'était que les gens qui sont déprimés et qui ne se reconnaissent pas comme déprimés, il y ait une certaine proximité, et qu'ils puissent se reconnaître dans les spots. Alors il fallait aussi qu'il n'y ait pas une stigmatisation, donc que ça soit assez soft et que ça ne soit pas catastrophique. (DGS1)

> L'information avait une fonction thérapeutique. Ce qui est rare finalement, que l'information ait une fonction thérapeutique. Donc finalement, si on est malade d'une dépression et si on arrive à comprendre que l'on est malade, ça va être le début de la guérison en fait. C'est la prise de conscience et c'est l'acceptation par l'entourage et par le patient qu'il est malade. […] Voilà, donc l'information a une fonction thérapeutique. Et du coup, cet axe-là, il était présent dès le départ. (PUB1)

La « fonction thérapeutique » de l'information, évoquée par PUB1, illustre le processus de responsabilisation des individus à l'œuvre dans la société de manière générale, et plus particulièrement ici dans cette campagne, avec un lien exprimé explicitement entre cette prise de conscience et la responsabilisation des individus censée en découler, avec l'information qui est perçue comme le premier pas vers une prise en charge des individus. Du fait de la transmission de l'information, les cibles réceptrices qui connaissent un épisode dépressif et qui, en dépit de la prise de conscience de leur état grâce à la campagne, ne feraient pas la démarche de se faire soigner  seraient, du même coup, rendues coupables de leur inaction – c'est du moins là la conclusion que l'on peut tirer si l'on pousse le raisonnement jusqu'à son terme.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

De la sorte, le levier de communication privilégié ici est l'identification des individus, ce qui posait problème en raison des registres sémantique et axiologique drainés par le choix de telle ou telle ingénierie symbolique :

> C'était difficile : on ne pouvait pas mettre en scène une femme entre trente et quarante ans qui a l'air triste, même si c'est la majorité des gens dépressifs. Après tout le monde se dit « oui mais c'est normal, les nanas… » ou « elle a des problèmes dans sa vie », enfin voilà. On voulait que les gens puissent se dire ça peut être n'importe qui. (INP4)

Ces propos renvoient à l'une des tensions engendrées par la mise en problématique : réussir à toucher toutes les catégories de population, ce qui suppose alors de ne pas se centrer sur les populations les plus à risque, autrement dit celles qui ont, en termes de statistiques, le plus de probabilités d'être atteintes par cette maladie. Dans cette mesure, l'ingénierie symbolique, pour s'accorder aux contraintes structurantes de l'INPES et à la manière dont le système a été pensé, est obligée de s'écarter de la réalité de la dépression, telle qu'elle est décrite par les experts, et notamment les épidémiologistes (comme le confirme l'expression de INP4 « même si c'est la majorité des gens dépressifs »). C'est également ce que nous confirme PUB1, concernant l'axe de communication à privilégier au travers de ces créations :

> Alors on dit que les femmes sont un peu plus sujettes à la dépression que les hommes, on dit que la population elle est plutôt entre, les jeunes adultes on va dire, mais la dépression est susceptible de toucher absolument tout le monde : soit des gens qui n'ont pas de boulot soit des gens qui ont du boulot, soit des gens…

Dans ces propos, se retrouve la négation de la réalité épidémiologique de la dépression, au profit d'une conception qui en fait un « risque généralisé ». L'occultation de groupes à risque au profit d'un risque généralisé se rapporte à la psychologisation du social, avec une nouvelle négation des déterminants sociaux au profit du seul centrage sur l'individu et son intériorité.

L'un des ressorts utilisé afin de favoriser cette identification passe alors par un message centré sur l'idée de la maladie, ce « processus de pathologisation » que nous avions déjà évoqué, qui permet de distinguer la dépression de la « simple déprime ». En corollaire, la notion de souffrance, et d'une souffrance anormale car pathologique, devait aussi être exprimée et ressentie au travers de l'ingénierie symbolique utilisée dans le spot télévisé :

> Il était également présent dès le départ, l'idée d'arriver à exprimer la souffrance morale, et à la visualiser quoi. Et cette fameuse phrase qui est « bouge-toi le cul, donne toi un coup de pied aux fesses », voilà, cette espèce de vision entre les gens bien portants et les dépressifs, enfin la personne dépressive, où on lui assène sans cesse « bouge toi ». Alors qu'on ne comprend pas, quand on n'a pas vécu soi-même la sidération, l'incapacité à, alors qu'on n'est pas malade, enfin l'impossibilité physique à se lever, qu'on ne puisse pas se lever. (PUB1)

Ces propos expriment la dichotomie opérée entre les sphères du sain et du pathologique, qui tendent à s'opposer, avec le ressenti pathologique qui est assimilé à une forme d'anormalité :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« les gens bien portants et les dépressifs », « on ne comprend pas », « l'incapacité », « l'impossibilité ». En corollaire, s'affirme l'idée de bien insister sur le terme même de « maladie » dans la communication médiatique, même si cela semble avoir suscité moult discussions entre les différents protagonistes de la campagne, en raison du champ axiologique que cela convoquait.

En lien direct avec cette volonté de souligner le caractère pathologique de la dépression, l'INPES souhaitait également que le spot évoque la prévalence de la dépression au sein de la société française, pour bien asseoir l'idée qu'il s'agit d'une thématique de santé publique :

> Il fallait la nécessité de le positionner comme une maladie grave qui touchait beaucoup de personnes. Ca, c'est le fait de communiquer sur les milliers de personnes que ça touche tous les ans. (INP3)

> Ça permet une certaine mobilisation, c'est-à-dire que les gens sont moins en train de se dire « ce n'est pas moi, ça ne m'arrivera jamais ». Quand on entend trois millions de personnes, on se dit quand même ça représente du monde, peut-être qu'untel ou moi, c'est ce qui m'est arrivé ou peut-être que c'est ce qui arrive à ma sœur ou à mes parents parce que ça touche aussi l'entourage. (INP4)

Dans le même temps, un autre objectif, plus informel celui-là, existait. Sans surprise, il est en lien avec la mise en problématique, et renvoie à la volonté de ne pas susciter de réactions d'hostilité de la part des acteurs sociaux peuplant le champ de la santé mentale :

> Il fallait que ce soit consensuel, c'est le reflet, c'était pour nous le reflet du livret. C'était vraiment juste ça en fait : à la fois la première campagne et en même temps, de toute façon comme la plupart des choses qu'on fait ici, quelque chose de consensuel. (INP4)

Le terme « consensuel », répété à deux reprises pour qualifier la communication, souligne la volonté d'éviter tout rejet ou critique de la campagne, par des choix pouvant être considérés comme partisans. Le fait que ce soit un membre de l'INPES qui évoque cette idée souligne également que cette contrainte structurante s'applique aussi aux membres même de cette institution.

Ceci étant, deux premières propositions créatives télévisuelles, proposées par l'agence CLM BBDO, ont été réalisées, sans pour autant que l'INPES ne décide d'y donner suite. Ces propositions ont été évaluées au cours d'un pré-test. Si la réalisation de pré-tests fait partie de la communication, ils permettent simultanément à l'INPES de réduire la zone d'incertitude détenue par les publicitaires, puisque leurs créations, et l'argumentation qui en est le corollaire, restent soumises à une validation étayée par des tests. Dans cette mesure, l'INPES conserve toute latitude dans « l'espace décisionnel » face aux publicitaires.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

La première proposition refusée, qui cherchait à exprimer visuellement la souffrance ressentie par un dépressif, et notamment l'aboulie qui en est l'un des symptômes, semble avoir été assez peu appréciée par les différents protagonistes de la campagne. Ce spot montrait un comédien de dos, allongé dans son lit, avec le silence rompu par le bruit insistant d'un réveil qui sonne. Néanmoins, cette personne ne bouge pas. Puis, à l'aide des mouvements d'une caméra panoramique, le plan se resserre progressivement sur cet individu, que l'on voit à présent de face, les yeux grands ouverts. Sur son visage, c'est le masque de la souffrance qui s'exprime, puisque cet individu semble dans l'incapacité de bouger, et ne daigne même pas éteindre son réveil qui continue de sonner. A ce spot, se joint une voix, expliquant que la dépression est une maladie grave, engendrant des incapacités pouvant revêtir cette forme.
De prime abord, nous constatons que ce spot respecte le cadre cognitif imposé par l'INPES, avec un processus de pathologisation de la dépression passant notamment par l'expression de ses symptômes et des incapacités résultantes. C'est d'ailleurs ce qui se lit au travers des propos de PUB1, lorsqu'il explique le choix de cette ingénierie symbolique :

> Nous, notre point de vue c'était de se dire : « il faut qu'on arrive à ce que les gens se rendent compte de la souffrance morale ». Puisque, comme on est dans un pays judéo-chrétien, la souffrance est un élément de légitimité d'une maladie : c'est parce que vous souffrez que vous avez le droit qu'on ait de la compassion pour vous. […] Nous, on a un terme en marketing, qui est l'expérience. Mais l'expérience de la maladie, c'est très compliqué sur un problème comme la dépression. Et donc là ce qu'on proposait, nous, c'est de faire partager l'expérience terrible de cette souffrance.

Les idées de « rendre compte de la souffrance morale », de « légitimité d'une maladie », de « compassion » ou de « faire partager l'expérience » correspondent aux attentes formulées par l'INPES quant aux éléments à intégrer dans les créations proposées. En ce sens, cette proposition s'intègre pleinement au cadre cognitif décidé et imposé par cet organisme. En outre, l'expression « nous, en marketing » souligne la légitimité revendiquée par PUB1 en regard de son monde social d'appartenance, faisant exister la zone d'incertitude qu'il prétend maîtriser dans « l'espace décisionnel ». C'est là une manière de maintenir la pertinence de sa proposition, en la reliant à sa propre culture professionnelle. Ce qu'exprime PUB1 est une lutte symbolique entre acteurs présents dans « l'espace décisionnel » de ce processus de production, où l'INPES conserve le dernier mot en raison de sa position et de l'émission de contraintes structurantes en amont de l'intervention des publicitaires :

> Après oui, peut-être que l'on aurait préféré, nous, faire le spot que l'on voulait faire au départ, parce qu'il était plus radical. Mais en même temps, je pense que vu le succès de la campagne qui a eu lieu, je pense qu'on était dans notre rôle de vouloir aller un peu plus loin, et l'INPES était dans son rôle de faire attention à ce que l'on pousse vraiment dans le sens du public, et qu'on ne soit pas trop radical. (PUB1)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Au travers de cet extrait, les positions de chacun sont affirmées, et ces « rôles » tenus correspondent à la structuration de « l'espace décisionnel », où l'agence de communication fait des propositions et l'INPES détient le monopole de la validation. Ces propos induisent ainsi l'idée d'une opposition des acteurs sociaux, où chacun agit en fonction de ses intérêts.

L'INPES souhaitait que le spot télévisé à concevoir conserve une certaine touche d'espoir et ne provoque ni rejet ni stigmatisation des personnes dépressives. Or, ce sont là les deux principaux problèmes engendrés par ce spot. D'une part, cela possédait un côté angoissant, anxiogène, avancé par la plupart des protagonistes de la campagne. Les mots utilisés par ces derniers pour qualifier cette proposition sont sans équivoque : « très noire », « brutal », « c'était vraiment noir ! », « hyper noir », « peur », « angoisse », « trop choquant », « trop crû », « trop dur », « très très dur », « angoissant », « l'horreur ! », « cassez le moral », « tragique », « trop proche de la réalité », « malaise », « les gens vont se sentir mal », « très oppressant », « très angoissant », « violent, trop violent, trop dur ».

Ce spot était perçu comme risquant de stigmatiser les personnes atteintes de dépression, car, d'une part, ce type de situation renvoie aux formes de dépressions les plus sévères, qui concernent environ un tiers des épisodes dépressifs relevés par les enquêtes épidémiologiques réalisées et, d'autre part, en raison du symptôme utilisé pour illustrer la dépression, qui pouvait conduire à des interprétations en décalage avec la réalité quotidienne des dépressifs. Ce point a notamment été corroboré par les pré-tests réalisés par Ipsos Santé, sous contrôle de l'INPES, afin d'analyser la réception par un public de dépressifs de ce spot, et par un autre groupe de personnes n'ayant pas connu ce type de problème. Ainsi, le rejet était effectivement exprimé par cet échantillon de la population :

> Ce dont on s'est rendu compte, c'est qu'il n'y avait pas d'empathie. Donc ça choquait et ça créait plutôt des rejets. […] Dans les différents groupes qu'on a eus, […] dans les deux cas il y avait un rejet. Il y avait un fort rejet des gens dépressifs ou anciens dépressifs, qui disaient qu'ils ne pourraient pas supporter de voir cette publicité, que ça leur ferait quitter la pièce, que ça leur faisait honte, qu'ils avaient envie de se cacher. (INP4)

Le fait que ce spot ait été rejeté d'une même voix par ces deux groupes en dit long sur la dureté de cette proposition créative. Et ce d'autant plus que le problème de la stigmatisation est soulevé, comme nous le voyons à la fin de cet extrait (« honte », « se cacher ») :

> Cette image, elle a été jugée trop violente et le risque eut été qu'elle soit contre-productive au sens où soit les malades dépressifs ne voulaient pas se voir à ce point dévalorisés, donc ils l'auraient rejetée, soit l'entourage disait « non, on n'en est quand même pas là ». (PUB1)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les résultats de ce pré-test concernant la première proposition refusée sont sans appel : il y est question de la difficulté à identifier correctement le message, son sens et son but. De plus, et c'est là un élément qui se trouve en droite ligne du cadre cognitif et des objectifs assignés à cette campagne, ce spot donnait une image négative et perçue comme stigmatisante de la dépression – le pré-test évoque dans cette mesure les termes de « peur, angoisse, oppression », tout en soulignant, *ipso facto*, un manque d'empathie et d'identification avec le personnage, et l'absence d'espoir (avec un individu qui semble difficilement pouvoir se sortir de sa situation). Ainsi, cette piste est jugée « excessive (stéréotype, dramatisation, renforcement des opinions sur la faiblesse des dépressifs) », et ce aussi bien par les dépressifs que par les médecins généralistes, qui manifestent « des réactions très homogènes », argument de poids lorsque l'on sait que ce sont là deux des cibles principales visées par cette campagne.

Enfin, la fin du spot est aussi critiquée, en raison du passage abrupt du personnage à l'image du guide, « en particulier avec le terme COMMANDEZ ». Cette critique nous paraît devoir être reliée à la peur du spectre de l'industrie pharmaceutique en substrat de cette campagne, d'où cette idée « d'action commerciale » évoquée dans le pré-test, qui serait alors une manière détournée de promouvoir un quelconque psychotrope. De nouveau, les résultats du pré-test entrent en contradiction avec les contraintes structurantes émises par l'INPES, justifiant le rejet de cette proposition.

Pour ce qui est à présent de la deuxième proposition, il semble que ce soit le parti pris inverse qui avait été adopté par l'agence :

> L'optique, c'était la dépression ça peut toucher tout le monde. C'est-à-dire la dépression, ce n'est pas le fait de personnes particulières, particulièrement fragiles, la dépression ça peut toucher tout le monde. Donc là, le spot était beaucoup plus soft, et il était centré autour de différents portraits. Donc on voyait des portraits, des visages, des personnes qui sont là, de toute sorte, pas particulièrement précis. Et le message, c'était n'importe qui peut être atteint. (SOCIO)

> Ensuite, on a traité les choses de façon beaucoup plus [léger silence], beaucoup plus traditionnelle si je puis dire. Bon en fait, l'idée c'était de dire que la dépression touchait toutes les catégories de personnes et donc, potentiellement, ça pouvait toucher vous, votre entourage, votre femme, votre mari. (PUB1)

Dans ce dernier choix créatif, la prévalence de la dépression est à nouveau soulignée, au travers de la négation de l'existence de populations plus particulièrement à risque. Mais ce spot possédait aussi certaines lacunes, notamment savoir si l'on devait ou non montrer de « vraies » personnes ou plutôt des acteurs. Les publicitaires optaient plutôt pour la première option – mettre en scène des personnes ayant réellement connu une dépression – ce qui n'était


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pas nécessairement du goût de l'INPES, qui privilégiait plutôt le recours à des acteurs. Cette divergence des points de vue est commentée par PUB1 :

> On avait un peu un problème éthique sur la représentation de la dépression. C'est toujours le problème dans la pub, c'est ce qu'on appelle le casting. Et donc, on s'est dit « on va commencer par voir des gens », et puis on va dire « non, celui-là, il n'est pas assez dépressif, non celui-là il est trop dépressif, non celui-là… ». Et c'est très bizarre d'un point de vue éthique, d'être là à se dire si celui-là, il a une bonne tête de dépressif ou pas. Et donc du coup, nous, notre relation au niveau de l'INPES, ça a été de se dire « en fait, on voudrait avoir des gens qui ont vraiment eu un épisode dépressif et qui s'en sont sortis ». Et donc, on a été voir l'INPES en leur disant « voilà, sur un point de vue éthique, nous, on pense qu'on ne peut pas faire de casting, et que donc il faut prendre des vrais ». Et en fait, ça a été assez intéressant parce que du coup, l'INPES nous a répondu le contraire, et nous a dit « nous, d'un point de vue éthique, on pense qu'on ne peut pas avoir des vrais dépressifs ». […] Ils nous ont dit « on ne peut pas assumer l'impact que pouvait avoir la répercussion de ce film si on passait à 20h ». […] Et ils ont dit on ne peut pas faire ça.

L'opposition entre publicitaires et membres de l'INPES se cristallise autour de la divergence des intérêts de ces deux mondes sociaux, intérêts eux-mêmes régis par les impératifs de leur propre monde social, qui les conduit à avoir un point de vue diamétralement opposé. Raisonnant sur la base de la réception anticipée du spot, PUB1 évoque la nécessité d'avoir de « vrais » dépressifs pour être ancré dans des effets de réel ; relatant les possibles effets pervers engendrés par le fait de montrer de vraies personnes (avec le risque de stigmatisation qui en est le corollaire), l'INPES réfute cet argument et prône plutôt le recours à des acteurs. Cette opposition est d'autant plus intéressante que, d'un côté comme de l'autre, c'est au nom de « l'éthique » que se formule cette recommandation. Cela dénote que cette valeur commune, s'appuyant sur le système de valeurs et les intérêts propres à ces mondes sociaux différenciés, revêt alors des sens différenciés selon le système de légitimité auquel on se réfère.

Outre cet aspect, la banalité de cette création par rapport aux autres spots télévisés existants (en lien ou non avec la santé publique d'ailleurs) constituait un second élément en défaveur de l'option créative avancée :

> C'était des personnes, une suite de profils de personnes, en train de cuisiner, en train de, enfin un peu partout. Nous, on ne l'a pas retenu, parce que ça suppose de montrer des gens, il y a plein de personnes qui défilent, ce n'est pas très intéressant quoi. Il y avait derrière : la dépression est une maladie. Ca n'avait aucun intérêt. (INP4)

De plus, il semble que l'un des écueils envisagé par un tel spot, idée notamment émise par les médecins généralistes interrogés lors du pré-test, soit le risque de « pandémie artificielle » de dépressifs, avec une affluence croissante d'individus dans les cabinets des médecins, suite à la diffusion de ce spot :

> Les médecins généralistes avaient peur que ça crée beaucoup d'affluence dans leurs cabinets, parce qu'il y avait tellement de gens différents qui ressemblaient à tout le monde que… Mais là, il n'y avait pas vraiment


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de soucis aux pré-tests, mais nous, il y avait un vrai souci d'impact. Ce n'était pas très intéressant. (INP4)

Ce spot était mieux accueilli par les groupes, parce qu'il choquait moins, il heurtait moins, il était moins violent, mais on a considéré qu'il présentait le risque d'une inflation d'impression de dépression. (SOCIO)

La diversité et la banalité des situations rencontrées posent ainsi problème, car elles sous-entendent que la dépression concerne un grand nombre de personnes. Bien que ce spot illustre l'un des objectifs de l'INPES – induire l'idée que la dépression peut concerner n'importe qui –, il subit un refus. Cette décision souligne la dissension existant, en communication, entre sens dénoté et sens connoté. Si le sens dénoté constitue la reconnaissance la plus neutre du signe iconique, « au sens dénoté viennent se superposer et s'associer des significations supplémentaires »[475] ; ce sont les sens connotés, qui dépendent de la cible réceptrice, de sa culture, de son inscription sociale, de ses caractéristiques idiosyncrasiques. Or, le spot télévisé, bien que répondant au construit social de santé publique de l'INPES, contient ici un sens connoté potentiel s'opposant à l'écueil que veut éviter l'instigateur de la campagne : celui de voir se répandre comme une trainée de poudres les « faux dépressifs » du fait de la multiplication des illustrations. Cet épisode souligne une contradiction inhérente aux attentes de l'INPES, concernant à la fois le fait de s'adresser à tout le monde, en faisan fi des groupes à risque, et la peur de voir ce même « tout le monde » se sentir concerné à titre personnel par la dépression. Ainsi, l'INPES préfère refuser une proposition dont l'interprétation possible par les cibles réceptrices lui échappe, en donnant lieu à une trop grande polysémie d'interprétations possible – même si les résultats du pré-test ne semblaient pas aller en ce sens.

Suite à ce pré-test et à l'absence de proposition créative réellement pertinente selon les exigences de l'INPES, cet instant du processus a marqué un arrêt, puisque aucune piste sérieuse n'était alors disponible, les protagonistes n'arrivant pas à trouver une ingénierie symbolique satisfaisante eu égard à la construction du sujet opérée précédemment. En somme, les contraintes émises par l'INPES étaient si prégnantes que la zone d'incertitude maîtrisée par les publicitaires ne leur permettait pas de trouver une réponse créative satisfaisant simultanément ces deux mondes sociaux.

[475] Jean-Claude Fozza, Anne-Marie Garat, Françoise Parfait, *La petite fabrique de l'image*, Magnard, Paris, 2003, p110.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'INPES semblait alors être démuni, à cet instant du processus, en raison même de la croyance en l'efficacité et la légitimité du domaine de compétences de l'agence de communication, comme tendent à l'indiquer ces propos de SOCIO :

> À un moment donné, dans la conception des spots, il y a véritablement un moment créatif, c'est-à-dire qu'il y a un moment où il faut une idée, avoir une idée. […] Il est question d'avoir vraiment une idée, un message. Et ça, c'est un vrai travail de créatifs, c'est-à-dire qu'on veut une créativité, des directions, ce qu'on veut, ce qu'on ne veut pas, qu'on conçoit. C'est une véritable œuvre de création, ce n'est pas le même travail qu'un travail de scientifique.

Dans cet extrait, plusieurs choses sont à remarquer, nous semble-t-il. Tout d'abord, la dimension sous-traitante de l'agence de communication apparaît au travers de la comparaison du travail créatif avec le « travail de scientifique », qui permet de délimiter le domaine de compétences de chacun : la réalisation du guide d'information, centre de la campagne, revient aux différents experts du champ de la santé mentale, acteurs sociaux ayant chacun leur propre domaine de compétences. Dans le même temps, le recours à une agence de communication apparaît également nécessaire (d'où cette idée de sous-traitance), car les acteurs de ce monde social possèdent une compétence particulière, que ne détient aucun autre acteur social présent dans « l'espace décisionnel », à savoir la capacité à traduire en termes créatifs cette vision du monde commune, sans déformer le message originel. Cette compétence particulière est ainsi d'avoir « une idée, un message », expertise et zone d'incertitude maîtrisées par les publicitaires.

La configuration de « l'espace décisionnel » à cet instant précis du processus dénote la position d'expertise conférée à l'agence de communication, qui semble être la seule à posséder les compétences aptes à résoudre ce problème. Autrement dit, le message doit arriver aux différentes cibles réceptrices, définies en amont, sous la forme sémantique souhaitée par l'émetteur.

Face à cette impasse, une solution a finalement été trouvée, puisque l'un des créatifs de l'agence de communication a proposé d'opter pour un film d'animation. Cette option était censée permettre de résoudre les problèmes concernant la façon de représenter la dépression sans pour autant être dans des effets de fiction, perçus comme préjudiciables à la probité du message véhiculé. Cela était considéré, de surcroît, comme facilitant l'identification des cibles réceptrices, avec un personnage animé perçu comme favorisant une projection de ces dernières, étant donné que c'est davantage le registre symbolique et axiologique qui est privilégié, au détriment des effets de réel :

> Un film d'animation, c'était très intéressant parce que ce n'était pas des personnes physiques, donc ça permet déjà beaucoup plus de généricité dans les messages, et ça permet aux gens qui le voient de se


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> projeter beaucoup plus. […] On voulait que le spot soit déjà porteur d'une ouverture. On voulait qu'il soit porteur d'une mobilisation de la pensée, et que donc, les personnes qui le voient puissent y trouver un peu, projeter des choses de leur propre univers, on voulait quelque chose d'assez évocateur, mais pas trop. (SOCIO)

> En même temps, ça permet à tout le monde de se projeter, c'est-à-dire qu'on soit un homme ou une femme, il n'y pas d'âge… Donc à la fois le côté illustratif nous permet de prendre de la distance par rapport au propos, et en même temps, il permet à chacun de s'y retrouver. (INP3)

Ainsi, cette recherche d'une projection est à relier aux cibles visées par cette campagne, cibles elles-mêmes en lien avec les objectifs généraux de cette campagne et donc avec sa mise en problématique (favoriser l'identification des individus dépressifs pour une meilleure prise en charge de ces derniers). Dans le même temps, cette façon de procéder peut aussi favoriser la prise de conscience par l'entourage de la dimension pathologique de l'état d'une personne tierce, afin de l'inciter à une prise en charge médicale. En somme, ce spot apparaît comme le fil rouge reliant cadre cognitif, mise en problématique et objectifs de communication de la campagne. Il n'est dès lors guère étonnant que ce choix ait finalement été retenu. Ce sont d'ailleurs ces éléments qui sont avancés par PUB1 pour justifier de la pertinence de cette proposition créative :

> Donc en fait, vous retrouvez les éléments, puisque tout ça, c'est… Il y a le fait de dire, de nommer la maladie, de faire prendre conscience que cette maladie, elle concerne beaucoup de gens et de parler de ses symptômes, pour que les gens qui soient malades puissent se dire « ben oui, ça fait ça », l'entourage.

Les illustrations utilisées pour le spot TV sont également celles-là mêmes qui sont utilisées dans le guide, avec le recours au même illustrateur dans les deux cas – nous verrons le sens et l'intérêt de ces illustrations dans le guide à l'étape suivante de notre processus.

Ce choix de la métonymie permettait aussi de contourner le problème de la stigmatisation lié à une présentation trop dépréciative de la dépression ou d'une présentation de personnes (réelles ou fictives) ayant connu un problème de dépression :

> C'est lié au problème de l'identification et de la difficulté de traiter le sujet. Finalement, l'illustration a permis de sortir de cette impasse-là, et de ne pas stigmatiser. Parce que c'est toujours le problème de la stigmatisation : si vous dites « ben voilà, les gens qui ont des cernes sous les yeux, qui ont les cheveux, machin tout ça, c'est des gens dépressifs », c'est compliqué de commencer à stigmatiser ces trucs-là. Et là, au contraire, ça nous a permis finalement de traiter le sujet sans être dans la stigmatisation. (PUB1)

Pour PUB1, la raison principale ayant conduit au choix des illustrations et de l'animation renvoie ainsi à la contrainte structurante émise par l'INPES concernant le fait de ne pas stigmatiser les dépressifs, en n'associant pas à cette pathologie des signes dépréciatifs ou trop communs. Ce choix permettait donc à l'INPES de maîtriser de potentiels effets contre-productifs. En outre, le jugement de PUB1 est aussi lié au fait que les deux premières


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

propositions faites avaient été refusées pour ces mêmes raisons, justifiant dès lors ce jugement concernant les raisons de ce choix plutôt que d'un autre.

Pour finir, intéressons-nous au spot télévisé retenu, ainsi qu'aux significations sémantiques et axiologiques véhiculées.

Le texte du spot (sur fond de piano) est le suivant :

*« Il existe une maladie qui touche aujourd'hui plus de trois millions de personnes en France. Une maladie qui peut vous empêcher de parler, de rire, de manger. De travailler. De dormir, ou de vous lever le matin. Une maladie qui peut vous empêcher de vivre. Cette maladie, c'est la dépression. Pour mieux en connaître les symptômes et les traitements, demandez le guide gratuit au 0821 22 23 24 [alternative : demandez le guide gratuit sur info-dépression.fr] ».*

Dans ce texte, se retrouve le construit social de santé publique de l'INPES (avec notamment la prévalence de la maladie et l'insistance sur son caractère pathologique, avec l'expression « une maladie »). Ensuite, ce message se poursuit par une présentation des symptômes qui peuvent caractériser un épisode dépressif, et qui traduisent tous une forme d'« incapacité à être dans la norme » – et ce notamment avec l'emploi, à deux reprises, de l'expression « qui peut vous empêcher » – et s'achève par la promotion du guide et des moyens de se le procurer.

Ce texte est accompagné des cinq illustrations suivantes[476] :

*1/ un individu immobile et qui semble perdu face à un flot d'individus qui passent dans la rue.* Ce sont donc ici les idées d'incompréhension, la sensation de mise à l'écart, que le monde tourne sans lui ;
*2/ un individu prostré dans son canapé, alors qu'en arrière-plan, sa compagne (ou supposée telle) tient un enfant dans ses bras.* Cela donne l'idée qu'il ne fait plus partie de la famille, d'être vide, sans rien à apporter aux siens ;
*3/ un individu seul assis sur un banc en train de tenir un sandwich,* d'où une idée de solitude *;*
*4/ individu dans son lit en position fœtale, qui se recroqueville encore davantage.* Idées de régression, danger du monde environnant, besoin de protection, de soutien ;
*5/ individu assis sur un tabouret à côté d'un mur, avec son ombre projetée sur ce dernier qui se recroqueville progressivement pour finir dans une attitude prostrée.* C'est l'idée de n'être plus que l'ombre de soi-même, d'un individu qui va mal au fond de lui, avec une ombre qui traduit son émotion profonde.
*Puis, on a un nouveau plan qui achève ce spot, et qui présente le guide.*
Cela joue donc d'abord sur l'empathie et l'identification, et ensuite, une fois le téléspectateur « accroché », nous avons une mise en valeur du guide afin de le promouvoir.
*Egalement, l'illustration de la couverture du guide fait écho au spot : effectivement, celui-ci se finit par l'homme à côté du mur et son ombre qui se recroqueville, puis la couverture du*

[476] La description de l'illustration est en italique, les autres éléments sont l'interprétation que l'on peut en retirer.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

*guide où l'individu tourne le dos à son ombre recroquevillée :* l'individu a donc réussi à s'en sortir, et ce grâce au guide est-il sous-entendu.
*Puis, on a la voix off qui explique les modalités pour commander le guide.*
*S'ajoute alors, sous l'image du guide, l'adresse du site Internet puis les logos du Ministère de la Santé (en premier) puis de l'INPES.*
*En dessous, achevant ce spot, apparaît la mention « parlez-en à votre médecin traitant »,* soit cette injonction itérative à consulter un professionnel de santé.

2-2 Les spots radiophoniques

Ces spots répondaient à la même logique de psychologisation que le spot télévisé, avec une recherche explicite d'empathie et d'identification, laissant de côté les causalités plus sociologiques et politiques. Dans le cas présent, cela s'est traduit par l'utilisation de témoignages de personnes dépressives, décrivant leur maladie ou ses conséquences, avec le postulat que certains des auditeurs reconnaîtraient là leur propre expérience personnelle :

> Les gens peuvent se reconnaître, se dire que ça leur est possiblement arrivé et en même temps, ce n'est pas eux, c'est-à-dire que ce n'est pas eux qui sont en train de parler et raconter leur vie. C'est quelqu'un d'autre qui raconte la même chose que ce qu'ils ont vécu. Et là, il y a de l'empathie, il y a une complicité qui se crée. (INP4)

Ces témoignages sont issus de propos tenus par de « vrais » dépressifs (de l'association France Dépression et de l'enquête Anadep), mais sont lus par des comédiens,

Faciliter l'identification des cibles réceptrices aux messages entendus passait aussi par une diversification des types de témoignages, afin d'accroître le réseau d'audience de ces messages :

> On fait des témoignages qui sont assez courts, un peu universels, enfin je veux dire des témoignages qui parlent à pas mal de gens. Il y a le truc sur le divorce, et on peut reconnaître… Enfin en fait, plusieurs personnes pouvaient reconnaître leurs propos, et pas une seule. Enfin on peut se dire « tiens, c'est moi », mais ça pourrait être n'importe qui d'autre. Et puis c'était court. Enfin c'est des témoignages suffisamment courts pour que finalement il n'y ait rien de très personnel dedans. (INP4)

C'est notamment en raison de cette volonté de « parler à pas mal de gens » que différents spots ont été proposés, cinq au total, et que quatre ont finalement été retenus, après obtention des résultats aux pré-tests. Diversifier les témoignages permet ainsi de multiplier les chances d'obtenir l'identification de la cible réceptrice à la situation exposée, du fait que ces témoignages embrassent des profils différents de situations : « « l'identification a pour support la situation dans laquelle prend place le personnage et qui le situe par rapport aux autres personnages : structure relationnelle, modèle affectif, social, rapport de force…,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

modèle prêt à l'emploi pour que s'investisse la subjectivité du spectateur »[477], ou, en l'occurrence, de l'auditeur.

Un tel recours aux témoignages, à un registre testimonial, est assez usuel au sein du monde de la communication ; dans les pré-tests, ce procédé est qualifié de « vecteur d'adhésion et de proximité », ce qui explique la diversité des sujets abordés au sein de chacun de ces spots. C'est là un procédé utilisé classiquement en communication :

> Voilà, et en radio, en même temps, il y avait des témoignages. Enfin là, c'était super classique quoi. […] Bon ça, c'est super classique, la radio. (PUB1)

Cette insistance sur le côté « super classique » se comprend en référence au système de valeurs du monde social de PUB1, dans lequel la qualité de la production publicitaire est associée à son originalité, à sa capacité à se détacher des productions déjà existantes ; cela n'étant pas le cas ici, on peut voir cette appréciation de PUB1 comme marquée du sceau d'un certain dépit face à un procédé jugé suranné.

Quant aux messages mêmes, ils prennent la forme suivante :

Spot 1

*« Au début, j'ai commencé par ne plus dormir, et puis j'ai perdu l'appétit, et même le goût des aliments. D'ailleurs, je n'avais plus goût à rien. Mon mari était très inquiet. Les enfants aussi ont vu que je dégringolais. On tombe au fond du trou sans comprendre ce qui se passe. Sans comprendre, c'est çà le pire ». [Nathalie, 42 ans].*

Spot 2

*« Un jour, je me suis rendu compte que mon père ne riait plus. Il n'avait plus de plaisir à manger, à jardiner. Il n'avait plus de goût à rien. Il était méconnaissable. Ca a duré plusieurs semaines. J'étais dépassé par son état. Je n'y voyais aucune raison particulière. Je ne comprenais pas ce qui lui arrivait. Je ne comprenais pas » [Jean-Marc, 45 ans].*

Spot 3

*« C'est un collègue qui m'a dit que je devrais aller voir un médecin, que c'était peut-être une dépression. Moi, je ne voulais pas. Pour moi, la dépression ça ne voulait rien dire. Et puis je me disais oh ça va, il y a pire, hein, regarde autour de toi. Rien qu'aux infos le soir, je me disais quand même de quoi tu te plains. Et le temps passait, et puis ça ne passait pas. Ca ne passait pas » [Nadia 35 ans].*

Spot 4

*« A aucun moment je n'ai pensé à la dépression. C'est dur à dire, mais je m'étais habitué. C'est simplement ma vie qui était devenue comme ça. Triste. Pas seulement ma vie d'ailleurs, la vie en général. Ca me semblait normal : la vie est triste, je suis triste. Je me disais ben c'est comme ça. Mais non, ce n'est pas comme ça. Il m'a fallu presque deux ans pour comprendre que j'étais malade » [Daniel, 29 ans].*

[477] Jean-Claude Fozza, Anne-Marie Garat, Françoise Parfait, *op.cit*, p94.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Ces quatre témoignages reprennent, chacun à leur manière, les éléments ayant servi à la mise en problématique du sujet dépression, qui participent donc au cadre cognitif élaboré par l'INPES afin de donner sens à la thématique dépression en tant que ramification de la nébuleuse de la santé publique.

Ainsi, dans le premier spot, on passe de la présentation, par une femme dépressive, de ses symptômes (témoignage marqué par une structure diachronique, reflétant le seuil pathologique dépressif atteint) à l'idée de l'incompréhension de l'entourage, voire de l'altérité même de la personne à son propre état (avec la répétition à deux reprises, à la fin du témoignage, de l'expression « sans comprendre »).

Pour le spot 2, c'est le fils d'un dépressif qui parle : il aborde aussi le cas des symptômes ainsi que la structure diachronique de la maladie, aspects qui introduisent donc l'idée de l'incompréhension (« je ne comprenais pas » est ainsi répété à deux reprises à la fin de ce témoignage).

Puis, dans le troisième, c'est le cas d'une dépressive qui a consulté sur les conseils d'un collègue de travail (d'où l'importance, soulignée ici, de l'entourage). Elle met aussi en avant l'émission d'un sens commun, à savoir que « pour moi, la dépression ça ne voulait rien dire » (la dépression n'est pas vue ici comme pathologique, avec une relativisation de la souffrance ressentie, qui engendre retard dans la prise en charge et installation dans la maladie). Enfin, ce témoignage s'achève par l'idée de la chronicité de son mal-être (« ça ne passait pas » est ainsi répété à deux reprises).

Pour le dernier spot, il s'agit aussi d'un dépressif, qui commence par mettre en avant son manque de connaissances et d'informations sur la maladie (« à aucun moment, je n'ai pensé à la dépression »), qui fait qu'il ne peut pas réaliser la nature et l'ampleur de son état, car il ne connaît pas les symptômes. Cela l'amène à un certain fatalisme (« ça me semblait normal : la vie est triste, je suis triste »). En conséquence, il y a un retard dans la prise en charge, et la révélation de la vraie nature de son état (« mais non, ce n'est pas comme ça »). Ce témoignage se termine par l'insistance sur le caractère pathologique de cet état (« il m'a fallu presque deux ans pour comprendre que j'étais malade »), et donc sur sa distinction avec un simple mal-être passager.

Enfin, les quatre spots radio s'achèvent par la même signature, ce qui permet de les relier entre eux, et ainsi donne une signature commune à cette campagne, censée faciliter la mise en lien de ces témoignages :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

*[piano et voix off]*
*La dépression est une maladie qui touche plus de trois millions de personnes en France. Pour en connaître les symptômes et les traitements, demandez le guide gratuit au 0821 22 23 24. 12 centimes d'euros par minute depuis un poste fixe. Parlez en à votre médecin traitant. C'était un message de l'INPES et du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.*

Dans cette signature, on retrouve l'un des éléments du construit social de santé publique, avec la prévalence de la maladie ; puis ce sont les objectifs généraux de la campagne qui sont énoncés, la commande du guide ainsi que le recours au médecin traitant – et donc à une prise en charge médicale. Enfin, cette signature s'achève par la présentation des deux commanditaires de la campagne, où l'Etat apparaît alors davantage en soutien moral, car il est cité en second. Néanmoins, le fait qu'il soit mentionné est censé attester du sérieux et de la neutralité du message véhiculé – il est neutre car il ne fait que relayer un problème touchant la collectivité dans son ensemble, sans prise en compte des intérêts particularistes.

Egalement, nous pouvons constater une forte ressemblance des signatures employées dans les spots télévisé et radiophoniques, avec l'emploi de la même musique et des messages de fin très proches en termes de contenu. Cela est évidemment un choix volontaire, qui permet de relier les différentes déclinaisons de la campagne entre elles :

> Ça permet de raccrocher un peu, déjà de donner une cohérence à l'ensemble. Et puis comme le message est le même mais que les informations qui sont données sont un peu différentes dans les uns les autres, il faut que les gens puissent se dire à un moment donné « ils parlent tous de la même chose. En fait, ce dont on parle, c'est la dépression ». […] Et puis, de toute façon, cette signature c'est toujours la répétition. Donc si c'est le message principal, il faut qu'il soit entendu et compris, donc il faut le répéter. (INP4)

Dans cette mesure, c'est bien l'emploi d'un message itératif qui semble avoir le plus de chances de naturaliser un message de santé publique comme nouveau sens commun, de procéder à cette entreprise de morale, qui prend alors la forme, peu ou prou, d'un « matraquage », qui permet de donner une cohérence à la campagne, en facilitant le rapprochement entre les divers éléments médiatiques utilisés.
A présent que nous avons évoqué les différents éléments créatifs entrés en jeu dans la réalisation de cette campagne, il est temps de passer aux raisons qui ont amené à leur validation, ainsi qu'au cas particulier de la mise en forme du livret, une fois l'accord obtenu entre les différents mondes sociaux du champ de la santé mentale sur le contenu de celui-ci. C'est de cette manière que débute la quatrième étape du processus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 4. La validation du guide et des éléments créatifs (T4)

Cette étape sera décomposée en deux temps : tout d'abord, nous nous intéresserons à la validation du guide ainsi qu'à ses opérations de mise en forme, pour poursuivre ensuite notre analyse par l'opération de « déminage » effectuée par l'INPES auprès des divers mondes sociaux du champ de la santé mentale. Enfin, le propos s'achèvera par la validation des spots télévisé et radiophoniques.

## 1. Le guide d'information : validation et mise en forme du document

### 1-1 La validation du contenu

Une fois que chaque auteur du guide a écrit la partie qui lui était allouée, ces différentes parties étaient envoyées aux autres auteurs, ainsi qu'au groupe de concertation, en vue de faire valider ce contenu, et obtenir un consensus global. Cela a pris un certain temps, eu égard à la diversité des personnes présentes :

> On a essayé d'impliquer le public le plus large possible, donc on a invité la Fédération des psychologues, la Fédérations des psychothérapeutes, la Fédération française de psychiatrie, les médecins généralistes, les associations de patients, et aussi les agences sanitaires, donc la HAS, puisqu'elle avait ses recommandations de bonnes pratiques, l'AFSSAPS pour ce qui était médicaments. Donc on a vraiment réussi : essayer de réunir tout le monde autour de la table, pour que chacun puisse faire ses commentaires et s'approprier le texte, pour qu'au moment de la sortie, on soit le plus soutenu possible. (INP3)

Ici, la validation du contenu du guide se fait sur fond de logique stratégique de compromis, afin de s'assurer du soutien de la majeure partie des acteurs du champ de la santé mentale (« on soit le plus soutenu possible »). Cela justifie ainsi certaines modifications apportées au document, afin d'avoir un contenu acceptable par tous :

> Enfin nous, dans ce document, on a un petit peu adouci pour pouvoir aussi le présenter aux psychiatres, aux psychanalystes ici, qui ont un point de vue sur la dépression vraiment radicalement différent. (INP6)

> Je crois qu'après, dans l'élaboration avec les auteurs de la revue, on a quand même passé un certain temps à arrondir les angles. (PSY2)

> Le livret dépression, je pense qu'on ne peut pas faire quelque chose de plus consensuel actuellement sur la dépression, même sur la santé mentale. Il serait difficile de faire mieux. (INP4)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les expressions « adouci » et « arrondir les angles » renvoient à cette volonté de gommer les aspérités, qui risquaient autrement de freiner l'adhésion de certains à la vision du monde véhiculée dans ce guide d'information, à la conception sociale donnée ici de la dépression en tant qu'objet de santé publique, sous couvert de validation étatique. Il est d'ailleurs intéressant de noter que ce sont les membres de l'INPES, au fait de la logique stratégique déployée par leur institution autour de cette campagne, qui se sont occupés de cette opération, au détriment de l'expertise accordée aux différents auteurs du guide. L'INPES gardait ainsi le contrôle sur le produit fini.

Ainsi, pour la partie relative aux psychothérapies, les psychiatres – et notamment les représentants de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) – ont « beaucoup insisté pour qu'il soit dit, d'une manière ou d'une autre, que la consultation psychiatrique était d'emblée psychothérapeutique » (SOCIO). Dès lors, la FFP cherchait à revendiquer une légitimité en matière de traitement des épisodes dépressifs, tout en précisant bien que leur fonction ne pouvait en aucune manière se limiter à la prescription de psychotropes. En ce sens, la FFP a cherché à tirer parti de la mise en problématique opérée autour de cette campagne (qui cherche notamment à promouvoir la psychothérapie comme traitement de la dépression), et l'a alors exploitée afin d'accroître son domaine de compétence et de légitimité en matière de psychothérapie. Quant à l'INPES, il a accepté ces précisions afin de s'assurer de la bienveillance de ces psychiatres vis-à-vis de la campagne.

Pour le reste, si certaines modifications ont été apportées au document, il semble toutefois que l'essentiel du propos ait été gardé – ce qui n'est guère étonnant étant donné que c'est l'INPES qui a fourni la matière de travail d'origine, ainsi que les contraintes structurantes à respecter dans l'établissement de ce document. Les opérations menées alors dans cette étape renvoient davantage à des corrections et à un travail de relecture, réalisés dans le but de donner une certaine homogénéité au document, qui ne pouvait ressembler à un galimatias de connaissances éparses et revendicatives de mondes sociaux particuliers :

> Par exemple, comme il y a plusieurs auteurs, il se trouvait dans un chapitre qu'on disait quelque chose qui était le contraire du précédent. Alors ça, c'était un problème de fond. Et en rapprochant les deux auteurs, « ah oui, c'est vrai », on se rendait compte que c'était le plus souvent un problème de formulation, en allant plus dans la nuance, il faut que ce soit homogène dans le discours. (MED)

> J'ai beaucoup travaillé sur la forme des contenus et sur on va dire l'acceptabilité sociale de la campagne. Acceptabilité sociale chez les professionnels, mais aussi acceptabilité sociale dans le grand public. J'ai beaucoup travaillé sur les représentations sociales de la dépression, des traitements, du monde psy, donc sur les signifiants qu'on peut divulguer, sur les codes aussi. (SOCIO)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ces opérations de relecture, empruntes d'une logique de communication (au sens où le travail se centre sur l'anticipation de la réception du guide par les cibles réceptrices), ont pour fonction principale d'éviter de produire un discours amphigourique, problème qui se pose avec d'autant plus d'acuité que la cible de ce guide est le « grand public », ce qui induit dès lors un niveau de discours aisé à comprendre – INP6 nous rapporta ainsi que le guide devait être écrit afin d'être accessible à des individus possédant un niveau scolaire équivalent au bac.

Ce travail correctif a été supervisé par deux membres de l'INPES, qui étaient présents dès les premières réunions des groupes de travail, afin de s'imprégner des objectifs généraux de ce document et des différentes visions du monde en présence simultanément. Ils devaient prendre en compte la pluralité des intérêts, ce qui ne semble pas toujours avoir été chose aisée, comme l'indique l'un deux :

> C'est assez difficile de faire les choses à l'extérieur, parce qu'il faut vraiment être assez imprégné, en fait, au niveau de l'écrit de la brochure, et puis de ce que veulent les auteurs aussi. (INP6)

Par ailleurs, afin de vérifier que le contenu du guide répondait aux objectifs assignés, il a été soumis aux mêmes panels d'individus que pour les spots télévisé et radiophoniques de l'étape précédente, lors d'un pré-test [478]. Il en ressort l'idée d'une exhaustivité des connaissances transmises, même si le niveau d'information est parfois jugé trop élevé par certains médecins généralistes, ce qui concerne plus précisément certaines pages qui « mettent en danger le savoir des médecins en produisant des patients trop bien formés ». Cette précision est intéressante car elle fait écho à ce que nous avons évoqué concernant la possible réticence des professionnels de santé à trop informer le patient, ainsi que la volonté de l'INPES d'inclure les médecins généralistes en amont de la campagne, afin de bénéficier de leurs bonnes grâces.

Quant à la couverture du livret, elle ne semblait guère convenir, car le terme « dépression » y était écrit dans une taille trop imposante, par rapport au reste du titre du guide :

> Il y a eu tous des débats aussi sur qu'est-ce qu'on met en avant dans le titre. On a préféré, par exemple, grossir « en savoir plus pour en sortir », et presque escamoter le mot dépression, l'important étant « en sortir ». Adresser un message un petit peu positif quoi. (INP6)

[478] À savoir donc trois groupes : personnes dépressives, personnes non dépressives et médecins généralistes.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

De plus, cette couverture n'indique pas explicitement quelles sont les cibles auxquelles s'adresse ce document, ni d'ailleurs le fait que le guide traite spécifiquement de la dépression de l'adulte. Ces remarques ont été prises en compte, comme le démontre la version finale du guide où, sur la page de couverture, le terme « sortir » se trouve écrit dans une police plus importante que le mot « dépression », ainsi que la précision d'emblée que ce guide traite de la dépression « chez l'adulte », ce qui est aussi précisé en quatrième de couverture du document.

Le sommaire a aussi subi quelques modifications entre la version testée et la version finale, évolutions retranscrites dans le tableau ci-dessous :

| Version pré-test | Version finale |
|---|---|
| **Chap1** : La maladie | **Chap1** : Déprime ou dépression : ne pas confondre |
| Quelles sont les causes de la dépression ? | Quelles sont les origines de la dépression ? |
| **Chap2** : Quand faut-il en parler à un médecin | **Chap2** : Pourrait-il s'agir d'une dépression ? |
| **Chap3** : Les traitements | **Chap3** : Les solutions thérapeutiques |
| Pourquoi un traitement est-il indispensable ? | Pourquoi le recours aux soins est-il indispensable ? |
| Quels sont les traitements ? | Quelles sont les solutions efficaces ? |
| **Chap4** : Trouver de l'aide | **Chap4** : Où et qui consulter ? |
| Qui consulter pour faire un diagnostic de la dépression | Qui consulter pour un diagnostic de dépression |
| Qui consulter pour donner des traitements | Qui consulter pour des traitements |
| **(chap5)** Comment se préserver soi-même ? | Comment rester efficace dans son soutien ? |
| **(chap6)** Détecter les signes précurseurs… | Repérer les signes précurseurs… |
| **(chap7)** Préserver son hygiène de vie | Mettre en place des actions de soin complémentaires |

De manière générale, entre la version du pré-test et la version finale, on peut noter une évolution assez marquée en termes de registres de sens et de rapport au destinataire. La version antérieure était marquée par une conception assez « défensive » du rapport à la dépression, alors que la suivante propose un registre plus offensif, davantage axé sur l'action du destinataire (« solutions », « rester efficace », « repérer », « mettre en place »). En ce sens,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ce dernier registre accorde une plus large place à la responsabilisation des destinataires, davantage convoqués comme acteurs de la prise en charge de leur santé.

De plus, les changements opérés entre ces deux versions peuvent être reliés à la mise en problématique et au construit social de santé publique de la campagne pour en comprendre le sens. Dans le deuxième encadré, le terme « causes » a laissé place à celui d'« origines », en raison de l'aspect potentiellement problématique de ce premier terme – du moins en faisons-nous l'hypothèse –, qui induit l'idée d'une connaissance clinique précise, ce qui est loin d'être le cas, avec une diversité des conceptions à ce propos. Nous notons aussi la suppression du terme « traitement », remplacé par « solutions thérapeutiques », qui permet moins l'association spontanée entre dépression et traitement chimique. Egalement, ce terme de « solution » possède des connotations plus positives, en induisant l'idée d'une guérison possible.

Dans le cas de la sous-partie du chapitre cinq, le passage de « se préserver soi-même » à « rester efficace dans son soutien » dénote une dernière formulation plus « altruiste », davantage tournée vers autrui (le dépressif en l'occurrence) dans une visée thérapeutique, et non plus dans l'idée d'un souci d'abord personnel avant d'être tourné vers l'autre. Cela supprime aussi le sous-entendu selon lequel la dépression serait aussi potentiellement destructrice pour l'entourage – avec probablement une crainte des réactions le cas échéant. La logique de responsabilisation semble donc ici avoir fait son œuvre, puisque les termes adoptés doivent favoriser cette responsabilisation, y compris vis-à-vis de son entourage.

En outre, le passage de « détecter » à « repérer », concernant les signes précurseurs, permet d'avoir un verbe drainant un champ sémantique moins fort, davantage dans l'intuition et moins dans l'expertise. C'est donc une manière détournée de signifier que seul un diagnostic clinique permettra de poser efficacement un avis sur l'existence d'un épisode dépressif.

Enfin, la suppression de l'expression « préserver son hygiène de vie » semble avoir été opérée dans le but d'éviter un propos perçu comme trop moralisateur ou trop prescriptif. De plus, sa substitution par les termes « mettre en place des actions de soin complémentaires » place davantage les aspects concernés dans le registre sanitaire.

Par ailleurs, une journaliste a assisté l'INPES dans le travail de relecture et de corrections. Celle-ci a travaillé dans le champ de la santé mentale, et a donc des compétences


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

professionnelles de vulgarisation dans ce domaine. Ce dernier élément semble avoir pesé dans son recrutement, comme le reconnaissent d'ailleurs la principale intéressée ainsi que INP6 :

> Dans le cadre de Santé mentale[c'est une revue], j'avais dans mes missions de réécrire des articles professionnels pour qu'ils soient plus fluides, qu'ils soient lisibles par, pas le grand public, mais par un large public, le monde des soignants, etc. […] Le milieu de la psychiatrie et les problématiques psychiatriques. Donc je connais le vocabulaire, je connaissais ce côté-là.
>
> Je me suis fait assister après dans la rédaction du document par une journaliste, essentiellement parce qu'elle avait une expérience dans le champ de la santé mentale. Donc ça nous a semblé assez utile d'avoir un point de vue, de ce point de vue-là.

Ainsi, l'INPES a de nouveau procédé, à ce moment, à une sorte d'opération de sous-traitance, vers un acteur plus qualifié que lui en l'occurrence – qui maîtrise une zone d'incertitude –, comme tend à l'indiquer l'expression « essentiellement » dans la bouche de INP6, induisant l'idée de cause à effet entre ces deux éléments. Cette sous-traitance se vérifie aussi par le manque d'implication postérieure de JOUR, suite à ce travail, qui avait INP6 pour unique interlocuteur :

> Je pense que tout ça était réglé par INP6, qui devait faire relire, je pense. […] Mais mon interlocuteur était INP6 uniquement, donc je n'ai pas eu de… Je pense que lui, il revalidait ou pas l'ensemble déjà ce qu'il pensait qui allait passer ou… C'est lui un peu la cheville ouvrière au fond, d'une certaine manière.

Le but de ce travail de réécriture était de s'assurer de l'accessibilité du texte produit, mais également de procéder à quelques modification sur la forme, pour respecter les contraintes structurantes et objectifs de communication assignés à cette campagne par l'INPES, qui indiquait aussi les modifications à apporter au texte d'origine – cela concernait des aspects tels que l'emploi d'« anxiolytiques » plutôt que de « tranquillisants », d'« Assurance maladie » plutôt que de « Sécurité sociale », etc. –, comme le confirme JOUR :

> C'était : le test a les objectifs suivants : réduction des textes autant que possible, adaptation, traduction, explication des mots qui vous semblent trop difficiles, techniques ou jargonneux. Le ton, et donc ça, c'était l'INPES qui donnait les repères du travail. [silence] Les « on », les « nous », et ça, je l'ai perçu tout de suite, ça n'a pas été difficile du tout. Voilà, éviter le ton trop doctoral, etc., trop familier. Je l'avais complètement intégré d'ailleurs. Eviter les contresens, détecter les contresens.

Dans ces directives, nous retrouvons la volonté de vulgarisation du propos, de facilité de lecture (impliquée, notamment, par une réduction du nombre de pages), ainsi que l'expression « repères du travail » qui renvoient aux objectifs et attentes de l'INPES, en un mot à ses contraintes structurantes, qui vont ensuite aiguillonner le travail de JOUR dans sa réalisation. Dès lors, c'est bien une opération de sous-traitance qui lui est demandée, sans action possible sur le fond du document, permettant à l'INPES de conserver la maîtrise sur la production et « l'espace décisionnel ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Parmi ces contraintes structurantes, l'une des principales renvoyait à la volonté de conserver un ton globalement positif, résolument optimiste, dans les propos tenus. Cela est lié à l'objectif de favoriser le recours à une prise en charge pour les dépressifs non soignés actuellement, ce qui suppose alors de souligner les retombées bénéfiques de la prise en charge :

> On a essayé de faire attention à faire une présentation qui ne soit pas une présentation trop dramatique, avec des images qui sont des images plutôt d'espoir et de lien plutôt. (PSY2)

> C'est mieux d'essayer de, comment dire, de faire passer des messages sans effrayer les gens, sans les… ce qui était difficile sur un document comme celui-là, c'était assez difficile, c'est que, en fait, dans le champ de la dépression, on s'adresse à énormément de personnes en même temps, qui n'ont rien à voir en fait entre elles. (INP6)

Cette volonté a aussi parfois amené à prendre quelques largesses avec le niveau de précision des informations transmises, comme le confirme INP6 :

> C'est page 18, c'est sur la guérison de la dépression : en fait, ce qu'on ne voulait pas dire, on ne le fait pas paraître dans l'inter, on l'escamote un peu quoi, que le risque de réapparition de la maladie après guérison totale est très important dans plus de 50% des cas. Parfois, il y a certaines littératures qui disent « voire 70% des cas ». Ca, c'est difficile, parce que voilà, on a exprimé dans l'inter, « une guérison est possible, mais le risque des réapparitions de symptômes est important », pour ne pas dire dans la plupart des cas la maladie risque de réapparaître. C'est une réalité, mais c'est vrai qu'on ne pouvait pas mettre ça, parce que c'est un message qui est trop pessimiste, en fait.

L'intérêt de cet exemple est qu'il illustre simultanément deux éléments : d'abord l'intérêt de la titraille, ici de l'intertitre, qui, en transmettant directement l'information brute, est censé attirer l'œil du lecteur et l'amener ainsi à lire la suite du texte – manière de faire habituelle dans la pratique journalistique. Ensuite, l'utilisation de cette même titraille afin de conserver un ton positif, qui amène donc à avancer une information qui sera beaucoup plus nuancée si le lecteur poursuit sa lecture du texte (le fort risque de réapparition de la maladie, dans plus d'un cas sur deux, qui est ici « escamoté »), mais qui ne peut être exprimée en l'état (« trop pessimiste, en fait »). La logique de responsabilisation s'exprime ici en tenant compte de l'une des contraintes structurantes du construit social de santé publique, concernant la tonalité positive à conserver dans la campagne, afin de favoriser la démarche de prise en charge des personnes dépressives (qui pourrait être freinée si l'on met trop en lumière le fort risque de rechute en matière de dépression). La construction de la communication opérée par l'INPES dès le début du processus engendre ainsi de faire des choix, et de délaisser la stricte vérité scientifique, au profit de la responsabilisation comme but avoué de la campagne, en tant que technique de gouvernementalité, qui passe alors par la mise en avant des facteurs les plus favorables à la prise en charge.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette volonté de conserver une tonalité positive aux connaissances et messages transmis dans le guide est aussi passée par l'emploi privilégié de certains termes au détriment d'autres : « personne souffrant de dépression » plutôt que « personne dépressive » (formulation considérée aussi comme plus stigmatisante, notamment par les associations d'usagers, qui lui reprochent de réduire l'individu à sa seule dimension valétudinaire), « effets indésirables » plutôt qu'« effets secondaires », « réapparition des symptômes » plutôt que « rechute » ou « récidive » (aux connotations négatives plus évidentes en termes d'espoir de guérison).

Parallèlement, la recherche d'une empathie avec le lecteur, de son identification aux propos tenus, est un deuxième élément ayant fortement structuré les relectures des premières versions du guide. Cela est notamment passé par l'emploi du pronom « nous » plutôt que « on », aspect qui imprègne très fortement les pages 33 et 34 du guide, qui concernent l'utilité thérapeutique de la psychothérapie – aspect peu connu du grand public selon la mise en problématique opérée par l'INPES, et qui nécessitait donc un plus fort emploi de la rhétorique à ce moment du texte. Dans cette mesure, la page 33 fait la part belle à ce procédé de rapprochement avec le lecteur, où émetteur et récepteur sont à présent subsumés sous une même entité collective, censée favoriser l'empathie et donc convaincre, à terme, le lecteur : « différente de la nôtre », « nous effraient », « nos zones d'ombre », « nos proches ». Cette page se conclut ainsi par une spécificité de la psychothérapie, qui est de « permettre l'expression de ce que nous vivons, ressentons et pensons en toute liberté, sans craindre d'être jugé ou critiqué ». Ce procédé se poursuit aussi à la page suivante, où le « nous » est employé à douze reprises en seulement deux paragraphes.

### 1-2 La mise en forme du guide

Nous aborderons ici trois points qui complètent la validation du contenu du document. Il sera d'abord question de la taille du guide, qui a suscité quelques interrogations, puis successivement des illustrations et des témoignages parsemant le guide, et qui apparaissent comme une manière d'aérer le document en le rendant moins « austère » en quelque sorte.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

*a/ La taille du guide*

Une fois le contenu validé, les auteurs se sont retrouvés avec un document plus imposant que prévu : environ 90 pages, au lieu des 60 prévues initialement. Cet aspect a ainsi été soulevé lors du pré-test effectué, puisque les trois panels d'individus sont unanimes quant à leur opinion : ils « trouvent ce livret trop long et parfois trop riche pour un livret destiné au grand public ». Des discussions ont alors eu lieu entre les membres du groupe de travail, car des divergences s'exprimaient :

> Mais on a beaucoup débattu le sujet, à savoir que ce guide est quasiment un livre en soi, et pas vraiment un livret, et que c'était peut-être trop complet pour intéresser suffisamment de monde. (USAG)

> Bon, c'était un peu la peur des associations et puis des experts, qui ont toujours peur que le document soit trop grand. Personnellement, moi je trouve, c'est un peu l'expérience que j'aie sur les brochures, les documents qu'on fait, je trouve qu'on a tendance à sous-estimer les capacités des gens. Je dirais, comme on dit, « on » est un con. (INP6)

> Alors cet argument a été soulevé plein de fois, plein de fois, par je pense pouvoir dire tout le monde. […] Donc tout ça, ça part d'une représentation très appauvrie de la personne lambda de la population, qui est postulée être un incapable majeur, qui ne saurait pas lire quatre-vingts pages. (SOCIO)

Dès lors, afin d'obtenir un compromis satisfaisant à la fois les acteurs de la campagne et respectant les précautions prises par l'INPES en vue de rester consensuel, cet institut a réalisé, outre le guide, un dépliant de trois pages reprenant les éléments principaux du guide, avec la même structure de présentation, et permettant de commander le guide complet. Cette solution alternative au guide avait été proposée lors des pré-tests réalisés, en réponse justement à la taille supposée trop importante du guide :

> Alors, c'est vrai que finalement il a été décidé, peut-être parce qu'on a insisté sur ce fait, de faire un petit triptyque annonçant le guide pour ceux qui seraient intéressés par la possibilité de commander quelque chose d'aussi complet. (USAG)

> Donc finalement, on se retrouve avec des documents qui sont assez importants. C'est pour ça qu'on a fait un dépliant, un dépliant qui a été imprimé à beaucoup plus d'exemplaires et voilà: « si vous voulez en savoir plus, commandez la brochure gratuitement sur le site ». (INP6)

De même, en vue de faciliter la lecture, l'articulation des propos et la présentation des informations ont bénéficié d'un soin particulier. Cela est passé par certaines opérations de mises en forme, notamment empruntées au journalisme, telles que le recours à la titraille afin de « faciliter la recherche d'informations et aussi rendre l'information attractive » pour reprendre les termes de JOUR. C'est également ce que confirme PSY2 :

> D'un côté, on voulait que ce soit accessible, donc on s'est dit il ne fallait pas que ce soit long. Mais si ce n'est pas long, il y avait plein de domaines qu'on ne traitait pas. Donc on s'est raisonné en disant : ce qu'il


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> faut, c'est avoir des portes d'entrées multiples, et donc des portes d'entrée très simples et des textes très courts. Donc on a fait une espèce de combinaison entre un truc trop long et indigeste, mais complet, compréhensible et qui aurait dit l'ensemble des choses, et un truc trop court qui aurait frustré tout le monde dans le fond, en faisant un truc un peu gros, mais très simple d'entrée. Voilà, c'était ça notre position.

Cette idée des portes d'entrée multiples est ainsi passée par un synopsis introduisant chacune des parties du guide, qui présente de manière chronologique les informations principales qui vont être délivrées au fur et à mesure des pages du guide.

De même, le guide est conçu de manière à ce que ses différentes parties soient indépendantes les unes des autres, et que le lecteur puisse ne lire que la seule partie qui l'intéresse le cas échéant, sans être pénalisé ou ralenti dans sa lecture par l'absence d'éléments présentés auparavant. De plus, les messages principaux de l'INPES sont rappelés à chaque nouvelle partie : les critères définissant le seuil pathologique de la dépression, le caractère pathologique de cette maladie, la nécessité d'une prise en charge médicale précoce en cas de troubles dépressifs. Ces rappels fonctionnent comme autant de mises en exergue du construit social de santé publique de l'INPES. Quant au glossaire (pour lequel l'expression « Mots à connaître » a été privilégiée, dans cette optique de simplification des propos), les définitions données reprennent exactement les propos tenus dans les pages du guide, donnant alors la sensation que ce glossaire est lui-même conçu pour pouvoir être lu indépendamment des autres parties du guide ; il est un moyen complémentaire d'insister sur certains des messages que souhaite faire passer l'INPES, en les rappelant de manière itérative.

*b/ Les illustrations et les couleurs*

Le recours à un illustrateur a constitué un autre moyen employé pour « alléger » quelque peu le guide. Cet illustrateur devait aussi respecter les contraintes structurantes de l'INPES : les couleurs chaudes ou « trop gaies » (dixit INP4) étaient prohibées. Pour autant, le choix de cet illustrateur s'explique, selon INP4, par les valeurs que transmettent ses dessins :

> On a choisi son univers, parce qu'il y avait ce côté positif un peu mélancolique, pas au sens médical de la mélancolie, mais qui pouvait ressortir un petit peu et qui collait bien.

Si cela « collait bien », c'est justement car cela résonnait de façon harmonieuse avec les contraintes structurantes de l'INPES dans lesquelles devaient se mouvoir les acteurs impliqués dans cette campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cette option permet aussi une certaine dédramatisation du propos, puisque les dessins permettent une mise à distanciation avec le réel, tout en semblant illustrer les informations délivrées. Ce choix éditorial est à mettre en parallèle avec les contraintes structurantes de l'INPES :

> C'était un peu éviter les deux écueils : l'écueil faire une maquette trop noire ou trop prostrée, et le traitement trop léger ou trop déprime. Et finalement, c'est vrai que l'illustration était un bon moyen de sortir de ça, de garder de la distance un petit peu avec la thématique. (INP6)

> C'est quelque chose de plutôt rassurant, qu'on a plutôt envie de regarder, et ce n'est pas quelque chose qui fait peur. Et on a choisi des images qui, quand on le regarde, il y a un aquarium, une personne qui est dans un musée, il y a une personne qui est sur une place publique, il y a une personne qui est au bord d'une rivière, sous un arbre… On voit bien que ces personnes sont un peu tristes, on voit bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas, mais ça mobilise presque une fonction onirique, les gens peuvent associer autour de ça de façon relativement libre. (SOCIO)

En effet, en écho à ces propos, une kyrielle de situations différentes se trouve illustrée dans le guide. Ces illustrations sont plus ou moins en lien avec les propos tenus, qu'elles servent parfois à souligner. De manière générale, les attitudes traduites par ces dessins renvoient aux idées de tristesse, de prostration ou encore de solitude – qui font partie des symptômes de la dépression. Ces dessins servent aussi à illustrer les titres des différents chapitres abordés dans le guide – notamment sur le fait d'être entouré, soutenu, écouté, etc., en somme sur l'importance de conserver une dimension relationnelle importante en dépit de la maladie. Mêmement, l'illustration qui achève la cinquième partie du guide, sur le rôle de l'entourage, et qui introduit la sixième (« ce qu'on peut faire par soi-même ») se veut porteuse d'espoir : nous y voyons un individu en pleine nature, qui regarde à l'horizon, avec les pieds posés sur une route, qui peut symboliser la marche entreprise sur le chemin de la guérison.

Quant au dessin sur la couverture du guide, il est intéressant de le rapporter au titre même de ce document : effectivement, il s'agit d'un jeu entre le personnage et son ombre, avec cette dernière qui reste prostrée alors même que le premier, responsabilisé et devenu acteur de sa propre vie, redresse la tête et part vers un ailleurs plus positif, laissant son ombre seule avec son désarroi. Le sens de cette situation est donc à relier au titre du guide, et plus précisément à l'idée que l'information est un levier d'action afin de modifier la situation et de pouvoir sortir de la dépression. Ce jeu entre le personnage et son ombre se retrouve aussi à d'autres moments du guide (notamment page 6, lorsque l'individu se trouve placé face à son miroir, et que son reflet apparaît plus pessimiste, plus prostré, reflétant alors les pensées profondes de l'individu qui se mire).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

*c/ Les témoignages*

Outre les illustrations, le guide a été agrémenté de témoignages, issus de l'enquête Anadep ou recueillis auprès de membres de l'association France Dépression, afin « d'aérer » le document, au même titre que les dessins. Ce choix était évoqué dès le cahier des charges « afin de rendre le livret plus vivant et de créer une proximité avec le lecteur qui pourra plus facilement se reconnaître à travers les mots et le vécu des autres ». Cette recherche de l'empathie et de l'identification de l'individu à travers l'emploi de témoignages est à relier à deux points de cette campagne : d'une part, cela fait écho à la recherche de prise de conscience des dépressifs non diagnostiqués sur la teneur de leur état, afin que ceux-ci se décident donc à aller consulter un médecin ; d'autre part, cela participe d'une logique plus générale de communication, en lien aussi avec la pratique journalistique, qui cherche à favoriser la lecture de la cible, et qui recourt en ce sens à divers moyens phatiques et éléments d'attraction.

Ces témoignages ont été repris avec la volonté de diversifier autant que possible les professions et situations dans lesquelles se trouvent placés ces individus atteints de troubles dépressifs, quitte parfois à prendre quelques libertés avec la réalité, afin de « mieux » la refléter, en introduisant l'idée que la dépression peut toucher tout le monde ; c'est ce qui ressort plus particulièrement du cas des professions indiquées pour certains témoignages :

> Il y en a certaines qui sont bonnes, enfin où on a pris certaines qui étaient bonnes, et d'autres où il y avait une volonté de diversifier pour sortir un peu du côté : il n'y a que les mecs qui bossent trop, les grands patrons et les ouvriers qui sont pauvres qui sont dépressifs. (INP4)

« Séduire, c'est mourir comme réalité et se produire comme leurre », disait Bellenger[479] : si certaines des professions ont été falsifiées, ce n'est pas tant pour tromper les lecteurs que pour refléter la réalité que l'émetteur souhaite donner à voir au récepteur. Ainsi, diversifier les professions, c'est sous-entendre que la dépression n'est pas une « maladie de classe sociale », une pathologie n'affectant qu'une frange particulière de la population, mais plutôt une maladie affectant la communauté dans son ensemble, ce qui la place dès lors comme une thématique de santé publique – soit l'un des objectifs poursuivis par l'INPES dans cette campagne. C'est dans le même sens qu'il faut comprendre le choix d'un ratio hommes/femmes équilibré dans les témoignages de dépressifs, et ce alors même que les études statistiques sur lesquelles s'appuie l'INPES tendent à prouver que cette maladie serait

[479] Lionel Bellenger, *La persuasion*, PUF, Paris, 1985.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

proportionnellement plus fréquente chez les femmes. Si ce choix a été fait, c'est bien dans l'optique de suggérer que la maladie dépressive peut toucher tout le monde. Une nouvelle fois, l'approche communicationnelle a été favorisée face à l'approche scientifique informationnelle « pure » : agir de la sorte revient en effet à procéder à une évaluation de la réception qui sera faite du message, afin de l'adapter le plus possible aux volontés de l'émetteur en termes de réalité sociale produite. De nouveau, la logique politique l'emporte sur les considérations scientifiques et justifie la psychologisation du social comme technique de gouvernementalité employée, au détriment des considérations épidémiologiques.

