Collection
SANTÉ ET SOCIÉTÉ

# Les MÉDIAS et la SANTÉ

## De l'émergence à l'appropriation des normes sociales

Sous la direction de
**Lise RENAUD**

Presses de l'Université du Québec

# Les MÉDIAS et la SANTÉ

# Avis au lecteur

Les textes intégraux des études présentées dans cet ouvrage peuvent se retrouver sur le site Internet du Groupe de recherche Médias et santé : www.grms.uqam.ca.

Dans ce document, les auteurs sont présentés en ordre de participation à la recherche. De plus, la forme masculine est utilisée sans aucune intention discriminatoire et uniquement dans le but de faciliter la lecture.

**Confidentialité** – Les données acquises auprès des différentes populations ont été codées dans le but qu'il soit impossible à un observateur externe d'assigner un nom aux résultats.

**Droit de retrait** – Tous les participants ont été informés de leur implication dans la recherche ainsi que de l'utilisation des données en toute confidentialité. Dans chacun des projets de recherche, les participants étaient libres de s'engager ou non et de se retirer à tout moment sans subir de préjudices.

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone : 418-657-4399 • Télécopieur : 418-657-2096
Courriel : puq@puq.ca • Internet : www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

**CANADA et autres pays**
PROLOGUE INC.
1650, boulevard Lionel-Bertrand
Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Téléphone : 450-434-0306 / 1 800 363-2864

**SUISSE**
SERVIDIS SA
Chemin des Chalets
1279 Chavannes-de-Bogis
Suisse

**FRANCE**
AFPU-DIFFUSION
SODIS

**BELGIQUE**
PATRIMOINE SPRL
168, rue du Noyer
1030 Bruxelles
Belgique

**AFRIQUE**
ACTION PÉDAGOGIQUE
POUR L'ÉDUCATION ET LA FORMATION
Angle des rues Jilali Taj Eddine
et El Ghadfa
Maârif 20100 Casablanca
Maroc

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

*Sous la direction de*
**Lise RENAUD**

# Les MÉDIAS et la SANTÉ

## De l'émergence à l'appropriation des normes sociales

Ont collaboré à cet ouvrage

**Sandra Aubé • Sylvie Beaulieu • Monique Caron-Bouchard • Xiaoye Chen
Serge Chevalier • Catherine Des Rivières-Pigeon • Sylvie Louise Desrochers
Laurette Dubé • Sahar El Shourbagi • Jérôme Elissalde • Louis Gagnon
Judith Gaudet Alain Girard • Mauricio Gomez-Zamudio • Marie Claude Lagacé
Jean-Philippe Laperrière • Danielle Maisonneuve • Guillaume Martel • Karl J. Moore
Colette Noiseux • Marie-Claude Pelletier • Geoffroy Renaud-Grignon
Carmen Rico de Sotelo • Pierre Sercia • Christine Thoër**

**2010**

**Presses de l'Université du Québec**
Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales

(Collection Santé et société)

Comprend des réf. bibliogr.

Comprend du texte en anglais.

ISBN 978-2-7605-2423-1

1. Santé dans les médias. 2. Santé publique - Normes. 3. Médias - Influence. 4. Promotion de la santé. 5. Santé dans les médias - Québec (Province). I. Renaud, Lise. II. Collection : Collection Santé et société.

P96.H43M42 2010 070.4'49613 C2009-942491-6

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à l'aide financière de la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC).

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce au soutien financier du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

**Intérieur**

Coordination de l'édition : Sylvie Louise Desrochers

Soutien à l'édition : Jérôme Elissalde, Marie-Eve Drolet, Anne-Marie Denault et Josée Lavallée

Révision linguistique : Sylvie Beaulieu et Louis Courteau

Traduction : Evan Light et Johanne Deller

Mise en pages : Infoscan Collette-Québec

**Couverture**

Conception : Richard Hodgson

Illustration : Annick Thoër
*Le bouillonnement des idées*, 2009, 23 × 30 cm.

**1** 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2010 9 8 7 6 5 4 3 2 **1**

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*
© 2010 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1er trimestre 2010
Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

## REMERCIEMENTS

Les membres du Groupe de recherche Médias et santé désirent remercier les organismes subventionnaires suivants: le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) qui nous ont permis de consolider le groupe, de réaliser des recherches et de diffuser ces dernières tant sur les échelles régionale et nationale qu'internationale.

Nous remercions également l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Montréal, l'Université McGill et le Collège Jean-de-Brébeuf dont le personnel permet à nos chercheurs de collaborer entre eux à travers chacune de leurs structures organisationnelles.

Nous tenons à remercier tout particulièrement nos partenaires médiatiques et de santé: l'Alliance pour l'enfant et la télévision, PasseportSanté.net, Pixcom, la Société Radio-Canada, Téléfiction, Télé-Québec, Viva Vision, ACTI-MENU, l'Association pour la santé publique du Québec, le Centre ÉPIC, la Coalition québécoise sur la problématique du poids, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, ÉquiLibre, la Fondation des maladies du cœur, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Institut national de santé publique du Québec, Kino-Québec et Objectif Mouvement Santé.

Enfin, merci à tous les personnes qui acceptent de participer à nos études. Sans elles, la recherche ne pourrait jamais être réalisée.

## LE GROUPE DE RECHERCHE MÉDIAS ET SANTÉ

Cet ouvrage résulte des efforts collectifs d'une équipe de chercheurs, provenant d'établissements différents et de diverses disciplines, qui travaillent en collaboration avec des partenaires issus du domaine de la santé ou des médias. De plus, plusieurs agents et assistants de recherche ont contribué à la collecte et à l'interprétation des données. Voici une brève description des chercheurs, du personnel et des partenaires du Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) qui ont collaboré aux études présentées dans cet ouvrage.

### CHERCHEURS

Les textes réunis ici sont le fruit des recherches effectuées au GRMS de 2007 à 2009. Au cours de cette période, les chercheurs suivants étaient membres du groupe de recherche :

**Lise Renaud**, Ph. D., est professeure au département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) où elle dirige le Groupe de recherche Médias et santé. En tant que promotrice de la santé, elle s'intéresse notamment aux médias et au lien qu'ils entretiennent avec les acteurs de santé publique. Elle s'interroge sur les mécanismes favorisant l'intégration des normes en matière de santé. Elle est l'auteure de plusieurs articles scientifiques, de manuels pédagogiques et d'ouvrages de vulgarisation.

**Monique Caron-Bouchard**, Ph. D., enseigne la sociologie au Collège Jean-de-Brébeuf de Montréal. Elle effectue des recherches dans une perspective psychosociologique, notamment dans les domaines de la santé, de l'éthique, de l'éducation, des nouvelles technologies et de la culture.

**Laurette Dubé**, Ph. D., est professeure à la faculté de management de l'Université McGill et directrice scientifique de l'initiative pour la gestion interactive de la santé, une alliance stratégique entre les facultés de management et de médecine.

**Sylvie Gagnon**, doctorante, est conseillère en promotion de la santé pour Kino-Québec au sein de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Elle s'intéresse principalement à la pratique de l'activité physique chez les jeunes.

**Judith Gaudet**, Ph. D., est professeure associée au département de communication sociale et publique de l'UQAM. Ex-productrice au contenu de la série jeunesse *Ramdam*, elle participe actuellement à l'évaluation et au développement des projets de transfert de connaissances du GRMS.

**Louise Getty**, M.Sc., est professeure à l'école d'orthophonie et d'audiologie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle a dirigé pendant dix ans l'équipe de recherche ESPACE sur les problèmes de communication chez les personnes âgées.

**Danielle Maisonneuve**, Ph. D., est professeure au département de communication sociale et publique et directrice de la nouvelle Unité de programme en communication publique de l'UQAM. Ses travaux portent notamment sur l'analyse de presse et l'incidence des communications médiatiques sur la santé publique.

**Lyne Mongeau**, Ph. D., est actuellement professeure invitée à l'Université de Montréal et chargée de projet dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

**Karl J. Moore**, Ph. D., est professeur associé à la faculté de management et au département de neurologie et neurochirurgie de la faculté de médecine de l'Université McGill. Ses analyses sont diffusées régulièrement en baladodiffusion à partir du site Web du *Globe and Mail*.

**Carmen Rico de Sotelo**, Ph. D., professeure au département de communication sociale et publique de l'UQAM. Détentrice d'un doctorat en sciences de l'information, elle s'intéresse notamment à la communication pour la santé et en lien avec le développement international.

**Pierre Sercia**, Ph. D., est professeur au département de kinanthropologie de l'UQAM. Titulaire d'un doctorat en éducation comparée, il s'intéresse à l'éducation à la santé ainsi qu'aux éléments qui facilitent ou freinent la pratique de l'activité physique au sein de différentes communautés culturelles.

**Christine Thoër**, Ph. D., est professeure au département de communication sociale et publique de l'UQAM. Sociologue de formation et spécialiste de l'étude de l'Internet santé, elle travaille notamment sur l'utilisation par les adolescents et les jeunes adultes des médicaments hors cadre médical.

**Yannik St-James**, Ph. D., est professeure au service de l'enseignement du marketing de HEC Montréal. Spécialiste du comportement du consommateur, elle s'intéresse aux dimensions culturelles et expérientielles de la consommation, tout particulièrement dans le secteur de l'alimentation.

## AGENTS DE RECHERCHE DU GRMS

Sylvie Beaulieu, B.A. ; Sylvie Louise Desrochers, M.Sc. ; Jérôme Elissalde, M.Sc. ; Guillaume Martel, M.A.

## ÉTUDIANTS

**Post-doctorat** : Sahar El Shourbagi, Ph. D.

**Doctorat** : Xiaoye Chen, M.A. ; Alain Girard, M.A. ; Marie Claude Lagacé, MBA ; Jean-Philippe Laperrière, M.A. ; Katia Vianou, M.Sc.

**Maîtrise** : Sandra Aubé, B.A. ; Véronique Déry, M.A. ; Pierre-Luc Lortie, M.A. ; Sophie Pillarella, M.A. ; Geoffroy Renaud-Grignon, B.A. ; Yannick Richer, M.A.

## PARTENAIRES DE SANTÉ

**ACTI-MENU**

Organisme sans but lucratif dont le mandat est d'élaborer et de mettre en œuvre des campagnes portant sur l'éducation en matière de santé et de marketing social, pour le grand public et les professionnels de la santé. Louis Gagnon et Marie Claude Pelletier d'ACTI-MENU ont contribué à cet ouvrage.

**Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)**

Regroupement autonome, multidisciplinaire et sans but lucratif contribuant à la promotion, à l'amélioration et au maintien de la santé et du bien-être de la population québécoise, l'ASPQ entretient également des liens avec les communautés de santé publique canadienne et internationale.

**Centre ÉPIC**

Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de Cardiologie de Montréal orchestrant des interventions de prévention dans la communauté.

**Coalition québécoise sur la problématique du poids (CQPP)**

Organisme ayant pour mission de revendiquer des politiques publiques qui contribueront à modifier les environnements afin de les rendre favorables à une saine alimentation, à la pratique régulière d'activité physique ainsi qu'à une perception réaliste de ce qu'est un poids sain, un corps et un esprit en santé.

**Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP)**

Organisme dont le mandat consiste à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer les interventions faisant la promotion de la santé, du bien-être et du développement social de la communauté. Serge Chevalier de la DSP a contribué à cet ouvrage.

**ÉquiLibre**

Organisme communautaire voué à la promotion du concept du poids-santé et de « la santé à n'importe quel poids ».

**Fondation des maladies du cœur du Québec**
Organisme charitable dont le mandat est de défendre la cause de l'éducation et de la santé publique à l'aide de campagnes médiatiques.

**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) – France**
Acteur de santé publique français 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.

**Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)**
Ce centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec vise à faire progresser les connaissances et les compétences, à proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population.

**Kino-Québec**
Organisme coordonné par le gouvernement provincial et dont le mandat consiste à promouvoir l'activité physique à travers la province de Québec.

## PARTENAIRES MÉDIATIQUES

**Société Radio-Canada, Télé-Québec :** Télédiffuseurs et programmeurs d'émissions télévisuelles. Colette Noiseux de Télé-Québec a contribué à cet ouvrage.

**Pixcom, Téléfiction, Viva Vision :** Producteurs d'émissions (téléromans, affaires publiques, divertissement). Ces partenaires médiatiques possèdent une expertise pertinente et un accès direct aux produits médiatiques.

**Alliance pour l'enfant et la télévision :** Organisation non gouvernementale qui offre des activités de promotion, de reconnaissance et de formation pour enrichir le contenu télévisuel destiné aux enfants.

**PasseportSanté.net** : Portail Internet dont la mission est d'offrir au grand public des renseignements et des solutions pratiques, fiables et accessibles, en matière de santé.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... VII

LE GROUPE DE RECHERCHE MÉDIAS ET SANTÉ ..... IX

**INTRODUCTION** ..... 1

**CHAPITRE 1 Un modèle théorique du façonnement des normes sociales ..... 7**

1.1 Un modèle dynamique interactif écosocial pour mieux comprendre l'apport des médias dans le façonnement des normes sociales en matière de santé ..... 9

1.2 L'application du modèle dynamique interactif : le cas de la tentative de déménagement du Casino de Montréal ..... 31

1.3 Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel : un examen de leur instauration ..... 53

**CHAPITRE 2 L'émetteur initial ..... 73**

2.1 Effects of Social Alliances on Corporate and Brand Equity: Comparisons with Philanthropic and Promotional CSR ..... 75

2.2 Comment promouvoir la santé en contexte de fiction télévisuelle jeunesse ? Bilan des connaissances et étude de cas de la série *Ramdam* ..... 101

**CHAPITRE 3 L'émetteur-relais : les médias ..... 117**

3.1 La campagne médiatique du *Défi Santé 5/30* : un ciblage en mouvance ..... 119

3.2 Les sources scientifiques et profanes dans les médias : leur rôle dans la construction des normes sociales en santé ..... 139

3.3 Les stratégies publicitaires qui plaisent aux jeunes : une présence accrue sur les chaînes jeunesse ..... 163

3.4 Les moyens de communication de masse : éléments de l'environnement pouvant favoriser la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle ..... 173

3.5 Les messages d'activité physique et d'alimentation : que nous offrent les médias québécois ? ..... 181

3.6 Les graffitis liés au domaine de la santé en Uruguay : potentialités d'évocation dans l'arène symbolique ..... 191

**CHAPITRE 4 Le récepteur.....201**

4.1 L'impact d'un site Internet dans une campagne de promotion de la santé : le *Défi Santé 5/30*.....203

4.2 La perception des messages et l'utilisation d'Internet en regard de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique dans la population québécoise .....221

4.3 La construction des savoirs relatifs aux médicaments sur Internet : étude exploratoire d'un forum sur les produits amaigrissants utilisés sans supervision médicale.....239

4.4 Les interventions personnalisées par courrier électronique favorisent-elles la cessation tabagique ? .....267

4.5 La transformation des pratiques et les représentations alimentaires chez les enfants maghrébins issus de l'immigration récente.....281

4.6 L'efficacité de la télévision comme source d'information et véhicule d'une norme de participation sociale pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.....307

4.7 L'utilisation des médias francophones du Québec et la perception des messages sur la santé, l'alimentation et l'activité physique : résultats de sondages dans la population québécoise.....323

4.8 Les téléspectateurs en quête d'informations santé : exploration des attentes des téléspectateurs à partir de deux études terrain sur l'information santé dans les émissions de services.....343

4.9 Sur le terrain des jeunes : une étude de l'impact de l'émission *Tactik* sur le façonnement de la norme en matière d'activité physique chez les jeunes.....363

**CHAPITRE 5 Les interactions entre les acteurs sociaux.....387**

5.1 La gestion complexe des partenariats lors d'une campagne de promotion de la santé .....389

**CHAPITRE 6 La mobilisation et la valorisation des connaissances .....407**

6.1 Les démarches de circulation des connaissances : mobilisation et valorisation des connaissances .....409

# INTRODUCTION

# INTRODUCTION

Lise Renaud, Ph. D.

En 2007, le Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) a publié l'ouvrage intitulé *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* dans la collection « Santé et société » aux Presses de l'Université du Québec. Surpassant nos attentes, ce livre a acquis une grande popularité auprès de nos partenaires, d'une part, qui l'ont fait circuler dans leurs réseaux respectifs et, d'autre part, auprès de chercheurs et de praticiens régionaux, nationaux et internationaux. Ce succès nous incite à récidiver et à publier les résultats des recherches effectuées au GRMS au cours des deux dernières années, soit de 2007 à 2009. Notre questionnement porte sur la manière dont les médias contribuent à la naissance et au renforcement des normes sociosanitaires.

Les modèles socioenvironnementaux de santé et de bien-être postulent que les médias sont des sources importantes d'influence sociale et de socialisation pour les personnes et les familles. Pour leur part, les décideurs et les intervenants en santé publique se questionnent sur le rôle joué par les médias dans le façonnement des normes en matière de santé. Cependant, très peu de recherches ont analysé le façonnement médiatique des normes sociales spécifiquement liées à la santé et au bien-être. Notamment, l'effet des prises de décision des différents agents sociaux (industriels, politiciens, leaders d'opinion, etc.) sur la transmission des messages et, à l'inverse, la façon dont les médias influencent ces agents a été peu investiguée. Ces circuits d'influence réciproque, leurs effets sur la nature des messages émis et reçus, ainsi que sur les normes de santé, sont au cœur de notre préoccupation de recherche.

L'**objectif général** de cet ouvrage consiste à présenter les études des membres du GRMS qui tentent de cerner davantage les mécanismes sous-jacents expliquant les processus médiatiques qui façonnent les normes sociales. Nous nous intéressons plus particulièrement aux normes relatives à la nutrition et à l'activité physique, et ce, à travers un éventail d'émetteurs initiaux (industrie agroalimentaire ou de l'activité physique), d'émetteurs-relais (diffuseurs, scénaristes, journalistes, médias électroniques et écrites), et de récepteurs de ces messages (divers sous-groupes de la population ayant des caractéristiques particulières). D'autres thématiques de santé sont également abordées dans ce livre.

La première partie de cet ouvrage discute de notre **réflexion théorique** sur les normes et la santé ainsi que sur la façon dont les médias contribuent à les façonner. Ceci nous a amené à proposer un nouveau **modèle dynamique interactif** et à le valider à partir de deux études de cas. La première porte sur le rôle des médias dans la construction de la norme sociale relative au projet

de déménagement du Casino de Montréal dans un quartier défavorisé, alors que la seconde examine l'instauration des normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel au cours des vingt dernières années.

La seconde partie examine les **trois principaux acteurs** impliqués dans le processus de construction de la norme.

1) Les **émetteurs initiaux** sont les acteurs sociaux (organismes de santé, industries agroalimentaires, ONG) impliqués dans le processus proposant des normes en matière de santé. Deux articles traitent des différentes stratégies que peuvent mettre en œuvre divers émetteurs initiaux. Ainsi, la première étude compare les effets produits, sur la valeur de l'entreprise et celle de la marque, par différentes stratégies liées à la responsabilité sociale des entreprises, notamment en ce qui a trait à la prévention de l'obésité. Le second article s'intéresse aux avantages et aux mécanismes d'influence qu'offre la fiction éducative aux intervenants qui visent à promouvoir la santé auprès des jeunes et présente une étude de cas sur la fiction jeunesse québécoise *Ramdam*.
2) Les **émetteurs-relais** sont les « acteurs médiatiques » impliqués dans le processus de conception, de production et de diffusion des messages véhiculant des normes en lien avec la santé. Les émetteurs-relais font l'objet de six articles qui en présentent les aspects suivants :
   - une analyse de contenu du matériel médiatique diffusé lors de l'édition 2005 de la campagne de promotion de saines habitudes de vie, le *Défi Santé 5/30*, dans le but d'en évaluer la justesse et la pertinence pour le public cible ;
   - l'influence des sources scientifiques et profanes utilisées par les médias québécois dans leur traitement de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi que celle du discours de plusieurs organismes émetteurs d'information santé ;
   - les stratégies mises en œuvre par l'industrie agro-alimentaire pour rejoindre les jeunes en comparant notamment les messages publicitaires diffusés sur les chaînes de télévision jeunesse et généraliste ;
   - l'utilisation des moyens de communication de masse, tels que la télévision et les affiches, pour favoriser la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle ;
   - l'offre médiatique québécoise, tant à la télévision que dans la presse écrite, en ce qui a trait à la représentation corporelle des hommes et des femmes, ainsi qu'aux messages d'alimentation et à l'activité physique ;
   - la symbolique et la valeur de spectacle d'un échantillon de graffitis liés au domaine de la santé, observés à Montevideo en Uruguay, se révélant comme des manifestations contre-hégémoniques dans la culture.

3) Par **récepteurs**, nous entendons toute personne exposée à divers messages de santé. Plusieurs études portent sur l'impact de campagnes de promotion de la santé, tant auprès des jeunes que des adultes, et ont donné lieu à la rédaction de neuf articles. Les quatre premiers s'intéressent plus particulièrement à l'Internet santé :
   - l'utilisation et l'impact médiatique du volet Internet de la campagne *Défi santé 5/30* qui consistait en une offre d'information et un accompagnement soutenant l'implication personnelle dans un défi santé ;
   - les résultats d'un sondage portant sur l'utilisation d'Internet par la population québécoise en regard des thèmes de santé, d'activité physique et d'alimentation et sa perception des messages actuels sur ces thématiques ;
   - la construction des savoirs reliés aux médicaments pour maigrir dans les forums sur Internet, lorsque les produits sont consommés hors supervision médicale, et le positionnement des participants à l'égard de l'expertise biomédicale ;
   - la participation des fumeurs québécois à la campagne de cessation tabagique, le *Défi J'arrête J'y gagne !*, dans laquelle Internet et le courrier électronique proposaient un accompagnement soutenant la cessation durant un an.

Les cinq autres articles tentent de décrire la compréhension des contenus médiatiques reçus en regard de la santé, ainsi que l'usage et l'appropriation de ces contenus par divers groupes. Ils examinent plus particulièrement :

- les pratiques et les représentations alimentaires, ainsi que les processus de transformation de celles-ci, chez des jeunes Maghrébins issus de l'immigration récente et installés à Montréal ;
- l'adaptation des messages télévisés, en particulier ceux des bulletins météo, dans le but de faciliter l'accès à l'information des personnes ayant une déficience intellectuelle et de favoriser leur participation sociale ;
- les résultats d'une série de sondages visant à connaître la perception des messages médiatiques sur la santé, l'activité physique et l'alimentation qu'ont les adultes québécois selon leur âge, sexe, revenu, etc.
- les attentes de la population en regard de l'information santé diffusée à la télévision, en termes de contenu, de thématique à privilégier, de formats télévisuels, de type d'animation, etc.
- l'impact de l'émission jeunesse *Tactik* sur l'adoption d'un mode de vie actif par les jeunes et sa contribution au façonnement d'une norme en matière d'activité physique.

La troisième partie cerne les **interactions entre les acteurs sociaux**, analysant les jeux d'influences entre les diverses entités qui contribuent au façonnement des normes sociosanitaires. Ainsi, les médias font office d'émetteurs-relais entre les émetteurs initiaux de normes et le public qui se les approprie. L'article qui

compose cette partie relève ces interactions, en plus de décrire les acteurs et la nature de leur implication, dans le cadre de la campagne québécoise, le *Défi Santé 5/30*. Cette dernière y est donc étudiée, cette fois, sous l'angle de la gestion complexe des partenariats.

Enfin, dans la dernière partie, nous exposons notre vision de la **mobilisation des connaissances** réalisée avec les partenaires de santé et médiatiques du GRMS. Ce processus a permis d'offrir des pistes d'action aux partenaires désireux d'intervenir efficacement avec les médias dans la sphère socioenvironnementale de la santé. Cette expérience est décrite dans le dernier article de cet ouvrage.

Le Groupe de recherche Médias et santé s'appuie sur les efforts collectifs d'une équipe de chercheurs et de dix-sept partenaires-terrain issus du monde de la santé et des médias (voir la liste complète des partenaires dans la section décrivant le GRMS, p. XI). Ce regroupement est unique puisqu'il présente les points de vue variés sur notre question de recherche : la façon dont les médias contribuent à la naissance et au renforcement des normes sociosanitaires. Depuis 2004, nous avons amorcé une telle collaboration entre chercheurs, partenaires médiatiques et partenaires de santé. Cette collaboration nous offre une opportunité unique d'avoir accès à leurs membres et aux différents milieux d'étude. L'expérience des dernières années a démontré la faisabilité d'un tel mode de fonctionnement entre partenaires et chercheurs. Sans leur soutien et leur questionnement, peu de recherche auraient été réalisées.

# CHAPITRE 1

## Un modèle théorique du façonnement des normes sociales

## 1.1 Un modèle dynamique interactif écosocial pour mieux comprendre l'apport des médias dans le façonnement des normes sociales en matière de santé

Monique Caron-Bouchard, Ph. D., et Lise Renaud, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Le GRMS a effectué diverses études sur la relation entre les médias et la santé. Les résultats recueillis favorisent une meilleure compréhension du processus de façonnement médiatique des normes sociales en matière de santé. Nous présentons les mécanismes qui forgent les normes en matière de santé et essayons de cerner la contribution des médias dans ce processus. Notre questionnement porte sur les rôles joués par différents agents sociaux (industriels, politiciens, leaders d'opinion, etc.) dans la transmission des messages. Nous observons aussi la façon dont les médias influencent, en retour, ces agents. Ces patterns de médiation, leurs effets sur la nature des messages émis et reçus ainsi que sur les normes de santé, se trouvent au cœur du modèle d'analyse que nous proposons.

Ce modèle s'appuie sur diverses perspectives théoriques en lien avec les communications tant interpersonnelles et organisationnelles que médiatiques. Nous nous attacherons dans un premier temps à préciser les présupposés et les points d'ancrage de notre réflexion. C'est sans prétention que nous présentons ce travail (*work in progress*) à l'origine d'un modèle qui constitue un cadre d'interprétation du phénomène de façonnement des normes par les médias. Dans un deuxième temps, nous soumettons ce même modèle aux épreuves de l'examen empirique, au moyen d'études de cas présentés dans les chapitres subséquents.

**ABSTRACT**

The Media and Health Research Group (GRMS) conducted a number of studies on the relationship between the media and health. The results of this research help developing an understanding of ways in which the media give shape to social health norms. Here, we examine the mechanisms by which health norms are forged as well as the contribution of the media to these processes. Our questioning touches on the roles played by various social actors (the industry, politicians, opinion leaders, etc.) in message transmission and the media's influence on these stakeholders. These mediation patterns and their effects on the nature of messages emitted and received as well as on health norms are the focus of the analytical model we advance.

This model relies on diverse theoretical perspectives related to interpersonal, organizational, and media-related communications. First, we describe the assumptions and anchor points of our reflection. With no qualms, we present the work-in-progress that has allowed us to develop this model as a framework for interpreting the phenomenon of media-shaped social norms. Next, we subject this model to empirical tests through the case studies which make up some of the following chapters.

## INTRODUCTION

La prolifération exponentielle des médias dans notre société postmoderne, la variété des contenus et des formats qu'ils diffusent et leur personnalisation en fonction des cibles visées, nous incitent aujourd'hui à développer une nouvelle perspective théorique susceptible de nous aider à mieux comprendre la complexité de la réalité et le processus de façonnement des normes sociales, notamment dans le domaine de la santé. Le présent article propose un modèle théorique exploratoire aidant à interpréter, comprendre et cerner la complexité de la réalité, à identifier les acteurs sociaux et les instances qui interviennent dans ce processus de façonnement des normes en matière de santé, ainsi que les nombreux enjeux soulevés, leurs interrelations et leurs connectivités. Ce modèle repose sur notre compréhension des théories sociologiques et de la communication développées par divers auteurs et sur une réflexion, fruit de plusieurs études menées sur le terrain par notre groupe de recherche.

Le développement de cette perspective théorique exige, dans un premier temps, de prendre en considération un certain nombre de prémisses. Le façonnement des normes colportées par les médias en matière de santé est la résultante d'un processus particulièrement complexe. Mais il s'agit ici de cerner les mécanismes médiatiques par lesquels les normes sont véhiculées, c'est-à-dire l'infrastructure et l'architecture de la dynamique interactive en place dans une telle opération, lesquelles sous-tendent la médiation entre diverses instances (acteurs individuels, collectifs, institutionnels). Ce modèle théorique porte un regard sur les interactions et les modalités de médiation qui se manifestent tout au long du processus de façonnement des normes par les médias. Cependant, il n'analyse ni les systèmes d'information (dans le sens technique du terme), ni les stratégies en promotion de la santé. Il n'entend pas non plus examiner l'aspect psychosociologique des messages santé, c'est-à-dire la réception des messages, leur contenu, ou encore leur impact sur les différents auditoires. Le modèle théorique ne s'intéresse pas enfin à la panoplie des stratégies en promotion de la santé (éducation à la santé, développement communautaire, etc.) et ceci, non par manque d'intérêt, mais plutôt parce qu'il repose sur un choix : celui d'approfondir l'une des stratégies existantes, à savoir le processus en lien avec la stratégie de communication médiatique.

## PRÉMISSES À L'ÉLABORATION DU MODÈLE THÉORIQUE

Les quelques prémisses à l'élaboration de ce modèle théorique s'appuient sur différents concepts (de santé et de normes sociales en matière de santé[1]), dont il convient de rappeler certaines composantes. Diverses théories sociologiques et de la communication développées au XX$^{e}$ siècle concourent également à

[1] Ces concepts sont présentés en détail dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 19-57.

fournir des éléments d'explication du processus de façonnement des normes en matière de santé dans la société. Qu'entendons-nous par santé, par norme et par communication ?

## La santé

### *La définition de la santé*

Le concept de santé défini par Contandriopoulos (1999) inclut quatre dimensions concomitantes : l'adaptation de la vie à son environnement ; le bonheur et le bien-être ; l'absence de maladies ainsi que les conceptions et représentations sociales de la santé. Le concept de santé renvoie donc tant à l'individualité par les actions qu'il fédère (le « je »), qu'au collectif (le « nous »), puisqu'il s'inscrit dans un environnement composé entre autres de la famille, de l'école, du milieu du travail, des médias, etc.

La santé est également perçue comme une valeur commune : « dans les sociétés occidentales, [elle] est devenue une des valeurs centrales et conserver sa santé en faisant du sport, des régimes, en modifiant ses habitudes alimentaires, son hygiène de vie constitue des normes de vie superposées aux normes établies par la médecine » (Fond-Harmant et Tal Dia, 2008, p. 60).

### *L'évolution de la santé : de la santé clinique à la santé publique*

Pour mieux situer ce que constitue l'approche santé et saisir l'évolution du concept de santé publique/santé clinique et de la conception de la santé comme bien individuel versus bien collectif (tel qu'observé au cours de l'histoire), nous nous référons à quatre modèles de prévention voisins, proposés par Dozon (2001). Il s'agit du modèle magico-religieux (où la maladie et les épidémies renvoient à un univers de croyances supra naturelles et à l'invisible), du modèle de la contrainte profane (qui réfère à un univers où le sacré et le profane cohabitent, sans coupure franche), du modèle pastorien (qui repose sur le dépistage et la vaccination massive dans les collectivités), et du modèle contractuel (où l'approche interventionniste dans le domaine de la santé devient plus systématique, et cela, tant en promotion qu'en prévention).

Actuellement, la santé publique se réfère aux modèles tant pastorien que contractuel et propose des normes de bonnes conduites comme le suggère l'emploi des vocables « hygiène » ou « prévention » (Fassin, 2001). La santé publique véhicule une valeur individuelle étant associée à un bien personnel et une valeur collective puisqu'elle est liée à un bien public, supérieur et commun. On est ainsi en présence d'un individu présenté comme un acteur responsable qui doit se prendre en charge tandis que l'État et les instances institutionnelles sont garants de la santé collective.

La santé publique opère avec différentes instances pour relayer les habitudes et les conduites de vie tant coercitives, prescriptives que suggestives. Ces instances peuvent être liées à des organismes de santé privés ou publics (ONG, cliniques privées, centres communautaires, hôpitaux, etc.) et à des instances éducatives, familiales ou économiques. En bref, il appert que les interventions rattachées au façonnement de la norme s'inscrivent dans une approche écologique, notamment au niveau micro (individu), méso (membres du milieu de vie) et macro (membres de l'environnement global).

## La norme

### *La définition de la norme*

La norme est un concept-clé dans l'étude et la connaissance du social. Diverses disciplines et de nombreux auteurs (entre autres, Durkheim, Weber, Pareto, Parson, Homans et Opp) se sont d'ailleurs attardés à la définir, à débattre des façons dont elle régule l'action sociale et à analyser ses multiples manifestations. Cela explique qu'il n'existe pas une définition unique du terme « norme » (Renaud, 2007, p. 20). Ces auteurs ont cependant tous insisté sur la nécessité d'une adhésion aux normes pour assurer le fonctionnement de la société (Riutort, 1996).

Homans (1974) définit la norme comme un énoncé spécifiant le comportement précis qu'un ou (que) certains individus doivent observer dans des circonstances données ; ce comportement est attendu en premier lieu par la personne qui émet la norme. « Ce que j'attends de toi est ce que tu devrais faire » (traduction libre, Homans, 1974, cité dans Renaud, 2007, p. 48).

Opp (2001), quant à lui, stipule qu'une norme existe si un comportement est régulier, si une déviation par rapport à la régularité du comportement fait l'objet d'une sanction et s'il y a une attente normative à l'égard de l'observance du comportement. Rimal et Real (2003) décrivent aussi les normes comme des codes de conduite qui sont véhiculés et compris à travers une interaction sociale.

La norme se distingue de la valeur (dont elle découle), de la croyance ou du rite, qui constituent chacun des instruments de régulation sociale. Mais alors que les valeurs sont des orientations de l'action sociale, les normes imposent des règles de comportement. Mendras (2001) et Demeulenaere (2003) précisent que les individus adhèrent nécessairement à des croyances. Celles-ci sont tenues pour vraies par ceux qui les adoptent et elles renvoient nécessairement à des normes permettant de garantir leur véracité. Quelle est la source des croyances ? Nommons entre autres :

- l'expérience directe qu'un acteur peut avoir d'une réalité dans son effort de description de celle-ci ;
- le témoignage (la confiance qu'il inspire est liée à la crédibilité et à l'autorité de son auteur).

Les normes sont multiples et elles varient dans le temps. Elles peuvent s'exprimer de façon prescriptive ou descriptive (ces normes contribuent à la formation de l'identité ou des intérêts à la base des comportements des individus), régulatrice ou constitutive (ces normes contraignantes visent la régulation des comportements). Elles remplissent des fonctions sur le plan politique, social et psychologique (Demeulenaere, 2003, p. 49).

Selon Parsons (1977), les valeurs orientent le comportement des acteurs sociaux. Elles sont institutionnalisées en normes qui régissent les rôles attendus des membres de la société. Les normes correspondent à des règles de conduite dont le respect est encouragé par l'existence de sanctions. L'individu se sent ainsi contraint (par lui-même ou par les autres, ou simultanément par lui-même et par les autres) de privilégier certaines actions et d'effectuer des choix de conduite.

Becker explique que « l'adoption d'une norme est une opération bien plus complexe qu'on ne le croit généralement, puisqu'il n'existe pas nécessairement d'accord préalable sur la définition des normes sociales (des intérêts sociaux antagonistes peuvent s'opposer sur la définition de la morale, du droit, de la légalité…). Autrement dit, l'application d'une norme reste subordonnée à un ensemble d'interactions sociales dont l'issue n'est jamais donnée à l'avance » (Riutort, 1996). Selon Mendras (2001) qui abonde dans le même sens, l'étude des normes est chose ardue, car il est difficile, en pratique, d'isoler une norme sociale pour en étudier le fonctionnement.

***Typologies des normes***

Les auteurs qui se sont intéressés aux normes les ont regroupées en diverses typologies propres à différents domaines.

Dans le domaine de la santé, Renaud (2007, p. 50-51) a identifié les catégories de normes suivantes :

- les normes sociales, coutumières (elles correspondent aux mœurs et aux manières, et se présentent comme un code moral collectif encadrant l'activité sociale dans les diverses situations de la vie quotidienne) ;
- les normes diététiques/alimentaires (elles sont dictées entre autres par le guide alimentaire canadien et par différents acteurs en santé publique, mais peuvent aussi être imposées par la filière agroalimentaire) ;
- les normes comportementales (dans le domaine de l'activité physique, elles peuvent recommander, par exemple, d'être actif pendant 30 minutes, un minimum de trois fois par semaine) ;
- les normes économiques (elles peuvent réguler la composition des produits sur le marché, l'accessibilité de ceux-ci, le développement de nouveaux produits et régir les échanges commerciaux entre entreprises, entre provinces d'un même pays et entre pays) ;

- les normes sanitaires (elles s'appliquent à la propreté des lieux dans les endroits publics, aux mesures d'entreposage des aliments, etc.) ;
- les normes politiques (elles peuvent s'inscrire dans un cadre juridique ou d'orientation politique).

Nous pourrions rajouter à cette classification les normes relatives au corps et à la vie, ainsi que les normes sexuelles et familiales, telles qu'identifiées par Demeulenaere (2003).

**Quel paradigme pour quelle communication ?**

Le façonnement des normes se concrétise grâce aux médiations de diverses instances, dont les acteurs médiatiques. Par médiation nous entendons la transformation, la modification, la traduction du sens de la norme par les agents sociaux. En effet, les médias ne font pas simplement office de relais ou d'intermédiaires : ils agissent comme véhicules de sens. Comment et où situer les diverses instances, soit les médiateurs, dans un contexte de façonnement des normes ?

Au cours du dernier siècle, de nombreuses théories ont cherché à examiner l'impact et la place des médias tant dans l'économie, la politique, l'éducation, les loisirs, la vie sociale que la santé. Ces théories analysaient le plus fréquemment les médias télévisuels, radiophoniques, cinématographiques et journalistiques, ainsi que divers supports de la presse écrite. Nommons les traditions de recherche béhavioriste (Rosengren), fonctionnaliste (Lazarsfeld, Lasswell, Schramm) structuraliste (Barthes), culturaliste (Marley, Ang, Stevenson) et pluraliste (Dahl, Westhall et Curran).

L'approche pluraliste (Dahl, Westergaard, Curran) stipule que dans les sociétés occidentales, le pouvoir est partagé entre une pluralité de groupes et d'intérêts compétitionnant entre eux, ayant chacun une voix ainsi qu'une chance de participer au processus de décision et d'être informé. Chaque groupe aurait ainsi la possibilité de se faire entendre. « *All the active and legitimate groups in the population can make themselves heard at some crucial stage in the process of decision making* » (Dahl, cité par Miliband, 1973, p. 3, cité par Williams, 2003, p. 50). Le pluralisme attribue donc un rôle social et politique aux médias. Ceux-ci, en se faisant les porte-parole d'une diversité d'intérêts sociaux, contribueraient à assurer la démocratie. Dans le contexte du façonnement des normes, l'approche du pluralisme constitue la toile de fond de notre réflexion.

Aujourd'hui, dans le domaine de la santé, on peut considérer l'espace public comme un espace de médiation où les acteurs, tant du domaine privé que public, se rencontrent dans une interactivité et une connectivité d'associations. Trois concepts sous-tendent l'élaboration du modèle dynamique interactif écosocial que nous proposons : celui d'espace public, d'espace sociétal et d'espace écosocial.

***Le concept d'espace public***

Dans sa théorie de l'action communicative, Habermas (1987) oppose l'agir stratégique par lequel un individu tente d'influencer les comportements des autres, à l'agir communicationnel par lequel des individus cherchent à se mettre d'accord sur l'analyse d'une situation et sur la conduite à tenir. Dans le premier cas, il y a domination ; dans le second, détermination rationnelle de l'intérêt commun aux acteurs. Transposé au niveau de la société, cela ouvre la voie à la création d'un espace scientifique et humain, d'où doit émerger un consensus démocratique continu d'échanges. Habermas remarque que dans les actions communicatives, les acteurs sociaux s'entendent sur une ligne de conduite à adopter.

Habermas a développé l'idée selon laquelle l'univers médiatique s'inscrit dans une sphère publique. Il définit celle-ci « comme un espace rationnel où se discutent les questions pratiques et politiques, où la capacité de conviction des membres d'une société les uns envers les autres tient essentiellement de la rationalité des arguments ; l'espace public agit ici comme instance médiatrice entre l'État, la famille et la société civile » (Breton et Proulx, 2002, p. 205).

Toujours selon Habermas (1987, p. 45), « l'espace public […] permet la discussion publique dans une reconnaissance commune de la puissance de la raison et de la richesse de l'échange d'arguments entre individus, des confrontations d'idées et d'opinions éclairées ». Un espace public de ce genre est une arène aux frontières fluides, où quelques acteurs lancent des mots-clés, se saisissent des thèmes et y apportent leur contribution, tandis qu'un public dispersé, traversé de voix multiples, peut prendre position, au même moment, par un « oui » ou par un « non ». Aujourd'hui, l'espace public d'un pays voit se raccorder à lui de nombreux autres espaces publics, modelés par les médias, les sujets, les personnes et les lieux. Pour permettre l'expression d'une opinion publique démocratique, cet espace politique doit parvenir à intégrer les voix marginales. Il doit pouvoir se constituer en caisse de résonnance des problèmes sociaux globaux et se montrer réceptif aux impulsions émanant des mondes vécus privés. Car nous, citoyens ordinaires, dressons le bilan des problèmes sociaux à la lumière de nos expériences de vie, que ce soit comme membres d'une communauté, clients, usagers ou consommateurs.

Dans cet espace public, s'installent des applications organisationnelles de communication telles que les arènes et les forums. Une arène est un lieu défini, circonscrit dans un territoire donné, où s'affrontent des opinions et s'installent des débats. Le forum est un lieu de coopération et de collaboration. Les médias peuvent à la fois œuvrer dans l'arène et dans le forum.

Par conséquent, les fonctions de l'arène et du forum sont différentes. Étant donné l'intrication des médias électroniques, les espaces se manifestent d'une façon diversifiée et personnalisée. La perméabilité entre le privé et le public devient ainsi possible. L'accroissement de l'offre des dispositifs de communication favorise des proximités dans l'espace écosocial. En d'autres termes, des groupes et des individus peuvent y trouver des lieux d'expression tant collectif, public que privé (Poulain, 1997).

La sphère publique actuelle est caractérisée par la présence d'institutions médiatiques et par un libre flot d'informations et de communications. L'approche d'Habermas suscite notre intérêt non pas pour sa dimension politique, mais pour l'accessibilité et la participation, tant du citoyen que de diverses instances institutionnelles, et pour la possibilité pour ces différents acteurs de présenter des propos parfois antagoniques dans l'arène publique. Ainsi, « l'espace public contemporain peut être appelé espace public médiatisé au sens où il est fonctionnellement et normativement indissociable du rôle des médias » (Wolton, 1992, p. 31).