Plus clairement, afin de favoriser l'idée que la dépression peut toucher tout le monde – contrainte structurante émise par l'INPES –, certains témoignages ont été modifiés quant à l'identité de leur auteur, afin de pouvoir refléter une diversité de situations qui ne se justifierait pas nécessairement d'un point de vue strictement scientifique. Nous retrouvons ici cette volonté de toucher tout le monde, opération rendue d'autant plus nécessaire que ce guide s'adresse au grand public, soit donc à une diversité innombrable de situations. Dès lors, la diversité des situations évoquées est censée favoriser l'identification des individus aux situations relatées, avec une communication reposant à nouveau sur l'empathie et la capacité de projection des individus :

> Mettre un prénom, même si ce n'est pas les vrais prénoms, ça permet de personnifier en fait. Parce que, si on ne met ni d'âge ni de prénom… Comment dire ? Oui, c'est ça : c'est une personnification du témoignage. Quand on l'entend, comme ça on peut avoir de l'empathie, quand on le lit on aime bien savoir qui le dit. (INP4)

> Le témoignage, c'est vrai que ça rend un peu les choses plus empathiques, donc les gens s'identifient plus aux témoignages. (INP6)

> Je pense que c'était un bon choix de communication d'émailler le guide et toute la communication de témoignages, qui permettent l'identification aussi. C'était vraiment pour jouer sur l'aspect reconnaissance de l'état pathologique, par l'identification avec des témoignages crédibles. (PSY3)

De surcroît, de l'aveu d'INP6, les témoignages permettaient d'avoir un deuxième niveau d'écriture : le contenu même du texte se veut scientifique, et non pas empathique, et les témoignages servent alors à avoir un second niveau de discours permettant de se rapprocher davantage du lecteur et de ses questionnements potentiels. De plus, certains témoignent du fait qu'il est possible de s'en sortir, de guérir, conférant la tonalité positive recherchée par l'INPES dans le guide. Ces témoignages subsument ainsi responsabilisation et psychologisation en tant que techniques de gouvernementalité déployées dans cette campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Cet aspect transparaît d'ailleurs clairement à certains moments du guide, notamment aux pages 64, 65 et 66, où les témoignages sont insérés dans la partie sur le rôle de l'entourage. Effectivement, alors que, jusqu'à présent, les témoignages étaient introduits par le prénom et l'âge ou la profession de la personne, dans le cas de ces trois témoignages, c'est la « fonction relationnelle » en tant que proche qui est présentée : le conjoint dans un cas, la mère dans un autre et enfin, l'amie d'enfance dans le dernier. En ce sens, les témoignages rendent compte de leur fonction empathique, appuyant les propos tenus d'un point de vue plus informatif et moins « sentimentaliste ».Cette succession de trois témoignages en autant de pages du guide – qui est la fréquence la plus rapprochée de tout le document – témoigne d'ailleurs de la place particulière attribuée à l'entourage dans cette campagne, responsabilisé et perçu comme un levier d'action potentiel pour favoriser la prise en charge des dépressifs. Dès lors, multiplier les témoignages à cet instant du guide permet de les sensibiliser davantage, de les responsabiliser en même temps quant à la qualité de l'état de santé de leur proche, quel qu'il soit (d'où cette utilisation de trois cas différents de structure relationnelle).

La volonté de ne pas réduire le guide d'information à la seule dimension médicale, qui justifie de responsabiliser le dépressif et son entourage, s'exprime enfin dans la présentation des auteurs du guide en deuxième de couverture. Effectivement, tous les acteurs possédant un diplôme de doctorat sont mentionnés en tant que docteur. Or, il se trouve que ce n'est pas là une habitude française, où le plus souvent, seuls les médecins sont qualifiés de la sorte :

> J'ai insisté pour que tous les contributeurs du livret qui sont docteurs ès sciences aient leur titre de docteur ès sciences précisé. […] C'était pour moi essentiel qu'il n'y ait pas de dissymétrie de légitimité : c'est-à-dire que, si on utilise le terme de docteur pour certains, et que les autres sont monsieur, madame, implicitement, qu'on le veuille ou non, ça introduit une dissymétrie de compétences. Enfin comme si les uns avaient plus de légitimité que les autres. Et ça, ça aurait favorisé l'accaparation de la thématique de la dépression par le champ médical, qui est quelque chose qui, je pense, serait socialement erroné. (SOCIO)

Dans cette mesure, c'est pour éviter tout risque de voir le contenu du document accaparé par les seuls professionnels de santé que cette précision a été introduite, démontrant au passage que le but de ce livret n'est pas simplement médical, mais possède aussi des éléments pratiques et sociaux. Cela permet aussi de placer les différents experts sur un pied d'égalité entre eux, et donc de ne pas en privilégier un au détriment d'un autre. Egalement, cet ajout du titre de docteur participe à la légitimation du guide en tant que porteur d'informations validées scientifiquement et reconnues par les différentes instances peuplant le champ français de la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

santé mentale, par ses différents experts et usagers. Ceci étant, voyons à présent ce qu'en disent les principaux intéressés.

### 1-3 L'avis des protagonistes de la campagne

Les rédacteurs du guide témoignent d'une certaine satisfaction à l'endroit de ce guide, notamment en raison de la pluralité des logiques contenues dans ce document, qui ne se limite pas à une simple approche médicale :

> Je trouve que le guide est bien fait. Je pense que ce n'était pas évident. Je trouve qu'au niveau de la rédaction, de l'articulation, ça fait vraiment le tour de la question. (PSY3)

Dans le même temps, ces rédacteurs semblaient confiants quant au processus de production, puisque tous paraissent s'être pliés de bonne grâce aux conditions de travail, et notamment à la mainmise de l'INPES sur ce processus, qui a balisé le travail et en a vérifié la fiabilité par le biais des pré-tests.
Cette satisfaction est aussi liée à cette coopération réussie entre différents acteurs sociaux du champ de la santé mentale :

> On a réussi à sortir ce guide, et à la fin quand même, les gens étaient plutôt très contents du résultat. Je pense que le fait d'avoir réussi à associer tout le monde comme cela, les gens étaient quand même assez contents de ce qui a été fait. (INP3)

Dans cette mesure, l'approche stratégique de l'INPES semble avoir porté ses fruits : la satisfaction des uns et des autres semble tout autant être due au contenu même du document qu'au fait que l'INPES les ait consultés avant de sortir ce document, ce qui leur confère ainsi une sorte de légitimité à traiter de cette thématique, et une reconnaissance de l'Etat en ce sens.

Cela concerne notamment les usagers, dont nous avons déjà évoqué la sensation qui est la leur parfois, concernant le fait de n'être que de simples « prête-noms » plus que de vrais acteurs autonomes, avec lesquels il serait possible de travailler, comme le confirme un membre de la FNAPsy[480] :

> C'est beaucoup plus confortable de faire venir cinquante personnes autour de la table : Argos 2001, France Dépression, FNAPsy UNAFAM, Conférence, Croix Marine, qu'est-ce qu'il y a encore ? Je ne sais pas moi, un ou deux mouvements de psychiatrie comme ça, et puis on discute, on discute, on discute, on discute, et puis après on sort le truc qu'on avait préparé de toute façon avant, et on dit « consensus, ils ont accepté ». Ca se bagarre tellement en psychiatrie qu'ils sont tranquilles, il y en a toujours un ou deux qui aurait dit oui.

[480] Il est à noter ici que cet extrait est tiré de l'entretien réalisé dans le cas de la campagne du CCOMS, car il nous a été impossible de rencontrer la personne concernée pour l'interroger dans le cadre de la campagne de l'INPES.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Néanmoins, dans le cas de la campagne sur la dépression, certains représentants d'associations d'usagers semblent avoir apprécié d'être impliqués plus ou moins en première ligne dans la rédaction du guide :

> Ce qui était intéressant, c'était le respect que ces personnes avaient pour moi, l'idée de vraiment communiquer sur un pied d'égalité avec ces personnes. Ca, c'était quelque chose qu'on a beaucoup apprécié. (USAG)

Pour autant, certains reproches sont exprimés concernant la taille du guide (qui continue à être jugée trop dense, malgré les résultats des pré-tests et les moyens éditoriaux utilisés), ainsi que les causes possibles de la dépression, et notamment l'insuffisante prise en compte des conditions socio-économiques, qui ont pourtant leur part de responsabilité sur la dégradation de la santé mentale d'un individu :

> Le problème, c'est que, avec une campagne comme ça, on ne touche pas aux facteurs sociaux. Et je sais que c'est quand même les facteurs sociaux, je veux dire la précarité, l'isolement, etc., qui favorisent aussi un certain nombre de pathologies, voilà. Ce n'était pas l'objectif, je veux dire si on se cadre juste sur les objectifs auxquels devait répondre la campagne, je pense que les outils sont adaptés. Maintenant, une question un peu méta, après c'est une question de société, c'est : quels moyens on se donne pour agir sur les facteurs sociaux qui, on le sait, entraînent ce type de problématique ? (PSY3)

Ce choix opéré est lié, d'une part, à la mise en problématique de la campagne, qui centre son propos sur la dépression en tant que maladie « autonome », c'est-à-dire une fois que celle-ci s'est déclarée, quelles que soient les causes de cette apparition. D'autre part, comme l'Etat est le commanditaire réel de cette campagne, il aurait pu paraître délicat pour lui d'aborder ce type de sujet, car cela pose alors la question de sa part de responsabilité dans ces problèmes sociaux. En ce sens, privilégier la psychologisation et la responsabilisation des individus apparaissait comme un angle d'attaque plus confortable pour l'Etat, qui ignorait ainsi l'inscription sociale des individus, cette dernière renvoyant elle-même aux choix politiques effectués. La psychologisation permet d'effacer quelque peu les déterminants sociaux des phénomènes, comme cela s'est vu avec le délaissement des groupes à risque, identifiés par les enquêtes épidémiologiques sur la dépression, au profit du registre d'un risque généralisé, non validé scientifiquement *stricto sensu*. Or, c'est justement cette technique de gouvernementalité de la psychologisation du social que reproche ici PSY3, en rappelant que ce type de campagne ne s'attaque pas à une partie des facteurs facilitant la survenue d'une dépression (les « facteurs sociaux » évoqués).

D'autres acteurs ont conscience de cette multiplicité des logiques que l'Etat et l'INPES devaient prendre en compte dans la réalisation de ce guide :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Moi, la question que je me pose, c'est : est-ce qu'on pouvait ne pas faire ça ? Ma réponse est non. Donc, à partir de ce moment-là, on fait quelque chose qui correspond à ce qu'on est capable de faire à notre époque. Un truc où la science compte pour peu, en même temps on dit que c'est de la maladie, un truc où on prend tout le monde et en même temps on sait que ce n'est pas tout le monde qui s'en occupe. Il y a entre le contraint et le réel, c'est deux jeux de dupes permanents. (PSY2)

Il nous semble que nous pouvons suivre PSY2, lorsqu'il nous dit que la campagne et la manière dont elle a été pensée et problématisée reflètent le contexte socio-politique contemporain, ce dernier donnant sens et justification à la manière dont s'est déroulée la rédaction du guide, avec l'intégration de différents mondes sociaux, dans l'optique d'établir un consensus sur ces questions, tout en préservant l'image et la légitimité de l'institution à l'origine du projet.

Concernant cette idée de PSY2 de « prendre tout le monde sans que tout le monde s'en occupe », qui renvoie à la recherche du compromis, elle explique la politique de lobbying, de « relations publiques » opérée par l'INPES avant la sortie officielle du guide. Effectivement, l'un des instigateurs principal de cette campagne, INP1 – déjà connu par la plupart des mondes sociaux présents ici – s'est plus particulièrement chargé de cet aspect du processus, afin de « déminer le terrain » pour reprendre sa propre expression. Le but de cette opération est de trouver « quelques personnalités du champ de la santé mentale susceptibles de porter publiquement le projet et de faire contrepoids aux détracteurs potentiels »[481], et donc d'élargir le « système » créé par l'INPES autour de la campagne.
Cette prudence a été toute particulière dans cette campagne, et a conduit à « tout étudier au millimètre » (INP1). Ainsi, pour les mondes sociaux perçus comme les plus hostiles *a priori* à cette campagne –notamment les psychanalystes –, la décision de les rencontrer n'était pas tant liée à la volonté de les convaincre du bien-fondé de cette campagne, que d'obtenir leur neutralité (ou, au pire, leur indifférence) au moment de sa sortie officielle, révélant ainsi la nature stratégique de la démarche entreprise :

> C'est vraiment un enjeu de faire en sorte d'atténuer ou déminer les avis défavorables qu'on pouvait avoir. On savait qu'on ne pouvait pas les rallier à notre cause, mais au moins faire en sorte qu'ils restent neutres. (INP3)

Dans cette mesure, INP1, de manière très stratégique, a élaboré une chaîne d'acteurs et de mondes sociaux selon leur degré de soutien *a priori* à cette campagne (des plus favorables aux plus défavorables, qui devaient devenir les plus neutres).

[481] Selon les termes employés à la page 23 du cahier des charges de cette campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Pour autant, ce *modus operandi* ne semble pas être du goût de tous les acteurs rencontrés, puisque certains expriment une certaine frustration, à l'instar de ce membre de l'INPES, qui reproche la prise en compte d'intérêts par trop particularistes, au détriment d'une vraie logique scientifico-médicale en la matière :

> En France, pour moi, c'est ça tout le paradoxe, on valorise la science mais on donne plus d'importance à la personne qui parle : quel est son poste, quel est son statut, quelle légitimité elle a par rapport à l'environnement. […] En fin de compte, c'est un projet, ce n'est pas un projet scientifique, c'est un projet institutionnel, c'est un projet de société, donc il faut que les acteurs essentiels adhèrent au projet.

Ces propos illustrent la volonté de produire des données bénéficiant d'un certain compromis dans le champ de la santé mentale, débouchant ainsi sur une démarche stratégique faite d'alliances et de compromis, pour légitimer la campagne réalisée grâce au capital symbolique de divers acteurs sociaux, dont la compétence en matière de traitement de dépression est reconnue par tous. Dans le discours de notre interlocuteur, cela ressemble néanmoins davantage à une lutte opposant logiques scientifique et politique, qu'à une synthèse de ces différents éléments.

Ceci étant, achevons à présent cette partie par les éléments ayant contribué à faire valider les spots TV et radio de cette campagne.

## 2. La validation des outils de promotion du guide d'information

Nous avons évoqué, précédemment, la question du choix d'un personnage animé dans les outils de cette campagne, censé favoriser la projection des individus. Pour autant, ce choix admet aussi d'autres préoccupations. Il permet d'éviter l'écueil d'un traitement trop brutal ou trop anxiogène de la dépression, point qui avait justifié le refus de la proposition de spot avec le dépressif immobile dans son lit :

> Je trouve que le choix d'un dessin, d'un dessin qui est plutôt doux quoi, qui n'est pas dramatisant, etc., était vraiment intéressant. (PSY3)

Une nouvelle fois, nous voyons que, pour comprendre les raisons du choix d'un tel spot, il faut le rapporter à la mise en problématique opérée et aux objectifs généraux de communication dégagés.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans le même temps, ce choix évite de donner un « vrai visage » à la santé mentale, suivant alors la même logique que celle qui avait été décelée dans le cas de la campagne CCOMS, concernant le choix de taches du Rorschach, comme l'affirme INP2 :

> Il y a cette norme d'inquiétude, en France, et du coup le spot est un peu révélateur de cette peur. On ne va pas montrer un vrai dépressif, on va montrer un personnage.

Egalement, cette peur dont parle INP2, qui évoqua aussi l'idée d'une « frilosité » à un autre moment de l'entretien, se trouve être l'élément explicatif des quelques modifications qui ont été apportées aux dessins proposés par l'illustrateur pour le spot. Ces dernières devaient gommer toute implication axiologique trop marquée, et donc garder une certaine neutralité quant aux situations décrites :

> L'idée, c'était qu'il fallait qu'on soit aussi en intérieur, en extérieur. C'était important de ne pas être qu'en intérieur, parce que les gens qui subissent un état dépressif, ils sont aussi obligés et ils s'obligent souvent à aller au boulot. […] Il ne fallait pas qu'il soit tout le temps tout seul, parce que sinon c'est pareil : on nous dit « ben oui, mais justement, s'il est seul, c'est normal qu'il soit déprimé ». Donc c'était pas mal de choses comme ça, c'est-à-dire éviter de relancer les idées reçues et réussir à montrer la vie de quelqu'un qui à la fois paraît assez normal et dont on sait qu'il n'est pas handicapé, mais qui subit les effets de sa maladie. Donc tout est une question de dosage. (INP4)

Dans ces quelques exemples, le souci de la réception du message et des connotations qui peuvent y être associées apparaît particulièrement important, et s'explique par la logique de communication qui surplombe cet instant du processus, en écho à la volonté d'éviter certains écueils tels que la stigmatisation ou la relativisation de l'ampleur de cette maladie.

Un dernier point est à souligner concernant ce spot télévisé. Effectivement, dans la même période de temps, l'association France Dépression, partenaire de la campagne de l'INPES, a aussi réalisé un spot faisant la promotion de la journée européenne de la dépression. Celui-ci est intéressant en raison de sa forte ressemblance avec le spot de l'INPES. Dans les deux cas, ce sont effectivement des personnages animés, dans un univers caractérisé par des couleurs claires, et une voix *off* informant du caractère pathologique des épisodes dépressifs. A ce titre, le texte du spot est assez proche de celui adopté par l'INPES : *« La dépression est une maladie qui touche 18% de la population en France. C'est une souffrance morale très forte dont les répercussions au quotidien constituent un réel handicap. Chacun de nous peut être touché un jour ou l'autre. Mais des solutions et des traitements existent. Alors n'hésitez pas, parlez-en à votre médecin, dès les premiers signes. Quatrième journée européenne de la dépression les 9 et 11 octobre 2007 ».*


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Quelques éléments diffèrent néanmoins entre les deux textes. Le premier concerne la prévalence de la dépression utilisée : ici, elle correspond à la proportion de population affectée par un épisode dépressif au cours de sa vie, alors que l'INPES ne se basait que sur le nombre d'individus touchés par an. Cette volonté de montrer le caractère de santé publique de la dépression prend ainsi deux formes différentes : en « gonflant » le chiffre pour France Dépression, c'est-à-dire en ne précisant pas sur quelle période de temps il faut comprendre ce pourcentage ; en donnant la proportion par an pour l'INPES, mais en appuyant ce taux par sa « traduction » en nombre de personnes concernées (trois millions en l'occurrence). En revanche, l'insistance sur le caractère pathologique se retrouve dans les deux cas, de même que l'incitation à consulter un professionnel de santé, car aucun fatalisme n'est requis en la matière. Mais le spot de l'association d'usagers fait l'économie d'évoquer les symptômes dépressifs, se contentant d'un laconique « dès les premiers signes ». L'INPES insiste beaucoup plus, lui, sur les symptômes, ce qui se comprend par l'objectif assigné au spot, qui était notamment d'aider les dépressifs non pris en charge à prendre conscience de leur état.

Enfin, le dernier point de cette étape concerne la validation des spots radiophoniques. Ici, peu d'éléments sont à évoquer, en raison de l'apparente évidence du choix de communication, présenté d'emblée par l'agence de communication. Cela est à relier aux objectifs assignés à ces spots, qui sont en lien eux-mêmes avec les objectifs généraux de communication :

> Tout de suite ce qui a été retenu, c'est de prendre des témoignages, et on s'est dit que c'était assez juste d'avoir des témoignages où des gens s'exprimaient sur leur vécu, et surtout sur, peut-être, l'incompréhension de la maladie, et le fait que l'on ne comprend pas que c'est une maladie. Et donc, on retrouvait un peu ça dans les témoignages, c'était juste, et ça nous permettait de bien amener sur le besoin d'informations qu'on va donner. Donc c'était assez évident. (INP3)

Dans cet extrait, nous pouvons constater que le choix du registre testimonial s'est fait extrêmement rapidement (« tout de suite, ce qui a été retenu »), car il exprimait les idées que cherchait à véhiculer le guide d'information en matière de dépression – sur son caractère pathologique et ses conséquences notamment. Par le biais de l'empathie et de l'identification – armes privilégiées du registre testimonial dans le champ de la communication –, la promotion du guide est assurée, car ce spot permet alors de révéler le besoin de s'informer des cibles réceptrices, suscitant alors la demande, celle de commander le guide afin « d'en savoir plus ». Le registre testimonial a ainsi été adopté très vite, car il synthétisait les techniques de gouvernementalité adoptées pour la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 5. La mise en place de la campagne (T5)

La mise en place et la diffusion de cette campagne ont été plus ou moins définies lors de la mise en problématique en T2. Nous verrons successivement le cas de la diffusion du guide puis de la mise en place du site Internet, de la conférence de presse lançant officiellement la campagne, avant d'achever cette partie par les éléments annexes à cette mise en place.

## 1. La mise en place et la diffusion du guide d'information (et du site Internet)

Le souci stratégique de l'INPES d'impliquer les différents professionnels du champ de la santé mentale dans la campagne, afin d'obtenir leur soutien, se poursuit une nouvelle fois au cours de cette étape. Une réunion s'est déroulée quelques jours avant le lancement officiel avec les représentants de ces professionnels. Le guide d'information et dix exemplaires du dépliant ont aussi été adressés à l'ensemble des professionnels de santé[482]. Cette implication *ex ante* à la sortie de la campagne grand public s'explique également par les possibles incidences que celle-ci peut avoir concernant la pratique quotidienne de ces professionnels de santé en matière de prise en charge de la dépression. Il paraissait dès lors malaisé, de la part de l'INPES, de ne pas prendre cet aspect en compte :

> Donc là-dessus, on a eu un petit travail de relations avec les différents professionnels de santé, qui n'était pas tellement un appui méthodologique, mais plutôt le fait de les intégrer à cette campagne, qui les concernait directement, qui était de l'incidence potentielle directe, notamment sur le nombre de consultations. (INP7)

Dans ces quelques lignes, s'exprime à nouveau la crainte d'une hausse du nombre de consultations de personnes se pensant dépressives, consécutivement à la sensibilisation opérée par cette campagne.

L'adoption de cette démarche a été favorisée par les résultats du pré-test du guide puisque, dans le cas du panel de médecins généralistes, ces derniers exprimaient « une adhésion de principe [ce dernier mot étant souligné dans le texte] des médecins généralistes à

[482] Soit donc cent mille exemplaires du guide en direction des médecins généralistes, ainsi que 700 000 dépliants envoyés aux organismes de santé, sociaux, centres d'assurance maladie, de médecine du travail ou encore aux pharmacies.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

une communication sur l'image et à toute démarche d'information des patients ». Ainsi, si cette adhésion n'est, pour l'instant, que « de principe », cela induit l'hypothèse que, pour obtenir une plus grande adhésion, il convient d'intégrer davantage ces généralistes, de leur conférer la sensation que cette démarche ne se fait pas à leur détriment, mais en concertation avec eux. La démarche adoptée ici semble surtout être motivée par la volonté d'obtenir leur adhésion et de ne pas leur donner la sensation que l'INPES empiète sur leur domaine de compétences, en passant outre leur point de vue. L'implication des différents professionnels a aussi pris la forme d'encarts dans la presse professionnelle, qui informaient de la sortie prochaine de la campagne et des outils mis à leur disposition. Ces professionnels de santé visés sont les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues, les pharmaciens ainsi que les professions du paramédical.

Pour autant, au vu du grand nombre d'informations dont sont la cible les différents professionnels de santé – et notamment les généralistes –, le fait de faire un guide d'information en direction du grand public apparaît aussi comme une manière détournée d'obliger ces médecins à s'intéresser au contenu du guide, afin de ne pas se trouver mis en difficulté en raison d'un manque d'information, soit donc également une manière détournée de les responsabiliser face à la situation, notamment car ils sont implicitement considérés comme cibles du guide :

> Finalement, c'est aussi une question d'information de la population, de pédagogie de la population, donc l'idée ça a été de dire on va viser le grand public, qui va s'intéresser à ça, en fait c'était le pari en tout cas, il va s'intéresser à ça, qui va commander le guide, qui va le lire, qui va s'informer et qui va arriver du coup en consultation déjà informé, et donc du coup le médecin, il faudra qu'il se mette à niveau. (PSY3)

> On a essayé de les informer au maximum en amont, parce qu'ils vont avoir des patients dans leur cabinet qui vont leur dire « j'ai vu à la télé, on parle de ça, il est possible de commander en ligne, de parler avec eux, etc. ». Moi, je trouve que les médecins généralistes, […] en tant que service public, on leur doit de les informer en amont, de leur dire un peu ce qu'on leur demande, la façon dont on a travaillé, ce qu'il y a à l'intérieur, comment ça a été élaboré, comment ça va se présenter. On leur a donné tous les éléments pour ne pas les prendre au dépourvu entre guillemets quoi. (INP5)

> On leur envoie le livret pour qu'ils le lisent avant que leurs patients ne le lisent eux-mêmes et leur en parlent, qu'ils sachent au moins ce qu'on dit. Et donc ça leur permettait aussi de le lire par la même occasion. Ils peuvent y apprendre des choses. (INP4)

Informer les patients apparaît comme un levier d'action pour uniformiser davantage les connaissances des médecins généralistes en matière de dépression, et ce de manière indirecte (comme l'atteste l'expression « ils peuvent y apprendre des choses » dans la bouche de INP4),


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ce qui est un avantage certain afin de ne pas stigmatiser ces professionnels de santé en matière de prise en charge de la dépression.

C'est en ce sens que ce guide est aussi présenté par certains des membres de l'INPES comme un outil supplémentaire proposé aux professionnels, afin de les aider dans leur pratique :

> Il vaut mieux avoir une ressource en plus, je pense que pour un médecin ça peut être un élément intéressant, pour ne pas se sentir complètement… Pour ne pas se sentir sans ressource finalement pour son patient, pouvoir être de conseil déjà, pour ne pas que quand il l'écoute, il ne se sente pas à l'aise dans cet échange-là, qu'il se dise la prescription je ne la sens pas, pour l'entourage aussi. Pour beaucoup, c'est je crois aussi un élément de prescription, un conseil oral. C'est une ressource, comme le fait de donner l'adresse ou le téléphone d'une association, il peut commander. (INP5)

La répétition à trois reprises du terme « ressources » permet, nous semble-t-il, d'appuyer cette idée du guide conçu comme adjuvant à la pratique des généralistes. Cela est d'autant plus intéressant que la faible durée des consultations a été soulignée par plusieurs acteurs comme un frein à une prise en charge optimale des patients – ce temps limité était d'ailleurs le plus souvent soulevé afin de l'opposer à la question du diagnostic de la dépression, présentée comme un acte clinique délicat et qui demande du temps, en raison du polymorphisme symptomatique de l'épisode dépressif.

Par ailleurs, l'une des particularités de cette campagne renvoie au mode de diffusion du guide : effectivement, son acquisition suppose d'en faire la démarche, de le commander, et ce après avoir été informé de son existence par les spots médiatiques ou un professionnel de santé. En ce sens, la responsabilisation des individus constitue le socle de la démarche, puisque le fait de commander ce guide implique une motivation à obtenir de l'information et donc, potentiellement, à se faire prendre en charge si l'identification d'un possible trouble dépressif est avérée chez l'individu. Cela permet aussi d'éviter de mettre le guide « entre toutes les mains », pour ne pas favoriser une pandémie de dépressions supposées :

> Les gens devaient faire une démarche en fait pour l'acquérir. L'idée, c'était que c'était vraiment les gens concernés qui allaient chercher l'information. Donc c'est pour ça qu'on ne pouvait pas l'avoir directement. Enfin on pouvait l'avoir sur Internet, l'imprimer, etc., mais sinon, si on voulait vraiment l'avoir, ce n'était pas dans les kiosques. Donc il fallait téléphoner ou passer un fax. Ca suppose déjà que les gens se disent « ah ben tiens, moi ça me parle, ça me dit quelque chose, voilà ». (PSY3)

> Le livret dépression, ça ne se distribue pas à n'importe qui. Soit on nous le demande pour soi ou pour quelqu'un d'autre, ça part d'une démarche quoi, même si ce n'est pas la personne qui en est le destinataire qui demande elle-même le livret, ça peut être quelqu'un de son entourage. (INP4)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Qui allaient chercher », « si on voulait vraiment savoir », « il fallait téléphoner », « nous le commande » : ces verbes, tous à la forme active, reflètent la logique de responsabilisation qui sous-tend le processus. De plus, dans les deux extraits, l'entourage est aussi introduit comme autre acteur responsabilisé, montrant les limites de la logique de responsabilisation des seuls dépressifs. Une nouvelle fois, le recours à l'entourage permet de dépasser les contradictions inhérentes à la responsabilisation des dépressifs.

Le souhait de rendre l'information plus difficilement accessible se comprend aussi en lien avec l'écueil envisagé d'un accroissement du nombre de consultations pour des motifs fallacieux, afin que seuls les individus se sentant le plus concernés fassent la démarche de se procurer le guide. Cette façon de procéder s'oppose, par exemple, au mode de diffusion d'un autre guide d'information grand public réalisé par l'INPES, sur le Programme national nutrition santé[483], qui était lui disponible en kiosques. Ce dernier cas de figure est à rapprocher de la thématique abordée, beaucoup moins « sensible » que pour la dépression.

Afin de commander le guide, deux moyens seulement existent : un numéro de téléphone et le site Internet de la campagne. Le numéro de téléphone n'a fonctionné que sur une courte période, plus ou moins concomitante à la diffusion des spots de la campagne (soit une durée de trois mois). Cela semble poser problème à certains protagonistes de la campagne, à l'instar d'USAG, pour qui c'était là le moyen le plus facilement accessible pour un grand nombre de personnes :

> Peut-être que ça n'a pas duré aussi longtemps qu'on aurait voulu, et notamment le numéro de téléphone, parce que, malheureusement, le numéro de téléphone a pris fin à la fin de l'année, donc ça a été en place trois mois seulement. Et maintenant, si on veut commander le guide, il faut passer par le site web, et il faut dire que beaucoup de gens en région n'ont pas accès à Internet encore. Et on nous appelle sans arrêt, des gens qui n'ont pas accès à Internet, « est-ce que vous pouvez nous envoyer le guide, etc.? ».

Concernant justement le site Internet, celui-ci comprend globalement les mêmes informations que celles contenues dans le guide, et adopte, en ce sens, la même signature graphique que celle du guide et du spot télévisé, avec le personnage animé et son ombre. La complémentarité du guide et du site Internet était d'ailleurs un élément recherché par l'INPES :

> Comme on sait que les gens ne vont pas forcément commander le livret ou ils vont y penser puis ne plus y repenser, on sait que cette information, elle est aussi sur Internet, elle est pérenne. S'ils perdent le livret ou

[483] Qui véhiculait notamment le message, largement diffusé aujourd'hui, que la consommation quotidienne de cinq fruits et légumes par jour était nécessaire à la préservation d'un bon état de santé et à la prévention de certaines maladies.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

s'ils veulent en parler à quelqu'un mais qu'ils veulent garder le livret, ils peuvent envoyer aussi sur le site Internet. Et puis c'est imprimable, disponible. (INP4)

Sur le site Internet, se trouve aussi un espace alloué aux professionnels, avec différentes ressources documentaires, utilisées dans la réalisation de ce guide d'information – et notamment les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'AFSSAPS en matière de prise en charge et de traitement des épisodes dépressifs, manière détournée, pour l'INPES, de tenter d'uniformiser davantage les pratiques des professionnels de santé, en les renvoyant à ces recommandations –, ainsi que des propositions quant à la manière de diffuser le guide. Ces professionnels pouvaient aussi commander le guide ou le dépliant, mais dans des quantités décidées par l'INPES : cinq, dix ou vingt exemplaires dans le cas du guide, et vingt, cinquante ou cent dépliants de trois pages. Cette limitation des quantités, définies à l'avance par l'INPES, participe à cette sensation de mise à disposition du guide d'information en tant qu'outil d'aide à la pratique clinique pour les différents professionnels de santé, afin de ne pas froisser la susceptibilité de ce monde social particulier et de ne pas risquer de le stigmatiser.

Une fois ces précautions prises vis-à-vis des différents professionnels de santé, l'INPES a pu ensuite procéder au lancement officiel de la campagne, à l'occasion de la journée européenne de la dépression.

## 2. La conférence de presse de lancement de la campagne

Lancer cette campagne lors de la journée européenne de la dépression, le 9 octobre 2007, ne doit évidemment rien au hasard. Cela permet de donner une légitimité supplémentaire à cette campagne, en renvoyant à un phénomène qui se produit bien au-delà des seules frontières hexagonales – au moins à l'échelle européenne semble-t-il, même si c'est plutôt au niveau du globe qu'il faut situer la réalité de cette pathologie – et pour lequel l'Etat français tente d'apporter une réponse, dans une logique de santé publique. Cela dénote également la volonté des acteurs institutionnels de santé publique (notamment le Ministère de la Santé et l'INPES) de bien montrer au grand public que c'est un problème qui se trouve inscrit sur leur agenda et face auquel ils ne restent pas inactifs, en mettant des mesures en place pour y faire face et réguler le phénomène. Dans cette optique, l'un des protagonistes de la campagne confia que la Ministre de la Santé de l'époque, Roselyne Bachelot, souhaitait


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

conserver l'exclusivité de l'annonce du lancement officiel de cette campagne. Une logique d'opportunité politique, de calcul stratégique, semble présider à cette conférence de presse ainsi qu'à la présence de la ministre. Et ce d'autant plus que, aux dires de certaines personnes interrogées dans le cadre de cette enquête, la présence d'un si haut représentant de l'Etat constituait une grande première, lors de cette journée initiée par l'association France Dépression, comme le confirme USAG :

> Jusqu'à présent, depuis la première journée européenne de la dépression, nous avons toujours sollicité le Ministère, et ils nous envoyaient un représentant. Il était plusieurs fois question que le Ministre de la Santé lui-même vienne à notre journée, même jusqu'à la dernière minute, et ça ne s'est pas passé comme ça.

Il semble donc bien que la présence de Bachelot à cette journée soit à relier à la dimension stratégique de cette campagne, voulue par le ministère de la Santé, suite à l'élaboration du plan dépression puis du plan psychiatrie et santé mentale.

Cela se vérifie lorsque l'on s'intéresse au discours prononcé par la ministre lors de cette journée. Nous y retrouvons effectivement l'ensemble des éléments du construit social de santé publique utilisé dans le processus de production (les éléments épidémiologiques avec le Baromètre Santé 2005, les populations les plus touchées, la mauvaise prise en charge des dépressifs, etc.), même si un plus fort accent est mis ici sur la question de la stigmatisation, alors même que cela ne semblait pas constituer un problème d'importance dans la mise en problématique telle qu'elle a été opérée par l'INPES, mais qui s'accorde à la psychologisation comme forme privilégiée de gouvernementalité. De plus, ce point semble plus particulièrement soulevé afin de souligner que la diffusion d'information est le levier d'action le plus approprié afin de faire évoluer les choses, pour responsabiliser les individus : « disons-le sans ambages : la stigmatisation dont peuvent faire l'objet les dépressifs est la conséquence dramatique d'une ignorance qui s'ignore. A cet égard, il convient encore et toujours d'améliorer la qualité de l'information divulguée concernant cette maladie »[484]. Cette manière de présenter la dépression, de la part de la ministre de la Santé, lui permet ensuite d'introduire l'idée que la diffusion d'informations est bien la solution la plus adéquate pour résoudre le problème. Une nouvelle fois, le recours à la psychologisation du social permet d'occulter les dimensions socio-économiques qui participent aussi à l'émergence de la dépression (en tant que réalité pathologique aussi bien qu'en termes « d'attracteur sémantique », pour reprendre Ehrenberg), et qui semblent nécessaires à une juste compréhension du phénomène.

[484] Cet extrait du discours de Roselyne Bachelot est tiré du dossier de presse émis à l'occasion de la journée européenne de la dépression, intitulé « Premier bilan plan psychiatrie et santé mentale et lancement de la campagne d'information dépression en savoir plus pour en sortir ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Psychologiser de la sorte la dépression permet alors de proposer la responsabilisation des individus comme solution à court terme pour répondre à ce problème de santé publique, en induisant une logique adaptative. En optant pour ce registre de communication, l'Etat attend des individus dépressifs qu'ils fassent la démarche d'une prise en charge (l'Etat ne cherche pas, du même coup, à agir sur les causes de la dépression).
Le rappel de la dimension sociétale de la dépression (et, plus indirectement, des objectifs de la campagne) est aussi affirmée par la ministre : « l'amélioration des pratiques, la bonne diffusion des recommandations utiles, constituent à mes yeux, bien entendu, une *véritable priorité de santé publique* », tout comme le lien opéré entre dépression et suicide – « le risque de décès par suicide est dix fois plus élevé chez les patients déprimés que dans la population générale ».

Mêmement, la suite du dossier de presse, qui présente la campagne réalisée, se caractérise par une reprise des différents éléments du construit social de santé publique de l'INPES – en tant qu'« enjeu majeur de santé publique », la difficulté des individus à s'identifier comme dépressifs, etc. Suite à la présentation de ces éléments, la dimension stratégique de la campagne apparaît de nouveau : « c'est pour répondre à ces questions que le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'INPES lancent, dans le cadre du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, un dispositif d'information sur la dépression de l'adulte ».
Ce choix de présentation est intéressant : le dossier de presse procède d'abord à l'élaboration du cadre cognitif d'appréhension de la dépression, pour ensuite légitimer cette campagne et cette intervention étatique, qui ne fait alors que répondre à un problème sociétal posé – et ce alors même que cette mise en problématique contribue autant à produire ce phénomène qu'à le refléter. D'une telle manière, le problème semble exister indépendamment de la manière dont il a été pensé et construit, alors que c'est ce dernier point qui sert en partie à légitimer l'action ainsi entreprise.

La campagne a ainsi bénéficié d'une large et forte couverture médiatique : le spot télévisé a été diffusé sur les principales chaînes nationales du 29 octobre au 11 novembre 2007, et les spots radiophoniques du 3 au 11 novembre 2007. L'achat de ces espaces a été réalisé par le biais d'une centrale d'achat, avec des horaires de diffusion en lien avec les cibles visées par ces spots, comme le confirme INP4, qui a supervisé cette phase du processus :

L'idée c'était d'avoir le plus grand public possible, d'être présent en grande taille, à des moments familiaux


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> pour que ça puisse susciter le débat. Et puis aussi la nuit, parce que là, les personnes insomniaques ou solitaires regardent beaucoup la télé la nuit. Enfin on a essayé d'être présent partout en général.

Concernant le fait d'être « présent partout en général », INP4 nous indiquera, un peu plus loin au cours de notre entretien, que cela consistait principalement à avoir des horaires de diffusion du type « prime time et grosses audiences ».

Cette mise en place de la campagne passe également par d'autres relais médiatiques, et notamment des articles dans les journaux et des interviews télévisées, afin de promouvoir encore davantage cette campagne. Il apparaît notamment ici que les auteurs du guide ont été mis à contribution, conformément à ce qu'avait imaginé l'INPES. En effet, étant donné que leur nom apparaissait dans le guide, certains d'entre eux ont été sollicités par les journalistes. Cela a notamment été le cas de SOCIO, de PSY2 et de PSY3.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 6. Retours et critiques sur la campagne réalisée (T6)

Dans cette ultime étape, nous nous intéresserons successivement aux premiers éléments de conclusion tirés de cette campagne, en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs, avant de nous concentrer davantage sur les post-tests réalisés par l'INPES, sur les éléments principaux de cette campagne. Enfin, nous terminerons en relatant les réactions négatives brassées par cette campagne, réactions qui provenaient plus particulièrement des psychanalystes de l'Ecole de la cause freudienne.

## 1. Eléments généraux de conclusion et premier bilan de la campagne

L'un des premiers éléments de satisfaction, exprimé par les protagonistes, renvoie à la très bonne visibilité médiatique que semble avoir obtenue cette campagne :

> C'était une campagne avec une forte couverture médiatique. […] Donc c'est une campagne qui a été très très visible, il y a des scores de notoriété qui étaient largement au-dessus de la plupart des campagnes qu'a pu faire l'INPES. Donc les gens ont été touchés, et il y a des niveaux d'implication où les gens se sentent concernés par la dépression, soit pour eux-mêmes soit pour des proches, soit beaucoup de gens qui estiment que c'est aujourd'hui un problème de société. (INP7)

> La campagne a été vue, elle a été appréciée, etc., tout ça, c'est très bon. Aussi bien au niveau du grand public que des malades, qui auraient été à un niveau plus précis. Mais aussi l'entourage et les professionnels de santé. (PUB1)

Si l'on considère cette campagne d'un point de vue communicationnel, il semble que celle-ci ait réussi, pour le moins, à atteindre les cibles qu'elle visait (les dépressifs et leur entourage), avec une prise de contact réussie avec les auditeurs/téléspectateurs. En outre, toutes les catégories de publics visés ont exprimé une satisfaction vis-à-vis de la campagne, selon PUB1. Mêmement, le fait que beaucoup « estiment que c'est aujourd'hui un problème de société » (INP7) constitue un autre motif de satisfaction pour les membres de l'INPES, car cela auréole de succès leur construit social de santé publique. L'axiome qu'ils avaient posé préalablement, suivant lequel un fort traitement médiatique permettrait d'asseoir la légitimité de la dépression en tant que thématique de santé publique, s'est donc avéré efficace.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Toutefois, les publicitaires impliqués dans la réalisation de cette campagne regrettent une diffusion radiophonique trop massive, qui aurait pu quelque peu desservir le sujet, par un matraquage trop intensif :

> On a eu des problèmes, mais qui sont des problèmes techniques, qui sont que, en fait, il y a eu trop de pression qui a été distribuée notamment en radio. […] En radio, on a investi trop d'argent dans un laps de temps trop court. […] Et en fait, il y a eu un laps de temps où le sujet, étant quand même un peu lourd, je pense qu'il y a eu aussi un petit phénomène au niveau de la radio de *too much* quoi. (PUB1)

Selon PUB1, cette diffusion trop importante des témoignages sur les ondes radiophoniques n'était ainsi pas des plus pertinentes, dénotant ainsi une distanciation de ce dernier vis-à-vis des choix opérés par l'INPES. Pour ce faire, il s'appuie sur la zone d'incertitude qu'il maîtrise, sur son domaine d'expertise, en introduisant sa critique par la précision que ce sont « des problèmes techniques ».

La forte visibilité de la campagne s'est traduite également par la quantité de guides d'informations commandés, qui a dépassé les prévisions faites par l'INPES. Certaines des personnes interrogées évoquent entre 300 000 et 500 000 commandes[485]. Dès lors, les personnes ciblées, les récepteurs de la campagne, ont bien adopté le comportement que souhaitaient obtenir les spots télévisé et radiophoniques, la commande du guide :

> Là, on a eu vraiment une demande du guide de gens qui ont pris la peine de téléphoner ou d'aller sur le site et de commander. Et des demandes, on en reçoit encore toutes les semaines, alors qu'il n'y a plus de campagne. Moi, je reçois encore, par semaine, à peu près une centaine de commandes de particuliers, et puis une cinquantaine de commandes de professionnels. (INP3)

> Il y a eu des demandes de bouquins qui ont dépassé les attentes et tout ça. Non, ça a été un vrai beau succès, voilà ! (PUB1)

Par ailleurs, dans leur grande majorité, les contributeurs à la rédaction du guide semblent eux aussi satisfaits de l'apparence générale revêtue par cette campagne. Cela est notamment le cas de DGS1 qui, pour émettre son avis, se base sur les objectifs propres au monde social qu'elle représente, le ministère de la Santé :

> Alors je dirais que par rapport au plan santé mentale, les objectifs sont atteints.

[485] Selon le rapport d'activité de l'INPES pour l'année 2007, il s'agit de 256 000 commandes par Internet (de la part de professionnels et de particuliers), et 244 000 par téléphone.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En effet, si DGS1 est satisfaite de cette campagne, cela est lié à l'atteinte des objectifs du plan Psychiatrie et santé mentale, qui formulait la demande d'une campagne médiatique d'information sur les troubles psychiques, et notamment la dépression.

Les autres protagonistes de la campagne formulent, eux aussi, une satisfaction en lien avec leur monde social d'appartenance, mais également avec les objectifs généraux de cette campagne, tels qu'ils ont été formulés lors de la deuxième étape. Cela concerne notamment le processus de pathologisation de la dépression, servant à définir le seuil pathologique de cette maladie, et notamment les incapacités sociales et l'aboulie, qui en sont symptomatiques. Cet aspect nous est confirmé par USAG :

> Il y a encore beaucoup de gens qui pensent que la dépression n'est pas une véritable maladie hein, beaucoup ! Et donc ça c'était, je pense, un des grands messages qui a été perçu par le grand public, c'est que la dépression est une véritable maladie, ce n'est pas une question de volonté, de manque de courage, ou autre. Et ça, c'est un message, peut être le principal message de toute cette campagne, qui, je pense, a été quand même perçu par le grand public.

Le fait que la satisfaction d'USAG concerne la perception du caractère pathologique invalidant de la dépression est à rapporter au monde social auquel elle appartient : en tant que représentante d'une association d'usagers, ses objectifs propres au travers de cette campagne sont à relier au vécu quotidien des personnes dépressives, et notamment aux difficultés qui les étreignent concernant leur maladie. De plus, comme cette campagne reflète également les évolutions socio-politiques contemporaines, USAG soulève un autre motif de satisfaction, lié à la plus grande reconnaissance que semble à présent témoigner la sphère étatique vis-à-vis des usagers :

> Par la suite, par contre, c'est certainement grâce à notre participation que nos relations sont aussi bonnes aujourd'hui avec l'INPES, qui par la suite nous a accordé une subvention. Et ça, c'est vraiment extraordinaire, parce que ça a été un très grand pas en avant pour nous.

Par ailleurs, la nécessité d'une prise en charge médicale, deuxième objectif de la campagne, a été entendue et comprise par les cibles réceptrices, semble-t-il, ce qui procure la satisfaction de INP3 :

> Et puis, les messages principaux sont passés, c'est-à-dire que les gens ont bien compris que la dépression c'est une maladie, ou en tout cas que c'était quelque chose qui devait se prendre en charge, ça c'est vraiment un message qu'on voulait faire passer, c'est-à-dire qu'il ne faut pas penser que ça va passer tout seul, ça a besoin de se prendre en charge.

Comme dans le cas précédent, le niveau de satisfaction de ce protagoniste de la campagne est à mettre en lien avec son monde social d'appartenance. Appartenant au


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

domaine de la communication, INP3 base son jugement, d'une part, sur les objectifs et contraintes structurantes formalisés par l'INPES – qu'elle a d'ailleurs elle-même contribué à créer, car elle a participé à l'élaboration du cahier des charges de la campagne – mais également, d'autre part, sur son propre *ethos* professionnel, celui de la communication, où l'étalon de valeur est basé, en partie, sur la bonne transmission du message, qui ne subit pas de modifications par la faute du *medium*, et qui est ensuite reçu et interprété correctement par la cible réceptrice visée. Comme, dans le cas présent, ces deux aspects sont remplis, INP3 ne peut que manifester de la satisfaction à l'égard de cette campagne.

Mêmement, pour PUB1, un critère de satisfaction concernant cette campagne est à rattacher à sa propre appartenance au monde de la communication et des médias, puisqu'il avance la parodie du spot télévisé réalisé par une émission satirique, les *Guignols de l'info*, comme un gage de la qualité et de la bonne exposition dont a bénéficié le spot télévisé de l'INPES :

> On a un critère quand les campagnes marchent plutôt bien et tout ça, c'est quand les Guignols les détournent. […] [après avoir montré la parodie en question] Elle est bien non ? Elle est vachement bien.

Un autre objectif formulé par l'INPES avait trait au décalage entre les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques effectives de prise en charge, où la psychothérapie n'était pas aussi employée qu'elle le devrait. C'est sur ce point que s'appuie SOCIO pour étayer les raisons de son appréciation positive de la campagne :

> Je crois aussi que ce qui est important, c'est qu'on a pu, dans cette campagne, bien donner aux traitements psychologiques et psychothérapeutiques la place qui leur revenait du fait des résultats scientifiques dont on dispose actuellement, ce qui, je pense, contribue très largement [en insistant sur ces deux derniers mots], devrait contribuer très largement à favoriser le recours aux traitements psychothérapeutiques et diminuer le recours injustifié aux traitements pharmacologiques, en particulier anxiolytiques, carrément inadaptés pour la dépression, et même antidépresseurs, inadaptés dans la plupart des cas de dépressions.

La satisfaction de SOCIO est à relier à la réduction du hiatus existant entre recommandations et pratique clinique, notamment en termes de prescription de psychotropes, comme l'indique la fin de cet extrait. Egalement, son appréhension de la complexité du champ de la santé mentale – rappelons que c'est lui qui employait le terme d'« émeute » pour qualifier la virulence suscitée par une intervention étatique dans ce champ – lui fait émettre un autre motif de satisfaction :

> Oui, moi je suis très satisfait de cette campagne. J'ai trouvé effectivement que le fait qu'elle n'ait pas généré comme ça toute cette polémique habituellement, c'est quelque chose de très positif.

Cette opinion positive est en lien avec la mise en problématique de la campagne, où la complexité du champ est soulignée d'emblée – INP3 nous signifiera d'ailleurs, à son tour, sa


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

satisfaction de la réception de la campagne, eu égard au « milieu hostile ». Dans cette mesure, d'autres acteurs sociaux impliqués expriment cette même satisfaction au vu du résultat final :

> On semble avoir trouvé un juste équilibre, où on délivre suffisamment d'informations d'une manière suffisamment impactante pour que les gens s'en souviennent, et en même temps sans aller froisser les idéaux de certaines personnes, qui nous laissent tranquilles, et notamment pour faire la campagne auprès des gens. (INP3)

> Je pense qu'on a fait un compromis qui est plutôt de très bonne qualité sur cette campagne, et qui a été finalement extrêmement bien perçue par tout le monde.(INP7)

Pour autant, certains des acteurs ont des regrets concernant cette campagne, pointant un manque d'envergure ou d'engagement :

> On a eu une frilosité énorme. C'était très très frileux. (INP2)

> Ce qui manquait, peut-être, c'est le côté charismatique : on était dans un truc très fonctionnaire, on n'avait pas l'impression de participer à quelque chose de fort, ce qui est quand même assez fort en fait. Mais ça, c'est le côté très propre sur soi, on ne prend pas de risque, on écoute tout le monde, on ne s'emballe pas. Moi, ça me semble difficile de faire une campagne sans mettre un peu de son âme. (PSY2)

Dans ces deux extraits, c'est le même reproche qui agonit cette campagne, l'absence d'engagement franc et massif de la part de l'INPES autour des messages qu'il cherche à véhiculer (« frilosité », « très très frileux », « pas de risque », « sans mettre un peu de son âme »). Cet aspect semble pouvoir se comprendre au vu de la mise en problématique opérée autour de ce sujet, avec la recherche stratégique d'un compromis entre les différents acteurs du champ de la santé mentale, lié à la manière même dont est perçu cet univers. Comme, de plus, la logique communicationnelle apparaissait très présente dans cette campagne – l'INPES cherchant à anticiper le plus possible la réception qui sera faite des messages, afin d'en parfaire l'acuité –, cet aspect s'en trouvait dès lors renforcé, justifiant cette frilosité dénoncée ici. Ce dernier point, concernant la prégnance de la logique communicationnelle, est à nouveau abordé par PSY2, qui reproche le manque de coordination entre les différents éléments de la campagne – et qui nous semble correspondre à l'aspect sous-traitant déployé par l'INPES à divers moments du processus :

> On n'a pas l'impression, enfin peut-être qu'il y en avait, mais en tous les cas, ce n'est pas apparu, dans une logique où chaque étape était pensée et articulée aux autres. On avait le côté vraiment mot clef quoi, Canada Dry : le truc visuel, le truc écrit, le truc Internet, des trucs comme ça, mais en quoi ça correspondait à la dépression, c'est ce que je te disais : on avait l'impression qu'on pouvait faire pareil pour les problématiques cardio-vasculaires, les choucroutes, c'était pareil.

Ce que dénonce PSY2 renvoie au manque de coordination entre les phases du guide, davantage régies, semble-t-il, par des éléments stratégiques et communicationnels que par une réelle volonté de faire bouger les choses (d'où cette analogie avec le Canada Dry, et le slogan


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

publicitaire qui l'accompagnait). Au vu des aménagements parfois opérés avec la stricte réalité scientifique, il est difficile de lui donner complètement tort.

A son tour, PUB1 abonde dans le même sens d'un manque d'envergure et d'engagement dans la campagne, cette fois-ci concernant la durée de diffusion des outils de promotion du guide, regrettant ainsi que la campagne n'ait été diffusée qu'une seule année, alors qu'il était question de la rediffuser l'année suivante, à la même période.

> La déception, c'est que la campagne, elle a duré un mois et demi alors qu'elle aurait dû durer normalement pendant deux ans. Donc ça, c'est forcément une déception, parce que ce n'est pas vrai qu'une campagne, enfin qu'un mois et demi de campagne peut résoudre des problèmes aussi lourds que cela quoi. Ca, c'est la déception principale.

Une nouvelle fois, c'est sur la base de son monde social d'appartenance que s'appuie PUB1 pour émettre son appréciation de la campagne. Regrettant la diffusion sur une seule année du spot télévisé, il déplore que l'action n'ait pu être menée à son terme, en atteignant l'objectif qu'il lui assignait – d'où cette idée de « résoudre des problèmes », qui instaure l'idée de l'information comme levier d'action, avec les phénomènes de psychologisation et de responsabilisation en substrat de ce jugement. Cette critique rejoint cette analogie entre la campagne et le Canada Dry, pour souligner ce demi-engagement dont se serait rendu coupable l'INPES, selon eux.

En outre, lorsque les protagonistes sont interrogés sur les changements qu'ils opèreraient concernant cette campagne si celle-ci était à refaire, certains éléments sont avancés. Cela renvoie à certains choix décisionnels opérés au cours du processus. En première ligne ici, nous retrouvons le cas des psychothérapies :

> Encore une fois, éventuellement plus de détails sur les psychothérapies ou plus d'informations pratiques par rapport à où les gens peuvent s'adresser. Mais, encore une fois, bon il faut arriver à un consensus, donc il y a toujours des compromis de part et d'autre hein. (USAG)

Dans cet extrait, nous retrouvons à la fois la conscience de la nécessité d'un compromis, permettant une prise en compte simultanée de la diversité des intérêts et des mondes sociaux présents dans « l'espace décisionnel » de la campagne, mais également quelques regrets concernant l'absence de précisions sur les traitements psychothérapeutiques ou les adresses permettant une prise en charge (médicale ou relationnelle avec les associations d'usagers), soit donc des griefs qui s'expliquent par le monde social auquel appartient USAG, qui possède ses intérêts propres – et notamment la volonté d'informer le plus possible les patients,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

afin de leur donner la plus grande autonomie possible dans le champ de la prise en charge des troubles dépressifs.

D'autres auteurs du guide émettent aussi quelques pistes dans lesquelles il aurait pu être préférable, *a posteriori*, de s'engager dans le cadre de cette campagne. Cela est notamment le cas de PSY2, qui reproche le manque d'identification d'une « vraie » cible dans cette campagne, sous-entendant l'idée que, à vouloir toucher tout le monde, il est difficile de procéder à des changements de comportements chez des individus précisément définis à l'avance :

> Moi, si tu veux, j'essaierais d'identifier quand même une cible. […] Moi, j'essaierais quand même de réfléchir à cette question : est-ce qu'il faut une population cible, par exemple les médecins, par exemple les personnes qui ont du mal à se faire soigner en se disant que les autres, dans le fond, ils savent trouver leur truc, ce n'est pas eux qu'il faut faire. Ou est-ce qu'au contraire, je ferais le deuil, je dirais il y a un certain nombre de gens, on ne peut pas faire mieux ?

D'autres protagonistes de la campagne soulèvent aussi le fait que cette campagne a peut-être eu tendance à employer de manière trop redondante le terme de « maladie » pour qualifier la dépression :

> Si c'était à refaire, j'enlèverais peut-être deux trois fois le mot maladie, […] j'en enlèverais deux trois pour éviter la sensation qui est le matraquage de ce mot. Maintenant, je le garderais pour les vertus qu'il a, et parce qu'il correspond assez bien à une certaine réalité. Voilà : c'est la seule chose que je changerais, c'est enlever une ou deux fois le mot maladie, pour éviter le sentiment de matraquage par rapport à ce terme. (INP7)

L'emploi itératif du mot « maladie » s'explique par le processus de pathologisation auquel a procédé l'INPES, afin de bien définir l'objet traité dans la campagne. Dans le même temps, la grande prudence qui a caractérisé cette campagne a conduit les acteurs à utiliser ce terme de manière récurrente pour éviter toute méprise sur les points abordés (« les vertus qu'il a »). Or, c'est justement ce que reproche INP7 dans cet extrait : un emploi trop répété de ce terme – d'où son utilisation, à deux reprises, du terme « matraquage » pour qualifier les conséquences de ce processus de pathologisation. Cet emploi répété souligne pourtant la manière dont la campagne a été construite, notamment la volonté d'insister sur le caractère pathologique de la dépression.

Ceci étant, passons à présent au deuxième temps de cette partie, consacrée aux évaluations réalisées par l'INPES dans cette campagne – et plus généralement dans ses différentes actions entreprises.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 2. Evaluation de la campagne par l'INPES

Le recours aux études d'évaluations des actions constitue, de manière générale, l'une des caractéristiques des politiques publiques contemporaines. En tant qu'institut public, l'INPES n'échappe pas à cette règle, avec « ces évaluations, qui sont systématisées »[486], en vue de mesurer le degré de réalisation des objectifs des programmes de l'Institut.

Dans le cas qui nous intéresse, trois axes ont orienté les post-tests réalisés : la perception de la campagne, la qualité du guide et du site Internet, et enfin l'impact en termes d'attitudes et de comportements face à la dépression. Trois enquêtes distinctes ont été réalisées : une étude Internet, un post-test de la campagne et une étude d'impact (auprès des particuliers et des professionnels de santé).

L'étude de ces post-tests se révèle d'un intérêt certain, car s'y retrouvent en filigrane la mise en problématique et le cadre cognitif élaboré par l'INPES, puisque c'était précisément ces éléments qui étaient recherchés et discutés. Cela semble donc illustrer ces propos de Aldous Huxley, qui énonce que « le monde, dans sa réalité concrète, est complexe et innombrable presque à l'infini. Afin de le comprendre, nous sommes contraints d'abstraire et de généraliser, – en d'autres termes, d'omettre ce qu'il nous plaît sur le moment de considérer comme étranger à la question, et de réduire ce qui reste de diversité à quelque forme d'homogénéité. Ce que nous comprenons, ce n'est jamais la réalité concrète telle qu'elle est en soi, ni même telle qu'elle paraît être à l'expérience immédiate que nous en avons ; ce que nous comprenons, c'est notre propre signification arbitraire de cette réalité »[487].

La réalisation des post-tests a donné lieu à une nouvelle opération de sous-traitance de la part de l'INPES, confiée à BVA :

> Dans un premier temps, c'est BVA qui donne ses premiers résultats, et il donne la base de données en même temps, donc qui n'est pas encore propre. Et nous derrière, quand on diffuse les résultats, on revérifie nous-mêmes les données. (INP7)

Ce passage traduit cette opération de sous-traitance concernant la réalisation des post-tests, où l'INPES donne crédit à la compétence d'un institut tel que BVA pour procéder à une évaluation précise de la campagne, tout en conservant dans le même temps la maîtrise du processus de production, puisque c'est cet institut qui conserve le dernier mot quant à ces

[486] Eléments de présentation de la méthodologie de l'INPES, relevés sur le site éponyme.
[487] Aldous Huxley, *Les portes de la perception*, éditions du Rocher, Monaco, 1991.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

études (« on revérifie nous-mêmes les données »). De cette manière, la zone d'incertitude maîtrisée par le sous-traitant est amoindrie.

Concernant le post-test de la campagne sur le versant grand public, il cherche à vérifier que le cahier des charges de la campagne a été rempli correctement, selon le plus souvent un système binaire « d'accord/pas d'accord »[488]. Cette manière de procéder semble assez habituelle et standardisée, comme le suggèrent ces propos d'INP7 :

> On a fait des choses assez classiques : c'est-à-dire on a commencé par un post-test grand public. Donc, dans ces cas-là, ce sont des études qui sont assez standards, avec des questions de mesure assez standards. […] Et puis après voir un petit peu quelles sont les attitudes vis-à-vis de faire une campagne sur cette question-là, de façon générale. Et également des attitudes vis-à-vis du message qui était donné dans la campagne. […] Donc on voit un petit peu quelle est l'adhésion au message.

Dans l'ensemble, selon ses instigateurs, cette campagne semble avoir plus ou moins réussi à atteindre ses objectifs. Pour autant, l'un des problèmes évoqués renvoie au manque d'identification des généralistes comme compétents pour soigner les « problèmes psy »[489] (58,9% des individus interrogés ne sont ainsi pas d'accord avec cette idée qu'ils sont compétents). Cela suppose donc qu'il n'y a pas eu une mise en valeur suffisante des généralistes dans la campagne, qui n'apparaissent pas comme des acteurs de première ligne face aux « problèmes psy ». Cela représente un aspect problématique, puisqu'il déroge aux contraintes structurantes de l'INPES.

De plus, les spots télévisé et radiophoniques semblent avoir réussi à atteindre un grand nombre de personnes : 64,2% d'entre elles se souviennent avoir vu le spot télévisé sur la dépression, et 44,6% avoir entendu un spot radiophonique portant sur le même sujet. En prenant en compte simultanément les deux médias, c'est un total de 74,4% des individus qui ont reconnu au moins un des éléments de la campagne. L'intérêt de cette question renvoie à la visibilité donnée à la campagne et donc, indirectement, à la réussite de l'ambition politique qui y a présidé.

Il est aussi à noter qu'une question portait sur l'identité de l'instigateur de cette campagne, telle que celle-ci avait été perçue par le public, ce qui apparaît comme une autre manière de vérifier si la recherche du « coup médiatique », issue du calcul politique qui entoure cette campagne a, elle aussi, porté ses fruits. Cela semble être peu ou prou le cas,

[488] Cette étude a été réalisée auprès de 1013 personnes, avec une méthode par quotas selon le sexe, l'âge, la CSP du chef de famille, après stratification par région et habitat.
[489] C'est là l'expression employée dans la formulation de la question, sans davantage de précision.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

puisque 67,4% des individus pensent que ce sont les pouvoirs publics qui en sont à l'origine (dont 45,2% pour qui c'est le ministère de la Santé, plus particulièrement).

Concernant la réception même de la campagne, 82,2% des individus[490] disent l'avoir aimée, et 96% l'ont trouvée claire et facile à comprendre. Puis, on a la vérification que les écueils redoutés lors de la mise en problématique ne se sont pas réalisés : cela concerne le côté anxiogène ou démoralisant du sujet abordé, ou encore la dévalorisation des personnes dépressives. Dans ces trois cas de figure, la réponse est négative, et la campagne a en ce sens rempli les objectifs assignés par l'INPES.
Il en est de même pour l'identification des individus à travers les situations mises en scène, qui a été dans l'ensemble atteinte (elle est ainsi reconnue par 68,4% des individus, et 95,9% sont d'accord avec l'idée que la dépression peut toucher n'importe qui).
Dans le même temps, cette campagne semble avoir connu quelques ratés vis-à-vis de ses objectifs : ainsi, 42,2% des personnes ne sont pas capables de citer les moyens pour obtenir des informations sur la dépression, et 92,1% ne connaissent pas l'existence du site Internet. Egalement, il persiste un certain scepticisme vis-à-vis des traitements antidépresseurs et des psychothérapies.
Mais, globalement, c'est un sentiment de satisfaction qui domine, comme nous le confirme INP7 :

> Donc, sur les premiers résultats de ce post-test, cette campagne est un succès qui dépasse la plupart des succès des autres campagnes, que ce soit de l'INPES ou que ce soit même les standards de BVA en l'occurrence. Donc, sur tous les indicateurs, la campagne est extrêmement bien appréciée, alors aussi bien au niveau du message que du fait que ça met l'accent sur une problématique importante, que ça ne stigmatise pas les dépressifs, que ça apporte des solutions concrètes.

Nous constatons la mise en parallèle de la satisfaction vis-à-vis de cette campagne avec l'atteinte des objectifs qui lui étaient assignés. Il semble aussi que ce qui est vérifié avec ces post-tests concerne la maîtrise des objectifs et écueils de la campagne plutôt qu'une évolution dans le paysage socio-sanitaire de la dépression proprement dite.

Parallèlement, une autre étude a été réalisée, concernant la réception du guide et de ses informations, auprès d'un panel de particuliers qui l'avaient commandé, et auprès également d'un autre groupe d'individus, composé de professionnels de santé. Cette étude se base sur une structure diachronique avant/après, avec la lecture du guide comme variable

[490] Cette partie du post-test est basée sur le sous-échantillon des individus qui ont souvenir de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

discriminante. Est donc posée l'hypothèse que l'information peut engendrer une évolution du comportement, hypothèse elle-même fondée sur l'axiome que la responsabilisation des individus est nécessaire pour changer la situation. Dans un document de l'INPES retraçant ces post-tests, cette hypothèse est d'ailleurs formulée explicitement : « l'efficacité du livret repose sur la lecture »[491]. Pour tenter de corroborer cette hypothèse – et en l'absence de groupe témoin, puisque tous les individus interrogés avaient reçu le livret d'information –, une distinction est opérée selon le niveau de lecture du livret (lecture approfondie ou lecture superficielle).
Ainsi, la méthodologie d'enquête était la passation d'un questionnaire par téléphone[492], qui durait environ quarante-cinq minutes, avec un intervalle d'environ trois mois entre les deux moments de la passation de celui-ci.

Le questionnaire abordait différents points de la prise en charge : quels sont les médicaments pris (leur classe thérapeutique et le nom du produit), les professionnels de santé impliqués, le suivi d'une psychothérapie, l'attitude des proches et de l'individu même. Au travers de tous ces éléments investigués, il semble que la lecture seule du guide ne constituait pas le cœur de cette étude, mais que l'impact potentiel de ces informations sur le comportement effectif des individus, notamment en termes d'évolution du type de prise en charge, était aussi étudié. Ce champ d'investigation permet dans le même temps de toucher à un autre point névralgique de la campagne : la dimension proprement pathologique de la dépression. Ainsi, si la lecture du guide a permis de prendre conscience du caractère pathologique et incapacitant de la dépression, cela devrait se retrouver dans les résultats du questionnaire, par une plus grande compréhension et acceptation de la nature de son état, aussi bien par soi-même que par son entourage. C'est d'ailleurs ce que nous confirme INP7 :

> L'idée de cette enquête, c'est pour voir vraiment quel impact avait pu avoir le guide sur une même personne, à trois mois d'écart, en termes d'évolution des attitudes, des représentations sociales de la dépression, les représentations vis-à-vis des professionnels de santé, vis-à-vis des moyens thérapeutiques, et donc de leur évolution dans la prise en charge. Est-ce que des personnes qui étaient dépressives, qui ne se prenaient pas en charge, par exemple, se sont finalement prises en charge suite à la réception du livret ?

Au travers de ces éléments, et plus particulièrement de l'exemple choisi pour ponctuer cette intervention, sur les dépressifs non pris en charge, nous pouvons lire les objectifs généraux de la campagne tels qu'ils ont été formalisés dans le processus en T2, notamment concernant les cibles visées ou encore le type de prise en charge des individus, avec l'information qui est de

[491] Néanmoins, cette manière de procéder a été utilisée dans le cas des particuliers uniquement.
[492] Auprès d'environ deux mille personnes.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

nouveau perçue ici comme un levier d'action servant à responsabiliser les individus pour qu'ils acceptent une prise en charge médicale de leur état.

De plus, comme le guide visait aussi bien les personnes dépressives que leur entourage, la structure du questionnaire a été élaborée de manière à obtenir les mêmes informations – ce qui signifie concrètement que les questions portant sur les symptômes dépressifs concernaient la personne à qui était destiné le guide en premier lieu, « avec l'idée que finalement, c'est assez bien repérable quand la personne est proche, qu'elle vit avec » pour reprendre les mots de INP7.
Quant aux professionnels de santé interrogés ici, il s'agissait d'un échantillon représentatif d'environ mille six cents médecins généralistes, avec des quotas de sexe, d'âge, de région, de taille d'agglomération, etc. De même, un autre échantillon représentatif de psychologues et de psychiatres a été constitué, même si les variables discriminatoires étaient ici moins nombreuses.
Le questionnaire soumis à ces professionnels différait de celui adressé aux particuliers, puisqu'il ne cherchait pas à évaluer l'évolution des attitudes face à la dépression, mais se centrait plutôt sur le niveau d'adhésion aux messages et informations véhiculés dans le guide, ainsi que sur la manière dont ils utilisaient le document.

Au travers des questions posées, l'évaluation portait sur l'utilisation du guide comme outil d'aide à la pratique clinique. Cela correspond à l'objectif formulé indirectement, de rapprocher quelque peu les pratiques de ces professionnels de santé des recommandations qui sont faites en la matière, afin d'améliorer la prise en charge des personnes dépressives. Il permet aussi de vérifier le degré d'agrément de ces mondes sociaux à ce type d'initiatives prises par l'INPES. Cet élément semble d'autant plus évident qu'aucune question ne leur était posée concernant la définition même de la dépression, postulant ainsi une bonne connaissance de cette maladie – ce qui apparaît aussi, dans le même temps, comme une volonté de ne pas froisser ou douter de ces professionnels de santé. De ces interrogations, il ressort que le guide a été utilisé principalement en libre consultation dans la salle d'attente ou a été transmis directement aux patients.

Un autre élément étudié dans cette enquête renvoyait à l'un des écueils possibles de cette campagne, la hausse des consultations de personnes se pensant dépressives suite à la diffusion de la campagne et/ou à la lecture du guide d'information :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> On a également cherché à savoir si cela avait eu un impact sur leurs pratiques professionnelles, donc du point de vue de la consultation, parce qu'on voulait répondre à une crainte qui était la nôtre, qu'annonçaient certaines personnes autour de cette campagne, qui était de dire qu'on allait emboliser un petit peu le système, c'est-à-dire surcharger toutes les consultations avec des faux dépressifs. (INP7)

Toutefois, il convient de souligner que ce point n'était analysé que sous la forme d'une conception subjective du professionnel de santé, sans vérification derrière de la réalité du phénomène. Pour autant, il semble que la campagne n'ait pas conduit à la réalisation de cet écueil, autre élément en faveur de l'idée d'une campagne réussie au sens de la mise en problématique effectuée (et qui est d'ailleurs présentée comme telle par les acteurs de la campagne).

Enfin, le dernier élément d'évaluation de cette campagne concernait le site Internet. Ici, les personnes interrogées étaient de nouveau réparties en deux catégories distinctes : les particuliers et les professionnels de santé. Ces individus étaient interrogés par le biais d'un questionnaire présent sur le site de la campagne, et qui s'intéressait au « profil » de ces visiteurs, à la manière dont ils avaient utilisé le site, ainsi qu'à leur niveau de contentement vis-à-vis de celui-ci (en tout, l'INPES évoque un total de 500 000 visites à la fin de l'année 2007). Là aussi, c'est BVA qui s'est occupé de cette évaluation, à la demande de l'INPES.

De cette étude, il ressort que 75% des visiteurs sont des femmes, principalement entre 25 et 55 ans – qui constituent, à ce titre, un groupe à risque de dépression, mis en évidence par les épidémiologistes. La plupart des personnes ayant consulté le site l'ont fait pour elles-mêmes, car elles ont reçu un diagnostic de dépression (30%) ou car elles pensent traverser un épisode dépressif (25%). Ce résultat milite donc en faveur de la campagne, puisque l'objectif de toucher les dépressifs pour qu'ils recherchent davantage d'information semble avoir été atteint. Dans le même temps, la distribution sexuée de ceux qui ont consulté le site souligne la persistance des groupes à risque en matière de dépression.