***Le concept d'espace sociétal***

Prenant appui sur l'analyse d'Habermas, Miège (1989) identifie deux mutations fondamentales dans l'espace public :

- la fragmentation et l'élargissement des espaces publics partiels et pluriels ;
- la formation d'un espace public désormais plus sociétal que politique (on y publicise des opinions relevant des modes de vie privée et collective). Les médias (y compris ceux de masse), dès lors, s'intéressent au traitement des problèmes d'ordre personnel relevant de l'intimité (*privacy*) : questions de santé et d'organisation de la vie personnelle, sensibilisation à l'environnement et à l'écologie, etc.

Il en va de même pour Breton et Proulx (2002, p. 202) qui, au sujet d'Habermas, précisent que prend forme dans notre société moderne « une pluralité d'espaces publics autonomes, différenciés, partiels, structurés en réseaux locaux ou interrégionaux, situés dans les milieux les plus divers, littéraires, scientifiques, politiques, médiatiques, etc. ».

Il semble ainsi nécessaire d'insérer le développement du concept d'espace public dans un contexte plus large que la seule perspective politique et de laisser place à un contexte social, voire écosocial, où l'interactivité s'inscrit comme une composante axiale de la réflexion.

***L'espace public et la santé***

Martin-Barbero (1987) énonce que l'espace public permet de faire le lien entre le rationnel et le vécu. L'espace public apparaît à la fois comme un espace rationnel et un espace de transactions entre des instances issues de différents systèmes, tels la famille, l'État, l'école, la communauté, la communauté religieuse, les loisirs, etc.

Bien que l'intégration et l'adoption de saines habitudes de vie soient tributaires d'un geste personnel, la dimension collective suggérée par l'approche de santé publique, au moyen de la prescription ou de la promotion de normes santé, constitue un facteur déterminant d'intégration de la norme. Les dimensions rationnelle, argumentaire, ressentie, vécue et émotive fédèrent les conditions d'insertion de la norme dans la société. On assiste alors ici à un maillage des différentes instances dans l'espace public.

Mais comment les différentes normes sont-elles intégrées, dans une société, pour assurer sa cohésion et répondre à ses besoins ? Divers agents de socialisation, au nombre desquels on retrouve la famille, l'école, le milieu de travail, les centres de loisirs, la religion ainsi que les médias, entrent ici en scène. Un entrecroisement complexe et multidirectionnel s'effectue entre eux. Leurs modalités d'interaction sont multiples et ont des implications tant dans un contexte en face-à-face (présentiel), que virtuel. On rappellera que les médiations sociales assurent des relations entre l'individu et le collectif, et qu'elles établissent une concordance entre les attentes et les besoins de l'un et de l'autre.

La prolifération des médias interactifs, d'une part, et l'accessibilité croissante à une multiplicité de contenus et de sources d'information, d'autre part, confirment le rôle grandissant joué par les médias dans la transmission des normes, en particulier dans le domaine de la santé. De surcroît, tel que le relève Martin-Barbero (1987), cette situation entraîne une manifestation du concept de médiation plutôt que de communication, c'est-à-dire qu'elle fait diriger le regard vers les traitements et les négociations en jeu. Si, dans l'espace public, diverses sphères interagissent et négocient entre elles, cela signifie que dans ces processus de médiation, tant l'individu que la collectivité seront considérés dans le façonnement de normes.

En résumé, dans une perspective d'approche pluraliste, l'espace social présente les facultés suivantes :

- de réunir des acteurs associés à des sphères d'origines diverses : économiques, politiques, sociales, culturelles, religieuses ;
- de constituer un espace ouvert à différents publics, où les acteurs possèdent un minimum de codes communs et d'intérêts communs, et où l'expression et l'action ont droit de parole ;

- de soutenir des dispositifs participatifs de médiation intra et inter arène et forum ;
- d'entraîner une mouvance de leadership, remodelée selon les nouvelles forces issues de la convergence des médias sociaux, notamment.

Les fonctions de cet espace sont notamment d'offrir un lieu de communication, de médiation et de participation où des leaders d'opinion politiques, économiques, sociaux, culturels, religieux, etc., et des instances citoyennes prennent appui, constituent des assises d'influence et, dans certains cas, de gestion de la norme.

**Le concept de l'espace écosocial**

Découlant de l'adoption de la charte d'Ottawa par l'Organisation mondiale de la santé en 1986 et dans la foulée des mouvements *Villes et villages en santé*, *École en santé* et *Hôpitaux promoteurs de santé*, la nouvelle réalité santé/société propose un nouveau paradigme d'intervention tenant compte des instances désormais en jeu. Ce paradigme se traduit par le modèle dit écologique (mais aussi appelé « socioenvironnemental » ou « socioculturel ») qui repose sur le postulat selon lequel la santé est déterminée par des conditions et des acteurs multiples interagissant les uns avec les autres. Cette vision plus complexe de la santé appelle des interventions de nature multidimensionnelle, accordant la même importance aux variables individuelles qu'aux variables environnementale, sociale, économique, politique, culturelle, religieuse et physique. Le modèle écologique propose d'analyser les situations liées au domaine de la santé, à l'aide d'un cadre de référence où divers niveaux de systèmes (micro, méso, etc.) interagissent à travers des liens bidirectionnels et parfois dialogiques. Ces derniers sont susceptibles d'influencer l'organisation des situations dans lesquelles évoluent les individus. Ce modèle accorde donc une attention particulière aux interactions entre les individus et leur environnement social et physique.

Bronfenbrenner (1979) propose un nouveau paradigme d'intervention dans le domaine de la santé. Au cours des années, cinq niveaux de système interreliés et interactifs sont identifiés : micro, méso, exo, macro et chrono. Chaque système est formé d'un ensemble d'éléments constitutifs interreliés et en interaction dans un environnement institutionnel donné. En voici les principales caractéristiques :

- **Réseau microsystème** : comprend l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités et des déficits innés ou acquis d'un individu.
- **Réseau mésosystème** : comprend les différents systèmes et personnes assidûment fréquentés par l'individu. Il représente à la fois son milieu de vie immédiat (le voisinage, l'école de quartier) et son réseau social direct (les membres de la famille nucléaire et de la famille étendue, les amis, les voisins, etc.).

- **Réseau exosystème** : agit sur des caractéristiques de l'environnement externe qui influencent le développement des personnes ou des groupes de manière indirecte (p. ex., le contexte d'un quartier exerce une pression sur les parents qui pourrait influencer les relations entre ceux-ci et les institutions dans le quartier).
- **Réseau macrosystème** : comprend l'ensemble des environnements (économique, politique, médiatique) avec lesquels l'individu n'a pas d'interactions directes, mais dont les perturbations peuvent néanmoins l'affecter. Ce réseau regroupe de plus l'ensemble des croyances, des valeurs, des idéologies partagées par une communauté, bref le contexte socioculturel (c'est-à-dire l'ethnie, la religion et les croyances des individus ou des groupes).
- **Réseau chronosystème** : englobe le système du temps et des événements. Il comprend la chronologie des événements auxquels sont confrontés les individus ou les groupes, et l'influence des changements et des continuités sur leur développement respectif. Ce système réfère aux transitions écologiques vécues tant sur le plan de l'environnement que des rôles assumés par un individu ou un groupe.

Ainsi l'espace public écosocial tient-il compte de ces divers systèmes imbriqués les uns dans les autres et comprenant de multiples strates. Leur perméabilité permet à tous les acteurs d'agir tant dans la zone privée que publique. Ces systèmes opèrent dans des aires, des espaces ou des sphères donnés. Dans ce contexte, l'individu, tout comme les groupes et les communautés, peuvent prendre place, agir, opiner, créer des liens, des réseaux, des connexions entre eux, et ainsi, favoriser la circulation des normes, par exemple en devenant des acteurs relais. Comment comprendre les mécanismes communicationnels de l'interaction entre ces sphères et leurs systèmes constitutifs ?

Le processus à l'œuvre dans ce paradigme écosocial peut tenir compte de la circulation de normes, laquelle s'inspire d'un mouvement hélicoïdal. Dance (1967) a introduit et situé le mouvement des interventions tant interpersonnelles, organisationnelles que médiatiques dans une dynamique hélicoïdale plutôt que linéaire. Il a de ce fait cherché à expliquer la complexité du processus communicationnel. Cette approche permet de rendre compte que dans un univers médiatique où l'interactivité et la triangulation constituent l'axe de transfert des messages, la communication se manifeste à divers niveaux de systèmes et s'autogénère d'une façon continue.

**Nouvelle perspective**

On observe des transformations sociales substantielles de tout ordre (le capitalisme, la mondialisation, l'écologie, l'Internet, la mobilité des gens, la déstabilisation de l'identité culturelle, etc.). De plus, les nouvelles technologies contribuent à modifier les notions de temps et d'espace. On assiste à la fin de la modernité pour entrer dans l'ère de la postmodernité. Cette postmodernité

exige une approche analytique nouvelle qui, tout en conservant les acquis des approches « traditionnelles », doit tenir compte de la transformation de l'objet d'étude, à savoir le façonnement des normes sociales dans le domaine de la santé. Le développement d'un modèle dynamique interactif écosocial s'inscrit dans une approche postmoderniste d'inspiration pluraliste.

Le façonnement des normes s'opère dans divers espaces publics au sein desquels des sphères spécifiques évoluent et sont caractérisées chacune par un agenda santé plus ou moins influent selon les contextes et leur mode de fonctionnement propre. Ici les acteurs initiants, les acteurs relais et les acteurs médiateurs participent à différentes étapes de la construction de la norme : de l'émergence, à la cascade, puis à l'intériorisation. Dans ce contexte, la construction de la norme est tributaire des interventions menées par les instances, au nombre desquelles figurent les médias.

## LE MODÈLE THÉORIQUE DYNAMIQUE INTERACTIF ÉCOSOCIAL

Le modèle théorique dynamique interactif écosocial que nous proposons ici se veut une tentative de compréhension et d'explication du processus de façonnement des normes en matière de santé publique notamment. Dans ce modèle, chacune des instances occupant l'espace public possède un pouvoir et exerce une influence sur le façonnement des normes. On assiste aujourd'hui à un élargissement des débats publics, lesquels incluent désormais la santé.

Comment ces instances interviennent-elles dans le façonnement des normes en matière de santé ? Les diverses instances peuvent utiliser de multiples stratégies pour favoriser et promouvoir la santé individuelle et collective. Parmi elles, la communication sur la santé, initiée notamment par les instances de santé publique, s'efforce non seulement d'informer, mais aussi de sensibiliser aux questions relatives à ce domaine, en tenant compte des réalités des individus, des communautés et des organisations. Cela dans le but de favoriser chez ces derniers des changements qui permettront d'améliorer leur santé et celle de la population en général.

L'instance de santé publique diffuse une information qui peut favoriser la prise de conscience des individus ou des groupes, viser le développement de collaborations entre acteurs (politiques, médiatiques, sociaux, cliniques, etc.), et rejoindre des groupes comme des individus. De surcroît, les supports médiatiques électroniques sont de plus en plus utilisés pour les interventions, et cela, dans les différents registres mentionnés précédemment.

Les communications médiatiques, comprises comme instance façonnant les normes, détiennent-elles un pouvoir fondé ? L'interconnexion et l'interdépendance des divers acteurs médiatiques se révèlent dans différents jeux interactifs,

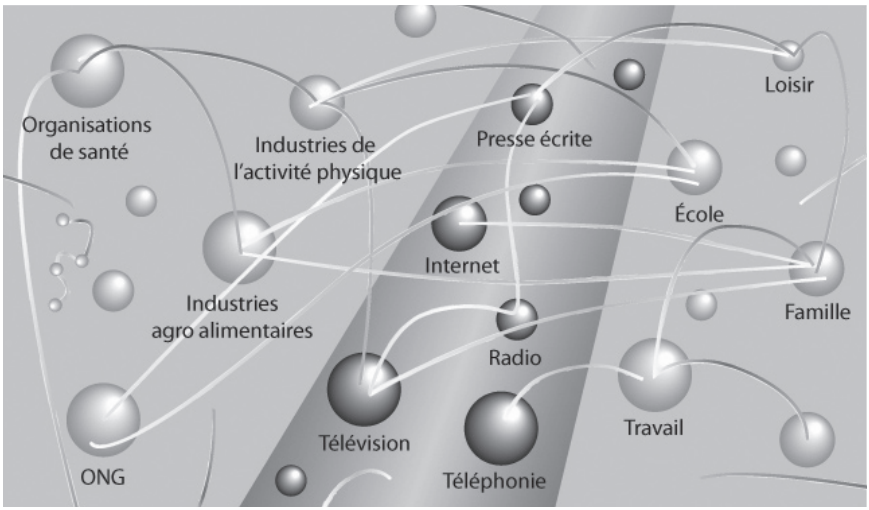
tant au plan de la direction que des modalités. Aucun jeu n'est prioritaire à un autre. La résultante santé est tributaire d'une multiplicité d'actions et d'interventions. L'hybridation et le métissage des contextes, des contenus émis et de leur réception pourront avoir pour conséquence l'émergence ou le renforcement de la norme sociale en matière de santé.

## DESCRIPTION DU MODÈLE DYNAMIQUE INTERACTIF ÉCOSOCIAL

Ce modèle d'explication de l'implantation et de la consolidation de la norme dans nos sociétés modernes rend compte, croyons-nous, de la diversité des acteurs sociaux en cause (institutions, instances, individus, etc.) dans le cycle de vie de la norme (depuis l'émergence jusqu'à l'internalisation, en passant par la cascade), du rôle qu'ils y jouent, ainsi que de la multiplicité des relations et interactions qui les caractérisent. Ce modèle théorique traduit aussi la dynamique de l'information circulant d'une instance à l'autre, l'effet rebond de la communication et le phénomène de porosité, en plus de renseigner sur l'existence des réseaux, dont nous parlerons plus loin. Il sert également à cerner la façon dont les intervenants en santé publique peuvent influencer le processus de façonnement de la norme à travers les médias.

Le modèle dynamique interactif écosocial (figure 1) n'a pas la prétention de saisir dans ses moindres détails le processus d'émergence et de consolidation d'une norme. Celui-ci est en construction, donc en perpétuelle mouvance, et est appelé à se remodeler sans cesse.

**Figure 1**
**Modèle dynamique interactif écosocial : le jeu des influences**



Pourquoi avoir développé un nouveau modèle d'analyse, plutôt que d'en utiliser un déjà existant (p. ex., le modèle traditionnel émetteur-récepteur) ? Parce que les autres modèles en place nous apparaissaient trop hiérarchiques, linéaires ou fermés pour comprendre la réalité complexe et sans cesse fluctuante de la norme santé. Ce modèle présente l'originalité de permettre une analyse approfondie de l'émergence de la norme à travers les interactions et le mode de communication des divers acteurs sociaux en cause et de mettre en lumière le rôle prépondérant joué par la sphère médiatique.

**Sphères**

Selon le modèle dynamique interactif écosocial, la société est composée de sphères (milieux dans lesquels s'exerce l'activité ou l'action des acteurs sociaux). C'est donc un territoire où diverses entités (instances institutionnelles, individus) interagissent et partagent des caractéristiques communes. Les sphères sont en constante interdépendance et connectivité les unes avec les autres, ce qui engendre une dynamique et un mouvement incessants qui construisent et modèlent au fur et à mesure le réel. Le processus de façonnement varie toutefois dans le temps, l'espace et selon le contexte (conjoncture historico-socioéconomique et politique). Les sphères possèdent chacune leurs normes, leurs objectifs, leurs intérêts corporatifs, leurs moyens et leurs modalités de communication et de fonctionnement propres.

Citons, à titre d'exemple, la sphère « école », laquelle regroupe une multitude d'unités : les enfants, les parents, les professeurs, le conseil d'établissement, le personnel d'entretien, etc. Cette sphère « école » est en relation avec d'autres sphères (la commission scolaire, le quartier, les médias, les familles, le CLSC du quartier, etc.). Chacune des sphères est composée de regroupements d'individus. Celles-ci renvoient donc à la fois à une réalité collective et individuelle.

Toutes les sphères en présence dans la société (les syndicats, les chercheurs, les membres des regroupements associatifs, etc.) sont appelées à jouer un rôle plus ou moins important selon la problématique en jeu. Certaines peuvent opérer de façon très discrète à un moment donné, pour se hisser à l'avant-plan au moment opportun.

Même si l'on ne peut établir de hiérarchie entre les sphères dans le domaine de la santé, la sphère économique semble souvent être celle qui a le plus de pouvoir et d'influence. Quel que soit le secteur dans lequel elles s'inscrivent (la santé, le loisir, l'éducation), nombre de décisions sont prises en fonction d'impératifs économiques. Dans un tel contexte, certaines sphères (moins influentes que la sphère économique) ont plus de difficulté à faire entendre leur voix et à s'imposer quand vient le moment de consolider ou de faire émerger une nouvelle norme.

La sphère agroalimentaire, laquelle est directement rattachée à la sphère économique, détient une influence et un pouvoir marquants dans la consolidation de la norme santé, notamment parce qu'elle finance la publicité, a les moyens d'investir le réseau Internet, et ainsi, d'imposer ses normes en alimentation, d'offrir des subventions aux universités en échange d'une visibilité et d'une bonne image corporative, de payer des relationnistes publics, etc.

La sphère médiatique occupe aussi une place de premier plan dans l'arène publique, entre autres dans la construction des normes en matière de santé. Les médias orchestrent en effet des interventions variées et nombreuses pour convaincre la population de la pertinence d'une norme. Ils disposent, pour ce faire, d'outils de communication efficaces, à large spectre et qui jouissent d'une visibilité, d'une crédibilité et d'une popularité indéniables : la télévision, la radio, les imprimés, l'Internet, etc. Qui plus est, les acteurs médiatiques sont légion et chacun se spécialise dans un mode de communication spécifique : la production, la télédiffusion, la scénarisation, la publicité, le journalisme, l'animation radiophonique ou télévisuelle, la rédaction, etc. Les médias détiennent un grand pouvoir quand ils sont de connivence avec l'industrie agroalimentaire (laquelle se situe au deuxième rang pour les dépenses publicitaires après l'automobile selon Info Presse, 2006).

Les médias sont devenus, pour un nombre grandissant de sphères, la cible phare des stratégies instrumentales visant à légitimer ou à disqualifier un point de vue ou une norme. Maigret et Macé (2005, p. 52) précisent d'ailleurs : « Le plus souvent ce ne sont pas les journalistes qui vont à l'information, mais "l'information" qui va aux journalistes, via des faits construits en événements par des acteurs, et promus comme "information" auprès des journalistes. »

L'accès à la sphère médiatique n'est cependant pas égal pour toutes les sphères. À cause de la taille ou de l'influence plus discrète de la sphère qui les véhicule, certaines normes trouveront moins d'écho ou auront plus de difficulté à se faire entendre.

Si nous considérons l'objet de notre réflexion, soit la norme santé, nous pouvons donc affirmer que celle-ci n'est assurément pas le fruit du travail d'une seule sphère, isolée et autonome, mais bien plutôt de l'influence d'une multitude de sphères : les médias (qui traitent de santé via ses différents canaux d'information), l'enseignement (qui aborde cette thématique dans les cours de médecine, de psychologie, de travail social, etc.), la famille (qui possède un bagage génétique, des traditions, des croyances religieuses, des connaissances, etc.). L'explication de l'émergence et de la consolidation de la norme devient chose complexe, compte tenu de la diversité des acteurs sociaux qui y participent.

Dans certains cas, une norme maîtresse peut s'imposer à l'avant-scène dans une sphère et par la suite entraîner les autres sphères dans son sillage. Plus une norme est partagée par un grand nombre de sphères, plus celle-ci gagne en force et en influence. Deux normes peuvent aussi devenir le complément l'une de l'autre.

**Constitution d'un réseau**

Chaque sphère est un réseau en soi, lequel est constitué d'acteurs (spécialistes, leaders d'opinion ou membres) qui ont chacun leurs propres force et crédibilité. Certains acteurs peuvent être en lien avec leurs homologues d'autres sphères, soit parce qu'ils en font également partie, soit parce qu'ils entretiennent des relations avec ceux-ci. Les sphères se regroupent entre elles selon leurs intérêts et leurs objectifs communs. Divers réseaux les habitent ; certains, dits réseaux naturels (p. ex., le réseau de la famille) et d'autres construits (tel le réseau des joueurs de soccer du quartier). Des individus peuvent appartenir à plusieurs réseaux en même temps (p. ex., un membre du réseau du mouvement scout peut aussi appartenir au réseau des syndiqués d'un hôpital, ainsi qu'au réseau des parents d'élèves de l'école du quartier).

Saint-Charles et Mongeau (2005, p. 74) expliquent que le réseau constitue un ensemble de relations (entre les sphères et entre les unités qui les composent), qui sous-tendent une nécessaire communication entre elles : « Sans communication, il n'y a pas de relation et donc pas de réseau. » Les relations et la communication entre les sphères et leurs unités sont favorisées et dictées par une thématique d'intérêt commun, par exemple la santé, laquelle peut adopter différents visages (la maladie, la prévention, les règles de base d'une saine hygiène de vie, l'alimentation, l'activité physique, etc.). Saint-Charles et Mongeau (2005) définissent aussi le réseau comme un ensemble de points, appelés « nœuds », joints par un ensemble de lignes qui unit les points, ces lignes constituant des « liens ». Dans les réseaux humains, les nœuds représentent des personnes ou des ensembles organisés de personnes (groupes, organisations) alors que les liens réfèrent aux relations qui les unissent. Les réseaux sont constitués de communautés d'individus ou d'organisations en relation directe ou indirecte, au sein desquelles des ensembles de relations entre les acteurs se structurent, se densifient et développent une certaine accessibilité (Callon, 1988).

Le lien qui unit les différents acteurs d'un réseau est composé d'une part d'un support de transit (économique, symbolique, social, politique), et d'autre part, de contenu. Un lien est qualifié de fragile lorsque la fréquence des rencontres, la proximité et l'intensité des relations sont faibles.

Les liens sont de deux ordres : intraréseaux et interréseaux. Les liens intraréseaux assurent la cohésion du groupe, le développement de la confiance et la complicité. Ici, les relations avec les pairs peuvent devenir, dans un contexte

où la cohésion est forte, productrices d'intégration de la norme. Par ailleurs, l'unité et l'homogénéité d'un groupe ne suffisent pas à assurer la satisfaction et les besoins de chacun de ses membres. Aussi l'environnement externe (comprenant d'autres entités groupales) offre-t-il de nouvelles connaissances et permet-il le déploiement d'autres façons de faire. On assiste de ce fait à la création de liens et à la mise en place de passerelles interréseaux avec l'une ou l'autre de ces entités.

**Acteurs des sphères**

Les acteurs des réseaux, que Guy Rocher (1992, p. 398) identifie comme les agents de changement, regroupent les personnes, les groupes et les associations. « Ce sont les acteurs et les groupes dont l'action est animée par des buts, des intérêts, des valeurs, des idéologies qui ont un impact sur le devenir d'une société. » Ils peuvent apprendre, ainsi que changer d'objectifs et de stratégies au fil du temps, du contexte et des événements.

Ce n'est pas tant la nature des acteurs qui est déterminante dans l'établissement de la norme en matière de santé, que la place stratégique qu'ils occupent au sein des sphères et des réseaux. La norme développée par les acteurs des réseaux est façonnée par la sphère à laquelle ils appartiennent : économique (filière agroalimentaire), santé (filière activité physique, alimentation, etc.), gouvernementale, scientifique, médiatique, etc.

Trois types d'acteurs sociaux sont nécessaires pour faire émerger et circuler les idées :

- celui en lien avec plusieurs réseaux et qui, par conséquent, propage une idée ;
- celui à l'affût des informations nouvelles. Il les divulgue au premier type d'acteurs ainsi qu'aux autres personnes ;
- celui capable d'argumenter pour persuader l'autre.

C'est la contribution de ces trois types d'acteurs qui permet à une idée de naître et de se propager.

**Caractéristiques des sphères : propriétés et mécanismes**

Les caractéristiques des sphères sont définies en fonction des propriétés, c'est-à-dire la qualité particulière de la sphère et de ses mécanismes, autrement dit les modes de fonctionnement des sphères. Les sphères présentent diverses propriétés : l'agrégation, la non-linéarité, la plasticité, la pluralité, la complexité et l'asymétrie. À ces propriétés, se joignent les mécanismes suivants : la mouvance, la polyvalence, la pluri-directionnalité, la non-hiérarchisation et l'ouverture.

*Propriétés*

Voici une description succincte de ce qui est propre à la constitution d'une sphère, c'est-à-dire de ses qualités inhérentes et de ses propriétés.

- **L'agrégation** : il arrive que deux sphères, voire même plus, se regroupent pour faire émerger une norme. Cette dernière se trouve de ce fait endossée par plusieurs instances, ce qui lui procure plus de pouvoir, d'influence et de crédibilité. La norme qui interdit de fumer dans les endroits publics s'impose avec force du fait qu'elle est appuyée et entérinée par les sphères des médecins, des pharmaciens, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des restaurateurs, etc.

  Une norme économique qui stipulerait, par exemple, que le Canada interdit désormais l'importation des pommes en provenance des États-Unis (afin de protéger les producteurs québécois) pourrait aussi être appuyée et renforcée par la sphère des pomiculteurs locaux, par celle des nutritionnistes qui entendent promouvoir la consommation de fruits, par celle des écoles qui désirent faciliter l'accès des enfants aux collations santé, etc. Plus une norme rassemble de sphères, plus elle devient puissante, influente et internalisée.
- **La non-linéarité** : elle renvoie au caractère imprévisible ou complexe des interactions entre les unités d'une même sphère et entre les sphères. L'émergence d'une nouvelle norme ne suit pas un parcours identique à chaque fois, compte tenu des acteurs sociaux en cause, de leur mode de communication, de fonctionnement, etc.
- **La plasticité** : les « frontières » des sphères ne sont pas prédéterminées, fixes, hermétiques ; en fait, elles varient au fur et à mesure que de nouveaux acteurs et enjeux apparaissent et demandent à être pris en compte. C'est ce qui explique, par exemple, que la problématique de l'obésité est aujourd'hui à l'ordre du jour, alors qu'on l'avait pointée du doigt il y a de nombreuses années. De nouveaux acteurs, fort visibles sur la place publique (parmi lesquels le ministère de la Santé et des Services sociaux, les médias, les écoles, etc.), s'en font désormais les dénonciateurs, d'où l'attention nouvelle qui lui est portée. C'est aussi ce qui explique qu'un enfant ne subit pas les influences de sa seule famille (parents et fratrie). Il est également modelé par l'école, ses amis, la télévision, etc., autant de sphères aux territoires plastiques et fluctuants. On assiste de ce fait à un pairage de normes générées par des sphères concomitantes.
- **La pluralité** : les sphères n'existent pas seules ; elles sont, par définition, plurielles et en lien les unes avec les autres.
- **La complexité** : de nombreux acteurs sociaux de différents milieux et ayant des approches et objectifs variés et parfois opposés complexifient les interactions et le jeu des influences entre eux.
- **L'asymétrie :** les sphères sont de taille et de force d'influence variables. Dans certains cas, de petits groupes marginaux éprouvent beaucoup plus de difficulté à faire émerger et à implanter une nouvelle norme, qu'une

association gouvernementale, par exemple. Parfois, il y a conflit entre les sphères du fait que toutes ne bénéficient pas des mêmes ressources politiques, économiques et symboliques pour faire valoir leur point de vue.

***Mécanismes***

Voici une description des types de dynamiques (nous les appelons mécanismes) en vigueur au sein des sphères et entre elles.

- **La mouvance** : la sphère est non statique et non figée dans le temps. Elle évolue sans cesse dans le temps et l'espace, et selon la norme en cours d'implantation ; en fait, elle est reconfigurée à chaque fois qu'un fait appartenant au domaine privé devient public (à la suite de la divulgation de données scientifiques, du dévoilement d'une problématique par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou par des professionnels, etc.), la norme étant alors hissée au rang de problématique concernant la collectivité (p. ex., la prévalence de l'obésité).
- **La polyvalence** : celle-ci fait référence à la capacité d'adaptation au changement des sphères, au temps qui passe et à l'accumulation des expériences.
- **La pluridirectionnalité** : les acteurs sociaux évoluent dans chacune des sphères et entre elles, selon diverses trajectoires en lien avec leur spécificité (milieux, approches, objectifs et moyens).
- **La non-hiérarchisation** : selon la norme en cause, le rôle joué et la place occupée par les diverses sphères varient, ce qui ne permet pas de conclure que l'une est prioritaire à l'autre.
- **L'ouverture** : selon le contexte en vigueur et la norme en phase d'émergence et de consolidation, la sphère est en constante évolution et en mouvement continu ; de nouveaux acteurs sociaux peuvent apparaître en tout temps, qui pourront modifier la configuration de la sphère.

Les différentes caractéristiques (propriétés et mécanismes) des sphères de ce modèle d'analyse rendent l'équilibre de ce dernier rare, voire inexistant, et toujours temporaire. On peut cependant déceler certaines tendances, à la durée de vie limitée. Ainsi, l'analyse de l'émergence et de la consolidation de la norme sociale relative à la pratique de l'activité physique dans les rues devra-t-elle, par exemple, être révisée à la lumière des nouveaux contextes, des interventions potentielles de diverses associations, etc.

## CONTEXTE D'OPÉRATION DU MODÈLE

Ce modèle d'analyse de l'émergence et de la consolidation de la norme (notamment, en matière de santé) s'incarne dans un contexte social, historique, économique, politique et événementiel spécifique. Celui-ci est en mutation constante, compte tenu du temps qui passe, de la mouvance des conjonctures et des expériences cumulées. Dans la mesure où le poids des interactions des acteurs sociaux d'une sphère est accru, une sphère peut devenir plus déterminante qu'une autre dans l'intégration d'une norme.

Le contexte actuel est coloré par l'omniprésence des nouvelles technologies (notamment l'Internet), la mondialisation (plus grande accessibilité des marchés), le capital social (lequel influence les normes de consommation) et la stratification que ce dernier entraîne. Depuis quelques années, la santé est une valeur à la hausse dans notre société, en raison en partie de l'augmentation de l'espérance de vie et du coût de la vie, ce qui entraîne une hausse des coûts qui lui sont associés (Nestlé, 2002).

Cette attention grandissante accordée à la santé comme valeur s'inscrit dans un contexte également modelé par le culte du corps, la restauration rapide (qui disqualifie les normes de saine alimentation), la valorisation de l'instantanéité et de l'événementiel, ainsi que par la perception de la raréfaction du temps (pour faire de l'activité physique, pour préparer les repas, pour prendre soin de soi, etc.). Même si certaines valeurs traditionnelles demeurent, telles que la famille, le travail, la religion ou l'école, leurs territoires et leurs activités sont fréquemment redéfinis.

### RÔLE DES MÉDIAS DANS LE FAÇONNEMENT DES NORMES

La norme santé n'est assurément pas le fruit du travail d'une seule sphère isolée et autonome, mais bien plutôt de l'influence d'une multitude de sphères. Par conséquent, les médias (qui traitent de santé via leurs différents canaux d'information) jouent un rôle certain dans ce façonnement.

Les acteurs médiatiques font office de relais et de médiateurs entre les différentes sphères qui composent la société. Ils contribuent à façonner de nouveaux réseaux entre et avec d'autres sphères, d'une part, et d'autre part, ils transforment, traduisent, distordent le sens des éléments qu'ils se donnent le mandat de diffuser.

L'accès à la sphère médiatique n'est cependant pas égal pour toutes les sphères. Certaines normes trouveront moins d'écho ou auront plus de difficulté à se faire entendre, souvent à cause de la taille ou de l'influence de la sphère qui les véhicule. Le façonnement de la norme pourrait être fonction du poids médiatique, notamment dans une société où la convergence des médias et l'action des réseaux sociaux n'ont de cesse de se déployer.

## RÉFÉRENCES

Breton, P. et S. Proulx (2002). *L'explosion de la communication à l'aube du XXIe siècle*, Paris, Éditions de la Découverte.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Harvard University Press.

Callon, M. (1988). *La science et ses réseaux*, Paris, Éditions La Découverte.

Contandriopoulos, A.-P. (1999). « La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 6, nº 2, p. 174-191.

Dance, F. (1967). *Human Communication Theory Original Essays*, New York, Holt, Rinehart and Winston.

Demeulenaere, P. (2003). *Les normes sociales entre accords et désaccords*, Paris, Presses universitaires de France.

Dozon, J.-P. (2001). « Quatre modèles de prévention », dans J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, p. 22-46.

Fassin, D. (2001). « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », dans J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, p. 47-74.

Fond-Harmant, L. et A. Tal Dia (2008). « Santé publique et transfert de compétences Nord-Sud : les conditions d'une approche interculturelle », *Santé publique,* vol. 20, nº 1, p. 59-67.

Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel, Tome 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, Paris, Éditions Fayard.

Habermas, J. (1988). *L'espace public*, Paris, Éditions Payot.

Hechter, M. et K.-D. Opp (dir.) (2001). *Social Norms*, New York, Russell Sage Foundation.

Info Presse (2006). *Guide annuel média 2006*, Montréal, Conseil des directeurs médias du Québec.

Maigret, E. et E. Macé (2005). *Penser les médiacultures : nouvelles pratiques et nouvelles approches de la représentation du monde*, Paris, Éditions Armand Colin.

Martin-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones – in Comunicación, cultura y hegemonía*, Mexico, Gustavo Gilli.

Mendras, H. (2001). *Éléments de sociologie*, Paris, Éditions Armand Colin.

Miège, B. (1989). *La société conquise par la communication*, Grenoble, Presses de l'Université de Grenoble.

Nestlé, M. (2002). *Food Politics : How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press.

Opp, K.-D. (2001). « Social networks and the emergence of protest norms », dans M. Hechter et K.-D. Opp (dir.), *Social Norms*, New York, Russell Sage Foundation.

Parsons, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*, New York, Free Press.

Poulain, J. (1997). « Rencontre avec Habermas », *Le monde des livres*, 10 janvier. URL : <agora.qc.ca/textes/habermas.html>.

Renaud, L. (dir.) (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Rimal, R.N. et K. Real (2003). « Understanding the influence of perceived norms on behaviours », *Communication Theory*, vol. 13, nº 2, p. 184-203.

Riutort, P. (1996). *Premières leçons de sociologie*, Paris, Presses universitaires de France.

Rocher, G. (1992). *Introduction à la sociologie générale*, Montréal, Éditions Hurtubise HMH.

Saint-Charles, J. et P. Mongeau (2005). « L'étude des réseaux humains de communication », dans J. Saint-Charles et P. Mongeau (dir.), *Communications : Horizons de pratiques et de recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 73-99.

Williams, K. (2003). *Understanding Media Theory*, Londres, Hodder Arnold Editors.

Wolton, D. (1992). « Espace public : traditions et communautés », *Hermès*, nº 10.

## 1.2 L'application du modèle dynamique interactif : le cas de la tentative de déménagement du Casino de Montréal

Marie Claude Lagacé, MBA, Lise Renaud, Ph. D., et Serge Chevalier, M.Sc.

**RÉSUMÉ**

Une étude de cas, le déménagement probable du Casino de Montréal, met en lumière la grande complexité du processus d'interaction entre les différentes sphères et acteurs en jeu, et cerne le rôle tenu par les médias dans la construction de la norme. Cet article discute également des propriétés et des mécanismes qui caractérisent les sphères du modèle dynamique interactif expliquant le façonnement des normes en matière de santé.

L'étude de cas est basée sur deux entrevues avec des acteurs clés ainsi que sur l'analyse de contenu de journaux parus au sujet du Casino de Montréal.

**ABSTRACT**

A case study of the probable relocation of the Montréal Casino sheds light on the great complexity of the interactive processes that exist between the different spheres and stakeholders involved, as well as on the role of the media in the construction of the norm about gaming. This article also discusses properties and mechanisms that characterize the spheres of the dynamic interactive model which explains the shaping of health norms.

The case study is based on two interviews with key stakeholders and on content analysis of daily newspaper articles related to the subject of the Montréal Casino.

### INTRODUCTION

La formation et l'adoption de normes sociales en matière de santé impliquent l'intervention d'une foule d'acteurs sociaux. Chaque acteur ou sphère sociale présente des caractéristiques qui lui sont propres et qui varient dans le temps en fonction de divers facteurs (objectifs, ressources, etc.). Puisqu'ils existent et agissent dans un contexte social, ils sont en constante relation les uns avec les autres et ont recours à différents mécanismes d'interaction pour atteindre leurs objectifs compte tenu de ce contexte et de ces influences. Le modèle dynamique interactif proposé par Caron-Bouchard et Renaud (2007) vise à illustrer et à comprendre la multitude de sphères impliquées dans le processus d'émergence et d'adoption d'une norme sociale. Il cherche aussi à rendre compte du caractère dynamique des influences et de la variation des rapports entre ces sphères. Parmi les acteurs sociaux impliqués dans la formation des normes de santé – désignés dans ce modèle comme des « sphères » sociales, car elles sont en fait composées de plusieurs acteurs individuels ayant également des interrelations entre eux – les médias tiennent un rôle prépondérant. Étant donné

leur puissance de diffusion, la portée de leur message et leur omniprésence, ils contribuent de manière significative au façonnement et à l'adoption des normes sociales dans les populations.

L'objectif de cette étude de cas est de mettre à l'épreuve le modèle dynamique interactif de construction des normes en matière de santé de Caron-Bouchard et Renaud. Pour y parvenir, nous avons choisi de revoir le contexte social et médiatique dans lequel s'inscrit le projet de déménagement du Casino de Montréal dans un quartier défavorisé, de comprendre les sphères impliquées, d'analyser leurs interrelations, de même que le rôle joué dans ce dossier par les médias locaux et nationaux. Cet événement nous semblait approprié, car il permet de décrire à la fois les phases de développement d'une norme sociale (soit l'émergence, la cascade et l'adoption) et de rendre compte tant de la diversité des acteurs et de la variation dans leurs rapports, que du rôle joué par les médias dans un tel processus.

## CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE

Le modèle dynamique interactif de construction des normes en matière de santé ayant été présenté dans le chapitre précédent, nous n'en rappellerons ici que ses principaux éléments. Selon ce modèle, une société est constituée de sphères sociales, chacune d'elle étant un milieu d'action où les différents acteurs sociaux interagissent entre eux. L'interdépendance de ces sphères provoque une dynamique qui compose, modèle et modifie la réalité sociale de manière continuelle. Certaines sphères établissent des liens pour des périodes plus ou moins longues dans le temps, constituant ainsi des réseaux sociaux. Selon ce modèle, les sphères ont des propriétés : l'**agrégation**, par laquelle deux sphères ou plus s'allient pour faire émerger une norme ; la **non-linéarité** qui réfère à la complexité et à l'imprévisibilité des relations entre les sphères et à l'intérieur de chacune d'elles, l'implantation d'une norme suivant chaque fois un parcours différent ; la **plasticité**, indiquant que les frontières des sphères sociales ne sont ni fixes ni hermétiques et qu'elles varient dans le temps ; la **pluralité,** car les sphères sont en lien entre elles et n'existent donc pas seules ; la **complexité,** car elles sont constituées d'acteurs ayant des objectifs divergents ; enfin, les sphères sont caractérisées par l'**asymétrie,** car non seulement sont-elles de tailles et de force différentes, mais ces différences varient dans le temps et selon les contextes.

Les sphères sociales ont également recours à de multiples mécanismes d'action. La **mouvance** lui permet de se reconfigurer, d'évoluer dans le temps et l'espace, selon le contexte ou l'émergence de nouvelles normes. La **pluridirectionnalité** illustre la capacité des acteurs sociaux à évoluer dans plusieurs sphères à la fois et la capacité des sphères à modifier leurs trajectoires. Grâce au mécanisme de **polyvalence**, une sphère peut s'adapter aux changements et grâce à l'**ouverture,** de nouveaux acteurs quittent la sphère ou modifient sa configuration,

en fonction de la phase de création d'une norme. Enfin, la **non-hiérarchisation** renvoie au fait que, selon la norme sociale, le rôle joué par chaque sphère diffère en importance et en intensité. On ne peut donc conclure qu'une sphère est prioritaire à une autre, car le degré d'importance perçu change en fonction des contextes, des objectifs et des normes adoptées.

Selon le modèle dynamique interactif, l'une des sphères clés dans le façonnement des normes sociales en matière de santé est la sphère médiatique (télévision, radio, Internet et presse écrite). Ce modèle met ainsi en lumière le rôle primordial d'émetteur-relais d'une nouvelle norme tenu par les médias et la contribution de ceux-ci à son adoption par la majorité.

Pour mettre notre modèle à l'épreuve, nous avons choisi un événement récent dans le paysage médiatique québécois, soit le projet de déménagement du Casino de Montréal par Loto-Québec. Nous nous sommes posé les deux questions suivantes : 1) qui furent les principaux acteurs et les principales sphères impliqués dans la formation de la norme et quelles interactions ont-ils eues en cours de projet ? 2) comment les médias ont-ils contribué à l'émergence et à la construction de la norme qui a finalement été adoptée par la majorité de la population ? Pour répondre à ces questions, nous avons donc procédé à une étude de cas unique. L'étude de cas, outre le fait d'être tout indiquée pour atteindre des avancées théoriques, s'avère la meilleure stratégie pour répondre à nos différentes questions. De plus, le développement d'une théorie ou d'un modèle théorique à partir d'études de cas permet éventuellement de généraliser cette théorie (Yin, 2003). En effet, le recours à l'étude d'un cas représentatif ou typique permet de mettre à l'épreuve une série de propositions théoriques que l'on juge plausibles. Pour confirmer celles-ci, pour les mettre à l'épreuve ou pour leur apporter des ajustements, le cas unique peut remplir toutes les conditions nécessaires à cette tâche.

Pour obtenir les données nécessaires à la compréhension du cas, nous avons réalisé une entrevue en profondeur avec l'un des acteurs ayant été impliqué de plus près dans ce dossier à la Direction de santé publique de Montréal. Cet acteur fut d'ailleurs l'auteur principal de l'avis alors émis par cette dernière. Quand l'observation directe n'est pas possible (le cas s'est étalé de juin 2002 à mars 2006), c'est là une méthode de collecte de donnée reconnue (Yin, 2003). La grille d'entrevue a été réalisée à partir d'études antérieures et du contenu du modèle dynamique interactif. Quoique certains biais de mémoire puissent survenir lors d'une entrevue rétrospective, le portait d'ensemble tracé par cet acteur de premier plan dans le dossier nous permettra d'obtenir les données nécessaires à la mise à l'épreuve du modèle théorique. En outre, cet acteur a réalisé plusieurs communications sur le sujet lors de colloques et de congrès tenus depuis lors, ce qui a contribué à conserver certains détails dans sa mémoire.

Nous avons également analysé le contenu des articles parus à cette époque dans les principaux médias québécois et avons procédé à une entrevue téléphonique avec un analyste politique s'étant à l'époque intéressé au dossier. À partir de l'analyse des verbatim d'entrevue et du contenu des articles de périodiques, nous avons dans un premier temps dégagé un portrait des principales sphères impliquées dans le cas. Dans un deuxième temps, nous avons analysé les propriétés de ces sphères et les mécanismes qu'elles ont utilisés, ainsi que les interactions qui en ont résulté. Dans un troisième temps, nous avons analysé le rôle des médias québécois dans l'émergence et l'adoption de cette norme sociale par la majorité, le tout à la lumière des composantes du modèle de Caron-Bouchard et Renaud (2007).

## LE CAS DU DÉMÉNAGEMENT DU CASINO DE MONTRÉAL

Au mois de juin 2005, le président de la Société Loto-Québec, organisation paragouvernementale responsable des jeux de hasard et d'argent au Québec, annonce dans les médias son intention de déménager le Casino de Montréal sur le bassin Peel, dans le quartier défavorisé de Pointe-Saint-Charles. Au moment de l'annonce, plusieurs acteurs déjà impliqués sont en faveur d'un projet qui promet de belles retombées économiques pour les gens d'affaires de Montréal et pour les finances de l'état à qui Loto-Québec verse des dividendes de près d'un milliard et demi par année. Par contre, le ministre des Finances demande aux dirigeants de Loto-Québec de rencontrer les responsables de la santé publique de Montréal afin de tenir compte des enjeux de santé soulevés et des répercussions potentielles du projet.

### Les sphères impliquées

Les sphères sociales impliquées dans le projet visant à déménager le Casino de Montréal sont nombreuses. Certaines se sont impliquées dès l'annonce de ce projet, d'autres se sont ajoutées au fil du temps, et d'autres encore, se sont prudemment retirées en cours de route. De plus, le niveau d'influence de ces sphères a changé et la force des normes véhiculées et promues par celles-ci a également subi des variations dans le temps. Dans cette section, nous présenterons brièvement ces sphères et les normes qui ont été impliquées de près ou de loin dans le dossier du Casino de Montréal. Dans les sections suivantes, nous décrirons les caractéristiques de ces sphères, de même que leur recours aux mécanismes proposés par le modèle dynamique interactif de Caron-Bouchard et Renaud (2007).

#### *Sphère économique*

- **Loto-Québec** : Quelques mois avant l'annonce du projet de déménagement du Casino de Montréal près du bassin Peel dans le quartier Pointe-Saint-Charles, Loto-Québec, sphère à l'origine du projet, avait publié un rapport à l'effet que, pour augmenter ses profits, elle devait apporter de sérieuses modifications au Casino. Ce dernier est actuellement exploité à pleine

capacité, ce qui rend difficile la possibilité d'augmenter les profits liés à son exploitation. Loto-Québec, société d'État relevant du ministre des Finances, désirait construire, à proximité de son nouveau Casino, un hôtel et une salle de spectacle d'une capacité plus grande que celle qu'il possède actuellement. Or, compte tenu des contraintes d'espace liées à la construction de stationnements et des règlements sur les espaces verts du site sur lequel est bâti le Casino, de tels projets exigeaient un déménagement. Ce dernier point n'a par ailleurs jamais été contesté par les autres sphères en présence.

- **Tourisme Montréal, Chambre de commerce du Montréal métropolitain, Conseil du patronat** : Parmi les acteurs sollicités par Loto-Québec, plusieurs étaient issus de la sphère économique. Il s'agissait de partenaires et d'alliés potentiels en ce sens qu'ils pouvaient y trouver des avantages arrimés à leurs différents objectifs économiques. Parmi ces sphères, on comptait des joueurs importants, dont Tourisme Montréal, le Conseil du patronat du Québec et la chambre de commerce du Grand Montréal. Pour le milieu des affaires de la grande région métropolitaine, il s'agissait d'une excellente occasion de générer des retombées économiques substantielles. D'autres acteurs, tels les firmes responsables de décontaminer le site, les bureaux d'architectes, le milieu de la construction et même certains acteurs du milieu culturel pouvaient également compter profiter d'un projet d'une telle envergure. En outre, ce projet était présenté comme potentiellement attirant pour les touristes canadiens et étrangers, ce qui était avantageux pour Tourisme Montréal, qui a accepté de collaborer étroitement à l'appui du projet. C'est ainsi qu'une coalition d'une vingtaine d'organismes a été formée pour soutenir le projet de déménagement du Casino dans le quartier Pointe-Saint-Charles.
- **Le Cirque du Soleil** : Parmi les acteurs les plus importants de cette coalition figurait le Cirque du Soleil. Cette entreprise québécoise reconnue mondialement pour la qualité et l'originalité de ses productions est devenue le partenaire médiatique étoile de Loto-Québec, lorsque ses dirigeants ont donné publiquement leur appui au projet. En effet, dans le projet du nouveau Casino, la construction d'un « complexe de divertissement » (Bourgault-Côté, 2005) adapté aux besoins du Cirque du Soleil avait été projetée. Toutefois, ce dernier n'avait pas annoncé son intention de financer quelque partie que ce soit à l'intérieur du projet.

***Sphère politique***

- **Ministère des Finances** : Selon les premiers articles de journaux publiés sur le sujet, il semblerait que le ministère des Finances et le cabinet du premier ministre québécois de l'époque aient été favorables au projet de Loto-Québec. Selon l'acteur de la Direction de santé publique que nous avons rencontré, ce serait à la demande du ministère des Finances que la direction de Loto-Québec serait venue présenter le projet à la Direction

de santé publique de Montréal. Pour le ministère des Finances, Loto-Québec est une source de revenus. La société d'État avait fait la démonstration que, même si les revenus du Casino augmentaient, les coûts d'exploitation gonflaient davantage, ce qui diminuait les profits réalisés depuis quelques années par le Casino. Ainsi, le ministère des Finances n'avait aucune objection d'ordre financier ou économique à défendre le projet. Le ministre était toutefois conscient que le dossier des jeux de hasard n'est pas un dossier facile à piloter d'un point de vue politique, car il oppose l'économie à la santé, deux valeurs primordiales au Québec. C'est pourquoi le ministre a exigé que Loto-Québec soumette le projet à la Direction de santé publique de Montréal.

- **Ville de Montréal :** La Ville de Montréal et son maire se montraient relativement neutres au départ. En attente de l'annonce du lieu choisi par Loto-Québec, la ville a évité de se prononcer (Bourgault-Côté, 2005) et fut réfractaire au projet une fois rendue publique la nouvelle à l'effet que le site projeté se situait aux abords du bassin Peel.
- **Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)** : Dès le départ, il semblerait que le ministre de la Santé ait été défavorable à un projet susceptible d'augmenter l'incidence et la prévalence du jeu pathologique. Cet acteur est donc resté relativement à l'écart du dossier jusqu'à ce que la Direction de santé publique de Montréal prenne publiquement position contre le projet proposé par Loto-Québec. À partir de ce moment, le ministre ne pouvait qu'endosser la position adoptée par la santé publique.
- **Ministère de la Sécurité publique** : Étant donné que le jeu pathologique s'accompagne parfois de délinquance, le ministère de la Sécurité publique a été invité à se prononcer sur les conséquences possibles du déménagement du Casino de Montréal dans un quartier jugé défavorisé. Près de huit mois après l'annonce officielle de l'appui du Cirque du Soleil au déménagement, le ministère s'est prononcé dans un avis à l'effet qu'une hausse du crime était à prévoir si l'établissement de jeux déménageait à proximité du quartier Pointe-Saint-Charles (Lévesque, 2006).

*Sphère santé*

- **Direction de santé publique de Montréal** : Tôt dans le projet, Loto-Québec invite la Direction de santé publique de Montréal à se positionner dans le dossier. C'est ainsi que le président directeur général de la société et deux de ses vice-présidents principaux ont rencontré des acteurs de santé publique de manière privée dans leurs bureaux. Ces derniers ont expliqué leur problématique et la raison pour laquelle ils souhaitaient déménager l'édifice de jeux. Or, les acteurs à l'intérieur de la Direction de santé publique de Montréal ont rapidement conclu que des éléments, en rapport avec les problèmes de jeux, avaient été omis alors qu'ils auraient déjà dû être pris en considération dans le projet. Les acteurs de santé ont donc jugé que cet aspect du projet avait été négligé, notamment en ce qui a trait à la

diminution de l'impact potentiel et négatif du Casino dans la communauté locale. De plus, ils ont constaté que le projet semblait très avancé et que Loto-Québec avait déjà posé toute une série d'actions auprès d'un grand nombre d'acteurs. Il était donc urgent d'étudier les retombées possibles afin de prévenir les effets néfastes attribuables à un projet déjà en cours.

***Sphère sociale***

- **Résidents de Pointe-Saint-Charles** : Lorsque les dirigeants de Loto-Québec ont choisi d'installer le nouveau Casino sur le bassin Peel, ils ont indirectement invité les résidents de Pointe-Saint-Charles, « les plus militants à Montréal », à prendre part à ce dossier (Chevalier et Papineau, 2007 ; Lévesque, 2006). Outre les résidents, à titre individuel, plusieurs petits organismes communautaires ainsi qu'un regroupement d'organismes communautaires (Action-Gardien) du quartier ont pris une part active dans la tentative de faire avorter le projet de nouveau Casino, formant ainsi une coalition en défaveur du déménagement.
- **Patrimoine Canada, Transport Canada** : D'autres acteurs ont été impliqués dans le dossier de manière indirecte. Parmi ces acteurs, Patrimoine Canada à qui appartiennent les berges du canal Lachine, devant lequel le Casino aurait été bâti. Par contre, les murs du canal relèvent de Transport Canada et l'eau appartient à la voie maritime du Saint-Laurent. Ces organismes ont donc été sollicités quoiqu'ils ne figuraient pas au nombre des acteurs ayant initié le projet. Il est à noter que nous pourrions les analyser comme acteurs de la sphère économique.
- **Groupes écologiques, religieux** : Parmi les autres acteurs impliqués à un moment ou à un autre, différents groupes écologiques, communautaires, ONG et groupes religieux ont pris position dans les médias ou à travers leurs différents réseaux. La plupart d'entre eux se sont ralliés à la position contre le déménagement du Casino dans Pointe-Saint-Charles.
- **Population québécoise** : Comme ce fut le cas pour d'autres dossiers publics, la population du Québec s'est trouvée interpellée par ce dossier, d'autant plus qu'il a été fortement médiatisé.

***Sphère médiatique***

Le projet du déménagement du Casino de Montréal a été traité par un grand nombre de médias québécois : presse écrite au niveau national, local et municipal, chaînes de télévision et sites Internet. Environ 300 interventions dont vingt éditoriaux auraient paru à ce sujet dans les médias entre juin 2005 et avril 2006 seulement (Chevalier et Papineau, 2007 ; Lévesque, 2006). Nous consacrerons plus loin une section au rôle joué par les médias et à l'utilisation qu'en ont faite les acteurs dans le cas du Casino de Montréal.

**Caractéristiques des sphères : propriétés**

- **Agrégation :** Dès l'origine du projet, les sphères en sa faveur se sont regroupées en une seule afin de faire émerger un sentiment favorable au déménagement du Casino de Montréal. La coalition de gens d'affaires alliés à Loto-Québec, que nous avons décrite plus tôt, a annoncé publiquement le front commun favorable. D'autre part, une coalition d'organismes communautaires s'est également formée pour tenter de mettre un terme au projet d'implanter le Casino de Montréal dans le quartier Pointe-Saint-Charles. Lors de l'annonce du projet, la norme en faveur du Casino regroupait davantage de sphères. Au fur et à mesure du déroulement dans le dossier, de plus en plus d'acteurs et de sphères se sont montrés plutôt en défaveur de cette norme et en faveur de la norme à l'effet que le déménagement avait des effets néfastes, notamment sur la santé mentale et sur la criminalité (Chevalier et Papineau, 2007 ; Lévesque, 2006). Plus les sphères ont été nombreuses à défendre cette position, plus la norme a pris de l'importance dans les médias et dans la population.
- **Non-linéarité** : Cette caractéristique du modèle est illustrée dans le cas de la tentative ratée de déménager le Casino de Montréal, car les interactions se sont multipliées et modifiées à l'intérieur des sphères et entre les sphères. Le processus, qui aurait pu être linéaire (annonce du projet, planification des travaux, construction et déménagement), a subi des ratés dès le début quand les dirigeants ont dû se mettre à éteindre des feux plutôt qu'à travailler à la planification et au financement du projet. De l'avis de l'acteur de santé publique que nous avons rencontré, les réseaux informels ont été importants dans la gestion du dossier du déménagement, notamment via les réseaux d'amis, de connaissances et de familles qui s'échangeaient des informations. Quoique, de son avis, un tel processus n'ait « rien de scientifique », il reste que les communications informelles ont joué un rôle important, d'autant plus que le sujet était chargé d'émotions. En effet, ces réseaux informels ont forcé les sphères en présence à se synchroniser les unes par rapport aux autres dans un processus non linéaire.
- **Plasticité** : Dans le cas qui nous occupe, cette dimension du modèle est entre autres illustrée par la variation dans les frontières des sphères représentant la coalition en faveur du projet de Casino et la coalition en sa défaveur. D'une part, des acteurs se sont joints à la sphère en défaveur pour toutes sortes de raisons (écologiques, de santé, économiques, reliées à la criminalité, etc.) au fur et à mesure que des informations sur le sujet étaient rendues disponibles (surtout via les médias). D'autre part, des acteurs comme le gouvernement du Québec ont cessé de se manifester à l'intérieur de la sphère « pour » ou alors ont abandonné le projet, comme le Cirque du Soleil. Cette propriété est également illustrée par l'appartenance des acteurs. En effet, quoiqu'un acteur appartienne, par exemple, à une organisation, il agit dans différentes sphères (ou différents milieux) : familiaux, syndicaux, communautaires ; il fait partie de réseaux sociaux qu'il

nourrit et dont il retire quelque chose. Comme le mentionnait l'acteur de santé publique que nous avons rencontré, des employés de Loto-Québec ont des beaux-frères travaillant à la ville de Montréal ou des coéquipiers de leur club de baseball habitant Pointe-Saint-Charles. Ces gens pouvaient, lors de rencontres informelles, comparer et discuter les normes véhiculées dans leurs organisations. Ainsi, ce sont les frontières formelles comme les frontières informelles d'une sphère qui sont plastiques.

- **Pluralité** : La pluralité est une propriété impliquant que les sphères sont en lien entre elles, qu'elles n'existent pas seules, mais bien les unes avec les autres et les unes par rapport aux autres. Or, dans le cas qui nous occupe, cette caractéristique a contribué au fait que des acteurs et des sphères se sont ajoutées au tissu social en cours de dossier. Si la Direction de santé publique a forcé d'autres acteurs à se préoccuper des aspects de santé, certains points ont impliqué des acteurs malgré eux et ont forcé les autres acteurs à se préoccuper de certains aspects. Ainsi, sans l'implication des responsables d'urbanismes qui devaient se pencher sur les différents accès au site, le projet de Casino demeurait incomplet. Selon l'acteur de santé publique que nous avons rencontré, la direction de Loto-Québec ne pouvait déposer un tel projet sans tenir compte des règlements municipaux propres à la Ville de Montréal à propos, par exemple, de ce qui est classé historique, résidentiel, commercial, des hauteurs permises dans une zone ou une autre, de la préservation d'espaces verts, etc. De même, la sphère Loto-Québec devait prendre en considération Transport Canada, la Voie maritime du Saint-Laurent et ne pouvait donc mener son projet en vase clos. Une sphère est ainsi toujours en lien avec les autres. Elle ne peut exister sans les autres, sans tenir compte des intérêts et objectifs des autres sphères ou sans tenir compte des répercussions des actions des unes sur les autres.

  La structure politique est un exemple d'une structure pluraliste puisqu'à l'intérieur du même gouvernement, différentes sphères ministérielles ont été impliquées : ministère des Finances, de la Sécurité publique, cabinet du premier ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux, etc.

- **Complexité** : Outre leur nature pluraliste, les sphères sont également complexes, c'est-à-dire que les acteurs qui les composent proviennent de différents milieux, adoptent diverses approches, ont des objectifs qui sont à la fois variés et opposés, complexifiant les interactions et les jeux d'influence entre eux. Comme on l'a vu, la nature pluraliste du gouvernement du Québec génère ce genre de complexité. Le projet de déménagement du Casino de Montréal sur les bords du bassin Peel a interpellé des ministères avec différents points de vue : le ministère des Finances, de qui relève le Casino et qui voyait d'un bon œil l'augmentation des revenus, le ministère de la Santé à l'intérieur duquel certains acteurs sont très au fait de la problématique du jeu en milieu défavorisé, le ministère de la Sécurité publique qui doit se préoccuper des enjeux liés à la criminalité (Lévesque, 2006), ou encore, le ministère de l'Environnement qui est apostrophé par des groupes

soucieux des conséquences potentielles sur l'écosystème du secteur. Ces sphères ont des objectifs différents et souvent opposés, ce qui engendre nécessairement des contradictions que les dirigeants de la sphère gouvernementale ne tiennent pas toujours à discuter en public.

- **Asymétrie** : La caractéristique de l'asymétrie des sphères est bien représentée dans le projet de nouveau Casino, tant au regard de la taille, du pouvoir que de la légitimité des sphères en présence. Par exemple, de prime abord, on peut établir que la sphère gouvernementale détient beaucoup de pouvoir et de ressources, mais étant donné la très faible popularité du gouvernement élu à cette époque, son pouvoir était plutôt limité à cause du caractère public et médiatique du débat. De plus, au départ, les coalitions « pour » et « contre » le projet de déménagement présentaient clairement des caractéristiques asymétriques en faveur de la sphère économique. La coalition d'affaires détenant un pouvoir économique et médiatique certain, les acteurs communautaires, tels les citoyens de Pointe-Saint-Charles, semblaient comparativement bien faibles au départ.

**Caractéristiques des sphères : mécanismes**

En plus de posséder des propriétés intrinsèques, les sphères impliquées ont recours à différents mécanismes pour influer sur le développement des normes sociales. Dans cette section, nous reprenons chacun des mécanismes à la lumière du cas étudié.

- **Mouvance** : Par définition, une sphère n'est pas statique, car elle se métamorphose dans le temps. Par rapport à la norme, une sphère se modifie, change son action et son discours. Par exemple, la Ville de Montréal semblait, au départ, plutôt favorable à l'idée de déménager le Casino pour en augmenter les revenus et l'achalandage, mais elle a pris du recul lorsque le site convoité par Loto-Québec a été dévoilé publiquement, d'autant plus que les réactions ont été négatives.
- **Polyvalence** : La polyvalence d'une sphère renvoie à sa capacité d'adaptation aux changements, de réajustement de ses stratégies en fonction des événements. Ce mécanisme est illustré par l'émission d'un avis de santé publique par la Direction de santé publique de Montréal. Selon l'acteur de santé publique que nous avons interviewé, cet avis avait été demandé par la Direction de santé publique, mais aussi par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour arriver à se positionner sur la place publique avec cet avis et pour maintenir le cap, la sphère Direction de santé publique de Montréal a procédé à une reconfiguration de son réseau à l'interne, en liant les responsables du dossier des jeux de hasard avec les acteurs du service des communications. Ces derniers, dont le responsable du service, devaient donc être mis au courant, au jour le jour, de ce qui apparaissait dans les médias et de ce qui semblait arriver d'important dans le dossier. Les mécanismes de communication interne et externe ont ainsi été remaniés et c'est ainsi que le réseau d'information informel mentionné plus

haut s'est formé. En informant tout le réseau de la santé des dangers des problèmes de jeux, la Direction de santé publique de Montréal a augmenté le nombre d'acteurs au courant, y compris leur entourage à l'extérieur de ce réseau. Puisque les jeux de hasard étaient associés à des problématiques telles que l'alcool ou la consommation de drogue, les acteurs de ces réseaux informels se sont sentis interpellés, créant une sorte d'harmonie en défaveur du projet dans différentes sphères de la population québécoise. La Direction de santé publique de Montréal a donc travaillé à l'interne, avec les médias et avec certains partenaires.

- **Pluridirectionnalité** : Les acteurs des sphères et ceux opérant entre les sphères évoluent en fonction de leurs milieux, des approches qu'ils adoptent, de leurs objectifs et de leurs moyens (ressources). Par exemple, les acteurs de santé publique ont, avec les années, élargi la conception de leur intervention en y incluant des déterminants sociaux et politiques. Dans le cas de ce dossier, ils ont utilisé une approche pour évaluer les risques et impacts potentiels du déplacement du Casino et émettre un avis de santé à ce sujet : le *Health Impact Assesment* (HIA). Il s'agit d'un modèle conceptuel issu du champ des politiques publiques favorables à la santé qui est également utilisé pour comprendre les effets de ces interventions sur les déterminants dans les communautés (Kemm, 2001). Essentiellement, il vise à identifier de manière systématique les différents impacts possibles (économiques, environnementaux, physiques, etc.) d'une politique ou d'une intervention sur la santé des individus et des différentes populations (Mittelmark, 2001). En d'autres mots, les acteurs de la Direction de santé publique se sont demandés : « Quel est l'impact sur tout ? L'environnement, […] les conditions de vie, le milieu social. » C'est ainsi qu'ils ont notamment appris l'existence d'un barrage de castors sur le bassin Peel, ce qui a attiré l'attention des groupes d'environnementalistes, lesquels se sont joints aux autres sphères pour remettre le projet en question. Cette approche différait de la lorgnette économique qui avait été adoptée jusque-là dans le dossier et ces deux visions se sont donc opposées du fait qu'au bout du compte, elles défendaient des normes différentes.
- **Non-hiérarchisation** : Le rôle et la place des sphères varient dans le temps et les priorités changent (urgence). Lorsque le projet a été annoncé publiquement, les sphères qui proposaient et soutenaient le projet avaient un plus grand pouvoir économique et jouaient un rôle d'avant plan. À ce moment, le gouvernement et certains acteurs économiques semblent les acteurs principaux (sinon les seuls acteurs) impliqués. Au fur et à mesure de l'évolution de la situation, de nouvelles sphères prennent part au débat, certaines devenant au bout d'un moment des acteurs principaux, modifiant ainsi la hiérarchie de départ. C'est cette apparence d'un combat entre David et Goliath qui a plu aux médias et, quoique les groupes du quartier soient très organisés, cet aspect a aussi beaucoup joué en leur faveur (Chevalier et Papineau, 2007). De plus, la légitimité des acteurs de santé publique et

du discours qu'ils tenaient a également pris de l'importance dans l'œil de la population générale. Bref, si Loto-Québec et le Cirque du Soleil semblaient les principales sphères à l'aube du projet, c'est la Direction de santé publique de Montréal et les groupes communautaires qui ont marqué son abandon, renversant le rapport d'asymétrie initial.

- **Ouverture** : Les sphères principales en présence, soit la sphère en faveur et la sphère en défaveur du projet, ont évolué, leur configuration étant modifiée par l'apparition et la disparition d'acteurs. En phase d'émergence de la norme à l'effet que le déménagement du Casino pouvait avoir des effets néfastes sur la santé de la population de Pointe-Saint-Charles, la sphère en faveur était composée d'acteurs gouvernementaux et municipaux, du monde des affaires et même des médias (p. ex., le chroniqueur sportif et auteur de téléséries Rejean Tremblay). La sphère en défaveur était composée presque exclusivement de la Direction de santé publique de Montréal et des résidents du quartier. L'ouverture des sphères a permis l'entrée d'acteurs dans l'une et l'autre des sphères. Ce passage s'étendait sur de courtes périodes de temps comme ce fut le cas des groupes écologiques ou des groupes impliqués de manière collatérale, tel Transport Canada, ou de plus longues périodes, comme les regroupements communautaires des quartiers avoisinants. Cette ouverture a également permis à des acteurs de se retirer du projet, comme dans le cas du Cirque du Soleil.

## RÔLE DES MÉDIAS : CONTRIBUTION À LA DIFFUSION ET AU FAÇONNEMENT DE LA NOUVELLE NORME

Les médias ont été au cœur du dossier dès le départ, étant donné que l'annonce du projet a d'abord passé par eux. Si la sphère économique a utilisé ces canaux pour informer la population de son projet, les acteurs de santé publique ont reconnu avoir eu recours aux médias comme stratégie centrale pour porter discrédit à l'option proposée par Loto-Québec. Outre le fait d'avoir émis des avis et d'avoir accordé des entrevues, ces derniers ont fourni des informations qui, sans être directement en lien avec leur propre discours, pouvaient entraîner d'autres acteurs dans la sphère opposée au projet. Plus les informations circulaient dans les médias, plus les acteurs de toutes les sphères se sont mis à se « parler » à travers ces canaux relais, si bien que la tension a monté, entraînant encore de nouveaux intervenants. Par exemple, lorsqu'un membre important du Conseil du patronat a affirmé que les médias offraient « une surreprésentation au communautaire par rapport à l'économique », les groupes communautaires en général, mais aussi les journalistes se sont sentis interpellés. Par ailleurs, si les grands médias québécois se sont intéressés au dossier, les journaux de quartier ont aussi pris part à cette envolée médiatique, contribuant à alerter différentes strates de la population. De plus, les groupes communautaires qui

se sont servis de ces canaux ont aussi été sollicités par ces journaux et par les grands médias et sont finalement devenus les leaders de la sphère santé dans le dossier.

Si l'annonce du projet a créé certains remous populationnels, notamment à cause de la visibilité du Cirque du Soleil, le potentiel médiatique a vraiment pris de l'importance lors de l'émission de l'avis de santé publique, qui « était en soi un geste médiatique ». Il s'agit là aussi d'un geste politique, puisqu'entériné par la crédibilité et la légitimité de la Direction de santé publique de Montréal. S'appuyant sur une recension des écrits scientifiques, la Direction de santé publique a donc eu recours à son pouvoir d'expert pour sensibiliser la population à travers la sphère médiatique. Les principaux responsables du dossier acceptaient toutes les invitations, qu'elles proviennent des médias ou des groupes de pression. Ils ont fourni des informations aux groupes communautaires, par exemple sur la criminalité associée aux casinos en général, usant non seulement des canaux médiatiques, mais des autres types de réseaux de communications. De bonnes relations avec les médias ont été maintenues tout au long du déroulement, en leur fournissant des informations, en répondant à leurs questions ou en leur fournissant des données (Chevalier et Papineau, 2007). De plus, fournir de l'information au fur et à mesure permettait de maintenir le sujet dans les médias et de diminuer la crédibilité de la sphère menée par Loto-Québec. Ce dossier était intéressant d'un point de vue médiatique, car la sphère économique donnait l'impression d'être un « méchant » ayant du pouvoir et agissant au détriment des « victimes » : les citoyens d'un quartier défavorisé.

En outre, plus le dossier s'étire, plus des journalistes se spécialisent sur le sujet. Plutôt que de traiter uniquement de sujets différents tous les jours, ils développent de nouvelles connaissances et récoltent de nouvelles informations sur un même sujet, jusqu'à former un tout cohérent et bien acquis. C'est aussi le cas des acteurs médiatiques qui décident des sujets et qui les répartissent. La période de temps entre l'annonce du projet et l'annonce de son abandon a été suffisamment longue pour que des acteurs médiatiques se sentent investis. Puisqu'ils connaissent de mieux en mieux la problématique du jeu, ils sont de plus en plus nombreux et intéressés à discuter directement avec Loto-Québec, mais de manière générale semble-t-il, ils n'y sont jamais bien reçus. Au contraire, à la Direction de santé publique et dans les groupes communautaires, on soignait les relations de presse.

Il est important de prendre en considération que le projet visant à déplacer le Casino de Montréal sur les abords du bassin Peel s'est inscrit dans un contexte médiatique, mais aussi dans un contexte social et économique. Au cours de

l'année précédente, des citoyens avaient fait reculer le projet hydro-électrique du Suroît dans la région de la Montérégie, principalement pour des raisons écologiques (Dutrisac, 2004). Or, l'un des facteurs les plus importants dans cette histoire avait été la médiatisation du projet et de l'argumentation de ses opposants, si bien qu'un sondage avait démontré que les deux tiers de la population québécoise étaient contre. De plus, le projet de port méthanier Rabaska sur les rives de la ville de Lévis faisait aussi l'objet de critiques virulentes dans la population et dans les médias. Par-dessus tout, au moment où le Cirque du Soleil décide de jeter l'éponge (Shields, 2006), en mars 2006, le gouvernement vient tout juste d'approuver un autre projet fortement dénoncé et médiatisé : la privatisation du Mont-Orford, projet qui avortera lui aussi tel qu'il était dans sa forme de départ (Francoeur, 2006). Ces projets partagent des enjeux écologiques et de santé, valeurs chères aux Québécois, en plus d'être des tendances à l'échelle mondiale au cours des dernières années. Or, les normes d'une société sont intimement liées aux valeurs partagées par les individus qui la composent (Durand, 2003).

Autre élément du contexte dont nous avons parlé : la situation politique en cours. D'une part, deux élections ont été tenues durant cette période, ce qui a forcé les candidats à prendre publiquement position : des élections municipales à la Ville de Montréal et des élections fédérales. Ces événements ont contraint les élus et les candidats à se prononcer et à prendre position sur l'épineux sujet et, dans un contexte électoral, les acteurs politiques sont extrêmement sensibles à l'opinion publique. D'autre part, le niveau d'appréciation du gouvernement provincial au pouvoir était très faible, ce qui a influé sur sa capacité à maintenir le cap en faveur du projet, de peur de voir son image se ternir davantage.

Ainsi, les médias ont servi de relais aux sphères impliquées pour faire connaître la légitimité, l'urgence et les enjeux du projet. Ils ont servi d'espace de diffusion dès l'émergence de la norme de santé reliée aux risques que représente le jeu de hasard dans une population défavorisée. Lorsqu'ils ont donné voix à la sphère santé et lui ont accordé la légitimité, la crédibilité et le pouvoir de l'expert, les médias ont permis à cette sphère de rallier des groupes et des individus, contribuant de cette manière à la cascade de la norme et à son adoption par la majorité, y compris à l'extérieur des limites physiques de la ville de Montréal. Par ailleurs, les médias ont influé non seulement en servant d'émetteur relais à la sphère santé, mais aussi en prenant eux-mêmes position à travers certains grands chroniqueurs (Elkouri, 2005 ; Gagnon, 2005) qui se sont pour la plupart prononcés, pour diverses raisons, contre le projet de déménagement du Casino dans le quartier Pointe-Saint-Charles.

## DISCUSSION

Lorsque le projet du déménagement du Casino de Montréal aux abords du bassin Peel fut annoncé, la majorité des sphères impliquées (économique, politique et des affaires) étaient en faveur du projet. La norme (émergente) promue et partagée était à ce moment une norme économique à l'effet que l'achalandage et les revenus de l'établissement de jeux devaient être augmentés et que la meilleure manière de le faire était de déménager l'établissement et de lui greffer d'autres centres de profits, tels des hôtels et un centre de divertissement. Les sphères favorables (unies à l'intérieur d'une coalition ou d'une sphère économique) au projet étaient politiquement et économiquement puissantes, mais aussi médiatiquement puissantes, particulièrement à cause de la présence parmi elles du Cirque du Soleil. Lorsque les acteurs de santé publique ont été interpellés, une autre norme a émergé : une norme de santé reliée aux dangers d'établissements de jeux de hasard dans des milieux défavorisés, soit la dépendance au jeu et les problèmes qui lui sont associés de santé mentale, de dépendance à l'alcool, d'idées suicidaires, de criminalité et d'augmentation de la pauvreté.

Grâce aux médias, cette norme a passé rapidement de la phase d'émergence à la phase de cascade dans la population québécoise qui s'est positionnée contre le projet de déménagement. À l'étape de cascade, de nombreux organismes se sont unis avec la sphère « santé » qui était contre ce projet. Enfin, c'est lors de l'étape d'internalisation, quand la population et les médias se sont rangés derrière la position de la santé publique et des organismes citoyens et communautaires, que les joueurs de la sphère économique ont abandonné le projet. La norme promue par cette sphère est donc passée directement de la phase d'émergence à celle de déclin. Il n'est pas possible d'affirmer qu'elle a été complètement abandonnée, car Loto-Québec se trouve toujours dans une situation où elle doit revoir son modèle d'affaires pour augmenter ses sources de revenus.

Différentes conclusions peuvent être tirées de cette étude de cas, que l'on se place du point de vue des acteurs de santé publique ou de celui des médias. Dans cette section, nous reviendrons sur ces différents points. Nous terminerons en discutant des possibilités qu'offre le modèle de Caron-Bouchard et Renaud (2007) dans sa forme actuelle, pour comprendre la dynamique de la construction d'une norme sociale relative à la santé et le rôle joué par les médias dans ce processus.

### Leçons apprises par les acteurs de santé publique

Les acteurs de santé publique ont fait différents apprentissages, particulièrement au regard de la communication interne entre les services de la direction, de la communication externe avec leurs partenaires et le réseau social, et du recours aux médias. En effet, les communications internes ont été renforcées

et facilitées à ce moment et ces mécanismes sont restés, notamment en termes de diffusion et de partage de l'information. Ils ont appris à mieux utiliser leur réseau formel, mais aussi les réseaux informels de communication et d'information, à « ratisser plus large » pour impliquer d'autres sphères, et donc, à « identifier des alliés objectifs » et à participer aux efforts de ces alliés, si nécessaire. Le service des communications comme la plupart des unités pouvant traiter de dossiers à potentiels médiatiques ont appris à réagir plus rapidement, à s'organiser plus vite en état de crise ou en état d'urgence. Un autre apprentissage important est celui de la synchronisation du discours public. Ces acteurs ont appris à partager rapidement les informations clés pour tenir un discours harmonieux lorsqu'ils sont interpellés par les médias. Enfin, les acteurs à l'intérieur de la sphère de santé publique ont aussi compris comment « déconstruire et discréditer » les messages de leurs opposants dans l'espace médiatique.

**Leçons apprises au sujet de la norme et de l'influence des médias**

La tentative de déménagement du Casino de Montréal illustre le passage d'une norme sociale économique à une norme sociale de santé publique et le rôle que les médias ont joué dans ce renversement. À la lumière de ce cas, il est clair que le recours aux médias est une stratégie efficace, lorsqu'elle est bien menée et que le contexte s'y prête, pour modifier une norme relative à la santé. Il ne faudrait pas conclure que le recours actif aux médias soit la seule stratégie valable ou qu'elle soit efficace dans tous les contextes ; le responsable du dossier que nous avons rencontré est d'ailleurs très lucide à ce sujet. Certains sujets se « vendent » mieux que d'autres. Cette stratégie est utile lorsque le sujet est émotif et qu'on peut avoir recours à l'*advocacy*. Selon l'analyste de politiques publiques que nous avons interviewé, dans le cas de l'échec (d'un point de vue économique) du projet de nouveau Casino, ce serait moins le recours aux données probantes qui aurait convaincu les médias et la population que la capacité de la sphère de santé publique et communautaire à miner la crédibilité de la sphère économique, à attirer la sympathie de la population en dépeignant les effets négatifs potentiels sur la santé de la communauté touchée. Or, certains sociologues s'accordent sur le fait que l'adoption d'une norme comporte une dimension nettement émotive (Gagné, 2003).

Dans ce dossier, les médias ont joué un rôle de relais, mais ils ont également fait figure de partie prenante par des prises de position et par le biais des opinions de chroniqueurs connus (tels que Rima Elkouri ou Lysiane Gagnon du quotidien *La Presse*). Ainsi, quoique leur utilisation par les sphères économique, communautaire, politique et de santé illustre le rôle de transmetteur des médias, ces derniers renforcent une norme et contribuent à sa cascade de manière autonome également à travers leurs différents acteurs, et particulièrement, les journalistes. Si les médias n'ont pas été les instigateurs de la norme sociale, la part qu'ils ont prise dans sa transmission et l'étendue de leur influence sur l'adoption de cette norme par une majorité est clairement illustrée par l'étude

du cas du Casino de Montréal. À travers la lorgnette médiatique, la norme prend la forme d'un « flux » dynamique plutôt que d'une chose allant de soi, figée (De Munck, 1997). Médiatiquement parlant, ce qui est vrai un jour pour la population est déconstruit le lendemain.

**Mise à l'épreuve du modèle**

L'objectif principal de cette étude était de mettre à l'épreuve, grâce au cas du projet de déménagement du Casino de Montréal, le modèle dynamique interactif d'analyse du rôle des médias dans le façonnement d'une norme de santé proposé par Caron-Bouchard et Renaud (2007). Dans notre analyse, nous avons porté une attention particulière aux catégories proposées (propriétés et mécanismes des sphères) de même qu'au mécanisme d'influence des médias sur le processus de construction d'une norme sociale de santé. Le modèle fait face à différents défis : les catégories sont-elles exhaustives, mutuellement exclusives ? Manque-t-il des éléments ? Certains mécanismes semblent-ils inexpliqués ? Pourrait-on utiliser une autre lorgnette que celle des médias pour comprendre l'évolution d'une norme ? Bref, quelles sont les forces et les limites du modèle dynamique interactif ?

Dans l'ensemble, nous avons jugé que le modèle de Caron-Bouchard et Renaud (2007) permettait d'analyser les sphères impliquées dans la formation d'une norme sociale, de comprendre leurs relations et leurs caractéristiques, de même que d'analyser le rôle des médias dans le processus. Pour les auteurs, une propriété est une qualité particulière de la sphère, tandis qu'un mécanisme en est un mode de fonctionnement. Toutefois, certaines caractéristiques ont soulevé des difficultés dans l'analyse du cas et il est important d'y revenir. La distinction entre une propriété et un mécanisme est parfois ambiguë et nous avons eu l'impression que certaines caractéristiques en lien avec la propriété ou le mécanisme sont parfois redondantes.

Dans un premier temps, la propriété d'**asymétrie** présente des similarités avec le mécanisme de non-hiérarchisation. Celui-ci nous semblait être au départ une propriété plutôt qu'un mécanisme proprement dit. Il faut bien comprendre que, selon le modèle, l'asymétrie réfère à la taille des sphères et au fait que leur force et leurs ressources peuvent en dépendre, rendant plus difficile l'implantation d'une norme par une sphère plus « petite ». La non-hiérarchisation renvoie quant à elle au rôle d'une sphère en fonction de la norme en jeu, rendant la priorité entre les sphères difficile à établir puisque ces dernières peuvent saisir les occasions et les ressources (dont les ressources médiatiques) au moment opportun pour modifier la hiérarchie. Ainsi, l'asymétrie est l'une des propriétés dynamiques permettant aux sphères d'avoir recours au mécanisme de non-hiérarchisation. Sur ce point, le modèle de Caron-Bouchard et Renaud (2007) nous semble donc valide.

Le modèle dynamique interactif nous a semblé présenter une faiblesse dans la similarité qui existe entre le mécanisme de **mouvance** et celui de **polyvalence**. Selon le modèle, la mouvance veut dire que la sphère est « non statique et non figée dans le temps », qu'elle « évolue sans cesse dans le temps » (p. 90). La polyvalence, quant à elle, s'explique par « la capacité d'adaptation des sphères au changement, au temps qui passe » (*idem*). Dans le cadre de l'analyse de cas, la mouvance nous a semblé être une caractéristique plutôt qu'un mécanisme, un peu comme la plasticité ou la pluralité. De plus, la mouvance recoupe également le mécanisme d'ouverture selon lequel « la sphère est en constante évolution et en mouvement continu » (*idem*). Nous croyons que la mouvance devrait être théoriquement envisagée comme étant une propriété d'une sphère, sa reconfiguration étant plutôt permise par les mécanismes de polyvalence et d'ouverture. Cet aspect théorique gagnerait à être explicité davantage. À partir du texte original, il est difficile d'établir clairement la limite entre ces concepts, et surtout, de distinguer ce qui en ferait un mécanisme plutôt qu'une propriété.

À l'inverse, l'**agrégation** constitue selon nous un mécanisme auquel ont eu recours les sphères pour faire avancer la norme qu'elles désiraient mettre de l'avant. Si l'on en juge par l'étude du cas du projet avorté de déménager le Casino de Montréal, les sphères se sont regroupées soit pour démarrer le projet, soit pour tenter d'y mettre un terme. Il ne s'agissait pas d'une propriété intrinsèque de l'une ou l'autre des sphères, excepté peut-être de la sphère gouvernementale dont la complexité réduit de toute manière les possibilités de synchronisme. Il s'agissait d'une action prise par les sphères. La plasticité, la pluralité ou la non-linéarité sont des propriétés inhérentes aux sphères ; l'agrégation est un outil, une stratégie à laquelle elles ont recours pour promouvoir une norme sociale.

Pourrait-on analyser la formation d'une norme sociale à travers une autre lentille que celle des médias ? Par exemple, sans nier le rôle prépondérant de ces derniers, pourrait-on plutôt mettre l'accent sur les aspects politiques et économiques qui motivent les acteurs (y compris les médias) ? En effet, la réalité médiatique n'est-elle pas, après tout, une réalité économique ? La réponse est sans doute oui, et des modèles existent pour y arriver. Le modèle dynamique interactif de Caron-Bouchard et Renaud (2007) ne tente pas de prouver que toute norme sociale s'explique exclusivement par les relations des acteurs en rapport avec les médias. Il cherche plutôt à mettre en lumière le rôle de cette sphère particulière et certainement incontournable dans le processus d'adoption d'une norme, à l'intérieur d'une société en contexte de modernité avancée. L'omniprésence des médias et des technologies de l'information en témoigne par ailleurs.