De plus, la partie du site la plus visitée est celle intitulée « déprime ou dépression ? », qui renvoie à la définition du seuil pathologique de la dépression avec ses quatre critères de définition ; elle a été visitée par 76% des personnes interrogées. Ces internautes semblent plutôt satisfaits, de manière générale, de ce site, comme le confirme la conclusion de BVA : « un site qui a trouvé son public, qui a été fortement apprécié et qui a permis à nombre de visiteurs de mieux connaître cette maladie dans ses symptômes et ses solutions ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Pour ce qui concerne les professionnels de santé interrogés, ils sont beaucoup moins nombreux : 251. Ce sont principalement des femmes (75%), et elles témoignent aussi d'une satisfaction à l'égard de cet outil informatique.

Pour autant, si les études cherchent principalement à vérifier que les objectifs fixés à cette campagne ont été atteints, certains protagonistes se montrent assez critiques vis-à-vis de ces évaluations de l'INPES. C'est notamment le cas des deux psychiatres qui ont participé à la rédaction du guide, qui regrettent tous deux le manque d'éléments concernant les retombées réelles de la campagne en matière de prise en charge, avec la question de savoir si ce point s'est amélioré. C'est en lien avec leur monde social d'appartenance qu'il faut interpréter le jugement de ces deux acteurs. Cette dissension cristallise la divergence entre le processus tel qu'il est conçu par l'INPES, avec les intérêts propres à ce monde social, et les intérêts propres aux deux psychiatres, qui concernent davantage la suite du processus, la responsabilisation des individus en matière de prise en charge. Alors que l'INPES exprime la satisfaction d'avoir vu la responsabilisation effective, les psychiatres, eux, expriment une insatisfaction quant à la réelle réussite de la campagne. Certes, nous avons vu que ce thème était abordé dans l'étude de la réception des informations du guide auprès des particuliers, mais il semble que ce point soit davantage esquissé que vraiment analysé en profondeur – et ce d'autant plus que le délai reste assez court entre les deux phases de cette enquête (trois mois environ). Cet aspect est d'ailleurs confessé par INP6 :

> Mais ça, le problème qu'on a ici, c'est que parfois on ne travaille pas forcément dans la continuité sur les thèmes.

Cette absence d'inscription temporelle prolongée sur une thématique nous paraît significative de la nature même de cet institut, qui a pour mission principale de mettre en œuvre les décisions et les programmes communicationnels du ministère de la Santé, ce qui soumet donc les programmes de cet institut aux calculs stratégico-politiques et autres palinodies propres au fonctionnement du champ politique.

Pour autant, nous ne pouvions achever notre analyse de cette campagne sans nous intéresser aux réactions négatives épidermiques qu'elle a pu susciter, et qui proviennent de mondes sociaux particuliers, les psychanalystes et les psychothérapeutes, principalement.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 3. Les réactions négatives suscitées par la campagne

Suite à la sortie de la campagne, certains mondes sociaux ont exprimé publiquement leur indignation[493]. C'est le cas de l'Ecole de la cause freudienne, monde social regroupant les psychanalystes lacaniens millériens, ainsi que des psychothérapeutes relationnels. Ce dernier cas de figure est d'ailleurs intéressant, puisque, parmi ses contempteurs, on retrouve notamment la FF2P (Fédération française de psychologues et de psychologie), qui fait pourtant partie des signataires de cette campagne, car certains de ses représentants avaient intégré le groupe de concertation concernant le guide d'information. Pour autant, l'attitude de ces derniers dans cette campagne peut également être interrogée, car il semble qu'ils n'aient guère participé au processus de production de cette campagne, comme s'en étonne SOCIO :

> Donc pour des gens qui sont psychothérapeutes professionnels, dont c'est le métier de faire de la psychothérapie, et qui ont fait le choix de la promouvoir au niveau des hautes instances, je me suis étonné, je m'étonne encore, que, effectivement, ils n'aient pas beaucoup participé à cette campagne.

Il semble donc que la trame d'arrière-fond, l'élément explicatif permettant de comprendre cette attitude des psychothérapeutes, et plus particulièrement de la FF2P, renvoie à la recherche d'une légitimation et d'une reconnaissance, par l'Etat, de leur compétences en matière de traitement de la dépression, de leur expertise particulière, propre à leur monde social. C'est là l'avis également formulé par SOCIO :

> Participer comme ça à une campagne menée par un organisme d'Etat, c'est extrêmement légitimant, c'est légitimant. Donc c'est tout à fait intéressant pour eux d'y participer et d'avoir leur nom sur le livret.

La principale pierre d'achoppement de la campagne, pour ces différents mondes sociaux en désaccord avec celle-ci, renvoie à l'absence de référence à la psychothérapie relationnelle ainsi qu'à la psychanalyse. Ce mécontentement peut s'interpréter comme une réaction consécutive à la sensation de leur perte de pouvoir sur l'objet dépression, du fait qu'ils ne sont pas cités explicitement parmi les moyens thérapeutiques de soigner la dépression. Nous pouvons aussi formuler l'hypothèse que ce sentiment est d'autant plus exacerbé que l'Etat – et son pouvoir de légitimation de la vision des choses promue comme vision juste et vraie – se trouve à l'origine de cette campagne, et est, en ce sens, présenté comme l'un des commanditaires. Dans le même temps, cette réaction paraissait anticipée par

[493] Ne seront abordés ici que les principaux d'entre eux, laissant de côté les réactions plus sporadiques entendues çà et là, et qui ont été rapportées de manière anecdotique par certains des protagonistes rencontrés.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'INPES, qui supposait que certains courants psychanalytiques s'opposeraient de toute manière à cette campagne :

> Sur la critique de la campagne à court terme, je trouve qu'il ne faut pas se leurrer, à mon avis il y a une dépendance assez corporatiste des psychanalystes, dans le sens où derrière il y a un gros débat qui est sur la définition des métiers aussi… (INP6)

Effectivement, comme nous l'avons vu précédemment, cette absence de précision concernant les différents types de psychothérapies renvoie au manque de réglementation qui caractérise la situation française en la matière. C'est donc cette contrainte qui a amené à une structuration particulière de l'information transmise, qui a déplu ensuite aux psychothérapeutes, aussi bien pour des raisons politiques que pour des raisons philosophiques et scientifiques.

Néanmoins, suite à ce premier point de désaccord, d'autres critiques, plus acerbes et plus générales, ont alors été émises. Ce sont sur ces dernières critiques que nous allons nous arrêter, afin de tenter de les mettre en parallèle avec la mise en problématique et le construit social de santé publique de l'INPES, nous permettant, à terme, de mieux identifier les raisons de ces critiques. Néanmoins, nous pouvons déjà faire mention du détail que, ainsi que l'a souligné INP1, les représentants de l'Ecole de la cause freudienne étaient absents dès la réunion de lancement avec les professionnels, soulignant leur opposition d'emblée à cette campagne.

La critique générale portée par la suite par les psychanalystes – et notamment ceux de l'Ecole de la cause freudienne au travers de leur revue *Nouvel Ane* – porte sur la conception de la dépression prônée par l'INPES dans cette campagne, qui leur semble symptomatique d'une surmédicalisation de problèmes qu'il convient plutôt de concevoir dans une perspective existentielle de construction de l'être humain. Effectivement, en écho aux travaux de Freud, une partie des psychanalystes et des psychiatres tendent à envisager la dépression en tant que syndrome, et non en tant que maladie : « la souffrance paraît anormale, assimilée à une maladie qu'il faudrait éradiquer. Si bien que lorsqu'on souffre, il n'y aurait d'autre alternative que cacher son mal-être ou accepter de se faire traiter pour dépression. Mais il ne suffit pas de décréter que la cause est biologique (déficit en sérotonine) ou sociale (travail pénible, précarité, etc.) pour alléger ce que chacun a à supporter de son existence »[494].

[494] Gérard Tixier, Anne Lamy, *Eloge de la déprime. Non à la dictature du bonheur !*, édition Milan, Toulouse, 2008, p65.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En ce sens, « l'assimilation de la dépression à une maladie est à la fois un enjeu de prévention et un point de vue controversé au sein de la communauté scientifique »[495]. Définir un seuil pathologique à partir duquel il est possible de parler de « dépression », de la définir en tant que maladie autonome, extérieure au vécu de l'individu en quelque sorte, décrite et analysée de manière ontologique (et non pas comme imbriquée dans une histoire de vie, une expérience singulière), constitue la pomme de discorde opposant les différents acteurs du champ de la santé mentale. C'est ce que confirme PSY2 :

> L'enjeu, c'est : est-ce que c'est une maladie du cerveau ou est-ce que c'est une maladie de l'être humain ? Et alors, c'est là où se sont engouffrés d'ailleurs beaucoup les psychanalystes, en disant qu'on instrumentalisait les choses et qu'on était sous l'influence des laboratoires. Puisque si on disait que c'était une maladie, donc c'est qu'il y avait un traitement, et s'il y avait un traitement, il y avait un laboratoire et il y avait de l'argent.

Nous voyons une nouvelle fois poindre le spectre des laboratoires pharmaceutiques, et de leur possible influence en substrat de cette campagne. Dans cette mesure, avancer cet argument permet aux psychanalystes de mettre en doute la probité des protagonistes de la campagne quant à leurs intentions. Cela se rapproche d'ailleurs de l'idée de Bourdieu, concernant le « champ politique », selon laquelle l'un des moyens de modifier les rapports de force dans ce champ consiste à s'attaquer au capital symbolique des acteurs, en mettant en doute leur honnêteté et leur intégrité. Cette critique est aussi relayée par PSY3 :

> Les lacaniens purs et durs ont dit que la dépression était surdiagnostiquée, et ont accusé finalement la campagne d'être un outil aux mains de l'industrie pharmaceutique pour augmenter les prescriptions.

Cet aspect se retrouve ainsi au sein d'un livre déjà évoqué précédemment : « nous voilà citoyens d'une curieuse « biocratie », où nos comportements sont évalués et contrôlés à partir de ce que la science peut nous offrir. Il ne nous resterait plus qu'à accepter de nous croire malades alors que nous serions simplement malmenés au travail, sous le coup d'une séparation ou brisés par le chagrin d'un deuil. Mais à force de nous penser malades, nous finirons par fabriquer un peuple de dépressifs… »[496].

C'est donc la conception de la dépression en tant que fait pathologique qui a posé problème :

> Ce qui n'est pas passé, à mon avis, c'est vraiment ça, c'est assez frontalement : la dépression est une maladie, ce n'est pas bien passé. (INP6)

> C'est-à-dire que tu as pas mal de psychanalystes qui vont avoir un petit peu une idéologie de liberté : pour être libre, il faut avoir été malheureux, il faut laisser ses maux un peu s'exprimer, prendre de la distance sur tout, sur ce monde, pour vraiment arriver à atteindre un certain degré de liberté. Voilà c'est un petit peu la vision de ces psychanalystes. Donc ce qui veut dire affronter ses problèmes. Donc voilà, là c'est plus une vision de l'homme, une vision plus psychologique que clinique ou médicale. (INP7)

[495] Thomas Morin, *op.cit.*, p8.
[496] Gérard Tixier, Anne Lamy, *op. cit.*, p61.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans la mesure où l'INPES s'est appuyé sur les classifications internationales des maladies et leur raisonnement prétendu a-théorique (où les laboratoires pharmaceutiques ont d'ailleurs été des contributeurs de choix), cela engendrait en conséquence une conception particulière de la psychiatrie, médicale, localisée sur des symptômes et leur diminution, qui s'oppose à la conception plus philosophique et existentielle des courants psychanalytiques. Cette dernière apparaît clairement formulée dans l'extrait suivant : « et que faire des bataillons de chômeurs de longue durée, qu'on imagine volontiers atteints depuis plus de quinze jours de troubles du sommeil, de perte d'intérêt et de ralentissement général ? Faudra-t-il traiter tous les travailleurs précaires dont la situation instable ébranle les autres pans de leur vie ? Douleur d'exister, souffrance au travail ou dans le quotidien : peut-on raisonnablement tout médicaliser et tout guérir ? Et pourquoi n'aurait-on pas le droit de rester humain, donc vulnérable ? »[497]. Ce problème se pose avec d'autant plus d'acuité que la partie sur les causes de la dépression, dans le guide d'information, s'est révélée assez laconique, afin de conserver un fort degré de compromis entre les mondes sociaux peuplant le champ de la santé mentale, et pour éluder justement la question des déterminants socio-économiques de la dépression, auxquels fait référence la citation précédente. Cette critique souligne également que, à ne concevoir les choses que sous l'angle de la psychologisation et du ressenti individuel, le risque est d'occulter le cadre plus général, plus macro-social ou philosophique, dans lequel se trouvent placés les individus.

Dès lors, cette absence de précision pouvait être exploitée par les psychanalystes afin de faire passer cette campagne sous leurs fourches Caudines, en considérant la dépression comme une maladie survenant « comme cela », sans la replacer dans ses conditions sociales d'émergence – ce qui signifie aussi que cet état peut n'être que transitoire, et non nécessairement marqué du sceau du pathologique.

L'ensemble des implications du choix théorique concernant la dépression et sa conception est ainsi résumé par Patrick Coupechoux : « les récentes campagnes de publicité consacrées à ce sujet sont d'ailleurs très suspectes de ce point de vue qui en font une catégorie sanitaire, une maladie en tant que telle. Il y aurait donc des épidémies de dépression comme il y avait jadis des épidémies de peste ou de choléra. Elles sont discutables également parce qu'elles font, nécessairement, l'impasse sur les causes multiples de ces troubles, sur l'histoire individuelle des gens qui en souffrent, enfin parce qu'elles ne sont pas innocentes quant à leurs

[497] *Ibid*., p62.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

implications économiques, notamment du point de vue des intérêts de l'industrie pharmaceutique et des marchands de thérapies… »[498].

En conséquence de ce décalage conceptuel, l'idée de la surmédicalisation de phénomènes banals de l'existence va alors être avancée par les milléniens afin d'agonir cette campagne de leurs reproches. Cela se retrouve notamment très présent dans l'article de Jacques-Alain Miller paru dans la revue *Nouvel Ane*. Outre le fait qu'il qualifie cette campagne de « propagande massive pour dépister la dépression », avec l'idée que la dépression (et le souci de la dépression) se trouve désormais partout (il parle ainsi de « l'Homo depressus »), il cite un extrait du livre de Serge Tchakotine, *Le viol des foules par la propagande politique*, on ne peut plus critique et virulent afin de qualifier l'attitude de l'INPES au travers de cette campagne : « la première loi de la propagande est la loi de la conservation de l'individu. Et pour la faire agissante dans le comportement de ce dernier, le meneur doit employer le stratagème psychologique suivant : il doit suggérer la peur, et faire ensuite entrevoir l'issue de la situation dangereuse, la possibilité d'atteindre la sécurité par des actions qu'il suggère »[499].

Ainsi, selon lui, la conséquence à terme de cette campagne ne fait guère de doute : « avec la campagne dépression que nous a mitonnée notre institut national, nul doute que le nombre de dépressifs ne monte en flèche et que la consommation d'antidépresseurs, qui avait légèrement fléchi ces derniers temps, ne reparte de plus belle. On dira peut-être que ce sont les « effets pervers » d'une campagne exemplaire d'éducation thérapeutique : il n'en est rien. Si ces effets sont pervers, ce qui est bien possible, une chose est sûre : ils ont été voulus »[500]. Une nouvelle fois, c'est l'influence des laboratoires pharmaceutiques qui est soupçonnée de se trouver en arrière-fond des motivations à réaliser cette campagne, ce que confirme l'auteur lui-même vers la fin de son article : « il est certain que les agents d'influence de cette industrie sont omniprésents dans cette affaire, personne n'en doute »[501]. Ce soupçon est porté par d'autres contributeurs de cette revue, à l'instar de Carole Dewambrechies, qui énonce, dès le début de

[498] Patrick Coupechoux, *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris, 2009, p288.
[499] Jacques-Alain Miller, « Propagande massive pour dépister la dépression : la France rattrape son retard », *Le Nouvel Ane*, n°7, octobre 2007, p16.
[500] *Ibid*., p16.
[501] *Ibidem*, p18.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

son article : « campagne contre la dépression ? Plutôt : campagne pour les médicaments appelés antidépresseurs »[502].

Ces critiques sur la campagne, formulées par les milléniens, n'ont pas été du goût de tous les protagonistes de la campagne, qui dénoncent l'hostilité aveugle, voire même diffamatoire, qui s'exprime à divers moments et sous diverses plumes, dans cette revue :

> Alors, les calomnies sont surtout le fait des Milléniens, plus que le fait de l'AFOP ou du SMP Psy, qui eux se sont placés plus sur un terrain théorique en disant « nous, nous regrettons que la dépression ait été, n'ait pas été présentée dans ce livret sous l'angle existentiel ». […] Le côté vraiment calomnieux provient des Milléniens et de leur numéro 7 du Nouvel Ane. (SOCIO)

> Il y a eu, à part les psychanalystes qui sont dans l'irresponsabilité chronique quoi, vraiment c'est la médiocrité... Pas par leur discipline, la discipline est bonne, mais c'est ce qu'ils en font. Donc pas par eux, qui m'ont vraiment, enfin même pas déçus, mais qui ont montré leur incapacité de changement. (PSY2)

Les termes employés par ces deux auteurs du guide ne laissent planer aucun doute quant à leur aversion avec les techniques employées par les Milléniens : « calomnies », « calomnieux », « irresponsabilité chronique », « médiocrité », « incapacité de changement ».

Néanmoins, ces réactions virulentes et discriminatoires à l'égard des messages véhiculés dans la campagne de l'INPES n'ont, ne semble-t-il, qu'assez peu été relayées par les médias, comme le confirme INP3 à propos de Miller :

> Ca a été un peu repris dans Libé, il a fait un article dans Elle, il y a eu un article dans Le Monde, ça n'a pas été… Il n'a pas réussi… Il n'y a pas eu beaucoup d'échos.

En ce sens, ces réactions négatives semblent avoir été muselées par la stratégie de communication développée par l'INPES, qui s'est assuré un fort soutien de la part des professionnels avant la sortie de cette campagne. C'est là aussi le sens probable de la laconique expression « il n'a pas réussi », qui indique que la légitimité de la campagne et des messages diffusés n'ont pas été clairement remis en cause par les critiques entendues.

[502] Carole Dewambrechies, « Antidépresseurs, mode d'emploi », *Le Nouvel Ane*, n°7, octobre 2007, p7.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 7. Conclusion de la deuxième monographie

Pour comprendre l'origine de cette deuxième campagne, son impulsion première, il faut s'intéresser, en premier lieu, au contexte général dans lequel elle trouve son essor. La dépression apparaît en effet de plus en plus prégnante dans les sociétés occidentales contemporaines, même si les raisons d'un tel essor ne sont pas encore aujourd'hui clairement démêlées. D'aucuns évoquent à cet endroit une emprise des laboratoires pharmaceutiques, qui auraient réussi à développer le marché économique des médicaments psychotropes en surmédicalisant de simples troubles de l'humeur, à l'aide de classifications symptomatiques volontairement larges et malléables. Pour d'autres en revanche, l'origine de cet essor inexorable des troubles dépressifs ne serait pas tant liée à une conception élargie de leur définition qu'à une évolution des mœurs en lien avec la gouvernementalité actuelle. Ici, la responsabilisation des individus, leur implication dans la réussite ou l'échec de leur situation – avec donc la psychologisation comme deuxième face de ce Janus, qui délaisse toute considération sociologique ou socio-économique pour ne se centrer que sur l'individu même – aurait pour contrepartie de les culpabiliser, de les rendre seuls responsables de leurs échecs. Ainsi, la dépression serait l'envers du décor, le versant négatif de cet individu rendu entrepreneur de lui-même.

Indépendamment des causes de la dépression, la sensibilité des instances sanitaires internationales et de la population pour ce phénomène s'en trouve marquée. C'est dans ce contexte qu'un psychiatre français, qui possédait des connexions avec le champ politique, avec le pouvoir étatique, a créé la première impulsion d'une action des pouvoirs publics sur la dépression. En effet, sous l'influence de cet acteur, un premier rapport, jamais paru officiellement, a été produit, et a servi de base pour l'élaboration d'une campagne sur la dépression. Ce sont les éléments de ce rapport qui ont ensuite été repris pour la suite de la campagne. A ce premier élément, il convient d'y ajouter une injonction étatique à réaliser des campagnes de communication et d'information sur les troubles psychiques les plus répandus, la dépression et les troubles anxieux, injonction matérialisée à la fois par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, mais aussi par la nouvelle loi de santé publique, promue peu de temps auparavant, et qui inscrivait aussi une prise en charge optimale des troubles psychiques et une réduction de la consommation de psychotropes dans ses prérogatives.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

C'est donc sur la base de cette double volonté politique que s'est construit le terreau de la campagne étudiée dans les chapitres précédents. Toutefois, en vue d'admettre une certaine légitimité de l'intervention de l'Etat dans le champ de la santé mentale, un long travail restait à faire. Celui-ci a ainsi débuté par une construction sociale de la santé publique, opérée afin de rendre logique et légitime l'immixtion de l'Etat dans ce domaine (décidée au préalable), en tentant de lier volonté politique et contexte socio-politique. Dès lors, les rapports produits (notamment ceux par l'INPES) ont développé une rhétorique alliant contexte d'ensemble, données épidémiologiques, coût socio-économique et mortalité, afin d'asseoir la légitimité de leur intervention en matière de dépression. Les arguments qui étaient alors avancés traduisaient plusieurs caractéristiques de la gouvernementalité actuelle, telle que nous les avons décrites dans la partie théorique de ce travail, ainsi qu'une construction sociale de la santé publique, avec la prévalence de la maladie, la mise en exergue du coût de la dépression lorsque celle-ci est mal prise en charge, ainsi que les conséquences délétères engendrées. Ces données ont été appuyées par la réalisation de deux études épidémiologiques, mises en place pour l'INPES, pour pouvoir appuyer son propos et argumenter son initiative.

Ces études, pour être effectives, ont dû arrêter une définition de la dépression, permettant de réaliser leur versant épidémiologique. En conséquence, l'INPES s'est appuyé sur le *Cidi Short form*, reflétant, du fait même, une évolution du champ de la psychiatrie, qui cherche à se remédicaliser, en s'appuyant sur des classifications se voulant objectives des maladies, ne se basant que sur l'existence de symptômes. Rendu nécessaire par la volonté de réaliser des études épidémiologiques, cet outil n'est pourtant pas neutre, car il opte pour une conception particulière de la dépression. Toutefois, afin de conserver une constance dans la campagne, c'est cette définition de la dépression qui a été retenue tout au long du processus de production, aussi bien dans le guide d'information réalisé que dans les spots télévisé et radiophoniques. Cela favorisait ainsi une certaine « objectivation » de cette définition, qui apparaissait naturelle et scientifique en raison de son caractère aisément observable à travers la description des symptômes. Mais il s'agissait bien là d'un parti-pris théorique, voire philosophique, ce que n'ont pas manqué de rappeler les psychanalystes millériens lors de leur dénonciation de cette campagne, en la reliant aux intérêts mercantiles de laboratoires pharmaceutiques.

Néanmoins, en raison de la nature de l'INPES, la construction sociale de la santé publique opérée ne suffisait pas encore à rendre légitime l'intervention de cet institut. En


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réponse, les membres de cet organisme ont poursuivi cette construction sociale, en élaborant une problématique permettant d'intégrer, dans ses prérogatives, une campagne de communication sur le sujet. Dans cette mesure, la problématique du recours aux soins, plus précisément de son imperfection et de son inadéquation aux recommandations de bonnes pratiques, a été extraite. Elle permettait à la fois de poursuivre la construction sociale de la santé publique déjà opérée – en reliant mauvaise prise en charge et coût socio-économique pour le système de santé, avec le suicide en point de mire – et d'orienter la campagne vers un domaine de compétences de l'INPES.

Dans cette optique, les membres de l'INPES ont posé l'hypothèse suivante : le mauvais recours aux soins des dépressifs est lié, en premier lieu, à une méconnaissance de la nature pathologique de leur état, de la part des personnes concernées. En conséquence, ces individus ne vont pas se faire soigner ou alors ne sont pas pris en charge correctement en raison d'un diagnostic manquant. Cette manière de construire la problématique de santé publique de la dépression permettait à l'INPES de trouver un angle d'attaque en lien avec son domaine d'expertise : l'éducation à la santé. En effet, si le problème de la dépression est lié à une ignorance de ce qu'est la dépression et de la manière dont elle se manifeste, alors procéder à de l'éducation à la santé permettra de faire évoluer les choses. Par le biais de ce construit social de santé publique, l'INPES aura pour mission de délivrer des informations sur la dépression. On retrouve là une technique de gouvernementalité contemporaine : responsabiliser les individus, puisque la délivrance de l'information leur permettra ensuite de prendre en charge leur état de santé, d'aller consulter un professionnel de santé. En corollaire, cette manière de poser les choses induit une psychologisation du social, puisque toute considération davantage macro-sociale, notamment concernant les causes de la dépression et leur lien possible avec la massification des problèmes sociaux, est alors gommée. Seule l'information est présentée comme la clef du changement (aspect qui se retrouve également dans le discours de la ministre de la Santé, lançant officiellement la campagne).

Cela se vérifiera d'ailleurs dans la suite de la campagne, puisque les informations qui ne cadrent pas avec cette construction sociale du problème seront écartées. Cela concerne, en premier lieu, l'existence de groupes à risque, repérés par les études épidémiologiques réalisées, mais qui ne seront jamais évoqués. A la place, le discours tenu sera celui d'une maladie qui peut toucher tout le monde, élément évoqué dans les spots télévisé et radiophoniques. De même, dans le guide d'information, la partie concernant les origines de la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dépression conserve un certain flou, sans créer de liens explicites avec telle ou telle catégorie de population. D'autres informations seront également retravaillées, afin de conserver cette approche générale – cela concerne notamment la mise en retrait du taux important de rechute de la dépression ou bien encore les témoignages qui émaillent le guide d'information, qui ont été caractérisés de façon à représenter une grande diversité de professions et à conserver un ratio entre hommes et femmes équilibré.

Ces témoignages étaient d'ailleurs employés comme technique de psychologisation, puisqu'ils étaient considérés comme des moyens de favoriser l'empathie, la projection des cibles réceptrices, ainsi que leur identification aux propos tenus. Cette logique de psychologisation se retrouve aussi à d'autres endroits du guide : elle est présente dans la manière de décrire les symptômes de la dépression, présentation axée sur l'empathie, l'explicitation du ressenti ; le travail de relecture et de corrections du guide a aussi veillé à conserver un ton positif à l'ensemble du document, tout en utilisant un vocabulaire simple pour favoriser la compréhension. La logique de responsabilisation a ainsi conduit à une sélection des informations contenues dans le guide : les informations qui constituaient de possibles entraves à une action des cibles visées (comme le taux de rechute ou une présentation trop sombre de la maladie) ont été gommées ou mises en retrait, pour favoriser la réussite de la responsabilisation des individus, en les incitant à se faire prendre en charge, en mettant en avant les bénéfices escomptés et la possibilité de s'en sortir.

Par ailleurs, afin de s'assurer que la dépression est bien considérée comme une thématique de santé publique, l'accent a été mis sur un fort traitement médiatique, permettant de faire exister massivement le thème dans l'espace public. Ainsi, outre le guide d'information, socle de la campagne, des outils de promotion de la campagne ont été parallèlement créés afin de faire la publicité aussi bien du guide d'information que de l'action de l'Etat. Pour ce faire, l'INPES a fait appel à une agence de communication. Toutefois, cette dernière n'a eu qu'une très faible marge de manœuvre dans cette campagne ; la zone d'incertitude qu'elle pouvait prétendre contrôler était en effet fortement réduite, voire phagocytée, par le construit social de santé publique de l'INPES, qui avait des attentes (en termes d'objectifs et de contraintes structurantes) très précises, réduisant l'intervention de l'agence de communication à une sous-traitance de leur expertise. La réalisation de pré-tests consécutivement aux propositions faites permettait de réduire encore davantage la zone d'incertitude contrôlée par les publicitaires, et ainsi leur marge d'action dans « l'espace


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

décisionnel ». Cela s'est fortement ressenti dans le processus de production, puisque deux créations ont été rejetées en raison de leur inadéquation avec le construit social de santé publique de l'INPES et des résultats mitigés aux pré-tests.

C'est la même maîtrise du processus de production qui s'est opérée pour les post-tests, où l'agence contactée avait, elle aussi, des exigences précises à satisfaire, qui correspondaient toutes à ce construit social, et dont elle devait vérifier la réussite effective. Le cas de ces différents tests s'accorde aussi avec la culture de l'évaluation qui traverse les politiques publiques depuis de nombreuses années – et qui renvoie notamment à la maîtrise des dépenses publiques promue dans le contexte socio-politique contemporain. Ces post-tests s'intéressaient notamment à la représentation de la dépression comme thème de santé publique, à l'identification, par les cibles réceptrices, de l'instigateur de la campagne, soulignant la recherche de retombées symboliques positives par les pouvoirs publics, lorsqu'ils organisent ce genre d'action. Ainsi, une certaine opportunité politique y préside, avec la volonté de montrer que l'on agit pour le bien-être de la collectivité – lancer la campagne officiellement au cours de la journée européenne de la dépression participe de cette même logique. Egalement, considérer la campagne comme une réussite en tenant compte du nombre de guides commandés souligne que c'était bien là le principal comportement attendu, davantage investigué que l'amélioration de la prise en charge des dépressifs proprement dite – plus difficile à évaluer dans un intervalle de temps aussi court, il est vrai. L'étude diachronique opérée autour de la lecture du guide finit, elle aussi, de consacrer l'information comme clef de la réussite de l'action entreprise.

Nonobstant, les appréhensions autour de cette campagne étaient très importantes. En premier lieu, la crainte renvoyait au fait que c'était la première incursion des pouvoirs publics à une telle échelle dans le champ de la santé mentale. Ce champ était, de plus, considéré comme très complexe, fortement dogmatique, et avec un risque de critiques très important. En conséquence, dans son construit social de santé publique, l'INPES a pris en considération cet aspect, et a aussi construit la campagne en utilisant ces données comme point de repère.
Cela concernait notamment l'importance, décidée d'emblée, de placer les psychothérapies comme traitement de premier plan de la dépression. Effectivement, par peur d'être taxé de faire le jeu des laboratoires pharmaceutiques, l'INPES voulait insister sur ces traitements psychothérapeutiques, appuyant aussi son argumentation sur les recommandations faites par la HAS et l'AFSSAPS, concernant ce type de traitement. Mais, en raison de l'absence de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réglementation concernant cette profession et de la volonté de ne pas créer de remous dans le champ de la santé mentale en privilégiant une approche plutôt qu'une autre (autrement dit, une école de pensée au détriment des autres), cette logique n'a pu aller à son terme, car aucune forme de psychothérapie n'a été évoquée explicitement et aucun acteur spécifique n'a pu être identifié. Cette limite est aussi à relier à la nature même du commanditaire, l'Etat, qui ne peut officiellement favoriser un monde social plutôt qu'un autre sans susciter de réactions, garant supposé qu'il est de la « bonne » vision des choses – ce qui correspond à la reconnaissance d'une vision du monde particulière, enjeu symbolique central dans le champ politique.

C'est aussi en raison de cette appréhension du champ de la santé mentale comme un lieu sulfureux que l'INPES a tenté de créer un « système » (au sens de Crozier) comprenant la plus large gamme possible d'acteurs de ce champ, en vue de s'assurer de leur soutien et de pouvoir bénéficier de la légitimité accordée à leur association dans la campagne. C'est bien là une démarche stratégique. Elle a conduit à recourir à plusieurs experts qui ont rédigé le guide, sur la base d'une ébauche déjà fortement réalisée, correspondant au construit social de santé publique de l'INPES, et vis-à-vis duquel n'existait qu'une faible marge d'action, puisqu'un compromis était recherché entre tous ces acteurs invités dans le système monté par l'INPES. Ces experts, parmi lesquels se trouvaient aussi des représentants d'associations d'usagers, en accord avec une autre spécificité de la gouvernementalité actuelle, ont ainsi soutenu la campagne et promu les messages qui y étaient véhiculés. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que leur satisfaction vis-à-vis de la campagne s'avère plus nuancée s'ils l'évaluent en lien avec leur monde social d'appartenance. Cette différence d'appréciation renvoie aux intérêts propres poursuivis par l'INPES, qui a créé un « système » en conséquence, dans lequel les experts ont dû se couler. Ainsi, le caractère consensuel du produit fini, recherché par l'INPES, engendre une insatisfaction d'une partie des acteurs présents, pris isolément. Mais la campagne a néanmoins rempli son objectif, puisqu'elle n'a suscité que peu de réactions d'hostilité – à l'exception d'une partie des psychanalystes, dont l'INPES savait d'emblée qu'ils s'y opposeraient, en raison du choix de la définition de la dépression arrêtée pour cette campagne.

Les médecins généralistes ont aussi trouvé une place de choix dans la campagne, car ils étaient les professionnels de première ligne, qui verraient les retombées potentielles de la campagne, au travers de l'affluence dans leur salle d'attente. En plus de ces experts, les autres


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

acteurs du champ de la santé mentale ont également été contactés, pour accroître la portée de la campagne, en limitant les critiques et points de vue dissidents. L'ensemble de la stratégie avait d'ailleurs été pensée dès le début, et se trouvait inscrite dans le cahier des charges de la campagne, soulignant, de fait, que cet aspect s'intégrait pleinement à la construction sociale de santé publique réalisée. Outre l'ensemble de ces éléments, associer différents professionnels de santé dans la campagne constituait également un moyen détourné pour tenter d'uniformiser les pratiques, en essayant de les rapprocher des recommandations de bonne pratique.

De plus, une autre peur renvoyait au risque de créer une pandémie artificielle de dépression, avec des individus qui se seraient pensés, à tort, dépressifs. Le risque semblait encore accru par le recours à un test, dans le guide d'information, permettant d'évaluer la possibilité de traverser un épisode dépressif. Ainsi, la responsabilisation des individus au travers de la campagne trouve ici sa limite : donner simplement l'information comme clef de changement du comportement comprend aussi le risque que celle-là ne soit mal interprétée, mal comprise, et conduise à des effets délétères par le biais d'une surmédicalisation de phénomènes normaux. C'était là l'écueil encouru avec ce test placé dans le guide d'information. Pour tenter d'y remédier, l'INPES a pris deux précautions supplémentaires : d'une part, en soulignant bien, en complément du test, que la notion de chronicité (plus de quinze jours) était indispensable pour commencer à évoquer l'hypothèse de la dépression, et que seul l'avis d'un médecin permettait d'assurer avec certitude le diagnostic ; d'autre part, l'INPES a rendu plus difficile l'acquisition du guide, qui nécessitait une étape intermédiaire entre la prime information concernant son existence et son acquisition. Une fois informée de son existence, la cible réceptrice devait commander le guide en passant par Internet ou par le téléphone (avec une ligne qui n'a eu une durée de vie que de trois mois). De cette manière, seuls les individus vraiment concernés par le sujet étaient supposés mener la démarche jusqu'au bout. Ainsi, la responsabilisation seule ne semble suffire, elle doit être accompagnée de précautions la limitant.

De surcroît, une autre limite de la responsabilisation concernait l'axiome que délivrer l'information entraînerait la commande du guide de la part des individus réellement dépressifs. Effectivement, du fait de la nature même des symptômes des dépressifs, et notamment d'une certaine aboulie, il pouvait paraître hasardeux de ne compter que sur la responsabilité des personnes dépressives. C'est en ce sens que la campagne dans son


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ensemble – que ce soit le guide d'information ou bien les spots de promotion – a pris le parti de viser également l'entourage des dépressifs, qui était responsabilisé en complément pour obtenir le comportement visé. Cela se retrouve aussi dans le guide d'information, où les dernières parties concernent l'aide non médicale, en termes relationnels et d'hygiène de vie, et s'adressent aussi bien aux dépressifs qu'à leur entourage, responsabilisés de concert dans la situation qui est la leur, et donc potentiellement coupables s'ils ne respectent pas les règles émises ici – comme cela affleure à certains endroits du guide, notamment quand est évoquée l'idée que « se faire soigner, c'est redevenir acteur, reprendre en main son destin ». Cette extension des cibles de la campagne avait aussi l'avantage de ne pas remettre en cause la technique de gouvernementalité employée dans la construction sociale de santé publique réalisée par l'INPES : promouvoir l'information comme levier d'action comportementale. Le fait que ces dernières parties ne contiennent aucune information proprement médicale, mais un ensemble de conseils et de règles à suivre constitue, à ce titre, l'acmé de la technique de responsabilisation des cibles réceptrices développée tout au long de cette campagne, en soulignant que la prise en charge médicale seule ne suffit pas, mais nécessite un investissement personnel dans la situation. Cette technique apparaît d'ailleurs partie prenante de la gouvernementalité dans la mesure où elle cherche à régir la manière dont les individus vivent leur existence.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 4ème partie : Troisième monographie :

# Campagne annuelle du collectif régional de prévention sida


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Une troisième et dernière campagne clôt l'analyse. Elle se différencie des deux autres pour plusieurs raisons. En premier lieu, la thématique abordée concerne le sida. Ce seul changement est fortement significatif, car il s'agit à présent d'une thématique éprouvée, déjà inscrite dans le domaine de la santé publique, et qui a donné lieu à de multiples campagnes de communication depuis plus d'une vingtaine d'années. Nous verrons les conséquences de cette antériorité dans le domaine de la santé publique, notamment en matière de construction sociale de la santé publique.

Mais cette campagne se démarque également des deux autres, car il s'agit là d'une procédure régulière, puisque chaque année, au moment de la journée mondiale contre le sida, une telle campagne est diffusée. Enfin, l'échelle de diffusion n'est plus la même, puisque nous avons ici affaire à une campagne régionale, concernant la région Nord-Pas-de-Calais.

Ces trois changements vis-à-vis des monographies précédentes rendent l'analyse de cette campagne d'un intérêt majeur, aussi bien pour comprendre les spécificités de cette campagne que pour appréhender les particularités des deux campagnes précédentes.

De manière schématique, la campagne analysée ici a été diffusée en 2007, dans les semaines précédant et suivant le 1er décembre (date de la journée mondiale contre le sida), dans la région Nord-Pas-de-Calais. Elle est signée par un collectif associatif régional, soutenu et financé par des institutions publiques et avait pour thématique centrale la lutte contre les préjugés entourant le sida, le tout sous forme d'affiches et de cartes postales[503].

Au même titre que pour les campagnes précédentes, l'analyse a conjugué à la fois des données documentaires et des entretiens avec les protagonistes de cette campagne. Ces commanditaires regroupent les représentants de quatre associations différentes (deux centrées autour de la thématique sida, mais aussi deux autres dont le centre d'intérêt principal n'est pas lié au sida, avec une association de commerçants franco-antillais et une autre de prévention de la consommation de drogues en milieu festif) ; à ce collectif associatif, il convient d'y joindre les quatre institutions ayant financé la campagne : Conseil régional, Conseil général, DDASS et mairie de Lille.

Cette brève présentation suffit à souligner la diversité des acteurs en présence, acteurs auxquels il faut bien évidemment ajouter l'agence de communication ayant contribué à la réalisation pratique de cette campagne, l'agence lilloise Haxakama.

[503] Les affiches en question se trouvent en annexes.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En résumé, les interlocuteurs interrogés dans le cadre de cette campagne se répartissent comme suit :

| **Monde social** | **Composition** | **Nombre de personnes** | **Dénomination** | **Sexe** |
|---|---|---|---|---|
| Associations du collectif régional de prévention sida | Sida Info Service, AIDES, association des commerçants franco-antillais, Spiritek | 4 | ASSO1, ASSO2, ASSO3, ASSO4 | 3 hommes et 1 femme |
| Financeurs | Conseil régional, Conseil général, DDASS, mairie de Lille | 4 | FIN1, FIN2, FIN3, FIN4 | 3 femmes et 1 homme |
| Agence de communication | publicitaires | 2 | PUB1, PUB2 | 1 homme et1 femme |

De manière similaire aux deux premières campagnes, nous allons donc revenir en détails sur la réalisation de cette campagne, à l'aide du schéma de processus de production publicitaire éprouvé dans les deux premières monographies, et en lien avec les hypothèses qui soutiennent ce travail. Dans cette optique, débutons notre travail par un bref retour sur la question du sida et son inscription (antérieure) dans la sphère de la santé publique.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 1. La construction sociale de la santé publique (T1)

Afin d'appréhender au mieux les enjeux et ressorts de la thématique sida, il semble nécessaire de procéder à un retour sur l'histoire de cette épidémie, ce qui permettra également de mieux saisir l'actualisation de la gouvernementalité au travers de la campagne de communication qui nous intéresse ici. Néanmoins, au vu du nombre conséquent de travaux sur ce point dans la littérature, nous ne ferons que présenter les grandes lignes de cette histoire.

## 1. Retour sur la dernière grande épidémie du XX$^{e}$ siècle

Il est possible de distinguer quatre grandes phases dans l'histoire du sida, phases qui sont communes à la plupart des pays[504] :

- Une première phase, qui va de 1980 à 1985, où s'expriment déni et indifférence, le tout couplé à une profonde ignorance sur la maladie ;
- La deuxième phase débute en 1985, avec l'apparition d'un test de dépistage permettant d'identifier les anticorps anti-VIH présents chez les personnes infectées. Cette phase est marquée par une mobilisation importante, mais propre à certains groupes sociaux, qui opèrent un travail important en vue d'apporter des réponses à ce nouveau fléau. Cette étape se poursuit jusqu'en 1986-1989, selon les pays ;
- La troisième phase est celle de la mise en œuvre des réponses par les pouvoirs publics, l'inscription de la pathologie dans le giron de la santé publique, et ce alors même que la médecine se révèle toujours impuissante face au virus ;
- La quatrième phase, enfin, débute vers 1996, avec l'apparition de traitements capables de réduire fortement l'évolution de la maladie tout en améliorant les conditions de vie des malades, sans toutefois réussir à éradiquer le virus.

[504] Michel Setbon, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, n°41, vol.1, 2000, pp61-78.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-1 Début de l'épidémie et mobilisation associative (phases 1 et 2)

Dans les débuts de l'épidémie – soit environ de 1980 à 1986, avec l'identification du virus en 1983 –, le sida est interprété, présenté et perçu comme une maladie qui affecte certains groupes aux comportements particuliers, homosexuels et toxicomanes. Le sida est alors socialement perçu en relation avec les modes de vie de ces populations. Cette concentration des cas sur des populations marginales explique l'indifférence du public général, encouragée par un large déni de la profession médicale. Le champ médical et les médias grands publics parlent à ce titre, dans les débuts de la maladie, de « cancer gay ». C'est en raison de cette attitude que les groupes concernés décident de se mobiliser et de porter cette thématique, afin d'essayer de faire évoluer l'opinion et d'en faire une problématique sanitaire de premier plan : « pour ces groupes, l'enjeu est double : d'une part, parvenir à inscrire le problème sur l'agenda politique, condition indispensable à l'élaboration de réponses spécifiques, d'autre part empêcher que ne soient déclenchées certaines actions sanitaires classiques aux effets sociaux pénalisants et stigmatisants (dépistage obligatoire, quarantaine, déclaration obligatoire et nominative des personnes infectées, etc.) »[505]. Ainsi, « les conditions dans lesquelles sont pris en charge les malades sont l'objet principal des critiques provenant des associations et de certains médecins qui reprochent aux pouvoirs publics de ne pas prendre la mesure du problème »[506].

En ce sens, la politisation du sida s'explique, en premier lieu, par un besoin de réponses considérées comme acceptables par ceux qui s'identifient comme directement concernés et absents du paysage sanitaire et social –, aspect qui fait l'originalité politique de la lutte contre le sida en France. S'exprime donc un affrontement entre acteurs dans le champ politique de la lutte contre le sida, pour se faire reconnaître comme porte-parole des victimes de l'épidémie et pour définir les modalités de la lutte contre la maladie : « l'existence de points de vue inconciliables sur la définition même de ce que doit être la lutte contre le sida conduit à la création de plusieurs associations qui vont entrer dans des luttes de concurrence. Ces associations se différencient par leur composition sociologique, leurs finalités, leurs pratiques, leur développement, leurs modalités de fonctionnement, la place accordée aux personnes atteintes par le virus, leurs rapports aux institutions médicales, aux pouvoirs

[505] Michel Setbon, *op. cit.*, p65.
[506] Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, La Découverte, Paris, 2002, p29.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

politiques, etc. »[507]. « Le mouvement de lutte contre le sida se caractérise ainsi par un processus de diversification et de spécialisation continu qui, à partir de 1986, se traduit par la multiplication de structures militantes ou des groupes bénévoles »[508].

La première association française de lutte contre le sida est créée en 1982 (Association de recherche sur le sida), et en 1984, c'est AIDES qui voit le jour, association emblématique de cette lutte, avec laquelle elle tend à se confondre. Toutefois, dans le cas de cette dernière association, « si les craintes d'une stigmatisation croissante des personnes atteintes par l'infection et de réactions homophobes définissent une stratégie centrée sur la défense de l'image et de la dignité des malades, les fondateurs d'AIDES préconisent une vocation généraliste qui s'appuie d'une part sur le refus de références identitaires et, d'autre part, sur l'universalisme de l'action associative »[509]. Le lien premier entre lutte contre la maladie et homosexualité est donc mis à distance, puisque AIDES se veut porteur de l'intérêt de tous les malades, indépendamment de leur mode de vie ou de leur préférence sexuelle.

Les choses évoluent à partir de 1986, avec la reconnaissance de la contamination hétérosexuelle, qui fait alors du sida un risque généralisé, et non plus limité à quelques groupes marginaux. A l'indifférence succèdent la peur et une demande sociale de protection, car le sida est perçu à présent comme un risque socialement inacceptable. Cette prise de conscience a notamment été favorisée par la mise sur le marché d'un test sanguin de dépistage en 1985, qui a modifié la vision de l'épidémie en donnant à voir la partie immergée de l'iceberg. Le sida n'apparaît plus alors comme menaçant uniquement les homosexuels, mais le virus s'étend à d'autres minorités : usagers de drogues, hémophiles, transfusés, prisonniers, immigrés et prostituées. Aux Etats-Unis, l'expression « maladie des 5 H » (héroïnomanes, hémophiles, homosexuels, Haïtiens, *hookers* c'est-à-dire prostituées) émerge. La progression de la contamination dans ces groupes est vue comme une porte d'entrée dans la majorité hétérosexuelle de la population. En outre, avec le recours au test de dépistage, une nouvelle figure apparaît, celle du séropositif, qui change l'image de la maladie, en donnant à voir un stade antérieur au développement même de la maladie. Dès lors, cela rend inévitable l'entrée en scène des pouvoirs publics : « la mise en route des pratiques de dépistage a donc fait surgir

[507] Patrice Pinell (dir), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, PUF, Paris, 2002, p5.
[508] Claude Thiaudière, *op.cit.*, p32.
[509] *Ibid*., p25.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

une autre dimension de la réalité épidémique, par la construction d'une nouvelle catégorie regroupant des individus, apparemment en bonne santé, n'ayant souvent pour seule anomalie que ce résultat positif à un test, mais qui, pourtant, peuvent se voir comme des condamnés à mort potentiels »[510].

En France, la ministre de la Santé de l'époque, Michèle Barzach, parvient à initier un programme de lutte contre le sida, car, avec l'apparition de cette figure du séropositif, les contours de l'épidémie changent et le sida peut alors être érigé en fléau qui menace la société dans son ensemble, et non plus seulement quelques franges de la population clairement définies. « Bref, les conditions étaient remplies pour que le sida devienne une cause nationale, intéressant l'ensemble de la population à travers les risques qu'il faisait encourir, notamment, à la jeunesse du pays »[511]. Cela a des conséquences également sur le mouvement associatif : « l'histoire du monde associatif devient indissociable de celle de l'intervention des pouvoirs publics »[512].

En conséquence, les réponses innovantes, élaborées entre 1986 et 1989 dans les pays développés, se répartissent en trois grandes directions : l'information préventive, dirigée vers la population générale et visant certains publics identifiés comme « groupes à risque » ; le dépistage élaboré sous forme de politiques publiques caractérisées par le volontariat et l'anonymat, et intégrant un objectif d'information préventive ; enfin, par une innovation majeure en direction des usagers de drogue, avec la mise en place de politiques de réduction des risques (programmes d'accès aux seringues, échanges de seringues puis, plus tard, programmes de substitution).

Concernant la question du dépistage, un débat oppose alors les tenants d'un dépistage systématique et ceux d'un dépistage volontaire et anonyme. Les contempteurs du dépistage systématique, notamment les associations, y voient une remise en cause de la liberté individuelle et de la responsabilité de choix des individus. S'exprime aussi la crainte que le dépistage ne soit l'occasion d'un fichage des individus contaminés. Les cliniciens soutiennent les associations sur le dépistage volontaire, et tous deux prennent une position commune : « pour le mouvement associatif, il s'agit d'éviter que les mesures publiques portent atteinte à la liberté des individus. Pour une majorité de médecins, l'imposition du test risque de

[510] Patrice Pinell (dir.), *op.cit.*, p88.
[511] *Ibid*, p16.
[512] *Ibidem*., p75.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

n'apporter aucun bénéfice thérapeutique conséquent et ne peut être que source d'angoisse »[513].

En revanche, les tenants de la position inverse considèrent le dépistage obligatoire comme une mesure permettant l'intervention auprès des personnes séropositives afin qu'elles ne diffusent pas le virus, mais aussi comme un moyen d'améliorer la connaissance et la surveillance épidémiologiques. Le dépistage finalement considéré comme devant rester une affaire individuelle, la lutte contre la maladie s'oriente alors prioritairement vers l'information et l'éducation, avec la diffusion d'informations auprès de la jeunesse, par les canaux de l'Education nationale et de la Justice. Début 1988, est fixé l'objectif de créer des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), aboutissement logique du choix opéré par la sphère étatique de ne pas imposer autoritairement le dépistage de la séropositivité : cela « concrétise une approche du problème reconnaissant à l'individu une liberté décisionnelle (il a le droit de ne pas vouloir savoir) tout en lui offrant des conditions techniques et institutionnelles favorables s'il veut savoir (un centre gratuit) et en s'engageant à préserver son anonymat »[514]. Ces CDAG deviendront même le pivot sur lequel s'articuleront prévention et prise en charge, à partir des années 1995-1996.

Quant à l'innovation à destination des usagers de drogues, elle fait en partie suite aux données épidémiologiques de 1986, qui montrent une augmentation brutale des cas survenus chez les toxicomanes utilisant des produits injectables (20% des nouveaux cas sur un an). Dès lors, l'irruption du sida, avec les risques de contamination potentiellement mortels qu'il introduit, interroge le crédo des thérapeutes : « la logique de prévention du sida chez les toxicomanes commande une intervention sur la pratique à l'origine des risques de contamination : l'utilisation par plusieurs individus de la même seringue. Par la propagande, il s'agit de convaincre celui qui se pique d'utiliser une seringue « propre » (c'est-à-dire neuve ou désinfectée), l'idéal étant que l'utilisateur finisse par intérioriser une façon hygiénique de se *shooter* »[515], mesure qui s'appuie donc sur la responsabilisation des individus pour être efficace. L'interrogation se porte alors sur la signification de cet échange de seringues : « la prévention du sida se situe à un niveau où elle ne peut qu'entériner la pratique consistant à s'injecter une drogue, pour pouvoir la contrôler. Contrôle qui passe par un travail pédagogique sur l'utilisateur »[516]. Cela exprime clairement cette technique de gouvernementalité particulière qu'est la responsabilisation des individus : « la prévention du

[513] Claude Thiaudière, *op.cit.*, p36.
[514] Patrice Pinell, *op. cit.*, p99.
[515] *Ibid*., p129.
[516] *Ibidem*., p130.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

sida part donc du présupposé que celui qui s'injecte de la drogue est accessible à une intervention pédagogique et capable de conformer sa pratique à des choix de santé »[517]. Un changement de paradigme s'opère, « la philosophie de l'abstinence est battue en brèche au nom d'une conception donnant la priorité à la question de la réduction des risques de contamination : le toxicomane qui se « shoote » doit être considéré d'abord comme un individu en danger de mort, les dangers qu'il court du fait de sa dépendance passant au second plan »[518].

Toutes ces stratégies innovantes mises en place se font, non par abandon des préceptes moraux qui en sont à la base, mais par une nécessaire hiérarchisation des risques (et des valeurs), qui donne la priorité aux risques de contamination par le virus. « La stratégie ainsi définie entend donner à l'épidémie la dimension d'un fléau national concernant, à ce titre, l'ensemble de la population d'un pays »[519]. C'est dans cette même optique que l'Etat se rallie au point de vue des représentants associatifs face à celui des épidémiologistes, concernant le débat sur la caractérisation sociale des risques encourus : à l'approche de ceux-ci, basée sur l'identification de groupes à risques (homosexuels masculins, toxicomanes, hémophiles, migrants d'Afrique), l'Etat privilégie le point de vue de ceux-là, partisans d'une prise de risques vécue sur le mode individuel, et non pas en tant que propriété collective d'un groupe quelconque. Ainsi, « la perspective généraliste, par laquelle le malade est au centre des préoccupations, quel que soit ses choix de vie et ses préférences sexuelles, s'ajuste bien à l'idée de campagne de prévention « tout public » »[520].

En outre, le caractère exceptionnel du sida s'affirme au travers de la place conquise par des acteurs extérieurs aux politiques publiques, qui se sont accaparé un certain nombre de pouvoirs : « indiscutablement, le sida a modifié tant les pratiques et la place de la santé publique dans le système de santé que les relations entre professionnels, gestionnaires et profanes à travers la présence active des associations de malades et de volontaires »[521]. En ce sens, la spécificité du sida renvoie à la place de premier plan prise par le mouvement associatif, qui se montre très investi, et face auquel l'Etat ne fera qu'emboiter le pas, pris au

[517] *Ibidem*., p130.
[518] *Ibidem*., p339.
[519] *Ibidem*., p96.
[520] *Ibidem*., p97.
[521] Michel Setbon, *op.cit.*, p62.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dépourvu face à cette maladie qui ne se laisse pas saisir par les mesures de santé publique déjà existantes. En effet, le mouvement associatif a démontré qu'il était beaucoup plus à même que les institutions publiques d'intervenir sur le terrain auprès des malades ; ces associations ont également noué des liens avec le monde médical, et s'étaient donc rendues indispensables. Dans ces conditions, l'Etat ne pouvait que rechercher leur appui, puisque l'initiative privée tendait alors à se substituer aux institutions étatiques pour remplir une fonction publique. Le mouvement associatif se voit reconnaître la légitimité d'intervenir dans le débat politique sur les orientations à donner à la lutte contre l'épidémie.

Ainsi, l'inauguration d'une politique anti-sida, en France, va se fonder sur une triple alliance, Etat, mouvement associatif et institution médicale, qui se répartit les tâches : les associations prennent en charge le travail de terrain, l'Etat organise les premières campagnes de communication « grand public », en faisant valoir ses préoccupations (la « jeunesse », les cas nouveaux de contamination « mères-enfants ») et l'institution médicale s'occupe de la prise en charge des malades sur le plan sanitaire. En ce sens, le sida a aussi profondément modifié les rapports entre médecins et patients, avec un corps médical interloqué par la maladie, et des associations possédant un savoir leur permettant d'acquérir un pouvoir face au corps médical, obligé d'admettre ses limites en la matière. Cette caractéristique ne fait que renforcer l'importance et la place de premier plan que les associations de patients ont eu au travers de cette épidémie.

Toutefois, en affirmant la nature de fléau social du sida et la nécessité pour lui d'y faire face, l'Etat se démarque quelque peu des positions du mouvement associatif, « il indique aussi la nécessité d'un changement d'échelle dans les actions à entreprendre, que lui seul est à même d'entreprendre »[522]. Une loi est votée le 30 juillet 1987, qui donne à l'Etat la responsabilité de définir la politique de lutte contre le sida. On y retrouve la préoccupation des cas de contamination mères-enfants, avec Michèle Barzach qui met l'accent sur le drame que vivent les mères séropositives et leurs enfants, atteints ou non. Mais cette question constitue également un enjeu pour les services de maternité ou de pédiatrie confrontés aux premiers cas de mères et d'enfants séropositifs : « enjeu médical certes, avec la question de la prévention de la contamination de la mère au fœtus, mais aussi enjeu social pour ces services, avec les peurs qui risquent de gagner leur clientèle et les risques de rejet de stigmatisation »[523].

[522] Patrice Pinell, *op.cit.*, p94.
[523] *Ibidem*., p132.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-2 Inscription du sida dans le champ de la santé publique (phase 3)

A partir de 1989, sont posées les bases d'une intervention pleine et entière des institutions publiques, notamment en France avec la politique du ministre de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, Claude Evin : « la lutte contre le sida entre […] dans une phase de reconnaissance institutionnelle »[524]. Le tout se fait dans un contexte où est relancée la question de la responsabilité de l'Etat dans l'organisation d'un dépistage efficace, avec une progression régulière du nombre de personnes testées positivement et la méconnaissance du nombre total de personnes infectées, qui plaident en faveur d'une intervention plus volontariste de l'Etat en matière de prévention et de dépistage. Pour Claude Evin, il convient donc de « donner un contenu concret (en termes d'intervention étatique) à la consécration du sida comme cause d'intérêt général : autrement dit, prendre des mesures à la taille d'une épidémie érigée au rang de fléau social »[525].

Dans cette optique, l'intervention de l'Etat se matérialise par la mise en place d'un dispositif public anti-sida, avec la création de trois agences aux attributions complémentaires – l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), le Conseil national du sida (CNS) et l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) –, mais aussi par un financement croissant des associations, reprenant, en ce sens, la triple alliance des pouvoirs publics, des médecins et des associations, qui était le pilier de la politique de Barzach. Cette complémentarité s'est même accentuée : « la prise en compte de l'épidémie comme fléau social par le champ politique, est allée de pair avec la reconnaissance du rôle des associations sur le terrain des interventions médico-sociales et de leur légitimité à représenter les malades. Dans le même temps, celles-ci se sont développées, ont élargi la palette de leurs interventions en termes de services comme de populations, et ont aussi diversifié leur recrutement (proportionnellement, on trouve de moins en moins de malades, et de plus en plus de femmes hétérosexuelles séronégatives). Du même coup, leurs positions se sont encore renforcées, d'autant plus que les médecins peuvent de moins en moins se passer d'elles »[526]. Effectivement, la phase asymptomatique de la maladie (la séropositivité) les laissant toujours désarmés, les cliniciens sont portés à accorder, par défaut, une place privilégiée à la prévention, qui apparaît toujours comme le moyen le plus efficace de contrôler l'épidémie. « L'action des associations est donc

[524] Claude Thiaudière, *op.cit.*, p40.
[525] Patrice Pinell., *op.cit,* p153.
[526] *Ibid*., p151.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

importante pour eux, à la fois parce qu'elles suppléent les lacunes hospitalières dans la prise en charge de malades et parce qu'elles s'occupent de la prévention »[527]. Néanmoins, l'Etat cherche aussi à s'installer dans une fonction de décideur et de régulateur, avec une main tendue aux associations qui va de pair avec une limitation de leur terrain d'intervention : « les associations ont leur place pleine et entière dans la lutte contre le sida, mais lorsque les fonctions qu'elles remplissent ne peuvent l'être par aucune institution publique »[528]. Dans cette optique, l'Etat cherche progressivement à contrôler, à orienter et à organiser le développement associatif.

Mêmement, fin 1990, est créée la ligne téléphonique Sida Info Service, instrument permettant de s'adresser au grand public, mais aussi aux groupes les plus menacés par l'épidémie : « en cela, la ligne téléphonique constitue un instrument d'intervention de masse (et donc un dispositif public par excellence) tout en remplissant simultanément des fonctions de prévention, de soutien psychologique, d'observation des représentations et des comportements liés au sida »[529].

Cette époque est marquée, enfin, par une montée en puissance de la mobilisation, liée à l'incidence croissante – en termes de nombre de décès, de malades et de séropositifs asymptomatiques – d'une épidémie contre laquelle la médecine se révèle toujours impuissante, sans parade thérapeutique. De nouvelles associations ne cessent de se créer. On y trouve notamment « Ensemble contre le sida », directement liée au projet des chaînes de télévision françaises, publiques comme privées, d'organiser conjointement une grande émission en faveur de la lutte contre le sida au cours de laquelle le public serait appelé à manifester sa solidarité par des dons. Le 7 avril 1994, un seul et même programme est ainsi diffusé sur l'ensemble des chaînes, le Sidaction, qui donne à la lutte contre le sida une visibilité sociale sans commune mesure avec ce qu'elle était jusque-là (33,1 millions de téléspectateurs l'ont regardée à un moment donné de la soirée) et qui permet de récolter 291 millions de francs.

[527] *Ibidem*., p152.
[528] *Ibidem*., p173.
[529] *Ibidem*., p190.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-3 Nouveaux traitements et « normalisation paradoxale » du sida (phase 4)

Aux alentours de l'année 1996, la lutte contre le sida connaît un autre tournant, avec l'apparition de nouveaux traitements capables de réduire significativement l'évolution de la maladie, prolongeant l'espérance de vie des personnes atteintes tout en améliorant leurs conditions de vie : « le progrès thérapeutique indéniable que constituent les « trithérapies » tend à redonner une place centrale aux institutions médicales et, ouvrant de nouvelles perspectives, modifie la représentation de la maladie. Le sida apparaît maintenant comme un fléau de mieux en mieux contrôlable par la médecine »[530]. Ces évolutions thérapeutiques créent les conditions d'une maladie chronique : « l'unification clinique et biologique des stades de la maladie comme la précocité des traitements élargissent la vision temporelle d'une maladie qui s'inscrit dans la longue durée (quelles qu'en soient la gravité ou l'issue) »[531]. De ce fait, les conceptions de la maladie changent, et l'infection au VIH s'inscrit, historiquement, dans une transformation profonde du type de pathologies (comme le cancer ou le diabète) que la médecine traite. De surcroît, outre le traitement, est rendue nécessaire une collaboration active du malade, « une « autodiscipline » dans le suivi du traitement (« compliance » ou « observance »), ainsi qu'un apprentissage de connaissances et de gestes médicaux (« éducation du patient ») »[532].

Parallèlement, ces progrès thérapeutiques ont conduit progressivement à un amoindrissement de l'intérêt médiatique pour le sujet (comme le dénote la discrétion entourant la réalisation du troisième Sidaction), ainsi qu'à un profond mouvement de désaffection militante, qui touche toutes les associations, et certaines de ces dernières tentent de décloisonner leur terrain d'activités, en s'écartant de la seule thématique du sida pour l'étendre à d'autres pathologies – à l'instar de AIDES qui s'intéresse à l'hépatite C. En résumé donc, « avec les multithérapies, un discours s'est imposé à partir des années 1996-1997 : le fléau serait enfin maîtrisé grâce aux progrès de la médecine »[533]. En ce sens, la lutte contre le sida entre dans une sorte de phase de « normalisation », caractérisée par des politiques de santé publique qui laissent une place de plus en plus prépondérante aux aspects curatifs. « Les conditions de prise en charge des malades se sont donc transformées :

[530] *Ibidem*., p336.
[531] Claude Thiaudière, *op.cit.*, p68.
[532] *Ibid*., p70.
[533] *Ibidem*., p82.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

essentiellement par une baisse conséquente des hospitalisations et, conjointement, par l'accroissement du nombre de personnes qui, séropositives (c'est-à-dire n'ayant pas développé d'infections opportunistes), bénéficient d'un traitement précoce »[534].
Toutefois, l'espoir mis un temps dans l'efficacité des trithérapies a cédé la place à des interrogations, comme l'a confirmé la quatorzième conférence internationale de juillet 2002, tenue à Barcelone : « à l'approche virologique dominante, qui a marqué l'intérêt porté aux antirétroviraux, succède une pondération face aux effets secondaires qu'ils produisent »[535].

Une page de l'histoire de la lutte contre le sida est alors tournée : « une autre commence donc, avec comme problèmes cruciaux les difficultés posées par le suivi des traitements et le relâchement des comportements préventifs »[536]. C'est ce que Michel Setbon appelle « la normalisation paradoxale du sida »[537], qui correspond à ce double constat qui fait figure de paradoxe : d'une part, le sida aura été à l'origine de l'une des plus fortes mobilisations qu'auront connue les démocraties modernes confrontées à un problème de santé publique, d'autre part, la mobilisation a laissé la place à une désaffection que rien, sur le plan factuel, ne permet de justifier. Selon lui, « les conditions de la normalisation actuelle ne sont rendues intelligibles qu'à la lumière des facteurs qui ont contribué à faire du sida un phénomène exceptionnel »[538], facteurs que nous avons eu l'occasion d'étudier dans les pages qui précèdent. Plus précisément, la modification de la perception du sida explique, selon lui, cette normalisation, puisque cette maladie a été rendue acceptable par l'existence d'une réponse médicale *ad hoc* : « ce n'est pas le problème qui change sous l'effet des réponses, mais sa perception et son acceptabilité sociale qui s'en trouvent modifiées par les réponses exceptionnelles, par les progrès, aussi limités soient-ils, des thérapeutiques sur la maladie sida, et plus largement par la réduction de l'incertitude qui caractérisait la phase de mobilisation »[539]. Pour autant, cette acceptabilité n'est pas liée à une réduction objective du risque, comme en témoigne une recrudescence sensible des comportements à risque. Dès lors, « force est de constater que partout, les progrès thérapeutiques s'accompagnent d'une désaffection pour la prévention, et au premier rang d'une réduction des programmes publics qui la promeuvent. Ainsi se dessine l'autre face de la normalisation, celle d'un retour à l'état

[534] Claude Thiaudière, *op.cit,* p82.
[535] *Ibid*., p95.
[536] Patrice Pinell, *op.cit.,* p337.
[537] Michel Setbon, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, n°41, vol.1, 2000, pp61-78.
[538] *Ibid*., p61.
[539] *Ibidem*., p63.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

antérieur corrélé à un retour au monopole de la médecine curative »[540]. C'est donc la perception du sida en tant que risque qui a principalement évolué vers l'acceptabilité. Pour comprendre le sens de cette interprétation, l'auteur précise que « l'acceptabilité sociale d'un risque comme le sida traduit les perceptions de l'ensemble du public, objectivement peu ou pas exposé, tandis que l'acceptabilité individuelle a des conséquences directes sur les comportements à risque des publics exposés. En même temps, leur interdépendance est réelle : plus l'acceptabilité sociale du risque est élevée, plus elle favorise l'acceptabilité individuelle, c'est-à-dire réduit la perception du risque et donc encourage à des comportements risqués »[541].

C'est en écho à ces phénomènes que Michel Setbon évoque l'idée de « normalisation paradoxale » : « réponses et réduction de l'incertitude vont modifier la perception sociale et individuelle du risque et le rendre de plus en plus acceptable : ce changement caractérise la phase actuelle de normalisation. Le risque est alors socialement perçu comme un risque individuel à la fois connu et maîtrisable (ou contrôlable), comme le sont ceux liés à l'automobile ou au tabac »[542]. Quant au côté paradoxal de ce procès, il repose sur l'espoir partagé que la perception du risque soit conforme à sa réduction réelle : « la première résulte de l'acceptabilité des réponses que renforce la réduction de l'incertitude, la seconde de leur pertinence et de leur utilisation adéquate »[543].
Pour Claude Thiaudière en revanche, ce relâchement de la prévention ne peut se résumer à un regain d'optimisme lié aux progrès thérapeutiques : « d'autres causes sont également à considérer, comme l'entrée dans la sexualité de nouvelles générations moins « sensibles » aux discours publics et relativement distantes vis-à-vis du militantisme anti-sida, qui pourrait être un facteur de la baisse de vigilance »[544].

Ainsi, en 2007, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde est estimé à environ 33 millions[545], avec 2,5 millions de personnes nouvellement infectées, soit une moyenne de plus de 6 800 nouvelles infections par jour. En outre, 2,1 millions de personnes sont décédées du sida cette même année. L'Afrique subsaharienne abrite, à elle seule, les

[540] *Ibidem*., p71.
[541] *Ibidem*., p73.
[542] *Ibidem*., p75.
[543] *Ibidem*., p75.
[544] Claude Thiaudière, *op.cit*., p85.
[545] L'ensemble des chiffres évoqués ici sont tirés du communiqué de presse d'ONU SIDA du 20 novembre 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

deux-tiers de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde – soit approximativement 22,5 millions d'individus.

De surcroît, la prévalence reste toujours élevée dans les groupes les plus exposés, et tend même à s'étendre à d'autres groupes caractérisés par leur origine ethnique et leur situation sociale fragile. La tendance est aussi à un accroissement régulier du nombre absolu et relatif des cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle, même si ce nombre reste faible. « Cette évolution, associée à un constat de vulnérabilité socio-économique accrue des personnes atteintes, indique une sorte de « normalisation épidémiologique » caractérisée par une surreprésentation des groupes sociaux défavorisés »[546]. La prise en charge médicale révèle ainsi l'existence de situations précaires : en 1999, 17% des malades suivis à l'hôpital sont au chômage, 11% en situation précaire et 6% n'ont pas de couverture sociale[547]. De plus, le diagnostic de la maladie peut contribuer à provoquer précarité, exclusion ou marginalisation sociales. « Les inégalités sociales, et plus particulièrement celles de classes, se manifestent aussi bien dans la précarité ou le retard de diagnostic que dans les modalités d'accès aux soins ou les effets de précarité liés à la maladie »[548].

Selon Thiaudière, cette relation entre inégalités sociales et sida s'explique par le désintérêt progressif qui a accompagné le sida dans la quatrième phase de son histoire, rejoignant ainsi cette idée de normalisation paradoxale de Setbon : « la progression de l'épidémie dans ces catégories sociales [populaires] pourrait souligner que la banalisation publique du sida s'articule à une paupérisation favorisant un phénomène de désintéressement social que l'on retrouve dans la plupart des pays occidentaux et dans certains cas, dès le début des années 1990 »[549].

## 2. Les campagnes de communication sur le sida

### 2-1 Les représentations négatives et préjugés liés à la maladie

Avant d'aborder les campagnes de communications sur le sida, il paraît opportun de faire un détour par les préjugés et autres formes d'ostracisme liés à la maladie, afin de cerner au mieux le sens et les enjeux de ces campagnes. Effectivement, dès le début de l'épidémie,

[546] Michel Setbon, *op.cit.*, p69.
[547] Ces statistiques sont tirées du livre de Claude Thiaudière, cité précédemment.
[548] Claude Thiaudière, *op.cit.*., p62.
[549] *Ibid*., p83.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

certains groupes sociaux ont été plus particulièrement infectés par le virus : les homosexuels, les consommateurs de drogues injectables, les migrants et les prostituées. Il n'en fallait pas plus pour que ces groupes soient stigmatisés et perçus comme en partie responsables du malheur qui leur arrive : « le sida apparaît comme une maladie de « marginaux », portée par des médecins se considérant eux-mêmes comme des « marginaux » dans le champ médical »[550]. Pour certains groupes, ce stigmate ne faisait que s'ajouter à une stigmatisation plus ancienne – c'est le cas notamment des homosexuels, stigmatisés en raison de leur déviance à la norme hétérosexuelle largement prégnante dans la société. Rappelons, à ce titre, que l'homosexualité fut longtemps considérée comme une maladie mentale. Dès lors, même si la maladie s'étend très vite au-delà de ces populations circonscrites pour toucher la majorité hétérosexuelle, il n'en reste pas moins que la maladie fut, à ses débuts, qualifiée de « cancer gay », soulignant la concaténation supposée entre le mode de vie de ces populations et le mal qui les afflige.

Denise Jodelet ne dit pas autre chose lorsqu'elle souligne que les gens ont élaboré, avant que la recherche biologique n'ait mis en lumière la nature du sida, des interprétations en s'appuyant sur les éléments dont ils disposaient concernant les porteurs et les vecteurs (sang, sperme) du mal. Ce que l'on connaissait de la transmission de la maladie et de ses victimes a plus particulièrement favorisé l'émergence de deux conceptions, l'une morale et sociale, et l'autre plutôt biologique, qui ont contribué à un ostracisme vis-à-vis de ces populations.

Dans le cas de la conception sociale et morale, le sida est interprété comme une maladie qui punit des mœurs sexuelles dissolues. En contrepoint, il y a un repli sur les valeurs familiales traditionnelles, perçues comme un rempart contre la maladie et la défense d'un ordre moral conservateur : « cette vision morale fait de la maladie un stigmate social qui peut entraîner ostracisme et rejet »[551].

Quant à la transmission de la maladie par le sang et le sperme, elle donna lieu à une vision biologique inquiétante, avec la peur que la contamination ne puisse se faire aussi par d'autres liquides corporels, plus particulièrement la salive et la sueur.

Ainsi, le manque d'informations et l'incertitude de la science favorisent l'émergence de représentations pour se défendre de la menace, représentations qui vont circuler dans l'espace social – à l'instar de Jean-Marie Le Pen, qui préconisait la création de « sidatorium », position

[550] *Ibidem..*, p13.

[551] Denise Jodelet, « Représentations sociales : un domaine en expansion », in Denise Jodelet (dir), *Les représentations sociales*, PUF, Paris, 2003, p49.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

fortement relayée par les médias à l'époque, et qui avait fait polémique. En ce sens, avec le sida, « un événement surgit dans l'horizon social qui ne peut laisser indifférent : il mobilise peur, attention et une activité cognitive pour le comprendre, le maîtriser et s'en défendre »[552].

La diffusion des savoirs scientifiques acquis au fur et à mesure des années n'a pas marginalisé pour autant les jugements ordinaires sur le danger de contamination. Le sida reste souvent associé à la « faute », avec une pratique qui présente un risque car elle est jugée « anormale » ou difficilement acceptable. A ce titre, selon Claude Thiaudière, les usages sociaux de catégories scientifiques – telles que les notions épidémiologiques de « groupes à risque » ou de « facteurs de risque » – n'opèrent pas une rupture totale avec les notions de « faute » ou de « danger ». De ce fait, ces concepts se superposent aux stigmates accolés aux figures du Drogué, de l'Homosexuel, de la Prostituée ou du Migrant qui, de groupes déviants, deviennent des groupes porteurs d'un danger de maladie. Plus encore, les peurs de la contagion, les réactions normatives face à la « déviance » que présuppose le mode de contamination déterminent les comportements de rejet ou de tolérance face aux malades : « le rapport à la maladie reste dépendant du rapport (de la proximité ou de la distance) à ce qu'elle incarne : une différence morale »[553]. C'est donc en rapport avec ces éléments que l'Etat élabore des messages médiatiques de prévention face au sida.

### 2-2 Campagnes de communication et responsabilisation des individus

En raison de l'antériorité de l'inscription de la thématique sida dans la sphère de la santé publique, de multiples campagnes de communication ont été réalisées depuis l'apparition de la maladie au début des années 1980. Mais celles-ci révèlent également l'ambiguïté de la prévention dans le contexte français. D'une part, les campagnes publiques d'information et de prévention ont été tardives en France et peu explicites ; d'autre part, la stratégie retenue a été de diffuser un message indifférencié – avec en substrat l'idée que tout le monde est concerné et doit donc se protéger –, qui questionne sur sa capacité à réduire le risque des personnes les plus exposées, ces populations à risque mises en lumière par les épidémiologistes. « Cette réticence à doubler les campagnes d'information en direction du public général de campagnes ciblées et explicites sur les groupes les plus exposés au risque

[552] *Ibid*., p51.
[553] Claude Thiaudière, *op.cit*., p78.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

semble justifiée par la crainte que la différenciation épidémiologique ne génère une stigmatisation sociale »[554].

En adoptant cette perspective, « la communication a pour fonction moins de « changer des comportements » que de produire et d'instituer des représentations légitimes à travers les messages diffusés » [555] . Dès lors, « la démarche consiste à observer et corriger les représentations de la maladie, les « croyances » sur les modes de transmission et l'efficacité des moyens de précaution »[556]. Dans le cadre de la France, le ministère de la Santé confie l'organisation de l'information sur le sida au CFES (Comité français d'éducation pour la santé), placé sous sa tutelle. Mais cet institut se trouve alors mis en concurrence avec les différentes associations présentes depuis plus longtemps sur « le terrain » et qui disposent de compétences pour traiter des questions sociales posées par le sida (sexualité, pratiques sociales, etc.) : « arrivant en concurrent, avec une image d'institution hygiéniste et normalisatrice, le CFES doit, stratégie politique oblige, composer avec des associations dont la vision de l'éducation préventive est différente de la sienne »[557].
De surcroît, la volonté étatique de faire de la maladie un risque touchant tout le monde détermine la manière de traiter le sujet : « pour sa première expression publique, la « voix de l'Etat » se doit d'affirmer la dimension de cause nationale du fléau »[558].

Avec un message en forme de comptine (*Le sida : il ne passera pas par nous*) centré sur le danger de contamination, et une imagerie qui met en scène un jeune couple, garçon et fille, rompant une ligne rouge symbolisant l'épidémie, la campagne du CFES de 1987 est une réponse sacrifiant à la recherche d'un consensus social, qui fait ressortir un impératif de prévention pour « la jeunesse », donc *a priori* acceptable par tous : « la campagne du CFES dessine les grandes lignes de ce qui justifie la transformation du sida en cause nationale impliquant toute la population : le devoir moral et politique d'alerter les jeunes sur les risques qu'ils courent et de leur donner les moyens de s'en prévenir »[559]. D'une part, si la jeunesse renvoie chacun des adultes à ses propres enfants, elle est aussi perçue par le sens commun comme une catégorie sociale à risques, parce qu'elle représente une période de crise, un temps marqué par les ambiguïtés, propice à l'expression des déviances. Il suffit donc au

[554] Michel Setbon, *op.cit*., p71.
[555] Claude Thiaudière, *op.cit*., p52.
[556] *Ibid*., p57.
[557] Patrice Pinell, *op.cit*., p104.
[558] *Ibid*., p105.
[559] *Ibidem*., p134.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

discours officiel, dans un contexte où il est question de risques de transmission du virus du sida, de mettre en avant la catégorie jeunesse, pour que s'activent des schèmes de pensée qui l'associent aux premières expériences de l'homosexualité, la toxicomanie, la délinquance, la recherche d'une vie marginale[560]. Le CFES propose ainsi une image « politiquement correcte » de la prévention du sida tout en diffusant le message implicite d'une épidémie susceptible de se diffuser socialement par le biais de sa jeunesse, ce qui ne manque pas de lui valoir les railleries des associations impliquées dans la lutte : « le haut degré d'euphémisation du message est interprété comme une manifestation de la timidité (de l'archaïsme) de l'administration et du monde politique en matière de communication sur des questions de mœurs »[561]. Autrement dit, « la distance est trop grande entre la majorité des agents du CFES et le monde du sida qui leur a accolé une image d'hygiénistes au moralisme désuet, sans véritables compétences médicales »[562]. Mais la volonté étatique « répond au souci de neutraliser les effets possibles tant de stigmatisation que de déni que peut générer tout discours articulant, même indirectement, risques de contamination et groupes à risque »[563]. En conséquence, la dimension sociale de la maladie est matérialisée sous la forme d'une collection d'individus, hommes et femmes ; cette démarche individualise le problème, permettant de promouvoir le préservatif comme moyen prophylactique incontournable et tentant de neutraliser les références potentiellement moralistes des messages publics.

La construction médiatique de la prévention du sida nous intéresse ainsi en raison de la responsabilisation des individus qu'elle draine dans son sillage. Plus précisément, c'est la nature politique du choix opéré par l'Etat qui retient notre attention : à l'option répressive d'un « cordon sanitaire » autour des groupes à risque s'opposait l'option solidaire de la promotion des comportements responsables pour tous. Dès lors, plutôt que de prendre le risque de faire de ces groupes à risque les portefaix de l'épidémie, l'Etat a préféré promouvoir la responsabilité de chacun, indépendamment de son statut sérologique et de son mode de vie : « l'axe stratégique de la lutte contre la propagation du sida s'est ainsi organisé autour de la promotion de la responsabilité individuelle à ne pas contaminer, plutôt que de s'attacher à traquer la responsabilité de la contamination d'autrui »[564]. En effet, face à une maladie

[560] *Ibidem*.
[561] *Ibidem*., p106.
[562] *Ibidem*., p160.
[563] *Ibidem*., p175.
[564] Michel Setbon, *op.cit*., p66.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

transmissible et sans solutions thérapeutiques ni vaccinales, « la prévention ne peut s'attacher qu'aux vecteurs de transmission en agissant sur les pratiques et les relations entre des individus » [565] . Nous entrons ici de plain-pied dans la gouvernementalité, avec la responsabilisation individuelle comme technique de pouvoir particulière : « celle-ci voit dans le public une addition d'individus répondant au même idéal-type : un sujet autonome, libre de ses choix, responsable de ses actes et de son mode de vie »[566]. Cette conception suppose, au préalable, de croire dans les capacités de rationalisation des individus face aux risques, cette « république phénoménale des intérêts » dont parlait Foucault. « En effet, on ne peut espérer produire des réponses collectives en s'adressant à « l'individu » que si l'on pense que, guidés par leur raison, tous les individus vont agir « comme un seul homme » »[567].
En ce sens, les règles de prévention diffusées dans les messages publics s'adressent à cet individu jugé responsable de lui-même, libre et autonome.

## 3. La campagne 2007 de la région Nord-Pas-de-Calais

Concernant à présent plus particulièrement la campagne analysée dans le cadre de ce travail, le premier fait notable est l'absence de construction sociale de la santé publique spécifique ayant entouré son élaboration. En effet, en raison de l'antériorité de l'inscription du sida dans le champ de la santé publique, la nécessité de recourir à ces arguments est rendue caduque, ce travail ayant été largement réalisé auparavant, comme nous avons tenté de le décrire dans les parties précédentes. Comme, de plus, cette campagne s'inscrit dans le cadre de la journée mondiale contre le sida du 1er décembre, la nature superfétatoire de cette construction sociale s'en trouve accrue. Tout au plus, est-il fait référence aux données épidémiologiques de l'année sur le site Internet du collectif régional de prévention sida[568] – collectif sur lequel nous aurons l'occasion de revenir dans la suite de ce travail, lors de la deuxième étape. Ainsi, sur ce site, on y apprend qu'entre 1 600 et 2 000 personnes vivent avec le VIH dans la région Nord Pas-de-Calais en 2007, manière de souligner que c'est là une réalité proche, qui ne se limite pas au continent africain par exemple. Il y est aussi précisé que les relations homosexuelles et bisexuelles constituent 43% des contaminations pour cette même année. Mais, en dehors de ces données sommaires, de « population générale », c'est-à-

[565] Claude Thiaudière, *op.cit.*, p46.
[566] Patrice Pinell, *op.cit.*, p83.
[567] *Ibid.*, p83.
[568] www.sidanpdc.org


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

dire sans recourir au langage des épidémiologistes et à leur grammaire des groupes à risque, aucune autre précision n'est faite. Ce choix ne doit rien au hasard, puisqu'il s'accorde à l'objectif général de la campagne, tel qu'il sera défini lors de la deuxième étape du processus. Si nous aurons l'occasion d'y revenir plus en détail à ce moment du processus, précisons toutefois que c'est en lien avec cette approche individualisée du sida et de la prévention – telle qu'elle a été privilégiée par l'Etat dans l'histoire de la santé publique française, mais qui se retrouve aussi dans la campagne étudiée – que ce choix a été fait. En effet, ne présenter que les données concernant l'ensemble de la population permet d'éviter de désigner plus spécifiquement certaines populations davantage à risque, car plus exposées. Cela permet ainsi d'éviter un phénomène de rejet ou de désintéressement, sur fond de morale et de choix de mode de vie. C'est donc bien là un phénomène de responsabilisation qui s'exprime, puisque l'absence de précision induit un risque généralisé face auquel chacun est sommé de se prémunir. En dépit de l'absence de construction sociale de la santé publique autour de cette campagne, liée à son inscription dans la journée mondiale contre le sida – dénomination, du reste, qui suffit seule à souligner la nature collective de la maladie –, l'histoire de la maladie (notamment dans sa phase actuelle) va peser sur le reste du processus, et notamment sur le choix de l'axe de communication, au cours de la deuxième étape. En écho aux travaux de Michel Setbon et à sa théorie de la « normalisation paradoxale » du sida, les acteurs impliqués dans le collectif partagent le constat d'une maladie banalisée quant au danger qu'elle constitue :

> Maintenant il y a la trithérapie, donc pour eux, enfin la jeune génération, ils ne sont pas confrontés, pour eux il y a des médicaments, donc ce n'est pas grave ça se soigne. […] Pour eux ce n'est pas la maladie de leur siècle. (FIN1)

> Finalement, qui a vu quelqu'un qui a l'air d'avoir le sida dans la rue récemment, qui a entendu parler d'une contamination ou d'un cas de sida dans son entourage, chez ses amis, récemment ? Personne. En 85, ça tombait comme des mouches, c'était partout, et ça se voyait. Donc là, c'était la terreur. Maintenant ce n'est plus la terreur, donc on est obligé justement d'en reparler. (FIN4)

> Le VIH, on en parle beaucoup moins, ça fait beaucoup moins peur aux gens, il y a une démobilisation générale de la population. Je veux dire on n'a plus des opérations, des grandes manifestations comme il y a pu y avoir, ça n'existe plus. (ASSO4)

La normalisation du sida, reflétée dans ces propos, constitue, en ce sens, un construit social de santé publique qui légitime la réalisation de campagnes annuelles sur la thématique. Il ne reste plus alors aux acteurs engagés dans le processus qu'à se saisir de ces éléments dans le cadre du processus à venir.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 2. La rencontre entre acteurs et la détermination de l'axe de communication (T2)

## 1. Le collectif régional de prévention sida : présentation générale

### 1-1 Structure du collectif

La campagne étudiée ici admet comme protagonistes un collectif d'associations peu ou prou en lien avec la thématique du sida, le « collectif régional de prévention sida ». Ce conglomérat associatif de lutte contre le sida du Nord Pas-de-Calais a été créé en 2004. Il regroupe une quinzaine d'associations et de partenaires locaux « intervenant spécifiquement ou de manière transversale dans le champ du VIH/Sida, des IST ou des hépatites »[569]. Ces structures ont plusieurs objectifs dans le cadre de ce collectif : « coordonner les actions mises en place », « favoriser l'échange entre professionnels sociaux-sanitaires amenés à intervenir dans le champ du VIH, des infections sexuellement transmissibles et des hépatites », « mutualiser les moyens mis à disposition afin de proposer des actions plus efficientes », « accentuer la visibilité des acteurs et des actions ». C'est donc à la fois un mélange d'objectifs pratiques de terrain et de visibilité de ces acteurs qui cimente les relations de ces associations dans le cadre du collectif. Mais il semble également que ce regroupement ait été opéré dans le but d'accroître la force et la portée de chacune de ces associations (« favoriser l'échange », « mutualiser les moyens », « accentuer la visibilité »), soit donc un choix stratégique opéré afin de peser dans le champ politique de la lutte contre le sida, et en vue de mutualiser des efforts qui, jusqu'alors, étaient épars, comme le confirme ASSO1 :

> [La création de l'alliance] résultait en fait d'un constat fort : c'est qu'on avait des actions qui se mettaient en place au moment de la journée mondiale contre le sida, le 1er décembre de chaque année, et les actions qui se mettaient en place étaient parfois des actions qui pouvaient être soit répétitives, plusieurs mêmes actions dans des lieux différents, soit plusieurs dans un même lieu.

La volonté de peser davantage dans le champ politique prend d'autant plus de sens que ce collectif, pour exister, bénéficie de la contribution financière d'acteurs politiques institutionnels représentant différents niveaux de pouvoir (Département, Région, Etat, Ville).

[569] Eléments extraits du site Internet du collectif.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

C'est là un choix dicté par les impératifs et la logique propres au champ politique qui explique ce conglomérat associatif, en vue d'accroître la portée des actions entreprises :

> Donc l'idée, c'était de se retrouver, de se mettre autour d'une table, le maximum de structures intervenant sur la thématique VIH et étant susceptibles de mettre en place des actions à ce moment-là, de se mettre ensemble et d'essayer de mutualiser un peu certains moyens pour, d'une part, assurer une meilleure coordination des actions et, d'autre part, donner plus de poids aux actions qui vont être mises en place, plus de poids, plus de visibilité, notamment dans les médias. Et de voir éventuellement aussi l'impact. […] Dans un second temps, c'était aussi de pouvoir échanger un petit peu sur les pratiques, pour pouvoir avoir quelque chose qui soit un petit peu une trame commune entre les différents intervenants. (ASSO1)

« Se retrouver », « se mettre autour d'une table », « se mettre ensemble », « mutualiser », « donner plus de poids », « plus de poids, plus de visibilité » : c'est là la raison d'être du collectif, de l'alliance entre ces différentes associations, pour augmenter leur incidence dans le domaine de la prévention sida au-delà de leurs différences et de leurs intérêts respectifs. D'où cette idée de « trame commune », qui permet d'atténuer les différences de points de vue par un registre d'ensemble équivalent. Ce besoin de reconnaissance de leur place et de leur rôle dans la lutte contre le sida se retrouve aussi dans les propos de FIN1, qui représente l'une des institutions qui finance la campagne du 1er décembre :

> Faire connaître le réseau, le réseau associatif, et je pense aussi l'objectif de ce collectif, c'est de faire connaître les partenaires et de valoriser leurs actions, qui sont réalisées tout au long de l'année. Ce n'est pas simplement le premier décembre, c'est aussi permettre une pérennité à l'année de tous ces acteurs.

Une nouvelle fois, « l'union fait la force » et, à l'instar de ce qui s'est passé dans le champ de la santé mentale entre la fédération de patients psychiatriques et l'union des familles de psychotiques, une alliance a été opérée entre diverses associations, ayant des intérêts communs mais aussi des préoccupations qui leur sont propres, afin de peser plus significativement dans le champ et bénéficier d'une plus grande reconnaissance, notamment de la part de l'Etat. En outre, le financement par les pouvoirs publics engendre une reconnaissance du travail de ces associations, leur faisant espérer de peser davantage dans le champ politique, du fait de la légitimité reçue :

> C'est quand même l'Etat et la Région et le Conseil général. Mais c'est une reconnaissance aussi, oui, c'est une mobilisation de ces financeurs, c'est bien. Ca donne du tranchant. (ASSO4)

De plus, ce collectif se décompose en différents groupes de travail, chargés chacun de définir les orientations à prendre ainsi que de la répartition des travaux à effectuer entre ses


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

membres[570]. Dans le groupe qui nous intéresse plus spécifiquement ici, la communication grand public, se trouvent six associations : AIDES, Stop Sida, Spiritek, Point d'accueil Oxygène, l'Association des commerçants franco-antillais du Nord Pas-de-Calais et Sida Info Service (chargé de la coordination générale et référent de ce groupe). Dans la campagne 2007, seules quatre de ces structures ont participé concrètement à l'élaboration et à la réalisation de la campagne – AIDES, Sida Info Service, Spiritek et l'Association des commerçants franco-antillais. Comme nous le verrons après, on trouve deux associations, deux mondes sociaux, dont la structuration est faite autour de la thématique sida, et deux autres mondes sociaux dont l'activité principale diffère (Spiritek s'occupe principalement de la consommation de drogues en « milieux festifs » et l'Association des commerçants franco-antillais s'occupe des intérêts d'une communauté, définie par leur profession et leur origine géographique).

Le cas de ces deux associations nous intéresse à plus d'un titre, notamment en raison des préjugés attachés à la thématique sida. En effet, la consommation de drogues et les populations migrantes représentent deux groupes à risque face au sida selon les épidémiologistes, ce qui pourrait expliquer leur présence – même si les drogues par injection ne sont pas réellement les produits les plus consommés dans les milieux couverts par l'association Spiritek. Dans le même temps, leur présence a un effet paradoxal, puisque, en gravitant autour du thème du sida, ces deux associations participent à créer un lien entre ces groupes et la maladie, alors même que c'est justement l'objectif inverse qui est recherché, de manière générale, dans la construction sociale de la santé publique réalisée autour du sida, dans l'histoire (avec la maladie présentée comme un risque généralisé, ne touchant pas spécifiquement certains groupes sociaux). S'exprime donc là une certaine contradiction entre les objectifs et ceux qui les poursuivent. Pour le reste, la présence importante d'associations pour porter la prévention contre le sida reflète l'histoire de la maladie, marquée du sceau du mouvement associatif.

Mais, pour exister, ce collectif a besoin des subsides d'autres acteurs, qui eux appartiennent en propre au champ politique, puisqu'ils représentent les institutions publiques à différentes échelles : mairie de Lille, Conseil général, Conseil régional et DDASS. Ces financeurs sont les mêmes tout au long des années, notamment concernant le financement de la campagne annuelle du 1er décembre. Cette possession des ressources financières octroie dès

[570] Ces groupes de travail sont au nombre de quatre : la communication grand public, les liens avec les territoires, les temps forts et solidaires et les actions délocalisées.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

lors une place particulière à ces institutions vis-à-vis du collectif régional de prévention sida. En effet, sans leur appui, le collectif d'associations ne pourrait réaliser cette campagne annuelle. En ce sens, leurs ressources financières leur confèrent le pouvoir décisionnaire en dernier lieu, puisque les associations ne peuvent se passer de leur agrément, ces institutions détiennent le plus fort pouvoir sur le processus de production, puisqu'elles sont indispensables à sa pérennité. Nous verrons les conséquences de cette structuration particulière, de cette division du travail sur le processus de production de la campagne, au gré des différentes étapes que nous rencontrerons. Mais cette place de décideurs est connue de tous, associatifs comme financeurs :

> Alors, le Département est financeur, co-financeur de cette campagne, donc à titre de financeur, on fait partie du comité de pilotage. (FIN3)

> Après, de toute façon, les financeurs, ils sont là, […] sans eux, c'est sûr qu'on ne pourrait pas le faire. Parce que c'est aussi leur volonté, parce que c'est aussi eux qu'on veut mobiliser pour une campagne. (ASSO2)

Par ailleurs, si la présence de ces institutions est nécessaire à la mise en place d'actions de communication comme la campagne autour du 1er décembre, celles-ci le font pour deux logiques différentes. D'une part, leur présence répond à un souci public, exprimé par l'Etat, et qui vaut au sida d'être inscrit dans la santé publique ; l'action des pouvoirs publics revêt différentes formes, dont le financement d'actions associatives. D'autre part, ces institutions ne font pas ici que pourvoir en argent les associations pour réaliser une campagne de communication, une partie de cet investissement est réalisée en vue de financer leur propre image dans l'espace public, d'acquérir une notoriété politique par la mise en exergue d'efforts effectués allant dans le sens du bien commun, de l'intérêt collectif ; en somme donc, est attendu de cette baisse de leur capital financier un accroissement de leur capital symbolique. Cela explique la concentration du pouvoir décisionnaire dans leurs mains, sur le processus de production, puisque c'est aussi l'image de leur institution qui se joue au travers des campagnes diffusées. La structuration du processus de production révèle ainsi la prégnance de l'histoire politique du sida, avec l'Etat qui octroie des financements à des associations en échange d'un contrôle sur le travail produit – notamment au motif que cela engage l'image de leur institution, qui sera véhiculée aussi au travers de cette campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-2 Les différents mondes sociaux en présence

*a/ Les acteurs associatifs*

Quatre associations, assez hétéroclites entre elles quant à leurs intérêts, ont participé à la réalisation de la campagne étudiée. Deux d'entre elles étaient structurées plus particulièrement autour de la thématique Sida – ceci étant, nous n'aborderons que brièvement leur cas, étant donné leur inscription de fait dans la thématique. En premier lieu, se trouve Sida Info Service, association loi 1901, un monde social structuré autour des questions de prévention et de soins, à vocation généraliste car ne s'adressant à aucun public en particulier. Son mode d'action consiste en un service téléphonique spécialisé, qui a évolué par la suite en services de relations d'aide à la personne. Ces actions prennent surtout la forme d'information et de soutien à la personne. Leur présence dans une campagne grand public semble donc assez logique et répondre aux objectifs de cette association.

Le deuxième monde social en lien direct avec le sida est AIDES. Ce monde social se distingue du précédent dans la mesure où il prône davantage une approche communautaire, centrée autour des personnes concernées par le VIH, et plus particulièrement celles qui sont touchées par la maladie. Leur orientation générale consiste à défendre les intérêts de cette population, à se faire le porte-parole de leurs besoins, mais aussi à réduire les risques sexuels de transmission. Dans cette optique, la participation de ce monde social à la campagne ne constitue pas une part importante de leur activité, mais possède l'intérêt de pérenniser l'alliance entre associations dans le champ politique, comme le confirme ASSO4 :

> Ce n'est pas quelque chose d'extrêmement prioritaire. On y participe parce que c'est intéressant de monter une campagne de communication locale, qu'on puisse apporter une alliance, des opinions et une autre approche.

Dans cet extrait, l'intérêt, pour AIDES, de participer à la campagne renvoie davantage aux intérêts stratégiques de coopération avec d'autres mondes sociaux du champ du sida, qu'au sujet même. De plus, préciser qu'ils peuvent amener « des opinions et une autre approche » souligne la part symbolique de ce type d'action, qui contribue à diffuser une définition sociale du sida, raison pour laquelle leur présence s'avère importante, pour pouvoir diffuser en partie leur propre vision du monde, comme nous le confirme l'intéressé :

> C'est pour ça aussi que notre participation au collectif, c'est d'amener notre approche et ce sur quoi on est plus, notre feeling, notre orientation, les discriminations, ce qui arrive sur les prises de risques pour les personnes qui ne se sentent pas concernées, qui pensent que ce n'est plus la peine de prendre des précautions.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Malgré la vocation généraliste de ce genre de campagne, le fait qu'elle peut aussi toucher les personnes visées par son propre monde social constitue un attrait indéniable pour ASSO4, en vue de diffuser les messages qui structurent son association.
Un autre aspect intéressant de ce genre d'action médiatique, selon ASSO4, concerne la large audience que les acteurs peuvent espérer en retirer, et qui permet ainsi de donner plus de visibilité à leur association.

> C'est la diffusion qui est très large. Nous, on n'a pas les moyens financiers… Ca, ça coûte cent mille euros. On n'a pas les moyens financiers de faire une campagne comme ça. […] Le Pas-de-Calais, en termes de mentalités, de propos discriminants sur tout et n'importe quoi, enfin voilà… Et c'est une région que l'on a du mal à toucher, parce qu'il y a très peu d'acteurs. Voilà donc c'est essayer de toucher ces personnes, des personnes que l'on ne peut pas toucher.

Quant aux deux autres associations, on trouve l'association des commerçants franco-antillais, dont la présence peut, pour le moins, surprendre. Néanmoins, c'est en raison de l'intérêt du secrétaire général de cette association pour le projet que celle-ci se trouve impliquée dans la campagne, puisqu'il a souhaité s'investir dans la thématique après s'être rendu compte des préjugés et de l'ignorance qui entouraient cette maladie. Mais cette implication, pour se comprendre, doit aussi être rattachée aux populations que l'association rencontre régulièrement, comme le confirme ASSO3 :

> L'idée, c'est quoi ? C'est de faire de la prévention VIH dans les cafés, bars, restaurants, salons de coiffure, dans les commerces de proximité quoi. Donc l'idée, c'est ça. Et là, on rencontrerait les populations concernées qui nous intéressent, c'est-à-dire la population d'Afrique au sud du Sahara. Alors, pourquoi cette population ? Parce que, effectivement, quand on regarde les chiffres de la pandémie, on se rend compte que dans cette population, elle est touchée comme tout le monde, et il se trouve que l'on ne se sent pas très concerné par la campagne générale qui est faite.

Ces « populations concernées qui nous intéressent » consistent ainsi dans la population immigrée d'Afrique sub-saharienne, pour laquelle les résultats épidémiologiques soulignent qu'il s'agit de la partie du monde qui paie le plus lourd tribut au sida, et qui constitue un groupe à risque concernant la contamination par le virus du sida, selon les épidémiologistes. Par le biais de sa présence dans le collectif, ce monde social porte donc une logique communautaire, d'autant mieux acceptée par les autres membres du collectif qu'elle renvoie à un groupe à risque concerné au premier rang par la question du sida. De plus, le retour que fait ASSO3 des représentations de ces populations contribue encore davantage à légitimer sa présence, puisqu'il évoque à la fois l'aspect tabou de la maladie, et les représentations erronées qui l'entourent :

> Et on a rencontré beaucoup de personnes. Et ça nous a permis de savoir que les gens avaient beaucoup de préjugés sur les modes de transmission, et comment se protéger. Là aussi, il y a beaucoup de fausses idées. Et,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

compte tenu de la culture des populations africaines, c'est vrai que c'est une maladie dont on ne parle pas, c'est une maladie où on véhicule beaucoup de choses. Qui est toujours considérée comme une punition de Dieu quoi, tu vois, c'est un peu comme ça. On n'en parle pas. Si tu l'as attrapé, c'est que vraiment tu as été puni, c'est-à-dire que tu as eu une vie sexuelle libertine, ou bien tu fais n'importe quoi.

En lien avec le tableau dressé par ASSO3, la nécessité d'agir sur ces représentations et d'aborder le sujet semble se faire jour, contribuant à rendre légitime la présence de son association dans le collectif créé autour de la campagne. L'investissement de cet acteur social ne se réduit d'ailleurs pas à cette campagne, puisqu'il va aussi dans les différents commerces lillois fréquentés par ces populations, afin de discuter du sujet, de faire de la prévention et de distribuer des préservatifs, avec une reconnaissance et une écoute de la part des populations d'Afrique subsaharienne vivant dans la métropole lilloise, si l'on en croit l'intéressé.

Enfin, Spiritek constitue le dernier monde social du collectif associatif autour de la campagne. Plus particulièrement centrée sur la prévention de drogues en milieux festifs, cette association travaille également, depuis plus récemment, sur d'autres thématiques, telle que la prévention sida. Ce choix peut paraître assez étonnant, dans la mesure où cette association, en matière de consommation de drogues, ne s'occupe guère des injections par intraveineuse, comme le confirme ASSO2 :

On est en ouverture par rapport à la présence du sida en général, pas uniquement sur les usagers de drogues. Déjà, on a quand même très peu d'injecteurs au niveau de Spiritek, on est dans un univers festif. Donc on va avoir beaucoup plus de gens qui vont gober, fumer, sniffer et les injecteurs. On n'est pas dans la même dynamique par rapport à d'autres structures de prévention.

Ces propos soulignent que le centre d'attention de ce monde social n'est pas constitué par les consommateurs de drogues en intraveineuse, groupe à risque « historique » concernant la transmission du sida, dont la prévalence est, du reste, très faible dans la région Nord Pas-de-Calais (une infection par an selon ASSO4).

Dès lors, si la question de la transmission du sida par injection intraveineuse ne constitue ni une réalité épidémiologique pertinente dans le territoire couvert par la campagne ni le public-cible auquel s'adresse Spiritek en tant qu'association, la présence de ce monde social peut paraître assez surprenante dans le cadre de la campagne. Certes, l'association est principalement en contact avec des populations d'adolescents et de jeunes adultes du fait de cibler les milieux festifs – population historiquement visée par les campagnes de prévention sur le sida, comme nous l'avons vu lors de la première partie –, mais une autre raison préside à la présence de Spiritek dans le collectif de prévention sida. Effectivement, cette présence


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

admet des raisons plus stratégiques, de captation de financements, qui la conduisent alors à investir une thématique qui ne constitue pas, à la base, le centre de leurs préoccupations :

> Ca s'est fait depuis 2004. Depuis en gros, je crois, la naissance du collectif, plus ou moins, parce qu'on avait aussi, il faut se le dire, des financements possibles. Du coup, on avait pris la prévention sida, donc ça, ça nous permettait de rentrer un peu dans le collectif et de voir ce qu'il est possible de faire. […] Et on s'est dit voilà, c'est bien de faire des actions avec les autres structures, on est financé pour, pas pour être dans le collectif mais en tout cas pour faire de la prévention sida. Donc autant la faire aussi en réseau, d'où le collectif régional de prévention sida. (ASSO2)

C'est donc bien en raison de choix stratégiques de financements permettant la pérennité de l'association qu'il faut comprendre la présence de Spiritek dans le collectif régional de prévention sida. Néanmoins, cette orientation stratégique ne se décline pas uniquement à travers la participation au collectif, puisque d'autres actions sont menées par ailleurs, sur cette thématique, mais ciblant davantage le public auquel s'adresse l'association[571].

*b/ Les financeurs*

Les financeurs de cette campagne sont au nombre de quatre, tous en lien avec les pouvoirs publics. En premier lieu, se trouve l'Etat, représenté par la DDASS, qui poursuit ici les financements associés à l'inscription du sida dans les thématiques de santé publique, et une interlocutrice elle-même médecin-inspecteur en charge de la thématique VIH toxicomanie, qui a participé à l'instauration du collectif.

Nous trouvons aussi d'autres niveaux de pouvoir : le niveau régional, représenté par le Conseil régional Nord Pas-de-Calais. L'interlocuteur impliqué dans le collectif revendique un investissement de longue date dans la thématique sida, dont il s'est occupé à travers différents postes depuis le milieu des années 1990, comme il en témoigne lui-même :

> En 95, je suis arrivé comme directeur adjoint à la direction des actions Prévention Santé du Conseil Général du Nord, direction qui n'existe plus. […] Et donc comme on avait mis en gestion des centres de dépistage anonymes et gratuits et des équipes de secteurs de prévention-santé, qui se mobilisaient sur le microbe du VIH, ben j'ai mis le pied dedans dès le départ, et puis en 2000 justement, en 2000-2002, au moment où la Direction a disparu, je suis arrivé ici à la Région, pour continuer à faire de la promotion de la santé.

En écho à cet investissement passé dans la promotion de la santé et dans la thématique sida, il a participé à la création du collectif régional, à travers la mise en place de financements dédiés spécifiquement à celui-ci. C'est dans la suite de cet engagement que se fait le financement par la Région du collectif concernant la création de campagnes médiatiques au moment du 1er

[571] A ce titre, cette association a obtenu un financement par l'INPES, dans les années qui ont suivi la campagne analysée ici, concernant l'édition d'affiches (au format carte postale) sur le port du préservatif, à destination des « jeunes », avec des messages voulus adaptés à ce public, mêlant plaisir des sens, expériences sexuelles et port du préservatif.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

décembre, action qui s'inscrit dans la manière de faire du Conseil régional, comme le confirme l'intéressé :

> Le 1er décembre ça marche bien. On marche beaucoup par jour, chez nous, il y a des jours pour tout. Donc là, le 1er décembre, c'est la journée mondiale de lutte contre le sida, comme si on ne luttait que le premier décembre, et pas les 364 jours qui restent, et ce jour-là, on met des rubans rouges. Tout le monde est bien content de penser au sujet, et c'est déjà pas mal que ce soit au moins une fois par an

Au travers de ces propos, peut se lire une certaine critique de l'aspect événementiel engendré par ces journées thématiques, même si cela permet de donner une visibilité à la Région dans ses actions en matière de santé.

Le troisième financeur se trouve encore à un autre échelon géographique; il s'agit du pouvoir départemental, représenté par le Conseil général. L'interlocutrice en charge du financement du collectif et de la campagne a comme attributions la responsabilité de la mission prévention santé dans cet organisme. Elle est également arrivée en cours de processus, puisque sa nomination à ce poste était toute récente. En ce sens, elle reconnaît n'être que peu intervenue dans les discussions, du fait de son arrivée récente :

> Moi, je suis arrivée vraiment dans les toutes dernières versions, vraiment… Comme je débarquais un peu dans le collectif, il fallait que je m'imprègne, enfin je trouve que c'est délicat d'intervenir vis-à-vis de… Je suis arrivée en fin de parcours quoi.

La participation du Conseil général aux actions concernant le sida fait partie des attributions dévolues à cet organisme par l'Etat, qui a aussi en charge des Centres de dépistage anonymes et gratuits, ce qui justifie leur participation au financement du collectif :

> On conventionne avec l'Etat, sur la mission de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Et on a dans les services du Département, des centres de dépistage des infections sexuellement transmissibles, et des CDAG, donc des centres de consultation et de dépistage anonymes et gratuits, donc c'est parfaitement dans nos missions.

Dans ces propos, la présence du Conseil général dans les financeurs semble s'accorder avec les autres prérogatives qui lui sont dévolues, et constituerait, en ce sens, un prolongement de ses missions. Néanmoins, le centre de ses missions concerne principalement les questions de dépistage, davantage que celles de prévention – la participation au financement du collectif apparaît plus comme un soutien à ses propres missions, permettant également de bénéficier des retombées possibles en termes d'image, en voyant son nom associé à une campagne médiatique. C'est d'ailleurs ce qui transparaît au travers des propos de l'intéressée :

> Les gens qui viennent dans nos consultations de dépistage, ce n'est pas forcément ceux qui ont pris le plus de risques, ce sont ceux qui sont les plus inquiets et qui se posent le plus de questions, ou qui sont les plus préoccupés pour protéger leur santé. Et les consultations de dépistage ont cette mission de prévention et d'éducation à la santé, de rassurer, de dédramatiser et d'expliquer, mais aussi d'éduquer à la prévention.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les termes « d'éducation à la santé » ou « d'éduquer à la prévention » soulignent la place importante accordée à l'information en matière d'intervention politique en matière de sida, qui justifie, *ipso facto*, l'investissement dans une campagne médiatique sur le sujet. Cela renvoie aussi à la psychologisation de l'intervention sociale, avec l'information comme levier de responsabilisation des individus, expressions de la gouvernementalité contemporaine, exprimées au travers de la conception de l'intervention du Conseil général en matière de santé. Cet aspect est aussi manifeste dans la suite des propos :

> Par contre, les gens qui ont pris un vrai risque et qui se sont fait contaminer, ils ne vont pas forcément venir se faire dépister. Et, en général, les diagnostics de sida interviennent, ou de séropositivité, interviennent trop tard, enfin ce n'est pas trop tard, mais souvent tardivement par rapport à la prise en charge thérapeutique qui peut être mise en œuvre. Plus on est dépisté tôt, mieux on peut se soigner, et plus l'espoir de vie…

En raison de l'aspect tardif du dépistage, les conséquences en matière de santé pour les individus contaminés peuvent être fortes ; cette manière de concevoir la situation rend ainsi encore plus légitime l'intervention du Conseil général dans des campagnes abordant le sida.

Enfin, le dernier financeur se trouve à un échelon local, la municipalité, avec la mairie de Lille. L'interlocutrice intégrée dans le financement du collectif fait partie du service en charge de la politique de santé de Lille, qui s'investit dans de multiples thématiques de santé, réunissant mondes associatifs et institutionnels de l'agglomération lilloise. C'est à ce titre que la mairie de Lille s'est investie dans une politique de réduction des risques liés au sida, ainsi que dans le collectif régional de prévention sida, comme le confirme l'intéressée :

> Depuis 2000, on a une politique de réduction des risques, à savoir que pour ce qui nous concerne, que la ville a trois échangeurs récupérateurs de seringues sur le territoire, et que parallèlement, on a voulu s'associer au comité régional de lutte contre le sida, donc le collectif, qu'on a mis en place depuis maintenant fin 2003. On travaillait autour de campagnes annuelles dans la région Nord-Pas de Calais, en association avec le Département du Nord et le Conseil Régional, et puis le réseau associatif.

En lien avec cette politique de réduction des risques, c'est surtout le thème de la prévention du sida qui intéresse la mairie de Lille et qui justifie l'investissement dans la campagne autour du 1er décembre :

> Nous, la mairie de Lille, on est plus sur la prévention, on n'est pas du tout sur le soin. Il faut savoir que les compétences, enfin la santé ce n'est pas une compétence de Lille, c'est vraiment une démarche volontaire du maire de mettre dans son programme un axe santé. […] Donc on était plus sur le réseau prévention, ça c'est sûr, et pas du tout dans le soin. La démarche, c'était vraiment la démarche prévention sida.

La présentation des différents financeurs de la campagne permet de souligner, en conclusion, que se trouvent présentes des institutions représentant différents niveaux de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pouvoir – du national au municipal, soulignant à la fois l'importance de la thématique sida pour ces institutions, mais aussi la nécessité de montrer que l'on œuvre sur ces questions. Les sujets de préoccupations diffèrent aussi en fonction de ces mondes sociaux institutionnels, allant des questions de dépistage à celles de prévention, même si tous admettent l'information et l'éducation à la santé comme thématiques transversales, symptomatiques des phénomènes de psychologisation et de responsabilisation qui œuvrent dans la société contemporaine en matière de biopolitique.

### 1-3 L'organisation générale de « l'espace décisionnel » autour de la campagne de 2007

A la suite de la présentation des forces en présence, il convient de s'intéresser à la manière dont s'est structuré « l'espace décisionnel » résultant de la juxtaposition de ces différents acteurs sociaux. En premier lieu, c'est la division du travail qui doit nous préoccuper, étant donné qu'elle reflète les attributions de chacun des acteurs sociaux en présence, et donc la structuration même de « l'espace décisionnel », la manière dont se déroule le processus de production de la campagne. Le premier élément remarquable ici concerne la place que les financeurs occupent dans le processus. Effectivement, ceux-ci ne participent pas aux réunions de travail d'élaboration de la campagne, ils n'apparaissent que lors de l'étape de validation. Cette manière de structurer le processus de production souligne, de la sorte, les places respectives accordées à chacun. Les mondes sociaux associatifs, parties-prenantes de la thématique sida sont en charge des réflexions sur l'axe de communication à privilégier, ainsi que de faire des propositions ; quant aux financeurs, ils se placent en aval de ce processus, ils soulignent leur capacité à prendre les décisions, à décider seuls de ce qui est pertinent. C'est ce que confirme FIN1, qui relate l'évolution de la structuration du système au cours des années :

> Il y a le groupe de travail qui à l'époque réunissait à la fois les financeurs et les associatifs, on a scindé les groupes en deux, parce qu'il fallait avoir quand même une lisibilité entre le monde associatif et le monde de ceux qui finançaient, pour que ce soit clair sur la commande.

L'évolution de la structuration du système confirme cette volonté de différencier les acteurs sociaux, de les « scinder » pour souligner le pouvoir décisionnaire dont peuvent seules se prévaloir les institutions du fait des financements accordés (exprimé à travers l'expression de « commande) – d'où la distinction opérée clairement entre « financeurs » et « associatifs », considérés comme deux « mondes » différents. C'est aussi ce qui se lit dans les propos de FIN2 :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Depuis l'année dernière, les financeurs, on se réunit entre financeurs pour plutôt valider les outils qui nous sont présentés par le collectif. [...] On est plus là pour valider, c'est aussi qu'on apporte un regard extérieur. […] Je pense que c'est bien aussi que les financeurs aient leur place de financeurs et de personnes validantes, et qu'ils ne soient pas vraiment partie prenante des discussions.

La domination des financeurs se confirme à nouveau, avec la distinction opérée entre mondes sociaux (« entre financeurs », « par le collectif ») et le pouvoir de décision réservé aux premiers (« valider les outils qui nous sont présentés »).

Cette place privilégiée des financeurs, qui possèdent le pouvoir décisionnaire final, est à relier à leur possession des ressources financières, indispensables à la viabilité du processus et à la mise en œuvre effective de la campagne. Elle réfléchit, du même coup, la domination symbolique exercée par ces institutions face aux associations, dépourvues du pouvoir de décision final. Ce sont ainsi les institutions en lien avec l'Etat, les pouvoirs publics, qui possèdent la capacité de légitimer la vision du monde promue par les associations, en la promouvant et en la soutenant. En outre, la place des financeurs reflète le souci premier de ces institutions : non pas tant définir un thème de communication que promouvoir l'image de leur institution, associée à une action publique, et donc s'assurer que la production ne générera pas d'effets néfastes quant à l'image de leur institution qui sera véhiculée à travers la campagne. Cette manière de structurer le processus n'est d'ailleurs pas sans rappeler l'histoire politique du sida, où les associations ont souvent été le moteur des actions réalisées, avec des pouvoirs publics qui ne faisaient que valider, dans un deuxième temps, les orientations prises.

Néanmoins, cette structuration de « l'espace décisionnel » n'est pas sans poser problème aux mondes sociaux associatifs, qui redoutent de voir leur travail commun de réflexion et d'élaboration de propositions invalidé par les financeurs, rendant alors caduque tout le travail produit au cours des réunions (*a fortiori* car ce travail prend plusieurs mois), du fait de cette intervention tardive des mondes sociaux décisionnaires. Cette crainte ressortait d'un des comptes-rendus de réunion[572], où les acteurs associatifs disaient redouter « pas de ne pas voir les financeurs aux réunions de travail, c'est juste le processus de validation *in fine* qui fait peur ». Elles proposaient alors de « prévoir trois réunions au moins de coordination entre référents et financeurs », aspect significatif de la difficulté, pour ces associations, de faire valider leurs choix. Les termes employés ici tendent également à marquer un schisme entre

[572] Compte-rendu de réunion en date du 11 avril 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

deux groupes de mondes sociaux, où les associatifs se représentent en tant que « référents », c'est-à-dire ceux qui sont les plus aptes à parler du sida. Les institutions, elles, ne sont vues qu'au travers de leur allocation de ressources financières, qui leur confère le pouvoir de décision, mais qui n'augure pas de leurs compétences en matière de sida.
C'est avec une telle structuration du processus de production qu'a été déterminé l'axe de communication à privilégier pour la campagne de 2007, aspect du processus qui nous intéresse à présent.

## 2. La détermination de l'axe de communication de la campagne

Pour cerner au mieux la manière dont s'est établi l'axe de communication pour cette campagne, il paraît opportun de commencer par s'intéresser aux thématiques abordées les années précédentes, qui conditionnent le choix fait, dans la mesure où les campagnes cherchent à se différencier d'une année sur l'autre.

### 2-1 Retour sur les choix des années précédentes

La première campagne réalisée par le collectif remonte à ses débuts, en 2004. Elle portait sur les préservatifs, thème largement utilisé dans les campagnes de santé publique portant sur le sida. Cette campagne avait été conçue en deux temps, sur deux années différentes, puisque, en 2005, le même thème était repris, concernant cette fois-ci plus spécifiquement le préservatif féminin :

> Donc c'est sur ce thème-là que se sont concentrées les réflexions dans les groupes de travail et dans les actions mises en œuvre, c'était un petit peu ça le fil rouge, avec une première campagne qui était sur les préservatifs, et plus uniquement sur le préservatif masculin. 2004, ça faisait six ans que le préservatif féminin était revenu sur le marché, et il y restait très très très largement méconnu. Donc l'idée, c'était, dans un premier temps, de les interpeller sur l'existence d'un autre préservatif que le préservatif masculin et dans un second temps, l'année suivante, de faire un gros coup de projecteur sur le préservatif féminin. (ASSO1)

Le choix de la thématique des préservatifs lors de ces deux campagnes répondait à un élément identifié comme problématique : la méconnaissance de l'existence des préservatifs féminins. En ce sens, procéder à deux campagnes sur le thème constitue un appel à la responsabilité individuelle, avec un traitement individualisé du sida, où chacun est appelé à utiliser les moyens prophylactiques permettant d'éviter la transmission du virus. L'information est alors perçue comme un levier d'action pour responsabiliser les individus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

L'année suivante, en 2006, la campagne abordait un autre thème, toujours en accord avec le traitement individualisé du sujet : l'idée que le sida est une maladie qui peut toucher tout le monde. Cet épisode est intéressant, puisque, outre l'axe de communication qui s'accorde avec le traitement du sida dans le champ de la santé publique (notamment la manière dont les pouvoirs publics abordent le sujet), ASSO1, dans son discours, s'appuie sur les données épidémiologiques qui lui permettent d'appuyer son propos, et donc d'affirmer une culture de santé publique prompte à légitimer la campagne effectuée :

> On essaie de lancer l'idée que tout le monde est concerné, pas certaines catégories de population, quel que soit l'âge, et là on s'appuie sur les données épidémiologiques, quel que soit l'âge, quels que soient le sexe, l'orientation sexuelle, la couleur de peau, l'origine culturelle, on est, tout le monde est concerné, et tout le monde est touché, à l'heure actuelle, par la question sur le VIH.

« Lancer l'idée que tout le monde est concerné » souligne que cette idée ne semble pas aller de soi pour le grand public, que la dimension de santé publique de cette maladie n'est pas clairement établie pour les cibles visées. Il apparaît d'ailleurs, au travers du discours de ASSO1, que les catégories de populations auxquelles est associée la maladie soient les mêmes que celles qui étaient stigmatisées dès les débuts de l'épidémie – les jeunes, hommes, homosexuels ou les migrants venus d'Afrique –, comme le suggèrent les précisions « quels que soient l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, la couleur de peau, l'origine culturelle ».

Un autre attrait de cet extrait est qu'il tend à indiquer que les nombreuses campagnes médiatiques réalisées sur le sida, qui cherchaient notamment à l'ériger en épidémie généralisée, pouvant toucher tout le monde, n'ont pas eu de réel effet positif sur la question, puisque le construit social de santé publique doit toujours être diffusé. Cela rend d'autant plus surprenante l'utilisation de ce même outil de communication pour réaliser le même construit. Cela semble souligner la difficulté à concevoir la construction sociale de la santé publique du sida indépendamment de campagnes médiatiques – et qui rendent d'autant plus prégnants le contexte socio-politique et la gouvernementalité actuelle, qui contribuent à concevoir toujours la même réponse (une campagne de communication) face à un problème qui reste inchangé.

La présentation des axes de communication des années précédentes permet aussi de souligner qu'il s'agit de déclinaisons de thématiques déjà travaillées et diffusées dans l'espace médiatique, notamment par l'Etat, depuis qu'il s'est saisi de la question. Cela pose ainsi la question de l'impact réel de telles actions sur les comportements et les consciences, puisque peu de changements semblent en résulter. Mais ces campagnes ont l'intérêt de montrer l'action des pouvoirs publics, qui s'investit dans la thématique.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-2 L'axe de communication de l'année 2007

Le registre de communication privilégié pour l'année étudiée fait suite à un constat partagé par tous les acteurs, et dont les mondes sociaux associatifs sont les premiers à évoquer la réalité : la persistance, voire le retour, de préjugés entourant la maladie, ses modes de transmission et les populations concernées. Ils évoquent, en ce sens, la réalité de ce phénomène, en lien avec leur monde social d'appartenance, qui leur permet de légitimer davantage leurs propos :

> Dans les actions que les uns et les autres pouvaient mener, on entendait revenir des idées, des préjugés, dont on n'entendait plus parler depuis quelques années, qui s'étaient estompés. Sur les modes de transmission mal connus et la question du moustique, parce qu'un moustique, ça prend du sang, et c'est dans le sang qu'il y a le VIH. Moi, je ne suis pas concerné, je ne suis pas homo, de toute façon le Sida ça concerne les PD et les toxicos. Voilà, ce genre de choses dont on n'entendait plus beaucoup parler. (ASSO1)

> Moi, quand je suis en lycée et qu'on me demande « est-ce qu'on peut attraper le sida dans la rue ? »… « Ben non, moi je ne prends pas de capote, parce que je ne suis pas PD. Ben non, c'est des préservatifs masculins », etc., etc., je me dis que, en fait, on a vachement reculé. […] Le sida, c'est loin d'être gagné, et on est encore, en face, avec un grand public qui n'y connaît pas grand-chose. Quand je dis pas grand-chose, c'est des bases qui manquent. C'est : le sida, c'est les homosexuels, on est encore là dedans. Ou c'est les drogués, etc. (ASSO2)

La réalité dépeinte par ces acteurs peut ainsi s'apparenter à une forme de construit social de santé publique, tirée de l'expérience de ces acteurs de terrain[573]. Ils font ensuite remonter ces éléments jusqu'aux financeurs, qui partagent le même constat. Ce dernier constitue alors le socle sur lequel se construit la réflexion, l'élément de départ qui va modeler le processus de production de la campagne. Ce retour des préjugés entourant le sida serait à mettre en lien avec la « normalisation paradoxale » du sida, qui engendre le besoin de répéter des messages déjà diffusés dans le passé :

> Il faut replacer ça dans un contexte qui est : découverte du virus, enfin des premiers cas, en 83, découverte du virus, l'agent causant, en 83, 2004-2005 on était sur 20 ans, donc renouvellement complet de génération, ce qui peut expliquer aussi le fait qu'il y ait des choses qui aient été perdues de vue, des informations qui ont été perdues de vue ou des… […] Donc, ça laissait à penser qu'il y avait peut-être des choses à reprendre, revenir à la base à ce niveau-là. (ASSO1)

Cette forme de construit social de santé publique possède aussi plusieurs attraits : il permet, en premier lieu, de procéder à un traitement individualisé de la question, avec un message à vocation généraliste ; en deuxième lieu, il s'accorde avec les techniques de gouvernementalité contemporaines, qu'il reflète, puisqu'il propose un traitement sur le mode

[573] Nous avons toutefois choisi d'évoquer ces éléments dans la deuxième phase du processus, en raison de l'absence de formalisation des éléments évoqués, qui nous ont fait considérer qu'il était là davantage question d'une réflexion entre acteurs concernant le sujet de la campagne, plutôt qu'à proprement parler d'une formalisation d'éléments à visée politique.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de la psychologisation du social (des individus perçus à travers leur intériorité, sans se référer aux éléments sociologiques ou historiques qui les entourent), qui conduit à une responsabilisation des individus (changer d'opinion et de comportement face au sida, si les préjugés existent). Entrant ainsi simultanément en résonnance avec l'histoire politique du sida et avec le contexte socio-politique, ce construit social de santé publique convient parfaitement aux financeurs, qui le valident :

> C'est un sujet que les gens n'osent pas forcément aborder, et la discrimination aussi autour des personnes atteintes et de leur famille est encore bien présente, que ce soit au niveau du logement, que ce soit au niveau du travail, des acquis sociaux… Là encore, on a une discrimination très, très importante au niveau des personnes VIH. (FIN2)

> Donc oui, il y a des préjugés qui sont forts… Qui arrivent, de nouveaux préjugés en fait, tout le temps : donc au niveau des comportements, il y a toujours quelque chose à questionner. […] Des comportements de rejet, des comportements de jugements de valeur, des comportements d'étiquetage. C'est forcément un toxico ou un homosexuel, comme si c'était une tare d'être toxico ou homosexuel, enfin c'est… (FIN3)

L'idée de « questionner des comportements » confirme l'attrait du registre de communication avancé par les acteurs associatifs, puisqu'il permet de responsabiliser les individus. De même, dans les deux extraits, relier les préjugés à la discrimination permet d'opérer un lien entre les versants sanitaires et sociaux de la vie des individus, ce qui corrobore le construit social de santé publique. Cela ressort à un autre moment du discours de FIN2, qui fait de nouveau un lien entre situation sociale et conséquences sanitaires :

> Il faut que les mentalités évoluent, et plus les gens concernés seront à l'aise avec leur pathologie, plus ils pourront se soigner mieux, plus ils seront… Ils prendront leur traitement régulièrement, etc. Parce que le fait de le cacher, ce n'est pas facile tout le temps, quelqu'un qui doit prendre un traitement quotidien et qui doit se cacher pour le prendre, forcément la prise est moins régulière.

En conséquence de ce construit social de santé publique, l'axe de communication apparaissait logique. La campagne de 2007 doit investir la question des préjugés des individus sur le sida, au travers de leurs représentations sociales de la maladie, qui seront interrogées. C'est là le sens des éléments avancés dans l'un des comptes-rendus de réunion[574], où le sujet de la communication, la question en substrat que devra véhiculer la campagne, est résumé en ces termes : « combien de temps allons-nous encore nous voiler la face ? ». La formulation de la question fait la part belle à la responsabilisation des individus, à la collectivité toute entière même avec l'emploi du « nous », qui sous-tend l'axe de communication. Un tel sujet de communication possède l'attrait de pouvoir s'adresser au grand public dans son ensemble, en raison de l'aspect général de l'axe de communication, comme le confirme FIN2 :

[574] En date du 20 mars 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> [La campagne] du premier décembre, on la veut vraiment la plus généraliste et la plus large possible. Donc c'est essayer, par cette campagne, d'attirer le plus de regards. Donc je crois que c'est là qu'arrive ce thème là : si on veut vraiment attirer le regard d'un maximum de populations, des plus jeunes aux plus âgés, ou ceux qui ont des professions ou des situations sociales, c'est… Sans stigmatiser en plus certaines populations, voilà, on en arrive à un thème qui est relativement large, et avec lequel on peut espérer un maximum d'impact.

L'idée de toucher le plus de gens possibles conduit à promouvoir un registre général de communication, ne ciblant pas des populations plus spécifiques. Le choix de l'axe de communication répond ainsi à une contrainte structurante émise par les financeurs : s'adresser à la collectivité dans son ensemble, ce qui conditionne la manière de traiter le sujet. La crainte de voir la campagne renforcer la stigmatisation existe aussi dans cette campagne – même si elle se révèle beaucoup moins prégnante que dans le cas des deux campagnes sur la santé mentale – et constitue une autre contrainte structurante du système, comme l'évoque ASSO2 :

> Faire attention dans les paroles, dans ce qu'on va utiliser, qu'on ne puisse pas stigmatiser les personnes qui sont séropositives.

La mise en problématique pose l'axiome que les comportements de rejet et d'ostracisme sont corrélés à une méconnaissance du sida et de sa réalité, qui en serait à la base. La campagne va donc tenter d'y remédier, en diffusant d'autres représentations sociales que celles, supposées erronées, des individus, pour amener à une évolution de la situation (exprimant le postulat que les représentations sont des « guides pour l'action »). C'est ce qui se retrouve d'ailleurs dans la suite du document, à travers l'aphorisme résumant le but de la communication « nous on le sait, et toi tu le sais ? », qui consiste à « interpeller le public par une question »[575].

Au travers de ce questionnement, la volonté est d'imposer l'idée que le sida est une pathologie qui peut concerner tout le monde et dont il faut se prémunir, par le comportement responsable de chacun, aspect qui conclut le document de la réunion : « tous différents, mais tous concernés : thème générique de la campagne ». Cette manière de traiter le sujet semble avoir séduit la majorité des mondes sociaux du système :

> Donc, ce qui est intéressant à ce niveau-là, c'était de garder cette idée du préjugé à ce niveau-là, et de la mettre en œuvre d'une manière différente, et d'interpeller le public de cette manière-là. (ASSO1)

> On pense que tout le monde est concerné, mais que malheureusement, il y a plein de gens qui ne se sentent pas concernés, et donc c'est un peu essayer d'attirer l'attention d'un maximum de public, c'est quand même une campagne vraiment ciblée grand public. (FIN2)

[575] Extrait du même compte-rendu de réunion.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-3 Les déclinaisons de l'axe de communication en thèmes

Outre le registre général, un accord a été cherché entre les partenaires concernant les représentations investiguées et relatées dans la campagne. Ici, étant donné la diversité des mondes sociaux en présence, qui ne poursuivent pas tous le même intérêt, une orientation stratégique, à même de satisfaire les intérêts de chacun, a été prise. Elle consiste à diversifier les sujets abordés, à multiplier les préjugés évoqués, à « revenir et insister sur les clichés communément admis et répandus »[576], pour tenter d'en couvrir une grande partie, répondant aux attentes des mondes sociaux en présence et permettant au « système » de perdurer par la satisfaction simultanée de ses différents membres :

> On était parti en gros sur quels thèmes on pouvait prendre, sachant que, forcément, chaque structure a ses envies bien particulières, etc. Donc forcément, ASSO3 des Commerçants franco-antillais, lui il voulait forcément qu'il y ait, qu'ils soient un peu représentés au niveau des Antilles, mais pas non plus stéréotypés. Forcément, AIDES va vouloir quelque chose qui touche peut-être plus aux usagers de drogues, mais en même temps qui va toucher à l'homosexualité, etc., etc. (ASSO2)

> Ouais ! Il y a des approches qui diffèrent. (ASSO3)

> Il y avait des grands thèmes qui étaient liés à leur travail sur le terrain, à la base : c'est-à-dire eux, les préjugés, les tabous auxquels ils sont confrontés tous les jours. (PUB2)

Les intérêts divergents des mondes sociaux en présence ressortaient d'ailleurs dans les entretiens réalisés avec les protagonistes, lorsqu'il leur était demandé si eux souhaitaient qu'un thème soit plus spécifiquement abordé, avec une réponse qui s'accordait avec leur monde social d'appartenance :

> Oui, moi sur les discriminations et aussi sur le TPE, traitement post-exposition. (ASSO4)

> C'est un truc, moi je me bats énormément là-dessus, c'est ce risque et le TPE [traitement post-exposition] en fait c'est très très peu connu, et encore maintenant… Les capotes qui craquent, plein de gens ne savent pas ce qu'il faut faire, alors que l'on a un délai d'action d'urgence, il y a des protocoles vraiment spécifiques pour ça. (FIN2)

> Pour Spiritek, j'aurais voulu un festif, associer la prise de produits, etc., etc. [...] De faire un truc spécial, sur une campagne régionale, au niveau du collectif, d'en faire une spécifique pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, je pense que ça n'aurait pas été la solution.(ASSO2)

La décision de multiplier les thèmes abordés dans la campagne, afin de tenter de satisfaire tout le monde, a été prise dans la foulée du registre de communication arrêté, comme le démontre toujours le même compte-rendu de réunion, où l'axe de communication doit être « décliné en plusieurs affiches qui interpellent par des questions ayant trait à des

[576] Extrait du compte-rendu de réunion du 11 avril 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

comportements individuels ». Ces thèmes sont au nombre de sept : il est question de la stigmatisation au travers des représentations de l'autre, de la prévention, de la sexualité et du plaisir, de la prise de risques, de la solidarité et des discriminations, de la famille et de l'entourage de la personne malade, ainsi que des traitements. Le choix des sujets a été arrêté après discussion entre les acteurs sociaux du processus, avec l'aval des financeurs.

Dans le même temps, la volonté de ne pas stigmatiser, en tant que contrainte structurante du processus de production, amène au choix de ne pas s'adresser spécifiquement à un groupe à risque souligné par les épidémiologistes, les migrants d'Afrique, pour ne pas associer explicitement le sida à cette population, et ne pas contribuer, ainsi, à renforcer un préjugé existant. C'est ce que confirme FIN2 :

> On aurait pu aussi, on ne cible pas les migrants par exemple. […] On ne ressort pas la problématique migrant alors que c'est une problématique qui est importante, avec une incidence importante justement dans cette population. Mais on ne le fait pas, parce que c'est une population qui est déjà très stigmatisée, qui subit ça, donc on ne veut pas renforcer ce genre d'idées par une campagne qui pourrait encore dire…

Le contexte socio-politique, et notamment la psychologisation du social, s'avère alors un élément favorisant ce traitement ne ciblant pas les migrants, puisqu'il permet de concevoir les cibles à travers leur intériorité, en délaissant leurs caractéristiques socio-démographiques, voire même en masquant leur influence ici. Cela permet, dès lors, d'éviter le risque de renforcer le stigmate et l'association entre populations migrantes et sida.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 3. Les propositions de création publicitaire (T3)

Cette étape, qui voit l'arrivée dans « l'espace décisionnel » des publicitaires, sera décomposée en suivant plus ou moins le fil chronologique du processus. Ainsi, nous aborderons en premier lieu le choix du visuel par les associatifs, dont nous verrons qu'il s'inscrit dans la suite d'une réflexion déjà engagée par le collectif, ainsi que les premières pistes créatives réalisées. S'ensuivra la rencontre avec les financeurs, dont la possession du pouvoir décisionnaire engendre des implications dans l'évolution du processus de production. Enfin, nous évoquerons l'arrivée proprement dite des publicitaires dans le processus, en nous focalisant plus particulièrement sur le rôle qui leur était alloué par les acteurs sociaux en présence, et sur les propositions créatives qu'ils ont faites à leur tour, et qui se distinguent de celles du collectif. Nous achèverons cette partie, en présentant les affiches finalement retenues pour la campagne.

## 1. Le choix du visuel pour la campagne

Comprendre le choix du visuel nécessite de faire un détour par les campagnes réalisées les années précédentes, qui contribuent de manière significative à expliquer les choix qui seront pris lors de cette phase du processus.

### 1-1 Les campagnes des années précédentes

Lorsque l'on s'intéresse aux campagnes diffusées depuis 2004 et la genèse du collectif régional de prévention sida, l'un des premiers éléments qui ressort clairement est le caractère assez simple de ces productions. Aussi bien pour les campagnes de 2004 que de 2005, l'ingénierie symbolique déployée, notamment concernant les visuels choisis, ne semble pas mue par une grande recherche créative[577]. Ces deux affiches sont centrées autour de l'existence du préservatif et font la promotion du préservatif féminin. La première représente les visages d'un homme et d'une femme, à la moue dubitative quant à la question posée. La

[577] Les affiches de ces deux campagnes se trouvent en annexes 7 et 8.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

mise en scène souligne la manière de procéder dans cette campagne : provoquer la réflexion personnelle des cibles réceptrices autour de la question (« préservatifs : on dit un ou une ? »), et renvoyer au site Internet de la campagne pour obtenir la réponse, connaître le sens de l'affiche. La logique qui sous-tend ce choix renvoie à la responsabilisation des individus, puisque la question posée est censée conduire à un comportement complémentaire précis, avec une recherche d'informations supplémentaires nécessaire pour en comprendre le sens, notamment par la consultation du site Internet mis en évidence sous le visuel. Si l'on excepte le terme de « préservatifs », emblématique de la lutte contre le sida (au même titre que le symbole rouge associé à la maladie), aucun message clair de prévention n'est ici émis. La logique qui préside renvoie à une sensibilisation de la population à la diversité des formes de préservatifs qui existent. On peut néanmoins s'étonner de l'absence de référence explicite au préservatif féminin sur l'affiche, vu que la campagne a pour origine la méconnaissance de l'existence de celui-là. Sur cette affiche, on note aussi la présence des logos de trois financeurs (Etat, Conseil régional et mairie de Lille), ainsi que celui de Sida Info Service – en revanche, aucune mention n'est faite au collectif en tant que tel.

Concernant la campagne de 2005, elle poursuit sur la même thématique du préservatif féminin, évoquée explicitement cette fois-ci. Abordant l'acte sexuel et les instants qui le précèdent, elle emploie un visuel figuratif et suggestif, basé sur des cases de bandes-dessinées noires, avec des phylactères signifiant la situation évoquée. Les deux couleurs utilisées sont celles classiquement associées aux deux sexes (rose et bleu), renforçant l'évocation de la situation. La mise en situation est conçue afin de mettre en scène l'existence du préservatif féminin. La sensibilisation à la prévention est aussi renforcée par l'emploi du slogan, même si le message n'exprime pas explicitement la nécessité de mettre des préservatifs, qui semble être l'axiome du message, non remis en cause. Ainsi, le terme de « choix » ne renvoie qu'au type de préservatif employé, et non au choix de recourir ou non à cette protection. Dès lors, la liberté du choix ne s'exprime que sous le joug de la contrainte de la protection, ce qui peut paraître comme un message assez étonnant en matière de santé publique, qui considère comme acquise la responsabilisation des individus en matière de comportements sexuels face au sida. Quant à l'emploi de pronoms personnels à la deuxième personne du singulier, il semble indiquer que le message s'adresse plus spécifiquement à des cibles « jeunes » (ou aux deux membres d'un couple). Le bas de l'affiche comprend le cartouche avec les éléments plus informatifs de la campagne : référence est faite au collectif régional de prévention sida, au site


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Internet, et à Sida Info Service. Enfin, tout en bas de l'affiche, les logos des quatre financeurs du système clôturent l'affiche.

Mais l'affiche de la campagne de 2006 est celle qui nous intéresse le plus ici[578]. Elle représente un personnage figuré, ou plus exactement une juxtaposition de morceaux de personnages, de parties de corps différents assemblées entre elles. Tout autour de ce personnage, on trouve des termes censés participer à définir socialement ou individuellement un individu, avec à chaque fois un point d'interrogation, soulignant dès lors toute l'ambiguïté du personnage représenté, et la difficulté à le définir, à lui accoler une étiquette et une identité. Cela concerne son sexe, son âge, sa profession, son origine ethnique ou encore sa sexualité. En haut à gauche de l'affiche, et introduisant donc en quelque sorte ce personnage, le mettant en situation, on trouve un encadré où est écrit « je me protège du sida » (ce dernier mot étant écrit en rouge, couleur habituellement associée au sida), et en dessous et en plus petit « et des infections sexuellement transmissibles ». L'affiche se conclut avec le site Internet et les logos du collectif et des différents financeurs.
Si le slogan appelle à la responsabilisation individuelle, avec un traitement individualisé de la question du sida, le lien entre celui-ci et le visuel n'est pas très explicite quant à sa signification, même s'il cherche à suggérer que cette déclaration de principe peut s'appliquer à tout un chacun, que nul n'en est exclu, faisant de la question du sida un risque généralisé et individualisé. Cela sert à lutter contre l'idée que le sida ne concernerait que certaines catégories de population, construit social de santé publique déjà éprouvé en matière de sida. Le choix de ce mélange des genres est voulu, censé souligner l'impossibilité à définir qui est concerné par le sida, comme le confirme ASSO1 :

> En essayant d'attribuer, en jouant sur cette notion de préjugé, sur la notion d'étiquette qu'on peut poser sur les gens. [...] Voilà, donc on mélange les choses qui sont, qui relèvent du préjugé, des choses qui ne le sont pas du tout. Il s'agit de déconstruire un petit peu toutes ces idées reçues.

Les notions de « préjugé », d'« étiquette » font leur apparition dans le discours d'ASSO1, idée centrale dans la campagne qui nous intéresse. Elles expriment aussi la psychologisation du social, avec la négation de populations à risque, pour éviter de stigmatiser ces dernières, pour faire du sida un risque généralisé et individualisé.

Cette affiche reçoit un accueil des plus mitigés de la part de ses concepteurs, qui la jugent sévèrement *a posteriori*, en particulier sur son aspect graphique :

[578] Voir annexe 9.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

C'était très laid ! Graphiquement, c'était une horreur.
C'était cul-cul la praline. C'était à côté de tout. (ASSO4)

De toute façon je peux le dire, tout le monde le dit, elle était nulle quoi. (ASSO2)

L'affiche en question possède toutefois deux attraits dans le cadre de notre étude. En premier lieu, elle va peser fortement sur la campagne de l'année 2007, en constituant une sorte de figure-repoussoir, un écueil à éviter au moment de la conception de la nouvelle campagne :

Le but, c'était déjà de faire oublier l'année d'avant. (ASSO2)

On s'est mis d'accord sur éviter le support graphique qu'on avait fait l'année précédente, parce que ce n'était pas pertinent. (ASSO4)

Partant du principe que « nos défaites sont les yeux par lesquels nous voyons l'idéal »[579], la volonté des acteurs, au moment d'amorcer cette étape du processus, est de ne pas commettre de nouveau les erreurs de la campagne de 2006, particulièrement concernant la traduction du registre de communication en visuel.

Ensuite, la campagne de 2006 marque l'intérêt prononcé du collectif pour la thématique du « regard », significative, selon les protagonistes de la campagne, de la représentation sociale du sida et des malades de la part de la population générale. C'est justement là le thème repris pour la campagne de 2007, qui constitue le prolongement de la réflexion engagée précédemment, comme le confirme ASSO1 :

La réflexion autour de ce thème « tous différents, tous concernés », qui était déjà je crois… [léger silence] qui était un petit peu sous-jacent dans la campagne de 2006, mais qu'on n'avait peut-être pas suffisamment exploité.

La campagne de 2007 apparaît alors dans le prolongement d'une dynamique antérieure, que les acteurs cherchent de nouveau à actualiser, avec néanmoins le spectre de la qualité discutable de l'affiche de l'année précédente, qui justifiera, comme nous le verrons, le recours à une agence de communication pour mettre en images la thématique retenue, pour mieux « exploiter » et décliner le thème, à savoir promouvoir un traitement individualisé de la question du sida – comme le dénote le slogan, sur lequel nous reviendrons plus loin – , actualisant les techniques de gouvernementalité de la psychologisation et de la responsabilisation des individus à travers le message diffusé.