Finalement, à la lumière de notre étude de cas, peut-on affirmer que le modèle est exhaustif ? Tout d'abord, le caractère dynamique du modèle permet de comprendre la notion de sphère et ses caractéristiques. Il a d'intéressant qu'il n'impose pas de sphères (sinon la sphère médiatique, qui est son point central) et qu'il oblige donc le chercheur à tenir compte de toutes les sphères en présence, de ne pas en écarter qui sembleraient moins prépondérantes, étant donné leurs propriétés. Ensuite, hormis les commentaires que nous avons fournis plus haut dans la discussion, le cas que nous avons analysé n'a pas révélé de propriétés ou de mécanismes absents du modèle. Toutefois, c'est à l'égard des médias qu'une dimension semble manquer à ce modèle explicatif. Outre le fait de mettre l'accent sur leur rôle dans le façonnement des normes sociales de santé, il ne fournit pas de pistes sur les mécanismes concrets par lesquels a lieu ce processus. Il se contente d'illustrer la place prépondérante des médias de toutes sortes ; il expose le processus, mais ne discute pas des moyens concrets. Cela n'était pas l'objectif du modèle, mais il serait intéressant d'y ajouter des pistes d'actions concrètes

Maintenant, qu'offre de particulier ce modèle pour un acteur de santé publique ? Tout d'abord, il permet, nous venons de le dire, de comprendre qu'il est essentiel, lorsque l'on souhaite promouvoir une norme, qu'elle soit relative aux comportements sexuels, à l'utilisation de drogues ou à la pratique d'activité physique, de tenir compte du plus grand nombre de sphères possibles et de ce qui les caractérise. Lorsque la Direction de santé publique de Montréal a émis son avis de santé publique, c'est ce que ses acteurs ont fait et ont continué de faire jusqu'à ce que le dossier soit clôt en leur faveur. Ensuite, il permet aussi à l'acteur de santé de comprendre à quels mécanismes sa propre sphère peut recourir en fonction de la norme qu'il cherche à promouvoir et du stade de développement de celle-ci. Il y a quinze ans, il n'aurait pas été possible d'éliminer la « malbouffe » des écoles du jour au lendemain et encore moins d'imposer des menus aux parents qui préparent les lunchs de leurs enfants. Ce moment opportun existe à un moment ou à un autre et il s'agit de le saisir pour provoquer la cascade ou pour en profiter. De plus, ce modèle fournit, a posteriori, des pistes d'explications pour les actions des différentes sphères. C'est ce qu'il nous a permis dans le cas du projet de déménagement du Casino.

Au regard des médias, le cas du Casino de Montréal suggère aux acteurs de prendre en compte cet aspect dans leurs stratégies orientées vers une large population. L'une des clés de la réussite du renversement de la norme économique par la sphère santé et communautaire fut la connaissance des relais communicationnels et médiatiques et leur priorité par tous les acteurs impliqués. Tout au long du processus, le service des communications de la Direction de santé publique est resté à l'affût des messages médiatiques sur le dossier et en a tenu compte dans sa stratégie, aussi ses acteurs ont-ils présenté un message cohérent et homogène. Dans le contexte actuel, il demeure primordial

de présenter davantage de données probantes pour éviter de tomber dans l'argumentatif et de perdre de la crédibilité. L'exemple récent du projet Rabaska l'illustre : certains leaders de la sphère en défaveur du projet ont tenté l'*advocacy*, mais se sont fait débouter par des acteurs des sphères politique et économique qui ont, pour leur part, appris des erreurs des dernières années et ont recours dorénavant, et à juste titre, à des données probantes pour promouvoir leurs projets.

## RÉFÉRENCES

Bourgault-Côté, G. (2005). « Un Las Vegas pour Montréal », *Le Devoir,* 23 juin.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2007). « Modèle dynamique interactif ; un outil d'analyse du rôle des médias dans la construction de la norme en matière de santé », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Chevalier, S. et É. Papineau (2007). *Analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec*, Rapport déposé aux directeurs régionaux de santé publique.

De Munck, J. et M. Verhoeven (1997). *Les mutations du rapport à la norme : un changement dans la modernité ?,* Paris, de Boeck.

Durand, C. et A. Pichon (dir.) (2003). *La puissance des normes*. Paris, L'Harmattan, p. 24-25, coll. « Logiques sociales ».

Dutrisac, R. (2004). « Le Suroît : Charest recule », *Le Devoir*, 7 et 8 février.

Elkouri, R. (2005). « Un casino à Pointe-St-Charles. Le Cadeau de Grec », *La Presse*, 9 juillet.

Francoeur, L.-G. (2006). « Béchard vendra le mont Orford aux promoteurs », *Le Devoir*, 7 mars.

Gagnon, L. (2005). « Montréal ou Las Vegas ? », *La Presse*, 7 juillet.

Gagné, L. (2003). « Les fondements rationnels et émotifs des normes sociales », *Cahier d'épistémologie*, cahier 18, nº 309, R. Nadeau, (dir.), Montréal, Groupe de recherche en épistémologie comparée, Département de philosophie, Université du Québec à Montréal. p. 5.

Kemm, J. (2001). « Health impact assessment : A tool for health public policy », *Health Promotion International*, vol. 16, nº 1, p. 79-85.

Renaud, L. (dir.) (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Lévesque, K. (2006). « Avis du ministère de la Sécurité publique – Déménagement du casino : une hausse du crime est prévisible », *Le Devoir*, 1er février.

Mittelmark, M. (2001). « Promoting social responsibility for health : health impact assessment and healthy public policy at the community level », *Health Promotion International*, vol. 16, nº 3, p. 269-274.

Shields, A. (2006). « Casino – Loto-Québec jette l'éponge », *Le Devoir*, 11 et 12 mars.

Yin, R.K. (2003). *Case Study Research : Design and Methods*, 3e éd., Thousand Oaks, Sage Publications.

## 1.3 Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel : un examen de leur instauration

Sylvie Louise Desrochers, M.Sc., et Lise Renaud, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Cet article vise à mettre à l'épreuve le modèle des processus médiatiques de façonnement des normes sociales à partir d'éléments liés au domaine de la périnatalité. On constate qu'au Québec, au cours des 30 dernières années, la norme de l'allaitement maternel s'est progressivement instaurée, alors que celle de l'accouchement naturel, sans intervention médicale, émerge à peine. Une définition du concept de norme sociale et de la notion de sanction qui lui est associée est appliquée aux normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel. Le cycle de vie de ces normes sociales est ensuite examiné. Enfin, le modèle des processus médiatiques de façonnement des normes sociales est appliqué à la périnatalité québécoise. Cet exercice permet de dégager des pistes d'analyse du discours médiatique sur l'accouchement naturel et l'allaitement maternel au Québec.

**ABSTRACT**

This article aims to test the "social-norm-shaping media process" model against elements from the perinatality domain. We find that, in Québec, breastfeeding have progressively become the norm over the past 30 years while natural birth (without medical intervention nor anaesthesia) is emerging much more slowly. A definition of the concept of social norm and the related notion of sanction is applied to the norms of breastfeeding and natural birth. The life cycle of these social norms is then examined. Finally, the "social-norm-shaping media process" model is applied to perinatality in Québec. This exercise helps develop avenues for the analysis of media discourse related to natural birth and breastfeeding in Québec.

### INTRODUCTION

Mettre un enfant au monde, en prendre soin, le nourrir sont des gestes universels que posent les femmes depuis la nuit des temps. Pourtant, les pratiques entourant l'accouchement et le maternage diffèrent grandement selon les lieux et les époques. Ici même, au Québec, au cours des 30 à 40 dernières années, les normes sociales qui guident ces comportements ont bien changé. Sous l'impulsion du mouvement d'humanisation de la naissance, certains aspects de l'accouchement se sont humanisés et l'allaitement a fait un retour en force. Par contre, les taux de certaines interventions obstétricales ont monté en flèche. En 2009, être une « bonne mère » signifie sans aucun doute allaiter son enfant, mais la norme de l'accouchement naturel, qui se déroule sans intervention médicale, dans le respect du processus physiologique de la naissance, émerge à peine. Pourquoi cette différence ? Voilà le problème de recherche auquel nous nous intéressons.

Pour mieux comprendre l'évolution des différentes normes sociales reliées à la périnatalité, nous aurons recours au modèle des processus médiatiques de façonnement des normes (Renaud, 2004). En effet, la périnatalité fait l'objet de nombreuses communications médiatiques qui contribuent à l'évolution des normes sociales dans ce secteur.

Nous visons donc à mettre à l'épreuve le modèle des processus médiatiques de façonnement des normes sociales (Renaud, 2004) à partir d'éléments liés à la périnatalité québécoise. Après un bref portrait de ce secteur, nous y appliquerons diverses notions théoriques sous-jacentes à ce modèle. Pour ce faire, nous définirons d'abord le concept de norme sociale, avant de nous pencher sur son instauration. Enfin, nous tenterons de mieux comprendre le rôle des médias dans le façonnement des normes sociales. Ces notions théoriques seront systématiquement appliquées au secteur de la périnatalité québécoise. Ce travail nous amènera à construire une grille d'analyse du discours médiatique sur la périnatalité. Nos résultats devraient ultimement favoriser une plus grande efficacité des stratégies de communication médiatique des organismes œuvrant en périnatalité.

## PROBLÉMATIQUE

Précisons d'abord ce qu'on entend par le terme périnatalité. La *Politique de périnatalité 2008-2018* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) considère que « La période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an » (Laverdière *et al.*, 2008, p. 8). La périnatalité comprend donc la conception, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et les soins au bébé d'un an et moins.

Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la naissance d'un enfant constitue un événement social qui prend place dans la demeure familiale (Vadeboncoeur, 2004). Au cours du siècle suivant, l'accouchement devient toutefois une procédure médicale qui se déroule de plus en plus à l'hôpital. Durant la même période, l'allaitement maternel passe de mode d'alimentation privilégié des nourrissons à un phénomène marginal : au milieu des années 1960, seulement 5 % des bébés sont allaités au sein (Baillargeon, 2004).

Au cours des années 1970, la médicalisation des pratiques sera remise en question par le mouvement d'humanisation de la naissance qui réclame le respect du caractère naturel, physiologique de l'accouchement, des besoins, croyances et valeurs des femmes, ainsi que de leurs droits (Vadeboncoeur, 2004). En 1980, le mouvement pour l'humanisation de la naissance se cristallise autour d'une série de colloques régionaux sur le thème *Accoucher… ou se faire accoucher*. Ses revendications sont basées sur des études démontrant l'influence

de l'environnement et des variables socioaffectives sur le déroulement de l'accouchement, ainsi que l'inutilité, voire même les risques, de certaines interventions médicales (ASPQ, 1980).

En réponse aux critiques du mouvement d'humanisation de la naissance, les pratiques obstétricales commencent à évoluer. On assiste à la création de maisons de naissance où les sages-femmes peuvent exercer leur métier ; leur profession sera légalisée en 1999 (RNR, 2001). Une nouvelle *Politique de périnatalité du Québec* (MSSS, 1993) met de l'avant une approche plus globale et plus respectueuse des femmes et des familles. En 1997, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* traitent pour la première fois d'allaitement, fixant des objectifs à atteindre et favorisant la mise en place d'interventions qui encouragent l'allaitement maternel (Haiek *et al.*, 2006). Durant cette période, le Québec montre cependant l'un des taux d'allaitement les plus faibles au Canada (Santé Canada, 2000). Enfin, la *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2008), en plus de poursuivre la promotion de l'allaitement maternel, reconnaît le bien-fondé de limiter la médicalisation de la naissance.

Malgré cette reconnaissance accrue, le mouvement d'humanisation des naissances n'est pas parvenu à faire diminuer les taux d'interventions obstétricales (ASPQ, 2005). Le taux de césariennes atteint en effet près de 23 % en 2005-2006 (MSSS, 2008), alors qu'il n'était que de 17 % en 1993-1994. Une étude réalisée en 2004 prévoit d'ailleurs que « si la tendance des dernières années se maintient, le quart des femmes qui accoucheront au Québec en 2010 auront recours à la césarienne » (Tremblay, Beauchamp et Dumont, 2004). Quant à l'anesthésie péridurale, celle-ci est pratiquée pour près de 70 % des accouchements en 2005-2006 (MSSS, 2008) contre 39 % en 1993-1994. On estime également qu'en 2000-2001, un déclenchement médical du travail a été pratiqué lors de 21 % des accouchements à l'hôpital, au Québec (Santé Canada, 2003).

De plus, on note que la quasi-totalité des accouchements se déroule toujours en centre hospitalier, soit 98,7 % en 2002, année où seulement 109 enfants sont nés à domicile et 833 en maison de naissance (ASPQ, 2005). Malgré la reconnaissance légale de la profession de sage-femme, sa pratique demeure marginale.

Certains progrès ont cependant été accomplis au Québec en matière d'humanisation des naissances. Mentionnons le recul du taux d'épisiotomie et de la pratique du rasage du périnée, la multiplication des chambres de naissance, la présence du père ou d'un proche lors de l'accouchement, etc. Force est toutefois de constater qu'il s'agit là d'avancées bien modestes, particulièrement en regard de l'importante hausse des taux d'interventions obstétricales.

Par contre, en matière d'allaitement maternel, les revendications du mouvement d'humanisation des naissances ont porté des fruits. C'est dans ce domaine que l'on constate l'évolution la plus marquée depuis les années 1990 (Haiek *et al.*, 2006). Ainsi, alors qu'en 1996-1997, 58 % des nouveau-nés québécois sont allaités à leur sortie du centre hospitalier ou de la maison de naissance, ce taux atteint 85 % en 2005-2006. Quant aux bébés âgés de trois mois, leur taux d'allaitement maternel passe de 35 % à 62 % aux mêmes périodes.

## CADRE THÉORIQUE ET APPLICATION

Le secteur de la périnatalité québécoise, décrit précédemment, nous fournit un champ d'application fertile pour les notions théoriques liées au façonnement des normes sociales.

### Notion de norme sociale

***Définition***

Nous définirons d'abord le concept de norme sociale et nous en identifierons les principales caractéristiques. Dans la langue courante, le mot norme peut prendre deux significations :

- il fait d'abord référence à un « type concret ou formule abstraite de ce qui doit être (canon, idéal, loi, modèle, principe, règle) » (Robert, 2002) ;
- le mot norme signifie aussi « état habituel, conforme à la majorité des cas (cf. la moyenne, la normale) » (Robert, 2002, p. 314).

Dans la compréhension usuelle, une norme correspond donc, à la fois, à ce qui **doit** être et à ce qui **est** couramment observé. Comme nous le verrons plus loin, cette ambiguïté se reflète également dans l'étude des normes sociales.

Bien que certains auteurs (notamment, Lapinski et Rimal, 2005) retiennent les deux significations du mot norme, la sociologie contemporaine tend à privilégier la première définition. Ainsi, Chazel (2002, p. 314) affirme :

> Dans le langage sociologique, une norme constitue une règle ou un critère régissant notre conduite en société. Il ne s'agit pas d'une régularité statistique dans les comportements observés, mais d'un modèle culturel de conduite auquel nous sommes censés nous conformer.

Homans (1974, cité par Opp, 2001, p. 12) propose à son tour une définition classique : « *A norm is a statement specifying how a person is, or persons of a particular sort are, expected to behave in given circumstances – expected, in the first instance, by the person that utters the norm. What I expect of you is what you ought to do.* » Selon Opp (2001), cette définition comporte les quatre critères suivants :

- une **cible** constituée par les individus ou le groupe d'individus auxquels s'adresse la norme ;

- une **attente** (*oughtness*) que le comportement soit adopté ; il s'agit bien d'une demande (tu devrais te comporter d'une certaine façon) et non d'une prédiction (je crois que tu te comporteras ainsi) ;
- un **comportement** à adopter ;
- des **circonstances** données : chaque norme s'applique dans un contexte spécifique (par exemple, on peut fumer à l'extérieur, mais non à l'intérieur).

Les deux définitions qui précèdent impliquent que les normes doivent être partagées par plusieurs individus et faire l'objet d'un consensus au sein d'un groupe : une norme n'est donc pas une règle de conduite individuelle (Opp, 2001).

Puisque les normes sociales définissent des comportements à adopter, elles impliquent donc l'existence de principes plus généraux qui légitiment ces attentes : ce sont les valeurs. Celles-ci sont définies par Kluckhohn (cité par Chazel, 2002, p. 315) comme des « conceptions, implicites ou explicites, du désirable, propres à un individu ou à un groupe, qui influencent le choix parmi les modes, moyens et fins possibles de l'action ». Les valeurs se distinguent donc des normes sociales en ce que ces dernières constituent des règles énonçant la conduite appropriée pour un individu donné dans des circonstances précises, alors que les valeurs « sont des critères du désirable, définissant les fins générales de l'action » (Chazel, 2002, p. 315).

Les concepts de valeurs et de normes sociales permettent de mieux cerner notre objet de recherche, la périnatalité québécoise. Ainsi, la valeur qui sous-tend les comportements auxquels nous nous intéressons est l'humanisation de la naissance. À l'aide de la définition d'Homans (1974), citée plus haut, précisons les normes qui découlent de cette valeur.

On remarque d'emblée, à la lumière du tableau de la page 58, que la norme de l'accouchement naturel est plus difficile à définir que celle reliée à l'allaitement maternel. Plusieurs comportements peuvent être prescrits par cette première norme : nous en avons choisi trois qui occupent une place centrale dans les revendications du mouvement d'humanisation de la naissance (ASPQ, 1980). De plus, la norme de l'allaitement maternel a gagné du terrain auprès d'une majorité de Québécoises, au point de faire partie des attributs d'une « bonne mère » (Bergeron, 2008 ; Galipeau, 2002). Par contre, la norme de l'accouchement naturel ne semble pas aussi largement partagée : une majorité de Québécoises semble avoir adopté la norme selon laquelle l'accouchement doit se dérouler sans risque, sans douleur et dans la soumission au personnel médical (Lemay, 1997). La norme de l'accouchement naturel serait plutôt le fait d'un groupe social particulier qui défend la valeur d'humanisation de la naissance et pour qui un « bel accouchement » se déroulerait sans intervention obstétricale.

Enfin, les attentes reliées aux normes sociales étant souvent implicites, elles s'avèrent difficiles à formuler. Dans le cas qui nous occupe, ces attentes peuvent provenir des intervenants en périnatalité (médecins, infirmières, sages-femmes, accompagnantes, monitrices d'allaitement, etc.), des proches de la femme ou encore d'elle-même (nous reviendrons sur la notion d'intériorisation de la norme).

**Tableau 1**
**Normes liées à l'humanisation de la naissance**

| Norme sociale | Allaitement maternel | Accouchement naturel |
|---|---|---|
| Cible | Mères de nourrissons | Femmes enceintes |
| Comportement | Nourrir son enfant au sein | Refuser les interventions non justifiées (notamment péridurale, perfusion, monitorage continu, déclenchement du travail)<br>Choisir d'accoucher en maison de naissance ou à la maison<br>Choisir d'être suivie par une sage-femme |
| Attente | L'allaitement maternel est la meilleure façon de nourrir un bébé ; une « bonne » mère allaite son bébé. | Un « bel » accouchement se déroule sans intervention médicale injustifiée, de préférence à domicile ou en maison de naissance, en présence d'une sage-femme. |
| Circonstances | Mère en bonne santé au Québec<br>Allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie de l'enfant | Femme en bonne santé au Québec<br>Accouchement « normal », sans intervention médicale |

***Notion de sanction***

Pour que les individus visés se conforment à l'attente normative, leur comportement doit faire l'objet de sanction, une notion qui, selon Opp (2001), est implicite dans la définition de Homans (1974) : c'est la sanction qui permet de distinguer la norme d'une simple habitude. Selon Hechter et Opp (2001), les trois éléments fondamentaux qui caractérisent la norme sociale sont donc : une régularité de comportement au sein d'un groupe social, l'attente de ce groupe envers ce comportement (*oughtness*) et la sanction.

Les sanctions peuvent prendre des formes et emprunter des voies fort différentes. La conformité à la norme peut susciter des sanctions positives (récompenses accordées), alors que sa transgression peut entraîner des sanctions négatives (punitions encourues). De plus, certaines sanctions sont formelles (amendes

ou emprisonnement) ou informelles (approbation sociale ou au contraire, rejet, moqueries ou atteinte à la réputation d'un individu). Enfin, Chazel (2002) souligne que le contrôle social peut s'exercer suivant différentes voies :

- la contrainte externe : l'individu se conforme à la norme par peur des sanctions négatives qui peuvent lui être imposées ;
- l'intériorisation de certaines normes par les individus au cours du processus de socialisation : la contrainte devient interne et prend la forme d'une obligation morale ; la transgression des normes conduit alors à un sentiment de honte et de culpabilité ;
- la recherche de l'acceptation ou de l'approbation d'autrui.

Les femmes qui transgressent les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel s'exposent-elles à des sanctions ? Dans le premier cas, on peut constater qu'une femme qui allaite fera l'objet de regards approbateurs et de commentaires positifs de la part du personnel du réseau de la santé et de ses proches (Gervais, 2009). À l'inverse, une mère qui donne le biberon s'expose à des regards désapprobateurs et à des commentaires négatifs. Pour plusieurs femmes, cette norme est aussi intériorisée, si bien qu'elles se sentent coupables de donner un biberon à leur bébé (Hachey, 2009).

En ce qui concerne l'accouchement naturel, la situation diffère. Dans le cercle restreint de l'humanisation des naissances, les femmes ayant accouché en maison de naissance, par exemple, ou sans intervention obstétricale reçoivent l'approbation des autres membres de leur groupe. À l'extérieur de ce dernier, par exemple lors d'un accouchement à l'hôpital, le refus de subir certaines interventions obstétricales peut exposer les femmes à la désapprobation, voire même à l'hostilité du personnel médical (ASPQ, 2006).

***Normes formelles et informelles***

Le degré de formalisation des normes sociales permet de distinguer les normes constitutives et régulatrices (Finnemore et Sikkink, 1998 ; Dufault, 2001). Les premières contribuent à la formation de l'identité ou des intérêts des individus ; elles créent de nouvelles catégories d'action. Ces normes reflètent les comportements adoptés par un groupe particulier (Dufault, 2001). Quant aux normes régulatrices, elles contraignent et régissent les comportements (Finnemore et Sikkink, 1998). Les lois et règlements édictés par différents paliers de gouvernement, les lignes directives émises par divers organismes sont des normes régulatrices.

En périnatalité, certaines normes sont formalisées par diverses instances gouvernementales ou associatives et correspondent à des normes régulatrices. En matière d'allaitement ou d'accouchement naturel, le MSSS émet des lignes directrices (MSSS, 1993, 1997 et 2008), elles-mêmes basées sur des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1985 et 2003). Plusieurs

associations professionnelles font de même, par exemple, la Société des obstétriciens-gynécologues du Canada (SOGC, 1995) ou l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1999).

***Normes injonctives et descriptives***

Dans leur tour d'horizon des recherches en communication portant sur les normes sociales, Lapinski et Rimal (2005) notent que certaines études distinguent, à des fins de recherche, les normes injonctives et descriptives. Alors que les premières correspondent à la définition sociologique des normes sociales (que nous avons retenue précédemment) et font référence à ce qu'on **doit** faire, les secondes renvoient à ce que **fait** la majorité des individus dans un groupe social. Normes injonctives et normes descriptives correspondent donc aux deux volets de la définition courante du mot norme. Il est également à noter que contrairement aux normes injonctives dont la signification repose sur la sanction sociale qui leur est associée, les normes descriptives ne comportent aucune sanction.

Ces deux types de normes existent tant au plan individuel que collectif. Ainsi, chaque individu perçoit des pressions en faveur de la conformité qui dénotent des normes injonctives, alors que ses perceptions au sujet de la prévalence d'un comportement relèvent de normes descriptives. D'autre part, au plan collectif, les normes injonctives peuvent être appréhendées par le biais des politiques mises en vigueur par des groupes ou des communautés pour promouvoir ou proscrire un comportement. Selon Lapinski et Rimal (2005), les normes descriptives peuvent, quant à elles, être évaluées en observant les descriptions médiatiques des tendances relatives à un comportement.

Ainsi, en matière de périnatalité, les médias québécois font état de normes descriptives lorsqu'ils rapportent la hausse du taux de césariennes, par exemple. Le contenu médiatique peut également révéler des normes injonctives lorsqu'il traite des politiques en vigueur ou prodigue des conseils et des recommandations aux mères.

**Cycle de vie des normes sociales**

Afin de comprendre l'évolution récente des normes sociales en périnatalité, nous nous intéresserons maintenant à l'émergence et à la transformation de ces normes.

Plusieurs modèles se proposent d'expliquer l'émergence des normes sociales. Pour certains, les normes sont les produits de grands agrégats sociaux, comme la culture ou les classes sociales (Ellickson, 2001). Par exemple, chez Durand et Pichon (2003), l'émergence d'une norme résulte d'un équilibre entre des valeurs,

équilibre souvent négocié dans le cadre de rapports sociaux conflictuels. Les normes sociales dépendent donc de la mobilité des rapports de force, bien qu'elles conservent une force d'inertie dans leur rôle de régulation des rapports sociaux.

Par ailleurs, Opp (2001) adopte une perspective plus individualiste et met l'accent sur le caractère instrumental des normes. Pour cet auteur, par exemple, une norme émerge parce qu'elle répond aux besoins particuliers d'un groupe d'individus. Dans cette perspective, plusieurs auteurs (Finnemore et Sikkink, 1998 ; Sunstein, 1996 ; Ellickson, 2001) suggèrent l'existence d'un cycle de vie des normes sociales comportant trois étapes – l'émergence, la cascade et l'internalisation – que nous examinerons de façon détaillée.

***La phase d'émergence***

Selon Ellickson (2001), plusieurs types d'événements sont susceptibles de déclencher le processus de changement des normes sociales. D'abord, un choc exogène peut modifier les conditions qui prévalent à l'intérieur d'un groupe (des changements dans l'environnement physique, des développements technologiques, des possibilités d'échange novatrices, etc.), et faire émerger de nouvelles normes avantageuses pour ses membres. En second lieu, des changements dans la composition d'un groupe (les capacités et intérêts des nouveaux membres étant différents) peuvent amener une modification des normes.

Fritsch (1992) souligne pour sa part les implications normatives évidentes de l'information de nature scientifique et technique, dans la société.

En périnatalité, ce type d'information semble, en effet, exercer une grande influence. Ainsi, la diffusion de résultats de recherche (p. ex., sur les bienfaits du lait maternel ou sur les risques reliés à diverses interventions obstétricales, ou encore à certains lieux d'accouchement) est susceptible de déclencher ou d'alimenter un changement normatif. Ce type d'information est d'ailleurs fréquemment relayé par les médias (Allard, 2009 et 2008 ; Presse canadienne, 2007).

Durant la phase d'émergence, les normes sociales se trouvent souvent en compétition avec des normes existantes, comme le soulignent Finnemore et Sikkink (1998, p. 897) : « *new norms never enter a normative vacuum but instead emerge in a highly contested normative space where they must compete with other norms and perception of interest* ». Cette affirmation décrit bien le parcours de la norme sur l'accouchement naturel dont l'évolution se heurte à la norme existante de médicalisation croissante de l'accouchement.

Au stade de l'**émergence** d'une norme sociale, certains acteurs sociaux jouent un rôle particulièrement important : « *Norms do not appear out of thin air ; they are actively built by agents having strong notions about appropriate or desirable behavior in their community* » (Finnemore et Sikkink, 1998, p. 896).

Ellickson (2001) décrit les agents de changement comme des individus possédant des caractéristiques personnelles facilitant leur tâche de générateurs de normes (intelligence technique ou sociale, leadership, etc.). Cet auteur distingue deux types d'agents de changement : les spécialistes et les leaders d'opinion.

Les premiers sont des individus qui possèdent de grandes connaissances techniques ou pratiques dans un domaine particulier. Ces spécialistes, promoteurs de nouvelles normes, se trouvent à l'avant-garde des changements normatifs. Selon Ellickson (2001), ils sont motivés par des considérations personnelles, soit un avantage tangible que leur procurent les nouvelles normes, ou encore par des récompenses externes, comme une approbation sociale ou une meilleure réputation dans le futur (lorsque la nouvelle norme sera reconnue socialement).

Le deuxième type d'agent de changement, le leader d'opinion, est pour sa part motivé par les récompenses externes. Dans le processus de changement des normes, son action suit celle des spécialistes dont il évalue les initiatives et dont il décide, le cas échéant, d'endosser la cause. Contrairement à eux, c'est un généraliste ; selon Ellickson (2001), le leader d'opinion possède deux caractéristiques importantes : un haut niveau d'intelligence sociale qui lui permet de déterminer quelle norme réussira à émerger, ainsi que la capacité à gagner la confiance des gens. Ces derniers se fient au leader d'opinion pour connaître le niveau d'acceptation sociale d'un comportement. Soulignons enfin que les personnalités médiatiques constituent souvent des leaders d'opinion qui jouent un rôle important dans l'émergence de nouvelles normes sociales (Ellickson, 2001).

Dans le secteur de la périnatalité, plusieurs agents de changement sont à l'œuvre et les médias québécois rapportent leurs prises de position en faveur des normes relatives à l'allaitement maternel et à l'accouchement naturel. Par exemple, on peut s'attendre à ce que les représentants d'organismes œuvrant pour l'humanisation de la naissance (ASPQ, Regroupement Naissance-Renaissance, Groupe MAMAN, etc.) et de diverses associations professionnelles (sages-femmes, obstétriciens-gynécologues, médecins, infirmières, etc.), ainsi que les professionnels du réseau de la santé soient au nombre des spécialistes dont les médias relaient les propos.

***La phase de cascade***

La seconde étape du cycle de vie d'une norme sociale est la **cascade**. Celle-ci débute lorsque la norme émergente atteint le point critique, c'est-à-dire que les spécialistes ont convaincu un nombre suffisant de leaders d'opinion d'endosser la nouvelle norme. Ces leaders contribuent à la diffusion de la norme par le biais de mécanismes de socialisation : ils vont tenter de convaincre d'autres acteurs sociaux de se conformer à la norme qu'ils promulguent (Renaud, 2004).

Sunstein (1996) décrit le phénomène de cascade de la façon suivante : convaincus de la nécessité d'adopter une nouvelle norme, des agents de changements signalent leur propre engagement envers cette norme et créent des coalitions en faveur de celle-ci. Le coût social de défier l'ancienne norme s'en trouve ainsi réduit, alors que les avantages reliés au respect de la nouvelle norme augmentent. Plus les sanctions associées à l'ancienne norme diminuent et plus de gens adoptent la nouvelle norme, plus les acteurs sociaux sont nombreux à sauter à bord de ce train en marche (« *norm bandwagon* »).

À cette étape, c'est souvent le sentiment d'appartenance à un groupe particulier qui conduit un acteur social à se conformer à une nouvelle norme sociale (Renaud, 2004) ; des sentiments de légitimation, de conformité ou d'estime peuvent également le motiver. De plus, comme le soulignent Finnemore et Sikkink (1998), l'étape de la cascade est caractérisée, non seulement par un nombre croissant d'acteurs qui se conforment à la norme, mais aussi par une adhésion plus rapide à celle-ci.

Ainsi, la norme de l'accouchement naturel, endossée par un nombre croissant de spécialistes et de leaders d'opinion, aurait atteint le début de cette phase de cascade.

***La phase d'internalisation***

Enfin, la troisième étape du cycle de vie des normes est celle de l'**internalisation,** au cours de laquelle la norme est acceptée par l'ensemble de la population. À ce moment, la norme est acceptée au point de sembler « aller de soi » et de ne plus faire l'objet de débat public. Finnemore et Sikkink (1998, p. 904) affirment à ce propos : « *Internalized norms can be both extremely powerful (because behavior according to the norm is not questioned) and hard to discern (because actors do not seriously consider or discuss whether to conform).* » C'est le cas, nous semble-t-il, de la norme sur l'allaitement maternel.

Ces auteurs soulignent d'autre part le rôle joué par les professions dans l'internalisation des normes sociales : « *Professions often serve as powerful and pervasive agents working to internalize norms among their members* » (p. 905) La formation

reçue par les professionnels consiste non seulement en un transfert de connaissances et de compétences techniques, mais également en un processus de socialisation, c'est-à-dire la transmission de normes et de valeurs communes. En périnatalité, par exemple, on peut constater que différents professionnels, comme les médecins et les sages-femmes, ont des valeurs différentes (Lemay, 1997).

Par ailleurs, soulignons que le cycle de vie des normes sociales ne constitue pas un processus uniforme. Comme l'explique Renaud (2004, p. 23) : « Toutes les normes ne complètent pas nécessairement le "cycle de vie" ; en effet, une norme émergente peut ne jamais se rendre au point critique ». La vitesse à laquelle diverses normes parcourent chacune des étapes de leur cycle de vie peut varier puisqu'elle dépend notamment des acteurs sociaux engagés dans ce processus.

Enfin, pour conclure cette section sur le cycle de vie des normes sociales, on constate que ce modèle nous fournit un outil pour comparer l'évolution des deux normes de périnatalité que nous avons choisi d'analyser. Nous retiendrons comme principaux indicateurs des phases de ce cycle, les divers acteurs sociaux – spécialistes, leaders d'opinion, professionnels de divers ordres – qui font la promotion de ces normes, notamment par le biais des médias.

**Façonnement des normes sociales par les médias**

Les médias font partie de notre vie quotidienne et y jouent un rôle important. Selon Renaud (2004, p. 237), ils « sont, après la famille et les autres réseaux sociaux, un important agent de socialisation ». À l'instar de cet auteur, nous utiliserons le terme média dans le sens très large de canal de communication utilisé pour transmettre un message. Ce canal peut prendre une forme audio ou scriptovisuelle : radio, télévision, Internet, affiches, journaux, magazines, etc.

De plus, l'usage des médias constitue une stratégie importante en santé publique : de nombreuses campagnes de communication médiatique ont été mises en œuvre dans le but de changer les attitudes et les comportements de la population en matière de santé (Yanovitzky et Stryker, 2001). Cependant, plusieurs recherches démontrent que ces campagnes n'ont généralement que peu d'impact sur le comportement des individus, comme le soulignent Holder et Treno (1997, p. 190) : « *Communication theory has long recognized the limits of media to change behavior directly*. » Ces résultats décevants amènent plusieurs chercheurs à s'intéresser à d'autres stratégies médiatiques de promotion de la santé, notamment en tirant parti de certains effets indirects des médias. Par exemple, Holder et Treno (1997) se penchent sur l'usage des médias dans l'établissement d'un climat défavorable à certains comportements nocifs. Dans

cette perspective, les médias peuvent également servir au renforcement des normes sociales : en se faisant le reflet d'une certaine réalité, les médias peuvent renforcer ce qui est collectivement acceptable et reconnu par un groupe social (Cohen, Scribner et Farley, 2000).

Nous nous pencherons donc sur quelques recherches ayant examiné le rôle des médias dans le façonnement des normes sociales.

Le premier de ces modèles est celui de Holder (1998), un chercheur qui s'est intéressé à la consommation d'alcool. Selon lui, les médias influencent les normes sociales de deux façons :

- dans une communauté, les médias exercent des pressions positives en faveur de l'adoption d'un comportement conforme à la norme ;
- les médias effectuent aussi des pressions négatives décourageant les comportements qui contreviennent à la norme sociale.

Le positionnement positif est basé sur l'acceptation sociale : la couverture médiatique exposant la prévalence d'un comportement entretient la perception que celui-ci est socialement acceptable et renforce l'attrait qu'il exerce auprès des individus. Par ailleurs, le positionnement négatif reflète la préoccupation d'une communauté à l'égard des conséquences négatives d'un comportement. En présentant les problèmes et les risques reliés à ce comportement, les médias amplifient la prise de conscience de la communauté à l'égard du comportement, diminuant ainsi son adoption.

Si on applique le modèle de Holder (1998) à la problématique de la périnatalité québécoise, celle-ci fait l'objet d'un positionnement positif lorsque les médias traitent de la prévalence et des avantages de l'accouchement naturel et de l'allaitement maternel. Par contre, ces sujets sont positionnés de façon négative lorsque les médias font état des risques associés à l'accouchement médicalisé ou à l'alimentation commerciale (au biberon).

Le second modèle sur lequel nous nous pencherons est celui de Yanovitsky et Stryker (2001), pour qui l'information diffusée par les médias contribue à clarifier et à renforcer les normes sociales à l'encontre de comportements risqués pour la santé. En levant l'ambiguïté normative au sujet d'un comportement à risque, les médias contribuent à positionner ce dernier comme un problème de santé publique. Selon ces chercheurs, cette influence peut emprunter quatre voies distinctes, dont deux sont directes et les deux autres, indirectes.

La première voie – directe – repose sur le fait que les médias contribuent à l'apprentissage social : les individus se renseignent sur l'acceptation sociale liée à un comportement en étant exposés au contenu médiatique. La seconde

voie – indirecte – est celle du processus d'interactions sociales. L'attention accrue des médias envers un comportement lié à la santé suscite des discussions entre les individus dans les groupes et les réseaux sociaux auxquels ils appartiennent. Les individus comparent alors leur comportement à celui des autres pour évaluer s'ils agissent de façon appropriée. Lorsque les médias véhiculent une norme sociale claire à l'égard d'un comportement, les discussions suscitées par cette couverture médiatique sont susceptibles d'engendrer une pression sociale vers la conformité à la norme.

Les deux autres voies sont liées à la perception des risques. La première, souvent privilégiée par les campagnes de santé publique, est directe : les individus s'informent, grâce aux médias, sur les risques liés à un comportement et modifient ce dernier pour éviter ces conséquences négatives. Enfin, la dernière voie, indirecte, concerne l'influence des médias sur les institutions sociales. La pression médiatique est susceptible de favoriser l'adoption de politiques et de programmes visant à décourager l'adoption du comportement visé, ce qui accroît la perception de la gravité du comportement et le risque d'encourir une punition. L'étude menée par Yanovitsky et Stryker (2001) au sujet du *binge-drinking* chez les jeunes Américains montre que les voies indirectes sont celles qui contribuent davantage à réduire ce type de comportement.

En regard des normes sociales associées à l'humanisation de la naissance, le modèle de Yanovitsky et Stryker (2001) nous permet d'identifier les différentes voies de l'influence médiatique. Ainsi, en étant exposées aux médias, les femmes se renseignent d'une part, sur l'acceptation sociale entourant l'allaitement maternel et l'accouchement naturel, et d'autre part, sur les risques et les désavantages associés à l'accouchement médicalisé et à l'alimentation commerciale du nouveau-né. Il s'agit là de voies directes d'influence médiatique.

Par ailleurs, les voies indirectes sont liées, d'abord, aux interactions sociales : le fait que les médias abordent des sujets reliés à l'humanisation de la naissance amène des femmes à discuter de ces thèmes à leur lieu de travail, lors des cours de préparation à la naissance, etc. Si les normes véhiculées par les médias sont claires (comme dans le cas de l'allaitement maternel), ces discussions créent une pression vers la conformité. Enfin, les médias exercent également une influence indirecte sur les comportements par le biais des politiques et programmes de périnatalité adoptés par des institutions sociales. Dans le cas qui nous occupe, les médias, en relayant les revendications du mouvement d'humanisation des naissances, peuvent avoir influencé la formulation des politiques successives de périnatalité du Québec (MSSS, 1993 et 2008).

Plusieurs des éléments que nous venons de présenter constituent les pierres d'assise du modèle des processus médiatiques de façonnement des normes sociales (Renaud, 2004), qui est à la base de notre analyse de la périnatalité québécoise.

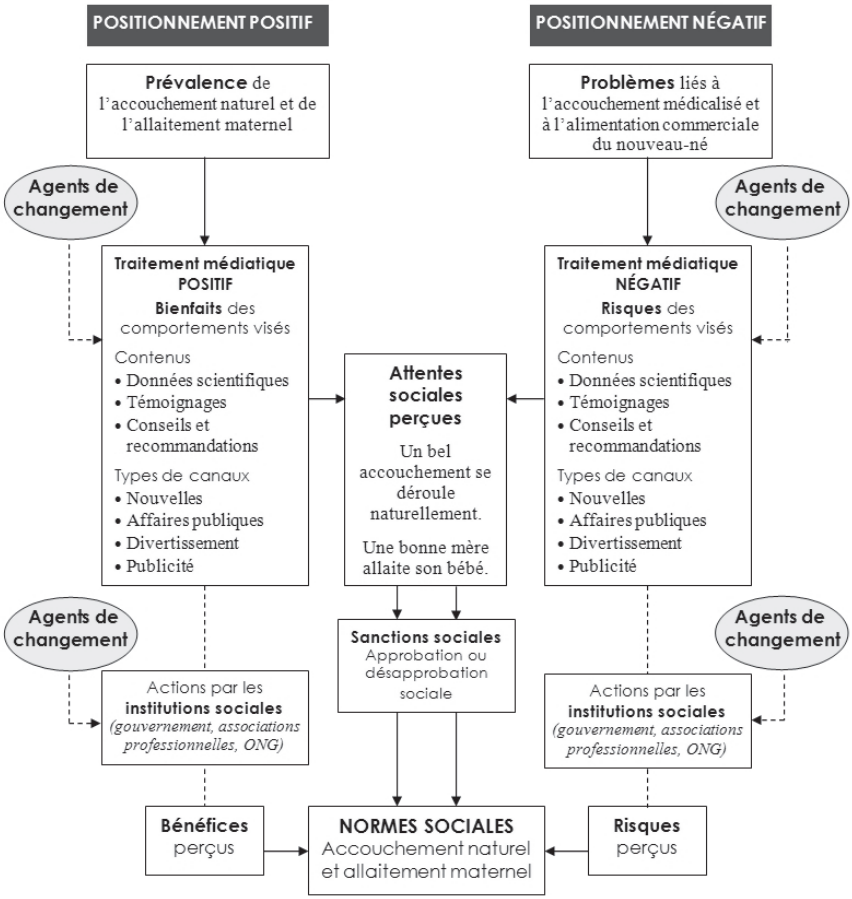
Ce modèle suggère que les médias influencent les normes sociales, de façon directe ou indirecte, en transmettant un positionnement positif ou négatif du comportement visé par une norme. Les agents de changements – leaders d'opinion et spécialistes – y jouent un rôle important puisqu'ils émettent des messages transmis par les médias. Ces derniers, qu'ils soient écrits ou audiovisuels, relaient ces messages sous différentes formes : nouvelles, affaires publiques, publicité ou divertissement. Tous ces types de contenu peuvent transmettre des renseignements sur des comportements ayant un impact sur la santé.

Selon Renaud (2004), qu'elle procède d'un positionnement positif ou négatif, l'influence médiatique peut suivre trois voies distinctes. La première est une voie directe dans laquelle les messages médiatiques renseignent le public sur les attentes sociales par rapport au comportement visé par la norme et sur l'approbation sociale qu'entraîne ce comportement – ou, le cas échéant, sur la désapprobation encourue par le comportement déviant. La seconde voie est qualifiée d'indirecte puisqu'elle passe par les interactions sociales suscitées par les messages médiatiques. Ces interactions peuvent concerner le comportement approprié, ses bienfaits et l'acceptation sociale dont il est l'objet (positionnement positif) ; les individus peuvent aussi interagir à propos du comportement déviant, des risques qui y sont associés et de la désapprobation que la société lui oppose (positionnement négatif). Enfin, la troisième voie, indirecte également, est celle par laquelle les médias influencent les actions des institutions sociales (processus d'*agenda setting*).

Appliqué au domaine de la périnatalité québécoise, ce modèle prend la forme de la figure 1, page 68. Différents agents de changement émettent des messages sur l'humanisation de la naissance qui sont relayés par les médias. Ces agents peuvent être des spécialistes (représentants d'organismes communautaires, d'associations professionnelles ou du réseau de la santé) ou des leaders d'opinion qui se prononcent en faveur de l'accouchement naturel ou de l'allaitement maternel. Les médias transmettent ces messages selon un positionnement positif, lorsqu'ils mettent l'accent sur la prévalence de ces comportements, ou négatif, lorsqu'ils se concentrent sur les problèmes liés à l'accouchement médicalisé ou à l'alimentation commerciale du nouveau-né.

Dans les deux cas, les médias peuvent influencer la population de façon directe en la renseignant sur les attentes sociales liées à ces comportements, à savoir que l'accouchement doit se dérouler le plus naturellement possible et qu'il est important d'allaiter son bébé. Quant à l'influence indirecte des médias, nous

**Figure 1**
**Processus médiatiques de façonnement des normes d'humanisation de la naissance**




retiendrons essentiellement la voie de l'*agenda setting* qui nous semble plus présente en périnatalité. En effet, les revendications du mouvement d'humanisation des naissances, relayées par les médias, semblent avoir influencé certaines des positions du MSSS en cette matière, comme en témoigne la nouvelle *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2008).

## PISTES D'ANALYSE

Le modèle proposé ci-dessus, celui des processus médiatiques de façonnement des normes d'humanisation de la naissance, pourra servir de base à une analyse plus exhaustive du discours médiatique sur l'accouchement naturel et l'allaitement maternel au Québec. Il permettra, notamment, d'identifier :

- les divers **spécialistes** (groupes militant en faveur de l'humanisation de la naissance, intervenants du réseau de la santé, associations professionnelles) et **leaders d'opinion** (personnalités médiatiques, politiciens) dont les médias relaient les messages ;
- le type de **positionnement** – positif ou négatif – présenté par les médias ;
- le type de **contenu** diffusé par les médias (données scientifiques, témoignages d'expériences vécues, conseils et recommandations, etc.) ;
- les **canaux médiatiques** empruntés par les messages sur l'humanisation de la naissance (nouvelles, affaires publiques, divertissement ou publicité) ;
- les **attentes sociales** et les **sanctions** associées aux normes sociales d'humanisation de la naissance.

Enfin, une analyse détaillée de la couverture médiatique de l'accouchement naturel et de l'allaitement maternel permettra de mieux cerner le lien entre les messages médiatiques sur ces sujets et les **actions entreprises par les institutions sociales** en périnatalité, plus précisément, sur la formulation de la *Politique de périnatalité du Québec* (MSSS, 1993 et 2008).

Les résultats de cette analyse médiatique devraient nous permettre, dans un premier temps, de valider (ou de rectifier, le cas échéant) les perceptions des organismes d'humanisation de la naissance quant au traitement médiatique des messages qu'ils émettent. Dans un second temps, ces résultats favoriseront la formulation de recommandations visant à améliorer les stratégies de communication médiatiques de ces organismes. Enfin, les progrès réalisés au niveau de l'allaitement maternel devraient permettre de tirer des leçons utiles pour la poursuite de la promotion de l'accouchement naturel.

## RÉFÉRENCES

Allard, S. (2009). « Pourquoi bouger ? Les dernières découvertes scientifiques », *La Presse*, 22 février, cahier Actuel, p. 2.

Allard, S. (2008). « Allaitement : bye bye stress ! », *La Presse*, 11 mai, cahier Actuel, p. 3.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) (2006). « Témoignage de nouveaux parents : à quoi sert le plan de naissance ? », *Le Périscoop*, vol. 10, nº 1, p. 20-22.

ASPQ (2005). *Perspectives sur les réalités de la naissance – Échos d'une conférence*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec.

ASPQ (1980). *Accoucher ou se faire accoucher – dossier d'information*, Québec, Association pour la santé publique du Québec.

Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970,* Montréal, Éditions du Remue-ménage.

Bergeron, N. (2008). « Je suis une mauvaise mère ! », *La Presse*, 2 juin, p. A15.

Chazel, F. (2002). « Normes et valeurs sociales », dans *Encyclopaedia Universalis*, corpus 16, Paris, Encyclopaedia Universalis, p. 314-317.

Cohen, D.A., R.A. Scribner et T.A. Farley (2000). « A structural model of health behavior : A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level », *Preventive Medicine*, vol. 30, p. 146-154.

De Munck, J. et M. Verhoeven (1997). *Les mutations du rapport à la norme : un changement dans la modernité ?,* Paris, De Boeck.

Dufault, E. (2001). *Norme,* Montréal, Université du Québec à Montréal, Département de sciences politiques.

Durand, C. et A. Pichon (2003). *La puissance des normes*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».

Ellickson, R.C. (2001). « The evolution of social norms : A perspective from the Legal Academy », dans M.D. Hechter et K.-D. Opp (dir.), *Social Norms*, New York, Russel Sage Foundation, p. 35-75.

Finnemore, M. et K. Sikkink (1998). « International norm dynamics and political change », *International Organization*, vol. 52, nº 4, p. 887-917.

Fritsch, P. (1992). *L'activité sociale normative : esquisses sociologiques sur la production sociale des normes,* Paris, CNRS éditions.

Galipeau, S. (2002). « Quand la vertu devient calvaire », *La Presse*, 15 mai, p. B3.

Gervais, L.-M. (2009). « Allaiter ou culpabiliser », *Le Devoir*, 27 juillet, p. A-1 et A-8.

Hachey, I. (2009). « J'avais l'impression de lui donner du poison à rat », *La Presse*, 19 avril, cahier Actuel, p. 3.

Haiek, L.N., G. Neill, N. Plante et B. Beauvais (2006). « L'allaitement maternel au Québec : coup d'oeil sur les pratiques provinciales et régionales », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, octobre, p. 1-4.

Hechter, M.D. et K.-D. Opp (2001). « What have we learned about the emergence of social norms », dans M.D. Hechter et K.-D. Opp (dir.), *Social Norms*, New York, Russel Sage Foundation, p. 394-415.

Holder, H.D. (1998). *Alcohol and the Community : A System Approach to Prevention*, Cambridge, Cambridge University Press.

Holder, H.D. et A.J. Treno (1997). « Media advocacy in community prevention : News as a means to advance policy change », *Addiction*, vol. 92, supp. 2, p. S189-S199.

Homans, G.C. (1974). *Social Behavior. Its Elementary Form*, New York, Harcourt Brace Jovanich.

Lapinski, M.K. et R.N. Rimal (2005). « An explication of social norms », *Communication Theory*, vol. 15, nº 2, p. 127-147.

Laverdière, F., H. Anctil et M. Renaud (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Lemay, C. (1997). *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*, Mémoire de maîtrise. Montréal, Université de Montréal, Département d'anthropologie.

Levitt, C. et L. Hanvey (1995). *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile.

MSSS (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002,* Québec, Gouvernement du Québec.

MSSS (1993). *Politique de périnatalité*, Québec, Gouvernement du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1999). *Allaitement maternel (prise de position)*, Montréal, OIIQ, 1999.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1985). « Appropriate technology for birth », *The Lancet*, p. 436-437.

OMS (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

Opp, K.-D. (2001). « How do norms emerge : An outline theory », dans R. Boudon *et al*., *L'explication des normes sociales*, Paris, Presses universitaires de France, p. 11-43.

Presse canadienne (2007). « La césarienne plus risquée », *La Presse*, 13 février, p. A16.

Renaud, L. (2004). « Modèle du façonnement des normes par les processus médiatiques », dans P. Mongeau et J. Saint-Charles, *Communication : horizons de pratiques et de recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 235-257.

Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) (2001). « L'humanisation de la naissance au Québec depuis 10 ans : le modèle médical persiste », *Sans préjudice… pour la santé des femmes*, nº 25 spécial, p. 5-7.

Robert, P. (2002). *Le Petit Robert : dictionnaire de la langue française*, Paris, Le Robert.

Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale – Lignes directrices nationales*, Ottawa, Ministère de la Santé.

Société des gynécologues obstétriciens du Canada (SOGC) (1995). *Healthy Beginnings : Guidelines for Care during Pregnancy and Childbirth*, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Sunstein, C. (1996). « Social norms and social roles », *Columbia Law Review*, vol. 96, p. 903-968.

Tremblay, L., C. Beauchamp et A. Dumont (2004). *Évolution récente des taux d'intervention en obstétrique : Québec et autres pays industrialisés*, Québec, MSSS.

Vadeboncoeur, H. (2004). « La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ? », Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.

Yanovitzky, I. et J. Stryker (2001). « Mass media, social norms and health promotion efforts », *Communication Research*, vol. 28, nº 2, p. 208-239.

# CHAPITRE 2

## L’émetteur initial

## 2.1 Effects of Social Alliances on Corporate and Brand Equity[1]: Comparisons with Philanthropic and Promotional CSR

Xiaoye Chen, M.A., Karl J. Moore, Ph. D., Lise Renaud, Ph. D. et Laurette Dubé, Ph. D.

### RÉSUMÉ

**Contexte:** Au cours de la dernière décennie, les initiatives de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) se sont multipliées. Les mesures de RSE de type marketing peuvent être regroupées en trois catégories, situées le long d'un continuum: la RSE philanthropique, promotionnelle et stratégique. Cette étude s'intéresse aux effets sur le capital entreprise et la valeur de la marque d'une forme de RSE stratégique, les alliances sociales, en comparaison avec d'autres formes de RSE. Ce type d'alliance sociale a d'abord émergé dans le domaine de la santé, son objectif étant de s'attaquer à des problèmes de santé publique complexes et onéreux, tels l'obésité et les maladies chroniques qu'elle engendre (Buse et Walt, 2000).

**Méthodologie**: Nous avons procédé à un sondage d'une durée de 30 minutes, administré à 124 étudiants de MBA de deux universités canadiennes, durant l'été et l'automne 2008. Ce sondage vise à mesurer l'effet de quatre formes de RSE sur le capital entreprise et la valeur de la marque, tels que perçus par les répondants.

**Résultats**: Nos résultats révèlent, que d'un point de vue managérial, les alliances sociales (RSE stratégiques) peuvent contribuer à accroître le capital entreprise et la valeur de la marque en agissant sur plusieurs dimensions de celles-ci, plus particulièrement, sur l'association à la capacité de l'entreprise et la valeur caractéristique de la marque. De plus, les types de motivation associés à la RSE, qu'elle soit sociale, marketing ou liée à la clientèle, peuvent chacun prédire le niveau atteint par différentes composantes de la valeur perçue de la marque. Ces résultats montrent, de façon empirique, à quel point les motivations perçues des stratégies de RSE peuvent influencer la valeur de la marque.

### ABSTRACT

**Background:** Over the last decade, companies have engaged in a wide range of corporate social responsibilities (CSRs). Marketing-related CSR can fall along a continuum into three categories: philanthropic CSR, promotional CSR, and strategic CSR. The present study examines the possibility that firms can improve their corporate and brand equity by engaging in social alliances as a form of strategic CSR in comparison with other CSR options. The emergence of social alliances as a CSR strategy has occurred primarily in the health domain, aiming to tackle complex and expensive public health problems such as obesity and its chronic disease consequences (Buse and Walt, 2000).

[1] The authors would like to thank the many informants from businesses, NGOs and government who generously gave of their time for our interviews.

**Methods:** Our research design includes a 30-minute survey of 124 MBA students at two universities in Canada, with data collected during the summer and fall of 2008. The survey instrument is designed to solicit perceived differential effects of four CSR options on corporate and brand equity.

**Results:** The results demonstrate that, from a managerial perspective, social alliances as a form of strategic CSR can contribute to building a variety of dimensions of corporate and brand equity, especially corporate ability (CA) associations and distinctive brand equity. Our findings also show that social-, marketing-, and customer-oriented motivation factors can individually predict different degrees of perceived brand equity elements, offering empirical support for the importance of perceived motivations of CSR in influencing brand equity.

## INTRODUCTION

Over the last decade, companies have engaged in a wide range of corporate social responsibilities (CSR). Marketing-related CSR can fall along a continuum into three categories: philanthropic CSR, promotional CSR, and strategic CSR. As suggested by their names, respectively, philanthropic CSR is considered to be free of any obligation from the company's internal and external pressure; promotional CSR is exemplified by its use as a means for enhancing sales promotional effectiveness; and strategic CSR entails aligning social agendas with corporate core businesses and simultaneously realize both social and corporate long-term strategic business goals. The changes and evolution in CSR practices have occurred in response to the changing role of business in today's society (Davis, 2005) and to consumers' growing social concerns and need to express their identity and values in the product they buy (Palazzo and Basu, 2007).

In line with recent suggestions made by leading thinkers in strategic management (*e.g.*, Aaker, 2004; Davis, 2005a; 2005b; Porter, 2002), the present study examines the possibility that firms can improve their corporate and brand equity by pushing the boundaries of their social responsibility efforts in engaging in social alliances (Berger *et al.*, 2004) as a form of strategic CSR. In social alliances, private and public partners, each with their own missions and core competencies but also with an investment of sufficient scale and scope, can achieve their own objectives and partake in programs to address critical social issues through social alliances.

The emergence of social alliances as a CSR strategy has occurred primarily in the health domain. Many interventions aiming to tackle complex and expensive public health problems such as obesity and its chronic disease consequences have features of social alliances involving public sector, business, and civil society collaboration (Buse and Walt, 2000). For instance, the World Health Organization has engaged in initiatives to promote a partnership between government and non-government organizations (NGOs) in the social arena in order to better manage the resources of national health systems (Loewenson,

2003). Recently, in the context of obesity prevention, innovative partnerships have been formed among NGOs, governments, and businesses. Examples include the Clinton Foundation, the American Heart Association, Nickelodeon Networks' initiative of "Creating a Healthier Generation," and the Concerned Children's Advertisers' Long Live Kids program.

Considering that CSR is widely used in today's marketplace, effective CSR strategies need to take into account the competitive context in which a particular set of CSR actions are likely to be enacted. Accordingly, a company needs to perceive and react to its CSR actions not in isolation but in the context of a range of actions taken by itself or its competitors (Bhattacharya and Sen, 2004). No study in the existing literature has considered the effects of different categories of CSR measures in building the various aspects of brand equity per se. In response to this gap, the first objective of this study is to explore the perceived differences of how social alliances, in comparison with other more conventional CSR activities, contribute to a broad range of equity elements. Second, we delve into further examination of perceived motivations by looking at the potential equity influencers. We compare the perceived motivations of each CSR option and, focusing upon strategic CSR, explore how the different motivation orientations impact perceived corporate and brand equity dimensions.

## PHILANTHROPIC CSR VERSUS PROMOTIONAL CSR VERSUS STRATEGIC CSR

### Philanthropic CSR–Social Donations

According to Varadarajan *et al.* (1988), companies begin participating in social well-being initiatives with a voluntary will to help solve social issues and problems. Many of these traditional **social donations** are not tied to any particular revenue or business purpose. Corporate charity giving is generally engaged to minimize certain harmful effects on society and to fulfill social obligations, *e.g.*, to delimit environmental pollution, or maximize beneficial effects, *e.g.*, to enhance employee morale or pursue favourable legislative or governmental support (Dean, 2004). Though there is no explicit exchange relationship between the firm and cause, an "agency cost" theory still postulates that managers and board members increase their own utility through pure corporate philanthropy. For instance, philanthropy can enhance the reputations of managers or directors in their social circles and provide them with other benefits. Similarly, "value enhancement" theory suggests that philanthropy creates value for shareholders, and managers often justify corporate giving on the basis of its claimed benefit to them (Brown *et al.*, 2006). More often than not, however, it is believed that these "one-way directed" social donations, supported by firms' regular philanthropy budgets, are tangential to core business practices and are hardly ever able to add any commercial or marketing value.

**Promotional CSR–Social Sponsorships and Cause-Related Marketing**
According to the pure philanthropy model, CSR was evolving into an "investment process" (Varadarajan *et al.*, 1988) wherein charity donations are conditional upon firms' foreseen commercial benefits, both explicit and implicit. The multiple means of corporate societal marketing activities, *e.g.*, social sponsorships and cause-related marketing, are indicative of such undertakings. These practices are often regarded by researchers as promotional or tactical CSR striving for short-term revenue purposes.

A **social sponsorship** is "a cash and/or in-kind fee paid to a property (*e.g.*, non-profit event or organization) in return for access to the exploitable commercial potential associated with that property" (IEG, 2000). In the majority of cases, marketing-related sponsorship entails forging a link between the brand and a non-profit event or entity which is already highly valued by consumers (Cornwell *et al.*, 2005; Crimins and Horn, 1996). Communicational value such as logo visibility and exposure are often pursued in social sponsorships to improve consumer awareness and ultimately achieve purchasing-related commercial benefits.

Generally speaking, sponsorships have been regarded as relatively impoverished marketing stimuli where communications are minimal by nature and cannot carry the wealth or quality of information that more complex communications can (Cornwell, Weeks, and Roy, 2005). Moreover, viewing a sponsor as using a tactic during a persuasion attempt may pose a negative impact on the persuasion episode (Friestad and Wright, 1994) where people engage in further elaboration given various accessible inputs. These inputs can include strategic commitment from the firm, fit between the firm and the sponsored cause, duration and consistency of social sponsorships, perceived motives, and collateral communications.

Another popular promotional CSR is **cause-related marketing** (CRM). The distinctive feature of CRM is the firm's contribution to a designated cause being linked to customers engaging in revenue-producing transactions with the firm. Alliances with causes can be formed at the organizational, product-line, or brand level. From the marketing leverage perspective, cause-related marketing, which links the charity donation with a certain product sale, resembles a co-branding or brand alliance process.

CRM may enhance product choice (*e.g.*, Barone, Miyazaki, and Taylor, 2000; Lichtenstein, Drumwright, and Braig, 2004). However, social messages in CRM are perceived differently; the sponsor, as well as perceptions of a firm's motivations for forming a CRM partnership, can impact resulting attitudes (Barone *et al.*, 2000). For organizations whose primary motive for promoting a charity tie-in is to increase purchase revenue, CRM runs the risk of being

relegated to the level of a mere leveraging mechanism. In addition, as more firms implement CRM programs tied in with sales promotion tools, the effectiveness of such programs can diminish.

**Strategic CSR–Social Alliances**

A strategic operation of CSR is different from a tactical use of CSR. While the latter entails enhancing sales promotional effectiveness, a firm's use of CSR as a strategic tool often includes: 1) top management's involvement in key decisions concerning the program, 2) a long-term commitment to the program, and 3) substantial investment of resources toward the development and implementation of the program (*e.g.*, Varadarajan and Menon, 1988). By doing so, companies can create "shared value," *i.e.*, they create value for society as they create value for their shareholders.

Different forms of strategic CSR are emerging. Among them, social alliances are the most common practices undertaken for solving challenging and complex social problems, such as obesity, global warming, alcohol consumptions, etc., where businesses play essential roles in alleviating social issues as well as providing solutions. A social alliance is a long-term strategic alliance between a company (or group of companies) and its (their) stakeholders, *e.g.*, non-profit organizations, government, NGOs, to accomplish the partners' core strategic goals (Chen *et al.*, 2007). Strategic alliances, which have cropped up in multiple sectors of the global economy in the last few decades, have been broadly defined as relationships between organizations which involve the "pooling" of resources, competencies, capacity and expertise, thereby achieving outcomes that add value to what each party would achieve by acting alone. For companies, the motivation for entering into a social alliance, beyond building a CSR image, can include fundamentally addressing consumption-related social issues, improving CSR capabilities, educating customers, and introducing new consumption trends. Beyond a financial contribution, the partnership commitments include pooling key resources and competencies from internal functions such as production, recruitment, financial management, and marketing.

Organizing a social alliance and deciding to become a partner depends on several key variables: the organization's opportunities or threats related to the social issue, the strategic goals of the organization, the goals, needs, and governance structure of the social alliances, the perception or evaluation of available social alliances based on alliance needs and organizations' resources/strengths, and the estimation of potential impact for the company and society in consideration of the company's marketing and strategic goals. From the firms' perspective, a social alliance has all the features of a strategic CSR as summarized in the front part of this article.

## CSR AND BRAND EQUITY

The key role of branding is to differentiate the firm's offer as assessed by target consumers with respect to competing offers. As brand success nowadays has become largely embedded within a corporation's CSR performance (Zyglidopoulos, 2002), it is considered that business integrity has become part of a brand (Tapscott and Ticoll, 2003; Aaker, 2004) and a successful brand must be supported by an ethical corporation which possesses "ethical robustness" (Steeger, 2003, p. 175). It has been suggested that the identification of a brand with a cause may contribute to brand equity elements (Hoeffler and Keller, 2003; Aaker, 2004). Although building brand equity per se has not been a major discussion in the existing literature on CSR, the objectives of marketing-related CSR overlap extensively with commonly agreed-upon elements of product brand equity, *e.g.*, brand awareness, brand image, brand personality, etc.

The brand leverage process also applies to the corporation as a whole. The growing links between consumption, value and consumer identity, as a result of societal change, have gradually led consumers to view corporations as "wholes" and suppliers of diverse values, while brand leveraging has focused on organizational values and capabilities rather than those tied to the specific product market (Palazza and Basu, 2007). As a result, the role of corporate branding has emerged in recent times as a way to achieve desired differentiation relying on different sets of organizational qualities rather than the more traditional use of product attributes. Corporate values, such as technological superiority, market leadership, social responsibility, as well as staff morale and excellence replace product attributes in corporate branding (Rubinstein, 1996; Tilley, 1999). Our study compares brand equity impacts of the different CSRs on both corporate branding elements as well as the conventional product brand equity constructs.

## HYPOTHESES DEVELOPMENT

### CSR and Corporate Branding

The emphasis of corporate branding lies in the articulation of a set of values that span the corporation as a whole, which is transposed to all layers of branding, *e.g.*, corporate, family, or product level (Keller, 2003). Thus far, most of the studies discussing the topic of corporate branding are primarily exploratory or explanatory. Few extant studies examine "corporate brand equity" based on the traditional and well-established branding theoretical frameworks (*e.g.*, brand image, brand associations, brand personality, brand loyalty, etc). The current research asserts that corporate brand equity can be scrutinized from three main components: 1) corporate associations; 2) customer-company (C-C) identification; 3) stakeholder identification.

***CSR and Corporate Associations***

Corporate associations are defined as a "generic label for all the information about a company that a person holds" (Brown and Dacin, 1997, p. 69). They play an important role in the corporate branding process. Corporate associations can be either "performance-centred" or "value-centred." Accordingly, corporate associations in marketing literature are often discussed in light of corporate ability (CA) associations, *i.e.*, innovation and production capability, and CSR associations. It is argued by researchers that though they are able to build CSR associations, companies' social practices appear to have less influence on consumer product evaluations and are therefore deemed to be less diagnostic for evaluations of functional product quality or performance (Keller, 2003; Sen and Bharracharya, 2001). Consequently, in general, CSR practices are less able to build CA associations.

Despite this observation, CSR practices exert influence on CA associations in several situations. As implied by the notion of strategic CSR (Drumwright, 1996; McGee, 1998), when a company engages in product-relevant, strategic CSR, such efforts can enhance consumers' perceptions of its CA associations (*e.g.*, production expertise and innovation), which can directly lead to product purchasing behaviours. This idea on corporate strategic CSR is well illustrated by Hoeffler and Keller (2002), who argue that when a cause bears some relation to a firm's business lines, or the nature of its products, the firm can be perceived as more well-rounded, credible with more experts. Moreover, the differences in CSR positioning also influence the relationships. Du, Bhattacharya and Sen (2007) found that when a brand is positioned on CSR rather than engaging in CSR, but being tied to other traditional product-specific dimensions, consumers have stronger beliefs that the brand is socially responsible, which can spill over (positively) to their beliefs about the brand's performance in areas unrelated to CSR, including beliefs about corporate innovation and production ability.

Given that social alliances, as a form of strategic CSR, 1) are product-relevant, 2) have a strategic agenda, 3) are more focused on establishing CSR brand positioning, and 4) reveal more fundamental and enduring corporate characteristics, they are more likely to enhance CA and CSR associations and general perceptions of corporate credibility than philanthropic and promotional CSR – which are more general, non-strategic, and less capable of CSR positioning.

> **H1a:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two types of promotional CSR), social alliances (strategic CSR) can contribute to greater **perceived CSR associations**.
>
> **H1b:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two promotional CSR), social alliances (strategic CSR) can contribute to greater **perceived CA associations**.

***CSR and C-C/Stakeholder identification***

Sen and Bhattacharya (2001) find that CSR has a positive effect in achieving company-oriented goals (*e.g.*, consumer evaluations), and this effect is partially mediated by C-C identification. The author suggests that customers may be motivated by their needs to identify with the companies they've developed relationships with. The concept of organizational identification can apply to companies' other stakeholders as well (Scott and Lane, 2000). As stakeholders perceive that key organizational features are in congruence with their self-identity, they are likely to identify with the organization.

The extent to which a customer/stakeholder tends to identify with a company relies on the perceived favorability of that company's central, distinctive, and enduring characteristics and how these features enhance their self-esteem (Lichtenstein *et al.*, 2004; Simmons and Becker-Olsen, 2006). Compared with conventional CSR efforts, the nature of strategic CSR determines that these efforts are intended to be strongly associated with how organizations are perceived by both their internal and external constituents (*i.e.*, in terms of corporate image).

For instance, social alliances can transform participating corporations from mere commercial entities into ones with expanded purposes and more legitimate and holistic roles in society (Berger *et al.*, 2006). It enhances consumers' affiliation to the firm based on a shared concern for a specific issue. Moreover, unlike conventional CSR, social alliances entail a more unique, long-term, and extensive cooperation which enables idiosyncratic and close linkages to be established between firms and stakeholder organizations. As a consequence, social alliances are regarded as more important defining aspects of the partnering organizations, serving as a focal point for how stakeholders define themselves in relation to the companies (Berger *et al.*, 2006).

> **H1c:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two promotional CSR), social alliances (strategic CSR) can induce higher perceived possibility of **C-C identifications**.
>
> **H1d:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two promotional CSR), social alliances (strategic CSR) can induce higher perceived possibility of **stakeholder identifications**.

**CSR and Customer-Based Brand Equity**

Because our focus is on understanding the perceived brand-building capabilities of the different CSR programs, we have selected five areas from Aaker's (1996) conceptualization of brand equity to which we believe CSR programs may contribute. In addition to the elements of "brand awareness," "brand image," "brand loyalty," we consider the lifestyle/personality brand association of "brand

personality." Also included is the summary outcome of brand equity, "adding financial value to the brand." Our objective is not to develop or test a comprehensive non-overlapping scale of brand equity dimensions, but rather to consider those managerial relevant elements that contribute to building brand equity.

Drawing upon branding literature including sub-domains of brand equity (*e.g.*, Aaker, 1996; Keller and Lehmann, 2006; Madhavaram *et al.*, 2005), brand alliances (*e.g.*, Rao *et al.*, 1999; Janiszewski and van Osselaer, 2000; Washburn, Till, and Priluck, 2004), (joint) co-branding (Simonin and Ruth, 1998; Rao and Qu, 1999; Lebar *et al.*, 2005), brand extension (*e.g.*, Broniarczyk and Alba, 1994; Yeung and Wyer, 2005; Volckner and Saltler, 2006), etc., this paper investigates the comparative influences of different CSR options on the five branding constructs.

***General Brand Equity: Brand Awareness and Brand Image***

In the context of CSR, an essential question to examine concerning brand awareness effects is how and to what extent CSR and the associated alliances serve as a reminder of the established corporate and product brands. In order for CSR to achieve large scale brand awareness, the efforts must be supported by collateral investments in advertising and promotion to strengthen the link between the cause and sponsor (Cornwell *et al.*, 2001). As discussed, exposure to the brand in promotional CSM can literally be repeated and/or prominent as a result of the CSM, which facilitates brand recognition (Hoeffler and Keller, 2002). In particular, sponsorships have been viewed as competent in generating awareness for the brand and corporation in a general sense through large-scale exposure, including signage, title sponsorship announcements, logos, and the like (*e.g.*, Abratt, Clayton, and Pitt, 1987; Hoek, Gendall, and West, 1990). As compared to promotional CSR, social alliances can fall short in achieving immediate brand awareness, as public visibility and target advertising are not the focus of the practice.

> **H2a:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two promotional CSR), social alliances (strategic CSR) may be less able to contribute to **perceived brand awareness**.

However, we assume that despite the brand awareness disadvantage, social alliances, given their major characteristics, such as the long-term horizons, lack of tactical promotions, and support of large and complex chronic social problems, could help mitigate public and consumers' suspicions towards corporate incentives of engaging in CSR and thus generate more favourable brand image perceptions.

> **H2b:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two promotional CSR), social alliances (strategic CSR) can contribute to greater **perceived brand image**.

*Distinctive Brand Equity*

Besides brand awareness, for a CSR activity to enhance brand equity, distinctive brand equity elements must develop which not only prevent imitation and sustain competitive advantage, but also involve greater involvement from consumers and commitment on the part of management. This interpretation of CSR, as is the case for any marketing activities, often involves shallow and central processing stages (Campbell and Kirmani, 2000; Olson and Thjomoe, 2003). People first make a relatively effortless inference based on a surface interpretation of CSR. Then, only if they allocate sufficient processing capacity, they "correct" or "reinforce" this inference through a more elaborated process.

Among the four CSR programs, on the whole individuals are not expected to be highly involved with sponsorship communications as their uses of signage, title sponsorship announcements, logos, and the like are termed as advertising fragments (Pham and Johar, 2001) and are not capable of carrying a sophisticated message. Cause-related marketing, on the other hand, can induce a higher level of involvement as consumers' purchasing behaviours must be involved in order for CSR actions to be implemented. However, CRM bears the risk of provoking reciprocal effects, *i.e.*, the negative influence of CRM on the brands, in cases where consumers perceive a company's motives to be exploitative. Philanthropic CSR, being peripheral to a company's core business, requires even fewer communicational resources in stimulating customer processing and consequently is less capable of contributing to distinctive brand equity. In terms of strategic CSR, we assume that all major characteristics of social alliances, *i.e.*, long-term horizons, lack of tactical promotions, and support of large and complex chronic social problems, could help mitigate public and consumers' stereotypical suspicions towards corporate incentives of engaging in CSR and thus generate more favourable perceptions. We therefore expect that social alliances are more capable of building perceived distinctive brand equity elements than the other CSR programs.

> **H2c:** Compared with the other three CSR practices (philanthropic and two promotional CSR), social alliances (strategic CSR) can contribute to greater perceived distinctive brand equity, including: 1) brand personality, 2) brand loyalty, and 3) added financial value to the brand (purchase intent).

**Perceived Motivations and Brand Equity**

Consumer perceptions of why companies provide social support are key determinants of responsiveness to CSR efforts (*e.g.*, Ellen, Webb, and Mohr, 2006). Scholars have been trying to apply a number of theoretical perspectives to understand the multitude of motives for CSR as well as their justifications. For example, CSR as a social obligation holds that CSR is carried out to conform to the objectives and values of the society (Bowen, 1953), *e.g.*, economic, legal,

and philanthropic obligations (Carroll, 1979). The CSR as ethics-driven point of view asserts that CSR practices are not only motivated by self-interest, but rather should entail a "positive commitment to society that disregards self-interest and consequences" (Swanson, 1995, p 50). CSR is also studied from the managerial perspective–CSR as managerial process. This perspective treats CSR more as an instrumental practice, and topics researched comprise the effects of CSR on solutions to stakeholder conflicts and company profitability, as well as CSR as a means to gain relationship capital. Nowadays CSR is widely studied as a corporate strategy to achieve long-term competitive advantage for the firm (*e.g.*, Bagnoli and Watts, 2003; Dutta *et al.*, 1995; McWilliams and Siegel, 2001). As suggested by the strategic management literature, there are long-range strategic implications for CSR actions that can profoundly influence a firm's performance (William *et al.*, 2006).

We assume that different perceptions of driving forces have varying impacts on perceived brand equity elements. We will examine the existence of such predictive relationships between perceived motivations and brand equity. However, no particular hypotheses are formed for the current research question.

## METHOD

Our research design includes a survey of MBA students at two universities in Canada, with data collected during the summer and fall of 2008. The survey, which was administered on the Internet, detailed the university-based research and requested participation in the study. Because the purpose of the current research is to study perceived brand equity effects of CSR from the managerial perspective, we selected MBA students who have reasonable professional knowledge of marketing and branding as well as previous work experience in the industry. Respondents who fit this profile are also able to provide us perspectives from the consumer point of view. The respondents were mainly recruited via email invitations for participation using the MBA group emails provided by the universities. The invitation included an introductory paragraph stating the purpose and value of the current project, the compensation means, and a link directed to the survey questionnaire. The questionnaire was Web-administered using on-line instruments and software. In exchange for their time, respondents who completed the study were eligible for a CA$10 compensation.

In total, 133 MBA students participated in our survey study, and 124 of them completed the questionnaires. Among the respondents, the concentrations of study were: 38 (34.2%) in Marketing, 37 (33.3%) in Strategy, 34 (30.6%) in Finance and the rest in other areas including Accounting, Organizational Behaviour, and Management Science. Of the 75 respondents (60.5%) who had previous work experiences in the industry, 41 (54.7% of them) had worked in the domain of marketing, branding, and advertising, and 57 (76%) as mid-level managers or above.

## SURVEY INSTRUMENT AND MEASUREMENT

The survey instrument was developed based on conceptual frameworks, including customer-based brand equity (CBBE) conceptualization (Keller, 2002; Aaker, 1991), corporate branding (Aaker, 2004; Kay, 2006; Palazzo and Basu, 2007), corporate associations (Brown and Dacin, 1997); CSR motivations (Ellen and Webb, 2006), CSR leverage and strategic CSR (McWilliams and Siegel, 2006), etc. The questionnaire was pre-tested with twenty MBA students. Revision resulted in a shorter, less cluttered instrument, thought to be more easily comprehended and therefore more likely to be completed.

In order for the respondents to have a good understanding of the five CSR options, we provided detailed definitions of each CSR option with illustrative examples at the beginning of the survey. The main body of the survey was designed to solicit the respondents' opinions of the CSR options on three areas. First, we asked respondents to reflect upon the importance of eleven items of motivations that can drive companies to engage in each CSR activity. The items are broadly extracted from previous literature in marketing and management studies. Second, we solicited the perceived importance of a range of (seventeen items) CSR leveraging characteristics that facilitate realizations of brand equity elements. Third, respondents were requested to rate the perceived impacts of each CSR option on eight elements of corporate and brand equity. In the last session, we explained and defined the meanings of the eight brand equity dimensions in detail to ensure a good understanding of these concepts.

In accordance with this framework, the survey questionnaire was comprised of five sections: 1) Motivations; 2) Building Corporate Equity; 3) Building Brand Equity; 4) Respondent Information; and 5) Additional comments and advice on questionnaire improvements. Sections 1-3 contained the sets of questions described above. In Section 4, the respondent information included concentrations of study and previous work experiences: industries and positions. The last section was set aside for the respondents to give additional comments on the study topic. Except for Sections 4 and 5, the questions were all in the form of 7-point-scale items in which respondents checked a box according to the intensity of their opinions.

## FINDINGS

### Perceived Motivations

Before looking at the corporate and brand equity effects, we first examined the comparative importance of the perceived motives of each CSR. We identified eleven motivations that are widely documented in the literature and can drive a company to engage in CSR activities. Table 1, p. 87, shows the means of each of the perceived motivation items for the CSR options. On average, the top four motivations that are perceived to be important are: building social capital image (5.80); maintaining community relations (5.55); distinguishing

**Table 1**
**Perceived Importance of Motivations of the Five CSR Options (Means[a])**

| Perceived Motivations | Social Donation | Cause Sponsorship | Cause-related Marketing | Social Alliances | Means |
|---|---|---|---|---|---|
| Building social capital image | 5.70 | 5.85 | 5.87 | 5.79 | 5.80 |
| Maintaining community relations | 5.66 | 5.52 | 5.52 | 5.51 | 5.55 |
| Distinguish own brands from competitors' | 5.08 | 5.92 | 5.81 | 5.36 | 5.54 |
| Building stakeholder relationships | 5.02 | 5.16 | 5.15 | 5.68 | 5.25 |
| Improving market position and market share | 4.50 | 5.27 | 5.60 | 5.37 | 5.19 |
| Creating social benefits | 4.98 | 4.59 | 5.08 | 5.33 | 5.00 |
| Fulfilling social duties | 5.01 | 4.72 | 4.88 | 5.14 | 4.94 |
| Creating shareholder value | 4.06 | 4.89 | 5.16 | 5.40 | 4.88 |
| Creating customer benefits | 4.51 | 4.57 | 4.87 | 5.03 | 4.75 |
| Educating customers | 4.06 | 4.42 | 4.96 | 4.71 | 4.54 |
| Innovation and learning | 3.65 | 3.71 | 4.01 | 5.01 | 4.10 |

[a] Mean ratings on the seven-point Likert scale, with 7 equal to "Extremely important," on the eleven motivation items.

own brands from competitors' (5.54), and building stakeholder relationships (5.25). The three motivations considered to be least important are: creating customer benefits (4.75), educating customers (4.54), and innovation and learning (4.10). Generally speaking, people perceive that the major motivations for CSR are a mixture of strategy and obligation fulfillment, while the least important factors are related to creating customer-related benefits.

However, compared with philanthropic and promotional CSR, social alliances are more driven by incentives of building customer equity, including creating customer benefits (5.03) and innovation and learning (5.01), as well as marketing and strategic dimensions of building stakeholder relationships (5.68) and shareholder value (5.40). There are no major differences among the CSR options, nevertheless, on the social-oriented dimensions such as fulfilling social duties, building social image, and developing community relationships. As expected, social donations, as a form of philanthropic CSR, are attributed the lowest level

in marketing-oriented motivations, *i.e.*, competitor differentiation (5.08), creating market share (4.50), and adding shareholder value (4.06). The two promotional CSR activities, on the other hand, are much higher rated in market-oriented motivations, especially in relations to incentives for differentiating one's own brands from competitors'. We found that social alliances, perceived less as a promotional instrument, are comparatively less driven for brand differentiation purposes than promotional CSR.

**Corporate and Brand Equity**

Hypotheses H1a to H1d stated that social alliances can better contribute to all four corporate brand equity elements compared to other CSR activities. Table 2, p. 89, reports multivariate t-tests for these differences. The findings of the test are significant at the .00 level (Wilks' lambda = .560, F = 10,328, $p < .001$). All differences are in the expected direction, indicating that social alliances were viewed by the respondents as making more of a contribution to corporate brand equity elements. The Tukey HSD post hoc tests reveal, however, that though rated higher, social alliances are not perceived to be significantly more capable of contributing better to CSR associations than cause-related marketing (mean difference > .26; $p = .210$). As a result, H1b, H1c, and H1d are supported, while H1a is just partially supported.

As shown, compared with the other options, social alliances lead the most on CA associations based on mean differences, followed sequentially by stakeholder identifications, C-C identifications, and CSR associations. CA associations are also the variable with the greatest mean variances among all the CSR forms, indicating the large capability difference of these CSR activities in leveraging corporate associations of innovation and production ability. The two promotional CSRs do a significantly better job on all four equity dimensions than social donations.

In terms of the five CBBE elements, we hypothesized that except for brand awareness (H2a), strategic CSRs are perceived to be more capable of building CBBE elements (H2b and H2c) than philanthropic and promotional ones. Our results demonstrate that from building general brand equity perspective (brand awareness and brand image), social alliances are not perceived to be more advantageous than other CSRs. In contrast, both cause-related marketing (mean difference = .59, $p = .001$) and cause sponsorships (mean difference = .28, $p = .292$) are perceived to be more capable of building perceived brand awareness than social alliances, as we hypothesized in H2a. In terms of the distinctive brand equity dimensions, social alliances are perceived to contribute significantly more to brand personality (5.47) and financial added value (5.30). However, cause-related marketing is perceived to do a better job at building brand loyalty (5.55 versus 5.28) than social alliances.

**Table 2**
**Ranked Average Ratings of the Four CSR Options' Contribution to Brand Equity Elements**

| | | Social Donation | | Cause Sponsorship | | Cause-Related Marketing | | Social Alliance | | Overall Mean |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Brand Equity Elements** | **Mean** | **SD** | **Mean** | **SD** | **Mean** | **SD** | **Mean** | **SD** | |
| Corporate Brand Equity | CSR Associations | 4.93 | 1.21 | 5.21 | 0.98 | 5.41 | 0.78 | 5.65 | 1.02 | 5.30 |
| | C-C Identifications | 5.03 | 1.42 | 5.02 | 1.33 | 5.30 | 1.03 | 5.69 | 1.02 | 5.26 |
| | Stakeholder Identifications | 4.58 | 1.30 | 4.83 | 1.13 | 5.10 | 0.86 | 5.70 | 1.04 | 5.05 |
| | CA Associations | 3.50 | 1.49 | 3.99 | 1.53 | 4.40 | 1.57 | 5.33 | 1.20 | 4.31 |
| Customer-Based Brand Equity | Brand Image | 4.72 | 1.45 | 5.24 | 1.06 | 5.60 | 1.05 | 5.49 | 0.96 | 5.26 |
| | Brand Awareness | 4.42 | 1.34 | 5.47 | 1.10 | 5.77 | 1.03 | 5.18 | 1.12 | 5.21 |
| | Brand Personality | 5.02 | 1.43 | 5.07 | 1.18 | 5.23 | 1.09 | 5.47 | 1.10 | 5.20 |
| | Brand Loyalty | 4.23 | 1.40 | 4.71 | 1.27 | 5.55 | 1.01 | 5.28 | 1.20 | 4.94 |
| | Financial Added Value | 3.92 | 1.40 | 4.58 | 1.23 | 5.12 | 1.03 | 5.30 | 1.07 | 4.73 |

**Perceived Motivations and Brand Equity**

Our last research goal is to examine the potential relationships between perceived social alliance motivations and perceived brand equity. To fulfill this objective, we first attempted to reduce the eleven motivation items into latent factors using a principle component analysis. Table 3 shows the result of the explorative factor analysis. Three latent factors were derived from the analysis, explaining 64% of the total variance. Based on the communality of the items under each factor, we identified the underlying concepts and termed the three factors individually as: marketing-oriented factor, social-oriented factor, and customer-oriented factor. The first two factors conform to previous theoretical work (*e.g.*, Ellen, Webb, and Mohr, 2006) in showing that CSR can be either driven from social obligatory or ethics perspective, or from managerial/marketing perspective. The third factor, customer-oriented, is newly emergent as a driving force of strategic CSR, *e.g.*, CSR activities that are embedded within the whole value chain of a corporation which can eventually generate benefits to customers (Chen *et al.*, 2008).