[579] Friedrich Nietzsche, *Humain, trop humain*, Hachette, Paris, 2001.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-2 Le visuel adopté pour la campagne de 2007

Le thème arrêté pour la campagne de 2007 – interpeller le public sur ses possibles préjugés en matière de sida, en l'amenant à se questionner sur ses représentations – était ainsi déjà investi lors de la campagne de 2006, mais la traduction visuelle de cet axe ne plaisait guère aux protagonistes. Néanmoins, ce registre contient en lui-même les modalités de réponse, il est le schibboleth des solutions proposées :

> On est sur la notion de préjugé, le préjugé c'est quoi ? C'est un regard faux ou erroné que l'on peut porter sur une personne. Dans cette phrase-là, il y a un mot qui est important, c'est le regard : quel regard on va porter sur quelqu'un qui peut être différent ou pas ? (ASSO1)

> Tout passe par le regard en fait, la maladie passe beaucoup par le regard, et le regard de l'autre, face à une personne qui est atteinte du sida, comment on va le regarder, comment on va le juger. (FIN1)

Cette façon de problématiser le sujet ressort aussi du compte-rendu d'une des réunions du collectif, où le lien entre mise en problématique et visuel ressort de manière nette : « pour amener la réflexion, interpeller sous la forme de questions : « pourquoi je vous regarde ? », « qu'est-ce que vous regardez ? ». Axer le visuel sur le regard permet de répondre au construit social de santé publique tel qu'il a été élaboré lors des étapes précédentes : susciter la réflexion personnelle en interpellant les cibles-réceptrices sur leurs propres représentations, dans un traitement mêlant psychologisation et responsabilisation des individus, considérés de manière individuelle, sans inscription sociale marquée et sans faire référence à l'épidémiologie.

La traduction visuelle du thème autour de la notion de regard a remporté un succès auprès des différents mondes sociaux inclus dans le système, qui appuient cette idée, en partie car ils restent marqués par la campagne de l'année précédente, comme cela transparaît dans les propos de ASSO1 :

> Et ce travail engagé au travers du regard a réuni une sorte de consensus au niveau des acteurs de prévention, et quand on a fait le bilan de cette campagne de com', on s'est dit « mais pourquoi est-ce qu'on a été chercher un truc aussi compliqué ? », alors qu'on avait une idée super simple, avec le système du regard, qu'on aurait très bien pu exploiter à ce niveau-là, et qui était beaucoup plus parlant et porteur pour tout le monde.

Le choix du regard comme ingénierie symbolique pour la campagne de 2007 se comprend à l'aune des choix opérés l'année précédente, qui appuient l'idée de faire une campagne exploitant le regard comme visuel central, en vertu de sa simplicité et de sa puissance d'évocation, selon ASSO1. La campagne de 2006 est de nouveau évoquée en tant


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

que figure-repoussoir, qui fournit des repères et des indications quant aux écueils à éviter pour cette nouvelle campagne. En ce sens, la campagne de 2007 constitue une nouvelle déclinaison du thème portée par le collectif :

> L'année d'avant, on avait déjà utilisé le thème du regard. Le regard des autres, notre regard sur les autres, sur les malades, c'est surtout ça. (ASSO3)
>
> Donc, on a dit on garde cette idée du regard, et on va essayer de construire un visuel autour de cette notion de regard, de photos d'une part et de regards. (ASSO1)

Cet axe de communication répond à la mise en problématique opérée, à la culture de santé publique adoptée, et le visuel permet de trouver une réponse simple à cette mise en problématique. Pour autant, la question posée à ce moment était de savoir s'il fallait privilégier des photos réelles de regards ou alors recourir à des dessins, interrogation en lien avec le moyen phatique le plus efficace pour réussir à entrer en contact avec les cibles-réceptrices, *a fortiori* car c'est le grand public qui est visé, comme le confirme ASSO1 :

> De là s'était posée la question : « est-ce qu'on va utiliser du dessin ou de la photo, la photo étant plus réaliste, le dessin permettant peut-être, pouvant éventuellement présenter l'avantage de permettre à chacun de se projeter dedans, de se reconnaître et de se projeter dedans, alors que la photo, parce que trop réelle ou réaliste, va plutôt mettre un frein à ce niveau-là, parce que ça va parler ou ça ne va pas parler. On va se projeter ou pas.

L'interrogation évoquée, pour se comprendre, doit être rapportée au construit social de santé publique, puisque c'est la réflexion personnelle des cibles qui est visée au travers de la campagne, et le visuel à privilégier doit répondre à cette mise en problématique, réussir à capter l'attention des cibles et les amener à se projeter, autrement dit à s'identifier pour adopter le comportement visé par les protagonistes (« se projeter dedans », répété à trois reprises, « se reconnaître »). Le problème évoqué par les photos, « plus réalistes », est que ces dernières reflètent certaines caractéristiques sociales des individus qui ont posé (le sexe, l'âge, la couleur de peau, par exemple) et, du même coup, segmentent la population en fonction de celles-là, constituant un obstacle au traitement généraliste voulu dans la campagne, par les financeurs.

Mais, toujours sous le coup de la campagne de 2006, le dessin est rejeté, car cette option n'avait pas satisfait les mondes sociaux en présence. Quant au problème de la segmentation de la population, il est résolu par la multiplication des visages diffusés, réponse permettant de dépasser le problème du visuel :

> C'était le choix qui avait été fait en 2006, et finalement, on a dit non, on va faire, on va garder de la photo, on va garder la photo, et on va interpeller au travers d'une multitude de regards, qui représentent, tentent de représenter, la diversité de la population. (ASSO1)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Au même titre que diversifier les thèmes abordés, multiplier les visuels a permis de répondre au problème engendré par la diversité des acteurs sociaux intégrés dans « l'espace décisionnel » autour de la campagne (la « multitude de regards » est présentée comme une réponse à « la diversité de la population »). En outre, la campagne de 2006 représente, à nouveau, l'écueil à éviter. Ces éléments reflètent la manière dont le processus de production est construit, puisque cette construction conditionne les choix opérés, rendus nécessaires pour permettre la pérennité du processus.

Représenter la diversité de la population, contrainte structurante liée au grand public comme cible de la campagne, était aussi signifiée dans l'un des comptes-rendus de réunion, avec la notion de « mixité sociale ». Elle est aussi évoquée par les protagonistes :

> Il fallait absolument qu'on ait une personne africaine. Ca fait partie de cette population qu'on vise, avec les spécificités qui lui sont propres. (ASSO4)

> Comme on avait six thèmes, il y avait d'abord trois hommes et trois femmes, et d'avoir des grains de peau qui soient suffisamment différents pour qu'on ait la personne européenne, blanche, du ch'Nord à ce niveau-là, qu'on ait l'Africain, qu'on ait plutôt le type maghrébin, voilà. D'avoir différents types de grains de peau qui soient mis en avant. (ASSO1)

L'expression « il fallait absolument » reflète cette contrainte structurante de premier ordre quant à la diversité de la population à représenter (« différents types de grains de peau ») ; *a fortiori*, une personne africaine était nécessaire en regard du groupe à risque que constitue cette partie de la population, et que reflète l'intégration de l'association des commerçants franco-antillais dans le collectif régional de prévention sida. De même, une attention était aussi portée à une répartition équitable entre visages masculins et féminins.

Les photos prises sont celles de membres du collectif, ou de leur entourage. Elles avaient déjà été utilisées par le passé, lors de stands ou d'actions de mondes sociaux du collectif. Elles servaient alors à interpeller le public, en leur signifiant qu'il était impossible de distinguer les malades des personnes saines simplement au travers de leur apparence physique, manière de réintégrer les malades dans la normalité, comme l'évoque ASSO1 :

> Et on pose la question au public, en disant : « dans ces visages qui sont représentés, on a, il y a peut-être des personnes qui sont séropositives. D'après vous, est-ce qu'il y en a, et combien ? ».

C'est là une autre manière de mettre en exergue les préjugés des individus, de les amener à une réflexion personnelle, en s'appuyant sur ces regards, d'autant plus que le visuel se centre autour des yeux, et ne montre pas le visage dans son entièreté, artifice supplémentaire utilisé


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pour entrer en contact avec les cibles et accroître la réflexion. C'est du moins ce qu'évoque ASSO3 :

> Quand on regarde bien la mosaïque, là, qui regarde ? C'est vous qui regardez ou c'est lui qui vous regarde ? C'est pour ça que… On ne sait pas qui regarde. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est un peu dans ce sens-là.

Corollairement à ce choix du regard comme visuel central autour de la campagne, le collectif associatif opte pour un registre de communication dans lequel le préjugé est présenté dans l'affiche, avec un renvoi au site Internet du collectif pour obtenir la réponse à ce préjugé, pour que s'opère sa déconstruction. C'est ce que relate ASSO1 :

> Au départ, on était parti dans notre groupe de travail sur des regards qui posent une question, invitant à aller sur le site Internet pour trouver la réponse.

Ce premier choix de communication privilégie ainsi une responsabilisation des cibles réceptrices, puisque l'information véhiculée au travers de l'affiche ne correspond qu'au seul préjugé, et seule une démarche complémentaire des cibles permet de le déconstruire, d'obtenir la réponse à l'interrogation supposée être provoquée par l'affiche (démarche similaire à celle adoptée pour la campagne de 2004 sur le préservatif féminin). Quant aux visuels, à cet instant du processus, ils se composent soit du visage entier de face soit de profil, avec une photo plus générique comprenant une multitude de visages simultanément.

Le collectif régional de prévention sida a procédé à un premier travail d'élaboration des affiches, concernant l'objectif assigné à chaque thème, ainsi que l'accroche correspondante. C'est sur ces aspects que nous allons revenir à présent.

## 2. La déclinaison des thèmes en affiches

Dans cette partie, nous allons reprendre successivement les différents thèmes tels qu'ils ont été traduits, par les mondes sociaux associatifs, en affiches, avec ses différentes composantes, avant l'intervention de l'agence de communication. Nous avons vu que le choix de ces thèmes avait été réalisé antérieurement à l'arrivée de l'agence de communication dans le processus, en T2. Dans l'un des comptes rendus de réunion[580], est exprimé, pour chaque thème retenu, l'objectif qui lui est assigné. Les préjugés exposés dans ces différentes affiches ont été rédigés selon ce que les protagonistes de la campagne disaient entendre régulièrement lors de manifestations auxquels ils participent :

[580] Compte rendu de réunion en date du 11 avril 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> On a pris vraiment des grandes idées, c'est des campagnes qui sont faites par des acteurs de terrain, donc ils entendent ce que les jeunes disent. Donc on a vraiment pris ces gros préjugés-là. (FIN2)

> C'est les questions, enfin les fausses affirmations qu'on entend souvent, donc on sait qu'il faut souvent les corriger. Donc on a fait que, en gros, traiter tout ce qu'on entend, ce qu'on lit dans les sondages, ou ce qu'on entend dans la rue, ou ce que les associatifs entendent dans leur travail quotidien. (FIN4)

Il est intéressant de souligner que les financeurs valident ici l'expérience de terrain des associatifs, puisque ce sont eux qui sont pris comme référents par FIN2 et FIN4 pour légitimer le choix de ces préjugés. Leur expertise de terrain leur permet alors d'imposer ces thèmes aux financeurs, qui ne peuvent faire valoir une expertise équivalente, et qui ne maîtrisent pas cette zone d'incertitude.

De plus, le choix de recourir à un préjugé sous la forme d'une question semble avoir fait l'unanimité, comme l'indique l'un des comptes-rendus de réunion : « interpeller le public par une question, on est tous d'accord »[581]. Cet aspect consensuel se comprend par la logique même assignée à la communication : responsabiliser les individus au travers du prisme de la psychologisation, les interpeller dans leur individualité, en les considérant comme seuls responsables de leur attitude, indépendamment de toute inscription sociale, pour les amener à se questionner sur leurs manières d'être et d'agir. Cette responsabilisation recherchée se retrouve d'ailleurs aussi à travers les verbes utilisés pour définir l'objectif de la campagne, qui sont tous des verbes d'action, supposant une structure diachronique, où la campagne se ferait le révélateur de ces erreurs commises et de ces fausses idées véhiculées jusqu'à présent : « réfléchir », « interpeller », « faire passer l'idée », « casser l'image ». Le but assigné à ces messages est relaté par ASSO3 :

> Il fallait qu'on trouve les mots justes pour pouvoir interpeller la personne qui lit, qui regarde l'image. Il fallait vraiment tout de suite trouver le thème juste, pour pouvoir interpeller cette personne et l'amener à se poser des questions. Et l'idée, c'est qu'une fois que la personne se pose des questions, qu'elle aille sur le site ou bien qu'elle téléphone pour pouvoir avoir un peu plus d'informations.

La dimension phatique de l'affiche est ici révérée, puisque c'est de la réussite de la prise de contact avec les cibles (« les mots justes », « interpeller »,) que dépendra l'initiation d'un mouvement réflexif (« se poser des questions », répété à deux reprises), préalable au comportement attendu – téléphoner ou aller sur le site Internet pour s'enquérir de plus d'informations.

[581] *Ibid.*


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En outre, cette responsabilisation est aussi vue au travers de son versant négatif, la culpabilisation individuelle face à son attitude, reflétant ici la logique militante adoptée par les mondes sociaux associatifs. Ainsi, les préjugés mis en exergue dans l'affiche ont été voulus très explicites et fort marqués, afin de parfaire la probabilité qu'ils produisent un écho chez les cibles : « on doit les faire rougir de ce qu'ils pensent dès le départ en voyant l'image »[582].

2-1 Le regard porté sur l'autre

L'objectif assigné à ce thème renvoie à un questionnement sur « quelle image on a de la maladie et de la personne atteinte ? », afin « d'amener le public à réfléchir entre ce qu'on dit savoir et comment on réagit, comment on se comporte ». Cette manière d'introduire la thématique place la responsabilisation comme technique de gouvernementalité, avec l'information perçue comme un levier d'action pour faire évoluer les comportements par l'entremise d'une prise de conscience de sa manière d'être et d'agir. Le visuel associé à cette affiche est composé d'une multitude de photos de regards superposées les unes sur les autres, donnant la sensation d'une accumulation de personnes. Mis en lien avec l'objectif assigné, ce visuel tend à indiquer qu'il n'est pas possible de distinguer un malade d'un non-malade, et que tous sont inclus dans un même ensemble indistinct – manière donc de signifier qu'il n'existe pas de différence selon le statut sérologique de l'individu. Cette idée est renforcée par l'accroche provisoire de l'affiche : « tous différents ? Tous concernés ? », où la forme interrogative cherche à susciter la réflexion et, *in fine*, la responsabilisation individuelle, comme le confirme ASSO1 :

> On restait sur cette idée de poser la question, et à chacun de s'en saisir ou pas, en passant devant l'affiche, et de, soit trouver la réponse sur le site, soit de lancer, enfin d'avoir une réflexion personnelle sur cette question-là.

2-2 La prévention

Concernant son objectif, ce thème cherche à se distinguer d'un quelconque *a priori* en matière de comportement sexuel, sans quitter pour autant le registre de la prophylaxie : « interpeller le public sur le sens du mot « prévention » et de la protection, sans obligatoirement imposer le préservatif dans le discours ni préjuger du comportement individuel (abstinence par exemple) »[583]. Cette contrainte est liée au fait de viser le grand

[582] Extrait du compte-rendu de la réunion du 11 avril 2007.
[583] Extrait du compte-rendu de réunion du 11 avril 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

public, ce qui oblige les protagonistes à ne pas se positionner de manière telle qu'une frange de la population ne serait pas incluse dans le message.
Ici, trois accroches différentes sont proposées : « se protéger, c'est quoi pour toi ? », « et avec moi, tu te protèges ? Et avec moi, tu vas te protéger ? », « à demi-mot, demi-prévention ? ». Lors de la réunion suivante – en date du 6 juin 2007 –, deux nouvelles accroches sont proposées, écrites en « langage sms » : « a 2 mi mo, pour tou fEr Kpo-T » et « a 2 mi mo, 2 mi proTG ? ». La dernière accroche correspond peu ou prou à celle évoquée lors de la réunion précédente (« à demi-mot, demi-prévention »), sauf que la manière de la présenter a évolué. Il semble ainsi que ce thème vise plus particulièrement une frange de la population générale, censée employer ce « langage sms », la jeunesse. C'est d'ailleurs là une récurrence dans les campagnes contre le sida que de s'adresser à la jeunesse concernant le port du préservatif.

### 2-3 La sexualité et le plaisir

L'objectif alloué est de « faire passer l'idée que toutes les sexualités sont concernées », et donc à lutter contre l'idée que le sida serait une maladie qui ne concernerait que les homosexuels, tout en permettant de toucher tous les publics, indépendamment de leur propre orientation sexuelle. C'est ce préjugé que la campagne cherche à contrecarrer, comme le confirme FIN2 :

> Les hétéros c'est pareil, le sida ça reste la maladie gay, alors qu'en fait, il y a quand même une grosse partie de population hétéros, et ça il y en a : « moi, je suis hétéro, je n'ai pas de risque, je ne me protège pas, donc c'est pareil ».

Ici, l'accroche proposée est « préservatifs, le plaisir à toutes les sauces ? ». Mais deux alternatives sont aussi introduites : « préservatifs et plaisirs, est-ce incompatible ? » et « la sexualité équitable par Max Havelard ». Quant au fait de juxtaposer les notions de « plaisir » et de « préservatif », cela répond à l'idée que les deux notions seraient antagoniques *a priori* chez les cibles, et que c'est là également un préjugé à déconstruire en cherchant à ne pas les rendre exclusives l'une de l'autre.

### 2-4 La prise de risques

Avec l'objectif d'évoquer les modes de contamination et « dans quelle situation on est en train de prendre un risque », ce thème se place d'emblée dans le registre de la responsabilisation des individus, avec l'information comme levier d'action.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les accroches proposées sont au nombre de deux : « tu préfères le plaisir sans risque ou les risques sans plaisir ? » et « est-ce que le risque a un prix ? ». Toutefois, les discussions qui ont eu lieu entre les mondes associatifs ont progressivement conduit à un abandon de cette manière d'aborder le sujet, car « cela apparaît peut-être un peu trop culpabilisant »[584].
Cette dernière remarque souligne que si la responsabilisation des individus est recherchée, le fil est ténu et le risque important de basculer dans la culpabilisation individuelle, engendrant la crainte que ce message ne soit contre-productif. C'est en ce sens que le registre de discours connaît une évolution, dans une tonalité plus positive, en évoquant plus spécifiquement le thème du traitement post-exposition, afin de mieux le faire connaître du grand public. Ce thème acquiert d'autant plus d'importance que l'un des financeurs de la campagne, FIN2, confirme que c'est là un thème qui lui tient particulièrement à cœur :

> Et alors ça, c'est un truc, moi je me bats énormément là-dessus, c'est ce risque, en fait c'est très très peu connu, et encore maintenant… […] Et pour moi, c'est important, enfin j'en fais une priorité au niveau de la région.

Ce sujet possède également l'attrait de permettre de sortir de la culpabilisation tout en responsabilisant l'individu qui aurait pris un risque du fait de son comportement sexuel. Cette responsabilisation se traduit d'ailleurs dans la nouvelle proposition d'accroche : « après un risque, allez directement aux urgences et ne passez pas par la case « attente » », qui a fait consensus entre les acteurs sociaux associatifs.

### 2-5 La solidarité et la discrimination

Ambitionnant de « casser l'image de peur de la personne séropositive », ce thème s'inscrit dans l'un des registres privilégiés de la santé publique : la lutte contre la stigmatisation.
L'accroche proposée ici est : « faut-il avoir peur de la maladie ou de moi ? »

### 2-6 La famille et l'entourage

La thématique cherche à « favoriser le dialogue dans la famille autour de la maladie, de la séropositivité… pas uniquement entre pairs (entre enfants, entre ados, entre parents)… mais aussi entre parents et enfants », soit donc d'en faire une problématique transgénérationnelle. On peut émettre l'hypothèse que cette optique se fait dans la perspective

[584] Compte rendu de la réunion du 6 juin 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

d'accroître la cohésion familiale et d'éviter le rejet en cas de maladie d'un de ses membres. L'accroche proposée est la suivante : « dis papa, c'est quand la fin du sida ? »

2-7 La maladie et les traitements

La volonté est de « mettre en relation la recherche de plaisir qui induit parfois la non-utilisation du préservatif, en parallèle avec la lourdeur du traitement. De plus, déconstruction d'une image toute faite, d'une formule courante »[585]. C'est là un nouvel avatar de la responsabilisation des individus, en tentant de jouer sur « la république phénoménale des intérêts » dont parlait Foucault, sur la rationalité individuelle, en opposant à la recherche du plaisir immédiat (pouvant conduire à délaisser le préservatif) la lourdeur et la contrainte des traitements en cas de maladie. Quant à la déconstruction d'une image toute faite, elle concerne l'idée que les traitements antirétroviraux sont anodins, idée qui caractérise la période de « normalisation paradoxale du sida » décrite par Setbon, et que confirme FIN2 :

> Le traitement, ça c'était aussi parce que il y a une évolution avec le traitement, qui fait que la maladie elle pourrait être banalisée, où les jeunes se disent « ben de toute façon, maintenant on le traite, on vit bien avec ». Ben non, on ne vit pas bien avec une trithérapie, un traitement, et ça c'est important de savoir qu'effectivement, on peut traiter, mais que le traitement il est lourd, et que… C'est vraiment essayer de venir à contre sens de ce que pensent les gens.

Deux accroches sont proposées pour ce thème : « plus c'est long, plus c'est bon ? Sauf pour le traitement » et « 20 cachets par jour et à vie, ça vous dit ? ». Concernant ces accroches, ASSO1 précise qu'elles ont été élaborées avec la volonté de conserver une certaine distance concernant un sujet très lourd, risquant de provoquer le rejet de la part des cibles réceptrices :

> Sur les traitements, par exemple, on était plutôt sur une formulation de type « plus c'est long, plus c'est bon ? Sauf pour le traitement ». Là encore; toujours sur l'idée du jeu de mots, qui va aller plutôt dans une idée de complicité avec la personne qui regarde l'affiche, mais en même temps, pour dédramatiser un petit peu aussi la question du VIH. On prononce le mot sida, poum !, on a l'impression d'avoir la chape de plomb, le plafond qui est descendu d'un mètre. Donc voilà, c'est un petit peu aussi pour essayer de, ces jeux de mots, on les avait pensés aussi pour essayer de dédramatiser un peu les choses, sans vouloir non plus banaliser la question du VIH, mais créer une proximité avec le public de cette manière-là.

2-8 Le lien entre les affiches

La multiplication des thèmes abordés dans les différentes affiches suscite un questionnement de la part des mondes sociaux associatifs concernant la manière d'opérer le lien entre elles, de signifier qu'elles appartiennent toutes à un même ensemble : « va-t-on

[585] Extrait du compte-rendu de la réunion du 6 juin 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

retrouver la cohérence et la référence à une seule et même campagne ? »[586]. Dès lors, l'idée développée est de procéder à une construction similaire des affiches, avec laquelle « la référence devrait être plus facile ».

Avec cette manière d'opérer, l'affiche comprenant la mosaïque de regards – assignée à la thématique du regard sur l'autre – constitue alors l'élément fédérateur autour duquel se déclinent les autres thèmes :

> On avait la question de la prévention, se protéger à quoi ça sert, la question des préservatifs, la question de l'orientation sexuelle, les effets des traitements, le fait que ça se voit ou pas, l'attitude après la prise de risques, et quelle attitude après une prise de risques, et la mosaïque de regards pour resituer ces différents thèmes dans un cadre plus global, qui est « tous différents, tous concernés ». (ASSO1)

> Il y a une affiche un peu générique avec les *a priori*, les préjugés, comme cela dans leur globalité. Parce que les affiches individuelles, c'est une personne, en plus ils ont chacun, ils nous interpellent chacun différemment, les visages sont différents, les regards sont différents. […] Donc ça montre aussi la multiplicité des préjugés, des représentations, des comportements. Il n'y a pas les jeunes, les vieux, ceux qui pensent ci, ceux qui pensent ça. On a chacun, dans notre histoire personnelle, des préjugés, des façons de penser, des avis, des représentations, des histoires… (FIN3)

> Je pense que c'est le liant, on va dire que c'est l'affiche qui faisait le lien entre toutes ces affiches. (FIN2)

> Il nous faut, nous, pour les supports d'événementiels, une affiche générique. On a toujours pratiqué de cette façon-là, ça permet d'introduire le sujet de façon assez générale. (FIN4)

La mosaïque de regards permet ainsi de conserver le traitement généraliste – dans le sens de grand public – assigné à la campagne, permettant de toucher toute la population en multipliant les caractéristiques sociales et individuelles montrées au travers des visuels :

> On a essayé d'avoir une mosaïque, où il y a un peu tout le monde, personnes âgées, des jeunes, personnes de couleur, pour essayer de diversifier, de dire que, quelque part, tout le monde peut être touché par cela, et qu'il n'y a pas de frontière à cette maladie, en fait. (FIN1)

Cette affiche permet ainsi d'énoncer un message général (« un peu générique », « globalité »), s'adressant à tout le monde, que les affiches présentant un regard pris individuellement contribuent ensuite à renforcer en se centrant plus particulièrement sur un aspect spécifique, tout en permettant de balayer une gamme large de préjugés. Cette construction permet aussi d'accroître les chances de satisfaire l'ensemble des protagonistes de la campagne, avec la diversité des préoccupations abordées, tout en conservant la visée grand public recherchée par les financeurs. Il appert que la mosaïque de regards semble plus

[586] Compte-rendu de la réunion du 11 avril 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

particulièrement convenir aux financeurs, qui y voient leur souci de faire une campagne grand public respecté, et les affiches thématiques intéressent plus particulièrement les acteurs associatifs, qui peuvent décliner des préoccupations qui leur sont propres, en s'adressant à des sous-populations spécifiques. La multiplication des affiches et les visuels sélectionnés reflètent ainsi « l'espace décisionnel » tel qu'il est constitué autour de la campagne, avec des intérêts diversifiés, correspondant aux acteurs sociaux engagés simultanément dans le processus de production.

Mais cette satisfaction des intérêts de chacun ne signifie pas, pour autant, la fin des disparités et des clivages, comme cela se manifeste lors des premières réunions avec les financeurs, les acteurs sociaux institutionnels, en vue de valider les orientations prises par le collectif associatif. Effectivement, à la suite de ce premier travail de réflexion, intervient une réunion du collectif associatif avec les financeurs, pour exposer leur projet de communication, et obtenir l'assentiment de ces institutionnels qui détiennent le pouvoir décisionnaire.

## 3. Premières rencontres avec les financeurs de la campagne

Une réunion a lieu courant juin réunissant l'ensemble des protagonistes, représentants associatifs et institutionnels, afin d'exposer l'état d'avancement de la réflexion autour de la campagne. Le registre général de la communication est ainsi présenté, avec le ressort employé au travers des affiches : « amener le public à la réflexion, en proposant au maximum des accroches formulées sous la forme de questions (et non d'affirmations) ». L'interpellation du public se fait donc au travers d'un mode interrogatif, censé aboutir à une responsabilisation des individus.

Ce choix semble avoir satisfait les financeurs, avec une « option générale proposée qui n'est pas remise en cause »[587], notamment car le registre employé était dans l'évocation, l'interrogation, et non dans un recours à un registre agressif, trop « rentre-dedans » :

> On ne voulait pas non plus d'une campagne qui est trop agressive, parce qu'on sait très bien que les campagnes agressives ne fonctionnent pas, elles vont fonctionner sur l'instant et puis quand on voit les résultats après, les six mois qui suivent, c'est l'effet inverse. (FIN1)

Ce souci des financeurs quant au registre employé est aussi évoqué par ASSO2, qui évoque les discussions qui ont eu lieu avec les financeurs concernant les propositions d'accroches formulées par les associatifs :

[587] Extrait du compte-rendu de réunion en date du 9 mai 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Enfin il y a des trucs où on était parti beaucoup plus loin et on s'est fait remettre dans le droit chemin : « ben non, ce n'est pas comme ça, etc., etc. ». Voilà : en gros, on a un comité de pilotage, et on a les changements qui ont été faits, et on se retrouve avec tous les textes qu'on a faits « ça non, ça non, ça va, ça c'est moins bien ». Donc en gros, on n'avait pas énormément de choses à changer, mais à atténuer, etc., parce que financeurs, parce qu'il y a le logo aussi de la Région, du Conseil général, de la ville de Lille, donc on ne fait pas n'importe quoi. J'ai oublié un financeur… C'est celui-là, le ministère. Donc forcément, on ne fait pas n'importe quoi.

ASSO2 établit directement un lien entre l'atténuation des propos tenus dans les accroches et le fait que les financeurs aient leurs logos visibles sur les affiches de la campagne. Cela renvoie au capital symbolique de leur institution mis en jeu au travers de la campagne, capital symbolique qui, couplé à leur monopole du pouvoir décisionnaire, les conduit à une attention soutenue concernant le sens véhiculé au travers des affiches – aspect reconnu par ASSO2 avec l'expression « donc forcément », à la fin de l'extrait.

Parmi les réserves émises par les financeurs, on trouve, en premier lieu, le thème de la prise de risques, où le recours au langage texto ne semble guère les convaincre : « bof pour le langage texto. Trop complexe ». Si ce choix ne semble guère convaincre les financeurs, c'est en raison de sa spécificité, qui en fait une sorte de langage ésotérique, compréhensible principalement par une frange particulière de la population, et s'opposant dès lors à la vocation grand public assignée à la campagne par les financeurs. C'est ce que confirme ASSO2 :

> On a essayé de se lancer un moment sur, en faire une en langage texto. On n'a jamais réussi, les financeurs n'ont pas été pour.

L'épisode relaté illustre le monopole du pouvoir décisionnaire détenu par les acteurs institutionnels, qui les amène à sélectionner parmi les propositions faites par les associatifs. La même ASSO2 évoque aussi un autre instant où les institutionnels ont appliqué leur pouvoir de décision :

> Moi, je ne voulais pas lâcher une affiche avec écrit dessus, qui disait « dis papa, c'est quand la fin du sida ? ». Bon voilà, c'était mon truc : j'ai voulu le garder jusqu'au bout, j'ai tenu à la dernière ligne droite, et puis bon ben, il a été lâché par les financeurs.

Le thème de la solidarité pose aussi problème aux financeurs, car « la région Nord Pas-de-Calais n'est pas une région super tolérante et ouverte sur les questions d'homosexualités, de migrants, de personnes atteintes »[588]. En ce sens, les protagonistes préconisent plutôt de s'adresser aux personnes concernées, à travers un registre plutôt centré sur « en parler ou pas ? Comment le dire ? Pouvoir le dire ou pas ? ». Ce renversement de la

[588] Extrait du compte-rendu de la réunion du 4 juillet 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

manière de traiter le sujet est intéressant, puisque c'est justement en raison d'un manque de tolérance supposé des habitants de la région que les financeurs considèrent qu'il ne faut pas aborder la question de la solidarité avec les personnes malades. Cet épisode souligne le caractère imparfait de la responsabilisation des individus au travers de la campagne, car les financeurs considèrent que l'information ne produira pas d'effet quant au comportement des cibles, voire même renforcera davantage la situation. Cela souligne l'ambigüité du sens donné à la campagne, qui n'est pensée être efficace que si les cibles sont disposées *a priori* à entendre le message, alors même que l'état des lieux de la tolérance de la région devrait amener à investir davantage dans la thématique – l'information n'est donc pas ici considérée comme un levier d'action pour toucher aux comportements, relativisant la portée et la pertinence de la psychologisation du social et de la responsabilisation individuelle au travers de messages médiatiques.

D'autres contraintes structurantes ont été émises en direction des acteurs sociaux associatifs, contraintes que ces derniers n'avaient d'autre choix que d'intégrer à leurs propositions, étant donné la répartition du pouvoir dans « l'espace décisionnel ». En premier lieu, ces contraintes concernaient la population montrée au travers des affiches, qui devait refléter la diversité de la population, afin d'assurer la dimension « grand public » de cette campagne, réussir à toucher tout le monde sans oublier personne. ASSO1 confirme cet aspect, en évoquant, en corollaire, la volonté de ne montrer personne du doigt (qui participe aussi de cette dimension généraliste de la campagne) :

> Ce que l'on a voulu, c'est que toutes les communautés soient représentées, après au niveau des messages, on n'a pas voulu que ce soit trop stigmatisant aussi, au contraire on voulait vraiment que ce soit le plus neutre possible, et qu'il n'y ait pas de représentation : telle population, tel risque, on ne voulait pas du tout que ce soit comme cela. […] On a pris des Noirs, on a pris des Blancs, on a pris un peu tout le monde.

Eviter la stigmatisation apparaît comme un *leitmotiv* de cette campagne – au même titre d'ailleurs que dans les autres campagnes étudiées – engendrant une certaine neutralité recherchée quant à la réalité représentée, à sa diversité, et au refus de voir une thématique associée plus spécifiquement à une population particulière. Ce dernier point conduit de nouveau à se distancier de la grammaire épidémiologiste, qui cherche justement à repérer des groupes à risque sur la base de caractéristiques socio-démographiques spécifiques, en privilégiant la psychologisation du social. La santé publique, lorsqu'elle se matérialise sous la forme de campagnes médiatiques, se trouve alors prise dans une dialectique entre refus de la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

stigmatisation et évocation de groupes à risque. Cette tension s'est d'ailleurs également exprimée au moment d'évoquer le cas des personnes malades ou séropositives :

> Ce qui est hyper difficile, et ça c'est ASSO4 qui nous a vraiment signifié, c'est comment on peut faire une campagne sans stigmatiser ou sans culpabiliser les personnes qui sont déjà séropositives. C'est vrai qu'il faut faire attention à ce que l'on dit, pour ne pas faire passer un gros truc à ceux qui ont déjà le sida. C'est hyper difficile. (ASSO2)

La question est aussi rendue d'autant plus complexe que l'affiche doit, dans le même temps, respecter les contraintes de la communication, notamment avec des moyens phatiques permettant de capter l'attention des cibles potentielles. C'est ce que confirme FIN2 :

> A la fois, il faut réussir à accrocher le regard, pour que les gens puissent lire, il faut que l'affiche elle soit attirante, qu'elle attire au moins le regard, pour que les gens aient envie de lire le texte. Et après, en même temps, il ne faut pas être dans la provoc', parce que c'est déjà une maladie provocante en elle-même, parce que liée au sexe. Il faut trouver le juste milieu entre le fait d'accrocher vraiment le regard et ne pas être provocant.

Cette tension entre « attirer le regard » et « ne pas être provocant » souligne la difficulté à communiquer sur le sida, constat qui favorise le recours à une agence de communication pour maîtriser tous les enjeux, en raison de la croyance en leur expertise.

## 4. L'arrivée des publicitaires dans le processus

### 4-1 L'entrée des publicitaires dans « l'espace décisionnel »

La prise de contact du collectif avec l'agence de communication s'est faite par l'intermédiaire d'ASSO1, qui connaissait déjà l'un des membres de cette agence. Elle a eu lieu après la décision arrêtée concernant l'axe de communication de la campagne, et sa déclinaison en différents thèmes, qui constituaient, en ce sens, la « matière première » apportée à l'agence de communication :

> Les orientations qui ont été présentées sur un regard une question étaient faites en juin. Le travail avec l'agence de communication s'est fait durant l'été. Et les nouvelles propositions sont arrivées en septembre devant le groupe, puis devant les financeurs. (ASSO1)

> Et ils avaient défini ça. Ils avaient déjà des thèmes, ils nous avaient donné avec différents thèmes. (PUB1)

Ces extraits soulignent la structuration du processus de production à cet instant : le collectif associatif a défini l'axe de communication et transmet ensuite à l'agence de communication le cadre général dans lequel les publicitaires vont devoir se mouvoir. Le rôle des publicitaires semble ainsi clairement circonscrit à une activité particulière, de mise en forme du travail


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

réalisé préalablement par les associatifs. La forme prise par l'interaction semble induire une forme d'expertise attribuée à l'agence de communication, comme nous le verrons un peu plus loin. Ce découpage des compétences de chacun se retrouve à un autre endroit du discours de PUB1, où il indique clairement que les éléments de fond sont de la compétence des acteurs associatifs, et plus particulièrement ici de ASSO1, qui apparaissait ainsi légitime dans « l'espace décisionnel », aux yeux des publicitaires :

> Il a présenté six axes, sept axes, qui partaient justement de ces préjugés,
> et on en a discuté avec lui, parce que lui, il est vraiment sur le terrain.

Cette sollicitation d'une agence de communication se comprend aussi en lien avec la campagne de l'année précédente, qui joue une nouvelle fois un rôle d'écueil à éviter et justifie de recourir à une agence de communication :

> Il ne voulait plus travailler avec les professionnels avec qui il avait travaillé l'année
> d'avant. Il ne voulait plus ce truc-là, bon, pour moi c'était légitime. (PUB1)

En lien avec la campagne antérieure, la nécessité d'une expertise extérieure au collectif s'en trouve renforcée, afin de ne plus connaître les mêmes déconvenues que par le passé. De plus, le jugement porté par PUB1 concernant ce travail, ainsi que l'attitude alors adoptée par ASSO1 (« pour moi, c'était légitime »), contribuent aussi, indirectement à légitimer sa propre capacité d'expertise, en affirmant son domaine de compétences. Cela est d'autant plus notable que, de l'aveu même des publicitaires, ils n'avaient jusqu'à présent jamais travaillé sur un sujet tel que celui-ci, leurs compétences étant le plus souvent employées par des entreprises privées. Cette précision dénote la croyance en l'expertise de l'agence de communication, de la part d'acteurs sociaux souhaitant éviter de reproduire les mêmes erreurs que par le passé.

### 4-2 Rôle dévolu aux publicitaires dans le système de production

La caractéristique principale qui ressort renvoie à la capacité d'expertise qui est dévolue d'emblée aux publicitaires dans « l'espace décisionnel », comme l'évoque PUB1 :

> En fait, au départ il est venu pour nos conseils. […] Il est venu nous demander conseil.

Cette capacité de peser sur le processus semble avoir été renforcée, aux dires des membres de l'agence de communication, par une certaine ignorance de la manière d'exploiter les éléments qu'ils avaient en leur possession :

> Et il est un peu arrivé avec ça, en nous disant « bon ben voilà, j'ai ça,
> mais par contre, je ne sais pas quoi en faire ». (PUB1)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Je ne sais pas comment les mettre à profit ». Enfin visiblement, il n'avait pas de fil conducteur. (PUB2)

Cet épisode souligne la croyance d'ASSO1 dans les savoir-faire des publicitaires, puisqu'il semble arriver avec les matériaux bruts, en espérant que l'agence saura comment traiter et ordonner ces éléments, situation reflétant la question de la maîtrise d'une zone d'incertitude indispensable à la réussite du processus de production.

Cette expertise est aussi revendiquée par les principaux intéressés, lorsqu'ils évoquent leur apport au processus de production, comme cela se retrouve dans les propos de PUB2, quand il lui est demandé la raison pour laquelle le collectif a fait appel à eux :

Je pense qu'il avait envie de passer à une autre dimension.

« Passer à une autre dimension » renvoie à l'idée de professionnalisme, à un domaine de compétences permettant une rupture avec une création profane, en amateur pourrait-on dire, comme cela se faisait jusqu'à présent. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que cette phrase est introduite seule, sans autre forme de justification, signifiant que c'est là une évidence qui est formulée.

Il convient aussi de souligner que, pour ces publicitaires, la thématique n'importe guère, car ils tendent à concevoir leur travail à l'identique, quelle que soit la thématique traitée :

Je dirais que c'est du même type quoi, le boulot ça revient un peu toujours à la même chose. C'est de conseiller, d'analyser, de comprendre, une fois qu'on a fini de se projeter, se mettre à la place de l'autre. (PUB1)

[…] Appliquer les techniques de communication. Après, que l'on parle de chaussures ou qu'on parle de sida… (PUB2)

C'est donc au travers d'un corpus de connaissances et de techniques prédéfinies que se matérialise l'expertise des publicitaires, et ce indépendamment d'une quelconque thématique.

### 4-3 Conséquences de l'arrivée des publicitaires sur le processus de production

L'intervention des publicitaires a conduit à une évolution dans la manière de penser et de construire les affiches, notamment concernant leur structuration globale. C'est ce dont témoigne ASSO1, interlocuteur privilégié de l'agence de communication :

On a fait travailler une boîte de com' sur l'aspect graphique et mise en page des visuels qui, elle, nous a plutôt conseillé si déjà on est sur le thème des préjugés et qu'on veut vraiment mettre l'accent sur ces préjugés, pourquoi ne pas mettre en avant des préjugés qu'on entend, qu'on déconstruit immédiatement dans l'affiche, en apportant une réponse claire et sans ambiguïtés, sans passer par


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

le site Internet. Donc ça, c'était la proposition de la boîte de com'.

L'agence de communication propose donc de recourir à une communication qui, après avoir mis en exergue le préjugé à dénoncer, énonce immédiatement le caractère fallacieux de celui-ci, et apporte une réponse plus juste à la question portée. Cette démarche d'ensemble est confirmée par PUB1 :

> Voilà quelqu'un qui tient un préjugé, il vous ressemble peut-être, parce qu'il y en a plein autour de nous, et en dessous de dire « voilà, ce qu'il faut faire, la ligne de conduite à avoir ». Briser le tabou, le préjugé, le cliché. Et de leur faire dire justement le contraire de ce que l'on veut dire, pour justement renverser le message et dire le message de prévention.

La formulation adoptée par PUB1, « voilà ce qu'il faut faire, la ligne de conduite à avoir » souligne la dimension d'entreprise de morale (au sens de Becker) associée à la campagne et à son message, qui promeut certaines valeurs, certaines normes, que les commanditaires cherchent à inculquer aux cibles réceptrices. L'information générale véhiculée par l'affiche tend ainsi à considérer l'information comme un levier d'action pour faire évoluer le comportement des cibles : « briser le tabou, le préjugé, le cliché ».

Mise en parallèle avec la proposition initiale du collectif – énoncer simplement le préjugé –, s'expriment ici deux manières différentes de faire : pour le collectif associatif, l'affiche ne doit faire qu'émettre un questionnement, en énonçant un préjugé sur le sida, tout en attendant des cibles réceptrices qu'elles fassent la démarche de consulter le site Internet pour connaître la vérité – la responsabilisation des cibles réceptrices est donc posée d'emblée, et admet comme axiome que les cibles feront une démarche supplémentaire pour se renseigner ; pour les publicitaires, en revanche, l'affiche doit contenir tous les éléments dans sa structure, aussi bien l'énonciation du préjugé que la contre-proposition qui permet de l'invalider. Dans ce cas, aucune démarche supplémentaire n'est attendue de la part des cibles réceptrices, et la communication se suffit à elle-même. Le processus de production connaît donc, à cet instant, une inflexion dans sa traduction, mouvement engendré par l'intervention de l'agence de communication, qui souligne la zone d'incertitude contrôlée par l'agence, qui tente de peser sur le processus et de le faire évoluer en fonction de sa propre vision du monde. Cette évolution est confirmée par ASSO2 :

> Je crois que ce n'était pas ça le choix de départ. Je crois que le choix de départ, il n'y avait pas de préjugé/réponse, il y avait… Il me semble hein, si je me souviens bien, au tout début, on partait sur une image il n'y avait pas la phrase de préjugé, il me semble que c'est arrivé bien après.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le choix de l'agence de communication a été en partie appuyé par les financeurs, qui considéraient comme risqué de n'émettre qu'un préjugé, en renvoyant ensuite au site Internet pour sa déconstruction – le deuxième temps nécessaire de la communication, aller sur le site Internet, étant beaucoup plus incertain, le danger était alors que les cibles voient ces préjugés renforcés :

> On s'est dit que si mettons, on donne un préjugé et que derrière on ne contrecarre pas ou qu'on n'en reparle pas, ça peut être risqué. […] Il fallait absolument bien expliquer que c'est une fausse idée. […] C'est assez délicat, il faut toujours être vigilant à ce que le message soit bien compris, et si on n'avait pas mis le message de prévention, est-ce qu'il serait bien passé ce message ? (FIN1)

Ce choix souligne les limites de la volonté de responsabilisation des individus, ainsi que de la croyance en l'efficacité de la communication, puisque susciter la réflexion n'engendrera pas nécessairement la consultation du site Internet, et peut donc conduire à renforcer les préjugés au lieu de les contrer si le message n'est pas compris correctement. C'est donc le contexte de réception du message qui est ici questionné. Cet aspect est confirmé par ASSO1 :

> Ca suppose une démarche supplémentaire de la population, et donc les financeurs ont dit, on rejoint la proposition de la boîte de com' en disant « OK, quitte à dénoncer les préjugés, autant qu'on apporte une réponse directement sur le visuel. Les gens trouveront sur le site Internet une information complémentaire, mais la réponse, elle est directement sur le visuel ».

Quant à la volonté générale qui régit le travail des publicitaires, il s'agit de réussir à toucher le plus de monde possible, à entrer en contact avec les cibles réceptrices, comme le confirme PUB1 :

> L'idée c'était : on est impactant, on utilise le travail d'ASSO1 sur le regard, avec effectivement un gros plan qui interpelle, etc., mais voilà.

« Impactant » et « interpelle » sont des termes qui renvoient clairement au mode de fonctionnement de la communication, qui symbolisent le but du travail des agences de communication. Ce choix se comprend aussi en lien avec les cibles que les publicitaires cherchent à toucher :

> Nous, on s'est dit campagne régionale, dans le Nord, on s'adresse à des couches sociales, on va dire, qui ne sont pas forcément les plus cultivées. On s'adresse à tout le monde, mais il fallait avoir un message simple. Simple, clair, et notre souci, c'était un message de proximité. (PUB2)

Ainsi, c'est parce qu'« on s'adresse à des couches sociales pas forcément les plus cultivées », représentation qu'ont les publicitaires des personnes vivant dans le Nord, que le message exprimé se devait d'être aisément accessible, afin de maximiser les chances de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

toucher la plus grande partie de la population. En ce sens, les publicitaires ont pris l'option d'évoquer explicitement, sans jouer sur les mots, ce dont ils parlent :

> C'est vraiment ça que l'on voulait, une communication de proximité. A savoir, on appelle un chat un chat, et on dit notre message clairement. On ne fait pas d'effet de style… […] On ne fait pas de jeux de mots, de concepts. (PUB2)

Outre l'évolution de la structuration globale des affiches, les publicitaires ont aussi procédé à des changements importants concernant les affiches des différents thèmes, avec des propositions alternatives ou des reformulations de ce qui avait été initialement proposé par les mondes sociaux associatifs, comme le confirme PUB1 :

> Nous ces thèmes, on les a suivis, et puis parfois, on les a un petit peu corrigés en disant « mais là, est-ce qu'il ne faudrait pas mieux les cibler ? ». Il y avait des thèmes, les thèmes abordés étaient tellement larges qu'il fallait qu'on choisisse un type de cliché ou un type de préjugé.

Ainsi, ces premières propositions sont passées du statut de messages de l'affiche à celui de simples accroches, en lien avec l'évolution de la structuration globale des affiches. Ces accroches ont connu des changements, retranscrits dans le tableau suivant :

| **Thème** | **Proposition initiale (collectif associatif)** | **Nouvelle proposition (agence de communication)** |
|---|---|---|
| Le regard porté sur l'autre (mosaïque de regards) | Tous différents ? Tous concernés ? | Pour changer notre regard sur la maladie |
| La prévention | A 2 mi mo, 2 mi proTG ? | Dire à mon mec de mettre une capote ? Trop la honte !<br>Oser parler du VIH/SIDA peut vous sauver la vie. |
| La sexualité et le plaisir | Préservatifs, le plaisir à toutes les sauces ? | La capote, ça m'fait débander !<br>Tailles, formes, textures, goûts… Excitez vos sens ! Jouez avec les préservatifs masculins ou féminins ! |
| La prise de risques | Après un risque, allez directement aux urgences et ne passez pas par la case « attente » | La capote a craqué, mais j'ai l'air d'aller bien…<br>Après un risque, allez immédiatement aux urgences ! |


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

| | | |
|---|---|---|
| La solidarité et la discrimination | Faut-il avoir peur de la maladie ou de moi ? | Je ne prends pas de risques, je ne couche qu'avec des femmes !<br>Hétéro, homo, bi… Le VIH/SIDA touche toutes les sexualités ! |
| La famille et l'entourage | Dis papa, c'est quand la fin du sida ? | Des malades du sida ? Si j'en connaissais j'le saurais !<br>Le VIH/SIDA reste une maladie taboue. Faire savoir qu'on est à l'écoute peut aider à rompre le silence. |
| La maladie et les traitements | Plus c'est long, plus c'est bon ? Sauf pour le traitement | Le sida c'est plus très grave… On vit bien avec les médicaments !<br>Les traitements c'est tous les jours et à vie, avec des effets secondaires graves. |

Concernant le premier thème, sur le regard porté sur l'autre, dont l'affiche est composée de la mosaïque de regards, l'accroche initiale proposée par les mondes sociaux associatifs a été modifiée, mais elle n'a pas disparu pour autant, puisqu'elle est maintenant promue au rang de signature générique que l'on retrouve sur toutes les affiches. Cette signature s'accorde avec l'objectif général alloué à la campagne, concernant le caractère général du sida, qui touche tout le monde, indépendamment de l'orientation sexuelle ou de caractéristiques socio-démographiques. Ce construit social de santé publique employé par les protagonistes de la campagne est confirmé par ASSO3, concernant le sens que souhaitait véhiculer le collectif associatif au travers de cette signature :

> Il fallait dire que la maladie frappe indistinctement. Quelle que soit ta sexualité, quelle que soit ton origine, quelles que soient tes croyances, voilà : tout le monde est concerné par cette maladie. […] Il faut en être conscient. Prendre des précautions et ne pas généraliser la maladie. Quelles que soient tes croyances, quelle que soit ton origine, nous sommes tous concernés, il n'y a pas de frontières.

Cette idée que tout le monde est concerné est en outre appuyée par la mosaïque de regards, qui multiplie les caractéristiques socio-démographiques. Ce construit social de santé publique était validé par les financeurs, pour réussir à s'adresser à tout le monde ; c'est ce que confirme FIN1 :

> Donc, « tous différents, tous concernés », parce qu'on voulait toucher un maximum de personnes, pas forcément celles qui étaient atteintes du VIH, mais vraiment celles qui n'étaient pas concernées par


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> la problématique, celles qui se renseignaient, enfin les personnes lambda, novices qui sont encore mal informées. Vraiment le public large, qui touche vraiment toutes les catégories socio-professionnelles et toute personne atteinte ou non de la maladie.

Cette idée était portée par l'ensemble des acteurs réunis autour de la production de la campagne, en conséquence de quoi cette signature s'imposait d'emblée à l'agence de communication, qui n'avait d'autre choix que de la reprendre :

> Avec le titre qui était imposé par l'association, « tous différents, tous concernés » […]
> Pour nous, c'était imposé, c'était leur signature. (PUB1)

Quant aux affiches abordant plus spécifiquement un thème, les publicitaires ont procédé à des changements pour chacune d'entre elles. Ils ont opté pour un autre texte le plus souvent, mettant en exergue les préjugés, soulignés le plus souvent par l'emploi du point d'exclamation pour accentuer l'énoncé.

## 5. Les affiches finalement retenues

Dans cette dernière partie, nous reprendrons une par une les différentes affiches dans leurs spécificités[589], avant de finir par les éléments qui sont communs et qui assurent la signature générale de la campagne, condensés dans le bas de l'affiche.

### 5-1 Le regard porté sur l'autre (la mosaïque de regards)

En haut de l'affiche, se trouve la date de la journée mondiale contre le sida, qui est la raison d'être de cette campagne, par ailleurs. Le fait que cette date soit annoncée sur cette affiche – contrairement aux autres – indique qu'il s'agit ici de l'affiche générique, censée être la figure de proue de cette campagne de communication. Egalement, le tout est écrit en rouge sur un fond noir, faisant ressortir le message au niveau chromatique – le rouge étant également la couleur communément associée au sida.
Sous cette annonce, se trouve un total de vingt rectangles superposés, comprenant autant de regards d'individus, regards qui sont d'ailleurs tous tournés dans la même direction, donnant la sensation qu'ils regardent la cible directement dans les yeux. Cela apparaît comme un

[589] Les affiches se trouvent à l'annexe 10.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

disposé phatique de premier ordre, créant aisément un contact avec le lecteur, le tout sur le même fond noir, qui entoure toute l'affiche.

Sous cet amoncellement de regards, on trouve écrit en rouge « ensemble », avec la même police d'écriture que pour le haut de l'affiche. Ainsi, le lecteur est censé faire de lui-même le lien, voulu ici par les concepteurs de l'affiche, entre la journée mondiale contre le sida et l'idée de rassemblement que cela comporte, qui suppose une mobilisation de l'ensemble de la population – ce que vient également souligner la diversité des visages et regards qui se trouvent entre ces deux phrases.

Puis, après ce « ensemble », écrit en blanc et dans une police légèrement plus petite que le texte précédent, se trouve la suite de la phrase « faisons progresser les mentalités, pas la maladie », qui induit l'idée que l'évolution des mentalités et des mœurs suppose une adhésion de la plus large part possible de la population à ce combat contre le sida. L'axiome en substrat est donc que la situation n'est pas satisfaisante dans sa forme actuelle, à savoir que les mentalités sont « en retard » (supposé par cette idée de progrès), alors que dans le même temps la propagation de la maladie, elle, continue de progresser. Cela suggère qu'il existe un lien entre les deux phénomènes : c'est parce que les mentalités sont en retard que la maladie continue de faire des ravages. Autrement dit, ce lien pose l'information comme condition *sine qua non* à une évolution de la situation allant dans le sens d'une éradication – ou au moins d'une jugulation – de la maladie. Si l'information est un levier d'action pour les comportements, on retrouve là le phénomène de responsabilisation des individus, qui pose qu'une meilleure information amènera à moins de discrimination.

Toujours écrit en blanc, on a une deuxième phrase : « informez-vous, protégez-vous ! », davantage dans le registre de l'injonction, de la prescription, comme le laisse entendre le point d'exclamation, qui confère la sensation que nous nous trouvons ici face à un mot d'ordre, un *leitmotiv* que l'affiche est venue affirmer et diffuser dans l'espace public. Cette phrase véhicule aussi l'idée qu'une prophylaxie adéquate nécessite de s'informer sur la maladie, notamment afin de mieux connaître les modes de transmission – et donc lutter contre le sens commun et les idées erronées. Quant au « protégez-vous », il part d'une intention de faire de la prévention, comportement attendu de la cible réceptrice suite à sa prise de connaissance de l'affiche. Il constitue en cela une forme assez usuelle de la prévention contre le sida, dont le message clef est souvent constitué de cette injonction à la protection sexuelle, prônant la responsabilité de chacun face à ce phénomène collectif.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

5-2 La prévention

L'un des attraits de cette affiche, pour une partie de ses commanditaires, est le décalage supposé entre le visuel et le préjugé énoncé, décalage censé favoriser le questionnement. C'est du moins ce que suggère ASSO1 :

> Donc jouer aussi sur : c'est la situation qui paraît totalement improbable, cette fille elle paraît féline, tu as l'impression que si tu l'ouvres, tu vas prendre une claque, et non, la fille en face du mec, elle dit... Et voilà. Donc c'est plus, c'est aussi jouer à l'intérieur de l'image, sur certains visuels, sur ces décalages-là.

Alors qu'il s'agit du visuel d'une jeune fille, avec une mèche de cheveux entre les yeux et un regard affirmé et franc, le discours qu'elle tient semble entrer en contradiction : « demander à mon mec de mettre une capote ? Trop la honte ! ». Mais ce décalage ne plaisait pas pour autant à tous les protagonistes, certains considérant justement qu'« on ne s'attend pas à ce que ce genre de fille puisse énoncer ce genre de choses »[590].
Quant au texte, il est écrit en lien avec le visuel, avec le choix d'un vocabulaire familier, plus spécifique aux « jeunes » (« mec », « trop la honte »). Cet aspect est aussi renforcé par l'emploi des marques d'interrogation puis d'exclamation, qui semblent indiquer le caractère incongru de la proposition faite. Cela sous-entend l'idée d'une certaine norme sociale entre « jeunes », où la question du sida et de la protection est éludée, voire même perçue négativement (avec cette idée de « honte »).

Ensuite, arrive la réponse apportée au préjugé : « oser parler du sida peut vous sauver la vie. » Le terme « oser » indique que le sida resterait encore un sujet tabou, dont il est difficile de parler simplement avec son entourage, même celui qui est le plus directement concerné – les partenaires sexuels, dans le cas dans cette affiche. La formulation même de cette contre-représentation est tournée de manière à souligner le paradoxe de la situation, où le silence fait plus de victimes qu'autre chose. De même, cette mise en parallèle du silence et de la mort (ou du fait de parler et de la vie, comme cela est tourné dans l'affiche) sert bien à souligner que l'information est le préalable à un comportement responsable d'un point de vue sanitaire, reflétant la responsabilisation des individus qui sous-tend la communication. Autrement dit, à refuser de parler du sida, on prend le risque d'en favoriser la transmission, par manque d'informations claires et précises.

[590] Compte-rendu de la réunion du 19 septembre 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

5-3 La sexualité et le plaisir

Ici, se trouve le visage d'un homme, au regard semble-t-il courroucé (sourcils froncés, regard dur et franc). Quant à l'accroche, elle est « la capote, ça me fait débander ! », écrite en noir. L'association du texte et du visuel donne la sensation d'un individu campé sur ses positions, avec un argument présenté comme une fin de non-recevoir, c'est-à-dire comme une constatation indépassable, une sorte « d'aporie prophylactique » (en gros, utiliser les moyens de protection coupe du même temps la possibilité d'avoir des relations sexuelles, ou au moins le fort atténuement du plaisir qui peut en être retiré).

Sous ce visuel, on trouve la réponse, promue par les commanditaires : « tailles, formes, textures, goûts… Excitez vos sens ! Jouez avec les préservatifs masculins ou féminins ! » Cette affiche sert donc à promouvoir la diversité des moyens de contraception, sous-entendant l'idée que chacun pourra en trouver une forme qui lui convienne. De même, la formulation induit l'idée que les moyens de contraception peuvent être totalement intégrés à la pratique sexuelle, et qu'il est possible d'y trouver une certaine part ludique dans leur utilisation (« excitez vos sens ! », « jouez »). C'est donc globalement un message à teneur hédoniste qui est tenu pour parler des moyens de contraception, justifiant l'emploi répété des points d'exclamation dans ces deux phrases. C'est donc bien là une déconstruction qui est opérée vis-à-vis des discours et représentations habituellement tenus en matière de prévention – permettant ainsi d'introduire les différentes formes revêtues aujourd'hui par ces moyens. De même, on retrouve le même jeu entre police de caractère, minuscules et majuscules, que dans l'affiche précédente.

5-4 La prise de risques

Le haut de l'affiche est constitué par le visage d'un homme, au regard qui semble assez inquiet, et le texte « la capote a craqué, mais bon, j'ai l'air d'aller bien… », écrit en noir, et sur deux lignes : se présente ainsi d'abord le fait avéré (« la capote a craqué »), auquel succède, sur la deuxième ligne, l'interprétation qui en est faite par l'individu en question (« mais bon, j'ai l'air d'aller bien… »), avec des points de suspension qui peuvent être interprétés dans le sens d'une absence de conviction dans les propos tenus. Si l'on suit cette idée, ce visage quelque peu tendu et l'expectative véhiculée par les termes employés induisent l'idée d'un risque encouru, face auquel l'individu semble quelque peu démuni quant à la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

manière d'y répondre et de se comporter (voire qui se voile la face). C'est aussi l'interprétation que possède FIN4 :

> Un autre qui dit « la capote a craqué, mais bon, j'ai l'air d'aller bien », il a un regard semi-paisible on va dire, il n'est pas inquiet, mais franchement il se rassure lui-même, il fait des efforts.

Puis, sous ce visage, écrit en rouge dans une taille imposante, arrive le conseil spécifique à cette situation et donc à cette affiche : « après un risque, allez immédiatement aux urgences ». Les différences de couleur entre les deux textes, de même que leur police d'écriture, indiquent que c'est ce dernier conseil qui doit être retenu et que c'est donc cet aspect qui doit être le plus vu et retenu par la cible. On peut déceler dans ces choix de présentation la peur d'être victime du mode de communication choisi, de la part des commanditaires : en utilisant des clichés/préjugés pour introduire la communication, même si la suite de la dynamique communicationnelle de l'affiche sert à les déconstruire et à en montrer l'inanité, il y a tout de même une peur que les gens ne retiennent que le préjugé. D'où ces précautions prises concernant la couleur et la taille d'écriture ; d'où également le choix d'une typographie différente dans les deux. En effet, alors que le préjugé est écrit en minuscule, avec des guillemets et des points de suspension, la déconstruction est elle écrite en lettres majuscules, et avec un point d'exclamation à la fin, qui sert à souligner la force de conviction, et donc la véracité, de ce dernier message. Egalement, cette dernière phrase est écrite sur trois lignes, ce qui ne semble rien devoir au hasard : on a d'abord le constat de la situation (« après un risque »), puis la manière dont il faut se comporter en conséquence (« allez immédiatement aux urgences »). C'est donc la même logique de construction de la phrase et d'exploitation de l'espace de l'affiche que dans le cas du préjugé : constat de la situation, puis interprétation.

On notera aussi la volonté simplificatrice des commanditaires, avec le choix opéré ici au niveau des informations à délivrer : alors même qu'il est question ici du TPE, le terme n'est jamais cité, de même que les conditions particulières dans lesquelles ce traitement possède une validité thérapeutique (dans les 3 heures qui suivent la prise de risque dans le meilleur des cas, 48h au pire). L'idée à diffuser ici est donc le réflexe prophylactique, qui reste valable même si la prévention a failli.

### 5-5 La solidarité et la discrimination

Il s'agit du seul visuel mettant en scène une personne de couleur. Le visage est quelque peu en biais, marquant l'idée de la confidence, et le texte, écrit en blanc, est « je ne


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

prends pas de risques, je ne couche qu'avec des femmes ! ». C'est donc l'idée du « cancer gay » qui est exprimée, et qui sous-entend que le risque d'attraper le sida est lié à des relations masculines homosexuelles. La notion de risques est donc clairement circonscrite à une population particulière, dont la non-appartenance semble ici gommer toute nécessité de se protéger. De plus, la formulation et le point d'exclamation à la fin confèrent une nouvelle fois à cette phrase un aspect sentencieux, avec la formulation ici d'une évidence.

Sur cette affiche, l'articulation entre le visuel et le préjugé a été faite dans l'intention d'accroître la portée du message, en cherchant à inclure le plus de cibles possible : le message permet de viser les hétérosexuels tout en ciblant également les populations venant d'Afrique sub-saharienne :

> Ca touche plutôt les hétéros que les personnes de couleur, mais par contre le visage, ça permet d'élargir la population touchée par la campagne, mais sans stigmatiser vraiment sur cette population là, qui est, à mon avis, déjà assez stigmatisée pour plein d'autres raisons et à d'autres niveaux. (FIN2)

Dans ces propos, se retrouve aussi exprimé le souci de ne pas stigmatiser cette population particulière par un traitement frontal de la question du VIH chez ces populations. Au contraire, le message employé permet de les intégrer à la campagne de manière plus indirecte, sans s'adresser spécifiquement à eux, par peur de voir les préjugés s'accentuer auprès du reste de la population. Ce souci engendre aussi que ce visuel n'a pas été utilisé avec le thème des traitements, car il risquait alors d'associer la couleur de peau et la maladie, entrant en contradiction avec les contraintes structurantes émises par les financeurs :

> On savait que, pour les financeurs, il n'était pas question d'avoir un black sur la question des traitements, parce que c'est jugé trop stigmatisant. Il y a eu tellement de communication sur les contaminations chez les migrants d'origine d'Afrique subsaharienne que, pour les financeurs, c'était renforcer ce préjugé-là. (ASSO1)

Suit la mise en relief du fait que le sida concerne toutes les sexualités, et donc, partant, tous les individus – « hétéro, homo, bi… le sida touche toutes les sexualités ! ». La véracité du propos est aussi soulignée par l'emploi d'un point d'exclamation.

### 5-6 La famille et l'entourage

Le visuel est celui d'une femme d'un certain âge (plus âgée que pour les autres affiches), qui regarde de face, avec une expression difficile à définir, mais un visage semblant tout de même marqué par une inquiétude ou une interrogation. Le texte, écrit en noir, énonce « des malades du sida ? Si j'en connaissais, j'le saurais ! ». On notera la formulation un peu familière ici (« j'le ») ainsi que la force de conviction du propos (qui tranche néanmoins avec


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'émotion exprimée par le visage). Le fait d'associer le visuel et le message ne doit rien au hasard, comme le confirme ASSO1 :

> Le fait d'avoir une femme un peu plus âgée, qui est plutôt, à qui on va donner plutôt 40 ou 45 ans, sur une thématique, sur la question de « est-ce que ça se voit ou pas d'être malade ? », c'est plus le côté à la fois un petit peu maternel et plutôt le côté vieille génération.

Quant à la réponse, elle fonctionne toujours avec le même jeu de polices d'écriture : « le sida reste une maladie tabou. Faire savoir qu'on est à l'écoute peut aider à rompre le silence ». Est ici exprimée l'idée qu'il ne faut pas nécessairement attendre que ce soit le malade qui fasse la démarche de parler de sa maladie, qu'il faut aussi savoir, en tant qu'entourage sain, mettre la personne dans les meilleures dispositions pour qu'elle parle plus facilement du mal qui la ronge. D'où cette idée aussi qu'il faut mieux connaître la maladie pour en faciliter la prise de parole (« maladie tabou »). C'est donc une injonction à l'empathie qui s'exprime en substrat de cette affiche, avec l'idée que cette affiche est plus directement adressée à la population « saine », qui n'a pas à se poser la question de garder cet aspect ou non pour soi. Cela souligne aussi l'idée d'une solidarité intergénérationnelle à avoir, avec le choix du visuel qui prend ici tout son sens. Avec celui-ci, on a la sensation que cette affiche s'adresse également aux générations dont la sexualité est stabilisée, avec un seul partenaire et une famille établie, et où la question doit alors se poser vis-à-vis des générations plus jeunes de la famille, où la prise de risques est plus forte en raison de la multiplication des partenaires, et de la non stabilisation dans une relation. Il semble donc que, au même titre que l'affiche précédente, celle-ci s'adresse à un sous-public plus spécifique (on a du mal à imaginer cette affiche dans un lycée ou un autre lieu dont la population serait clairement circonscrite à une classe d'âge particulière).

Quant au côté tabou de la maladie, il est signifié également par l'expression « rompre le silence », très forte axiologiquement, et qui souligne, une nouvelle fois, que l'information est le principal levier d'action pour faire évoluer les comportements – aspect qui est commun avec l'affiche sur la prévention.

### 5-7 La maladie et les traitements

On a là le visage d'une femme entre deux âges, qui regarde légèrement en biais, comme pour interpeller le lecteur, en lui demandant confirmation que ce qu'elle dit est juste, pour rechercher son approbation. Puis, on a le texte, écrit en blanc cette fois : « le sida c'est plus très grave… On vit bien avec les médicaments ! » La jonction de ces deux éléments


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

indique une certaine forme de conviction dans les propos tenus (comme le dénote le point d'exclamation) – et qui renvoie d'ailleurs au fait que ce préjugé semble profondément ancré de nos jours dans la population, si on en croit les protagonistes de la campagne. Cette conviction reflète aussi la phase politique actuelle de « normalisation paradoxale » du sida.

Puis, on a la réponse apportée : « les traitements, c'est tous les jours et à vie, avec des effets secondaires graves ». L'absence de point d'exclamation ici induit le fait que ce n'est pas une conviction, mais une simple constatation qui est faite. On a le même jeu avec la police d'écriture que pour les autres affiches. Ici, cette déconstruction insiste bien sur la lourdeur des traitements, avec leur caractère chronique et contraignant (« tous les jours et à vie ») ainsi que sur leur aspect imparfait (d'où les « effets secondaires graves »).

5-8 Le lien entre les affiches

Pour accroître les chances que les cibles fassent le lien entre les différentes affiches, les publicitaires ont adopté la même structure dans chacune d'elles. La partie supérieure de l'affiche est composée du visuel centré très précisément sur le regard – avec trois hommes et trois femmes pour les affiches thématiques et la mosaïque ensuite. Sur ce visuel est ajouté, dans une police de caractère noire ou blanche selon les affiches, introduite par des guillemets rouges, le préjugé énoncé (à l'exception de l'affiche générique, qui n'emploie pas de préjugé).

Quant à la partie inférieure de l'affiche, elle est assez chargée : en premier lieu, on trouve le message venant contrer le préjugé précédemment énoncé, écrit en rouge et en majuscules, dans une police de caractère de plus grande taille que le préjugé, le tout sur un fond noir, qui se superpose sur la bouche des visuels. Il s'agit là du message de principe, du conseil de santé publique que souhaite porter le collectif, et une mise en forme graphique avec le fond noir qui induit l'idée de faire taire le préjugé, en se plaçant sur la bouche de la personne qui l'émet :

> Dans la symbolique, c'était un peu cela quoi : couper la parole et faire vraiment le distinguo entre le préjugé et ce qui est… […] Et puis de mettre en valeur le regard. Ca met en valeur, de toute manière, tout ce qui est au-dessus. (PUB2)

> On était parti vraiment sur un truc du silence. Il fallait en parler, il fallait s'informer, etc., et que généralement, en gros, c'était quelque chose qui restait sous silence, dont on ne parlait pas. D'où l'idée d'un bandeau. (ASSO2)

Ce choix graphique induit l'idée que la responsabilisation des individus passe par le fait de faire taire leurs préjugés, de les étouffer, en leur faisant s'accaparer le message placé en


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

miroir. En ce sens, la responsabilisation recherchée ne consiste pas en une analyse de la situation, cherchant à se faire sa propre opinion, mais plutôt dans l'acquiescement à ce qui est énoncé par d'autres acteurs sociaux ; cela souligne les limites de la responsabilisation des individus, qui est recherchée dans la mesure où elle s'intègre à la vision du monde promue par les mondes sociaux qui sont à l'origine de la campagne.

Concernant les messages de santé publique énoncés, il est aussi intéressant de noter que trois affiches emploient la deuxième personne du pluriel, s'adressant directement à la cible visée, qu'elles responsabilisent au travers de ce message. Dans les trois cas, les affiches concernent les comportements de prévention en matière sexuelle : les questions de la prévention (« oser parler du VIH/SIDA peut vous sauver la vie ») et du port du préservatif (« jouez avec les préservatifs… »), ainsi que le cas plus spécifique du traitement post-exposition avec l'attitude à tenir (« allez directement aux urgences »). C'est donc en lien direct avec la recherche d'une responsabilisation des cibles réceptrices que peut se comprendre cette adresse personnelle. Dans les trois cas, en effet, la recherche d'un comportement spécifique des cibles est visée, et justifie d'employer une forme directe, favorisant la responsabilisation individuelle. Quant aux trois autres affiches thématiques, elles privilégient un message plus général, sans adresse directe, car elles énoncent alors des généralités, des faits présentés comme avérés (« le VIH/SIDA touche toutes les sexualités », « faire savoir qu'on est à l'écoute », « les traitements c'est tous les jours et à vie… »). Enfin, l'affiche générique emploie, elle, le pronom personnel « nous », qui reflète la dimension collective du sida, l'idée que tout le monde est concerné par la maladie – « pour changer notre regard sur la maladie ». Cette dernière accroche traduit le présupposé des acteurs sociaux à l'origine de la campagne, la culture de santé publique qu'ils ont adoptée et qui a initié le processus de production, avec l'idée que la représentation sociale de la maladie est négative et nécessite d'être changée. Elle traduit la responsabilisation de la société dans son ensemble, alors que les autres affiches sont, elles, plus spécifiques, et s'adressent davantage à l'individu qu'au collectif, individu responsabilisé seul, avec l'information comme levier d'action du changement, et la psychologisation du social comme trame d'arrière-fond, pour éviter toute stigmatisation d'un quelconque groupe social identifié.