**Table 3**
**Principal Component Analysis:**
**Rotated Component Loadings on Perceived Motivations of Social Alliances**

| Factor | Perceived Motivations | Loadings | | |
|---|---|---|---|---|
| Marketing-oriented | Improving market share | 0.87 | –0.02 | 0.14 |
| | Differentiating own brands | 0.72 | 0.26 | 0.16 |
| | Creating shareholder value | 0.66 | –0.06 | 0.21 |
| | Building stakeholder relationships | 0.63 | 0.46 | 0.01 |
| Social-oriented | Fulfilling social duties | –0.11 | 0.79 | 0.01 |
| | Maintaining community relations | 0.37 | 0.71 | 0.18 |
| | Building social capital image | 0.51 | 0.67 | –0.03 |
| | Creating social benefits | –0.04 | 0.62 | 0.55 |
| Customer-oriented | Creating customer benefits | 0.10 | 0.02 | 0.85 |
| | Educating customers | 0.13 | 0.25 | 0.77 |
| | Innovation and learning | 0.25 | –0.06 | 0.70 |

We used multivariate and univariate regression analyses to detect relationships between the motivating factors and the brand equity constructs. Because of the correlated nature of the dependent variables (Table 4, p. 91), multivariate regression using the MANOVA procedure in SPSS (Tabachnick and Fidell, 1989) was used to test hypotheses regarding the predictors, *i.e.* the three perceived

**Table 4**
**Correlations of Dependent Variables**

| | CSR | CA | CC | SI | BA | BI | BP | BL | AFV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CSR associations (CSR) | | | | | | | | | |
| CA associations (CA) | –0.04 | | | | | | | | |
| C-C identification (CC) | 0.66 | 0.24 | | | | | | | |
| Stakeholder identification (SI) | 0.37 | 0.35 | 0.47 | | | | | | |
| Brand awareness (BA) | 0.44 | 0.11 | 0.43 | 0.22 | | | | | |
| Brand image (BI) | 0.49 | 0.08 | 0.51 | 0.22 | 0.55 | | | | |
| Brand personality (BP) | 0.47 | 0.13 | 0.56 | 0.35 | 0.46 | 0.46 | | | |
| Brand loyalty (BL) | 0.39 | 0.18 | 0.37 | 0.32 | 0.39 | 0.40 | 0.51 | | |
| Added Financial Value (AFV) | 0.35 | 0.32 | 0.38 | 0.34 | 0.34 | 0.44 | 0.24 | 0.39 | |

motivation factors. This approach was used to determine the presence of multivariate significance before univariate analysis was conducted. The multivariate result was significant (Wilks' lambda = .50, F = 3,96, $p < .001$), which indicates that one or more univariate relationships are significant. The following sections (Table 5, p. 92) report the results of these univariate analyses.

Our results show that the marketing-oriented motivation factor is a significant predictor for the perceived values of CA associations ($t = 3.16$, $p < .01$), C-C identifications ($t = 2.04$, $p < .01$), stakeholder associations ($t = 3.06$, $p < .01$), brand awareness ($t = 3.54$, $p < .01$), and added financial value ($t = 3.64$, $p < .01$). However, this factor does not significantly influence brand equity variables including CSR associations, brand image, brand personality, and brand loyalty. The social-oriented factor, on the other hand, significantly predicts the majority of the brand equity elements at the $p < .01$ level. However, there are no particular relationships linking the social factor with CA associations and the added brand financial value. The customer-oriented factor is the independent variable with the least predictive power in our analyses. It only influences stakeholder relationships ($t = 1.99$, $p = .05$), brand image ($t = 2.07$, $p = .04$), and added brand financial value ($t = 2.22$, $p < .03$).

## DISCUSSION AND IMPLICATIONS

### Summary of Findings and Managerial Implications

The most important contribution of this study is to demonstrate that, from a managerial perspective, social alliances as a form of strategic CSR can contribute to building a variety of dimensions of corporate and brand equity. From a corporate branding perspective, these elements include: CA associations,

**Table 5**
**Univariate Regression Analysis of Coefficients and Significance**

| Dependent variables | Predictor Variables | B | *t*-Value | Significance |
|---|---|---|---|---|
| CSR Associations | MARKETING | 0.14 | 1.78 | 0.08 |
| | SOCIAL | 0.50 | 6.22 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.00 | 0.01 | 1.00 |
| CA Associations | MARKETING | 0.28 | 3.16 | 0.00 |
| | SOCIAL | 0.15 | 1.65 | 0.10 |
| | CUSTOMER | 0.08 | 0.89 | 0.38 |
| C-C identifications | MARKETING | 0.16 | 2.04 | 0.04 |
| | SOCIAL | 0.46 | 5.71 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.08 | 0.93 | 0.36 |
| Stakeholder identifications | MARKETING | 0.25 | 3.06 | 0.00 |
| | SOCIAL | 0.41 | 4.91 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.16 | 1.99 | 0.05 |
| Brand awareness | MARKETING | 0.30 | 3.54 | 0.00 |
| | SOCIAL | 0.29 | 3.49 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.11 | 1.27 | 0.21 |
| Brand image | MARKETING | 0.09 | 1.09 | 0.28 |
| | SOCIAL | 0.33 | 3.85 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.18 | 2.07 | 0.04 |
| Brand personality | MARKETING | 0.07 | 0.85 | 0.40 |
| | SOCIAL | 0.50 | 6.20 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.10 | 1.28 | 0.20 |
| Brand loyalty | MARKETING | 0.14 | 1.66 | 0.10 |
| | SOCIAL | 0.38 | 4.51 | 0.00 |
| | CUSTOMER | 0.11 | 1.31 | 0.19 |
| Added financial value | MARKETING | 0.31 | 3.64 | 0.00 |
| | SOCIAL | 0.16 | 1.90 | 0.07 |
| | CUSTOMER | 0.19 | 2.22 | 0.03 |

stakeholder and C-C identifications, and CSR associations. Compared with the other options, social alliances lead in influencing CA associations. This supports the theoretical perspective of Drumwright (1996), which views that when a company engages in product-relevant, strategic CSR, the efforts can enhance consumers' perceptions on its corporate production expertise and innovation capability, which can directly lead to product purchase behaviours.

There is also a high degree of perceived stakeholder and C-C identifications associated with social alliances. It is suggested that C-C identification is more likely to stem from a company's CSR actions than its CA ones (Bhattacharya

and Sen, 2003). A company's character as revealed by its CSR actions is not only relatively enduring but also often more distinctive because of its idiosyncratic nature as compared with CA-based associations, particularly among successful competitors (Aaker, 1996). Previous research also (*e.g.*, Sen and Bhattacharya, 2001) asserts that the degree of "fit" between companies and causes, representing the idea of "transferability" of expertise and synergies, is an important determining factor for C-C and stakeholder identification. Since social alliances are placed at the core of a company's business, corporate partners are often driven by a search for synergies and complementary resources based on different perspectives of "fits" between the campaign and their organizational businesses. For example, the diverse dimensions of alignments could echo with the companies' social efforts, especially in terms of the fits with companies' brands, the CSR missions, and strategic directions. For NGOs, the social alliance often corresponds with the organizational mission and mandates target market or audiences as well as synergies between resources and networks. In this sense, a high degree of "fit" between cause and company business exists as a key characteristic of social alliances. Therefore linking companies with non-profits will trigger consumers to bolster their existing corporate or brand associations (Sen and Bhattacharya, 2001), and most importantly decrease consumers' distrust of CSR drives, thus generating favourable consumer attributions to the company.

Moreover, social alliances possess a number of strategic features such as: 1) large scale; 2) long-term orientation; 3) legitimacy of corporate partners; 4) larger-scope network sharing; and 5) multiple resource inputs and complementariness. These features will enable consumer and stakeholders' favourable perceptions toward the motives of the programs and therefore trigger positive stakeholder behaviours.

In terms of the five CBBE elements, our results show that social alliances are perceived to be more capable of building distinctive brand equity elements (brand personality, brand loyalty, added financial value) as opposed to general brand equity (brand image and brand awareness). While general brand equity is easier to realize, distinctive brand equity elements often require larger commitments and leveraging efforts on the part of management, in which case deeper cognitive elaboration efforts are also prompted by consumers. Our results reveal that social alliances fall short in creating effective brand awareness. On the other hand, however, most corporate societal marketing is believed to be a means of improving recognition for a brand, but not necessarily recall (Heoffler and Keller, 2003). While brand recognition concerns potential availability in memory, brand recall captures "top-of-mind" accessibility of brand in memory. Since distinctive organizational attributes are often hidden from a firm's internal and external constituents and very hard to advertise (Alberts and Whetten, 1985), we suggest that in the case of social alliances, intensive

communication engagements elicited by a social alliance process should equip the initiative with a unique medium for conveying more sophisticated and detailed company-based messages to stakeholders. In this case, it also can prompt stakeholders' or consumers' cognitive elaboration of an organizational identity and thus the potential to engender sustainable awareness of the corporation and its brands among different segments of the public. Future research into this issue makes sense.

A second major contribution of this research is to offer empirical support for the importance of perceived motivations of CSR in influencing brand equity. Traditionally, motivations are considered to be either self-centred or other-centred (without probing into the rich scenarios of specific incentives, related to different aspects of businesses). In our research, we extracted a wide array of motivations and factored them into three dimensions: marketing-oriented, social-oriented, and customer-oriented motivations. We found that marketing-oriented motivation factors are a significant predictor for the perceived values of CA associations, C-C identifications, stakeholder associations, brand awareness, and added financial value. However, this factor does not significantly influence brand equity variables including CSR associations, brand image, brand personality, and brand loyalty, factors that are not immediately related to the profitability of a brand. The social-oriented factor, on the other hand, significantly predicts the vast majority of the brand equity elements, except for CA associations and brand-added financial value, the two outcomes that are more central to a company's core business.

In terms of the customer-oriented factor, though it has the least influence in building brand equity, we reason that a large-scale multi-sectoral social initiative can result in significant public and customer education effects, triggering newly evolving consumer trends which directly tie in to corporate sustainable developments. The consumer education effects resulted from strategic CSR and the resulting consumer responses, if any, should be further explored in future studies.

**Implications of Social Alliances in Health Interventions**

The issues are particularly challenging in social problems, such as obesity prevention where over-consumption of food and media brands are among causal antecedents (Harnack *et al.*, 1999; Harnack *et al.*, 2000; Nielsen, 2002). Yet, alcohol is a domain where joint efforts to educate and promote consumption with moderation deployed by social alliances among producers, retailers, media, school and health organizations as well as within civil society has been relatively successful (Holder, 2000, 2004). In the case of food, firms that have been proactive in placing health issues on their strategic agenda are increasingly getting recognition in industry and consumer ratings (JPMorgan, 2005;

Lang *et al.*, 2006). As demonstrated in the environmental domain (Lang *et al.*, 2006), these ratings are typically factored into the price both consumers and investors are willing to pay. Such price premiums attached to a socially responsible "corporate brand" could also motivate food producing and advertising companies to place obesity prevention at the forefront of their strategic agendas, progressively adapting brand and marketing efforts and/or engaging in social alliances to promote balanced food consumption. This would result in adding resources and competencies beyond that of schools and health systems.

## CONCLUSIONS

Corporate social responsibility (CSR) programs are becoming increasingly popular elements of corporate marketing strategies. Whereas companies nowadays design their CSR programs in a variety of ways, brands vary with regards to the extent to which they rely on their CSR activities to position themselves in the minds of consumers (Shuili, Bhattacharya, and Sen, 2007). This paper (and the following empirical studies) seeks to enhance our understanding of how diverse forms of CSR initiatives can differentiate a company from its competitors by investigating their effects on corporate brand and customer-based brand equity elements.

In general, the paper suggests that going beyond philanthropic and promotional CSR, strategic CSR (*i.e.*, social alliances and value-chain CSR) addresses business-relevant social concerns, affording a company the opportunity not only to reshape its stakeholder environment in such a way that both the company and society benefit, but also to build a constructive corporate brand which could play a more powerful role in the brand portfolio and energize the traditional CBBE factors. The majority of promotional CSR efforts are expensive and limited in that they are intended to promote brand-level associations which are difficult to stretch to other corporate brands or products. This is especially true in the present marketing context where the proliferation of products, brands and sub-brands is so high. As an alternative, marketing efforts which rely on building a corporate brand which is representative of all the company's products and offerings may enjoy the advantage of economies of scale in marketing efficiency and lower the overall marketing budget (Rao *et al.*, 2004). By shifting the marketing focus away from product brands to a more integrative form of corporate association, companies engaging in strategic CSR may provide more powerful, credible and differentiated social and marketing messages than those which employ promotional CSR. This not only is reflected in stronger beliefs that the brand is socially responsible but can spill over positively to consumers' beliefs about the brand's performance on dimensions unrelated to CSR (*e.g.*, beliefs about corporate ability). In turn, consumers' CSR beliefs regarding the CSR brand are linked more strongly to relational dimensions such as brand loyalty.

There is a general lack of investigation thus far comparing the different CSR formats. More empirical studies with theoretical groundings are needed to verify the proposed relationships as well as their boundary conditions.

## REFERENCE

Aaker, D.A. (2004). «Leveraging the corporate brand», *California Management Review,* vol. 46, p. 6-18.

Abratt, R., B.C. Clayton, and L.P. Pitt (1987). «Corporate objectives in sports sponsorship», *International Journal of Advertising,* vol. 6, no. 4, p. 299-311.

Bagnoli, M. and S. Watts (2003). «Selling to socially responsible consumers: competition and the private provision of public goods», *Journal of Economics and Management Strategy*, vol. 12, p. 419-445.

Berger, I.E., P.H. Cunningham, and M.E. Drumwright (2006). «Identity, identification, and relationship through social alliances», *Journal of the Academy of Marketing Science,* vol. 34, no. 2, p. 128-137.

Berger, I.E., P.H. Cunningham, and M.E. Drumwright (2004). «Social alliances: company/non-profit collaboration», *California Management Review,* vol. 47, p. 58-89.

Berger, I.E., P.H. Cunningham, and M.E. Drumwright (2004). «Social alliances: company/non-profit collaboration», *California Management Review,* vol. 47, p. 58-89.

Bowen, H.R. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman*, New York, Harper & Brothers.

Broniarczyk, S.M. and J.W. Alba (1994). «The importance of the brand in brand extension», *Journal of Marketing Research,* vol. 31, no. 2, p. 214-228.

Brown, T.J. and P.A. Dacin (1997). «The company and the product: corporate associations and consumer product responses», *Journal of Marketing,* vol. 61, p. 68-84.

Brown, T.J., P.A. Dacin, M.G. Pratt, and D.A. Whetten (2006). «Identity, intended image, construed image, and reputation: An interdisciplinary framework and suggested terminology», *Journal of the Academy of Marketing Science,* vol. 34, no. 2, p. 99-106.

Buse, K. and G. Walt (2000). «Global public-private partnerships: part I – A new development in health», *Bulletin of the World Health Organization,* vol. 78, p. 549-561.

Carroll, A.B. (1979). «A three-dimensional conceptual model of corporate performance», *Academy of Management Review,* vol. 4, no. 4, p. 497-505.

Chen, X., K. Moore, L. Renaud, and L. Dubé (2007). «From corporate social responsibility to social alliances: A case of childhood obesity prevention», dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Cornwell, T.B., M.S. Humphreys, A.M. Maguire, C.S. Weeks, and C.L. Tellegen (2006). «Sponsorship-linked marketing: The role of articulation in memory», *Journal of Consumer Research,* vol. 33, no. 3, p. 312-321.

Cornwell, T.B., D.P. Roy, and E.A. Steinard, (2001). «Exploring managers' perceptions of the impact of sponsorship on brand equity», *Journal of Advertising,* vol. 30, no. 2, p. 41-51.

Cornwell, T.B., C.S. Weeks, and D.P. Roy (2005). «Sponsorship-linked marketing: Opening the black box», *Journal of Advertising*, vol. 34, no. 2, p. 21-42.

Davis, I. (2005a). «How to escape the short-term trap», *Financial Times,* 11 avril.

Davis, I. (2005b). «The biggest contract: By building social issues into strategy, big businesses can recast the debate about its role», *The Economist,* 28 mai.

Dean, D.H. (2002). «Associating the corporation with a charitable event through sponsorship: measuring the effects on corporate community relations», *Journal of Advertising,* vol. 31, p. 77-87.

Drumwright, M.E. (1996). «Company advertising with a social dimension: The role of non-economic criteria», *Journal of Marketing,* vol. 60, no. 4, p. 71-87.

Du, S.L., C.B. Bhattacharya, and S. Sen (2007). «Reaping relational rewards from corporate social responsibility: The role of competitive positioning», *International Journal of Research in Marketing,* vol. 24, p. 224-241.

Dutta, P.K., S. Lach, and A. Rustichini (1995). «Better late than early: vertical differentiation in the adoption of a new technology», *Journal of Economics and Management Strategy*, vol. 4, p. 563-589.

Ellen, P.S., D.J. Webb, and L.A. Mohr (2006). «Building corporate associations: Consumer attributions for corporate socially responsible programs», *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 34, no. 2, p. 147-57.

Friestad, M. and P. Wright (1994). «The persuasion knowledge model: How people cope with persuasion attempts», *Journal of Consumer Research,* vol. 21, no. 1, p. 1-31.

Gulati, R. (1998) «Alliances and networks», *Strategic Management Journal,* vol. 19, p. 293-317.

Harnack, L., J. Stang, and M. Story (1999). «Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences», *Journal of American Diet Association,* vol. 99, p. 436-441.

Harnack, L.J., R.W. Jeffery, and K.N. Boutelle (2000). «Temporal trends in energy intake in the United States: an ecologic perspective», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 71, p. 1478-1484.

Hoeffler, S. and K.L. Keller (2002). «Building brand equity through corporate societal marketing», *Journal of Public Policy and Marketing*, vol. 21, no. 1, p. 78-89.

Hoek, J.A., P.J. Gendall, and R.D. West (1990). «The role of sponsorship in marketing planning selected New Zealand companies», *Zealand Journal of Business,* vol. 12, p. 87-95.

Holder, H.D. (2000). «Community prevention of alcohol problems», *Addictive Behavior,* vol. 25, p. 843-859.

Holder, H.D. (2004). «Community action from an international perspective», in R. Müller and H. Klingemann (ed.), *From science to action? 100 years later–alcohol policies revisited,* Kluwer Academic, p. 101-112.

IEG (2000). «Year one of IRL title builds traffic, awareness for Northern Light», *IEG Sponsorship Report,* vol. 19, no. 23, p. 1-3.

Janiszewski, C. and S.J. Van Osselaer (2000). «A connectionist model of brand-quality associations», *Journal of Marketing Research,* vol. 37, no. 3, p. 331-350.

JPMorgan Chase and Co. (2005). *Obesity, Re-Shaping the Food Industry*, Londres, JPMorgan Chase and Co., <www.unepfi.org/fileadmin/events/2005/roundtable/presentations/nyrt_langlois_2005.pdf>.

Keller, K.L. (1993). «Conceptualizing, measuring, and managing customer-based brand equity», *Journal of Marketing*, vol. 57, no. 1, p. 1-22.

Keller, K.L. (2003). «Brand synthesis: The multidimensionality of brand knowledge», *Journal of Consumer Research,* vol. 29, no. 4, p. 595-600.

Keller, K.L. and D.R. Lehmann (2006). «Brands and branding: Research findings and future priorities», *Marketing Science,* vol. 25, no. 6, p. 740-759.

Lang, T., G. Raytner, and E. Kaelin (2006). *The Food Industry, Diet, Physical Activity and Health: A Review of Reported Commitment and Practice of 25 of the World's Largest Food Companies,* p. 15-21, <www.city.ac.uk/news/press/The%20Food%20Industry%20Diet%20Physical%20Activity%20and%20Health.pdf>.

Lebar, E. and P. Buehler (2005). «Brand equity implications of joint branding programs», *Journal of Advertising Research*, vol. 45, no. 4, p. 413-425.

Lichtenstein, D.R., M.E. Drumwright, and B.M. Braig (2004). «The effect of corporate social responsibility on customer donations to corporate-supported non-profits», *Journal of Marketing,* vol. 68, no. 4, p. 16-32.

Loewenson, R. (2003). *Civil Society-state Interactions in National Health Systems,* Civil Society Initiative 2003, B12, <tarsc.org/WHOCSI/pdf/WHOTARSC2.pdf>.

Madhavaram, S. and V. Badrinarayanan (2005). «Integrated marketing communication (IMC) and brand identity as critical components of brand equity strategy – A conceptual framework and research propositions», *Journal of Advertising,* vol. 34, no. 4, p. 69-80.

McGee, J. (1998). «Commentary on "Corporate strategies and environmental regulations: An organizing framework" by A.M. Rugman and A. Verbeke», *Strategic Management Journal,* vol. 19, no. 4, p. 377-387.

McWilliams, A. and D. Siegel (2001). «Corporate social responsibility: A theory of the firm perspective», *Academy of Management Review,* vol. 26, no. 1, p. 117-127.

McWilliams, A., D.S. Siegel, and P.M. Wright (2006). «Corporate social responsibility: Strategic implications», *Journal of Management Studies,* vol. 43, no. 1, p. 1-18.

Olson, E.L. and H. Thjomoe (2003). «The effects of peripheral exposure to information on brand performance», *European Journal of Marketing,* vol. 37 no. 1/2, p. 243-255.

Palazzo, G. and K. Basu (2007). «The ethical backlash of corporate branding», *Journal of Business Ethics*, vol. 73, no. 4, p. 333-346.

Pham, M.T. and V.J. Gita (2001). «Market prominence biases in sponsor identification: processes and consequentiality», *Psychology and Marketing*, vol. 18, no. 2, p. 123-43.

Porter, M.E., and M.R. Kramer (2002). «The competitive advantage of corporate philanthropy», *Harvard Business Review,* vol. 80, p. 56-68.

Rao, A. R. and L. Qu (1999). «Signaling unobservable product quality through a brand ally», *Journal of Marketing Research*, vol. 36, no. 2, p. 258-268.

Rao, V.R., M.K. Agarwal, and D. Dahloff (2004). «How is manifest branding strategy related to the intangible value of a corporation», *Journal of Marketing,* vol. 68, p. 126-141.

Scott, S.G. and L.V. Lane (2000). «A stakeholder approach to organizational identity», *Academy of Management Review*, vol. 25, no. 1, p. 43-62.

Seiders, K. and R.D. Petty (2004). «Obesity and the role of food marketing: A policy analysis of issues and remedies», *Journal of Public Policy and Marketing,* vol. 23, no. 2, p. 153.

Sen, S. and C.B. Bhattacharya (2001). «Does doing good always lead to doing better? Consumer reactions to corporate social responsibility», *Journal of Marketing Research,* vol. 38, no. 2, p. 225-243.

Simmons, C.J. and K.L. Becker-Olsen (2006). «Achieving marketing objectives through social sponsorships», *Journal of Marketing,* vol. 70, no. 4, p. 154-169.

Simonin, B.L. and J.A. Ruth (1998). «Is a company known by the company it keeps? Assessing the spillover effects of brand alliances on consumer brand attitudes», *Journal of Marketing Research*, vol. 35, no. 1, p. 30-42.

Steeger, U. (2003). *Corporate Diplomacy*, Chichester, Wiley.

Swanson, D.L. (1995). «Addressing a theoretical problem by reorienting the corporate social performance-Model», *Academy of Management Review*, vol. 20, no. 1, p. 43-64.

Tapscott, D. and D. Ticoll (2003). *The Naked Corporation*, New York, Free Press.

Tilley, C. (1999). «Build-in branding: How to engineer a leadership brand», *Journal of Marketing Management*, vol. 15, p. 117-133.

Varadarajan, P.R. and A. Menon (1988). «Cause-related marketing – A coalignment of marketing strategy and corporate philanthropy», *Journal of Marketing,* vol. 52, p. 58-74.

Washburn, J.H. and B.D. Till (2004). «Brand alliance and customer-based brand-equity effects(L)», *Psychology & Marketin*g, vol. 21, no. 7, p. 487-508.

Yeung, C.W.M. and R.S. Wyer (2005). «Does loving a brand mean loving its products? The role of brand-elicited affect in brand extension evaluations», *Journal of Marketing Research*, vol. 42, no. 4, p. 495-506.

Zyglidopoulos, S.C. (2002). «The social and environmental responsibilities of multinationals: Evidence from the brent spar case», *Journal of Business Ethics*, vol. 36, p. 114-123.

## 2.2 Comment promouvoir la santé en contexte de fiction télévisuelle jeunesse ? Bilan des connaissances et étude de cas de la série *Ramdam*

Judith Gaudet, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Mener des interventions en promotion de la santé auprès des adolescents représente un défi important notamment en raison de leur sens critique en pleine émergence. Ce chapitre présente les avantages et les mécanismes d'influence de la fiction éducative sur la santé des jeunes de même qu'une étude de cas d'une fiction jeunesse produite et diffusée au Québec : la série *Ramdam*. Une analyse de contenu des 185 derniers épisodes produits de même que notre expérience de production ont permis d'identifier qu'environ un épisode sur deux aborde un thème de santé selon deux angles privilégiés : a) la santé contextuelle et évoquée et b) la santé en tant que sujet dramatique. Bien que *Ramdam* n'ait pas fait l'objet d'évaluation d'impact, on peut penser qu'elle a influencé la santé des jeunes, considérant son succès et le grand attachement des jeunes téléspectateurs envers les héros de la série. Les fictions télévisuelles ne peuvent devenir les messagères officielles de la santé publique, car leur objectif premier demeure le divertissement. Toutefois, elles peuvent s'avérer une stratégie d'intervention efficace et complémentaire pour aborder des thèmes de santé auprès des jeunes, notamment parce qu'elles proposent un traitement moins susceptible de susciter des résistances, qui se rapproche de leur quotidien et de leur vécu socioaffectif.

**ABSTRACT**

Conducting youth-targeted health promotion interventions is a major challenge largely because at adolescence, critical sense is blooming. This chapter shows the advantages and mechanisms of influence of educational fiction on youth health and presents a case study of *Ramdam*, a youth fiction series produced and broadcast in Québec. A content analysis of the 185 latest episodes, coupled with the author's own experience in television production, reveals that approximately half of the episodes address a health theme, from two preferred angles: (a) health as a contextual and evoked matter; (b) health as a dramatic subject. While we have not assessed *Ramdam*'s impact, we believe that, considering its great success and young viewers' level of attachment to the main characters, it has indeed influenced the health of youths. TV fiction programs cannot become official messengers of public health, entertainment remaining their primary objective. However, they may be used as an effective and complementary strategy for introducing health subjects to youths, mainly because they propose a treatment of the subject that is less likely to meet with resistance, as it matches youths' everyday life and socioaffective experience.

Dans le cadre de ce chapitre, nous proposons un bilan des connaissances scientifiques relatives aux mécanismes d'influence de la fiction télévisuelle à vocation éducative sur la santé, tout particulièrement celle des jeunes[1]. Dans un deuxième temps, une étude de cas de la série jeunesse *Ramdam* sera présentée. Cette comédie dramatique à succès ciblant les jeunes de neuf à douze ans était produite par Vivavision[2] et diffusée quotidiennement sur les ondes de Télé-Québec de 2001 à 2008 (785 épisodes produits), avec une cote d'écoute moyenne de 320 000 téléspectateurs par jour de diffusion[3].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « La santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie. C'est un concept positif qui se définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité[4]. » Planifier des interventions en promotion de la santé auprès des jeunes adolescents représente plusieurs défis, notamment en raison de leur fréquente réticence à toute forme de discours moralisateur en provenance de figures d'autorité (qu'elles soient gouvernementale, scolaire ou parentale). Leur sens critique en pleine émergence, leur vision de la vie souvent ancrée dans les plaisirs immédiats, le sentiment de toute-puissance qui caractérise plusieurs d'entre eux et leur grand désir de liberté font en sorte qu'ils ne représentent pas un public facile à rejoindre, surtout dans le cadre de campagnes de communication de masse conventionnelles.

Comment les sensibiliser, les intéresser, les informer et leur parler de santé sans « faire la morale » et restreindre leur sentiment de liberté ? Nous sommes d'avis, comme d'autres chercheurs dans le domaine, que la fiction éducative représente un outil d'intervention intéressant pour promouvoir la santé et outiller les jeunes face à des problématiques de leur quotidien.

Les quelques recherches portant sur l'efficacité de la fiction éducative sur la santé montrent qu'elle agit surtout sur le plan cognitif (acquisition de connaissances) et attitudinal et, dans une moindre mesure, sur le changement de comportements (Kaiser Family Foundation, 2004). Son effet est amplifié lorsqu'elle s'accompagne de discussions avec les pairs ou avec les parents (Collins *et al.*, 2003).

[1] Dans la littérature scientifique anglo-saxonne, les termes *edu entertainment* ou *entertainment education* représentent les appellations courantes pour désigner les fictions qui intègrent des messages éducatifs ou de santé dans le but d'informer, de sensibiliser ou de changer des attitudes, des comportements ou des habitudes de vie. Dans le présent chapitre, l'appellation « fiction éducative » sera utilisée pour référer à ce domaine de recherche-intervention.

[2] Boîte de production télévisuelle québécoise spécialisée dans le secteur jeunesse. Elle a produit plusieurs émissions à succès, dont *Macaroni Tout Garni* et *Watatatow*.

[3] Des rediffusions de *Ramdam* sont prévues jusqu'en 2010.

[4] Définition trouvée sur le site Internet de l'OMS en janvier 2009 <www.who.int/about/fr>.

## QUELS SONT LES PRINCIPAUX MÉCANISMES D'INFLUENCE DE LA FICTION ÉDUCATIVE SUR LA SANTÉ ?

Quelques chercheurs en communication et en psychologie se sont intéressés aux mécanismes d'influence des fictions éducatives sur la santé des populations. Nous proposons dans un premier temps un survol des principaux modèles théoriques dans le domaine : la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986, 2004), le modèle étendu de la probabilité d'élaboration de Slater et Rouner (2002), la théorie du drame de Kincaid (2002) et le modèle intégrateur de l'engagement-résistance de Moyer-Gusé (2007, 2008).

### Le modèle de l'apprentissage social

La théorie de Bandura (1986) repose sur l'hypothèse que l'apprentissage se réalise de manière directe par l'entremise d'expériences quotidiennes menant à des récompenses ou à des punitions, mais aussi de manière indirecte, grâce à de l'observation de modèles, tels que des personnages de séries télévisées (Bandura, 2004). La télévision peut ainsi contribuer à développer des nouvelles connaissances, valeurs, attitudes ou habitudes de vie. L'imitation des modèles télévisuels n'est pas automatique, elle dépend grandement de la motivation à imiter le comportement observé, de l'intérêt porté au contexte dans lequel le modèle performe, des connaissances antérieures et de l'interprétation subjective du comportement observé (Bandura, 2004). La motivation à imiter le comportement du modèle est quant à elle grandement influencée par les attentes de résultats (ce comportement génère-t-il des récompenses ou des punitions par l'environnement ?) et le sentiment d'efficacité personnelle (est-ce que je me sens capable de mettre en pratique le comportement affiché par le modèle que j'observe ?). Plus les comportements du modèle sont renforcés positivement et plus ils sont réalistes, inspirants et efficaces, plus la propension à les imiter augmente.

### Les modèles théoriques spécifiques au champ de la fiction éducative

Le modèle de Slater et Rouner (2002) soutient que la fiction éducative réduirait la contre-argumentation que l'on retrouve souvent en contexte de promotion de la santé ou de communication persuasive. Le fait d'être engagé dans une histoire dramatique captivante et d'être transporté par celle-ci réduit le sens critique et la contre-argumentation. L'engagement est facilité si le récit est séduisant, intéressant, si la production est de bonne qualité et si le sous-texte est bien imbriqué à l'histoire, s'il ne l'obstrue pas ou ne prend pas trop de place par rapport à lui.

Dans cette même perspective, quelques chercheurs se sont intéressés à identifier les mécanismes de traitement de l'information propres à la fiction pouvant expliquer son influence spécifique en contexte promotionnel (voir la recension de Green, Garst et Brock, 2004) :

- **l'acceptation automatique** : renvoie à la tendance des humains à accepter comme étant vrai ce qui a « l'air vrai » et cela est accentué en contexte de fiction.
- **le traitement cognitif et affectif de la fiction** : on ne la traite pas de la même façon que l'information (actualité ou reportage scientifique). Il semble que le traitement de la fiction est beaucoup moins organisé, plus expérientiel que rationnel (la fiction a d'autant plus d'effets lorsqu'elle réussit dans le registre émotionnel) et qu'il n'est pas analysé avec autant de sens critique.
- **la crédibilité de la source** : dans le domaine de la fiction, cela se traduit par le réalisme des situations dramatiques proposées. Les gens ne recherchent pas une vérité scientifique ou bien documentée, ils se demandent si ce qui leur est présenté est crédible, tant dans l'histoire vécue, les réactions émotives des personnages que dans leur façon de régler leurs problèmes. Les personnages deviennent les principaux véhicules de la crédibilité du message : plus ils sont réalistes et attachants, plus leurs comportements ou attitudes sont jugés comme étant crédibles et valables.

**La théorie du drame**

Les postulats de cette théorie psychosociale reprennent les éléments structuraux des scénarios de fiction télévisuelle. Selon Kincaid (2002), l'efficacité de la fiction éducative comme agent de changement personnel et social repose en grande partie sur l'effet miroir. Tout comme dans un scénario, on assiste souvent dans la vie quotidienne à l'émergence de problèmes (exposition) impliquant une montée dramatique (climax), un conflit et une tentative de mettre en place des solutions pour régler la situation problématique. La montée dramatique d'un scénario représente le moment le plus propice en termes de changements de comportements, de valeurs ou d'attitudes, surtout lorsque le téléspectateur éprouve de l'empathie pour le héros (Sood, Menard et Witte, 2004).

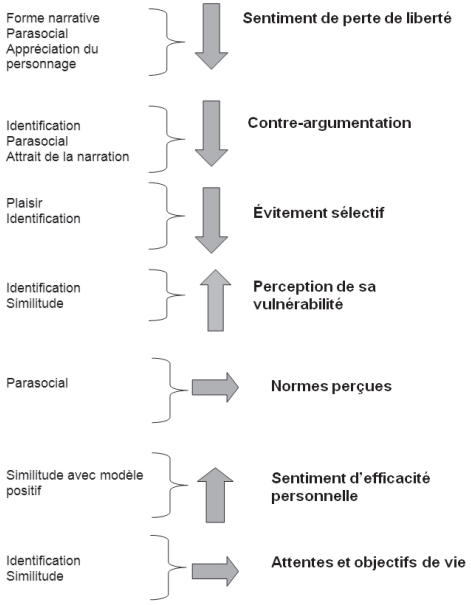
**Le modèle intégrateur de l'engagement-résistance**

En s'appuyant sur les postulats des modèles théoriques présentés plus tôt, Moyer-Gusé (2007, 2008) a développé un modèle intégrateur portant sur les mécanismes propres à la fiction susceptible de diminuer les résistances chez les jeunes en contexte de promotion de la santé.

La figure 1, p. 105, résume les postulats du modèle dont certains reçoivent des appuis empiriques importants.

En plus d'inclure la variable de l'attrait face à la trame narrative, tout comme la théorie de Slater et Rouner (2002), le présent modèle définit de manière plus spécifique les différents processus d'engagement face aux personnages qui augmenteraient l'efficacité des messages promotionnels de santé : l'identification, la similitude, l'attrait et les interactions parasociales.

**Figure 1**
**Modèle de résistance-engagement en fiction éducative de Moyer-Gusé (2008)**




- **L'identification au personnage** : elle consiste à se mettre à la place du héros, à vivre son histoire. Cela implique quatre dimensions :
  *a*) l'empathie : se mettre à la place du héros, se « mettre dans sa peau » sur le plan affectif ;
  *b*) le cognitif : partager le même point de vue que le héros ;
  *c*) le motivationnel : intérioriser les buts et objectifs du héros et
  *d*) l'« absorption » ou la perte de conscience de soi.
- **L'identification à un idéal**, à quelqu'un qu'on voudrait être. Ce processus est particulièrement important durant l'adolescence. Il ne s'agit pas ici d'identification pure, car cela n'implique pas qu'on se sente transporté de manière émotive et cognitive par une histoire. Dans ce contexte, le téléspectateur aspire à ressembler ou à agir comme le héros.
- **La similitude** : souvent considérée comme un préalable à l'identification, elle contribue en elle-même à l'effet du message. Elle implique une évaluation : est-ce que ce personnage me ressemble ? Si la réponse est affirmative, l'identification est facilitée. Ce processus est strictement cognitif comparativement à l'identification qui implique une dimension à la fois affective et cognitive.

- **L'interaction parasociale avec la série**. Elle se définit par le fait de considérer un personnage comme une sorte d'ami avec qui on entretient une relation virtuelle soutenue (bien qu'elle soit unidirectionnelle). Cette relation implique une composante affective (identification à un personnage), une composante cognitive (réflexion sur le contenu télévisuel présenté pouvant générer des discussions avec l'entourage) et une dimension comportementale (changer ses activités pour ne pas manquer l'émission) (Sood, 2002).
- **L'appréciation du personnage** : cela renvoie à l'aspect attrayant et inspirant de celui-ci, à une évaluation positive aux premiers abords, sans qu'il y ait nécessairement un engagement soutenu face à lui.

**Comment la fiction éducative peut-elle diminuer les résistances possibles face à un message promotionnel ?**

Des messages qui portent atteinte au sentiment de liberté, ou une campagne d'information mal ciblée, peuvent générer un effet boomerang tout particulièrement chez les jeunes, c'est-à-dire engendrer l'effet contraire de ce qui est visé par le message. Cela a d'ailleurs été observé dans le cadre de certaines campagnes anti-tabagiques en milieu scolaire, où l'on observait une augmentation du tabagisme chez les adolescents suite à l'intervention (voir recension de Lalonde et Heneman, 2004).

Afin de diminuer les résistances potentielles face à un message promotionnel, il convient de le camoufler le plus possible et le contexte de la fiction facilite cette opération. Les études montrent que le recours aux amis du héros plutôt qu'à une figure d'autorité pour véhiculer un message à caractère moral diminue les résistances potentielles. Ces résistances sont d'autant moins importantes si les personnages de la série sont jugés attrayants et s'il y a un engagement relationnel entre le téléspectateur et la fiction qu'il visionne (voir recension de Moyer-Gusé, 2007, 2008). De plus, la contre-argumentation possible face à un message à caractère persuasif est réduite lorsque le comportement de santé est illustré par l'entremise d'un personnage aimé à qui l'on s'identifie.

L'adolescence représente souvent une période durant laquelle les jeunes se sentent invulnérables et donc peu préoccupés par des comportements ou des situations pouvant mettre leur santé en danger. Lorsqu'une fiction met en vedette un héros subissant les conséquences négatives associées à des conduites à risques (p. ex., contracter une ITS suite à une relation sexuelle sans protection), cela peut s'avérer plus efficace que la transmission de contenu strictement informatif dans le cadre d'une campagne classique de communication de masse. Cela est surtout vrai si le contenu n'est pas trop appuyé et s'il y a présence de similitude et d'identification au personnage (donc un engagement émotif et pas seulement cognitif) (Moyer-Gusé, 2008).

La fiction peut également avoir une incidence sur les normes perçues, qui sont parfois irréalistes chez certains adolescents. Des croyances telles que « tous mes amis ont déjà fait l'amour donc il faut que je le fasse moi aussi » ou « mes amis n'utilisent pas le condom et ils ne sont pas malades, pourquoi je le ferais ? » augmentent la probabilité de conduites à risques (Gerrard *et al.*, 2003). La fiction peut réussir à agir sur ces normes, surtout si le message contre-normatif est porté par un personnage attrayant, crédible et pour lequel il y a une forte identification.

Enfin, l'une des résistances importantes observées en contexte de modification de comportements (pas uniquement chez les jeunes), renvoie à l'évitement sélectif. Celui-ci comprend la force d'inertie (ne pas vouloir modifier certaines choses dans sa vie en vue de diminuer la dissonance cognitive que cela pourrait générer) et la peur : les individus préfèrent se couper de messages jugés désagréables et suscitant des réactions émotives négatives. Cet évitement peut être atténué par l'identification et le fait d'être captivé par l'histoire. Le plaisir ressenti par le divertissement peut réduire la peur, donc la résistance face au message promotionnel ou persuasif.

Ainsi, il semble que la fiction, lorsque bien construite et réalisée, permet de communiquer aux jeunes certains contenus de santé avec subtilité et efficacité. Mais comment intégrer concrètement des contenus de santé dans le cadre d'une fiction ? La prochaine section du chapitre propose quelques pistes d'action en s'appuyant sur l'expérience développée dans le cadre de la série *Ramdam*.

## ÉTUDE DE CAS DE LA SÉRIE JEUNESSE *RAMDAM*

Bien que la série n'ait pas fait l'objet d'une évaluation scientifique d'efficacité ou d'impact sur la santé des jeunes téléspectateurs, on sait toutefois, par l'entremise d'évaluations formatives et des courriels des milliers de fans, que plusieurs s'identifiaient fortement aux héros de la série et entretenaient des relations parasociales avec eux. Comme nous avons abordé plusieurs thèmes de santé dans la série, on peut penser qu'elle a eu une influence sur les jeunes téléspectateurs. En nous appuyant sur notre expérience de responsable des contenus de cette série jeunesse (en référence au praticien réflexif de Shön,1993) et sur une analyse de contenu des 185 derniers épisodes de la série, nous présentons comment et avec quelle intensité le thème de la santé a été traité.

Toutefois, afin de situer le lecteur, nous proposons d'abord une brève description de la série. *Ramdam* c'est l'histoire des joies et des peines d'une amusante famille recomposée formée de six jeunes de quatre à dix-huit ans (du moins était-ce le cas lors de la dernière saison de diffusion). Les héros de la série sont les jeunes de treize à seize ans et on assiste à leur évolution sur les plans familial, amical, amoureux, scolaire et parascolaire. Par l'entremise de procédés dramatiques, tels que des apartés et des mises en abîme, le jeune

téléspectateur accède à l'imaginaire, aux fantasmes et aux pensées intimes des héros, souvent teintées de dérision, d'absurdité et de dénonciation des pratiques adultes.

Chaque épisode de *Ramdam* est structuré autour de trois intrigues qui se croisent (intrigue principale, secondaire et tertiaire) mettant en vedette trois héros de la série. L'une de ces intrigues sert de véhicule à un thème jeunesse. Ce thème est choisi en fonction de sa pertinence par rapport à la réalité des jeunes adolescents d'aujourd'hui, selon les écrits scientifiques, l'actualité et des recherches terrain. Il peut être de nature psychologique, philosophique, scientifique, sociale ou politique. L'auteur travaille son scénario à partir d'une brève présentation du thème rédigée par l'équipe de contenu, de même que des directives quant à la continuité de la série : l'évolution récente des personnages et des principaux événements auxquels il faut référer. Le traitement du thème proposé à l'auteur est adapté au contexte de la série et à la psychologie des personnages présents dans l'épisode ciblé. L'angle de traitement du thème, de même que l'ensemble du scénario produit est négocié et discuté entre l'auteur, l'équipe de contenu et le diffuseur tout au long du processus d'écriture. Ce processus itératif de coconstruction du contenu des épisodes s'articule autour des thèmes suivants : *a*) l'intérêt et la crédibilité de l'histoire par rapport au public cible ; *b*) sa logique interne et sa cohérence par rapport aux autres épisodes déjà écrits ; *c*) son potentiel comique et dramatique ; et *d*) le respect des paramètres de tournage et de production (budget, accessoires, costumes, disponibilité des comédiens, etc.).

Le tableau 1, p. 109, situe les principaux angles de traitement des thèmes (pas uniquement ceux en lien avec la santé) qu'on retrouve dans un épisode type de *Ramdam*.

Il est à noter que l'angle informatif est celui qui est le moins utilisé, car il alourdit souvent la trame narrative. Les angles humoristique et dramatique sont les plus utilisés, considérant l'objectif principal de la série : le divertissement. Le dénouement type des histoires de *Ramdam* mise sur l'illustration des conséquences des comportements adoptés par les personnages. Le fait que cette série quotidienne propose des histoires bouclées et non continues engendre des résolutions rapides de problèmes, pouvant nuire à la profondeur ou à la crédibilité du traitement des thèmes.

**Comment avons-nous parlé de santé dans la série *Ramdam* ?**

Dans la prochaine section, nous présentons une analyse spécifique des contenus de santé abordés dans la série.

**Tableau 1**
**Synthèse des principaux angles de traitement des thèmes abordés dans un épisode type de la série *Ramdam***

| Angles de traitement des thèmes | Objectif poursuivi | Manifestations en contexte de fiction |
|---|---|---|
| Humoristique | Amuser et divertir tout en mettant en scène des problèmes et tracas du quotidien. | On utilise des ressorts comiques pour dédramatiser les problèmes illustrés et amuser le téléspectateur : quiproquo, autodérision, blagues, gaffes, comportements caricaturaux et stéréotypés, situations dramatiques absurdes, cynisme. |
| Dramatique/ Socioaffectif | Toucher, surprendre et émouvoir le public cible. | On illustre concrètement (comportements verbaux et non verbaux) les conséquences psychologiques probables (positives et négatives) associées au problème vécu sur le plan individuel et sur les dynamiques relationnelles en tenant compte du contexte et de la psychologie des personnages. |
| Critique/Analytique | Susciter une réflexion critique et un questionnement moral : est-ce que le personnage a « bien agi ou pas » ? | On illustre qu'il peut exister différents arguments pour appuyer un choix de vie face à un dilemme ou un problème (scientifique, besoin psychologique, moral), cela dépend du contexte et de la personne impliquée (ses valeurs, ses principes).<br>On illustre les conséquences sur le plan individuel et collectif, les avantages et les inconvénients en lien avec la solution envisagée.<br>Le téléspectateur peut juger du bien-fondé du comportement illustré selon ses valeurs et principes. |
| Informatif | Informer brièvement à propos d'un problème, qu'il soit social, physique, psychologique ou scientifique. | On intègre dans les dialogues des données scientifiques :<br>Prévalence du problème<br>Étiologie du problème (déterminants environnementaux et individuels)<br>Ressources existantes (réelles) pour résoudre le problème (organismes communautaires, professionnels de la santé, etc.) |

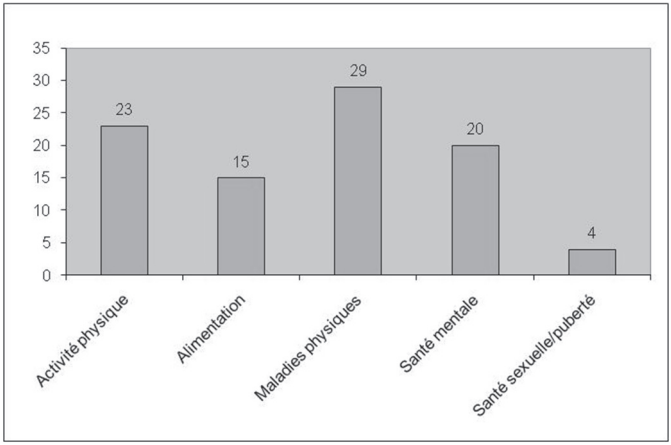
*Méthodologie*

Nous avons réalisé une analyse globale de contenu thématique (Bardin, 1996) des résumés des 185 derniers épisodes diffusés (saisons 7 et 8, soit celles de 2007 et de 2008) à l'aide du logiciel d'analyse N'Vivo. Nous avons recensé les situations dramatiques qui abordaient les thèmes suivants :

- l'activité physique et le sport ;
- l'alimentation ;
- la santé mentale ;
- la santé sexuelle et la puberté ;
- les problèmes de santé physique.

Bien qu'intéressante, cette analyse comporte des limites : elle n'a pas fait l'objet de validation par un chercheur externe et comme elle repose sur de courts résumés, il se pourrait que certains thèmes de santé plus secondaires n'aient pas été comptabilisés. Cependant, notre connaissance approfondie de l'ensemble des épisodes produits pallie en partie cette limite. En outre, cette analyse ne rend pas compte du concept de santé dans son entièreté. En effet, les dimensions positives de la santé (comme le soutien social des amis ou de la famille au quotidien) n'ont pas été considérées comme catégories d'analyse, car elles sont présentes dans tous les épisodes de la série (et deviennent donc peu discriminantes). Cette analyse globale témoigne plutôt des événements dramatiques plus importants en lien avec la santé. Enfin, les catégories d'analyse présentées ne sont pas mutuellement exclusives et ne se situent pas toutes au même niveau conceptuel, certaines étant plus spécifiques que d'autres. Cela

**Figure 2**
**Fréquence d'apparition de thèmes de santé dans l'émission *Ramdam***
**(saisons 7 et 8, *n* = 185 épisodes)**



s'explique par le fait que nous avons voulu rendre compte de manière plus précise des thèmes de recherche dominants du Groupe de recherche Médias et santé : les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique).

Le tableau 2 présente la fréquence d'apparition des thèmes de santé recensés. Au cours des deux dernières saisons de *Ramdam,* on réfère à la santé 91 fois, ce qui représente environ un épisode sur deux (notons toutefois que certains épisodes présentent plus d'un thème de santé). Ces thèmes ne sont pas tous abordés avec la même intensité et **n'ont pas tous été traités dans une perspective de promotion de la santé, c'est-à-dire, dans le but intentionnel d'informer, de sensibiliser ou de modifier des croyances, attitudes ou comportements**.

Voici de manière plus détaillée les éléments dramatiques recensés dans les différentes catégories d'analyse. Notons que les extraits n'ont été comptabilisés qu'une fois, même si certains d'entre eux auraient pu se retrouver dans plus d'une catégorie (comme l'intimidation psychologique ou les blessures dans un cadre de compétition sportive).

**Tableau 2**
**Catégories d'analyse**

| Catégories | Exemples d'extraits |
|---|---|
| Activité physique et sport | Intimidation entre équipes sportives rivales, ambition sportive, vouloir faire partie d'une équipe sportive ou de danse, mettre sur pied une équipe sportive, vouloir se remettre en forme, organiser une sortie de marche nordique, être nommé porte-parole sportif de l'école, se blesser en contexte sportif. |
| Alimentation | Vouloir changer le menu du comptoir-lunch, vouloir perdre du poids en changeant son alimentation, devenir végétarien, vouloir devenir végétarien, prendre du café pour se réveiller, consommer des suppléments vitaminiques pour augmenter sa concentration à la veille d'un examen. |
| Santé mentale | Vivre de l'anxiété scolaire, de l'anxiété de performance en contexte parascolaire, un deuil (amoureux ou mortalité), avoir une image corporelle négative (se trouver trop gros ou pas assez joli), avoir une dépendance (aux jeux sur internet), soutenir un ami qui vit un problème psychologique important (anxiété, dépendance). |
| Maladies physiques | S'adapter à son diabète, à sa mononucléose, aider un parent affligé d'une maladie cardiaque ou d'un cancer, guérir des infections respiratoires. |
| Santé sexuelle /puberté | Sexualité : animer un atelier en public sur la santé sexuelle, moment propice pour avoir sa première relation sexuelle ? Puberté : hygiène (transpiration abondante) |

Si on fusionne les catégories « maladies physiques » et « santé mentale » (où les fragilités psychologiques et les problèmes sont majoritaires), cela permet d'identifier que les « problèmes » de santé représentent le thème dominant. On pourrait expliquer cette situation par le fait que les problèmes de santé présentent un potentiel dramatique intéressant pouvant être traité plus aisément sur plusieurs épisodes, dans le cadre d'une courbe dramatique de personnage, comparativement à des thèmes d'alimentation ou d'activité physique qui sont généralement abordés de manière épisodique.

***Les différents angles de traitement de la santé***

En s'appuyant sur l'analyse de contenu présentée plus tôt et sur notre pratique professionnelle, nous avons identifié une typologie d'angles de traitement de la santé : a) la santé évoquée (directe et indirecte), et b) la santé en tant que sujet dramatique : le problème comme moteur dramatique et la santé en figuration active.

Dans la série, nous avons traité de santé de manière directe et indirecte, à des degrés d'approfondissement et d'intentionnalité variables.

#### LA SANTÉ ÉVOQUÉE ET CONTEXTUELLE

Celle-ci s'exprime dans le cadre de situations dramatiques ou de mises en scène dans lesquelles elle **ne représente pas l'enjeu principal de l'histoire**. Son évocation est souvent non intentionnelle et elle se manifeste pour des raisons de réalisation (dynamiser une scène, augmenter sa vraisemblance).

Elle s'exprime de deux façons :

- **La forme passive** : par l'entremise d'éléments de décors et de réalisation : laisser traîner des ballons et des bâtons de hockey, laisser des fruits sur le comptoir de la cuisine, montrer le contenu de l'épicerie avec une diversité d'aliments ou procéder au tournage d'une scène dramatique dans un décor de vestiaire sportif[5].
- **La forme active** : de manière sporadique un comportement en lien avec la santé est montré, souvent pour dynamiser une scène et lui conférer une certaine crédibilité par rapport à la vie quotidienne : manger un fruit, donner un cours de plongeon ou de hockey, marcher sur un tapis roulant, faire des redressements assis, jouer au ballon, prendre sa glycémie, encourager un ami qui semble préoccupé.

[5] Cette catégorie n'a pas été comptabilisée dans l'analyse de contenu présentée plus tôt, car on peut la déceler uniquement à partir de l'analyse de scénarios ou suite au tournage. Elle a été identifiée sur la base de notre connaissance approfondie des différentes étapes de production de la série.

Comme dans la série *Ramdam* plusieurs personnages sont sportifs et actifs, la santé évoquée est tout de même assez fréquente. La très faible présence de comportements à risques caractérise également la série : par exemple, nous avons fait le choix de ne pas présenter de fumeur régulier dans la série, parce que nos personnages sont devenus au fil des ans des modèles d'identification importants. Ainsi, considérant le succès de la série et l'âge du public cible, nous avons opté pour une approche misant sur les forces et sur la promotion des comportements positifs, plutôt qu'une approche visant la réduction des méfaits se cristallisant autour d'un personnage présentant un comportement jugé dommageable pour sa santé.

Outre l'évocation, nous avons abordé la santé de manière plus approfondie et intentionnelle en nous appuyant sur des recherches et des entrevues avec des spécialistes de la santé dans certains cas (médecins et professionnels de la santé publique).

#### LA SANTÉ EN TANT QUE SUJET DRAMATIQUE

Certains épisodes mettent en scène des thèmes de santé. Cela peut s'insérer dans une courbe dramatique (donc, être présenté sur plusieurs épisodes), alors que d'autres sont abordés de manière épisodique, donc plus superficielle. Deux cas de figure sont visibles :

- **Le problème de santé comme moteur dramatique**. Il se manifeste dans un contexte où un personnage éprouve un problème de santé ou se retrouve dans un contexte à haut risque d'en développer un, et veut y mettre fin. Cela inclut les réactions de l'entourage aux problèmes vécus par le héros. La motivation principale du personnage est de retrouver son équilibre personnel ou de diminuer le risque qu'un déséquilibre trop important ne survienne (pour lui ou pour l'entourage visé). Le déclencheur du thème peut être le personnage lui-même (p. ex., un état de fatigue qui lui fait prendre conscience d'un problème), son entourage (on lui apprend ou on lui fait prendre conscience d'un problème), ou un contexte dramatique général qui teinte l'ensemble d'un épisode (semaine de prévention du suicide à l'école fréquentée par les héros de la série).

  Dans le cadre de la série *Ramdam*, nous avons abordé le problème de santé sous l'angle physique :
  - s'adapter à une mononucléose et en guérir,
  - s'adapter à son diabète,
  - soutenir son père affaibli par des problèmes cardiaques,
  - aider sa grand-mère qui a reçu un diagnostic de cancer,

  et psychologique :
  - se défaire d'une dépendance au poker en ligne,
  - chercher à surmonter une anxiété de performance scolaire ou sportive,

- surmonter un état dépressif suite à un événement majeur (parent impliqué dans un scandale de commandites, divorce des parents, ou peine d'amour),
- mettre fin à une relation amicale toxique,
- vouloir aider un élève de l'école qui présente des idéations suicidaires.

■ **La préoccupation de santé en « figuration active »** : celle-ci se manifeste dans une situation dramatique où le motif principal d'un personnage ne consiste pas à rechercher consciemment une « meilleure santé » ou ne vise pas à régler un problème ou un déséquilibre important, mais bien plutôt à répondre à un besoin psychologique secondaire (en référence à la théorie des besoins de Maslow, 1964). La recherche d'approbation, de reconnaissance d'autrui et de dépassement personnel devient à ce moment le principal moteur d'action du personnage. Dans pareil cas, un personnage **veut modifier** un environnement, un état, un comportement, une relation, une cognition ou un affect jugé non conforme à ce à quoi il aspire ou à son idéal. Toutefois, les changements que le personnage désire apporter ont une incidence positive ou non sur la santé (la sienne ou celle des autres).

Ces situations dramatiques représentent de bons prétextes pour parler de santé en filigrane, ce qui implique un traitement moins clairement pédagogique ou moralisateur, notamment parce que ce qui est mis de l'avant concerne surtout les enjeux émotifs sous-jacents à la réponse au besoin psychologique secondaire.

Voici des situations dramatiques abordées qui illustrent ce type de traitement de la santé :

■ Irrité par les taquineries de son amie, Simon veut prouver à Leena qu'il est assez discipliné pour arrêter de manger des sucreries. Il constate finalement qu'il n'a pas réussi à relever le défi et que ce régime soudain est trop drastique et le prive trop de petits plaisirs de la vie. Il opte donc pour un compromis.

■ Constance veut devenir végétarienne pour des raisons écologiques et philosophiques (et non de santé) et explique les stratégies qu'elle prend pour que ce soit équilibré. On assiste aux réactions positives ou sceptiques de l'entourage face à ce choix de vie et aux défis que représente son application au quotidien.

■ Antonin veut améliorer ses performances au hockey pour que son père, entraîneur de son équipe, soit fier de lui. Il décide de tester les suppléments alimentaires, pour se rendre compte que la meilleure solution serait de mieux s'alimenter et de s'entraîner, mais surtout d'initier un changement dans sa relation avec son père en terme d'attentes et d'exigences perçues plus ou moins fondées.

- Loïc veut affronter sa peur du tremplin de dix mètres pour que son entraîneur soit fier de lui. Il doute de ses capacités et pense abandonner. On le renvoie à ses propres motivations : veux-tu plonger pour l'entraîneur ou pour toi ?
- Karine veut aller au salon de bronzage avant son bal de finissants afin d'être plus jolie. Mais sa mère est en désaccord (pour des raisons de santé) et lui propose une solution mitoyenne à utiliser avec parcimonie : la crème auto-bronzante.
- Karine veut porter des lunettes pour l'apparence et non parce qu'elle en a besoin. Elle se rend vite compte des désagréments associés à une prescription mal ajustée : maux de tête, etc.

### CONCLUSION

Tel que le montre cette analyse de contenu, la santé a joué un rôle important dans cette série jeunesse, parfois en tant que vedette principale, mais surtout en tant que figurante active. Elle a été mise en scène de plusieurs façons par l'entremise de comédiens charismatiques fort appréciés des jeunes téléspectateurs. En référence aux différents modèles théoriques présentés plus tôt, on peut penser que cette comédie dramatique a eu un impact sur les connaissances, les attitudes et les comportements de santé de plusieurs jeunes.

L'idée n'est pas de transformer les fictions jeunesse en messagères officielles de la santé publique, car leur objectif premier demeure le divertissement. Toutefois, il semble important de prendre conscience de l'efficacité de ce moyen de communication pour rejoindre un grand nombre de jeunes, notamment parce qu'il permet d'aborder des thèmes importants dans un format divertissant qui se rapproche de leur quotidien et de leur vécu socioaffectif.

## RÉFÉRENCES

Bandura, A. (2004). « Social cognitive theory for personal and social change by enabling media », dans A. Singhal, M.J. Cody., E.M. Rogers et M. Sabido, *Entertainment-Education and Social Change*. *History, Research & Practice*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 75-96.

Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le psychologue ».

Collins, R., M.N. Elliott, H. Berry, D.E. Kanouse et S.B. Hunter (2003). « Entertainment television as a healthy sex educator : The impact of condom-efficacy information in an episode of friends », *Pediatrics*, vol. 112, nº 5, p. 1115-1122.

Gerrard, M., F.X. Gibbons, A.C. Benthin et R.M. Hessling (2003). « A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents : What you do shapes what you think and vice versa », dans P. Salovey et A.J. Rothman (dir.), *Social Psychology of Health : Key Readings in Social Psychology*, New York, Psychology Press, p. 21-46.

Kincaid, D.L. (2002). « Drama, emotion, and cultural convergence », *Communication Theory,* vol. 12, nº 2, p. 136-152.

Lalonde, M. et B. Heneman (2004). *Avis scientifique. La prévention du tabagisme chez les jeunes*, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique.

Green, M.C., J. Garst et T.C. Brock (2004). « The power of fiction : Determinants and boundaries », dans L.J. Shrum, *The Psychology of Entertainment Media. Bluring the Lines Between Entertainment and Persuasion*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 161-176.

Kaiser Family Foundation (2004). *Entertainment Education and Health in the United States*, <www.kff.org>, (consulté le 9 janvier 2009).

Maslow, A.H. (1964). *Religions, Values, and Peak Experiences,* Columbus, Ohio State University Press.

Moyer-Gusé, E. (2008). « Toward a theory of entertainment persuasion : Explaining the persuasive effects of entertainment-education messages », *Communication Theory*, nº 18, p. 407-425.

Moyer-Gusé, E. (2007). « Entertainment television and safe sex : Understanding effects and overcoming resistance », Thèse de doctorat non publiée, University of California.

Shön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel,* Montréal, Éditions Logiques.

Slater, M. et D. Rouner (2002). « Entertainment-Education and Elaboration Likelihood : understanding the processing of narratives persuasion », *Communication Theory,* vol. 12, nº 2, p. 173-187.

Sood, S., T. Menard et K. Witte (2004). « The theory behind entertainment-education », dans A. Singhal, M.J. Cody, E.M. Rogers et M. Sabido, *Entertainment-Education and Social Change. History, Research & Practice*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 117-149.

Sood, S. (2002). « Audience involvement and entertainment-education », *Communication Theory* vol. 12, nº 2, p. 153-172.

# CHAPITRE 3

## L’émetteur-relais

### Les médias

## 3.1 La campagne médiatique du *Défi Santé 5/30* : un ciblage en mouvance

Monique Caron-Bouchard, Ph. D., et Lise Renaud, Ph. D.
Avec la participation de Sylvie Beaulieu, B.A., Guillaume Martel, M.A., Sophie Pillarella, M.A., et Pierre-Luc Lortie, M.A.

**RÉSUMÉ**
Cet article présente les résultats d'analyse de contenu du matériel médiatique diffusé lors de l'édition 2005 de la campagne *Défi Santé 5/30* afin d'en évaluer la justesse et la pertinence pour le public cible. Cette analyse a été réalisée sur les principaux documents médiatiques : 13 émissions télévisuelles, 4 encarts informatifs de 4 pages, 24 chroniques de 2 pages, 8 articles de journal, 60 annonces-trucs et le site Internet.

Les objectifs de la campagne du *Défi Santé 5/30* sont généralement énoncés. Le contenu des documents médiatiques est axé sur l'alimentation et l'activité physique. Le traitement de l'information santé est tantôt descriptif, tantôt prescriptif. L'usage de typographies différentes sert davantage à séparer les sections des textes qu'à mettre une information en relief. Les images intégrées aux divers outils médiatiques se limitent souvent au domaine de l'alimentation et présentent surtout des personnes (caucasiennes) immobiles. La cible perçue, lors de l'analyse des documents, est surtout constituée de femmes et de personnes ayant atteint en moyenne 12 années de scolarité. Enfin, les logos des partenaires, mais non pas tous, apparaissent dans la plupart des documents.

Cette première initiative de campagne multimédia au Québec a connu un accueil favorable au sein de la population, puisqu'on a enregistré quelque 50 143 participants. Elle confirme le constat selon lequel les campagnes médiatiques les plus efficaces sont celles qui sont ciblées. Celles-ci préparent et fertilisent le terreau pour les campagnes futures qui chercheront, elles, à rejoindre d'autres cibles.

**ABSTRACT**
This article presents the results of a content analysis of media materials published and broadcast during the 2005 edition of the *5/30 Health Challenge* in order to evaluate their accuracy and relevance to the target public. The analysis was conducted on the campaign's following media pieces: 13 television programs, 4 four-page informative pamphlets, 24 two-page fact sheets, 8 newspaper articles, 60 tip ads, and the campaign's website.

The objectives of the *5/30 Health Challenge* are usually identified. The content of the media material is related to nutrition and physical activity. Health information is treated either descriptively or prescriptively. Various typefaces are used, rather to separate text sections than to emphasize information. The images integrated into the various media pieces often are restricted to the domain of nutrition and mostly feature Caucasians in a static stance. The target population perceived in the documents analysis is predominantly female with an average of 12 years of education. Finally, the logos of most (but not all) partners appear on most of the documents.

This first multimedia campaign initiative in Québec was received favourably by the population, with 50,143 registered participants. It confirms the finding that targeted media campaigns have an unparalleled effectiveness, preparing and fertilizing the ground for future campaigns that will be aimed at other target audiences.

## INTRODUCTION

La prévalence de l'obésité dans les sociétés occidentales est une source d'inquiétude pour les intervenants du domaine de la santé et pour les gouvernements, car l'obésité est un facteur de risque des maladies chroniques (OMS, 2004). Au Québec, en 2004, le pourcentage d'adultes obèses se situait à 21,8 % ; lorsque l'on prend également en compte les personnes souffrant d'embonpoint, ce pourcentage grimpait à 56,3 % (Shields et Tjepkema, 2006). Parallèlement, cette même année, environ 50 % des adultes canadiens consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour, ce qui allait à l'encontre des recommandations du Guide alimentaire canadien de l'époque (Garriguet, 2007). Or, les saines habitudes de vie (la pratique régulière de l'activité physique, la consommation de fruits et de légumes et le non-tabagisme) réduisent à elles seules 80 % du risque relatif de subir un infarctus du myocarde et préviennent la majorité des cancers (Yusuf *et al*., 2004 ; Fonds mondial de recherche contre le cancer, 2009).

Plusieurs campagnes de promotion de la santé ont été élaborées afin de contrer ce facteur de risque de diverses maladies (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, etc.). L'obésité étant reliée à un régime alimentaire faible en fruits et légumes et à une activité physique peu fréquente (van't Veer *et al*., 2000 ; Tjepkema, 2006), ces campagnes étaient souvent axées sur l'alimentation (la consommation de fruits et légumes – Dixon *et al*., 1998 – ou le lait écrémé – Wootan *et al*., 2005), ou sur l'activité physique (p. ex., la marche – Reger-Nash *et al*., 2006).

C'est dans cette perspective de réduction des maladies chroniques et de l'amélioration de l'état de santé de la population que divers intervenants de la santé, du secteur privé et du gouvernement ont lancé en 2005, au Québec, le *Défi Santé 5/30*. Cette campagne médiatique visait à promouvoir l'adoption de comportements sains en matière d'alimentation et d'activité physique.

Nous avons réalisé divers types d'études sur *le Défi Santé 5/30*. Celles-ci ont notamment mis en lumière l'impact positif de la campagne auprès de la population (Renaud *et al*., 2007), la participation des partenaires au déploiement de cette campagne (Martel *et al*., 2009) et l'utilisation d'Internet (offrant un accompagnement virtuel, médiatique, interpersonnel et technique) comme porteur

de changements de comportements (Renaud *et al*., 2009). La présente étude porte cette fois sur l'analyse du matériel médiatique utilisé durant la campagne. Elle évalue si le ciblage de la campagne a constitué un facteur d'efficacité (Renaud *et al*., 2007) et s'il participe de ce fait à la compréhension de problèmes contextuels propres à une campagne particulière (Carroll, Craypo et Samuels, 2000).

## DESCRIPTION DE LA CAMPAGNE

La campagne *Défi Santé 5/30* s'est échelonnée pendant douze semaines, soit du 30 janvier au 23 avril 2005, au Québec (Canada). Le groupe cible de la campagne francophone était constitué des hommes et des femmes âgés de plus de dix-huit ans, et de leur famille. Quelque 50 143 adultes québécois s'y sont inscrits. Le *Défi Santé 5/30* les encourageait à effectuer des changements dans leurs habitudes de vie, en améliorant leur consommation quotidienne de fruits et légumes (cinq portions), leur pratique journalière d'activité physique (30 minutes) ainsi que le contrôle de leur poids. Les participants s'inscrivaient au *Défi Santé 5/30* sur le site Internet et ils réajustaient ces objectifs en fonction de leur profil.

Le matériel médiatique incluait une émission télévisée hebdomadaire intitulée *Courir la pomme,* laquelle comprenait une émission de lancement présentée un dimanche soir, suivie de douze épisodes de 30 minutes à l'antenne le jeudi soir à 21 h 30 (heure de grande écoute). L'émission offrait des entrevues sur des thèmes reliés à l'alimentation et à l'activité physique, avec des personnalités du show-business local et une famille que l'on suivait tout au long de la campagne. Des chroniques d'un nutritionniste et d'un éducateur physique étaient aussi diffusées. Quatre encarts informatifs de quatre pages (voir figure 1, p. 130), 24 chroniques de deux pages (« Santé hebdo » – *7 jours* et « Courir la Pomme » – *Échos Vedettes*) (voir figures 2 et 3, p. 131 et 132), huit articles publiés dans des revues ou un journal de distribution régionale (Docteur et cie – *Journal de Montréal*) (voir figure 4, p. 133) et 60 annonces-trucs (« Trucs express » – *24 heures* et *Journal de Montréal*) (voir figure 5, p. 134) constituaient le matériel imprimé de la campagne. Un site Internet hébergé par un réseau privé permettait de s'inscrire à la campagne et fournissait de l'information sur l'atteinte des objectifs en alimentation et en activité physique ; les internautes-participants pouvaient se fixer des objectifs adaptés à leur profil et ensuite recevoir des conseils personnalisés (voir figure 6, p. 135). Des activités communautaires (dégustations de fruits, constitution de groupes de marche, etc.) étaient également organisées dans certaines localités, par les directions de santé publique des agences régionales de santé et des services sociaux.

## MÉTHODOLOGIE

L'objectif de la recherche est d'analyser le contenu du matériel médiatique diffusé lors de l'édition 2005 de la campagne *Défi Santé 5/30* afin d'en mesurer la justesse et la pertinence pour le public cible. Les émissions télévisuelles, les imprimés et le site Internet produits à cette occasion ont ainsi été évalués, en fonction des critères suivants :

- énonciation des objectifs ;
- caractéristiques textuelles (ou du contenu, pour l'émission télévisée) ;
- caractéristiques visuelles ;
- concordance entre le texte (contenu) et le visuel ;
- correspondance entre le contenu et le public cible (incluant le test de lisibilité SMOG – Simple Measure of Gobbledygook – McLaughlin, 1969) ;
- typographie ;
- présence des logos des partenaires.

Pour le site Internet, des critères supplémentaires ont été considérés :

- accès au site ;
- type de navigation ;
- application nécessaire ;
- fonctionnalités du site ;
- recherche d'informations ;
- cohérence entre la structure du site et l'organisation des sections ;
- accès aux sites des partenaires (et nature des liens vers l'extérieur du site).

## RÉSULTATS

### Objectifs

Dans la majorité des documents télévisuels, imprimés et Web, les objectifs du *Défi Santé 5/30* sont clairement énoncés. L'émission télévisuelle, pour sa part, fait de plus la promotion de l'inscription au programme.

### Caractéristiques textuelles

Les caractéristiques textuelles varient selon le type de document. Bien que les thèmes traités soient tous reliés à l'alimentation, à l'activité physique ou au contrôle du poids, ceux-ci sont abordés sous divers angles. Par exemple, le contenu textuel du site Internet est d'abord informatif (valeur nutritionnelle des aliments, bienfaits physiques et psychologiques de l'activité physique) et vise à donner des moyens d'atteindre les objectifs du *Défi Santé 5/30*, ce qui en fait le média le plus exhaustif. La chronique hebdomadaire de la presse écrite « Courir la pomme » (figure 3, p. 132) s'attarde plutôt à dresser le portrait de deux artistes qui pratiquent une ou des activités physiques dans leur vie quotidienne. Il s'agissait des mêmes personnalités invitées à l'émission télévisée. Les « Trucs express » (presse écrite), eux, n'ont pour but que de faire référence aux objectifs du *Défi Santé 5/30*, dans un format qui s'apparente à la publicité

(figure 5, p. 134). L'émission télévisée, quant à elle, aborde une multiplicité de thèmes, de façon tantôt ludique tantôt humoristique. On y interviewe des artistes et des personnes du public sur leurs habitudes alimentaires et d'activité physique, et on leur propose des trucs pour atteindre les objectifs de la campagne.

**Concordance entre le contenu et le public cible**

La concordance entre le contenu du matériel médiatique et le public visé n'est pas toujours aisée à établir. En effet, lorsque ce dernier se compose de femmes de 25 à 44 ans et que le texte d'un document est destiné à un public ayant obtenu une 12e ou une 13e année (selon l'indice SMOG), on doit supposer que celles-ci ont atteint un niveau de scolarité suffisamment élevé pour avancer qu'il y a une bonne correspondance. C'est notamment le cas pour les chroniques « Santé hebdo » (figure 2, p. 131) et les encarts informatifs (figure 1, p. 130). Si l'on conserve cette approche, les chroniques « Courir la pomme » (figure 3, p. 132) constituent un exemple de correspondance contenu-public non clairement définie, puisque le magazine *7 jours* (qui publie ces chroniques) s'adresse à des personnes de divers niveaux de scolarité, tandis que les textes des chroniques étaient destinés à des lecteurs ayant une 11e année. La correspondance contenu-public est plus floue pour l'émission télévisée, pour les « Trucs express » (figure 5, p. 134) et pour les témoignages, étant donné que le test SMOG ne s'applique pas à ces formats médiatiques.

**Présence des logos des partenaires**

Les logos de certains des acteurs ou partenaires de la campagne ont été publiés dans tous les types de documents, excepté les chroniques « Docteur et cie » (figure 4, p. 133) et les témoignages. Le partenaire médiatique privé apparaît partout, via ses filiales. ACTI-MENU et le gouvernement du Québec sont présents dans quatre types de documents sur six. Les partenaires figurent, au maximum, dans quatre types de document sur six. Il s'agit, par ordre de fréquence, de : Loblaws, épicier marchand (4), l'Association québécoise de distribution de fruits et légumes (3), la Société canadienne du cancer (3), l'Institut de cardiologie de Montréal (2) et Kino-Québec (1).

**Formats**

La campagne médiatique *Défi Santé : 5/30* exploite une variété de formats qui ont chacun leur personnalité propre et emploient un « langage » différent pour véhiculer le message. L'émission télévisuelle de 30 minutes était conçue sous une formule divertissement. Les encarts de quatre pages (figure 1, p. 130) et les chroniques de deux pages (figure 2, p. 131) étaient sous le mode magazine coloré, papier glacé 8 par 11 pouces. Les articles (figure 4, p. 133) ainsi que les annonces-trucs (figure 5, p. 134) étaient publiés dans un journal de distribution régionale. Le site Internet (figure 6, p. 135) était réalisé par une firme privée à la fine pointe de la conception des sites.

Enfin, un autocollant et une pomme cartonnée et plastifiée d'environ 5 pouces de diamètre (à fixer à la fenêtre) étaient distribués aux participants qui désiraient publiciser leur participation au *Défi santé 5/30*.

**Caractéristiques visuelles**

Pour ce qui est des caractéristiques visuelles des documents imprimés, on remarque une variation du nombre d'illustrations selon le type de document analysé. Les chroniques « Courir la pomme » (figure 3, p. 132) présentent peu d'images, alors que celles de « Santé hebdo » (presse écrite) (figure 2, p. 131) en dévoilent entre sept et dix par chronique. Les encarts informatifs (figure 1, p. 130) en contiennent chacun douze. Ces illustrations montrent souvent des fruits et légumes, rarement des articles de sport et surtout des figurants caucasiens (souvent statiques et évoquant peu l'activité physique ou le mouvement). Les images du site Internet (figure 6, p. 135) sont du même type que celles des documents imprimés et font également référence à la perte de poids et à l'activité physique, au moyen de figurants en action. La succession rapide de plans confère un rythme dynamique à l'émission télévisée. On y présente en alternance des personnes actives physiquement ou préparant/mangeant des aliments et des personnes statiques.

**Typographie**

Diverses polices et couleurs de caractères ont été utilisées, selon une certaine logique, dans les chroniques « Courir la pomme » (figure 3, p. 132) et « Santé hebdo » (figure 2, p. 131) ; ainsi, une couleur et une grosseur différentes étaient-elles employées pour chaque type de texte. À l'inverse, dans les chroniques « Docteur et cie » (figure 4, p. 133), dans les encarts informatifs (figure 1, p. 130) et dans le site Internet (figure 6, p. 135), le texte a rarement été mis en relief par l'utilisation de caractères variés ; pour la plupart d'entre eux, les titres étaient en caractères gras ou en gros caractères, et le reste du texte en petits caractères. Dans l'émission télévisée, on ne recourait au texte que pour introduire un nouvel invité ou un nouveau lieu.

**Concordance entre le texte et le visuel**

La concordance entre le texte et le visuel varie selon les documents. Elle existe dans l'émission télévisée, l'image représentant l'action en cours et le visuel traduisant le contenu. De manière analogue, des images percutantes renforcent le contenu dans les chroniques « Courir la pomme » (figure 3, p. 132), « Docteur et cie » (figure 4, p. 133) et dans le site Web (figure 6, p. 135). À l'inverse, on observe une certaine incohérence dans les chroniques « Santé hebdo » (figure 2, p. 131) et les encarts informatifs (figure 1, p. 130), puisqu'on y montre des individus pratiquant des activités de plein air, alors que l'on traite de possibles activités physiques à pratiquer après le travail. Cet item d'analyse ne s'appliquait pas aux « Trucs express » et aux témoignages.

**Site Internet**

***Accès au site, type de navigation et application nécessaire***

L'accès au site (figure 6, p. 135) se faisait directement, jusqu'en décembre 2005, à l'adresse <courirlapomme.canoe.com> ; cette adresse est toujours en vigueur, mais son contenu actuel est quelque peu différent de celui que les participants ont pu consulter pendant la campagne. Le site permet une navigation rapide et Adobe Acrobat est la seule application nécessaire pour télécharger les documents pdf disponibles dans une section particulière du site (« Les Extras »).

***Fonctionnalités du site, recherche d'information et cohérence entre la structure du site et l'organisation des sections***

On accède aux diverses pages d'informations du site par la barre de menus de gauche ou encore par des textes en hyperliens. L'information apparaît aussi parfois dans des fenêtres *pop-up*. L'absence de plan du site laisse craindre une navigation incomplète et complique la recherche d'informations précises. De plus, les pages sont chargées et le texte est dense. Il existe deux modèles de page : l'un pour l'accueil et l'autre pour les autres pages du site. Les sections sont cependant organisées selon les objectifs du *Défi Santé 5/30* ou des thèmes connexes à ce dernier.

***Accès aux sites des partenaires et nature des liens vers les sites extérieurs***

L'accès aux sites des partenaires se fait via leurs logos (sauf pour celui du partenaire médiatique privé) et la nature des liens vers les sites extérieurs est généralement reliée à la cause du *Défi Santé 5/30*, à l'exception du site du partenaire médiatique privé qui hébergeait le site.

**Synthèse des données recueillies**

Les objectifs de la campagne du *Défi Santé 5/30* sont généralement énoncés, de façon manifeste ou implicite, dans le matériel médiatique. Le contenu des documents médiatiques est axé sur l'alimentation et l'activité physique, mais aborde aussi des thèmes connexes à la santé (comme la cessation tabagique). Le traitement de l'information sur la santé est tantôt descriptif, tantôt prescriptif (tout en laissant de la latitude au lecteur/téléspectateur sur les comportements à adopter) et s'effectue parfois lors d'entrevues avec des personnalités du monde artistique. L'usage de typographies différentes sert davantage à séparer les sections des textes qu'à mettre une information en relief.

Les images intégrées aux différents types d'outils médiatiques se limitent souvent au domaine de l'alimentation (il y a davantage de fruits et légumes que de manifestations d'activité physique ou d'articles de sport) et présentent surtout des personnes (caucasiennes) immobiles. De plus, ces composantes visuelles ne concordent pas toujours avec le contenu du document s'y rattachant. Le large ciblage de la campagne (la population en général) rend donc difficile une analyse significative du contenu et du visuel des documents en

fonction d'une cible particulière (groupe d'âge, sexe, milieu socioéconomique, etc.). Néanmoins, il appert que la cible perçue lors de l'analyse des documents est surtout constituée de femmes et de personnes ayant atteint en moyenne douze années de scolarité. Enfin, les logos des partenaires, mais non pas tous, apparaissent dans la plupart des types de documents.

## DISCUSSION : LA CONTRIBUTION DU MATÉRIEL MÉDIATIQUE À LA CAMPAGNE

La première édition du *Défi Santé 5/30* (2005) a rejoint quelque 50 143 personnes. La plupart d'entre elles se sont fixé soit un objectif alimentaire, soit un objectif d'activité physique, soit un objectif de maintien ou de perte de poids. Elles affirment s'en être approchées (pour plus de détails, voir Renaud *et al*., 2007). Comment le matériel médiatique a-t-il contribué à cette réception favorable de la campagne ? D'une part, la diversité des médias utilisés a permis de rejoindre **différentes cibles** (lecteurs de revues, de journaux, téléspectateurs, Internautes). Le **ton non moralisateur** généralement employé dans les documents a aussi pu jouer un rôle bénéfique. On peut également penser que la **présence fréquente de visuel et d'informations sur les fruits et légumes dans la plupart des types de documents** a pu motiver les participants à relever un défi alimentaire. De plus, le contenu du matériel s'adressant davantage aux femmes, qui, traditionnellement, effectuent l'achat et la préparation d'aliments, pourrait expliquer le taux de réussite (autorapportée) élevé à ce chapitre (Warde *et al*., 2007 ; Renaud *et al*., 2007).

Cependant, d'autres éléments non reliés au matériel médiatique peuvent également expliquer l'efficacité de cette campagne. Nommons le consensus social sur la nécessité de l'activité physique et d'une saine alimentation (qui a pu constituer un terreau fertile pour la promotion de la santé), l'action partenariale (coordination des interventions des divers partenaires, Martel *et al*., 2009), les interventions en milieu de travail, à l'école et dans les communautés, et la coordination des partenaires de l'agro-alimentaire qui offraient des rabais sur les fruits et légumes.

Plus globalement aussi, l'alimentation est un comportement qui occupe une place prioritaire dans le quotidien des gens ; il ne s'agissait ici que de le modifier (ajout d'un fruit ou d'un légume à la diète journalière) et non de l'éliminer (comme dans le cas de la cigarette).

On peut penser que la participation de certaines personnes a été freinée du fait que la signification du nom de la campagne n'a été explicitée dans aucun document. L'utilisation des mots « défi » et « santé » a ainsi pu agir comme déclencheur ou au contraire comme inhibiteur auprès de la population. L'avantage d'utiliser le mot « défi » a eu pour conséquence de rejoindre des personnes

qui étaient prêtes et disposées à changer, la campagne ayant agi comme catalyseur. Cependant, ce mot a pu rebuter une partie de la population vivant des conditions matérielles, financières et psychologiques plus difficiles et confrontée à des défis quotidiens plus cruciaux et plus urgents. Pour ce qui est du mot « santé », il s'agit d'une valeur centrale dans les sociétés occidentales, qui a pu motiver l'adoption de nouvelles habitudes de vie. Pour certaines populations, le concept « santé » est davantage lié à une condition physique fonctionnelle au quotidien ; la notion de « santé » liée à la modification d'habitudes en matière d'alimentation ou d'activité physique, de ce fait, s'avère d'un moindre intérêt. De plus, le titre de la campagne (*Défi Santé 5/30*) semblait limitatif, puisque seuls les objectifs d'alimentation et d'activité physique étaient pris en compte, et non pas ceux du maintien ou de la perte de poids.

On suppose que les participants ont découvert la signification des chiffres inclus dans le titre par induction, par la récurrence des messages ou par l'offre alimentaire des partenaires de l'agroalimentaire, puisqu'elle n'est pas explicite dans la dénomination de la campagne. Soulignons enfin que le titre de la campagne n'interpelle pas directement le lecteur ou l'auditeur ; il est dénué de verbe d'action et d'implication personnelle (à l'inverse de la campagne *Oui, j'arrête !* pour la cessation tabagique).

Concernant le ciblage médiatique, le programme multimédia visait à rejoindre la population en général, c'est-à-dire une population composée de divers milieux socioéconomiques et de groupes d'âge et de sexe distincts. Cependant, le public des femmes, de 25 à 44 ans et des personnes ayant au moins douze années de scolarité, a été davantage sollicité. Ainsi en est-il du contenu et du visuel axés sur l'alimentation et sur l'activité physique présentés dans les revues *7 jours* et *Échos Vedettes*, lesquels s'adressaient à un public constitué de femmes. Il n'est pas exclu cependant que ces dernières aient relayé l'information des documents de la campagne dans leur famille, et que, par la préparation des repas, elles aient influencé la diète quotidienne de leur ménage.