Sous le visuel de ces différentes affiches, se trouve le cartouche, également commun à l'ensemble des affiches. A gauche, on a d'abord le logo du collectif régional (appelé « Collectif régional de prévention sida », avec le ruban rouge sur lequel est superposée la


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

forme géographique de la région Nord-Pas-de-Calais, sur le côté droit). Egalement, on note que, dans la dénomination du collectif, le mot « sida » est écrit en rouge et dans une police d'écriture supérieure aux trois autres mots, afin donc de faciliter l'identification du protagoniste de la campagne, de son émetteur principal (celui qui prend la parole dans l'espace public, en d'autres termes). Puis, sous ce rectangle du logo du collectif, trois mots sont écrits : « Solidarité, Egalité, Sexualités ». Il semble que cela soit donc les trois mots d'ordres du collectif, les valeurs communes autour desquelles se retrouvent ses différents membres, malgré leur diversité. Cela apparaît aussi comme un clin d'œil à la devise de la République française (le « liberté, égalité, fraternité », et ce d'autant plus que le terme « égalité » est aussi présent pour le collectif, et à la même place que dans le cas de la devise républicaine). Cela revient à s'approprier l'idée de citoyenneté autour de l'action entreprise, à se réclamer d'une démarche citoyenne et républicaine (d'autant plus que la République ne reconnaît que des citoyens, en théorie, indépendamment donc de leur sexe, de leur âge ou d'une quelconque autre caractéristique sociale), et à souligner que les malades du sida sont des citoyens à part entière, au même titre que les individus non malades. Quant au terme « sexualités », il sert à affirmer l'absence de prescriptions normatives en matière sexuelle de la part du collectif (d'où le fait d'utiliser le pluriel, pour respecter la diversité des cas de figure et des pratiques).

Puis, à droite de ce logo, on trouve, en rouge, le numéro de téléphone de Sida Info Service, avec écrit au dessus et en blanc : « Vous avez une question ? Appelez Sida Info Service ». A sa droite, se trouve l'adresse Internet du collectif, qui constitue l'autre moyen d'obtenir davantage d'informations sur la maladie. Comme ce numéro est d'une taille plus importante que le téléphone, cela indique que c'est là le recours privilégié pour obtenir des informations. De plus, le site Internet est celui du collectif, il regroupe donc tous les partenaires, qui sont mis sur un pied d'égalité sur le site Internet. A l'inverse, le numéro de SIS tend à centrer l'attention autour de ce seul service, qui ne concerne qu'un seul des partenaires de la campagne. Dès lors, afin de conserver un certain compromis entre les protagonistes du collectif, la mise en valeur du site Internet apparaît comme plus aisée, et souffrant moins de contestation.

Sous l'adresse Internet, on trouve ensuite un rectangle avec le slogan générique de la campagne, qui se retrouve sur toutes les affiches : « sida, tous différents tous concernés ! ». De nouveau, l'emploi du point d'exclamation indique que c'est un mot d'ordre, un cri lancé


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

par le collectif à l'attention de la population générale. Il induit l'idée que tout un chacun est concerné par cette maladie – en accord avec la culture de santé publique qui encadre le processus de production. On a aussi ici un jeu avec les couleurs, puisque ce rectangle contient à lui seul les couleurs principales de l'affiche (visuel mis à part) : le rouge (couleur de fond du rectangle), le blanc (« tous différents tous concernés ! ») et le noir (« SIDA », écrit en majuscule en plus gros que le reste du texte du rectangle et de façon à couvrir toute la largeur du rectangle). Cette façon de procéder souligne l'idée que ce slogan résume à lui seul le message général que souhaite délivrer cette campagne, au travers de la mise en exergue de certains des clichés qui entourent cette pathologie. Ainsi, l'emploi des couleurs de l'affiche, qui sont ici concentrées dans une toute petite partie, en bas à droite, soit donc l'endroit où s'attarde le plus le regard, selon les études des modes de lecture qui ont pu être faites et qui sont connues des communicants, participe de cette idée. De même, le fait que le mot sida soit ici écrit en majuscules sert à bien rappeler le domaine dont il est question au travers de cette affiche.

Enfin, tout en bas à gauche, on retrouve la liste des soutiens de la campagne, écrits dans la police d'écriture la plus petite de l'affiche – ce qui souligne l'obligation faite au collectif de citer leurs financeurs, qui attendent une rétribution symbolique de ce don financier, tout en acceptant que cet élément soit le moins prééminent de l'affiche (la seule mention sur l'affiche semble donc suffire). Ainsi, on a d'abord les quatre financeurs, introduits par « avec le soutien financier de », et qui sont présentés dans un ordre précis, selon l'échelle d'action des institutions en question : d'abord le pays tout entier (avec le ministère), puis la Région, ensuite le Département et, pour finir, la Ville. Cet ordre semble contribuer à donner une légitimité accrue à l'action entreprise – puisque c'est l'idée que l'action a une valeur nationale en premier lieu, et que, ensuite, les acteurs appartenant à des niveaux moindres mais compris dans la sphère d'action de la campagne (qui est une campagne régionale, rappelons-le) se joignent également à cette action, signifiant ainsi son bien-fondé – ce qui montre que la logique symbolique fonctionne dans les deux sens, avec des commanditaires qui profitent de l'aire de légitimité de ces différentes institutions.
Enfin, on trouve les deux partenaires médiatiques de la campagne, ceux avec qui un accord a été trouvé : « en partenariat avec », suivi des logos de Contact FM et du journal gratuit Métro.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 4. La validation des propositions créatives (T4)

Au cours de cette étape, nous reviendrons sur l'incidence de la structuration de « l'espace décisionnel » sur le déroulement du processus de production, avec la mise en exergue du monopole du pouvoir décisionnaire des acteurs institutionnels sur le processus, monopole qui a conduit à une hiérarchisation des propositions créatrices, avec des institutionnels qui ont privilégié le travail de l'agence de communication, au détriment des premières pistes évoquées par les acteurs associatifs. Nous nous intéresserons ensuite à la question de la validation des différents éléments de l'affiche, avant de conclure cette étape en nous centrant sur l'opinion qu'ont les différents protagonistes des affiches finalement retenues.

## 1. L'incidence de la structuration de « l'espace décisionnel »

### 1-1 Le monopole du pouvoir décisionnaire par les mondes sociaux institutionnels

Déjà entrevue lors de la troisième étape – avec le choix de privilégier une communication posant le problème en répondant de suite, sans passer par le site Internet –, la possession des ressources financières par les seuls acteurs sociaux institutionnels donne à « l'espace décisionnel » une structuration particulière, dans laquelle ils sont seuls habilités à prendre les décisions, les associatifs ne faisant que des propositions sur la base de leurs connaissances de terrain :

> Le groupe de travail était vraiment là en préconisations, en propositions, et c'est les financeurs qui, derrière, validaient ou pas les orientations qui étaient proposées. (ASSO1)

> Enfin voilà : ils financent, ils ont un droit de regard, ce qui est compréhensible, moi ça ne me choque pas plus que cela tant que ce n'est pas sur des choses essentielles. (ASSO4)

> Donc il y a un moment où il faut forcément trancher, et là ce sont les financeurs qui tranchent. (FIN4)

Il est intéressant de noter le passage de « préconisations » à « propositions », qui induit une inflexion dans le discours d'ASSO1, le premier terme étant peut-être trop fort vis-à-vis de la réalité de la structuration de « l'espace décisionnel », où le pouvoir de décision est lié à la détention des ressources financières, indispensables à la viabilité du processus de production.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les financeurs reconnaissent également cette structuration de « l'espace décisionnel », rattachant leurs décisions aux éléments politiques dont ils doivent tenir compte en tant qu'institutions publiques :

> Il y a des allers-retours, mais je pense que ça, c'est comme tout travail de production, où on produit de la matière ou des documents de support, je pense qu'à un moment donné, il faut les valider, il faut peut-être recadrer ou voire réajuster certains éléments. […] On ne peut pas nier que l'administration c'est une grosse machine, et que là quatre grosses administrations telles que l'Etat, la ville de Lille, le Département du Nord et la Région Nord-Pas de Calais, effectivement, des fois, ça n'est pas évident. Même si on se rencontre et qu'on travaille dessus, après il faut des validations politiques, etc. (FIN1)

> Au niveau des financiers, ça dépend de la hiérarchie. Enfin moi, je suis assez libre en fait, je peux décider d'un visuel, je sais que ma Direction ne va pas... Ca, ça dépend d'une direction à l'autre. […] Maintenant, si c'est un financeur qui dit « si vous mettez ça, je ne finance pas », c'est tout. On n'a pas tant de financements que ça sur cette campagne, et on ne peut pas se permettre de perdre un financeur. (FIN2)

Cette attention portée aux propositions faites est à rattacher à l'image que les institutions vont donner d'elles-mêmes à travers la campagne (« parce que les logos sont dessus », précise aussi FIN2), qui les conduit à une attention particulière, pour ne pas risquer d'être attaquées ou remises en causes suite à la diffusion de la campagne. Cette attention se répercute ensuite dans « l'espace décisionnel » quant aux propositions faites par les associatifs et au registre général de communication adopté. Dans le pire des cas, cela peut remettre en cause le processus de production, au risque de le voir disparaître si l'un des financeurs refuse la proposition. La nécessité de trouver un compromis s'en trouve alors accrue, comme le confirme FIN2 :

> S'il y a un financeur qui n'est pas d'accord sur un truc, on est obligé de l'enlever hein, parce que sinon, si on perd vraiment un des trois… En gros, il y a trois gros financeurs. Si on en perd un des trois, la campagne est annulée. Donc oui, on doit arrondir les angles, ou alors vraiment convaincre.

En raison du capital symbolique investi par les mondes sociaux institutionnels, les discussions se révèlent alors âpres, et le compromis indispensable pour permettre la pérennité du processus de production. Cela n'est parfois pas sans heurts ; c'est du moins ce que l'on peut lire entre les lignes dans ces propos de FIN4 :

> Enfin ce n'est pas des gens qui n'y connaissent rien qui tranchent au dernier moment, même si ça peut être perçu comme cela par les gens qui sont volontaires pour travailler là-dessus.

La précision qui conclut la phrase induit l'idée d'un hiatus qui s'opère entre acteurs sociaux réunis dans « l'espace décisionnel », entre financeurs et mondes associatifs, du fait des différences de structuration entre ces mondes sociaux, d'où découlent des intérêts divergents. C'est aussi ce qui ressort du discours de PUB2, qui cristallise ces différences de structuration au sein de « l'espace décisionnel » :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

> Il y avait le côté financeurs, il y avait le côté associatif, enfin voilà, il y avait plein d'intérêts à prendre en compte, et les intérêts des uns ne sont pas forcément les intérêts des autres. L'image que les uns veulent faire passer n'est pas forcément l'image que les autres veulent avoir. Donc c'est surtout beaucoup de guéguerres politico-sociales. […] On se rend compte, finalement, que dans une campagne qui, normalement, est d'intérêt général, on se rend compte que ce n'est pas forcément l'intérêt général qui prime.

Il ressort l'idée d'une structuration dichotomique du système, dans laquelle s'affrontent acteurs associatifs et institutionnels. Il semble que ce soit sur le registre de communication que s'expriment ces oppositions, avec le capital symbolique des institutions comme pierre d'achoppement des propositions des associations – « pas forcément l'image que les autres veulent avoir ».

Concernant cette opposition de mondes sociaux, c'est ce qui s'est produit dans cette campagne, lors de la validation des choix créatifs, où les mondes sociaux institutionnels ont privilégié les propositions de l'agence de communication, au détriment de celles des mondes sociaux associatifs.

### 1-2 L'agence de communication prend le pas sur les associations

L'une des grandes spécificités de cette campagne est la concurrence qui s'est opérée entre l'agence de communication et les associations autour des propositions créatrices. Cette concurrence est en lien avec la structuration de « l'espace décisionnel », puisque les institutionnels détiennent seuls le pouvoir décisionnaire, et n'interviennent que lors de la phase de validation, et non dans celle d'élaboration des pistes créatives – aspect qui apparaissait comme redouté par les mondes sociaux associatifs, qui évoquaient la nécessité de solliciter assez tôt les financeurs pour ne pas travailler pour rien[591].

En conséquence, les financeurs ont privilégié les propositions de l'agence de communication, invalidant en partie, *ipso facto*, ce qui avait été fait par le collectif. Ce choix n'a pas été du goût de tous, à commencer par certains acteurs associatifs, qui ont eu la sensation d'avoir été dépossédés de leur travail, du fait de la validation des contre-propositions faites par l'agence de communication. C'est ce que confirme ASSO1 :

> Le fait que la réalisation, la réflexion, évoluent de telle manière, de manière aussi radicale, sur une période de deux mois, et que tout le groupe n'ait pas été associé à ce niveau-là, ça a été au départ un peu mal vécu. Il y a eu des personnes qui se sont senties dépossédées, dans le groupe, du thème. Du thème et de la réflexion. En disant tout le brainstorming qu'on avait mis en place avant l'été a été balayé avec ces nouvelles propositions.

[591] Idée exprimée lors de la deuxième étape du processus.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Il ressort ici l'idée d'une mise en concurrence entre acteurs associatifs et agence de communication, avec celle-ci privilégiée par les financeurs au détriment de ceux-là. Ce sentiment est d'autant plus fort que les publicitaires ont fait des contre-propositions pour tous les thèmes :

> Sur chaque thème, on avait des propositions, il y avait différentes propositions qui étaient venues, qui avaient émergé dans le groupe, et de tous ces éléments-là, il n'y avait plus rien, on ne voyait plus rien dans les propositions faites par l'agence de communication. (ASSO1)

Pour comprendre la raison pour laquelle les financeurs ont privilégié les propositions de l'agence, il faut faire état de la croyance en la capacité d'expertise attribuée à cette dernière, qui lui conférait un avantage symbolique aux yeux des financeurs, face aux associatifs, dépourvus de cette compétence et davantage marqués par une logique militante. Ainsi, l'agence de communication a fait valoir le but de la campagne – validé par les financeurs – pour émettre l'idée que leurs propres propositions permettraient davantage de l'atteindre :

> L'idée, c'était : en ayant ces phrases, ces jeux de mots, on perdait, d'après elle, on perdait peut-être un petit peu le contenu et l'essence même de la campagne, et que si on ne mettait pas en avant justement ces préjugés qu'on voulait dénoncer, si on ne les faisait pas apparaître un moment quelque part, on risquait de passer à côté de quelque chose. (ASSO1)

> En tout cas, c'est ceux qui nous empêchent, qui disent « ça serait mieux de mettre machin, de mettre ce mot-là, plus percutant, machin, machin ». Mais ils n'auraient pas pu changer vraiment tout ce qu'on voulait, ça c'est sûr. (ASSO2)

> Nous, on n'est pas des professionnels de la com', aucun autour de la table, aucune asso n'est un professionnel de la com'. Alors on peut tomber dans des écueils qu'on ne sait même pas, parce qu'on n'est pas dedans. Alors que le professionnel, il va recadrer, il va dire « là, ce n'est pas possible, ça ne va pas accrocher », ou des erreurs même de mise en forme… Non , non, moi je pense que c'est essentiel. (FIN2)

> L'agence de com' a un rôle, puisqu'ils on un oeil complètement extérieur, et là ils vous disent si, en tant que quidam, ils nous disent… Parce que c'est parfois des contenus alambiqués. (FIN4)

La compétence de l'agence de communication est néanmoins reconnue par les acteurs associatifs, notamment en regard de l'aspect davantage profane de leurs propositions en la matière :

> En même temps, on n'est pas des communicants, on est des acteurs de prévention, donc forcément, entre ce que peut proposer une agence de communication et ce que peuvent proposer des acteurs de prévention, il y aura un décalage à un moment donné. (ASSO1)

> Au départ, on n'est pas des pros de la com', on le fait comme nous on aimerait les voir. (ASSO2)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ces propos procèdent à un découpage des formes de savoirs et de compétences entre mondes sociaux présents dans « l'espace décisionnel », en reconnaissant une expertise à l'agence que ne possèdent pas les associations (« on n'est pas des communicants, on est des acteurs de prévention », « on n'est pas des pros de la com' »). C'est donc sur la base de cette expertise particulière que l'agence de communication a pu s'imposer dans « l'espace décisionnel » et peser sur le processus de production, en l'orientant dans son sens.

Néanmoins, si les financeurs reconnaissaient une compétence spécifique à l'agence de communication, ils gardaient toutefois un œil critique sur celle-ci, en soulignant qu'eux seuls détenaient le pouvoir de décider, et que les publicitaires devaient se mouvoir dans le cadre balisé par les financeurs, avec les contraintes structurantes qui en découlent :

> Je pense qu'il faut être clair sur la note de cadrage du départ, sur ce que l'on veut, ce que l'on attend, comment on veut y arriver, quels moyens on met en place, et eux sont plus, comment dire, l'ingénierie, comment ils vont tisser, comment ils vont... Surtout que la commande soit claire. (FIN1)

> Moi, je me méfierais d'une structure qui fait appel à une agence de com' et qui se voue à elle à 300%. Parce que sur l'abord communiquant, ça sera sûrement vrai, mais parfois sur le fond, il peut y avoir des contre-vérités énormes ou de mauvaises interprétations des choses. (FIN4)

FIN1 procède à une hiérarchisation des compétences et de la place de chacun dans « l'espace décisionnel », avec des publicitaires qui sont présentés comme une aide technique spécifique (« l'ingénierie »), face à des attentes précises (« que la commande soit claire »). FIN4 va dans le même sens, en soulignant que la compétence technique ne peut se substituer à la connaissance du sujet. Cette négociation constante avec les financeurs est aussi relayée par PUB1 :

> Il n'y a pas forcément toujours eu la validation. Il y a eu des fois où le projet est passé et des fois où il y a eu des accrocs. Parce qu'on avait hésité à la dernière minute, il y en avait qui n'étaient pas d'accord et tout ça.

C'est donc à présent sur ces « accrocs » et validation que nous allons revenir plus en détails.

## 2. La validation des différents éléments des affiches

### 2-1 Les textes

L'intervention de l'agence de communication et la validation de leur option de communication par les financeurs ne signifie pas que les différents éléments de l'affiche ont


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

été acceptés tels quels. Des discussions ont eu lieu sur les différentes accroches et leurs réponses. Elles ont parfois été assez longues et laborieuses entre les financeurs, les acteurs associatifs et l'agence de communication. En lien avec le capital symbolique des premiers, les textes font l'objet d'une attention particulière, pour éviter tout écueil et conserver la maîtrise des enjeux. C'est ce que confirme FIN2 :

> On a beaucoup de discussions plus sur les textes, parce que bon, les visages en eux-mêmes voilà, c'est la population française on n'a pas… Enfin ça ne peut pas amener de grosses discussions alors que sur les textes, on peut être tout à fait contesté.

C'est ainsi en lien avec la volonté de ne pas créer d'effets contre-productifs, de ne pas « être contesté », que doit se comprendre cette attention particulière portée aux textes. Et, toujours selon la même personne, c'est l'ambiguïté des messages qui est crainte, les différences d'interprétation qui pourraient avoir lieu :

> Enfin plus sur certains textes. Donc ça, par contre, ce sont des heures de discussions. Sur un mot, sur une formulation. Notamment sur les petites phrases qui sont dans les visages. Pour arriver à des choses vraiment, pour arriver à faire passer ce que nous on veut faire passer. Parce que des fois il y a des façons de dire, les gens comprennent autrement, et ça c'est vraiment des heures de travail intensif.

Au vu de la structuration de « l'espace décisionnel » et de la divergence des intérêts en présence, ces discussions peuvent s'avérer d'une grande complexité, afin de niveler le sens véhiculé par les affiches et s'assurer la maîtrise de tous les intérêts, indépendamment de ce que peuvent dire les publicitaires – soulignant, de fait, la limite de la croyance en leurs compétences.

Cette crainte est d'autant plus forte que la communication débute par une accroche énonçant un préjugé, artefact qui nécessite que les cibles aient immédiatement conscience qu'il en est ainsi :

> Ca nous rassure, nous professionnels, qu'il y ait la réponse, parce qu'on a une peur bleue qu'il n'y ait pas de réponse, ou que les gens croient qu'il y a pas de réponse, ou qu'ils croient le message, donc on se rassure et, en même temps ça facilite la compréhension, mais on se rassure aussi en donnant la réponse. On se dit « ouf, on ne leur a pas fait faire d'erreur, on ne risque rien, on peut dormir sur nos deux oreilles ». (FIN4)

> Sur cette affiche-là, moi j'avais peur que les gens ne regardent que la phrase, en particulier sur celle-là où on est fortement interpellé sur les yeux, moi je me disais si on ne lit que ça, on n'est pas bon quoi. « Demander à mon mec de mettre une capote, trop la honte ! », j'avais peur que ce ne soit pris à contre-pied, et que les jeunes qui voient ça se disent « ah bon, c'est trop la honte, il faut pas porter une capote ». (FIN3)

Comme nous l'avons vu, en réponse à cette crainte, une attention a été portée aux polices de caractère, avec des préjugés écrits dans une taille nettement inférieure à celle employée pour la contre-réponse, afin de s'assurer que l'élément essentiel retenu corresponde bien au message de santé publique, et non au préjugé même. Pour autant, des rectifications ont été


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

faites, car les préjugés étaient, à un moment donné trop petits et difficilement lisibles. Cet épisode souligne la limite du registre de communication choisi, qui contient, pour ses protagonistes, le risque de générer un effet contre-productif, ce que reflète la taille trop petite du préjugé à l'origine, liée à la crainte des conséquences de ce choix de la part des commanditaires : « la taille du préjugé, trop petite. Attention cependant à ce que le préjugé ne devienne pas aussi grand que la réponse en dessous, ce qui ajouterait de la confusion et réduirait la lisibilité de l'affiche »[592]. Ces choix typographiques sont aussi évoqués par FIN4, pour s'assurer que le message soit bien clair :

> On part en gros avec des messages avec des caractères qui sont noirs et petits, donc même si c'est une contre-vérité, on a immédiatement après, avec une typographie beaucoup plus grosse et en rouge sur fond noir, le message principal.

Ce souci apporté à la typographie souligne les limites de la logique de responsabilisation employée : si la campagne cherche à susciter le questionnement, le capital symbolique des acteurs institutionnels en jeu engendre que ces derniers veulent s'assurer que le message ne sera pas compris à l'envers, en fournissant dans la foulée la réponse, atténuant de fait la portée du mécanisme de communication et des logiques qui le sous-tendent.

Les discussions se concentrent aussi sur des éléments de différentes natures. Cela concerne la nature des mots tenus, qui ne doit pas laisser la place à un langage trop familier :

> Il y a beaucoup de freins, on ne peut pas forcément toujours appeler un chat un chat. Donc c'est vrai que sur certains thèmes abordés, il y a eu des mots, il y a eu des tournures de phrases, qui sont, pas tabous, mais en tout cas qui ont été un petit peu traités comme… Qui n'étaient pas aussi parlants. (PUB1)

Cette difficulté à employer parfois les termes les plus explicites est à rattacher à la nature des financeurs, qui jouent leur capital symbolique dans la campagne, et ont une attention particulière à l'image qui sera véhiculée en conséquence, et aux retours que cela pourra occasionner. C'est ce que relate également PUB2 :

> Je trouvais qu'il y avait vraiment un décalage entre l'objectif de la campagne et les moyens qui étaient mis en œuvre. Le problème que cela soulevait et les moyens qui étaient mis en œuvre. Parce que : « ah oui, mais alors les parents, qu'est-ce qu'ils vont en penser ? ». C'était vraiment lourd. Les réunions avec les institutionnels et les financeurs, c'était vraiment très lourd, mais bon…

En ce sens, un terme tel que « débander » a engendré de fortes discussions avant d'être accepté, comme le confirme ASSO2 :

> Pour « débander », pour « la capote, ça me fait débander ». Le « débander », ce n'est pas passé.

[592] Compte-rendu de la réunion du 10 octobre 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais dans ce cas, les publicitaires ont réussi à peser dans les débats et à faire valider le terme, en arguant qu'ils parlaient à tout le monde :

> Ce n'était pas évident, mais aujourd'hui on ne dit pas « érection », pour moi c'est « bander » quoi. Qu'on soit jeune ou moins jeune, les moins de 40 ans aujourd'hui, ils utilisent ce mot quoi. Donc, ça a été repris comme ça. (PUB1)

Les discussions portaient aussi sur le degré de précision à apporter aux propos, tout en étant limité par les contraintes de communication :

> Là c'est vraiment l'information vraie que l'on veut faire passer. Que l'on veut faire passer, donc qui doit être acceptée, qui doit être suffisamment courte pour être lue, parce qu'il y a ça aussi sur une affiche, on ne peut pas… Une affiche où il y a trop de texte, on ne va pas la lire quoi. Donc il faut être à la fois percutant, informatif et accrochant, et ça c'est un casse–tête quand même. (FIN2)

> À mettre trop de texte et à être trop didactique, les gens se lassent, détournent leur regard, ils ne regardent pas. Là, les yeux et cinq, six mots, c'est bien. On vit aussi maintenant dans un rythme qui fait qu'il faut que l'essentiel arrive très vite. (FIN4)

Le problème évoqué par FIN2 s'est notamment exprimé dans le cas de l'affiche concernant le traitement post-exposition, peu connu, comme l'évoquent tour à tour FIN2 et ASSO4 :

> Nous, on a choisi de mettre en lumière le côté immédiat, mais ça peut, ça ça peut être contre-productif par contre. Mais celui-là, il a été très discuté, parce que si on dit : « allez immédiatement aux urgences », on peut penser que si on n'y est pas allé tout de suite, et bien ce n'est plus la peine. Donc ça, et en même temps, si on met « dans les 48 heures », ça devient long…

> Ça a été compliqué à monter, parce qu'il fallait des phrases courtes. Si on fait des affiches avec un texte explicatif sur ce qu'est le TPE, ce n'est même la peine qu'on les mette dans la rue quoi. Donc ça a été compliqué.

La tension entre visée pédagogique et contraintes communicationnelles engendrait une difficulté dans l'élaboration des affiches, difficulté accentuée par la diversité des intérêts en présence.

De même, dans l'affiche sur les traitements, le terme « « médicaments » a finalement été choisi, alors que, à l'origine, c'était « trithérapies » qui était privilégié. Ce choix se comprend avec la volonté de toucher le grand public et d'employer les mots les plus prompts à être compris par le plus grand nombre.

Si les textes ont suscité des discussions, les éléments graphiques des affiches ont aussi nécessité une validation de la part des financeurs.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

2-2 Les éléments graphiques

Les couleurs de l'affiche n'ont pas suscité de discussions, notamment car le rouge est la couleur traditionnellement associée au sida. Son emploi dans l'affiche semblait difficilement contournable, car il procède d'une culture de santé publique plus ancienne, dans laquelle peuvent se fondre les protagonistes de cette campagne régionale.
Néanmoins, au-dessus de la signature de l'affiche, se trouve le site Internet du collectif régional de prévention sida. Sa présence était imposée par les commanditaires, afin d'avoir un relais complémentaire d'information en plus de la campagne – et qui permet aussi de faire connaître les associations du collectif, ainsi que de relayer le financement qui lui est dévolu par les institutionnels. Cette contrainte structurante est confirmée par PUB2 :

> Il fallait qu'il apparaisse. Il ne fallait pas forcément qu'il soit là. Mais bon, ça venait en conclusion, il fallait ouvrir…

Toutefois, les contraintes structurantes imposées aux publicitaires étaient les plus manifestes dans le cas du cartouche comprenant les logos des différents protagonistes de la campagne. Leur présence était une contrainte structurante de premier plan, elle formait la retombée attendue des acteurs institutionnels, en termes de capital symbolique. En plus des logos des financeurs, devait aussi apparaître celui du collectif, destinateur de la campagne. Il est intéressant de noter que des retouches ont été portées aux affiches, afin de réduire la taille de ces logos, plus particulièrement ceux des financeurs, qui prenaient trop de place dans un premier temps. Il fut même suggéré par les acteurs associatifs de supprimer ces logos, en faisant simplement mention de la participation financière[593]. Ce choix ne fut néanmoins pas retenu, soulignant la visée symbolique poursuivie par les financeurs au travers de la campagne :

> Nous, on est obligé. Oui après, ça c'est lourd, c'est sûr. […] Donc bien sûr c'est grand, bien sûr ça fait un grand truc, mais peut-être que, allégé ça serait peut-être plus lisible. Après, il y a des trucs où on n'a pas trop le choix. Il y a des choses qu'on ne peut pas virer. (ASSO2)

> C'était imposé. Ben le problème, c'est qu'il y avait les financeurs. Enfin le problème, non, mais les financeurs voulaient apparaître, les institutionnels devaient forcément apparaître, les associations puisque là c'est un collectif, plus Sida Info Service, il fallait forcément que les deux apparaissent. Donc il a fallu tout imposer. (PUB1)

En outre, le fait qu'il n'y ait qu'un seul logo pour tout le collectif (sans savoir précisément qui est intégré dedans), alors que tous les mondes sociaux institutionnels

[593] Compte-rendu de la réunion du 19 septembre 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

possèdent le leur, souligne la structuration de « l'espace décisionnel », avec d'un côté les associatifs et de l'autre les financeurs. Ce bipartisme se retrouve aussi dans le compte-rendu de réunion (« présence trop forte des logos des financeurs. Dissocier qui est l'émetteur du message (le collectif (+ fort)) et qui est le partenaire financier de l'opération (Région, DDASS, Conseil général, etc. (- grand)) »), qui souligne, de nouveau, l'opposition qui s'exprime entre ces deux groupes d'acteurs, cristallisée ici au travers de la taille des logos respectifs de chacun. Cela a ainsi engendré des discussions :

> Il y a eu des négociations, je me rappelle, c'est compliqué. Par rapport à la grandeur de taille des financeurs par exemple, par rapport à ceux du collectif. (ASSO4)

> Effectivement, il faut aller sur le site pour voir réellement qui travaille autour de ce collectif. A un moment donné, il faut choisir quoi, et je pense que dans une affiche, on ne peut pas tout mettre, déjà là ce n'est pas évident. (FIN1)

Dans le deuxième extrait, la nécessité de « choisir » engendre que le collectif n'est indiqué que par un nom générique, alors que les financeurs, eux, sont tous cités explicitement, soulignant la structuration de « l'espace décisionnel », où ce sont les acteurs sociaux détenant les ressources financières, et donc le pouvoir décisionnaire, qui ont l'heur de pouvoir être évoqués explicitement, au détriment donc des associatifs, relégués à une place subalterne.

Les discussions ont aussi porté sur la taille du logo de Sida Info Service, seule association citée explicitement en tant que telle. Ici, ce sont plus particulièrement les associations qui ont manifesté ce point de vue, comme le confirme FIN3 :

> Le problème c'est que, eux leur problème c'est qu'il ne fallait pas valoriser « sida info service » en tant qu'association plus que les autres. Or, avoir un numéro de téléphone sur une affiche, moi ça me semble important, justement pour que les gens disent « ça c'est bien, on a le numéro vert, je vais appeler ».

Les financeurs semblent ainsi manifester un intérêt à ce que ce logo apparaisse explicitement, notamment car il permet d'obtenir plus d'information, par le biais du numéro de téléphone, favorisant ainsi la responsabilisation des individus recherchée par les protagonistes de la campagne. Ce choix se fait donc quelque peu au détriment des autres associations, reléguées symboliquement à une place subalterne. Il faut aussi noter que Sida Info Service est la seule association créée et financée par l'Etat, expliquant probablement également sa valorisation par rapport aux autres mondes sociaux associatifs, qui ne se trouvent pas dans la même situation.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 3. Opinion des protagonistes sur les affiches retenues

Pour finir cette étape, intéressons-nous à l'opinion qu'ont les protagonistes des affiches finalement validées.

L'un des motifs de satisfaction affichés par les financeurs renvoie à l'accomplissement de l'objectif assigné à la campagne, la lutte contre les préjugés :

> Le port du préservatif, avec « la capote, ça me fait débander », c'est quasiment un standard. Bon, le sida ça se voit forcément comme le nez d'un clown au milieu de la figure, alors on se dit que « des malades du sida, si j'en connaissais, je le saurais », puisque ça se voit. Donc on tue les préjugés, ça veut dire qu'on favorise l'intégration et un meilleur regard des autres, peut-être une ouverture à la question. (FIN4)

> On a essayé de mettre des messages différents, à la fois de prévention mais aussi des messages d'alerte sur quand on est atteint du sida, les médicaments ne suffisent pas, il y a quand même la maladie qui est présente, on en souffre, enfin les personnes en souffrent, et donc on a voulu aussi mettre ces messages-là. […] Donc, je pense que c'est un petit panel de messages qui ne se limitent pas simplement à mettre un préservatif, qui va au-delà, qui essaie d'avoir une réflexion bien plus poussée sur cette maladie. (FIN1)

Ainsi, c'est parce que l'« on tue les préjugés » que FIN4 admet une opinion positive sur la production finalement validée. Quant à FIN1, elle salue la diversité des sujets abordés, qui permet de ne pas se limiter à un traitement en surface ou trop standardisé du sujet, propice à toucher les cibles et à les amener à un questionnement personnel – « une réflexion bien plus poussée ». ASSO4 abonde dans le même sens :

> Moi, je trouve que c'est plutôt pas mal, oui. C'est plutôt pas mal, graphiquement, les regards comme ça. Pour du grand public, ce n'est pas mal qu'on ait réussi à mettre des choses un peu osées. Et en plus, c'est financé par quand même l'Etat, la Région, la ville de Lille, le Conseil général. On a parlé de faire débander, c'est pas mal quoi quand même.

La satisfaction d'ASSO4 renvoie à la possibilité de réaliser une production qui s'extirpe en partie des contraintes engendrées par la structuration de « l'espace décisionnel », où le poids des institutionnels n'a pas empêché de « mettre des choses un peu osées ».

De même, la production finale est saluée par une partie des protagonistes interrogés, en raison de ses qualités techniques et esthétiques :

> Il y en a même qui ont été jusqu'à dire c'est la première fois qu'on a une campagne pro, avant on faisait du bricolage. Et là, c'est la première fois qu'on a une campagne de pros. Qui fait pro et qui ne fait pas un peu le truc qui a été bricolé sur un coin de table avec trois crayons, deux gommes, et voilà. (ASSO1)

> Moi, je trouve qu'elle est de plus belle qualité, ne serait-ce qu'en images, en mise en pages. Chacun son métier hein, on ne s'improvise pas communiquant, communicateur, je ne sais pas. Oui, je pense qu'il y a des métiers, des compétences qu'il faut utiliser quand on peut. (FIN3)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Par ailleurs, si les protagonistes de la campagne avouent généralement une préférence pour l'une ou l'autre des affiches, celle avec la mosaïque de regards suscite souvent des commentaires. Ainsi, ASSO2 et PUB1 avouent ne guère l'apprécier :

> Je l'aime moins, parce que je trouve qu'elle est vide, parce que, je ne sais pas, je ne la trouve pas assez nette. […] Et celle-là, du coup, oui je trouve qu'elle parle moins.

> Celle-là, elle est impactante un petit peu, justement parce qu'il y a plein de regards, mais par rapport au message, etc., elle n'est pas… Ce n'est pas assez impactant.

Si cette affiche « parle moins » pour ASSO2, cela renvoie en grande partie à son absence d'émission de préjugé, à sa plus grande neutralité, qui la fait déroger de l'axe général de communication choisi pour l'ensemble de la campagne. C'est pour cela qu'elle est aussi jugée moins « impactante » par PUB1.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 5. La mise en place de la campagne (T5)

A la validation des propositions d'affiche, succède à présent la mise en place de la campagne, rythmée en deux temps : d'abord en s'intéressant aux *medium* utilisés et aux modalités de diffusion, pour ensuite nous centrer sur le communiqué de presse ayant servi à informer de l'existence de cette action de communication.

## 1. Les outils de diffusion

En premier lieu, s'intéresser à la diffusion de la campagne est indissociable du budget alloué à celle-ci, puisqu'il va déterminer l'ampleur qu'il sera possible de donner à la campagne. Ainsi, le budget des dépenses « publicités, publications, relations publiques » s'élève à environ 97 000€, somme qui va constituer le lit de Procuste des actions à mettre en place.

En second lieu, concernant les outils de diffusion, forts des expériences des années précédentes, les protagonistes de la campagne vont utiliser divers supports, déjà employés par le passé, avec une « reconduction des supports retenus l'an dernier : affichage extérieur (mobilier urbain et 4*3) + serviettes de table (lycées et fac) »[594]. L'emploi du terme de « reconduction » souligne l'aspect quelque peu routinier du processus, qui n'en est pas là à sa première mise en œuvre, et qui conduit donc à la reproduction de certaines habitudes quant à la manière de communiquer :

> Le choix des supports de com', il s'est fait par rapport aux années précédentes, parce que la première année, on avait fait de l'abribus, du bus, des médias locaux. Et on avait essayé d'estimer un peu les retombées de chacun des médias. Ce qui est assez difficile, c'est une vraie gageure d'arriver à savoir comment les gens ont eu connaissance, ceux qui sont venus sur le site ont eu connaissance du site. Mais, par exemple, la presse a été abandonnée. (ASSO1)

En dépit de la difficulté à évaluer l'incidence de chaque *medium* utilisé, une réflexion reste engagée concernant les meilleurs outils pour valoriser et faire connaître la campagne, comme le confirme FIN1 :

> Après, il y a des outils qui sont utilisés, d'autres non : les cartes postales, on les retrouve beaucoup dans les tiroirs ou, donc c'est après comment on investit, quoi. Est- ce qu'on investit dans des supports qui restent dans des tiroirs, où ils ne sont pas forcément utilisés, ou on investit plus dans les affiches, les grandes affiches, ou des

[594] Compte-rendu de réunion du 6 juin 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

gadgets des fois. A une époque, on avait fait les jetons de caddie que la DDASS avait donnés. Ce n'est pas évident de trouver un outil qu'on puisse avoir sur soi, ou qui puisse rappeler, ou il faut un bel objet. Enfin pour l'instant, on a travaillé plus sur les affiches, cartes, serviettes, on avait même travaillé sur des dessous de table.

Cette réflexion et ces essais en matière de supports souligne, indirectement, une difficulté à trouver le meilleur support de diffusion, c'est-à-dire celui qui touchera le plus de monde, *a fortiori* car c'est le grand public dans son ensemble qui est visé au travers de la campagne.

En raison de la vocation généraliste de la campagne, la multiplicité des cibles réceptrices potentielles engendre une difficulté à toucher tout le monde. C'est donc en vertu de cet aspect généraliste que les médias grand public sont les principaux outils employés ; c'est ce qu'évoque ASSO1 :

On se concentre essentiellement sur du grand public via ce qui est supports de masse : les panneaux de deux mètres carrés, abribus, ou les sucettes, et le 12m², le 4 par 3. Voilà, pour avoir une communication très grand public

Le choix des supports apparaît lié à l'objectif général de communication, aux cibles visées par la campagne, et conduit à privilégier les supports de diffusion de l'espace public. Indirectement, cela souligne aussi une difficulté à avoir des actions davantage ciblées, cherchant à toucher des franges plus particulières de la population.

Dans le même temps, si la cible visée est large, les financeurs évoquent la volonté de toucher plus particulièrement les jeunes générations, celles qui arrivent à l'âge de la sexualité, actualisant au passage l'histoire politique du sida en France, avec des pouvoirs publics qui ont toujours manifesté un intérêt particulier pour la jeunesse en matière de prévention de la transmission du virus. C'est là une contrainte structurante émise par les financeurs :

Dans les lycées, il y avait des serviettes de table dans les cantines qui étaient éditées, et le visuel, qui nous a été déconseillé même directement par le prestataire, de garder ce visuel là pour le communiquer sur leur support, parce qu'il disait ça ne va rendre rien du tout, ça ne sera pas du tout pertinent, donc on vous le déconseille. Et donc, pour les financeurs, il n'était pas question de ne pas communiquer dans les lycées. Donc là, c'était : on va passer par les infirmières scolaires pour atteindre les élèves. (ASSO1)

En dépit de l'inadaptation du support (les serviettes de table), les institutionnels ont manifesté leur volonté de toucher plus particulièrement ce public, ce qui les a amenés à trouver une parade à cette difficulté, en passant par les infirmières scolaires, qui pouvaient mettre les affiches dans leur bureau, permettant, indirectement, de viser ce public-cible.
Cet épisode souligne d'ailleurs que la structuration de « l'espace décisionnel » s'exprime de nouveau dans cette étape, concernant les outils de diffusion, comme cela s'est retrouvé à un autre moment du processus : « les derniers arbitrages doivent être rendus par les financeurs


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

après cette réunion. Cartes postales et Internet ou serviettes de tables ? On ne peut pas faire les deux »[595].

Pour finir, les outils employés seront l'affichage, le site Internet, ainsi que les cartes postales.

1-1 L'affichage

Des affiches au format 4*3, ou à la taille du mobilier urbain, ont été déployées, avec le souci de couvrir, autant que faire se peut, la majeure partie du territoire de la région Nord Pas-de-Calais. Cela se comprend notamment en lien avec les financeurs inclus dans le système, et plus particulièrement du fait de la présence du Conseil régional :

> Les actions de proximité, surtout, que tout ne soit pas centralisé sur Lille. En tout cas, que ce soit pour le Conseil Régional ou pour nous, on ne voudrait pas que tout se passe à Lille, parce qu'on représente la Région… (FIN2)

Pour autant, se déployer dans le plus d'endroits possible est rendu complexe par la faible densité du tissu associatif, comme le confirme toujours FIN2 :

> Ça demande du travail, parce que travailler à Lille, c'est facile, il y a plein de porteurs, il y a plein de… Par contre, travailler dans des petites localités, ce n'est pas simple. Ce n'est pas simple d'attirer les gens déjà, et ce n'est pas simple de trouver les créneaux… […] On n'a pas des assos partout. Donc voilà, on a d'autres choses à améliorer.

Du fait de cette difficulté de trouver des « créneaux », c'est principalement par des sociétés de panneaux d'affichage que s'est faite la diffusion des affiches, se concentrant dans les principales villes de la région, avec des affiches recensées dans treize communes – sept communes du Nord et six du Pas-de-Calais. Cet affichage s'est fait préférentiellement aux alentours du 1er décembre – entre le 21 novembre et le 4 décembre selon les villes – pour une durée de sept jours à chaque fois.

Au total, 486 affiches ont été placardées sur le mobilier urbain, et 193 affiches imprimées au format 4*3. Les établissements scolaires et universitaires de la région ont, eux aussi, été visés par la campagne.

A cet affichage, s'y associe l'action de relais professionnels, permettant une plus large diffusion de la campagne. Ces relais sont composés des associations intégrées dans le collectif, mais aussi des centres de ressources documentaires, qui mettent à disposition les outils de la campagne.

[595] Compte-rendu de la réunion du 10 octobre 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-2 Le site Internet et le téléphone de Sida Info Service

Le site Internet, indiqué sur les affiches de la campagne, est présenté par les protagonistes comme un outil pour approfondir le sujet, obtenir plus d'informations sur le sida. En ce sens, il constitue un relais pérenne à la campagne, permettant dans le même temps de répondre aux questions que pourraient se poser les cibles réceptrices :

> C'était important de reprendre le site Internet, pour que, à l'année il puisse être consulté, et rappeler qu'il y avait un site où on pouvait débattre, on pouvait poser des questions, et on pouvait aussi avoir des réponses, pour ne pas qu'on soit perdu et que la personne qui n'a que le message, et qui n'ait pas du tout de points de renseignements, se dise « ben oui, c'est bien beau d'avoir un message, mais moi derrière si j'ai envie de savoir où je peux consulter, où je peux me renseigner pour avoir des préservatifs, ou à quel moment, j'ai un doute, à quel moment je peux consulter ? », ben tout de suite on donne quand même les coordonnées, les cordonnées et le site Internet. (FIN1)

Afin de favoriser le fait que le site soit consulté à l'année, un nouveau nom lui a été donné (sidanpdc.org), « nom de domaine plus générique […] afin d'avoir un site permettant d'être utilisé d'une année sur l'autre sans faire référence à une campagne spécifique »[596]. Le site Internet permet aussi de présenter plus en détails les différentes associations incluses dans le collectif, et leur donne ainsi une fenêtre de visibilité pour se faire connaître, comme le confirme ASSO3 :

> Quand elle est sur le site du collectif, la personne peut cliquer sur chaque association. Et en savoir plus sur l'association. C'est beaucoup plus l'adresse et ce que nous faisons.

Eu égard à l'absence de référence explicite aux associations sur les affiches, le site Internet permet ainsi de leur fournir l'occasion de se faire valoir, et partant, de bénéficier des retombées, en termes d'image, de la campagne.

Quant au numéro de téléphone de Sida Info Service, il permet également d'obtenir davantage d'informations sur le sujet :

> C'est le numéro d'appel de sida info service, donc là, absolument nécessaire. Je ne sais pas si maintenant, il faudra qu'on se pose la question un jour, si on diffuse l'information encore autant par téléphone, gratuit, que par Internet. Je ne suis pas sûr. D'un autre côté, en tant qu'usager, je serai quand même plus rassuré d'aller téléphoner que d'aller sur Internet. (FIN4)

[596] Extrait du bulletin du collectif régional autour du 1er décembre, octobre 2007.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

1-3 Les cartes postales

Outre les affiches, la campagne s'est déclinée sous le format de cartes postales. Celles-ci reprennent le visuel et les textes des affiches sur leur recto et, au verso, se trouve un petit texte résumant le sens de l'affiche. Il est intéressant de noter que ce texte commence par une phrase, écrite en gras, qui explicite la culture de santé publique accolée à cette campagne, et qui justifie ainsi le registre de communication présenté : « l'infection par le VIH a plus de 25 ans, et pourtant… ». Suit alors l'idée centrale de la communication : « malgré des années de communication sur le VIH/SIDA, trop de préjugés et idées fausses persistent ». Ensuite, intervient le fond du message de la campagne : « le virus ne fait pas de distinctions selon qu'on soit un homme ou une femme, selon sa sexualité, son âge ou son origine culturelle », qui signifie que la maladie concerne tout le monde, qu'elle constitue un risque généralisé. C'est là un nouvel avatar de la psychologisation du social, qui a l'heur d'éviter de stigmatiser les groupes à risque décrits par l'épidémiologie. Enfin, le texte se conclut par un appel à la responsabilité individuelle, visée finale de la campagne : « chacun peut agir pour réduire les préjugés, faire tomber les barrières et les tabous et ainsi gagner du terrain sur la propagation de la maladie ».
Ces cartes postales ont été diffusées par le biais des acteurs impliqués dans la campagne, à hauteur de 15 000 exemplaires par thème – soit un total de 105 000 cartes postales.

## 2. Le communiqué de presse

Il a été diffusé à proximité de la date du 1er décembre, journée mondiale contre le sida. Il débute par un appel à la responsabilité collective : « faisons progresser les mentalités, pas la maladie ». Cette phrase souligne l'hypothèse que l'information est perçue, par les protagonistes de la campagne, comme le levier d'action principal pour faire évoluer la situation et les comportements, avec une responsabilisation de chacun dans la situation. Le communiqué de presse fait ensuite le lien entre cette action et la date du 1er décembre (« à l'occasion de la 19ème journée mondiale contre le sida »).

La suite du texte procède à une restitution du construit social de santé publique justifiant la campagne, avec une mise en exergue de la « normalisation paradoxale du sida » :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« malgré plus de vingt ans de communication sur l'infection par le VIH/SIDA, les représentations erronées et autres préjugés perdurent, et s'accompagnent d'une baisse de la vigilance face aux risques de transmissions d'infections sexuellement transmissibles, dont fait partie le VIH ». Ainsi, le problème d'information soulevé est tout de suite mis en lien avec les conséquences comportementales, et donc prophylactiques, engendrées. En ce sens, agir sur l'un permettra également de faire évoluer l'autre ; soit donc une mise en problématique qui adoube l'information comme levier d'action – « c'est pourquoi **cette campagne est** résolument **orientée sur ces préjugés**, fausses croyances et autres phobies les plus courantes ».

La suite du document fait état de la manière dont sont construites les affiches, pour s'assurer que le sens de la démarche soit bien compris (ce qui se traduit avec les éléments mis en gras dans le communiqué de presse) : « les visuels ont été construits pour interpeller le public au travers de regards énonçant un préjugé. Le ton est volontairement familier et incisif, en reprenant des mots utilisés par le public lui-même. **En réponse** à cet énoncé, une phrase **déconstruit le préjugé** mis en avant et affirme ainsi un message de prévention clair et précis ». C'est donc bien le problème de méconnaissance qui est le nœud du problème ; et pour résoudre cela, le Collectif se propose donc de « soigner le mal par le mal », c'est-à-dire de s'attaquer frontalement à ces préjugés en les explicitant, pour ensuite mieux les déconstruire. Quant à la précision sur le ton employé dans les affiches, on peut supposer qu'elle a été voulue par les financeurs, étant donné que cette question du vocabulaire posait parfois problème à ces derniers. Cette indication leur sert à se justifier et, dans une certaine mesure, à se distancier de ces choix terminologiques, qui ne sont pas de leur fait.

La suite du document est composée de données épidémiologiques qui servent à justifier le caractère de santé publique de la lutte contre le VIH, avant de se centrer plus spécifiquement sur le cas de la région Nord Pas-de-Calais – en termes épidémiologiques, mais aussi quant à la « résurgence d'idées fausses ou préconçues concernant l'infection par le VIH. Et malgré plus de 20 ans de communication sur le VIH/Sida, les préjugés perdurent face aux personnes atteintes ou tout simplement face aux questions de prévention ».

Le document s'achève enfin par l'explicitation de la communication choisie, avec le fonctionnement des différentes affiches, ainsi que les dates et modalités de diffusion de la campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# 6. Retours et critiques sur la campagne réalisée (T6)

Dans cette ultime étape, nous reviendrons sur l'appréciation générale de la campagne par ses artisans – marquée à la fois par une bonne diffusion des affiches et une difficulté à évaluer réellement ses retombées – avant de nous intéresser à l'opinion qu'ont les différents mondes sociaux en présence de l'ensemble du processus, aspect d'autant plus important que la campagne de 2007 a été reprise quasiment à l'identique en 2008.

## 1. Evaluation de la campagne de 2007

### 1-1 La diffusion de la campagne

Globalement, les protagonistes évoquent une campagne marquée par une bonne diffusion, bien servie par les relais professionnels, principalement associatifs (même si l'on compte aussi les centres de ressources documentaires), ce qui est lié, selon ASSO1, à la qualité intrinsèque de la campagne :

> Au niveau des relais professionnels, le fait que la campagne apparaisse comme plus pro a joué sur l'adhésion des relais... […] Ils se sont approprié cette campagne de manière plus importante que les précédentes, ça c'est indéniable.

Selon cet interlocuteur, plusieurs relais professionnels auraient ainsi formulé une demande pour obtenir plus de matériel, lui faisant dire que cette campagne a été bien diffusée, *a fortiori* car il s'agit de la première campagne, depuis l'existence du collectif, où il ne reste aucun stock d'affiches :

> Au niveau des ressources locales, les visuels sont partis comme des petits pains. C'est la première fois que, depuis quatre ans, sur les supports édités, on se retrouve mi-décembre avec zéro stock. Ca a été diffusé dans la région, il y a eu des réapprovisionnements, et on s'est retrouvé mi-décembre avec zéro stock.

Egalement, la diffusion est considérée comme efficace, car de nombreuses villes ont été concernées, ce qui n'était pas le cas les années précédentes :

> Il y a eu pas mal de villes de toute la région touchées, qui ne sont pas touchées énormément d'habitude : Le Touquet, Berck, Etaples, Calais, Cambrai, Boulogne, Maubeuge, ce n'est quand même pas celles qui sont le plus touchées d'habitude, quoi. Fourmies, Lens, Béthune, on ne peut pas dire que ce sont des villes sur lesquelles il y aura le plus de prévention au départ. (ASSO2)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le motif de satisfaction évoqué par ASSO2 renvoie au fait de pouvoir faire émerger la thématique sida dans l'espace public dans des villes où le sujet n'est que rarement abordé. En ce sens, la diffusion répond à l'objectif de toucher un maximum de cibles, en couvrant la plus large partie de la région possible – ce qui répond d'ailleurs à l'objectif formulé par les financeurs.
Outre la diffusion même des outils, les protagonistes de la campagne ont aussi bénéficié de quelques relais médiatiques, mais en faible nombre – un journal gratuit, un journal de la presse quotidienne régionale, ainsi qu'une station de radio. Dans le cas de cette dernière, la diffusion de spots radiophoniques a été offerte au collectif, en échange de l'ajout de leur logo sur les affiches.
Néanmoins, si les affiches semblent avoir remporté un certain succès, il n'en est pas de même concernant les cartes postales, dont un certain nombre n'a pas été diffusé.

Toutefois, au milieu de toutes ces louanges, des voix discordantes se font entendre, par le biais des membres de l'agence de communication, qui possèdent un regard beaucoup plus critique sur la diffusion de la campagne, à laquelle ils reprochent sa courte durée, obstacle à une sensibilisation réussie, semble-t-il. A l'objectif de toucher un maximum de monde au travers de la campagne s'oppose la question des ressources budgétaires à disposition, qui engendre le fait de devoir concentrer la campagne sur une courte période.

Si la diffusion de la campagne semble avoir été bonne, un problème s'est néanmoins manifesté avec l'Inspection académique de Lille, concernant la diffusion de la campagne dans les lycées. Ce problème se centrait autour d'une affiche particulière, celle sur les préservatifs, qui n'a pas été diffusée dans les établissements scolaires, en raison de l'emploi du terme « débander » :

> Celui-là, faire débander, ça n'a pas été diffusé dans les lycées, enfin en scolaire. Ca, je m'en rappelle. (ASSO4)

> Pour « débander », pour « la capote, ça me fait débander ». Le « débander », ce n'est pas passé. Et voilà, donc des problèmes au niveau de certains… du rectorat, je crois. […] En gros, ils ont demandé, à chaque fois, à ce que celle-là ne soit pas mise. (ASSO2)

Alors même que le terme « débander » avait posé question entre acteurs associatifs et institutionnels, avec ces derniers qui se montraient assez frileux à l'idée d'employer ce vocable, il avait finalement été validé en raison de son emploi courant, censé parler aux jeunes


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

générations. Néanmoins, il se trouve de nouveau cloué au pilori avec le refus du Rectorat de diffuser cette affiche spécifique, qui concerne pourtant les préservatifs, moyen prophylactique principal pour lutter contre le sida. Cela est d'autant plus notable que la question de la protection est posée avec acuité par les protagonistes de la campagne concernant les nouvelles générations.

### 1-2 La difficulté d'évaluer les retombées de la campagne

Si la majeure partie des protagonistes se disent satisfaits de la diffusion de la campagne, force est de constater qu'une ignorance marquée se manifeste quant à la question de son efficacité et de ses retombées. En effet, c'est là un autre point commun qui se retrouve chez les différents protagonistes de la campagne :

> Maintenant, le public, est-ce que le public s'en est saisi ou pas, ça c'est plus difficile à évaluer. (ASSO1)

> Donc après, moi, je ne sais pas, en termes d'impact, ce que ça peut avoir ce genre de campagne. (ASSO4)

> Ce qui nous manque c'est vraiment l'évaluation sur le terrain pour voir l'impact de ces affiches, ce qu'elles ont donné auprès des… Peut-être que nous, à notre niveau, on l'a trouvé intéressante, mais peut être que la personne qui va se trouver sur le trottoir en train de se balader, elle va dire « ben non ,je ne comprends pas ou elle ne m'interpelle pas ». (FIN1)

> On n'a pas vraiment les moyens de faire un vrai test, de tester la campagne au niveau grand public. (FIN2)

Les paroles recueillies vont toutes dans le même sens : l'impossibilité de mesurer l'efficacité que peut avoir ce genre de campagne, ses retombées éventuelles. Cela est d'autant plus notable que le but affiché, notamment par les associatifs et leur logique militante, est de faire évoluer les comportements, d'amener à un questionnement individuel des cibles réceptrices, à une responsabilisation quant à leur propre attitude. Au vu des derniers extraits, il semble que ce soit plus particulièrement en raison du coût financier que représenterait cette évaluation que rien n'est fait en ce sens.

Pour autant, les protagonistes de la campagne possèdent un outil leur permettant, si ce n'est de mesurer, du moins d'avoir une idée de l'incidence que peut avoir la campagne. Il s'agit de la fréquentation du site Internet, qui est relevée à l'aide d'un compteur, donnant une piste quant à la réussite de la campagne – ici concernant une attitude active des cibles, consistant à aller chercher plus d'informations sur le site du collectif.
Il semble, pour cette campagne, que cet indicateur indiquait une faible fréquentation du site, plus faible que les années précédentes :


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Je crois que ça a baissé quand même sur cette campagne-là, il me semble que le taux de clics, parce qu'on a un compteur, mais je crois qu'il a baissé sur cette campagne-là. (FIN2)

Mais l'année 2007, on s'est rendu compte que les gens ont moins visité le site. (ASSO3)

Conformément à ce qu'évoquent ces interlocuteurs, la fréquentation du site a bien baissé en 2007 par rapport à 2006 : 2 500 visiteurs en 2007, contre 3 578 en 2006[597]. Néanmoins, les pics de fréquentation se trouvent au moment de la diffusion de la campagne, soulignant que cette dernière a bien eu une incidence sur la fréquentation du site.

Ainsi, si la diffusion de la campagne a été bonne, l'évaluation de ses retombées est, elle, beaucoup plus difficile à établir, faute d'indicateurs. Toutefois, cette campagne semble avoir séduit les différents protagonistes du système.

## 2. Opinion des protagonistes sur la campagne

Globalement, une satisfaction commune est exprimée, concernant la campagne finalement réalisée. Cette satisfaction s'exprime notamment à travers le prisme de la campagne de l'année précédente, qui apparaît à nouveau comme la polarité négative en matière de communication :

Sur 2007, je suis très satisfaite, il y a eu des campagnes où je n'étais pas du tout contente, enfin pas du tout satisfaite, je n'ai pas du tout aimé. Je pense à la campagne d'il y a deux ans. […] Dans les autres campagnes, on a vraiment été trop dans l'abstrait, c'était du gâchis quoi, mais bon, il faut que l'on se trompe pour pouvoir mieux rebondir, et faire de plus belles choses. (FIN1)

Par rapport à l'année d'avant, je ne peux qu'être contente de la campagne. (ASSO2)

La satisfaction vis-à-vis de la campagne ne peut se comprendre sans tenir compte de l'histoire du collectif et de ses réalisations antérieures, qui conditionnent le présent, aussi bien quant à la manière de faire que concernant la satisfaction exprimée face au résultat. C'est d'ailleurs ce que reconnaît FIN2 :

Mais je pense qu'on progresse aussi. […] Je pense qu'au fil des années on s'améliore.

Cette idée de « progression » replace la production dans le cadre de l'histoire du collectif, celle-là étant le reflet de l'intériorisation croissante de la structuration et du fonctionnement de « l'espace décisionnel », ainsi que de l'évitement des erreurs passées.

[597] Extrait du bilan d'activité de l'année 2007, du collectif régional de prévention sida.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Quant aux publicitaires, leur satisfaction semble provenir de la réponse aux attentes de leurs commanditaires, et ce en dépit des contraintes structurantes fortes émises par les commanditaires :

> Moi, je suis content par rapport au budget, au temps alloué, à ce qui nous était imposé, aux contraintes de départ, moi je suis content du résultat final. (PUB2)

Concernant les changements potentiels à apporter à l'affiche, certains évoquent l'allègement du bas de l'affiche, où la somme des logos est toujours perçue comme préjudiciable à la lisibilité, à l'instar de ASSO1 :

> Je pense que ça avec juste une mention, écrite en tout petit, « campagne réalisée à l'initiative de » et « avec le soutien financier de », ça serait beaucoup plus simple que d'avoir tous ces logos qui traînent en bas. Je trouverais ça beaucoup plus simple et beaucoup plus lisible, enfin beaucoup moins chargé.

Un autre regret quant à l'orientation prise par la campagne est formulé par ASSO3, concernant l'axe général de communication, où il semble déplorer le délaissement de la proposition initiale du collectif :

> Moi, personnellement, la réflexion que j'ai faite, c'est de dire : je préfère interpeller les gens sur les affiches et les pousser à aller chercher la réponse sur le site ou sur les numéros de téléphone qui sont sur l'affiche. Interpeller les gens et les amener à aller chercher la réponse.

Comme pour l'extrait précédent, ce que regrette ASSO3, ce sont les contraintes structurantes des financeurs, leur choix de privilégier la proposition de l'agence de communication en termes de communication.

La remarque formulée par ASSO2 cristallise aussi les choix des financeurs, qui ont conduit au délaissement d'une proposition qui lui plaisait :

> Je remettrais mon « plaisir à toutes les sauces », et j'aurais une image avec un enfant, qui dit « dis papa, c'est quand la fin du sida ? ». Je changerais plus sur ce qui a été refusé, mais sinon je ne la changerais pas.

Dans les trois cas, ce sont les orientations choisies par les financeurs qui sont remises en cause par des acteurs associatifs, qui souhaiteraient que certaines de leurs propositions initiales soient intégrées dans les affiches.

D'autres remarques sont formulées de façon éparse, à l'instar de FIN3, qui souhaiterait changer la formulation de l'accroche sur l'affiche de la prévention :

> Celle-là, moi je n'aimais pas : « demander à mon mec de mettre une capote, trop la honte ! », moi je ne l'aurais pas formulé comme cela. En fait je ne l'aurais pas, en fait c'est une fausse question, je l'aurais plus formulé en question : « est-ce que c'est la honte de demander à mon mec… », enfin… Plus que d'affirmer. Parce que je trouve que, quand on affirme, si on ne lit que ça, on peut lire le message inverse


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Le souci de ne pas voir le choix de communication se retourner contre les commanditaires de la campagne – qui avait conduit à privilégier la proposition de l'agence de communication plutôt que celle du collectif associatif, souhaitant simplement émettre le préjugé – s'exprime ici, avec la formule affirmative qui pose problème à FIN3, qui craint que cette accroche ne soit prise au pied de la lettre.

Le peu de changements à opérer et la satisfaction globale autour de la campagne expliquent également pourquoi celle-ci a été reproduite l'année suivante, en 2008 :

> C'est ce que l'on avait proposé dans le bilan du collectif : c'était de reprendre la campagne et de ne pas en refaire une cette année. C'était une grosse satisfaction par rapport à l'année précédente. (ASSO4)

> Parce qu'il y a un manque de temps pour faire toute une campagne, parce que je pense aussi qu'elle n'a pas été assez exploitée et que ce serait bien aussi de la remettre une deuxième année. Mais ça a été un souhait des financeurs de retrouver aussi cette campagne cette année. Donc nous, ça nous allait très bien de pouvoir la revoir encore un an. (ASSO2)

> On n'a pas eu de discordance. D'ailleurs, si on la réutilise cette année, c'est parce qu'elle a bien accroché tout le monde, et on n'y a pas touché, il n'y a rien de choquant. (FIN2)

La reproduction de la campagne s'explique également par la structuration de « l'espace décisionnel », qui engendre un investissement en termes de temps conséquent pour faire valider une campagne, ainsi que par la satisfaction commune des acteurs associatifs et institutionnels quant à la production actuelle – notamment car « il n'y a rien de choquant », aspect important pour les acteurs institutionnels.

Si la campagne de 2008 reprenait celle de 2007, quelques petits changements ont été apportés, et correspondent à des points qui ont été soulevés par les protagonistes[598]. Dans cette optique, le site Internet est à présent plus mis en avant sur l'affiche, puisqu'il se trouve placé directement sous la phrase déconstruisant le préjugé, pour tenter de favoriser sa consultation. De même, le numéro de téléphone de Sida Info Service se trouve juste sous l'adresse Internet, abondant aussi dans le sens de valoriser davantage la recherche d'informations. En revanche, on trouve toujours les logos des différents financeurs, contrainte structurante qui perdure, en dépit de l'avis des acteurs associatifs quant à la lisibilité de l'ensemble.

[598] Un exemple d'affiche de la campagne de 2008 se trouve placé dans l'annexe 11.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Egalement, sur l'affiche de la prévention « demander à mon mec… », le verbe « dire » a remplacé « demander », et la phrase, scandée en deux temps, se termine par des points d'interrogation et non plus d'exclamation. Ce recours au registre interrogatif, qui se substitue à l'exclamatif, se retrouve aussi sur les autres affiches : c'est le cas pour l'affiche sur les préservatifs, sur les sexualités et sur les traitements. Cette option a été prise pour renforcer l'interpellation des cibles réceptrices quant à la teneur des propos tenus, aspect qui ne paraissait pas toujours nécessairement assez clair aux financeurs – cela est le plus flagrant dans le cas de l'affiche sur les traitements, où la formulation dans la campagne de 2007 était « on vit bien avec les médicaments ! », alors que celle de 2008 est : « on vit bien avec les médicaments, non ? ». Ce plus grand recours au mode interrogatif semble illustrer à nouveau les craintes des financeurs quant à la compréhension du message, justifiant des aménagements complémentaires pour bien souligner que les accroches ne constituent pas le message de santé publique central de l'affiche.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# 7. Conclusion de la troisième monographie

La spécificité de cette campagne, comparativement à celles portant sur la santé mentale, renvoie à l'ancienneté de la thématique du sida, inscrite de plus longue date dans le domaine de la santé publique, rendant dès lors moins nécessaire une nouvelle construction sociale de la santé publique. Néanmoins, la culture de santé publique entourant le sida se retrouve dans le cadre de cette campagne, qui la reflète. De la sorte, comprendre la campagne du collectif régional de prévention sida nécessite de la replacer dans l'histoire politique du sida, telle qu'elle s'est déroulée en France.

Marquée dès ses débuts par la stigmatisation de groupes sociaux aux conduites considérées comme marginales, l'épidémie voit, très tôt, l'investissement marqué du monde associatif dans le champ politique, en vue de porter la parole des groupes à risque et de venir en aide aux personnes infectées par le virus, mortel à court terme. Dans cette histoire, l'Etat n'a, au départ, qu'un faible rôle, pris au dépourvu face à une épidémie qui ne se laisse pas saisir par les modalités d'intervention de l'époque. Ce sont donc les associations qui impriment le rythme, et l'Etat ne fait que suivre la voie tracée par le monde associatif. Au fur et à mesure des années, la tendance s'inverse, et l'Etat reprend peu à peu les rênes de la démarche, intégrant la thématique au champ de la santé publique, créant des institutions dédiées à cette maladie, et finançant les associations qui s'intègrent au domaine d'intervention privilégié.

L'intervention de l'Etat est marquée par la volonté de ne pas stigmatiser les groupes marginaux, qui au départ concentrent les infections. En conséquence, il opte pour un traitement individualisé de la question du sida dans les campagnes de santé publique, promouvant la prévention comme acte prophylactique à même d'enrayer la propagation de l'épidémie, élevée au rang de risque généralisé. En outre, afin de légitimer la dimension de santé publique de l'épidémie, en plus du traitement individualisé de la question, l'Etat cible plus particulièrement la « jeunesse », perçue comme un groupe à risque, porteur de comportements à risque, de goût de l'interdit et de découverte de la sexualité. Les premières campagnes de santé publique organisées par l'Etat cherchent alors plus particulièrement à cibler cette frange de la population, avec la responsabilisation comme technique de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

gouvernementalité privilégiée et l'autocontrôle comme rempart à l'épidémie. Cette logique de responsabilisation se retrouve aussi dans d'autres évolutions politico-sociales en lien avec le sida, telles que les centres de dépistage anonymes et gratuits pour le sida, ou encore la politique de réduction des risques en matière de toxicomanie, avec le passage du paradigme de l'abstinence à celui de la substitution, ainsi que les programmes d'échange de seringues.

Mais l'arrivée des trithérapies dans le milieu des années 1990 marque le début d'une nouvelle phase politique du sida. Elle se caractérise par un désinvestissement de la thématique par les pouvoirs publics, un traitement médiatique moins prononcé et une diversification des activités des acteurs historiques de la lutte contre le sida, les associations. Parallèlement, le sida passe du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique, constituant un risque socialement plus acceptable ; en conséquence, les comportements à risque connaissent un nouveau souffle, la prophylaxie n'est plus aussi marquée, et le nombre de cas d'infections recensés, lui, reste stable voire tend à augmenter, tout en se concentrant dans certains groupes sociaux (notamment marqués par une vulnérabilité socio-économique). Tous ces éléments participent du phénomène de « normalisation paradoxale » du sida évoqué par Michel Setbon.

L'ensemble de ces phénomènes historiques se retrouve ainsi dans la campagne 2007 du collectif régional de prévention sida. En effet, elle recourt à une culture de santé publique marquée par ces éléments : elle évoque les résultats épidémiologiques montrant la persistance des cas de sida dans la population, tout en soulignant que cette contamination concerne aussi bien les hétérosexuels que les homosexuels, les hommes que les femmes. De même, le discours porté par ces mondes sociaux associatifs, parties-prenantes de la campagne, est marqué par l'idée d'un retour des préjugés, de contre-vérités associées à la maladie, concernant les modes de transmission, les groupes à risque ou encore la gravité de la maladie – aspects corrélés à la banalisation du sida et à l'arrivée à l'âge de la sexualité de générations ayant grandi avec le discours de santé publique sur la maladie, en quelque sorte mithridatisées face à ce discours donc. Ce thème avait d'ailleurs déjà été porté par le collectif, lors de la campagne de l'année précédente. En substrat de ce traitement individualisé du sida, qui en fait un risque généralisé, s'exprime la psychologisation du social comme technique de gouvernementalité : le registre de communication n'évoque pas l'existence de groupes à risque, identifiés par les épidémiologistes, par peur de voir la stigmatisation de ces groupes renforcée et le message général de santé publique délaissé par les autres catégories de population.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

En outre, l'histoire du sida se retrouve aussi à travers la manière dont est structuré le collectif, composé d'associations et d'institutions publiques. Ces associations rappellent la force prométhéenne et l'investissement du mouvement associatif dans la lutte contre le sida – tout autant qu'elles reflètent la gouvernementalité contemporaine, avec la responsabilisation des usagers et la promotion de groupes les représentant dans la mise en œuvre des politiques publiques. Dans le même temps, elles reflètent la structuration des groupes à risque, avec une association défendant les intérêts des malades atteints du sida (AIDES), une autre plus particulièrement centrée sur la prévention de la consommation de drogues, ainsi qu'une association représentant les migrants, l'Association des commerçants franco-antillais. Enfin, une association à vocation plus généraliste, promue par l'Etat, Sida Info Service, ferme la marche des mondes sociaux constituant le versant associatif du collectif.
Sur l'autre pendant, les institutions publiques, se trouvent différentes échelles de pouvoir, allant de l'Etat (avec la DDASS) à la ville, en passant par la Région et le département.

Quant aux relations régissant ces deux pôles d'acteurs dans « l'espace décisionnel », elles sont marquées par un déséquilibre en termes de pouvoir décisionnaire : les associations sont invitées à formuler des propositions de sujets de communication et d'affiches – le tout sur la base d'une zone d'incertitude qu'elles maîtrisent dans « l'espace décisionnel », en lien avec leur pratique de terrain au quotidien –, alors que les acteurs institutionnels, eux, concentrent les ressources financières indispensables à l'existence et à la pérennité du processus de production. Les institutionnels détiennent ainsi seuls le pouvoir décisionnaire dans « l'espace décisionnel », ils choisissent ou non de valider les propositions des associations, décidant du même coup de la suite du processus, et engendrant un déséquilibre très net entre les acteurs.
Quant aux raisons ayant amené ces différents acteurs sociaux à collaborer, à cohabiter au sein d'un même « espace décisionnel », elles renvoient à des intérêts divergents, structurant l'activité de ces mondes sociaux et justifiant leurs choix : les associations sont marquées par une logique militante, cherchant à agir sur le terrain et le champ politique de la santé publique, alors que les institutionnels jouent, eux, surtout leur capital symbolique dans la campagne, ils cherchent à conserver leur place dans le champ politique, en étant associés à une thématique de santé publique, et en espérant retirer de leur participation des bénéfices en termes d'image.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dès lors, la structuration du collectif telle que décrite, de même que son histoire antérieure, sont des éléments indispensables à la compréhension du déroulement du processus de production de la campagne régionale de 2007. Concernant l'histoire du collectif tout d'abord, puisque les choix actés en 2007 ne sauraient se comprendre sans faire référence aux campagnes des années précédentes. Plus précisément, c'est la campagne de 2006 qui a marqué le processus : la campagne de 2007 constitue le prolongement de la réflexion engagée l'année précédente, concernant les préjugés sur la maladie, plus particulièrement à propos de l'existence de groupes à risque. C'est contre cette idée reçue qu'a cherché à lutter le collectif, en tentant de faire du sida un risque généralisé, concernant tout un chacun, et où la somme des comportements préventifs permettra l'endiguement de la maladie de manière collective.

C'est dans cette mesure que la campagne de 2007 reflète les techniques de gouvernementalité contemporaines, avec un traitement individualisé de la question, où chacun est responsabilisé dans ses opinions face à la maladie, et où le questionnement individuel est censé permettre une réflexion personnelle aboutissant à un changement dans les comportements (ce qui s'apparente, dans une certaine mesure, au couple savoir/pouvoir foucaldien) ; en ce sens, l'information est promue au rang de levier d'action pour faire évoluer les comportements, avec un traitement faisant la part belle à la psychologisation du social, et des représentations sociales perçues comme étant du ressort du seul individu, sans faire référence à une quelconque appartenance sociale qui les conditionnerait. Comme déjà évoqué, ce traitement occulte également l'existence de groupes plus particulièrement à risques, pour éviter de voir les personnes extérieures à ces groupes délaisser les moyens prophylactiques face à la maladie, tout en protégeant les groupes en question de toute stigmatisation supplémentaire. Cette responsabilisation et ce traitement sur le mode individuel – qui perpétuent la manière de communiquer sur le sida dans les campagnes de santé publique – se reflètent d'ailleurs au travers du choix du visuel, privilégiant le regard, où l'affiche sert à établir un dialogue avec les cibles réceptrices, à s'adresser directement à elles (aspect renforcé, dans le cas des affiches sur la prévention, par l'emploi de pronoms personnels permettant de simuler le dialogue avec les destinataires des messages). De même, la signature de la campagne, « sida tous différents tous concernés », renvoie à la psychologisation du social (à travers la « différence », expression qui délaisse l'inscription sociale des individus, leur appartenance à des catégories plus larges de population, ainsi qu'à des catégories mises en exergue par les épidémiologistes, qui risqueraient de se voir davantage stigmatisées), mais également à la responsabilisation de chacun, avec le « tous concernés ».


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Mais si la campagne de 2007 constitue le prolongement d'une réflexion amorcée en 2006, elle s'en distingue néanmoins concernant le traitement qui a été privilégié. Effectivement, la campagne de 2006 est perçue comme un écueil à éviter, l'erreur à ne pas reproduire, tant l'affiche de cette année-là est jugée négativement par tous les protagonistes quant à sa qualité graphique. C'est donc pour cette raison que deux alternatives ont été choisies : d'une part, multiplier les préjugés abordés dans la campagne de 2007, en diversifiant les affiches, et en ne cherchant pas à tous les intégrer au sein d'un seul et même document ; cette multiplication des préjugés permet simultanément de satisfaire la majeure partie des protagonistes de la campagne, puisque les intérêts de chacun vont pouvoir être intégrés à la campagne, sur des affiches différentes – élément qui participe donc à renforcer la cohésion du système du fait du compromis trouvé. D'autre part, en raison de l'insatisfaction persistante concernant la campagne de 2006, les protagonistes ont fait le choix de recourir à une agence de communication afin de mettre en forme les affiches, et obtenir une qualité graphique supérieure à l'année précédente. Cet épisode souligne la croyance des acteurs du collectif en la capacité d'expertise des publicitaires invités dans le processus, qui maîtrisent une zone d'incertitude non détenue par les autres protagonistes de la campagne.

Toutefois, la croyance en l'expertise de l'agence de communication et la place qui lui est alors dévolue dans « l'espace décisionnel » vont avoir de fortes incidences sur le déroulement du processus, puisqu'elles vont peser sur la suite de la production. Cette incidence de l'entrée des publicitaires dans « l'espace décisionnel » se caractérise par une mise en concurrence qui s'opère entre publicitaires et acteurs associatifs face aux financeurs. Ainsi, les premiers vont faire des contre-propositions, proposer une solution alternative en matière de traitement de l'axe de communication. Plutôt que d'énoncer simplement un préjugé et de renvoyer au site Internet du collectif pour connaître la réponse – proposition initiale des associations, reprenant un registre de communication déjà employé par le passé –, ils vont privilégier une communication énonçant un préjugé et le contrecarrant dans la foulée. En outre, les propositions d'affiches qu'ils vont faire ne reprennent quasiment jamais les éléments initiaux proposés par les associations, accentuant cette mise en concurrence entre acteurs dans « l'espace décisionnel ».

Au vu de la structuration de « l'espace décisionnel » et de la notion de capital symbolique mis en jeu par les financeurs dans la campagne, ces derniers vont privilégier les propositions de l'agence de communication, au détriment des associatifs. De cette décision, va


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

alors découler une tension temporaire dans « l'espace décisionnel », suite au mécontentement des associatifs, disqualifiés de « l'espace décisionnel » à cet instant, et rendant caduque tout leur travail préalable. Mais cette décision se comprend en lien avec la structuration de ces mondes sociaux institutionnels et leurs intérêts dans le processus de production. Corollairement à la mise en jeu de leur capital symbolique, ils privilégient une campagne explicitant clairement son monde de fonctionnement, où l'émission d'un préjugé est directement contrée par la contre-proposition qui l'invalide, comme le préconisent les publicitaires. Ce choix montre les limites de la logique de responsabilisation, et de la croyance en son efficacité de la part des financeurs. Ils ne veulent pas prendre le risque de supposer une action complémentaire des cibles réceptrices pour réussir la communication, et privilégient une communication comprenant tous les ressorts du message. Ils accordent ainsi une plus grande confiance à l'agence de communication, qui revendique la détention de cette zone d'incertitude. De même, ils privilégient les propositions d'accroches des publicitaires, en supposant qu'ils maîtrisent mieux les conditions de réception du message. Les retouches successives concernant la taille des préjugés et des réponses, de même que l'emploi d'un bandeau noir, illustrent également le caractère épineux, perçu comme tel par les financeurs en tout cas, de ce registre de communication.

Pour autant, en dépit de la préférence accordée à l'agence, les financeurs continuent de faire valoir leur hégémonie dans « l'espace décisionnel », en affirmant leurs contraintes structurantes, et leur pouvoir de validation. Cela transparaît à travers la cible visée par la campagne, le grand public, qui nécessite d'employer des messages compris par tous (ce qui conduit notamment au délaissement de l'affiche écrite en langage SMS), tout en employant des visuels qui reflètent la diversité de la population française. Ils cherchent simultanément à ne pas avoir d'effets contre-productifs, à ne pas risquer d'accroître la stigmatisation concernant certains groupes sociaux. Cela renvoie notamment au cas des personnes de couleur, puisque le visuel correspondant ne doit pas être associé explicitement à la question du traitement de la maladie, qui risque de suggérer un lien entre couleur de peau et maladie. Néanmoins, ils souhaitent s'adresser indirectement à cette population, comme le montre l'intégration d'une association de migrants dans le collectif associatif, ainsi que le choix d'associer le visuel et la question des sexualités concernées par la maladie – en émettant un préjugé couramment développé, semble-t-il dans cette frange de la population. La volonté de s'adresser à toute la population se reflète aussi dans les moyens de diffusion privilégiés pour la campagne, avec les zones d'affichage dans les grandes villes. Mais l'affichage souligne


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

aussi la volonté de s'adresser plus particulièrement aux jeunes générations, en diffusant la campagne dans les lycées et les Universités.

Le poids du capital symbolique mis en jeu par les financeurs dans la campagne s'exprime aussi au travers des discussions qui ont lieu pour la validation des accroches de la campagne. Si le traitement individualisé promu par le message, et formalisé à travers la signature de la campagne, ne laisse aucune marge d'action aux publicitaires, une négociation se fait au cas par cas concernant les accroches. Celle-ci cherche le juste équilibre entre la précision du message et sa concision rendue nécessaire par les exigences de la communication. Cet équilibre conduit parfois à délaisser une partie de l'information, comme dans le cas du TPE. De plus, la nécessité d'employer des moyens phatiques de premier ordre, pour réussir à capter l'attention des cibles réceptrices, conduit à recourir à un langage parfois familier, chose que les décideurs ont du mal à accepter – le cas de l'affiche avec le terme « débander » étant ici souvent cité, à juste titre d'ailleurs puisque cette affiche ne sera finalement pas diffusée dans les établissements scolaires.
Les contraintes structurantes des financeurs se font aussi fortes concernant l'intégration de leur logo dans l'affiche, et notamment la taille à leur donner, puisque leur intégration sera conservée en dépit de critiques concernant la lisibilité de l'affiche – épisode qui souligne aussi l'importance de l'image pour les institutions, qui justifie leur participation à la campagne. En outre, les remarques formulées par les associations concernant les changements qu'ils apporteraient à l'affiche renvoient, toutes, à des options qui ont été laissées de côté par les financeurs, à un moment du processus, et qui soulignent la loi d'airain du système, le monopole du pouvoir décisionnaire par les institutionnels.

En dernier lieu, la qualité de la campagne est saluée, soulignant la compétence reconnue à l'agence de communication, qui permet au collectif de continuer à fonctionner, en dépit de l'insatisfaction exprimée un temps par les associations. La qualité de la campagne est notamment interprétée à travers sa bonne diffusion par les relais professionnels. Cela conduit à la reconduction de la même campagne en 2008, aspect d'autant plus remarquable que tous les acteurs avouent n'avoir aucun moyen de mesurer réellement quelle est l'efficacité de la communication en matière de comportements individuels, alors même que c'était là l'objectif visé. Au contraire, le relevé de la fréquentation du site Internet du collectif indique une baisse, comparativement aux années précédentes. Ce dernier aspect conduit d'ailleurs à davantage


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

mettre en valeur le site Internet sur l'affiche de 2008, pour tenter de mesurer l'efficacité de la campagne, peut-on supposer.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Conclusion générale


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

Le recours à la communication en santé n'est certes pas nouveau. Les premiers exemples se retrouvent dès le XIX^e^ siècle, dans une époque traversée par un mouvement hygiéniste, qui cherche à agir aussi bien sur le comportement des populations que sur leur environnement de vie. Marqué par le constat que l'obligation, seule, ne suffit pas en matière de comportements de santé, un travail pédagogique est alors entrepris pour tenter d'obtenir l'adhésion des populations aux préceptes émis en matière sanitaire. Celui-ci remporte davantage de succès dans les périodes d'épidémie, lorsque la sensation du danger social est forte.

Mais, dans le courant du XX^e^ siècle, aux alentours des années 1970, s'observe une professionnalisation croissante des campagnes de communication, qui font de plus en plus appel à des agences spécialisées dans le domaine pour les réaliser. Le nombre de campagnes réalisées va ainsi en s'accroissant, multiplié par deux ou trois selon les décennies. Ce phénomène est favorisé par l'autonomisation du champ de la santé publique, mais aussi par l'évolution de la conception de la santé, avec l'apparition des concepts d'« éducation à la santé » et de « promotion de la santé », qui visent justement la santé et non la maladie, en tentant de la préserver et de la promouvoir. Cette évolution de la conception de la santé favorise ainsi l'émergence de campagnes qui, en promouvant des messages de santé publique, des conseils et autres injonctions en matière de santé, sont censées favoriser les « bons » comportements de santé et la préservation donc de cette dernière.

En raison de l'évolution politique de la conception de la santé publique et, parallèlement, de la place croissante accordée aux campagnes de communication, analyser la manière dont se construisent ces campagnes, les éléments qui permettent de comprendre et d'expliquer la production de ces objets médiatiques nous a semblé nécessaire. Dans une société où « la communication lève dorénavant son impôt sur tout type de projets et d'activités »[599], l'utilisation de la communication dans le champ de la santé publique en vue de changer les comportements de santé, de gérer la population, est un phénomène marqué par sa plus grande systématicité. La diversification des sujets abordés, de même que de ses commanditaires[600], abonde en ce sens.

[599] Armand Mattelart, *L'internationale publicitaire*, La Découverte, Paris, 1989, p211.
[600] Voir les tableaux correspondants dans la partie théorique de ce travail, chapitre 4.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ce recours de plus en plus systématique se comprend aussi en lien avec les évolutions socio-économiques des dernières décennies, caractérisées par un libéralisme croissant et un retrait progressif de l'Etat dans la gestion des questions socio-économiques, qui conduisent à privilégier l'information et la responsabilisation comme techniques de gouvernementalité, et donc comme modalités d'action politique : « la prégnance des questions de santé dans l'espace public et la demande d'informations ont provoqué une obligation de communiquer et donc une mise en visibilité croissante selon des modalités moins scientifiques que sociales »[601].

Les campagnes médiatiques de santé publique répondent alors à deux caractéristiques majeures des sociétés démocratiques contemporaines, l'individualisme et la prégnance de la mise en scène de l'individu et de ses émotions : « considéré dans son rapport aux institutions, l'individualisme se manifeste par l'émancipation des individus par rapport aux groupes d'appartenance institutionnels (comme les syndicats ou les partis politiques par exemple, mais aussi les institutions publiques), ainsi que par la réclamation – cette fois spécifiquement à l'égard des pouvoirs publics – du respect des droits de l'individu et, en particulier, du droit à être protégé d'un certain nombre de risques, spécialement sur le plan de la santé et de la sécurité »[602].

Au terme d'une investigation qui nous a conduit successivement dans les domaines de la santé mentale, de la dépression et du sida, il est temps de formaliser les enseignements tirés de ces trois monographies, de restituer ce que l'analyse sociologique et socio-sémiotique des trois terrains considérés nous a permis de comprendre du processus de production des campagnes de santé publique, ainsi que de leur signification dans la marche de l'histoire de la santé publique – avec ses enjeux sociaux, politiques et symboliques. Nous allons donc reprendre le canevas théorique nous ayant servi à construire notre objet de recherche, en le découpant en fonction des trois hypothèses qui ont sous-tendu ce travail. Successivement, seront ainsi analysées l'imbrication des campagnes de santé publique avec certaines caractéristiques du contexte socio-politique et de la biopolitique – perspective macro-sociale – la manière dont ces campagnes se réalisent au travers d'un « espace décisionnel » constitué spécialement pour l'occasion, qui conditionne en retour les réponses qui seront fournies (perspective micro-sociale), avant de situer plus précisément la place des agences de

[601] Hélène Romeyer, « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, n°11, 2007, p69.
[602] Caroline Ollivier-Yaniv, Mickaël Rinn, *Communication de l'Etat et gouvernement du social*, PUG, Grenoble, 2009, p9.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

communication et des publicitaires dans ce processus. L'ensemble des éléments introduits sera argumenté en nous appuyant sur les données fournies par l'analyse des trois monographies. En effet, ce sont l'ensemble de ces éléments qui paraissent nécessaires afin de définir ce qu'est une campagne de santé publique, son objet, ainsi que sa signification sociale.

## 1. La construction sociale de la santé publique : une démarche qui s'inscrit dans le contexte socio-politique d'une époque

En premier lieu, il paraît difficile d'ignorer les apparitions concomitantes du concept « d'éducation à la santé » et du recours croissant aux campagnes de communication. Effectivement, les années 1970 marquent un tournant, dans la mesure où, avec l'éducation à la santé, « les individus doivent agir de façon responsable en se conformant à des conseils, des préceptes et autres prescriptions. Ils doivent être responsables pour eux-mêmes en évitant les comportements à risque »[603]. Toutefois, la formalisation du concept ne signifie pas que les phénomènes qu'il regroupe n'existaient pas auparavant. En effet, « au travers de ce qui est dit de la manière d'obtenir de beaux bébés, d'éduquer les enfants et de permettre aux adolescents un accès à la vie adulte, les descriptions de nombreuses sociétés parlent de l'éducation et de la santé »[604] ; ce sont surtout les formes prises par cette éducation et cette santé qui varient entre les sociétés et au cours du temps dans une même société. En lien avec la théorie de Norbert Elias sur le processus de civilisation, marqué par une autocontrainte de plus en plus prégnante, qui conduit les institutions sociales à inculquer aux individus une contrainte qui doit se transformer en habitude par son intériorisation[605], la technique de gouvernementalité de la responsabilisation individuelle est alors affirmée : « pour améliorer la santé collective, c'est d'abord au niveau des individus qu'il faut agir en corrigeant leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques »[606]. L'éducation à la santé s'apparente, en ce sens, à la diffusion de connaissances censées abonder dans le sens d'une préservation de la santé de chacun par le biais de comportements de santé adéquats : « le sujet reçoit au quotidien des invitations à la modération que l'on retrouve dans le discours actuel tant à propos de la consommation de boissons alcoolisées que de l'alimentation »[607]. C'est donc sur la « république phénoménale

[603] Isabelle Paillart, Géraldine Strappazzon, « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et prévention », *Questions de communication*, n°11, 2007, p26.
[604] Bernadette Tillard, « Regard anthropologique sur l'éducation à la santé », *Spirale*, n°25, 2000, p157.
[605] Norbert Elias, *La dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris, 1975.
[606] Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris, 1996, p271.
[607] Bernadette Tillard, *op. cit.*, p162.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

des intérêts » dont parlait Foucault, qu'il convient d'agir, en s'adressant à des individus perçus comme responsables, ayant les capacités de faire un calcul coût/avantage les conduisant à suivre le chemin qui leur est indiqué en matière de santé (« de l'obligation à la responsabilité, l'expression de la contrainte sociale se transforme, mais reste très présente »[608]) – même si ces campagnes cherchent aussi à atteindre les individus dans leurs émotions, comme cela se matérialise à travers les campagnes « chocs ». Les campagnes récentes en matière de Sécurité routière (de plus en plus réalistes et crues) vont notamment dans ce sens. Ce procédé a aussi été utilisé par l'INPES dans une campagne de 2002 contre le tabac : « Avis aux consommateurs : des traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ont été décelées dans un produit de consommation courante », sans préciser toutefois le produit dont il était question.

En accord avec cette conception dominante de l'individu, les acteurs de santé publique utilisent cette technique de gouvernementalité, pour y inscrire leurs conceptions politiques et leurs préoccupations sanitaires. Ils vont chercher à tirer parti de ce contexte socio-politique d'ensemble pour légitimer leur action, en tentant en premier lieu de souligner le caractère collectif d'un sujet de santé, en conceptualisant leur intervention au travers du prisme de cette responsabilisation des individus, permettant, *in fine*, d'avoir une action au niveau collectif. C'est ce travail politique qui correspond à la construction sociale de la santé publique dépeinte dans les trois monographies – construction sociale qui, pour rappel, se décompose en deux parties : l'une de médicalisation (réécriture d'un problème social dans le langage sanitaire) et l'autre de politisation des faits sociaux. Cette double opération sert, dans le cas où le protagoniste de cette construction sociale est l'Etat, à légitimer les décisions et actions du pouvoir dans le champ politique, puisque, « s'il s'agit de convaincre, c'est notamment du bien-fondé des politiques et des décisions publiques »[609]. Lorsque l'acteur réalisant la construction sociale de santé publique est extérieur à l'Etat (cas de figure de la campagne du CCOMS), cette opération sert à peser sur le champ politique, à tenter de faire reconnaître le bien-fondé de sa démarche, en vue d'être intégré au champ politico-administratif de la santé publique.

[608] Bernadette Tillard, « Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents », *ethnographiques.org*, n°14, octobre 2007, p7.
[609] Pierre Zémor, *La communication publique*, PUF, Paris, 1995, p17.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans l'étape de médicalisation des faits sociaux, les acteurs vont chercher à exploiter les éléments de contexte leur permettant d'appuyer leur volonté d'agir sur le champ politique. Cela passe en premier lieu par le recours à des études épidémiologiques, outil privilégié pour souligner la dimension collective d'un phénomène, notamment du fait de l'identification de groupes à risque. L'analyse de la méthodologie de ces études permet d'ailleurs de retrouver les partis-pris et la volonté politique des commanditaires de ces campagnes (comme cela est manifeste notamment dans les deux campagnes de santé mentale). La réalisation de ces études épidémiologiques apparaît ainsi comme la déclinaison de la volonté politique de ses instigateurs, qui utilisent les instruments de la santé publique pour légitimer leur action politique. Cela est d'autant plus manifeste dans le cas de la santé mentale, que la définition des pathologies ne va pas de soi, avec une difficulté à délimiter clairement les sphères du sain et du pathologique. Par exemple, l'INPES a cherché à définir précisément ce qu'était un épisode dépressif, en se basant sur des outils prônant une approche symptomatique. Une grande précaution a été prise quant à la définition de l'épisode dépressif, en se basant sur des indicateurs précis, pour éviter de procéder à une pandémie de dépression, qui aurait engendré de fortes contestations dans le champ de la santé mentale.

Outre les données épidémiologiques, la construction sociale de la santé publique, pour légitimer davantage la nécessité d'une action, va se poursuivre en intégrant d'autres arguments du contexte socio-politique contemporain, qui sont le schibboleth permettant d'accroître l'idée qu'une campagne de communication est nécessaire. Cela passe par la mise en exergue du coût socio-économique induit par la maladie, du manque à gagner pour la société, dans un contexte où les Etats cherchent à maîtriser les dépenses publiques, à faire des économies en supprimant les dépenses superfétatoires.

Dans les terrains étudiés, cela passait par l'idée de la surconsommation de soins engendrée par la prise en charge inadaptée de la dépression, l'importance des arrêts de travail engendrés par les troubles psychiques, la lourdeur des traitements dans le cas des infections VIH. A ces arguments socio-économiques s'ajoutent aussi des considérations sanitaires, accentuant la dimension collective de la maladie : risque de suicide pour les dépressifs non pris en charge, de transmission du virus dans le cas du sida, etc.

La référence à d'autres institutions en lien avec le but poursuivi permet d'accroître encore la légitimité de la campagne – cela était le cas du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 dans les deux campagnes portant sur la santé mentale, ou de la journée mondiale contre le sida du 1er décembre, pour la troisième campagne.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Toutefois, la seule reprise des arguments du contexte socio-politique autour d'une maladie ne suffit pas à justifier le recours à une campagne de communication, ou du moins à en faire un objet permettant de peser sur le champ politique, au sens où cette action agirait sur la situation de la société. Outre ce travail politique, la construction sociale de la santé publique se poursuit par une mise en problématique permettant de relier ces arguments à la responsabilisation des individus. Les acteurs impliqués dans la construction sociale de la santé publique vont alors développer une démarche qui s'inscrit dans le registre de la psychologisation du social pour agir sur ces phénomènes collectifs – à titre d'exemple, étudiant les messages de santé à destination des parents, Bernadette Tillard souligne que les arguments psychologiques prennent une place considérable dans les années 1990, succédant aux arguments plus idéologiques utilisés jusque là, sans toutefois les faire disparaître : « une ligne générale d'évolution des messages de prévention à l'égard des parents se dessine et pourrait se résumer schématiquement par l'axe : de l'obligation à la responsabilisation »[610]. Ces acteurs vont poursuivre sur leur lancée en justifiant dans quelle mesure l'éducation à la santé, l'émission de messages et autres conseils, va permettre de peser sur la situation. C'est justement là l'attrait de la psychologisation du social : en déplaçant le regard des conditions socio-économiques dans lesquelles s'inscrivent les phénomènes de santé vers une conception où l'intériorité des individus est mise au centre. Par ce déplacement, la responsabilisation individuelle peut être affirmée comme solution de premier plan pour agir sur les phénomènes collectifs.

Les artisans de cette construction sociale vont alors chercher à orienter leurs propos dans un sens où l'information apparaîtra comme un levier d'action de premier ordre pour peser sur le champ de la santé publique. Cette construction sociale va tenter de faire de la communication en santé publique une action politique efficace. Cette opération peut passer par un lien établi entre les versants sociaux et sanitaires de la vie des individus, employant à nouveau la psychologisation comme grille de lecture à l'aune de laquelle considérer les individus. Dans cette optique, la question de la discrimination des individus apparaît comme une variable de premier ordre. Effectivement, la stigmatisation d'un groupe social particulier, lié par une même maladie, sera vue comme une entrave à une bonne prise en charge sanitaire des individus concernés par la maladie, et constituera alors le terrain privilégié pour une action de communication (cas de la campagne du CCOMS). A l'inverse, la psychologisation

[610] Bernadette Tillard, « Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents », *ethnographiques.org*, n°14, octobre 2007, p20.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

du social peut aussi conduire à nier l'existence de groupes à risque, pour ne pas risquer de voir ces groupes stigmatisés ou la maladie circonscrite à ces seuls groupes – c'était le cas de la campagne sida, où les populations les plus touchées par la maladie étaient niées au profit de l'idée d'un risque généralisé. Enfin, la psychologisation du social peut aussi permettre d'occulter la part de responsabilité des pouvoirs publics dans l'émergence du phénomène, en se centrant sur la seule intériorité individuelle. C'était le cas de la campagne de l'INPES, où les facteurs favorisant la dépression – comme la précarité socio-économique – étaient tus. Ce traitement sous l'angle de la psychologisation permettait dès lors d'éviter de poser la question de la part de responsabilité de l'Etat dans ces phénomènes. En somme donc, si la psychologisation du social est un invariant des campagnes de santé publique, les formes qu'elle va revêtir, elles, vont varier en fonction de la nature du commanditaire et des buts qu'il poursuit. Le macro-social apparaît ainsi modelé par des considérations micro-sociales, et la rencontre de ces deux dimensions – que nous avons tenté de mettre en exergue au cours de l'analyse, à l'aide d'une analyse se situant au niveau méso-social – permet alors de mieux comprendre le sens de ces campagnes et ce qu'elles expriment.

Un autre exemple de cette psychologisation du social renvoie aux campagnes réalisées dans le domaine de l'alimentation ou de l'activité physique : ici aussi, on ne se centre que sur les seuls individus, en évacuant les évolutions socio-historiques qui favorisent ce phénomène – comme la plus grande sédentarité du travail, liée notamment à la tertiarisation de l'économie, ou la place importante occupée par la télévision dans les loisirs. Le discours qui en résulte place alors l'individu devant ses responsabilités, sommé de faire de l'activité physique.

Par le biais de cette psychologisation du social, la responsabilité individuelle se trouve affirmée, et constitue l'objet sur lequel doit se centrer la communication pour agir sur le problème à une dimension sociétale. Dès lors, amener un questionnement de chaque cible de la campagne sur son propre comportement est censé faciliter une certaine prise de conscience, en posant l'axiome que cette dernière conduira à un changement de comportement – le lien entre psychologisation du social et responsabilisation des individus atteint ici son acmé. Ce traitement laisse ainsi de côté le rôle des institutions dans l'imposition du stigmate, comme cela est le cas dans la santé mentale.

C'est ce qui s'est vu dans le cas des campagnes du CCOMS et du collectif régional de prévention sida, qui visaient explicitement à interpeller les individus quant à leurs opinions et attitudes, qui en matière de troubles psychiques, qui en matière de sida. Dans les deux cas, l'idée qui sous-tendait ce questionnement, et qui le justifiait, était l'existence d'un hiatus entre


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

représentations sociales et réalité du phénomène. De même, pour la campagne de l'INPES, sensibiliser par l'information aux symptômes de la dépression, à la manière dont cette maladie s'exprime, était posé comme un préalable à ce que les personnes concernées par la maladie cherchent une aide médicale pour résoudre leur problème de santé.
Dans les trois cas, l'information est considérée comme pierre angulaire de la responsabilisation individuelle, de l'autocontrainte décrite par Elias. Le même phénomène se retrouve dans une autre campagne de l'INPES, en 2002 : « A vélo, le casque c'est pas obligatoire, c'est juste indispensable ». Ce dernier cas est intéressant, car il souligne que la responsabilisation des individus est privilégiée vis-à-vis d'une contrainte législative – sanctionner les cyclistes qui ne portent pas de casque par exemple, comme cela se fait avec le port de la ceinture de sécurité en voiture.

L'axiome, ici, est le suivant : par le biais d'une information (au sens général du terme) transmise au grand public, il est attendu que ces individus, cibles réceptrices, se comportent en conséquence, et agissent conformément au message transmis en substrat de la campagne. Dès lors, c'est une forme particulière de responsabilisation qui s'exprime, où la transmission de l'information en elle-même constitue l'action de l'Etat ou du commanditaire privé ; la cible réceptrice a ainsi « toutes les cartes en main », et ne peut s'en prendre qu'à elle-même en cas de manquement à ces prescriptions sanitaires, à la vision du monde ainsi diffusée dans l'espace public. Le cas des annonces sur les paquets de cigarettes constitue, à ce titre, un parangon éloquent de cette logique, de cette forme spécifique de gouvernementalité. L'Etat, en quelque sorte, se défait de sa responsabilité quant à l'avènement de ces phénomènes collectifs, du seul fait d'avoir procédé à une transmission d'informations (elle-même liée à un point de vue juridique et moral) : il privilégie la psychologisation comme grille d'analyse, réduisant les phénomènes à des questions d'idiosyncrasie et de choix personnels (occultant les dimensions socio-économiques des phénomènes, et notamment l'existence de groupes à risque marqués par des caractéristiques socio-démographiques communes), pour ensuite atomiser le phénomène collectif, en s'adressant à chaque individu pris séparément, et mis face à ses responsabilités

Autrement dit, « face à l'éclatement du social, de la famille, des différentes institutions, face à la montée de l'individualisme, du narcissisme, du psychologisme, face à la crise du travail, du politique, de la religion, on a enfin trouvé un recours. Et ce recours, c'est le sujet lui-même qui prend la place de Dieu comme créateur de son existence, comme


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

producteur de la société, comme entrepreneur de sa vie, comme révélation de son « moi intime ». Le sujet deviendrait donc la clef explicative de tout ce qu'on ne peut expliquer autrement, de tout ce qui échappe à la production du sens. Il émerge comme force autonome, capable de se définir lui-même, d'expliciter sa conduite. Là où l'homme et la femme souffrent, et face à l'impuissance des institutions et des politiques à apporter des réponses, on attend du sujet qu'il trouve « la » solution »[611].

Néanmoins, si la responsabilité des individus va être recherchée, ce sera dans la mesure où elle s'accorde aux autres intérêts poursuivis par les commanditaires, et plus particulièrement aux conséquences que la campagne pourrait avoir sur la place des commanditaires dans le champ politique. Ainsi, une campagne n'existe jamais indépendamment de l'image qu'elle va véhiculer de l'institution qui en est à l'origine. Dès lors, la volonté d'agir concrètement sur la santé des citoyens va être mise en balance avec les intérêts politiques (notamment en termes de capital symbolique) des commanditaires, qui possèdent aussi des intérêts en termes d'accès au pouvoir et de détention de ressources.

Dans le cas de la campagne sur la dépression, la responsabilisation des cibles, quant à leur capacité à déceler chez elles les symptômes dépressifs, est mise en balance avec le risque de voir des personnes non concernées se croire elles-mêmes dépressives. La crainte alors exprimée par l'INPES se comprend en lien avec l'écueil à éviter : accroître la consommation de psychotropes ou voir de « faux » dépressifs affluer dans les cabinets des médecins généralistes. Ainsi, la responsabilisation des individus au travers de la campagne trouve ici sa limite : donner simplement l'information comme clef de changement du comportement comprenait aussi le risque que celle-là ne soit mal interprétée, mal comprise, et conduise à des effets délétères par le biais d'une surmédicalisation de phénomènes normaux. Pour tenter d'y remédier, l'INPES a précisé que seul l'avis d'un médecin permettait d'assurer avec certitude le diagnostic ; d'autre part, il a rendu plus difficile l'acquisition du guide, qui nécessitait une étape intermédiaire entre la prime information concernant son existence et son acquisition.

Une autre limite de la responsabilisation dans cette campagne concernait l'axiome que délivrer l'information entraînerait la commande du guide de la part des individus réellement dépressifs. C'est en ce sens que la campagne dans son ensemble – que ce soit le guide d'informations ou bien les spots de promotion – a pris le parti de viser également l'entourage des dépressifs. Ce subterfuge permettait alors de conserver la responsabilité des cibles visées

[611] Vincent de Gaulejac, *Qui est je ? Sociologie clinique du sujet*, Seuil, Paris, 2009, p198.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

comme philosophie de la campagne, tout en remédiant à la difficulté de l'atteindre directement. Cette extension des cibles de la campagne à l'entourage des personnes dépressives avait alors l'avantage de ne pas remettre en cause la technique de gouvernementalité employée dans la construction sociale de la santé publique réalisée par l'INPES : promouvoir l'information comme levier d'action comportementale, par la responsabilisation qui en découlait.

Dans les deux autres monographies, la responsabilisation des individus était aussi limitée. En effet, dans les deux cas, la campagne avait pour objectif de susciter un questionnement personnel quant à ses propres opinions et attitudes, avec l'axiome que cela constituait le préalable à des modifications dans l'attitude de chacun. Mais ce questionnement comportait toutefois le risque de voir les préjugés se renforcer – la responsabilisation n'est recherchée que dans la mesure où elle conduit les cibles à adopter la vision du monde promue par les commanditaires de la campagne. En conséquence, le questionnement véhiculé s'accompagnait systématiquement du message à promouvoir, cadrant davantage la réflexion dans le sens souhaité à la base (déconstruction du préjugé pour la campagne sida et message assez général du CCOMS).

## 2. La constitution de « l'espace décisionnel » et son incidence sur le processus de production

### 2-1 Constitution de « l'espace décisionnel » et champ politique

L'étape de médicalisation des faits sociaux, dans la construction sociale de la santé publique, s'accompagne de la politisation de ces faits, qui consiste à faire intervenir une plus large gamme d'acteurs autour de la thématique. Cette étape ne saurait se comprendre correctement sans faire référence au concept de « champ politique » tel qu'il a été défini par Bourdieu, qui éclaire le sens de la démarche. En effet, afin d'augmenter la portée de la construction sociale de la santé publique, et de voir la légitimité de la campagne de communication accrue, les protagonistes de cette construction sociale vont chercher à s'associer à d'autres mondes sociaux en vue de produire la campagne. L'alliance réalisée sert ainsi à peser sur le champ politique de la santé publique pour tenter de s'imposer : ce champ


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

politique est « un enjeu de luttes entre les agents pour imposer leur construction et leur représentation du monde social, leurs catégories de perception et de classement, et par là pour agir sur le monde social »[612]. L'alliance réalisée entre acteurs sociaux du champ sert alors à tenter de transformer les rapports de forces, par des luttes symboliques dont l'enjeu est la représentation que se font les agents du monde social. Elle permet d'asseoir davantage son poids politique, de faciliter son intégration au champ politique de la santé publique, *a fortiori* lorsque le risque de contestation est perçu comme important – comme cela fut le cas de la campagne sur la dépression de l'INPES, où le champ de la santé mentale était perçu comme un « terrain miné ».
L'intégration d'associations d'usagers, sollicitées par les pouvoirs publics dans la logique de responsabilisation, apparaît comme un invariant des alliances réalisées, puisqu'elle confère un poids supplémentaire à la construction sociale de la santé publique comme argument dans le champ politique (augmentant la portée et la légitimité de la vision du monde promue), et comme reprise du contexte socio-politique ensuite.

La stratégie d'alliances s'est ainsi avérée commune aux trois campagnes, indépendamment de la nature même de leur commanditaire. La dimension stratégique de l'alliance est particulièrement marquée dans le cas de la campagne du CCOMS, où l'alliance entre mondes sociaux, tous mis au rang de commanditaires, était continuellement avancée comme argument de justification de la campagne, car elle contenait en elle-même une reprise du contexte socio-politique et de ses injonctions en matière de santé mentale. A cette alliance s'est aussi ajoutée la recherche de soutiens de la part de l'Etat – à la fois pour des raisons politiques, mais aussi financières.

Toutefois, cette alliance de mondes sociaux a des conséquences dans « l'espace décisionnel », sur la suite de la production de ces campagnes. Le processus de production de la campagne se trouve en effet contraint par ces acteurs aux intérêts différenciés, et la campagne produite tient alors compte de cette structuration de « l'espace décisionnel », avec le compromis sémiologique qui en résulte : « instruments pour la solution de problèmes, les construits d'action collective sont aussi des contraintes pour ces solutions, s'ils ne les empêchent pas totalement »[613].

[612] Pierre Bourdieu, *Propos sur le champ politique.,* Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 2000, p96.
[613] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, 1977, p25.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Les acteurs sociaux en présence vont alors avoir une incidence sur la production de ces campagnes de santé publique, engendrant le besoin d'une hiérarchisation des savoirs et des compétences. Ce sont sur ces éléments que nous allons revenir pour poursuivre notre compréhension du processus de production des campagnes.

2-2 Incidence de « l'espace décisionnel » sur le processus de production

En premier lieu, consécutivement aux étapes antérieures, le processus de production se trouve orienté par la manière dont les phénomènes ont été pensés et mis en forme : « la solution d'un problème dépend de la manière dont il a été défini »[614]. Dès lors, l'implication de différents acteurs sociaux au sein d'une même alliance conditionne pour partie la production qui en résultera. L'alliance contraint alors le processus de production à fournir des propositions qui conviennent à tous les mondes sociaux en présence, ou du moins qui ne leur déplaisent pas au point d'engendrer une rupture du processus. Cela va conduire au délaissement de propositions dans lesquelles ne se retrouvent pas tous les acteurs, avec le risque toutefois de voir le processus paralysé. Ce risque sera d'autant plus fort que l'alliance sera composée d'acteurs sociaux hétérogènes.

L'exemple le plus marquant de cette difficile conciliation des intérêts des acteurs sociaux en présence se retrouve dans le cas de la campagne du CCOMS. Les intérêts divergents, voire même parfois opposés, des deux associations d'usagers ont engendré une forte opposition autour de la notion de l'enfermement, en lien avec la structuration de ces deux mondes sociaux. Cette opposition a pesé sur le processus de production, puisqu'elle a conduit à l'abandon de certaines propositions sur lesquelles s'affrontaient les deux associations en question, pour éviter un éclatement de l'alliance et donc la mise à mal du processus de production.
Mais la campagne du collectif régional de prévention sida n'est pas en reste ici, puisque nous avons vu que la multiplication des préjugés abordés dans la campagne renvoyait, elle aussi, à la multiplicité des partenaires de l'alliance, qui voyaient leurs préoccupations satisfaites. Enfin, dans le cas de la campagne de l'INPES, le cas de figure est quelque peu différent. Si l'INPES a conservé la mainmise sur tout le processus de production, l'agrégation de différents acteurs sociaux a nécessité de ne conserver que les données consensuelles. En ce sens, une

[614] *Ibid*., p364.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

imprécision volontaire entoure la question des origines de la dépression, pierre d'achoppement entre mondes sociaux du champ de la santé mentale.

Néanmoins, si la recherche d'un compromis permettant la pérennité du processus de production est recherchée, elle n'en reste pas moins soumise à la manière dont « l'espace décisionnel » est structuré, qui détermine les positions de chacun, et donc ses mécanismes de régulation, matérialisés au travers de la détention du pouvoir décisionnaire. Cela rejoint l'idée de Crozier et Friedberg, concernant les zones d'incertitude, qui reflètent les rapports de pouvoir et de domination qui se mettent en place en fonction de la configuration du « système » dans lequel s'insèrent ces acteurs, ces protagonistes des campagnes.
L'élément central ici, reflétant la place dominante dans « l'espace décisionnel », est lié à la possession des ressources financières permettant sa viabilité et, *in fine*, la réalisation de la campagne. En effet, c'est la principale zone d'incertitude, puisque les ressources financières constituent la condition *sine qua non* de la pérennité du processus de production.

Dans les trois campagnes étudiées, le pouvoir de décision, de validation des différentes étapes du processus, appartient aux mondes sociaux qui détiennent les ressources financières – l'INPES, le CCOMS et les institutions publiques dans le cas de la campagne sida. C'est sur la base de cette structuration de « l'espace décisionnel » que se font alors les différents choix opérés. Pour autant, la question des ressources financières ne suffit pas seule à comprendre le sens des choix faits, puisque la recherche de l'approbation de l'Etat est aussi importante, et engendre une tendance à procéder aux choix supposés les plus en adéquation avec les intérêts de cet acteur, qui apparaît idéologiquement dominant. Dans le cas de la campagne sida, en raison du caractère régulier de la production de campagnes, les places respectives des acteurs sociaux associatifs et institutionnels sont on ne peut plus clairement définies : les premiers ne peuvent que faire des propositions, et seuls les acteurs institutionnels ont le pouvoir de décision et de validation. La structuration de « l'espace décisionnel » indique clairement cette répartition des tâches de chacun, notamment car les financeurs n'interviennent que dans un deuxième temps, lorsqu'ils sont sollicités par les associatifs pour poursuivre le processus de production. Mais cette place de choix accordée à l'Etat se retrouve aussi dans la campagne du CCOMS, où ce dernier a cherché à plusieurs reprises à obtenir son soutien, la reconnaissance étatique (avec une demande de financement de l'INPES, le label de « campagne d'intérêt général », etc.). Cette recherche du soutien de l'Etat rappelle aussi que la réalisation des


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

campagnes de santé publique se fait avec des intérêts politiques sous-jacents, pour acquérir une reconnaissance dans le « champ politique ».

Or, il se trouve que « l'espace décisionnel » sera marqué par les préoccupations des acteurs sociaux qui sont les plus indispensables à la pérennité du processus de production, par leurs propres intérêts. Plus particulièrement, dans le cas des acteurs sociaux déjà intégrés au champ politique de la santé publique, la préoccupation principale qui est exprimée renvoie à l'image que cette institution va véhiculer au travers de la campagne, à l'incidence de cette dernière sur le champ politique. Si l'on suit Bourdieu concernant le caractère symbolique des luttes dans le champ politique, ce phénomène prend tout son sens : le capital symbolique des mondes sociaux institutionnels est mis en jeu au travers de la campagne. La campagne médiatique de santé publique, en tant qu'acte politique, peut avoir une incidence sur la structuration du champ politique, soit en renforçant la position déjà acquise (si la campagne est un succès) soit en discréditant l'émetteur de la campagne, mettant alors en péril sa place dans le champ politique.

Cet aspect est ressorti clairement des deux campagnes mettant en scène des institutions publiques comme financeurs de la campagne. Pour l'INPES tout d'abord, où la volonté de maîtriser tous les enjeux en présence a conduit ses membres à une grande vigilance concernant la production de la campagne, requérant également l'avis du ministère de la Santé quant aux orientations prises dans la campagne. Dès lors, « l'espace décisionnel » créé intégrait la plus grande diversité possible de mondes sociaux (tout en contrôlant leur travail), pour éviter tout risque de velléités protestataires suite à la diffusion de la campagne, et ne pas entamer la crédibilité ou l'écho des messages par une cacophonie, une divergence de points de vue. Mais les choix opérés quant au contenu même de la campagne et de la définition de la dépression répondaient à cette même préoccupation du capital symbolique mis en jeu au travers de la campagne, notamment avec le fait de ne s'appuyer que sur les recommandations de la HAS et de l'AFSSAPS en matière de prise en charge de la dépression – car ces données étaient déjà validées dans le cadre institutionnel français. A l'inverse, les retombées positives attendues de la campagne en matière de capital symbolique se reflètent à travers la conférence de presse de lancement de la campagne, où c'est la ministre de la Santé elle-même qui en a fait l'annonce, ou encore avec les post-tests de la campagne, où l'une des questions cherchait précisément à savoir si les cibles réceptrices avaient bien rattaché la campagne à l'INPES et


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

au ministère de la Santé. De même, dans la campagne sida, le souci des financeurs concernant l'image qui sera véhiculée par leur organisme au travers de la campagne s'exprime à divers moments, notamment à travers la contrainte structurante intangible de l'inclusion de leurs logos sur l'affiche, qui souligne les attentes concernant les retombées symboliques de la campagne.

Si la structuration de « l'espace décisionnel » engendre une place prépondérante accordée aux financeurs de la campagne, les autres acteurs sociaux peuvent néanmoins agir sur le processus de production. Effectivement, dans la perspective de luttes stratégiques de conquête d'un pouvoir dans « l'espace décisionnel », la mise en exergue de la maîtrise d'une zone d'incertitude du processus de production permet d'acquérir une certaine marge de manœuvre sur celui-ci, de peser face aux financeurs. Cela se manifeste notamment dans la campagne de l'INPES, où différents experts ont participé à la réalisation du guide d'informations en vertu de leurs connaissances en la matière. De même, dans les trois campagnes, les associations d'usagers sont présentées comme ayant une « expertise du vécu » ou de terrain concernant la maladie en question. C'est d'ailleurs en raison de cette inscription des associations d'usagers que les deux campagnes qui leur accordent une place importante – celles du CCOMS et du collectif régional de prévention sida – vont avoir un registre de communication centré sur les idées de stigmatisation et de discrimination. Cela peut être relié à la plus grande proximité de ces acteurs avec ces phénomènes, à la structuration même de ces mondes sociaux, qui engendrent une plus grande sensibilité face à ces questions, car ils se font les représentants et les porte-parole des malades. A l'inverse, la campagne de l'INPES se démarque des deux précédentes dans la mesure où elle se place davantage dans le domaine de l'éducation à la santé, car l'INPES a gardé la maîtrise de tout le processus de production, en se référant à son domaine de compétence et de légitimité, et en ne confiant que des missions ponctuelles et bien précises aux autres protagonistes engagés, les privant *ipso facto* de toute possibilité de peser sur le processus de production dans son ensemble.

Nonobstant cette reconnaissance d'une expertise particulière aux associations d'usagers, un élément transversal aux trois campagnes concerne la place accordée à ces acteurs sociaux dans « l'espace décisionnel » : leur avis n'est pas complètement pris en compte, relégué au second plan concernant la production, confirmant notre deuxième hypothèse de travail. C'est du moins là ce qui ressort des entretiens réalisés : les choix opérés


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

pour la campagne CCOMS ne satisfont que peu les deux associations présentes ; les représentants associatifs qui ont participé à la réalisation du livret d'information sur la dépression ont eu la sensation que le gros du travail était déjà fait. Dans la campagne sida, les premières propositions d'affiches faites par le collectif régional sida, composé uniquement d'acteurs associatifs, n'ont finalement été retenues qu'en partie, car ce sont les remaniements opérés par les publicitaires qui ont davantage retenu l'attention des financeurs[615].

En ce sens, il semble que la présence de ces associations d'usagers dans la production de ces campagnes s'apparente principalement à une visée stratégique, soutenue en cela par une incitation législative. Ainsi, leur association à une campagne se fait principalement dans l'optique d'une construction sociale de la santé publique, afin de renforcer les chances de peser sur le champ politique, du fait de l'injonction actuelle des pouvoirs publics en la matière, et du contexte socio-politique contemporain. Mais l'absence de maîtrise d'une zone d'incertitude nécessaire au processus de production conduit ces associations d'usagers à ne jouer que les seconds rôles dans « l'espace décisionnel », comme le relatent les principaux concernés interrogés dans les trois monographies, les dépossédant de tout pouvoir de peser sur le processus de production. A l'inverse, ils sont souvent peu ou prou disqualifiés par les autres acteurs sociaux de la campagne, du fait de leur logique militante, qui ne leur permet pas d'avoir un rapport distancié au sujet traité, avec une moindre capacité d'abstraction dans le raisonnement – élément avancé dans les trois campagnes par d'autres acteurs sociaux impliqués.

Il ne faut pourtant pas se leurrer sur les raisons de cette disqualification de la forme de savoir revendiquée par les associations d'usagers. Ce qui est en jeu alors, c'est la question de l'inscription dans le champ politique, qui conduit les mondes sociaux institutionnels à privilégier une certaine retenue dans le traitement du sujet, avec une primauté accordée au capital symbolique sur des considérations plus scientifiques ou morales. C'est en raison de la diversité de ces logiques également que les représentants d'associations d'usagers, lorsque leur avis sur la campagne est sollicité, évoquent tous plus ou moins une circonspection concernant l'utilité de ce type de campagne pour faire évoluer les choses de manière concrète sur le terrain. Ils tendent également à reprocher le caractère frileux de ces campagnes, qui cherchent avant tout à éviter de faire des remous, selon eux.

[615] Nous reviendrons plus en détails sur ce point dans la suite du texte.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## 3. Publicitaires et ingénierie symbolique

L'évocation de « l'espace décisionnel » réalisé autour des campagnes de communication de santé publique ne peut non plus se faire sans considérer la question spécifique des agences de communication, de leur place et de leur rôle dans le processus de production. En lien avec les propos précédents concernant les zones d'incertitude dans « l'espace décisionnel », l'aspect central de l'intervention de ces agences de communication est la croyance en leur expertise, autrement dit leur possession d'un savoir-faire et de techniques leur permettant de proposer une ingénierie symbolique traduisant le message que souhaitent faire passer ses commanditaires.

### 3-1 La maîtrise de la zone d'incertitude de la communication

En premier lieu, la prise de contact entre commanditaires et agence de communication peut se faire de deux manières différentes. De façon formelle tout d'abord, par l'émission d'un appel d'offres à destination des agences de communication (comme dans la campagne de l'INPES) ; de manière plus informelle ensuite, lorsqu'un acteur ou un monde social particulier fait le lien entre les commanditaires et l'agence de communication, en ayant des connexions simultanément dans ces deux univers – c'est le cas du retraité de la communication dans la campagne du CCOMS ou de l'un des représentants associatifs pour la campagne sida.

Mais, si la croyance en l'expertise de l'agence de communication est constante, les modalités de collaboration entre les protagonistes du construit social de santé publique et l'agence de communication, elles, varient. Dans cette mesure, la compréhension de la place dévolue aux publicitaires est indissociable de la question de la zone d'incertitude dont vont pouvoir se revendiquer les intéressés dans « l'espace décisionnel » qu'ils investissent. Effectivement, ce pouvoir pris « est bien ainsi fonction de l'ampleur de la zone d'incertitude que l'imprévisibilité de son propre comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires »[616]. Ainsi, plus cette zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale pour la réussite de l'organisation, de l'action collective en question, plus il disposera de pouvoir. Dès lors, les négociations entre acteurs sociaux autour du processus de production de la campagne, ici sur le versant de son ingénierie symbolique, vont se centrer

[616] Michel Crozier, Erhard Friedberg, *op. cit*., p72.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

autour de la maîtrise de cette zone d'incertitude. Si les commanditaires de la campagne sont en mesure de contrôler le travail des publicitaires, de réduire leur zone d'incertitude en faisant valoir d'autres arguments – notamment en évaluant la réussite de la communication et des propositions faites – alors les publicitaires n'auront qu'une marge de manœuvre limitée, ils ne pourront se valoir que d'une faible incidence sur le déroulement du processus de production.. A l'inverse, si les commanditaires se sentent démunis face à la question de la communication, qu'ils délèguent toute cette zone d'incertitude aux seuls publicitaires, alors ces derniers auront un pouvoir élevé dans « l'espace décisionnel », et seront en mesure de peser sur le processus de production, en l'orientant dans le sens qui leur plaît.

Dans les trois monographies réalisées, la place des publicitaires varie ainsi en fonction de la maîtrise de la zone d'incertitude qu'ils peuvent revendiquer face aux commanditaires. L'exemple le plus parlant est sans conteste celui de la campagne d'information sur la dépression. Ici, l'INPES a cherché à conserver la plus grande maîtrise possible sur le processus de construction du message, en réduisant à l'envi la zone d'incertitude de l'agence de communication. Un cahier des charges précis a été élaboré, égrenant l'ensemble des attentes de l'INPES, et qui définissait en amont la forme à revêtir pour cette campagne. Ce cahier des charges a servi pour l'appel d'offres, et l'INPES a choisi l'agence de communication en fonction du respect des attentes qui avaient été formulées. L'agence de communication ne possédait donc ici que peu de marge de manœuvre, elle devait se conformer aux prescriptions de l'INPES, faire œuvre de sous-traitance en proposant une ingénierie symbolique s'inscrivant dans le construit social de santé publique de l'INPES. En outre, les propositions faites par les publicitaires étaient ensuite évaluées avec des post-tests, pour vérifier l'efficacité prétendue de ces propositions, réduisant d'autant plus la marge de manœuvre des publicitaires, et donc leur possible pouvoir dans « l'espace décisionnel ».

La campagne du CCOMS représente, elle, le cas de figure inverse. Dès le départ, les protagonistes de la campagne avouaient une ignorance du fonctionnement de la communication, ils reconnaissaient ne pas du tout maîtriser cette zone d'incertitude indispensable à la réussite de l'action entreprise. En conséquence, l'agence de communication a su en tirer profit et a réussi, à l'aide de différents stratagèmes, à obtenir un pouvoir sur le processus de production, à orienter la production dans le sens qu'elle souhaitait.
Enfin, dans la campagne du collectif régional sida, l'agence de communication a aussi vu reconnaître sa maîtrise de la zone d'incertitude, puisque ses propositions ont été privilégiées


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

au détriment de celles du collectif associatif, dépourvu de compétences en la matière – aspect qui reflète aussi la moindre prise en compte de l'avis des associations d'usagers, évoquée auparavant. Néanmoins, si les propositions de l'agence de communication ont été privilégiées, elles ont aussi amené à de longues discussions avec les financeurs pour faire valider chaque aspect, soulignant les limites du contrôle de cette zone d'incertitude par les publicitaires.

La volonté de réduire la zone d'incertitude de l'agence de communication se comprend également en lien avec la structuration de « l'espace décisionnel ». Les mondes sociaux possédant le pouvoir de décision final, qui sont les financeurs de la campagne, raisonnent à nouveau en fonction du capital symbolique qu'ils vont mettre en jeu au travers de la campagne. Lorsqu'il s'agit d'acteurs institutionnels, qui cherchent à peser sur le champ politique de la santé publique, ils vont chercher à conserver la maîtrise la plus importante possible du processus de production, et vont donc réduire les zones d'incertitude afin de rester maîtres de tous les enjeux. C'est le cas de figure de l'INPES notamment. Au contraire, si le capital symbolique investi dans la campagne n'apparaît pas comme un élément de premier plan, « l'espace décisionnel » laissera plus de marge d'action aux acteurs sociaux qui le constituent, et les stratégies individuelles de revendication d'une zone d'incertitude s'exprimeront davantage – cas de figure de la campagne du CCOMS, où le commanditaire n'appartient pas en propre au champ politique, comme le soulignent ses tentatives d'obtenir le soutien du ministère de la Santé ou de l'INPES, à divers moments du processus.

### 3-2 Les contraintes structurantes de « l'espace décisionnel »

Indépendamment de la zone d'incertitude revendiquée par l'agence de communication, le processus de production des campagnes de santé publique, sur son versant de l'ingénierie symbolique, est marqué par l'existence de contraintes structurantes. Celles-ci sont émises par les membres du processus de production, et plus particulièrement par les acteurs sociaux ayant procédé, en premier lieu, à la construction sociale de la santé publique. L'agence de communication n'a alors d'autre choix que d'en tenir compte dans son travail et de les respecter. Ainsi, au travers de la production publicitaire, c'est le destinateur qui est présent ; il manifeste son intention de communiquer des idées et des informations à destination du public visé.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Dans cette optique, la contrainte structurante commune aux trois campagnes, et qui est une préoccupation qui traverse la démarche publicitaire, est la volonté de ne pas générer d'effets contre-productifs suite à la diffusion de la campagne. Ce souci renvoie notamment à l'impossibilité de s'assurer de la réception du message par les cibles réceptrices, dans une communication où la réception du message est différée dans le temps vis-à-vis de son émission. Ce souci conduit alors les commanditaires, d'une part à recourir à une agence de communication pour essayer de maîtriser les éléments qui seront transmis à travers le message mais aussi, d'autre part, à faire des choix de présentation des informations, à ne conserver que les éléments allant dans le sens voulu par les commanditaires.
Concrètement, la volonté affichée par tous les commanditaires de ne pas créer de stigmatisation d'une partie de la population va amener à ne recourir qu'à des informations générales, qui ne ciblent pas de population particulière. Le traitement généraliste voulu dans les campagnes – et qui constitue une contrainte structurante de premier ordre – va alors amener à prendre certaines libertés avec la réalité, pour mieux adhérer à la vision du monde promue. A cet instant, l'approche collective, reflétée par les données épidémiologiques utilisées dans la phase de construction sociale de santé publique, laisse la place à un traitement plus individualisé, où la psychologisation du social prend le pas sur les déterminismes sociaux des maladies.

Les campagnes médiatiques de santé publique sont alors prises dans une dialectique, une tension, entre évocation des groupes à risque mis en évidence par les épidémiologistes et refus des commanditaires de stigmatiser lesdits groupes. En ce sens, si la construction sociale de la santé publique passe, dans un premier temps, par l'évocation des données épidémiologiques et de l'existence de groupes à risque, sa traduction en messages médiatiques ne peut intégrer ces éléments. En effet, la communication en deux temps, avec un récepteur qui reçoit le message à un moment différent de son émission, sans avoir le destinateur en face de lui (où la bonne compréhension du récepteur ne peut pas être contrôlée par l'émetteur, et ne permet donc pas de corrections immédiates), conduit alors à ne pas prendre le risque d'associer maladie et caractéristiques socio-démographiques, de peur de voir la dimension publique perdue par une assignation à un sous-groupe de la population, devenu portefaix de la maladie considérée, et qui fait de la culpabilisation la deuxième face de ce Janus de la responsabilité. Cette tension conduit à avoir un message en décalage avec la réalité du phénomène considéré, à produire en partie une réalité (concernant le caractère indistinct d'une maladie en termes de caractéristiques socio-économiques, par exemple) du fait de


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

l'impossibilité supposée de pouvoir la refléter strictement. Cette complexité, voire cette aporie, constitue alors le risque de voir ces campagnes agonies du reproche de déformer la réalité, de ne pouvoir exposer clairement un phénomène. Dans le même temps, évoquer les conditions sociales de la maladie s'avèrerait complexe pour les commanditaires, car cela amènerait nécessairement à une interrogation sur le rôle même de la société, renvoyant aux choix politiques, au rôle des pouvoirs publics dans l'émergence de ces phénomènes. Cela s'avère fort complexe pour les pouvoirs publics même – comme cela s'est vu avec la campagne sur la dépression de l'INPES –, mais également pour les acteurs extérieurs aux pouvoirs publics, qui tentent de s'attirer les faveurs de ces derniers pour acquérir une place dans le champ politique de la santé publique.

Le phénomène décrit se retrouve dans les trois campagnes étudiées. Si la dépression est plus statistiquement corrélée au sexe (être une femme), au niveau d'études ou bien encore au statut socio-professionnel, la campagne de l'INPES occulte volontairement ces aspects. La dépression est présentée comme une maladie pouvant toucher tout le monde – élément évoqué dans tous les supports de la campagne, guide d'information aussi bien que spots télévisé et radiophoniques. De même, les témoignages qui émaillent le guide d'informations ont été caractérisés par différentes professions afin de balayer les différentes couches de la société. Les témoignages radiophoniques cherchaient aussi à diversifier les situations, en mettant en scène aussi bien des hommes que des femmes, des ouvriers que des cadres, etc. En outre, l'ingénierie symbolique employée pour dépeindre la dépression a laissé de côté le réalisme, pour privilégier un personnage animé, supposé plus indéfini. Ce choix permettait ainsi de garder une certaine imprécision sur le sujet, de ne pas personnifier la dépression autour de caractéristiques socio-démographiques.

Le phénomène est aussi très proche dans la campagne sida. La réalité épidémiologique de la maladie, où les infections se concentrent plutôt chez les individus marqués par des conditions socio-économiques défavorables, a été laissée de côté. Le message promu était celui d'une maladie pouvant toucher tout le monde, indépendamment de son sexe, de son orientation sexuelle, de sa classe sociale ou de son origine ethnique. Les visuels utilisés dans cette campagne devaient aussi refléter la diversité de la population française, en y intégrant des hommes et des femmes, des jeunes et des moins jeunes, des Blancs et des Noirs, etc. Dans le même temps, la volonté d'éviter tout risque de stigmatisation a amené au choix volontaire


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

de ne pas associer le thème de la maladie à un visuel mettant en scène un Noir, par peur de voir l'association entre les deux éléments affirmée.
Il est aussi à noter que le traitement privilégié dans cette campagne reflète l'histoire politique du sida, le registre de communication promu par les pouvoirs publics depuis les débuts de l'épidémie, avec un traitement individualisé, ne ciblant pas de groupes spécifiques, tout en s'adressant préférentiellement aux jeunes générations.

Quant à la campagne du CCOMS, les données épidémiologiques produites ne cherchaient pas réellement à mettre en lumière l'existence de groupes à risque. Nonobstant, les protagonistes de cette campagne ont manifesté le même souci de ne pas stigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques. C'est pour cette raison que l'ingénierie symbolique déployée dans les affiches a privilégié un registre figuratif et métonymique, avec l'emploi du test de Rorschach. La proposition d'affiche mettant en scène des personnes porteuses de troubles a été délaissée en raison de sa complexité quant à l'évitement de la stigmatisation.
Le CCOMS a également insisté auprès des publicitaires pour employer l'expression de « troubles psychiques » dans la campagne, en raison des implications axiologiques négatives associées aux expressions « troubles psychiatriques » ou « maladies psychiatriques ». Le vocable de « troubles psychiques » permettait de conserver une imprécision quant à la nature et la teneur des troubles en question, accroissant son domaine d'application (en englobant notamment la « souffrance psychique »). De l'aveu même d'un membre du CCOMS, le fait que ce terme ne « parle » pas au grand public, que cette notion n'ait pas de signification précise dans la population générale était un atout, car cela permettait d'éviter le rejet ou la stigmatisation de la campagne.

De surcroît, la volonté de maîtriser le sens véhiculé par le message de la campagne peut aussi conduire les commanditaires à expliciter clairement son sens, pour s'assurer que celui-ci sera compris dans l'optique voulue. Cet aspect s'avère plus marqué chez les acteurs sociaux cherchant à peser sur le champ politique, comme dans le cas de l'Etat, qui se pense tenu de conserver une certaine « réserve » dans la recherche créative qui sera associée à son nom. C'est en ce sens qu'il tend à recourir à un texte explicatif ayant une fonction


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« d'ancrage » auprès de l'image : « l'ancrage est un contrôle, il détient une responsabilité, face à la puissance projective des figures, sur l'usage du message »[617].

Ce phénomène se retrouve dans le cas de la campagne du collectif régional de prévention sida, où les financeurs, mondes sociaux institutionnels représentant les pouvoirs publics à différents niveaux, ont privilégié la proposition de l'agence de communication qui, après avoir exprimé un préjugé, le contrait tout de suite en donnant l'explication, permettant aux cibles réceptrices de mieux comprendre le sens de l'affiche. Le procédé était d'ailleurs également expliqué dans le communiqué de presse accompagnant la campagne. Dans la campagne de l'INPES, le spot télévisé se termine par l'explication de la communication, qui cherche à sensibiliser au sujet de la dépression et à promouvoir le guide d'information. Enfin, sur certaines affiches de la campagne « accepter les différences », un texte accompagne le visuel, en expliquant le sens général de la communication.

### 3-3 L'incidence de la gouvernementalité dans la production publicitaire

Si la construction sociale de la santé publique utilise le contexte socio-politique pour se légitimer dans le champ de la santé publique, la gouvernementalité s'exprime également dans les productions publicitaires retenues, qui illustrent à nouveau ces techniques, en reflétant l'influence de ses commanditaires. L'autocontrainte est promue à travers la responsabilisation des individus qui sous-tend les messages et l'optique générale de communication ; la psychologisation du social trouve un domaine d'expression à travers la négation à la fois des groupes à risque autour d'une maladie et des déterminants sociaux-économiques des problèmes, et l'indifférenciation du message en fonction des caractéristiques socio-économiques des cibles réceptrices.

Ainsi, la communication va privilégier un message dont la dimension illocutoire peut revêtir la forme d'une interpellation des cibles autour d'une question, dans le but de se positionner face à la question, de s'interroger sur sa propre attitude en la matière ; il peut aussi prendre une forme plus directe, prodiguant alors des conseils clairs quant à l'attitude à adopter (« mangez cinq fruits et légumes par jour », « mettez votre ceinture de sécurité en voiture ») ou à éviter (« fumer tue », « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé », par exemple).

[617] Roland Barthes, « Rhétorique de l'image », *Communications*, n°4, 1964, p44.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Ces éléments se retrouvent dans les monographies analysées : deux des campagnes étudiées cherchent à interpeller les cibles sur leur attitude, soit au travers d'une question, « et si votre voisin voit autre chose que vous, vous en avez peur ? » (campagne du CCOMS), soit à l'aide d'une affirmation erronée ou interrogative : « des malades du sida ? Si j'en connaissais, je le saurais ! », le tout appuyé par un visuel mimant le regard interpersonnel. Pour la campagne sida, les affiches évoquant les moyens prophylactiques emploient, en plus, le pronom personnel « vous » pour personnaliser davantage le message, et prodiguer directement un conseil de prévention.

La campagne de l'INPES, elle, opte plutôt pour un traitement sur le mode de l'empathie et de la psychologisation, en vue de favoriser la projection des individus, par le biais de témoignages décrivant des situations de personnes dépressives ou de leur entourage (dans le guide d'information, mais aussi dans les spots radiophoniques), ou par des tournures de phrase censées permettre une empathie et la projection des cibles (dans le guide d'information). Le même procédé est employé dans des campagnes contre le cancer, où des témoignages servent à provoquer l'empathie auprès des personnes touchées par cette maladie – notamment la campagne « Nous sommes deux millions de héros ordinaires », réalisée par l'INCa en 2007 – ou encore concernant la consommation de drogues (« Drogues : ne fermons pas les yeux », en 2009, par l'INPES).

## 4. Quelle efficacité pour les campagnes de communication ?

Les pages qui précèdent ont tenté de faire ressortir les grands facteurs influençant la production des campagnes de santé publique, au terme de notre analyse : la manière dont le contexte socio-politique est exploité par des acteurs sociaux cherchant à peser sur le champ politique (aidés également par des outils épidémiologiques), l'incidence de ce contexte sur le comportement des acteurs sociaux, notamment avec la constitution d'alliances en vue d'appuyer cette représentation du monde promue – qu'ils cherchent à conserver leur place ou qu'ils cherchent à intégrer le champ de la santé publique –, la structuration de « l'espace décisionnel » et le contrôle exercé sur celui-ci par les acteurs investissant le plus de capital symbolique et/ou possédant les ressources financières, la question de la place dévolue aux publicitaires dans « l'espace décisionnel », en lien avec la zone d'incertitude qu'ils pourront


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

revendiquer contrôler, et enfin la reprise des techniques de gouvernementalité au travers de l'ingénierie symbolique déployée par les publicitaires.

Mais, si nous avons évoqué la systématisation du recours à ces campagnes de communication depuis une quarantaine d'années, une question reste en suspens : quelle efficacité réelle possèdent ces campagnes ? Sur quelle base considérer qu'une campagne de communication a été efficace ? Le postulat de la responsabilisation des individus, au fondement de l'emploi de ces messages médiatiques en matière de santé, se vérifie-t-il concrètement ? Comment font les commanditaires pour vérifier si la campagne diffusée a été efficace, et a conduit à un changement dans les comportements ? Les campagnes ont-elles une réelle influence en matière de santé, sur la réalité épidémiologique des maladies considérées ?

Ces questions paraissent brûlantes, d'une importance première, au vu de la multiplication des campagnes médiatiques de santé publique. Pour autant, il est à la fois indéniable et surprenant de voir que les protagonistes de ces campagnes, ceux qui s'investissent dans leur production (aussi bien en termes de temps, de travail que de ressources financières), n'ont que peu d'éléments de conclusion sur ces aspects. Il ressort de l'analyse que la question de l'efficacité de ces campagnes reste assez méconnue[618]. Le seul élément, commun aux trois campagnes, servant à mesurer l'impact de la campagne est le relevé des visites du site Internet. En effet, dans les trois cas, Internet constituait un outil de communication créé spécialement pour l'occasion – exception faite du collectif régional de prévention sida, encore que ce collectif existe principalement à travers la campagne de communication du 1er décembre. Mais ce relevé ne constitue pas en soi une analyse de l'efficacité d'une campagne, au mieux est-il un indicateur de sa notoriété.
Seul l'INPES a procédé à des post-tests plus approfondis auprès des personnes ayant commandé le guide d'information. L'étude procédait alors à une étude diachronique, avec la lecture du guide comme variable discriminante. Ce qui était étudié n'était pas tant l'efficacité de la communication en tant que telle que la capacité du guide d'information à modifier la perception de la dépression de la part de ses lecteurs – aspect extérieur à la communication même donc.

[618] Phénomène qui se matérialise d'ailleurs à travers le fait que cette question est revenue de manière récurrente lorsque je présentais mon travail à des institutionnels, soulignant le caractère brûlant de cette question.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Des études commencent néanmoins à apparaître sur l'efficacité de ces campagnes, avec des résultats plus ou moins concordants. Un colloque scientifique a notamment été organisé par l'INPES, le 9 décembre 2011 à Paris. Intitulé « Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ? », il a donné lieu à la présentation des résultats de différentes études sur des campagnes réalisées, ainsi qu'à des réflexions méthodologiques sur la manière d'évaluer ces campagnes (études diachroniques, études de cohortes, etc.). Ainsi, l'un des intervenants, Robert Hornik, membre de l'Université de Pennsylvanie, a évoqué la difficulté à évaluer concrètement l'effet de ces campagnes. Il évoqua aussi le cas d'une campagne américaine de prévention de la consommation de drogues à destination des adolescents, financée à hauteur d'un milliard de dollars par le Congrès américain. L'évaluation faite de la campagne a souligné que, du fait de la surexposition à cette campagne, les adolescents visés en sont venus à penser que ceux de leur classe d'âge devaient être nombreux à consommer ces substances. En conséquence, cette idée a suscité un regain d'intérêt pour ces substances chez les adolescents en question. Si cet exemple est déjà en soi éloquent, ce qui l'est encore plus est la réaction du gouvernement une fois qu'il a pris connaissance de cette évaluation : il a essayé de dissimuler ces résultats, et a supprimé toute évaluation pour la campagne de l'année suivante, orientée toutefois de manière différente[619].

Un autre exemple est donné par Carolina Werle, professeur de marketing à Grenoble, qui a mené une étude sur les messages de prévention contre l'obésité de l'INPES, dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (du type « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé »). De cette étude, il ressort que ces messages auraient un effet contre-productif : ils inciteraient davantage à manger gras : « en associant des messages sanitaires à des produits alimentaires hédoniques (glaces, hamburgers…), les individus perçoivent ces informations comme une solution potentielle à la prise de poids. Cela a pour effet de les déculpabiliser au lieu de les inciter à manger sainement »[620].

Mais d'autres études soulignent néanmoins des campagnes efficaces, à condition d'une exposition suffisante aux messages diffusés. C'est le cas d'une campagne menée aux Etats-Unis à destination des enfants, sur l'activité physique, où il ressort une influence

[619] Ces éléments sont extraits du compte-rendu du colloque scientifique de l'INPES *: Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?,* 9 décembre 2011, à Paris.
[620] *Ibid*.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

positive de la campagne, qui accroît la probabilité de faire de l'activité physique chez les enfants visés.

En somme donc, les résultats de ces études sont assez disparates quant à l'efficacité des campagnes de santé publique (cette notion d'efficacité étant, en elle-même, un enjeu sémantique et politique important, puisque l'idée d'efficacité ne va pas de soi, mais demande à être définie quant à ce qu'elle recouvre), et ne permettent pas non plus de faire des prévisions quant à la pertinence de développer des campagnes de communication sur telle ou telle thématique de santé, étant donné la complexité d'analyser leur incidence réelle.

Ainsi, s'il est possible d'arguer, en premier lieu, que la mesure de leur efficacité ne peut se faire que sur le long terme, les phénomènes de santé n'étant mesurables que dans le temps, à travers leur évolution, cet argument tourne court, il n'explique pas pourquoi ces campagnes sont devenues une mesure politique de premier plan en matière de santé publique.

Peut-être faut-il alors considérer différemment le sens de ces campagnes. L'efficacité de la communication ne correspond pas – ou, en tout cas, pas seulement – à sa capacité à agir sur la réalité épidémiologique des maladies, à amener un changement de comportement des citoyens. Le but visé au travers de ces campagnes est aussi ailleurs : il est de montrer que l'on agit, que le souci de la collectivité et des problèmes qui l'étranglent sont aussi ceux des protagonistes de la campagne. En ce sens, les campagnes auraient tout autant pour but d'agir sur le terrain que de permettre à ses instigateurs de peser sur le champ politique, de s'y faire une place. La remarque de l'un des membres de l'INPES, concernant le fait que leur travail se faisait le plus souvent sur le court terme, en raison des changements de politiques, abonde d'ailleurs dans ce sens. De plus, sous couvert de ces campagnes, leurs commanditaires poursuivent aussi d'autres objectifs, qui leur sont plus personnels. A travers la campagne de promotion de la santé mentale, le CCOMS a aussi procédé à un marketing institutionnel, en cherchant à diffuser sa vision du monde pour y faire adhérer d'autres acteurs, ce qui est passé notamment par les demandes de financements, qui s'adressaient à divers organismes, dont une grande partie n'était pas spécifique de l'univers de la santé mentale – les Conseils régionaux et généraux, les grandes entreprises, mais aussi l'Etat, avec la rencontre avec le ministre de la Santé, les demandes de financement faites à l'INPES, ainsi que la sollicitation du label de « campagne d'intérêt général ». Quant à l'INPES, il a cherché à imposer le DSM et la CIM comme outils de diagnostic en santé mentale, pour tenter d'unifier les pratiques de santé, dans un contexte où les écoles de pensée sont diverses, voire très dissemblables. Enfin, concernant les associations du collectif sida, certaines ont intégré le collectif pour bénéficier de subsides,


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

alors que la thématique du sida n'était pas *a priori* dans leurs centres d'intérêts (à l'instar de Spiritek).

Pour poursuivre sur cette idée, appuyons-nous sur les enseignements tirés des campagnes étudiées, et notamment sur l'appréciation générale portée dessus par leurs protagonistes. La plupart des commanditaires principaux se disent satisfaits de la campagne réalisée. C'est le cas des membres de l'INPES, qui évoquent le nombre de commandes du guide ou encore la bonne visibilité obtenue par les différents spots. Pour la campagne sida de 2007, les mondes sociaux institutionnels se disent pleinement satisfaits de la campagne, au point que celle-ci a été reconduite en 2008, alors même que les protagonistes avouent n'avoir aucune idée de la manière dont cette campagne a été reçue par le public. Quant au CCOMS, ses membres se disent satisfaits de la campagne, non car ils savent comment elle a été appréciée, mais parce qu'elle a constitué un premier temps de communication sur la question des troubles psychiques, qu'elle a permis de faire exister le sujet dans l'espace public. Le couronnement de leur démarche fut d'ailleurs constitué par l'obtention du label de « campagne d'intérêt général », constituant l'intégration de leur vision du monde au champ de la santé publique, avec la remise de ce prix par l'Etat. Cette satisfaction des acteurs sociaux plus ou moins liés au champ politique prend d'autant plus de sens qu'elle est mise en parallèle avec les jugements plus mitigés portés par les associations d'usagers, parties-prenantes de ces mêmes campagnes. S'ils expriment parfois une satisfaction, elle renvoie à la reconnaissance qu'ils ont eue de la part des pouvoirs publics, du fait de leur intégration à la campagne. Néanmoins, ces campagnes ont quand même, pour eux, un intérêt : elles peuvent servir de support à la discussion, elles permettent plus facilement d'aborder le sujet sur le terrain, au cours d'autres actions. Dès lors, l'intérêt de ces campagnes, pour ces associations d'usagers, ne réside pas dans leur réalisation même, mais plutôt dans les opportunités qu'elles ouvrent lors d'actions de terrain.

La mise en parallèle des points de vue des acteurs institutionnels et des mondes sociaux associatifs semble alors tendre à une conclusion commune. Si les campagnes médiatiques de santé publique ont une utilité, celle-ci n'est pas forcément directe, puisqu'il est complexe d'analyser leur incidence sur le terrain, qui reste assez insaisissable. Elles servent aux acteurs politiques à tenter de peser sur le champ politique de la santé publique, à promouvoir leur vision du monde ou à montrer que ces acteurs agissent pour tenter de faire face à ces problèmes affectant la collectivité dans son ensemble. C'est dans cette mesure que


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

ces campagnes peuvent aussi satisfaire les associations d'usagers : elles sont un moyen de se rapprocher du champ politique, d'avoir des connexions avec celui-ci, et de voir la vision du monde qu'elles promeuvent reconnue.

La stratégie politique qui s'exprime en substrat de ces campagnes se lit enfin à travers les autres motifs de satisfaction évoqués par les commanditaires de ces campagnes : ce qui les satisfait, c'est aussi que les campagnes produites respectent la construction sociale de la santé publique qui leur a donné naissance ; la vision du monde promue par ces protagonistes n'a pas été déformée par la communication, elle ne leur a pas non plus échappé. Elle reflète les intérêts politiques du moment, la gouvernementalité actuelle qu'elle reprend à travers son action. Le contentement exprimé par les commanditaires semble alors indiquer que si le motif premier de ces campagnes est d'agir sur le terrain, il est aussi de servir de support à la mise en exergue de sa vision du monde et de son activisme en matière de santé publique. C'est notamment ce qui explique la multiplication de ces campagnes, alors même que la question de leur efficacité continue de questionner les acteurs politiques qui les mettent en œuvre. Ces campagnes apparaissent alors comme une manière d'avoir une action politique sur la santé, mais sans nécessairement s'attaquer aux éléments les plus centraux qui expliquent la prévalence de telle ou telle maladie. Prises dans la gouvernementalité contemporaine, ces campagnes apparaissent comme une réponse visible à des phénomènes dont les causes sont parfois occultées, permettant un traitement plus simple de la question, réduite à une dimension individuelle qui s'exprime en aval de l'apparition de ces maladies, sans réflexion d'ensemble sur leurs conditions socio-économiques (ou historiques) d'apparition (dimension pourtant soulignée par la majeure partie des études épidémiologiques, comme pour la dépression, l'obésité, le tabagisme, etc.). En outre, un fort traitement médiatique favorise une plus grande visibilité de l'action politique, et donc le caractère de santé publique du sujet traité – d'où cette importance accordée à la télévision comme *medium* dans les campagnes. « Les hommes se pressent vers la lumière, non pour mieux voir, mais pour mieux briller », selon l'aphorisme nietzschéen[621].

[621] Friedrich Nietzsche, *Humain, trop humain*, Hachette, Paris, 2001.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Bibliographie

## *Avant-propos, cadre théorique général et méthodologie de recherche*


ABRIC J-C. (1994), *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Paris.

ABRIC J-C. (1996), *Psychologie de la communication,* Armand Colin, Paris.

ADAM J-M., BONHOMME M. (2005), *L'argumentation publicitaire. Rhétorique de l'éloge et de la persuasion*, Armand Colin, Paris.

ARENDT H. (1972), *La crise de la culture*, Gallimard, Paris.

AUTES M., DEMAILLY L. (coord.), *Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique*, IFRESI, CPER, juin 2005.

AZDDINE L., BLANCHARD G., PONCIN C., « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? », *Questions de communication,* n°11, 2007, pp 111-128.

BARTHES R., « Rhétorique de l'image », *Communications*, n°4, 1964, pp 40-51.

BECKER H. (1985), *Outsiders*, éditions Métailié, Paris.

BENESAYAG M. (2008), *La santé à tout prix. Médecine et biopouvoir,* Bayard, Paris.

BERNAYS E. (2007), *Propaganda : comment manipuler l'opinion en démocratie*, La Découverte, Paris.

BERTHELOT-GUIET K., OLLIVIER-YANIV C., « « Tu t'es vu quand t'écoutes l'Etat ? ». Réception des campagnes de communication gouvernementale. Appropriation et détournement linguistiques des messages », *Réseaux*, 2001/4, n°108, pp 155-178.

BOURDELAIS P. (dir.) (2001), *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Belin, Paris.

BOURDELAIS P., FAURE O. (dir.) (2005), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales* (*XVIIIè-XXè siècles)*, Belin, Paris.

BOURDIEU P. (1982), *Ce que parler veut dire*, Fayard, Paris.

BOURDIEU P., « La représentation politique. Eléments pour une théorie du champ politique », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n°36/37, février/mars 1981, pp 3-24.

BOURDIEU P. (2000), *Propos sur le champ politique*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.

BOURDIEU P., « Questions de politique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n°16, septembre 1977, pp 55-89.




© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

BRESSON M. (dir.) (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, L'Harmattan, Paris.

BRETON P. (2003), *L'argumentation dans la communication*, La Découverte, Paris.

CANGUILHEM G. (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.

CASTEL P., « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, n°46-3, 2005, pp 443-467.

CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Paris.

CHAMPAGNE P. (1990), *Faire l'opinion. Le nouveau jeu politique*, éd. de Minuit, Paris.

CHAREAUDEAU P. (1983), *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (théorie et pratique)*, Hachette, Paris.

CHAREAUDEAU P. (1997), *Le discours d'information médiatique. La construction du miroir social*, Nathan, Paris.

CIORAN E. (1974), *La tentation d'exister*, Gallimard, Paris.

CRESSON G., SCHWEYER F-X. (dir.) (2000), *Les usagers du système de soins*, ENSP, Rennes.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.

DAHLGREN P., SANDBERG H., « La construction de l'obésité dans l'espace public suédois », *Questions de communication*, n°11, 2007, pp 33-50.

DEMAILLY L., BRESSON M. (dir.), *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, MIRE/INSERM, IFRESI/DRESS, avec la participation du CCOMS, 2005.

DEMAILLY L. (2008), *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq.

DUVAL J. (2008), *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Raisons d'agir, Paris.

EHRENBERG A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.

EHRENBERG A. (1991), *Le culte de la performance*, Calmann-Lévy, Paris.

ELIAS N. (1975), *La Dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris.

ELIAS N. (1991), *La société des individus*, Fayard, Paris.

ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE (1995), *Quand la santé publique s'affiche ; 50 ans 50 affiches (1945-1995)*, ENSP, Rennes.

FASSIN D. (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris.

FASSIN D. (2005), *Faire de la santé publique*, éditions ENSP, Rennes.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

FASSIN D. (dir.) (1998), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, La Découverte, Paris.

FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris.

FASSIN D., MEMMI D. (dir.) (2004), *Le gouvernement des corps*, éditions EHESS, Paris.

FOUCAULT M. (1994), *Dits et écrits*, tome IV, Gallimard, Paris.

FOUCAULT M. (2001), *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France 1981-1982*, Gallimard/Seuil, Paris.

FOUCAULT M. (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Gallimard/Seuil, Paris.

FOUCAULT M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, Paris.

FOUCAULT M. (2004), *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1977-1978*, Gallimard/Seuil, Paris.

FOZZA J-C., GARAT A-M., PARFAIT F. (2003), *Petite fabrique de l'image*, Magnard, Paris.

GAULEJAC (de) V. (2009), *Qui est « je » ? Sociologie clinique du sujet*, Seuil, Paris.

GRUNIG B. (1990), *Les mots de la publicité*, Presses du CNRS, Paris.

HEIJINK R., RENAUD T., « Etudes de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays », *Questions d'économie de la santé*, n°143, juin 2009.

HELLER T., SERVAIS C., *Elections prud'homales et campagnes télévisées (1979-1997). Entre désir et responsabilité*, rapport pour la Sous-direction de la communication du Ministère de l'emploi et de la solidarité, Centre de Recherche sur les Institutions et les Publics de la Culture, Université d'Avignon, mars 2000.

JODELET D. (dir.) (2003), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.

JOUBERT M., LOUZOUN C. (dir.) (2005), *Répondre à la souffrance sociale*, Erès, Paris.

KLEINMAN A., « Santé et stigmate. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, pp 97-99.

LAPLANTINE F. (1997), *Anthropologie de la maladie*, éditions Payot, Paris.

LASCH C. (2006), *La culture du narcissisme. La vie américaine à un âge de déclin des espérances*, Flammarion, Paris.

LATOUR B. (1993), *La clef de Berlin*, La Découverte, Paris.

LIPOVETSKY G. (2006), *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*, Gallimard, Paris.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

LIPOVETSKY G. (1983), *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Gallimard, Paris.

LORIOL M., WELLER J-M., « La santé mentale face aux mutations sociales. Comment comprendre la plainte de stress au travail ? », in *La santé mentale face aux mutations sociales*, Erès, Paris, 2005.

MACMILLAN A., « Relations de pouvoir et généalogie de l'Etat chez Foucault », *Actes du colloque « généalogies de la biopolitique »*, octobre 2005, www.radicalempiricism.org.

MAIGRET E. (2003), *Sociologie de la communication et des médias*, Armand Colin, Paris.

MARCHETTI D. (2010), *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.

MARCHETTI D., « Une rubrique « à part ». L'information médicale de l'après-guerre au début des années 80 », *Questions de communication*, n° 11, 2007, pp 71-90.

MATTELART A. (1989), *L'internationale publicitaire*, La Découverte, Paris.

MURARD L., ZYLBERMAN P. (1996), *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Fayard, Paris.

NEVEU E. (2001), *Sociologie du journalisme*, La Découverte, Paris.

NIETZSCHE F. (1983), *Ainsi parlait Zarathoustra*, Librairie Générale Française, Paris.

ODOUX K. (coord.) (2000), *La communication sur la santé auprès des jeunes. Analyses et orientations stratégiques*, éditions CFES, Paris.

OGRIZEK M., GUILLERY J-M., MIRABAUD C. (1996), *La communication médicale*, PUF, Paris.

OLIVESI S., « La population. Restitution d'une généalogie », in CHEVALIER Y., LONEUX C. (2006), *Foucault à l'œuvre*, éditions modulaires européennes, Bruxelles.

OLLIVIER-YANIV C., RINN M. (dir.) (2009), *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite ?*, PUG, Grenoble.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1952), *Série de Rapports techniques*, n°55.

PAILLIART I., STRAPPAZZON G., « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation », *Questions de communication*, n°11, 2007, pp 17-31.

PARADEISE C., « Introduction », *Sociologie du travail*, n°42, 2000.

PINELL P., « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, 2005, pp 4-36.

PINELL P. (dir.) (2002), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, PUF, Paris.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

RAIMONDEAU J., BRECHAT P-H., « Cent ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *ADSP*, n°41, décembre 2002, pp 67-71.

ROMEYER H., « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication,* n°11, 2007, pp 51-70.

SAN MARTIN H. (1987), *Santé publique et Médecine préventive*, éditions Massé, Paris.

SERRE M., « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, pp 68-79.

SETBON M., « La santé publique à l'épreuve du Sida. Une approche systémique des processus décisionnels », *Sociologie du travail*, vol.33, n°3, 1991, pp 403-428.

STRAUSS A. (BASZANGER I.) (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris.

THOMAS F., « Un corpus d'affiches d'éducation à la santé sous la loupe d'une analyse sémio-pragmatique : Dispositif de prévention, dispositif de persuasion ? », in *Images de la santé, 100 ans d'affiches d'éducation pour la santé*, 1997, pp 19-29.

TILLARD B., « Regard anthropologique sur l'éducation pour la santé », *Spirale*, n°25, 2000, pp 153-165.

TREPOS J-Y. (1996), *La sociologie de l'expertise*, PUF, Paris.

VANDENBERGHE M. (2002), *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*, L'Harmattan, Paris.

ZEMOR P. (1995), *La communication publique*, PUF, Paris.

## *2ème partie : Première monographie : La campagne de promotion de la santé mentale « accepter les différences »*

ADAM J-M., BONHOMME M. (2005), *L'argumentation publicitaire. Rhétorique de l'éloge et de la persuasion*, Armand Colin, Paris.

ARENDT H. (1972), *La crise de la culture*, Gallimard, Paris.

AUTES M., DEMAILLY L. (coord.), *Contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique*, IFRESI, CPER, juin 2005.

BELLAMY V., « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Etudes et résultats (DRESS)*, n°347, octobre 2004.

BENASAYAG M. (2008), *La santé à tout prix. Médecine et biopouvoir*, Bayard , Paris.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

BRESSON M. (dir.) (2006), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, L'Harmattan, Paris.

CARIA A., « Objectifs d'une campagne d'information auprès de la population », *La santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, pp 10-12.

CHAMPAGNE P. (1990), *Faire l'opinion. Le nouveau jeu politique*, éd. de Minuit, Paris.

CHARAUDEAU P. (1983), *Langage et discours. Eléments de sémiolinguistique (théorie et pratique)*, Hachette, Paris.

CIORAN E. (1987), *De l'inconvénient d'être né*, Gallimard, Paris.

COLDEFY M., « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », *Série Etude* (DREES), n°42, mars 2004.

COUPECHOUX P. (2009), *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.

DEFROMONT L., ROELANDT J-L., « Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » », *L'information psychiatrique*, vol 79, n°10, décembre 2003, pp 887-894.

DUVAL J. (2008), *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Raisons d'agir, Paris.

EHRENBERG A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.

EHRENBERG A. (1991), *Le culte de la performance*, Calmann- Lévy, Paris.

FASSIN D. (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Paris.

FINKELSTEIN C., « Le rôle des associations d'usagers en santé mentale », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, pp 19-20.

FOUCAULT M. (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.

FOUCAULT M. (1971), *L'ordre du discours*, Gallimard, Paris.

GAULEJAC (de) V. (2009), *Qui est « je » ? Sociologie clinique du sujet*, Seuil, Paris.

GOFFMAN E. (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, éd. de Minuit, Paris.

JOUBERT M., « Une approche sociologique de la santé mentale », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, pp 6-9.

JOUBERT M., LOUZOUN C. (dir.) (2005), *Répondre à la souffrance sociale*, Erès, Paris.

KLEINMAN A., « Santé et stigmate. Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, pp 97-99.

LASCH C. (2006), *La culture du narcissisme. La vie américaine à un âge de déclin des espérances*, Flammarion, Paris.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

LAZARUS A., STROHL H. (dir.) (1995), *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, La Documentation Française, Paris.

LOVELL A-M., COOK J., VELPRY L., « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°56, 2008, pp 197-207.

MAIGRET E. (2003), *Sociologie de la communication et des médias*, Armand Colin, Paris.

NIETZSCHE F. (1987), *Le Gai Savoir*, Hachette, Paris.

NIETZSCHE F. (2000), *Par-delà bien et mal*, Flammarion, Paris.

NIEWIADOMSKI C., « Mutations professionnelles, clinique psychosociale du travail éducatif et enjeux de formation », intervention aux journées d'études des 14 et 15 octobre 2005 (Lille, GRACC/CLERSE).

PARQUET P-J. (dir.), *Souffrance psychique et exclusion sociale*, Secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, 2003.

PIEL E., ROELANDT J-L., *De la psychiatre vers la Santé Mentale*, rapport de mission, juillet 2001.

*Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, avril 2005.

ROELANDT J-L., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la Cité*, rapport au ministre délégué de la Santé, avril 2002.

ROELANDT J-L., « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'Information psychiatrique*, vol 85, n°6, juin juillet 2009, pp 525-535.

ROELANDT J-L., CARIA A., ANGUIS M., BENOIST J., BRYDEN B., DEFROMONT L., « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'Information Psychiatrique*, vol 79, n°10, décembre 2003, pp 867-878.

STUART H., « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, 28, 1, 2003, pp 54-72.

VANDENBERGHE M. (2002), *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*, L'Harmattan, Paris.

WOOLEY S., « Les campagnes d'information en santé mentale : quelques exemples internationaux », *La Santé de l'Homme*, n°359, mai-juin 2002, pp 13-14.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

## *3ème partie : Deuxième monographie : La campagne d'information sur la dépression « Dépression. En savoir plus pour en sortir »*

AFSSAPS, *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations*, octobre 2006.

AMAR E., BALSAN D., « Les ventes d'antidépresseurs en France entre 1980 et 2001 », *Etudes et Résultats (DREES)*, n°285, janvier 2004.

ANAES, SFMG, *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale. Prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé de l'adulte*, décembre 2004.

AOUBA A., PEQUIGNOT F., CAMELIN L., LAURENT F., JOUGLA E., « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Etudes et Résultats (DREES)*, n°702, septembre 2009.

BELLENGER L. (1985), *La persuasion*, PUF, Paris.

BRIFFAULT X., MORVAN Y., GUILBERT P., BECK F., « Evaluation de la dépression dans une enquête en population générale », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°35-36, 23 septembre 2008, pp318-321.

CHAN CHEE C., BECK F., SAPINHO D., GUILBERT P. (dir.), *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*, INPES éditions, coll. Etudes santé, St Denis, 2009.

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL JC., *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport remis au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2003.

COUPECHOUX P. (2009), *La déprime des opprimés. Enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, Paris.

COUPECHOUX P. (2006), *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil, Paris.

DEWAMBRECHIES C., « Antidépresseurs, mode d'emploi », *Le Nouvel Ane*, n°7, octobre 2007, p7.

EHRENBERG A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.

EHRENBERG A. (1991), *Le culte de la performance*, Calmann- Lévy, Paris.

FOZZA J-C., GARAT A-M., PARFAIT F. (2003), *Petite fabrique de l'image*, Magnard, Paris.

HARDY-BAYLE M-C., HARDY P. (2005), *Maniaco-dépressif. Histoire de Pierre*, éditions Odile Jacob, Paris.



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte (recommandations pour la pratique clinique)*, avril 2007.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en psychiatrie. Prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, juin 2005.

HUXLEY A. (1991), *Les portes de la perception*, éditions du Rocher, Monaco.

JOUBERT M., LOUZOUN C. (dir.) (2005), *Répondre à la souffrance sociale*, Erès, Paris.

LAMBOY B., « Les troubles dépressifs et leur prise en charge », in P. GUILBERT, A. GAUTIER, *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, éditions de l'INPES, Saint Denis, 2006, pp 69-76.

LEROUX I., MORIN T., « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Etudes et Résultats (DREES)*, n°545, décembre 2006.

MILLER J-A., « Propagande massive pour dépister la dépression : la France rattrape son retard », *Le Nouvel Ane*, n°7, octobre 2007, p1 (suite pp16-18).

MORIN T., « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », *Sources et Méthodes (DREES)*, n°9, janvier 2010.

NIETZSCHE F. (1987), *Le Gai Savoir*, Hachette, Paris.

PIGNARRE P. (2001), *Comment la dépression est devenue une épidémie*, La Découverte, Paris.

RENARD J. (2002), *Journal*, éd. Robert Laffont, Paris.

SANTIN G., COHIDON C., GOLDBERG M., IMBERNON E., « Emploi atypique et troubles dépressifs en France à partir de l'Enquête décennale santé 2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°7, 23 février 2010, pp57-60.

SAPINHO D., CHAN-CHEE C., BRIFFAULT X., GUIGNARD R., BECK F., « Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°35-36, 23 septembre 2008, pp314-317.

TIXIER G., LAMY A. (2008), *Eloge de la déprime. Non à la dictature du bonheur !*, Editions Milan, Toulouse.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

## *4ème partie : Troisième monographie : Campagne annuelle du collectif régional de prévention du sida*

JODELET D. (dir.) (2003), *Les représentations sociales*, PUF, Paris.

NIETZSCHE F. (2001), *Humain Trop Humain*, Hachette, Paris.

PINELL P. (dir) (2002), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, PUF, Paris.

SETBON M., « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, n°41, vol 1, 2000, pp61-78.

THIAUDIERE C. (2002), *Sociologie du sida*, La Découverte, Paris.

## *Conclusion générale*

BARTHES R., « Rhétorique de l'image », *Communications*, n°4, 1964, pp40-51.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.

ELIAS N. (1975), *La Dynamique de l'Occident*, Calmann-Lévy, Paris.

FASSIN D. (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris.

GAULEJAC (de) V. (2009), *Qui est « je » ? Sociologie clinique du sujet*, Seuil, Paris.

INPES, *Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?*, compte-rendu du colloque scientifique du 9 décembre 2011, Palais des Congrès, Paris.

MATTELART A. (1989), *L'internationale publicitaire*, La Découverte, Paris.

NIETZSCHE F. (2001), *Humain Trop Humain*, Hachette, Paris.

OLLIVIER-YANIV C., RINN M. (dir.) (2009), *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite ?*, PUG, Grenoble.

PAILLIART I., STRAPPAZZON G., « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation », *Questions de communication*, n°11, 2007, pp17-31.

ROMEYER H., « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, n°11, 2007, pp51-70.

TILLARD B., « Quand la prévention sanitaire s'adresse aux parents et aux futurs parents », *ethnographiques.org*, n°14, octobre 2007.

TILLARD B., « Regard anthropologique sur l'éducation pour la santé », *Spirale*, n°25, 2000, pp 153-165.

ZEMOR P. (1995), *La communication publique*, PUF, Paris.



© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 1 : Campagnes médiatiques de santé publique en France, depuis les années 1950

**1950**

« Prudence, discipline, courtoisie », années 1950 et début des années 60, Prévention routière (affiches).
« Le cancer est l'ennemi public n°1 », 1952, Ligue contre le cancer (affiche).
« L'acide mord, défendez-vous », 1952, Institut national de la sécurité (affiche).
« Le courant à 110 volts peut tuer. Utilisez une baladeuse isolée », 1952, Institut national de la sécurité (affiche).
« Dans le foyer où l'alcool est roi….l'homme est une brute, la femme une martyre, les enfants des victimes », 1952, Comité national de défense contre l'alcoolisme (CNDA) (affiche).
« L'alcool…provoque chaque année 57 % des accidents graves », 1953 , CNDA (affiche).
« Boire modérément est permis. Boire trop fait perdre son permis », 1955, Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) (spots).
« L'homme le plus fort du monde déclare : le secret de ma force, pas d'alcool », 1955, CNDA (affiche).
« Le lait de la mère appartient à l'enfant », 1955, Centre interdépartemental d'éducation démographique et sociale (CIEDS) (affiche).
« Pour conserver la santé, il faut la propreté », 1955, CIEDS (affiche).
« Surveillons-nous…en bien ou en mal…ils nous imitent », 1957, Institut national de la sécurité (affiche).
« Ne vous dopez pas », 1957, MNEF (affiche).
« Je pousse bien car je ne bois jamais ni vin, ni cidre, ni bière », 1957, CNDA (affiche).
« Etes-vous bien sûr d'être sobre ?… », 1957, HCEIA (affiche).
« Bois moins, pense à tes enfants », 1957, CNDA (affiche).
« Futures mamans, attention ! L'alcool ( sous quelque forme que ce soit) est un poison pour l'enfant que vous attendez », 1958, CNDA (affiche).
« Les belles plantes ne s'arrosent pas à l'alcool », 1958, HCEIA (affiche).
« Mettez votre santé à l'abri. Soyez sobre », 1958, HCEIA (affiche).
« Michel Jazy », 1959, CNDA (affiche).
Entre 1918 et 1950 : Le recours à un registre mythique et guerrier . « Aidez nous à vaincre le cancer », Ligue contre le cancer.

**1960**

« Restez maître de votre vitesse », 1960, Prévention routière (affiche).
« Vaincre le cancer », 1960, Ligue contre le cancer (affiche).
« Les vaccinations mettent à l'abri de nombreuses maladies contagieuses », 1960, Centre national d'éducation sanitaire et sociale (CNESS) (affiche).
« Le chemin de la guérison, c'est le traitement précoce continu assez prolongé par les antibiotiques associés », 1961, Comité national de défense contre la tuberculose (affiche).
« Vous n'avez qu'un cœur ! Ménagez le », 1962, CNESS (affiche).
« SOS Tuberculose », 1962, Comité français d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CFESPF) (affiche).
« L'araignée a son fil de sécurité », 1963, Institut national de la sécurité (affiche).
« Faites régler vos projecteurs », 1964, Prévention routière (affiche).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Comme lui lavez-vous les dents », 1964, CNESS (affiche).
« Vaincre la tuberculose n'est qu'un jeu grâce au BCG », 1964, CNESS (affiche).
« Mieux vaut prévenir que guérir, moi je suis vacciné contre la poliomyélite », 1964, CNESS (affiche).
« L'alcool donne des ailes…prudence », 1964, CNDA (affiche).
« Encore un ! Un de ces 3788 enfants blessés ou tués chaque année sur les routes de France », 1965, CNESS (affiche).
« Le BCG te protègera », 1966, Comité national de défense contre la tuberculose (affiche).
« Vaincre le cancer », 1966, Ligue contre le cancer (affiche).
« Mais pourquoi faites-vous tant de bruit ? », 1967, CFESPF (affiche).
« Croissance, santé et comportement de bébé seront périodiquement contrôlés et médicalement surveillés », 1967, Centre régional d'éducation sanitaire et sociale de Lille (affiche).
Entre 1960 et 1970 : Les premières vedettes affichent leur engagement contre le cancer.
« Cancers : j'aide la Ligue, et vous ? », Ligue contre le cancer.
Les facteurs de risque portés à la connaissance du grand public. « « Alcool, tabac, ça raccourcit la vie », Ligue contre le cancer.

**1970**

L'espoir s'affiche dans les campagnes. « Espoir : vaincre le cancer », Ligue contre le cancer.
Sur les seuils légaux d'alcoolémie des conducteurs, 1970, Sécurité routière.
« Grippe, n'attendez pas l'épidémie, faites-vous vacciner », 1970, CFESPF (affiche).
« Apprenez le geste de sécurité », 1970, CNESS (affiche).
Sur les limitations de vitesse sur route et autoroute, 1970-1974, Sécurité routière.
« A chaque visite médicale, examen d'urine » (diabète), 1971, OMS (affiche).
Sur les ports obligatoires de la ceinture et du casque, 1973-1979, Sécurité routière.
« Apprenons la rue à nos enfants », 1974, Sécurité routière (affiche).
« Jamais d'alcool au volant », 1974, Prévention routière.
« La vitesse, c'est dépassé », 1975, Sécurité routière (spot TV).
« Deux-roues, deux fois plus d'attention », 1975, Sécurité routière (spot TV).
« La nuit vous trompe », 1976, Sécurité routière (spot TV).
« Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons », 1976, CFES (8 spots TV).
« Un petit clic vaut mieux qu'un grand choc », 1976, Service d'information et de diffusion.
« Ne fumez plus, n'enfumez plus », 1977, CFES.
« Même quand on est Zorro, on regarde avant de traverser », 1977, Sécurité routière (affiche).
« Fumer raccourcit la vie », 1977, CNCT/CNAMTS (affiches).
« Poumons sains-Poumons tabagiques », 1977, CNCT (affiches).
« Votre argent part en fumée », 1977, CNCT/CNAMTS (affiches).
« Le tabac fane votre beauté », 1977, CNCT/CNAMTS (affiches)
« Enchaîné par le tabac », 1977, CNCT (affiches).
« Le fumet oui, la fumée non », 1977, CNCT (affiches).
« Protège-moi, vaccine-moi », 1977, CFES (affiche).
« Une cigarette écrasée, c'est un peu de liberté gagnée », 1978, CFES (2 spots TV).
« Boire ou conduire, il faut choisir », 1976, Sécurité routière (spot TV).
« J'aime la vie, je ralentis », 1978, Sécurité routière (spot TV).
« Pensez à ceux qui vous entourent », 1978, CNCT (affiches).
« Fumer ou ne pas fumer, c'est au choix », 1978, CNCT (affiches).
« Une cigarette en moins, un peu de vie en plus », 1979, CFES (3 spots TV).
« Montrez-vous, montrez vos codes », 1979, Sécurité routière (spot TV).
« Ceinture attachée, visage protégé », 1979, Sécurité routière (spot TV).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Vos dents sont vivantes, pensez à les brosser », 1979, CFES (6 spots TV).

**1980**

Des anonymes mis en avant pour banaliser la maladie. « Un dépistage régulier, c'est une vie protégée », Ligue contre le cancer.
« Faîtes-vous plaisir, arrêtez de fumer. Deux millions de Français l'ont déjà fait », 1980, CFES (spot TV).
« Vivez pleinement, sans abus de médicaments », 1980, CFES (spot TV).
« Ne buvez pas avant de conduire », 1980, Sécurité routière (spot TV).
« Pierrot la forme » (votre santé dépend de vous), 1980, CFES (4 spots TV).
« Ne m'enfumez pas, merci », 1980, CNCT/CIBA-GEIGY (affiches).
« Cigafleur » (tabac), 1981, CFES (spot TV).
« Parlons-en avant qu'elle ne lui en parle » (drogues), 1982 et 1986, CFES (spot TV).
« Pour votre santé, soyez plus fort que le tabac », 1983, CFES (spot TV).
« Le croque-mort » (tabac), 1983, CFES (affiche).
« Vitesse : ne jouons pas avec la vie », 1983, Sécurité routière (affiche).
« Ouf ! On respire », 1984, CFES.
« Bougez-vous la santé », 1984, CFES (spot TV).
« Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts », 1984, CFES (8 spots TV).
« Faîtes un petit effort, trouvez votre sport ! », 1984, CFES (spot TV).
« Quand on s'aime, on roule cool », 1985, Sécurité routière (spot TV).
« Bouge ton cœur » (prévention cardio-vasculaire), 1985, Secrétariat d'Etat chargé de la Santé.
« Pensez au deuxième verre : pour l'eau ! », 1986, CFES (3 spots TV).
« Si nous voulons, nous pouvons », 1986, Sécurité routière.
« La drogue c'est de la merde », 1986, CFES (spot TV).
« Prévention des accidents cardiaques : Bouge ton cœur », 1986, CFES (2 spots TV).
1987 : 1ère campagne nationale contre le sida : « le sida ne passera pas par moi », faite par l'Agence française de lutte contre le sida (4 spots TV).
« Choisissons la vie, changeons de conduite », 1987, Sécurité routière (spot TV).
« La drogue : parlons-en avant qu'elle ne lui parle », 1987, CFES (affiche).
« Le tabac, c'est plus ça », 1988, CFES (spot TV).
« Aujourd'hui, les préservatifs préservent de tout, même du ridicule », 1988, CFES (9 spots TV).
« Tchin-tchin. Ne buvez pas avant de conduire », 1988, Sécurité routière (affiche).
« Il faut choisir », 1988, Ligue contre le cancer (affiche).
« Aidez-nous à vaincre le cancer », 1988, Ligue contre le cancer (affiche).
« Les préservatifs préservent de tout. De tout, sauf de l'amour », 1989, CFES (spot TV).
« Moi, je tabastoppe », 1989, CFES.
« La violence conjugale est inacceptable », 1989, secrétariat aux droits des femmes (spot TV).
« Le sida, chacun de nous peut le rencontrer », 1989, AFLS (spot TV).
« Les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances », 1989, AFLS (spot TV).

**1990**

Chacun a un rôle à jouer dans la lutte contre le cancer, Ligue contre le cancer.
« Faisons la route ensemble », 1990, Sécurité routière.
« On n'hérite pas la terre de ses ancêtres, on l'emprunte à ses enfants », 1990, DDASS de Seine Maritime (affiche).
« Un médicament, ça ne se prend pas à la légère », 1991, CFES (2 spots TV).
« Fumer c'est pas ma nature », 1991, CFES (spot TV et affiche).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Aidons-les à trouver la force de dire non » (drogues), 1991, CFES (spot TV).
« Rougeole, oreillons, rubéole. Pas d'hésitation, vaccination ! », 1991, CFES (spot TV).
« Ensemble, on est sur la bonne route », 1991, Sécurité routière (spot TV).
« Les préservatifs, pourquoi hésiter plus longtemps ? », 1991, AFLS (spot TV).
« J'ai toujours entretenu d'excellents rapports avec le sexe », 1991, AFLS (affiche).
« Si je suis séropositive, tu me trouves toujours jolie ? », 1991, AFLS (affiche).
« 50 en ville, 50 maxi. La vie est fragile, ne la brisez pas », 1991, Sécurité routière (affiche).
Campagne « Tu t'es vu quand t'as bu ? », CFES, 1991 et 1995, (4 spots TV à chaque fois).
« Un enfant on ne peut pas toujours être derrière, alors prenez les devants », 1992 (accidents de la vie courante), CFES (4 spots TV).
« Savoir conduire, c'est savoir-vivre », 1992, Sécurité routière (spot TV).
« Merci de ne pas fumer », 1992, CNCT (affiches).
« La terre malade du tabac », 1993, CNCT (affiches).
« Fumer pollue », 1993, CNCT (affiches).
« Le football m'a tout donné, le tabac a failli tout me reprendre », 1993, CNCT (spot TV).
A partir de 1994, c'est le CFES qui en a la charge. INPES à partir de 2002 (pour le sida).
11 campagnes de promotion de l'utilisation du préservatif menées entre 1989 et 1994 par l'Agence française de lutte contre le sida. Les campagnes sur le sida se sont succédé ensuite, après 1987, à raison de 2 ou 3 par an, avec des budgets importants.
« Préservatif, partenaire de la séduction », 1993, AFLS (spot TV).
Entre 1989 et 1994, la communication sur le sida était fondée sur le témoignage, pour contrer d'éventuels effets de stigmatisation.
« L'énergie, c'est pas fait pour partir en fumée » (tabac), 1993 et 1996, CFES (spot TV en 1993 et 2 spots en 1996).
« Contre la drogue, on n'est jamais trop », 1994, CFES (spot TV).
« Journée nationale du petit déjeuner » (nutrition), 1994, CFES (spot TV).
« Ne laissez pas l'alcool prendre le volant », 1994, Sécurité routière (affiche).
« Avec une cigarette, t'as vraiment l'air bête », 1994, CNCT (spot TV).
« Campagne témoignage montrant un homme ayant subi une ablation du poumon à cause du tabac », 1994, CNCT (affiches).
« Liguons-nous contre le cancer », 1995, Ligue nationale contre le cancer.
« Vivre avec le virus du sida », 1995, CFES (3 spots TV).
« Hépatite B : se vacciner, c'est l'éviter », 1995, CFES (spot TV).
« Le frottis, une affaire de femme », 1995, Association Eve et Assurance-maladie (spot TV).
« Après 2 verres, la prudence veut que vous passiez la main. Alcool au volant, autotestez-vous », 1995, Sécurité routière (affiche).
« Alcool au volant à 0,5g/l :après deux verres, tout s'accélère », 1995, Sécurité routière (affiche).
« Aimez-vous comme vous vous voulez, utilisez un préservatif », 1996, CFES (spot TV).
« Rougeole, oreillons, rubéole. Un vaccin : 3 maladies de moins », 1996, CFES (spot TV).
« Ne vous attachez pas à moitié », 1996, Sécurité routière (spot TV).
« Vous tenez le volant, vous tenez la solution », 1996, Sécurité routière (affiche).
« Et vous, que faites-vous pour garder l'équilibre », 1997 (accidents de la vie courante), CFES (spot TV).
« Et vous, avec l'alcool vous en êtes où ? », CFES, 1997 (3 spots TV).
« Rester en éveil face au sida », 1997, CFES (spot TV).
« Vivre avec le VIH », 1997, CFES (3 spots TV).
« La jeune fille aux mégots », 1997, CNCT, (affiches)
« Demain bébé », 1997, CNCT (affiches).
« Je gêne….moi ? », 1997 , CNCT (affiches)


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Si tu veux impressionner ta copine, t'as vraiment pas besoin de fumer », 1997, CNCT (spot TV).
« Tabac et vieillissement : et si c'était vous ? », 1997, CNCT (spot TV).
« La complainte du chameau : « il paraît qu'on se sert de mon image pour vendre des cigarettes » », 1997, CNCT (spot TV).
« La vie sans tabac, vous commencez quand ? », 1997 et 1999, CFES (4 spots TV en 97 et 3 spots en 99).
« Sida. Aujourd'hui on peut faire beaucoup. Mais rien sans vous », 1998-1999 (2 spots TV en 98 et 5 spots TV en 99).
« La douleur n'est pas une fatalité, refusons-la », 1998, CFES (spot TV).
« Un bébé qui n'est pas enfumé c'est un futur champion », 1998, CNCT (spot TV).
« Campagne tabagisme et grossesse », 1998, CNCT (spot TV).
« Les chutes chez les personnes âgées », 1999, (accidents de la vie courante), CFES (spot TV).
« Buvez-vous plus de 3 verres d'alcool par jour », 1999, CFES (2 spots TV).
« Rougeole, oreillons, rubéole. Pour en finir avec ces maladies, aujourd'hui le vaccin est gratuit », 1999, CFES (3 spots TV).
« Si chacun fait un peu, c'est la vie qui gagne », 1999, Sécurité routière,
« Chaque jour passé sans fumer est une victoire sur le tabac », 1999 et 2000, CFES (3 spots TV, 4 spots radio, un guide pratique).

**2000**

« Zone non-fumeuse », 2000, CFES (24 programmes courts).
« Le sida on en meurt encore », 2000, CFES (3 spots TV).
« Drogues : savoir plus risquer moins », 2000, CFES (en partenariat avec la MILDT) (5 brochures, 1 livre, 4 spots TV).
« Prévention des chutes de ski : pensez à faire régler vos fixations par des professionnels », 2000, (accidents de la vie courante), CFES (spot TV).
« Rougeole, oreillons, rubéole, c'est bénin sauf quand c'est grave », 2000, CFES (affiche et brochure).
« Ne tombez pas dans le piège », 2000, CNCT (spot TV).
« La contraception, à vous de choisir la vôtre », 2000, CFES (3 spots TV, 2 spots radio, presse écrite, guide).
« Jeunes, vous êtes manipulés ! » (tabac), 2001, CFES (4 spots radio, site Internet et flyer).
« Le tabagisme passif : une réalité mal connue des Français », 2001, CFES (affiche et brochure).
« Mieux manger construit notre santé » (nutrition), 2001, CFES (dépliant, 5 annonces presse).
« L'alcool, un enjeu majeur de santé publique », 2001, CFES (dépliant et guide pratique).
« L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir », 2001 et 2003, CFES (2 spots TV).
« Chutes et équilibres », 2001, (accidents de la vie courante), CFES (2 brochures).
« Pour prévenir les risques de l'usage des drogues », 2001, CFES (4 annonces presse).
Campagne de communication de la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les antibiotiques : « les antibiotiques, c'est pas automatique », 2001 (spots TV).
« Journée mondiale de lutte contre le sida », 2001, CFES (10 spots TV).
« Les aventures de Moussa le Taximan » (sida), 2001, CFES (7 courts métrages).
« VIH et milieu de travail », 2001, AIDES (affiches, 3 spots TV).
« Alcool, cannabis, tabac et autres drogues, et vous, savez-vous où vous en êtes ? », 2002, CFES (4 spots radio, 5 brochures, site Internet).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Campagne contre le tabac : « Avis aux consommateurs : des traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ont été décelées dans un produit de consommation courante… », 2002, INPES, (spots TV et radio, presse écrite).
Campagne de 2002 : « Le test, c'est important de savoir », INPES (3 spots TV).
« Un incendie toutes les deux minutes, 10 000 victimes par an », 2002, INPES (brochure).
« A vélo, le casque c'est pas obligatoire. C'est juste indispensable », 2002, INPES (spot TV, affiche).
« La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous », 2002, INPES (2 guides, affiche).
« Vous me mettez en danger, je fais pareil », 2002, CNCT (spot TV).
« Si vous ne pensez pas aux autres pourquoi voulez-vous qu'ils pensent à vous », 2002, CNCT (spot TV).
« Si tu commences, tu ne pourras peut-être plus t'arrêter », 2002, CNCT (spot TV).
« Le tabac nuit gravement à ta personnalité », 2002, CNCT (spot TV).
« Langue de serpent et cercueil », 2002, AIDES (affiches).
« La tête de mort », 2002, aides (affiches).
« Le respect des distances de sécurité et les gestes qui sauvent », 2002, Sécurité routière ( spot TV, spot radio, dépliant).
« Sécurité de déplacements en ville », 2002, Sécurité routière (affiches).
« Celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas », 2002, Sécurité routière (spots radio).
« Réglage des fixations » (ski), 2003, INPES (affichette).
Campagne de 2003 : « Et si le préservatif était un produit comme les autres ? » (INPES) : campagne TV (3 spots).
« J'arrête et vous ? », 2003, INPES (43 programmes courts, site Internet, spots radio, affiches).
« N'incitez pas les autres à fumer », 2003, CNCT (spot TV).
« Dick », 2003, AIDES (affiches, cartes postales, 7 spots TV, presse, radio).
« Sugar baby love », 2003, AIDES (spot TV).
« Les dés », 2003, AIDES (affiches, cartes postales).
« Campagne de communication sur la vitesse », 2003, Sécurité routière (spot TV, spots radio, affiches).
« Respectez les hommes, respectez les règles », 2003, Sécurité routière (spots radio, dépliant, internet).
« Campagne contre l'alcool au volant », 2003, Sécurité routière (spot TV, 3 spots radio, affiches).
« Commencez à 15 ans ça tue la voix », 2004, CNCT (spot TV).
« Fumer peut vous rendre impuissant » 2004, CNCT (affiches).
« Faites un geste », 2004, AIDES (affichettes, cartes postales).
« Le sida est beau », 2004, AIDES (affiches, cartes postales, presse écrite).
« Campagne contre les trois principaux facteurs d'accidents : vitesse, alcool et non port de la ceinture de sécurité », 2004, Sécurité routière (spots radio).
« Je travaille pour vous, faites attention à moi », 2004, Sécurité routière (affiches, spots radio, dépliants, internet).
« Celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas », 2004, Sécurité routière (affiches).
« Vivre après l'accident », 2004, Sécurité routière (témoignages TV).
Campagne contre l'alcool ; « Votre corps se souvient de tout », INPES, 2004, (dépliant de 4 pages et spot TV).
« A la maison, un réflexe en plus, c'est un risque en moins » (incendie), 2004, INPES (3 spots radio, affiche et dépliant).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Prévention et protection pour lutter efficacement contre les noyades », 2004, INPES (dépliants et affiches).
« Plan cancer » (risques solaires), 2004, INPES (affiche).
« Lutter efficacement contre les accidents de ski », 2004, INPES (2 spots radio, 2 affichettes et guide).
« Le casque à vélo, c'est indispensable », 2004, INPES (affiches).
« L'activité physique au quotidien protège votre santé », 2004, INPES (spot TV, 4 spots radio, dépliant, affiche, guides, site Internet).
« Parce que le virus du sida et les IST circulent, restez fidèle au préservatif », 2004, INPES (3 spots TV).
« Le tabac, rien ne peut l'arrêter à part vous », 2004, INPES (2 spots TV, 5 spots radio, affiche, brochure).
« Femmes enceintes : oui aux envies, non aux cigarettes », 2004, INPES.
« Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi », 2004, INPES (2 spots TV, 7 spots radio).
« La moitié des chutes d'enfants par la fenêtre a lieu pendant la préparation des repas », 2005, INPES (affiches).
« Produits ménagers et bricolage », 2005, INPES (2 brochures).
Campagne sur la prévention des accidents domestiques, « La maisons de Victor et Léa, petits réflexes à suivre », INPES, 2005 (15 programmes courts).
« Le cannabis est une réalité », 2005, INPES (6 spots TV et 8 spots radio, 3 brochures).
« Alcool, lutter contre les idées reçues », 2005, INPES (affiche).
« Risques de noyade », 2005, INPES (dépliant).
« Monoxyde de carbone : un gaz invisible, inodore mais mortel », 2005, INPES (affiche et carte postale).
« Grippe aviaire », 2005, INPES (CD-Rom).
« Grossesse et santé », 2005, INPES (affiche et brochure).
« Cet été, adoptez les bons repères nutritionnels », 2005, INPES (pictogrammes).
« Manger moins souvent des produits gras et sucrés: c'est protéger notre santé », 2005, INPES (3 spots TV, presse féminine).
« Sida, faites le test et protégez-vous », 2005, INPES (2 spots TV).
« Bravo, vous faites désormais partie des gens qui n'ont pas peur d'approcher une personne séropositive », 2005 (puis 2006-2007), INPES (affiches).
« Contre le sida, on a tous notre mot à dire », 2005, INPES (spot TV).
« Ici, un non-fumeur a fumé 14 757 cigarettes », 2005, INPES (affiches et site Internet).
« Témoignage d'un barman pour la liberté de respirer un air pur », 2005, CNCT (spot TV).
« Fresques : paroles de séropositif(ve)s », 2005, AIDES (affiches, presse écrite, radio, fresques murales dans les grandes villes françaises).
« Baby, baby », 2005, AIDES (court mètrage TV).
« Ceinture de sécurité à l'arrière, un geste vital », 2005, Sécurité routière (spot TV, spot radio, affiches, internet).
« Sécurité routière, tous responsables », 2005, Sécurité routière (spots radio).
« Au volant, c'est la messagerie qui répond », 2005, Sécurité routière (spots radio, dépliants).
« Les trajets de tous les jours sont dangereux tous les jours », 2005, Sécurité routière (affiches, internet).
« Changer le regard sur le dépistage des cancers », 2005, INCa (3 spots TV, presse )
« Autopsie d'un meurtrier » (cigarette), 2005, Ligue contre le cancer (affiche).
« Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques », 2005, CCOMS (affiches, spot TV, site Internet).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

Campagne de 2006 : « Ensemble, luttons contre les discriminations des personnes séropositives », INPES (3 spots TV).
« Contre le sida, on a tous notre mot à dire », 2006, INPES (affiches).
« 5 millions de Français ont un problème avec l'alcool. Et si les autres c'était vous ? », 2006, INPES (spot TV et 5 spots radio).
« Accidents domestiques : protégeons les enfants de 0 à 6 ans », 2006, INPES (3 spots TV, brochure, affiches).
« A la maison, un réflexe en plus, c'est un risque en moins », 2006, INPES (brochure, affiche, 2 spots radio).
« Gestes d'hygiène », 2006, INPES (3 spots TV).
« Guide nutrition de la naissance à 3 ans des repères pour l'alimentation des petits », 2006, INPES (guide).
« Bien manger et bouger, c'est important pour les ados », 2006, INPES (guide).
« La santé en mangeant et en bougeant : le guide nutrition à partir de 55 ans », 2006, INPES (guide, 3 spots TV).
« Pas à pas, une entreprise sans tabac », 2006, INPES (guide).
« Le tabac, mortel sous toutes ses formes », 2006, INPES (2 spots, affiches).
« Une opération se vit mieux sans tabac », 2006, INPES.
« Les années enfumées », 2006, INPES (3 spots TV).
« Prévention de la canicule de l'été 2006 », 2006, INPES (spot TV, 5 spots radio, presse).
« Cet été protégez-vous aussi des mauvais coups », 2006, AIDES (affiches, cartes postales, presse écrite).
« C'est le sida qu'il faut exclure, pas les séropositifs », 2006, AIDES (affiches, presse écrite).
« Voteriez-vous pour moi si j'étais séropositif(ve) ? », 2006, AIDES (affiches).
« Savez-vous ce qui augmente de 50% le risque d'infarctus ? », 2006, CNCT ((spot TV).
« Campagne pour le respect des distances de sécurité », 2006, Sécurité routière (spot TV).
« Cannabis et conduite », 2006, Sécurité routière et MILDT (affiches, 2 spots radio, flyer).
« Au volant, c'est la messagerie qui répond », 2006, Sécurité routière (spot radio).
« Les accidents de la route ne s'arrêtent pas en ville », 2006, Sécurité routière (spot TV, affiches).
« Respectons toujours les limitations de vitesse », 2006, Sécurité routière (spot TV, 2 spots radio, affiches).
« Années 70, c'était hier, aujourd'hui vous connaissez les risques du tabagisme passif », 2006, INPES (3 spots TV).
Campagne Toxicorp « Le tabac tue un fumeur sur deux », contre le tabac, INPES, 2007 (spot TV, site Internet).
« Zéro alcool pendant la grossesse », 2007, INPES (pictogramme et annonce presse).
« Parlez-en avant de ne plus pouvoir le faire » (violences conjugales), 2007, Ministère de la cohésion sociale et de la parité (dépliant).
« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », 2007, INPES (spot TV, 4 spots radio, affiche, brochure, site Internet).
« Bien manger et bien bouger... c'est possible au quotidien », 2007, INPES (40 programmes courts TV).
« Répondre à toutes les questions sur l'alimentation pendant et après la grossesse », 2007, INPES (guide, presse, Internet).
« Séropositivité : comment transformer le quotidien ? », 2007, INPES (spot TV, site Internet).
« Le virus du sida est toujours là. Protégez-vous », 2007, INPES (spot TV, affiches).
« Restons mobilisés ! » (tabac), 2007, INPES (dépliants).
« Sortez du brouillard », 2007, CNCT (affiches).
« Ca pourrait être évité », 2007, CNCT (spot TV).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« C'est le sida qu'il faut exclure, pas les séropositifs », 2007, AIDES (affiches, 4 spots TV, cartes postales).
« L'été favorise les nouvelles rencontres », 2007, AIDES (affiches, cartes postales, presse écrite).
« Love stories », 2007, AIDES (internet)
« Des joueurs du XV de France s'engagent contre les discriminations », 2007, AIDES (affiches, spot TV, presse écrite).
« Jeunes et sécurité routière », 2007, Sécurité routière (spot TV, spots radio, affiches, internet).
« Téléphone portable et conduite », 2007, Sécurité routière (spot radio).
« Somnolence au volant », 2007, Sécurité routière ( 4 spots radio, émission TV).
« Restez motard, à moto », 2007, Sécurité routière (presse écrite).
« Il n'y a pas de petite infraction », 2007, Sécurité routière (affiches, spot TV).
« Soufflez, vous saurez », 2007, Sécurité routière (2 spots TV).
« Nous sommes 2 millions de héros ordinaires », 2007, INCa (affiches, spots TV, presse écrite, internet).
« Octobre rose : dépistage organisé du cancer du sein », 2007, INCa (presse écrite, affiches, affichettes, cartes postales, internet).
« En parler, c'est déjà se protéger : dépistage organisé du cancer colorectal », 2007, INCa (affiches, affichettes, cartes postales, presse écrite).
« Soleil, mode d'emploi », 2007, INCa (affiches, dépliants, spots TV, internet).
« Il est plus facile d'arrêter de fumer dans un lieu non-fumeur », 2007, INPES (spots radio, dépliant, affichettes, internet).
« Au moins 30 minutes d'activité physique par jour », 2007, INPES (spots TV, spots radio, affiches, dépliant).
« La dépression, en savoir plus pour en sortir » , 2007, INPES (spot TV, 4 spots radio, guide, internet).
« Risque d'incendie et risque d'intoxication au monoxyde de carbone », 2007, INPES (rediffusion des 2 spots radio de 2006, dépliants, affiches).
« Accidents domestiques des enfants », 2007, INPES (rediffusion des 3 spots TV de 2006, brochures, affiches).
« Contre les grippes, les rhumes et les bronchites, il y a des gestes simples pour limiter les risques d'infection », 2007, INPES (3 spots TV, presse).
« Trop d'alcool : boire trop, des sensations trop extrêmes », 2008, INPES (spot TV, 3 spots radio, affiche et brochure).
« Risques solaires : profitez du soleil en tout sécurité », 2008, INPES (brochure, affiche, site Internet).
« Risques auditifs : A force d'écouter la musique trop fort, on finit par l'entendre à moitié », 2008, INPES (dépliant, 3 spots radio, site Internet).
« Fruits, légumes et féculents : mettre fin aux idées reçues », 2008, INPES (2 spots TV, dépliant, presse, Internet).
« Les féculents, c'est important ? », 2008, INPES (2 spots radio).
« Avant d'arrêter le préservatif, faites le test », 2008, INPES (3 spots TV, affiches).
« Ne laissez pas le tabac décider pour vous », 2008, INPES (2 spots TV, affiches, cartes postales, flyer, site Internet).
« La discothèque : une campagne pour accompagner l'interdiction de fumer avant et après le 1er janvier 2008 », 2008, CNCT (spot TV).
« Le téléphone au volant », 2008, Sécurité routière (spot TV).
« Sécurité routière, tous responsables », 2008, Sécurité routière (spot TV, 8 spots radio, presse écrite, internet).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Le gilet et le triangle », 2008, Sécurité routière (affiches, spot radio).
« Soufflez, vous saurez », 2008, Sécurité routière (affiches, 5 spots radio).
« Sécurité aux abords des chantiers », 2008, Sécurité routière (affiches).
« Sortez, revenez », 2008, Sécurité routière (affiches).
« Semaine de la sécurité routière », 2008, Sécurité routière (affiches, 4 spots radio).
« Sam, le conducteur désigné sobre » , 2008, Sécurité routière (affiches, 3 spots radio).
« Cancers, il y a des moyens pour agir », 2008, INCa (4 spots TV, presse écrite, internet)
« Soleil, mode d'emploi », 2008, INCa (spots TV, presse écrite, affiches, cartes postales, dépliants).
« Dépistage organisé du cancer du sein : « Dès 50 ans, c'est tous les 2 ans » », 2008, INCa (spots radio, affiches, affichettes, cartes postales, presse écrite).
« Le plus souvent, dépisté à temps, un cancer colorectal n'est pas méchant », 2008, INCa (spot TV, 2 spots radio, presse écrite, affichettes).
« Contre le cancer, la Ligue », 2008, Ligue contre le cancer (2 spots TV, internet).
« Choisir sa contraception », 2008, INPES (3 spots TV, 3 spots radio, internet).
« Tabac : quand on sait, c'est plus facile d'arrêter », 2008, INPES (4 spots radio, affiches, internet, presse).
« Les intoxications au monoxyde de carbone », 2008, INPES (2 spots radio, presse, dépliant, affiches)
« La prévention des incendies domestiques », 2008, INPES (affiches, dépliant).
« La santé à tout âge », 2008, INPES (28 spots TV).
« Passeport dépistage », 2008, Ligue contre le cancer (affiches).
« Baignade : avez-vous les bons réflexes ? », 2009, INPES (brochure et affiche).
« Pour améliorer la qualité de l'air intérieur : aérez », 2009, INPES (brochure, spot radio).
« Les intoxications au monoxyde de carbone concernent tout le monde. Les bons gestes de prévention aussi », 2009, INPES (dépliant, affiche, 4 spots radio, site Internet).
« Accident vasculaire cérébral : n'attendez pas pour composer le 15 », 2009, INPES (affiche).
« Contraception : une nouvelle campagne qui s'adresse aux femmes... et aux hommes », 2009, INPES (2 spots TV, 3 spots radio, Internet).
« Drogues : ne fermons pas les yeux », 2009, INPES (4 spots TV, 3 spots radio, site Internet).
« Vaccination grippe A », 2009, INPES (spot TV, spot radio, presse).
« Aider les Français à choisir leurs aliments », 2009, INPES (dépliants, 3 spots TV, presse, Internet).
« Et vous, vous en êtes où avec le préservatif ? », 2009, INPES (5 spots TV).
« Un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme », 2009, INPES (spot TV, affiches, 3 spots radio, guide).
« Vous êtes enceinte et vous souhaitez arrêter de fumer ? », 2009, INPES (affiche et dépliant).
« Dans votre combat pour arrêter, chaque cigarette non fumée est une victoire », 2009, CNCT (affiches).
« Les dossiers de la route », 2009, Sécurité routière (20 spots TV).
« Le rescapé », 2009, Sécurité routière (spot TV).
« Vies sauvées », 2009, Sécurité routière (affiches).
« Sam, celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas », 2009, Sécurité routière (affiches, 4 spots radio).
« Pour un nouveau regard », 2009, INCa (spots TV, internet).
« Le plus souvent, dépisté à temps, un cancer colorectal n'est pas méchant », 2009, INCa (spot TV, presse écrite, affichettes, cartes postales).
« Octobre rose : dépistage du cancer du sein », 2009, INCa (spots radio, presse féminine, spots TV, affichettes).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Contre le cancer, faut se bouger », 2009, Ligue contre le cancer (affiches, guides, spots TV, presse écrite, cartes postales, internet).
« Adoptons les gestes qui nous protègent », 2009, INPES (spots TV, spots radio, presse, affiches, internet).

**2010**

« Profiter des beaux jours en toute sérénité », 2010, INPES (spot radio).
Campagne de 2010 : « faites-vous dépister » (sida), INPES (spot TV, affiche, brochure).
Campagne de 2010 : « les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts », CNAMTS.
« Aider les Français à savoir où ils en sont avec l'alcool", 2010, INPES (3 spots radio, site Internet).
« Contraception : filles et garçons, tous concernés », 2010, INPES (4 spots TV et 2 spots radio).
« Virus de l'hiver : avec ou sans les mains ? », 2010, INPES (spot TV).
Campagne de promotion de l'activité physique : « Bouger au quotidien » », 2010, INPES (spot TV, affiches).
« Une campagne de communication pour rappeler les risques du tabagisme actif et promouvoir l'arrêt du tabac », 2010, INPES (2 spots TV, 6 spots radio, affiche).
« Mobilisation contre les dangers de l'alcool sur la route », 2010, Sécurité routière (3 spots TV, 7 spots radio).
« On ne fera jamais mieux comme équipement de sécurité dans une voiture », 2010, Sécurité routière (affiches).
« Réflexe éthylotest », 2010, Sécurité routière (affiches).
« Double sens cyclable », 2010, Sécurité routière (affiches, flyer).
« Deux-roues motorisés », 2010, Sécurité routière (affiches, 4 spots TV, internet, guide).
« Nous pouvons tous arrêter cela, alors faisons-le ! », 2010, Sécurité routière (7 spots TV).
« Ville en cendres », 2010, CNCT (affiches).
« Brisons le cercle », 2010, CNCT (spot TV).
« Une équipe hors du commun autour du spot « brisons le cercle » » , 2010, CNCT (spot TV).
« Zizi graffiti », 2010, AIDES (internet).
« Neuf héros ordinaires », 2010, INCa (9 spots TV).
« Dépistage du cancer colorectal », 2010, INCa (spots TV, spots radio, presse écrite, affichettes).
« Octobre rose : dépistage du cancer du sein », 2010, INCa (4 spots radio, internet, affiches).
« Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus », 2010, INCa (spot radio, presse écrite, dépliants, internet).
« Contre les drogues, chacun peut agir », 2010, INPES (3 spots TV, presse écrite, internet).
« Faites passer le message » (sida), 2010, INPES (affiches).
« EFCC : Equipe de France contre le cancer », 2010, Ligue contre le cancer.
Campagne sur les IST, 2011, INPES, diffusion de spots sur Internet.
« Il existe d'autres moyens de contraception », 2011, INPES (spot TV, affiches, presse, Internet).
« Pour continuer à mener cette vie, les industriels du tabac ont besoin de la vôtre », 2011, CNCT (spot TV).
« Maintenant, vous savez », 2011, Sécurité routière (3 spots TV).
« Insoutenable », 2011, Sécurité routière ( 2 films TV de 2 et 5 mn).
« Quand on tient à quelqu'un, on le retient », 2011, Sécurité routière (affiches, 2 spots TV, 4 spots radio).
« Les conducteurs dangereux », 2011, Sécurité routière (2 spots TV).


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

« Un cyclo débridé, c'est un ado en danger », 2011, Sécurité routière (affiches).
« Avant de monter dessus, apprenez à le maîtriser », 2011, Sécurité routière (affiches, flyer).
« Changeons de regards sur les cancers », 2011, Institut national du cancer (2 spots TV, affiches).
« Je suis une personne, pas un cancer », 2011, INCa ( affiches, 2 spots TV).
« Mars bleu : dépistage du cancer colorectal », 2011, INCa (spot TV, spot radio, presse, internet).
« Octobre rose : dépistage du cancer du sein », 2011, INCa (spots TV, spots radio, presse, internet).
« Dépistage du cancer du col de l'utérus », 2011, INCa (spots radio, affichettes, dépliants, internet).
« Campagne d'information « cancer info » », 2011, INCa (spots radio, presse, affiches, internet).
« Boire trop, des sensations trop extrêmes », 2011, INPES (spots TV).
« Campagne anti-tabac : objectif sevrage », 2011, INPES (spot TV, 6 spots radio, affiches).
« Boire un peu trop tous les jours, c'est mettre sa vie en danger », 2011, INPES (spot TV , presse écrite, internet).
« Bouger 30 minutes par jour, c'est facile » 2011, INPES (spot TV, dépliant, brochure, affiches).
Vaccination contre la rougeole », 2011, INPES (spot radio, presse, internet).
« Dépistage du VIH », 2011, INPES (spots TV, affiches, internet).
« Contre les drogues, chacun peut agir », 2011, INPES (rediffusion spot TV de 2010, internet).
« Choisir sa contraception », 2011, INPES (spot TV, presse, brochure).
« Prévention sur les infections virales saisonnières », 2011, INPES (spot TV).
« Promouvoir un habitat sûr et sain », 2011, INPES (spots radio, guide, internet).
« Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone », 2011, INPES (reconduction de la campagne de 2010).
« Professeur Pourquoi (risques solaires) », 2011, INPES (spot radio, presse, internet).
« Pour un été en toute sécurité (baignade) », 2011, INPES (affiches, brochure).
« Protéger son ouïe, c'est protéger la musique qu'on aime », 2011, INPES (internet, dépliant, affiches).
« Tueurs payeurs » (contre l'industrie du tabac), 2011, Ligue contre le cancer.


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 2 : grille d'entretien

Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de votre parcours, afin de mieux comprendre comment vous en êtes arrivé à participer à cette campagne.

**Question de départ :**

Pourriez-vous me parler du moment où vous êtes arrivé à participer au projet de cette campagne publicitaire, au tout début ?

**Thèmes à aborder :**

*1/ la prise de contact et l'entrée dans l'espace décisionnel*

A-t-il été contacté personnellement pour participer à la campagne ? Si non, qui a été contacté, et comment en est-il arrivé à participer alors à cette campagne ? Comment lui a été présenté ce projet de campagne publicitaire, et par qui ? Quels acteurs ont été rencontrés ? Les connaissait-il auparavant ? Quelles connaissances antérieures du sujet traité dans cette campagne avait-il ? Avait-il déjà participé à des productions publicitaires (ne concerne évidemment pas les publicitaires) ? Quel rôle pensait-il avoir à jouer à ce moment-là dans la campagne, et pourquoi ? Quel est l'objectif qu'il poursuivait en participant à cette production, et quelles étaient ses attentes ? En quoi se sent-il concerné par cette campagne, par cette production publicitaire à réaliser ? Quel est, selon lui, le rôle que les autres acteurs ont à jouer au cours de cette production ?

*2/ le déroulement du processus décisionnel*

Où se sont déroulées les rencontres entre les différents acteurs ? Combien de personnes participaient à ces réunions ? Quelle était la fréquence de ces réunions ? A-t-il participé à l'ensemble des réunions, et si non pourquoi ? Comment s'est déroulée la première réunion ? Quels sont les nouveaux acteurs qui sont intervenus au cours des négociations, et quel rôle ont-ils tenu au cours de la négociation ?

*Puis, pour chaque élément de la production publicitaire :*

Comment s'est fait le choix de cet élément ? Qui l'a proposé ? Quelles étaient les autres propositions faites, et par qui ? La négociation a-t-elle été difficile, et si oui, à cause de qui, et sur quel élément portait le désaccord ? Pourquoi les autres propositions n'ont-elles finalement pas été retenues, qui s'y est opposé, et pour quelles raisons ? Ce refus lui semble-t-il fondé ? Etait-il prêt à négocier certains choix ou était-il catégorique sur le fait d'utiliser cet élément ? Quel rôle a-t-il joué dans le choix de cet élément, et quel est, selon lui, l'intérêt de choisir cet élément ? Comment se sont faits les ajustements entre les différents acteurs (sur quoi chacun était-il prêt à négocier, sur quoi chacun était-il intangible) ?

*3/ le résultat produit*

Le résultat correspond-il à ce qu'il s'imaginait au départ ? Qu'en pense-t-il ? Le message à transmettre lui semble-t-il explicite au travers de cette production publicitaire ? A-t-il la sensation d'avoir été entendu au cours des négociations, ses remarques lui semblent-elles avoir été prises en compte ? *A posteriori*, que souhaiterait-il changer sur cette production publicitaire ? A-t-il eu des échos sur cette production publicitaire, et si oui, de la part de qui ?

*4/ bloc socio-démographique*

Sexe, âge, origine sociale (profession et/ou études suivies).



© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 3 : Affiche de la campagne du CCOMS




© 2013 Tous droits réservés.


http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 4 : 1ère proposition refusée (CCOMS)





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 5 : 2ème proposition refusée (CCOMS)




© 2013 Tous droits réservés.



http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 6 : affiche version « Campagne d'intérêt général » (CCOMS)





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 7 : Affiche sida 2004




© 2013 Tous droits réservés.



http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 8 : Affiche sida 2005




Conseil Général Département du Nord
Région Nord Pas de Calais
Ville de Lille
Liberté • Égalité • Fraternité
République Française
DDASS du Nord

© 2013 Tous droits réservés.


http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 9 : Affiche sida 2006





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 10 : Affiches de la campagne sida de 2007





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

# Annexe 11 : Exemples d'affiches de la campagne sida de 2008





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr





© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr

© 2013 Tous droits réservés.

http://doc.univ-lille1.fr

**Résumé :**
Si la communication en santé existe en France depuis au moins le XIX[e] siècle, le développement des « *mass media* » dans les années 1970 a conduit à une multiplication de ces campagnes, qui diversifient également les thématiques abordées. Ce travail s'attache à comprendre les ressorts de ces campagnes, en analysant la manière dont elles se construisent et s'inscrivent dans une société donnée.
L'analyse repose sur trois campagnes médiatiques de santé publique, réalisées en France entre 2005 et 2007 : deux campagnes nationales sur la santé mentale et une troisième campagne, régionale, sur le sida.
L'analyse proposée se fait à un niveau méso-social, à l'intersection des déterminants macro-sociaux et des considérations micro-sociales qui vont modeler la campagne et ses messages, jusqu'à leur diffusion dans l'espace public. Le caractère macro-social se reflète dans la manière dont une thématique de santé va s'intégrer au domaine de la santé publique, en comprenant certaines caractéristiques du contexte socio-politique ; la dimension micro-sociale, elle, renvoie aux agissements des protagonistes de ces campagnes, qui vont se rencontrer, négocier et tenter d'agir en fonction de leurs propres intérêts. C'est dans la rencontre de ces éléments que s'élaborent ces campagnes de santé publique, dans un contexte où la santé publique se définit tout en s'inventant. En dernier lieu, c'est la construction sociale des subjectivités, la manière dont le pouvoir tente de définir le rapport de l'individu à son corps qui s'exprime au travers de ces campagnes, avec en substrat des luttes symboliques pour une reconnaissance par le « champ politique ».

**Mots clefs** : santé publique, communication, santé mentale, sida, gouvernementalité, champ politique.

**Summary :**
Health communication does exist in France since, at least, the 19th century. However, because of the development of the « mass media » in the seventies, multiplication of those campaigns and diversification of their themes have occurred. The aim of this work is to understand the mechanisms underlying those campaigns in analysing how they were designed and how they have a meaning in a society.
The analysis rests on three media campaigns performed in France between 2005 and 2007: two national campaigns on mental health and a third regional one on AIDS.
The analysis was performed at a mesosocial level, at the intersection between macrosocial determinants and microsocial considerations that both influenced the design of the campaign, its messages and its diffusion in the public space. The macrosocial characteristic is reflected in the way a health theme is integrated in public health, comprising some features of the socio-political context; the microsocial dimension refers to the actions of the protagonists of these campaigns who will meet, negotiate and try to act in the light of their own interests. The campaigns of public health will result from the crossing of those elements, in a context where public health defines while still inventing itself. Lastly, social building of subjectivities, the way power tries to define the relationship between the person and his body, is expressed through these campaigns, with, in background, symbolic fights for recognition by the "political field".

**Keywords:** public health, communication, mental health, AIDS, governmentality, political field


© 2013 Tous droits réservés.
http://doc.univ-lille1.fr