En ce qui concerne l'activité physique, les rares images d'articles de sport, quel que soit le type de document, n'ont effectivement pas suffi à attirer un public d'hommes ou de femmes actifs physiquement, ou désirant l'être. Par ailleurs, les documents n'ont pas présenté une diversité d'ethnies et de corpulences, ce qui a pu encore limiter le public rejoint. Enfin, le contexte social a rarement été évoqué dans les images traitant d'alimentation et d'activité physique. Or, celui-ci les colore significativement. Le plaisir de manger et de pratiquer une activité physique dans un cadre de relations personnelles ou sociales, c'est-à-dire la dimension ethnologique de ces activités, a donc été évacué des documents écrits.

Chacun des types de documents utilisés ayant son propre lectorat ou profil de téléspectateurs, la question du ciblage médiatique s'avère tout aussi importante que complexe, dans la planification d'une campagne. À l'intérieur de ce ciblage, il existe différents profils de réceptivité du message. Certaines personnes sont réceptives au message santé et l'ont déjà intégré dans leur vie quotidienne (avant même l'intervention). Le message, ici, apporte donc un renforcement. D'autres sont réceptives au message et disposées à agir en fonction de ce dernier : le message sert alors de déclencheur. Des individus peuvent aussi avoir tendance à se montrer perméables au message et à en prendre note, mais sans pour autant modifier le comportement visé. D'autres personnes, enfin, se montrent totalement imperméables au message et non disposées à agir (elles ont pu être réceptives dans le passé, mais n'écoutent plus les messages). Ces quatre profils de population comptent un nombre relativement restreint d'individus qui demeurent fidèles à leur profil tout au long d'une campagne donnée, et d'autres, qui sont en mouvance constante ; ceux-ci migrent d'un profil à l'autre, en absorbant ou non certaines propositions du message. On doit chercher à atteindre cette masse mouvante, non cantonnée dans un profil précis, et qu'on ne peut considérer, au départ, comme réceptive ou imperméable au message. On devra donc prendre en compte la prédisposition mentale de cette masse mouvante, lors du ciblage d'une campagne.

Chacun des types de documents présentait une cohérence interne sur le plan du formatage, ce qui en constituait une force. En effet, les formats et la rhétorique visuelle de l'émission télévisuelle, des encarts informatifs ou des chroniques sont demeurés constants d'une édition à l'autre. Cela a pu faciliter l'identification, de semaine en semaine, des espaces consacrés à la diffusion du message de la campagne dans les documents, créer un sentiment de sécurité et susciter une expectative. Cette standardisation du gabarit des documents n'est pas étrangère au fait qu'un seul organisme s'occupait de la mise en forme (du message) des documents. Ainsi, un certain consensus normatif dans le message a-t-il été possible, ce qui a insufflé une direction unique au message.

## CONCLUSION

Cette première initiative de campagne multimédia au Québec a connu un accueil favorable au sein de la population. Elle confirme le constat selon lequel les campagnes médiatiques les plus efficaces sont celles qui sont ciblées. Celles-ci, en effet, préparent et fertilisent le terreau pour les campagnes futures qui chercheront, elles, à rejoindre d'autres cibles.

Le *Défi Santé 5/30*, cependant, aurait pu rejoindre davantage de gens si des liens entre les différents types de documents produits pour l'occasion avaient été clairement énoncés ou si un lieu chapeautant tout ce matériel (tel Internet) avait été mis à la disposition des personnes intéressées à participer à la cam-

pagne. D'autres correctifs, au chapitre du nom de la campagne et du public cible visé, pourraient aussi être apportés pour accroître la visibilité ou la compréhension du programme de sensibilisation par le public.

Si l'approche multimédia s'avère efficace pour rejoindre une population globale, les interventions terrain ciblées (dans la communauté, les écoles, les bureaux, etc.) jouent aussi un rôle important, car elles apportent un renforcement. Ensemble, elles permettent de composer avec la mouvance de la population.

**Figure 1**
**Page couverture de l'encart informatif de quatre pages**

**Figure 2**
**Chronique de deux pages « Santé hebdo »**

# Défi Santé 5/30

*Chronique santé hebdomadaire présentée par ACTI-MENU*
*www.actimenu.ca*

*CONSEILS D'EXPERT NUTRITION – DOMINIQUE CLAVEAU*

## MANGER VITE ET BIEN, C'EST POSSIBLE!

Lunch express à l'heure du midi, repas éclair entre deux activités des enfants… Pas étonnant que le *fast-food* s'inscrive souvent au menu de nos vies à grande vitesse. Mais manquer de temps ne nous condamne pas à avaler n'importe quoi, ni au resto ni à la maison!

### Au resto

Il n'y a pas que les hamburgers et les frites qui se mangent rapidement! Les restos offrent de plus en plus de choix intéressants : fajitas de poulet • soupes-repas et pain de blé entier • sushis • sautés asiatiques débordant de légumes. À nous d'en profiter!

**Attention aux « apparences » santé**

- **Salade du jardin avec vinaigrette** PIÈGE: plus de 20 g de gras, soit plus qu'une frite de format moyen ou qu'un *cheeseburger*. Le problème : la vinaigrette. ASTUCE SANTÉ: demandez la vinaigrette à part et en version légère ; évitez de garnir votre salade de bacon, de croûtons ou de fromage gras.
- **Sous-marin au thon** PIÈGE: un format 6 po renferme 480 cal et 25 g de gras, soit l'équivalent de 6 carrés de beurre. De quoi noyer les avantages santé du poisson ! Le grand coupable : la mayonnaise. ASTUCE SANTÉ: évitez les mélanges à base de mayonnaise (thon, poulet, œufs…) ; choisissez du poulet grillé ou du jambon maigre ; demandez la mayonnaise à part et garnissez de légumes en extra.
- **Quiche jardinière** PIÈGE: une portion compte 275 cal et 15 g de gras, soit deux fois plus qu'un *hamburger*. Le problème, c'est la croûte, qui est très grasse. ASTUCE SANTÉ: pour le côté « coco », optez pour une omelette ; pour le côté « jardinière », allez-y avec une salade, des crudités, des légumes vapeur, etc.

### À la maison

Certains plats cuisinés frais ou surgelés peuvent être une solution rapide et intéressante, à condition de faire les bons choix.

- **Optez pour** les brochettes de poulet ou de porc maigre, les filets de poisson non panés, les pizzas au poulet ou végétariennes, les pâtes avec une sauce à base de tomate, les potages ou les soupes aux légumes, les mets avec des légumineuses comme les salades et le chili.
- **Limitez** les tourtières, les quiches, les pâtés, les feuilletés, les plats gratinés ou en sauce crémeuse, les aliments frits ou panés.

*True express*
*Les tranches ultra-minces de viande à fondue sont géniales pour se concocter un sandwich chaud ou pour protéiner un sauté de légumes.*

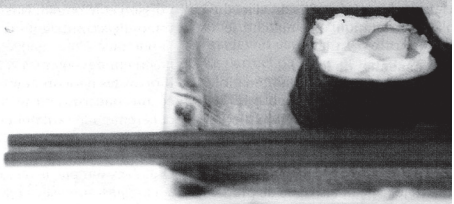


**Figure 3**
**Chronique de deux pages « Courir la pomme »**

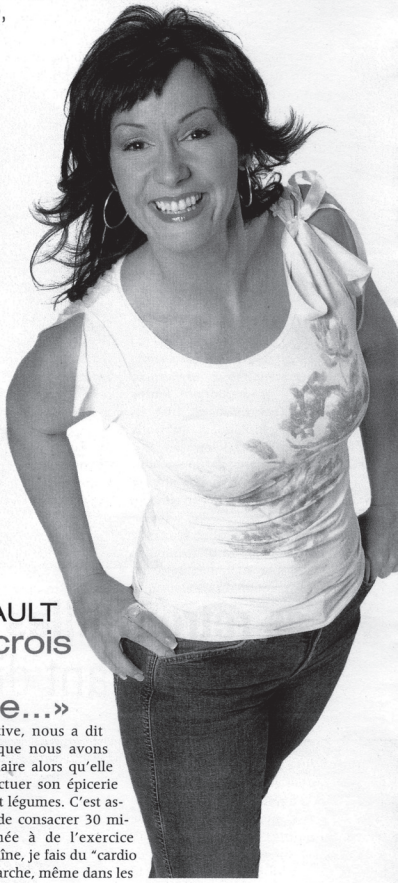
COURIR LA POMME

TVA
QUEBECOR MEDIA
tva.canoe.com

Les jeudis, à 21 h 30,
et en reprise
les samedis, à 10 h

# DES ARTISTES RELÈVENT LE DÉFI

Dans l'émission *Courir la pomme*, Annie Brocoli propose à plusieurs membres du milieu artistique de relever le Défi Santé 5/30 (5 portions de fruits et légumes, et 30 minutes d'exercice par jour). Elle invite même certains d'entre eux à pratiquer une activité physique avec elle. Josée Boudreault et Benoît Gagnon ont accepté avec beaucoup de plaisir de se prêter au jeu. Ils nous livrent leurs impressions. PAR MICHÈLE LEMIEUX



## JOSÉE BOUDREAULT
## «Je ne crois pas à la torture...»

«Je suis assez sportive, nous a dit Josée Boudreault, que nous avons jointe sur son cellulaire alors qu'elle était en train d'effectuer son épicerie au rayon des fruits et légumes. C'est assez facile pour moi de consacrer 30 minutes de ma journée à de l'exercice physique. Je m'entraîne, je fais du "cardio kick-boxing" et je marche, même dans les

Vas-y, fais-le pour toi !
Québec

*Inscrivez-vous au* ***défi santé 5/30***
*sur* ***defisante.canoe.com*** *ou par* ***illico*** A

**Figure 4**
**Article de journal « Docteur et cie »**

PRENEZ VOTREVIE EN MAIN

DOCTEUR et cie

DIMANCHE 30 JANVIER 2005 / LE JOURNAL DE MONTRÉAL VOTRE VIE 3

# Prévenir, c'est se fixer des objectifs réalisables

**Prendre sa santé en main, ça ne veut pas dire devenir végétarien, se transformer en athlète ou vivre comme un moine. On ne change pas ses habitudes du jour au lendemain. Prévenir, c'est d'abord se fixer des objectifs réalistes et réalisables et surtout chercher à le faire à son rythme et avec le plus de plaisir possible.**

Dr Louis GAGNON de l'équipe Acti-Menu
collaboration spéciale
VOTREVIE *en santé*

Cette chronique est la première d'une série qui portera sur la santé. Au fil des semaines, on discutera bien sûr de nutrition, d'activité physique, de poids et de tabac, mais aussi d'allergies, de cancers, de maladies cardiovasculaires et de bien d'autres petits bobos qu'on peut prévenir.

C'est toute l'équipe d'Acti-Menu, médecins, nutritionnistes, éducateurs physiques, kinésiologues, psychologues et autres collaborateurs spécialisés, qui répondront aux questions de santé que vous nous poserez.

Quelles sont les meilleures stratégies pour éviter la maladie et, si jamais elle survient, quels sont les meilleurs gestes à poser pour limiter les dégâts?

Depuis déjà 20 ans, l'équipe d'Acti-Menu encourage les Québécois à se prendre en main et à gérer leur santé. Quand on sait aujourd'hui l'importance de nos habitudes de vie sur plusieurs maladies comme les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'obésité, le diabète et même certains cancers, on comprend l'importance d'ajuster notre façon de manger, de bouger au quotidien, de gérer notre poids et surtout de ne pas fumer. Soyez au rendez-vous chaque dimanche. C'est une invitation à vous arrêter pour penser à vous, à votre santé ainsi qu'aux meilleures façons de passer à l'action pour améliorer votre bien-être et vos chances de santé.

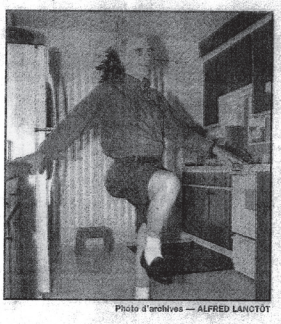


Photo d'archives — ALFRED LANCTÔT

## Trucs pour passer à l'action

**Et comme première démarche ensemble, pourquoi ne pas vous inscrire au *Défi Santé 5/30*?**

Ce sont 12 semaines pour développer vos réflexes :

- de manger au moins 5 portions de fruits et légumes par jour,
- de bouger au moins 30 minutes par jour,
- et également de faire le point sur son poids, pour les adultes qui le désirent.

Le Défi commence dès aujourd'hui et se terminera le 23 avril. Pour vous encourager dans votre *Défi Santé 5/30*, ne manquez pas ce soir le lancement, à TVA, de l'émission *Courir la pomme* animée par Annie Brocoli.

Pour vous inscrire : **defisante.canoe.com**

## Saviez-vous que???

Près de 4 décès sur 10 sont causés par les maladies cardiovasculaires. Pourtant, ces maladies peuvent être prévenues par une alimentation équilibrée, de l'activité physique régulière et le maintien d'un poids santé.

## Répondez-nous

Et vous, que faites-vous pour vous garder en santé? Écrivez-nous vos trucs santé à **votrevie@journalmtl.com.**

## La semaine prochaine

**Premier objectif :** s'arrêter pour penser à soi.

*Le docteur Louis Gagnon est le président d'Acti-Menu, une équipe de professionnels spécialisés dans la promotion de la santé.*

**Figure 5**
**Annonce-truc « Trucs Express »**

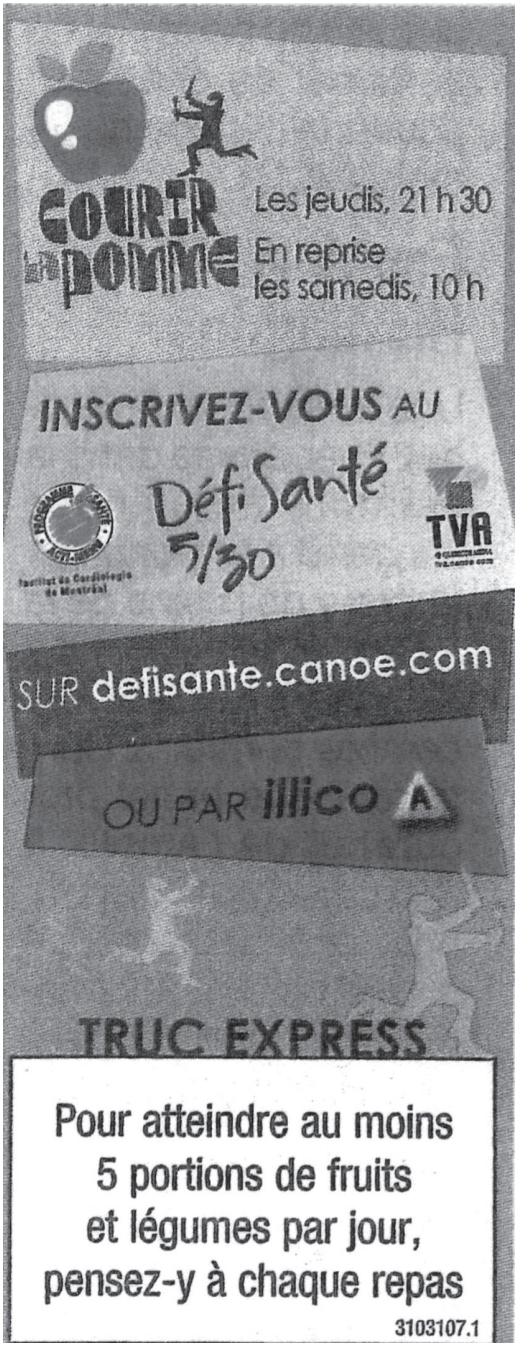
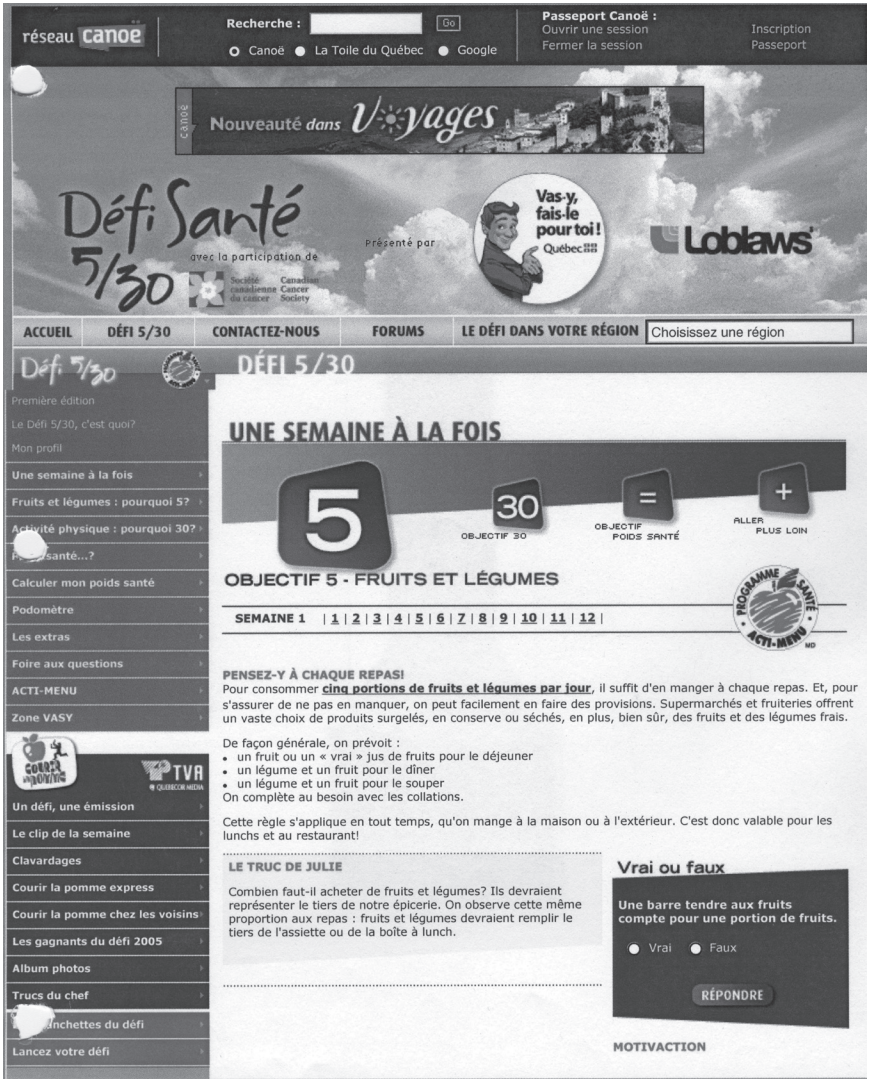


**Figure 6**
**Site Internet *Défi santé 5/30***



## RÉFÉRENCES

Carroll, A., L. Craypo et S. Samuels (2000). *Evaluating Nutrition and Physical Activity Social Marketing Campaigns : A Review of the Literature for Use in Community Campaigns*, University of California, Davis, Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing.

Dixon, H., R. Borland, C. Segan, H. Stafford et C. Sindall (1998). « Public reaction to Victoria's "2 Fruit'n' 5 Veg Every Day" Campaign and Reported Consumption of Fruit and Vegetables », *Preventive Medicine*, vol. 27, nº 4, p. 572-582.

Fonds mondial de recherche contre le cancer, *Résumé scientifique du rapport Alimentation, Nutrition, Activité Physique et prévention du cancer : une perspective mondiale 2009*, <www.fmrc.fr/PDFs/french_summary_5Nov07.pdf>, (consulté en février 2009).

Garriguet, D. (2007) « Les habitudes alimentaires des Canadiens », *Rapports sur la santé – Statistique Canada*, vol. 18, nº 2, p. 17-33.

Martel, G., L. Renaud, M. Caron-Bouchard, L. Gagnon et M.C. Pelletier (2009). « Implication des partenaires dans la campagne québécoise de promotion de la santé ''Défi Santé 5/30'' », *Revue internationale de communication sociale et publique,* nº 1, p. 79-92.

McLaughlin, G. (1969). « SMOG grading : A new readability formula », *Journal of Reading*, vol. 12, nº 8, p. 639-646.

Organisation mondiale de la santé (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, 57e assemblée mondiale de la santé, point 12.6 de l'ordre du jour provisoire, Genève, 17 avril.

Reger-Nash, B., P. Fell, D. Spicer, B.C. Fisher, L. Cooper, T. Chey et A. Bauman (2006). « BC walks : Replication of a communitywide physical activity campaign », *Preventing Chronic Disease*, vol. 3, nº 3, p. 1-12.

Renaud, L., M. Caron-Bouchard, S. Beaulieu et G. Martel (2007). « Étude de l'impact de la campagne de sensibilisation aux bienfaits de la saine alimentation et de l'activité physique : le Défi Santé 5/30 », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 195-204.

Renaud, L. et M. Caron-Bouchard (2009). « Impact d'Internet dans une campagne de promotion de la santé : le Défi Santé 5/30 », *Santé publique,* vol. 21, nº 5.

Shields, M. et M. Tjepkema (2006). « Différences régionales en matière d'obésité », *Rapports sur la santé – Statistique Canada*, vol. 17, nº 3, p. 65-71.

Tjepkema, M. (2006). « Obésité chez les adultes », *Rapports sur la santé – Statistique Canada*, vol. 17, nº 3, p. 9-26.

van't Veer, P., M. Jansen, M. Klerk et F.J. Kok (2000). « Fruits and vegetables in the prevention of cancer and cardiovascular disease », *Public Health Nutrition*, vol. 3, nº 1, p. 103-107.

Warde A., S.-L. Cheng, W. Olsen et D. Southerton (2007). « Changes in the practice of eating : a comparative analysis of time-use », *Acta Sociologica*, vol. 50, p. 363-385.

Wootan, M.G., B. Reger-Nash, S. Booth-Butterfield et L. Cooper (2005) « The cost-effectiveness of 1 % or less media campaigns promoting low-fat milk consumption », *Preventing Chronic Disease*, vol. 2, nº 4, p. 1-13.

Yusuf, S. *et al*. (2004) « Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study) : Case-control study », *The Lancet*, septembre.

## 3.2 Les sources scientifiques et profanes dans les médias : leur rôle dans la construction des normes sociales en santé

Danielle Maisonneuve, Ph. D.
Avec la collaboration de Philippe Tremblay, B.A., Christian Leray, M.A., Lise Chartier, Renaud Carbasse, Gwenael Brisé, B.A., Pierre Bérubé, M.A., Francis Girard-Boudreault, Solange Tremblay-Carle, B.A., Karine Casaut, B.A., Marie-Eve Gingras et Audrey Castonguay, B.A.

**RÉSUMÉ**

Les sources utilisées par les médias jouent un rôle important dans le secteur de la santé, mais peu documenté au regard de l'alimentation et de l'activité physique. Pour cerner cette influence, il y a lieu de s'interroger sur la nature de ces sources auxquelles recourent les journalistes tant de la presse écrite que télévisuelle. Quel est l'impact des sources scientifiques et des sources profanes dans les médias québécois et de quelle manière contribuent-elles dans les médias à l'élaboration des normes sociales portant sur l'alimentation et l'activité physique ? Pour documenter cet objet de recherche, une revue de littérature a été réalisée, suivie d'une analyse de presse des médias québécois (2005-2008) et d'une étude des communiqués de presse diffusés aux médias par certains organismes préoccupés par la santé. Les résultats ont permis de documenter l'influence du traitement scientifique/profane de l'information dans les médias, sur les sujets de l'alimentation et de l'activité physique. Ils permettent de cerner le poids relatif des sources scientifiques et des sources profanes ainsi que l'influence de la posture discursive de plusieurs organismes émetteurs d'information sur ces sujets. Il appert que la préoccupation marchande des médias préside très souvent au choix des sources, essentiellement dans l'intention de créer une dynamique de proximité émotive avec leurs publics, alors que les sources scientifiques sont plus rarement citées, les journalistes ne disposant ni de la formation ni du temps nécessaires pour mettre en contexte ou questionner les résultats scientifiques qu'ils diffusent en matière de santé. Enfin, les sources monomorphiques, tels les organismes de santé, semblent très influentes, qu'elles soient citées dans un cadre de référence scientifique ou profane, d'où un phénomène prégnant de mixité des sources.

**ABSTRACT**

Sources used by the media play an important role in the health sector, but this role is poorly documented with regard to nutrition and physical activity. To understand this influence, one should question the nature of the sources used by both print and television journalists. What is the impact of scientific and non-scientific sources in Québec's media? How do these sources contribute through the media to the development of social norms related to nutrition and physical activity? To document this matter, a literature review was conducted, followed by an analysis of Québec print media (2005-2008), as well as a study of press releases sent to the media by certain health interest groups. The results document the influence of the treatment of scientific/non-scientific nutrition and physical activity information in the media. They help pinpoint the relative weight of scientific and non-scientific sources as well as the influence of the discursive posture adopted by several

organizations transmitting information on these subjects. It appears that the media's market concerns often preside over the choice of sources, mainly with a view to creating a dynamics of emotional proximity with target audiences, while scientific sources are seldom cited, as journalists have neither the training nor the time necessary to contextualize or question the health-related scientific results they communicate. Finally, monomorphic sources such as health organizations appear to be very influential, be they cited in a scientific or non-scientific frame of reference, which creates a salient phenomenon of source diversity.

## INTRODUCTION

Représentant l'un des enjeux ayant le plus de répercussions sur la qualité de vie d'une population, la santé fait l'objet d'une couverture médiatique constante, contribuant de ce fait à l'élaboration et à la diffusion des normes sociales qui influent sur les attitudes et les comportements individuels et collectifs, notamment au regard de l'alimentation et de l'activité physique (Renaud *et al*., 2007). Cette influence des médias sur la construction de normes sociales en santé est telle qu'il a même été démontré que la population a davantage recours aux médias qu'aux professionnels de la santé pour obtenir de l'information sur les risques en matière d'alimentation (Fleming, Thorson et Zhang, 2006 ; Hampl, 2004 ; Borra *et al*., 1998). Considérant cette influence des médias, il y a lieu de s'interroger sur les sources qu'utilisent les journalistes de la presse écrite et télévisuelle. Quel est l'impact des sources scientifiques ou profanes dans le façonnement des normes sociales portant sur l'alimentation et l'activité physique par les médias québécois ?

Afin de cerner cette question, une revue de littérature et une analyse de presse ont été réalisées pour identifier les catégories de sources d'information citées par certains médias du Québec, de 2005 à 2008. Globalement, cette recherche vise l'atteinte de quatre objectifs : 1) clarifier l'état des connaissances sur les sources médiatiques en santé, notamment sur l'alimentation et l'activité physique ; 2) évaluer la contribution des sources scientifiques[1] et profanes[2], qu'elles soient citées ou consultées par les journalistes, en les distinguant des données factuelles[3] présentées sans prise de position et sans mention de sources ;

[1] Il s'agit des chercheurs, des groupes de recherche ou d'instituts réalisant des recherches scientifiques, subventionnées ou non, des auteurs de publications scientifiques avec jury de pairs ou des professeurs et des membres d'ordres professionnels dans l'activité de leurs fonctions, ou d'organismes reconnus pour leur rigueur scientifique, tel Statistique Canada.

[2] C'est-à-dire des autres catégories d'intervenants et d'organisations citées ou consultées par les journalistes pour obtenir de l'information qui n'est pas scientifique au sens où le définit la note 1.

[3] Il s'agit de toute information ne mentionnant aucune source (citée ou consultée) et ne comportant aucun commentaire affichant un élément de partialité de la part du journaliste (par exemple : la description du brocoli en tant qu'aliment riche en calcium, vitamine C, acide folique et fer, sans mention de source).

3) examiner si le traitement du contenu médiatique est d'ordre scientifique/rationnel, présentant des données validées scientifiquement, ou d'ordre profane/émotif, reposant sur des croyances populaires, sur des émotions, sur des partis-pris irrationnels ou sur toute information non validée scientifiquement ; 4) mesurer l'impact des organismes partenaires du Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) dans les médias écrits et électroniques, sur l'activité physique et l'alimentation.

## APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Une revue de littérature a d'abord permis de clarifier l'état des connaissances en documentant l'influence du traitement scientifique ou profane de l'information dans les médias, sur les sujets de l'alimentation et de l'activité physique. Nous avons ensuite réalisé une analyse de presse selon la méthode Morin (Naville-Morin, 2003 ; Morin, 1969), telle que développée et appliquée par Chartier (2003) et Leray (2008), notamment dans le cadre des travaux du Laboratoire d'analyse de presse Caisse Chartier de la Chaire de relations publiques et communication marketing de l'UQAM. Cette méthode permet de fragmenter les contenus médiatiques en unités d'information qui sont traitées à l'aide d'un logiciel permettant de relever les occurrences et de dégager les significations de contenu, en fonction du questionnement suivant : Quelles sources scientifiques ou profanes sont mentionnées dans les médias lorsqu'ils traitent d'alimentation et d'activité physique ? Quels porte-parole sont cités et qui sont les principaux intervenants ? Outre les citations, quelles sont les principales sources d'information consultées par les journalistes ?

Le corpus analysé couvre la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2008 et comprend : pour l'alimentation, 191 descripteurs d'extraits d'émissions à la télévision de Radio-Canada et 156 articles du journal *La Presse* ; pour l'activité physique, 109 descripteurs d'extraits d'émissions à la télévision à Radio-Canada et 83 articles de *La Presse*. Nous avons aussi mesuré l'impact médiatique exercé par des organismes partenaires[4] du GRMS en analysant, pour la même période, leurs communiqués de presse traitant de l'alimentation (41 communiqués) et de l'activité physique (34 communiqués), sous l'angle de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé. Les corpus de *La Presse* et les communiqués des organismes ont été codés selon la méthode Morin-Chartier. Pour Radio-Canada, nous ne disposions que des descripteurs d'émissions, ce qui a restreint l'analyse de leurs contenus. Au final, il a été possible de réaliser une

[4] Pour l'alimentation : la Coalition québécoise sur la problématique du poids, qui a produit environ la moitié du contenu (55,7 %), le ministère de la Santé et des Services sociaux (11,4 %), l'Association pour la santé publique du Québec (10,5 %), Équilibre (9,7 %), l'Institut national de santé publique du Québec (9,3 %) et la Direction de santé publique de Montréal (3,4 %). Pour l'activité physique : le ministère de la Santé et des Services sociaux (41,4 %), ACTI-MENU (35,4 %), la Direction de santé publique de Montréal (7,7 %), l'Institut national de santé publique du Québec (1,4 %), Kino-Québec (5,6 %) et l'Association pour la santé publique du Québec (2,8 %).

analyse qualitative des corpus de *La Presse* et des communiqués et donc de mesurer le ton qui s'en dégageait, tandis que l'analyse de Radio-Canada est uniquement quantitative.

## L'ALIMENTATION DANS LES MÉDIAS : REVUE DE LITTÉRATURE

### Études sur les sources des médias

Les études ayant trait à l'alimentation et portant sur les sources utilisées par les médias sont assez rares. Les articles scientifiques sur les liens entre alimentation et sources médiatiques portent surtout sur l'évaluation des campagnes de promotion (Beaudoin *et al*., 2007 ; Carter *et al*., 2005) alors que d'autres abordent la couverture des risques associés à la nourriture (Fleming, Thorson et Zhang, 2006 ; Hampl, 2004 ; Borra *et al*., 1998). On remarque cependant que ces études se penchent davantage sur le type de contenu médiatisé que sur les sources citées.

Le constat général qui se dégage de la revue de littérature est que le public se préoccupe de plus en plus de l'alimentation et des risques lui étant associés. Si cet intérêt est grandissant, c'est cependant vers des médias non spécialisés que la majorité du public paraît se tourner. Les revues de diététique ou même de santé en général ne sont pas privilégiées par le grand public. Les recherches indiquent que les médias de masse informent davantage le public sur la nutrition, la sécurité alimentaire et divers autres enjeux de santé que ne le font les professionnels de la santé, tels médecins ou infirmières (Fleming *et al*., 2006 ; Hampl, 2004 ; Borra *et al*., 1998).

### Risques en matière d'alimentation

Concernant plus particulièrement les études sur les risques en matière d'alimentation, selon les analyses de Swinnen *et al*. (2005) menées sur la couverture médiatique en Europe, la population serait informée de façon incomplète et partiale sur la sécurité alimentaire, compte tenu des coûts de l'information et de son traitement. Ces auteurs considèrent qu'une série de caractéristiques (relatives à la nouveauté, à la valeur émotionnelle, à la crédibilité et à l'incertitude) influencent la sélection des sources et des nouvelles. Ainsi, les nouvelles négatives dominent les contenus de presse sur l'alimentation. Swinnen *et al*. (2005) apportent des évidences empiriques de la couverture médiatique en Belgique, où les nouvelles négatives prennent effectivement le dessus. Même lorsqu'il s'agit de fausses alertes, ces nouvelles négatives sont très présentes au début du traitement d'un sujet, mais s'essoufflent rapidement. Ces fausses alertes occupent plus de place que les informations permettant de les corriger. Ces auteurs démontrent qu'il y aurait une sélection de l'information en faveur des nouvelles à forte connotation émotive qui peuvent être communiquées plus rapidement. Dans la plupart des cas, il s'agirait de nouvelles alarmistes, soutenues par des citations provenant majoritairement de sources profanes. De son côté, Lockie (2006) a analysé le contenu des journaux d'Australie, du Royaume-Uni

et des États-Unis au sujet de la nourriture biologique, des risques et de la sécurité alimentaire, des organismes génétiquement modifiés et de l'agriculture (1996-2002). Les résultats indiquent qu'en dépit des multiples points de vue présents dans la littérature scientifique et des discours tenus par les spécialistes, les médias simplifient les débats en les réduisant en une opposition simpliste entre nourriture biologique et nourriture conventionnelle. La diversité des préoccupations scientifiques et des risques possibles en matière d'alimentation paraît ainsi ramenée à une opposition manichéenne assez réductrice.

Kehagia et Chrysochou (2007) ont pour leur part étudié les risques liés à l'alimentation rapportés par les journaux en Grèce. Parmi les résultats obtenus, les organismes génétiquement modifiés représentaient les principales préoccupations des médias. Environ la moitié des articles recensés présentait l'information de manière strictement factuelle, alors que 20 % visaient à alarmer le public à propos d'un problème dans la chaîne alimentaire. Concernant les sources utilisées, les résultats indiquent que les acteurs qui ont joué le plus fréquemment un rôle de premier plan dans les nouvelles rapportées étaient l'Union européenne (28 %), les autorités ministérielles (26 %), les scientifiques (17 %) et les associations de consommateurs (15,8 %).

**Évaluation de la crédibilité des sources**

Wilson (2007) discute de façon plus spécifique des sources utilisées par les médias en matière de nutrition. D'après les résultats de son analyse, une source est considérée crédible si elle comporte au moins les deux caractéristiques suivantes : expertise et confiance. En ce sens, tant les sources scientifiques que profanes peuvent être privilégiées par les médias en matière de nutrition, sur la base de la crédibilité. Par exemple, une revue scientifique rédigée par des diététiciens constitue une source crédible, car l'information provient alors de personnes crédibles détenant un niveau d'expertise en alimentation. Mais pour certains publics, des sources profanes, telle Oprah Winfrey (animatrice à la télévision américaine), sont également crédibles et dignes de confiance. Malgré son manque d'expertise scientifique, Oprah Winfrey détient une cote élevée de crédibilité populaire puisque d'importants segments de la population la considèrent comme une personne honnête, voulant aider ses concitoyens. Pour Wilson (2007), l'honnêteté et l'empathie peuvent rendre une source profane très crédible aux yeux du public lorsqu'elle traite d'alimentation dans les médias.

De plus, il faut prendre en compte l'influence des leaders d'opinion[5]. En effet, bien qu'une personnalité charismatique du secteur politique ou culturel ne soit pas un spécialiste en matière de nutrition, ses déclarations peuvent tout

[5] Littlejohn et Foss (2005) ont démontré que chaque groupe de citoyens identifie des leaders variant selon les situations. Ces leaders d'opinion peuvent être répartis en deux catégories : les « *monomorphic* » qui influencent la population sur un seul sujet et les « *polymorphic* » qui ont de l'impact sur plusieurs sujets. « *Monomorphism becomes more predominant as systems become more modern* » (p. 308).

de même être considérées comme véridiques (Wilson, 2007). La popularité d'une source a une grande influence sur l'auditoire, telle Jenny Craig (*businesswoman* américaine, popularisée par l'émission télévisée *American Weight Loss*). C'est pourquoi plusieurs industries du secteur agroalimentaire n'hésitent pas à choisir des personnages emblématiques de la télévision pour diffuser leurs messages sur l'alimentation. Ainsi, Wilson (2007) cite Kirstie Alley (scénariste et productrice américaine) qui représente une source profane jouissant d'une crédibilité importante auprès du public lorsqu'elle évoque ses efforts pour gérer son poids.

## L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES MÉDIAS : REVUE DE LITTÉRATURE

### Études sur les sources médiatiques

Très peu d'études ont examiné les sources qu'utilisent les médias lorsqu'ils traitent d'activité physique. On note l'étude de Faulkner *et al*. (2007) sur la place qu'occupe la recherche scientifique sur l'activité physique dans les quotidiens canadiens, nationaux et locaux, sur une période de six mois, entre 2004 et 2005. Les chercheurs ont associé une sélection manuelle d'articles avec une recherche dans les bases de données de la presse en ligne pour conclure que seuls 0,3 % des articles couvraient la recherche scientifique sur l'activité physique. Le sujet le plus rapporté touche l'obésité (42 %), ce qui en fait la principale préoccupation liée à l'activité physique dans les médias canadiens. Faulkner *et al*. (2007) soulignent que c'est généralement à la suite de la publication d'un communiqué de presse que les articles sont écrits. Selon ces auteurs, la majorité des informations proviennent de téléscripteurs ou sont reprises d'un autre journal, alors que peu d'articles ont été écrits par les journalistes spécialisés en santé. Faulkner *et al*. (2007) démontrent que, si la recherche scientifique sur l'activité physique reçoit quelque attention médiatique, elle ne fait pas pour autant l'objet d'un véritable travail d'enquête sur le terrain ou d'une recherche de sources. Selon ces auteurs, l'approche générale des journalistes rapportant les dernières avancées scientifiques sur l'activité physique est peu critique, par manque de temps, de connaissances ou de ressources. De plus, par souci de ne pas atténuer la crédibilité de la découverte, un seul article de l'échantillon étudié comportait une discussion critique[6].

Plusieurs autres études sur les sources des médias relativement aux contenus touchant l'activité physique concernent surtout la manière dont les études scientifiques ont été relayées dans les médias canadiens. Essentiellement centrées sur une problématique diffusionniste, la plupart des recherches portent sur l'évaluation avant/après des campagnes institutionnelles visant à encourager

[6] Saguy et Almeling (2008) ont mené une étude sur les médias et la santé en général, corroborant les travaux de Faulkner *et al*. (2007) sur l'activité physique. Les résultats de Saguy et Almeling indiquent clairement que les points de vue critiques sont rares sur les recherches rapportées par les médias, que ce soit directement ou en utilisant d'autres sources scientifiques.

l'activité physique auprès d'un segment de la population (Bauman *et al.*, 2001 ; Bauman *et al.*, 2006 ; Finlay et Faulkner, 2005 ; Huhman *et al.*, 2005). L'efficacité des campagnes médiatiques sur l'activité physique est également étudiée par Cavill et Bauman (2004) qui retracent les limites inhérentes à ce type de communication. S'il est possible de miser sur un changement de comportements quant à l'activité physique, peu de campagnes médiatiques évaluent scientifiquement les changements de comportement à moyen et long terme. Ces recherches s'attardent plutôt sur le potentiel de mémorisation des enjeux soulevés par la campagne et sur l'impact des sources scientifiques au regard des sources profanes qui sont mises en évidence (p. ex., le rôle du porte-parole) dans le cadre d'une campagne médiatique.

### Études sur les types de support médiatique

Quelques recherches abordent le rôle joué par le support médiatique dans l'adoption de nouveaux comportements vis-à-vis de l'activité physique. L'étude de Faulkner *et al*. (2007) a démontré que le tabloïd est le support consacrant la plus grande couverture à l'activité physique. Marks *et al.* (2006) ont quant à eux démontré que le support médiatique exerce une influence sur la manière dont un message en faveur de l'activité physique était perçu chez les adolescentes. Leur étude démontre que, pour un message médiatique identique, les participantes qui avaient eu en main un dépliant d'information affirmaient avoir davantage augmenté leur niveau d'activité physique que celles qui avaient eu accès à la même information en ligne (83 % contre 69 %). Ces conclusions importent dans le cadre de notre recherche puisqu'elles semblent indiquer qu'en plus des sources médiatiques citées dans les médias sur l'activité physique, le support employé (ou la pluralité des supports) semble également avoir une influence sur la manière dont le message serait perçu, sur son efficacité communicationnelle et sur la formation des nouvelles normes sociales qui en résultent.

## LES SOURCES DES MÉDIAS SUR LE THÈME DE LA SANTÉ

Pour cerner l'état des connaissances sur les sources des médias sur l'alimentation et l'activité physique, nous devons également considérer les études sur la santé en général et les médias.

### Études sur les sources des médias

En examinant les études sur les sources utilisées par les médias en matière de santé, on constate que les nombreuses recherches scientifiques sur le sujet arrivent à des constatations assez convergentes. Parmi celles-ci, l'analyse de contenu de la presse québécoise (1992-2001) sur la génomique (Racine *et al.*, 2006) porte sur la couverture des bénéfices, des questions éthiques et des différences dans la façon de rapporter la nouvelle par les journalistes et par les agences de presse. Ainsi, il apparaît que la génomique comporte les périls et les promesses inhérents à la perception de la science et de la technologie en

relation avec la santé. Comme phénomène social médiatisé, la génomique permet d'étudier les interactions entre science et société. Ainsi, l'analyse du contenu de presse sur la génomique donne des indications sur le processus de l'élaboration de l'information destinée au public. Racine *et al*. (2006) ont en effet constaté que très peu d'articles étaient critiques ou neutres, la plupart étant plutôt optimistes. En outre, l'étude a démontré que les articles dont les auteurs étaient des agences de presse (28 % de tous les articles examinés) étaient plus optimistes que ceux écrits par des journalistes (65 %). Cependant, on note que les articles, qu'ils soient rédigés par les agences ou par des journalistes, sont plus optimistes encore que ceux écrits par des chercheurs (6 %). Selon Racine *et al*. (2006), ces résultats corroborent ceux de plusieurs autres études démontrant que la science dans les médias est surtout rapportée en termes optimistes. Ils concluent que la concentration des médias et le recours plus fréquent aux agences de presse expliquent cette uniformisation de ton largement optimiste dans la couverture médiatique accordée aux avancées scientifiques. Moynihan (2000) arrive à la même conclusion avec son étude sur les communiqués de presse, sources importantes d'information pour les journalistes. Ces communiqués sont généralement incomplets (par exemple, il y est rarement fait mention des effets secondaires des nouveaux médicaments) et le ton est résolument optimiste.

Jensen (2008) discute aussi de la couverture optimiste ou simplificatrice des médias au sujet de la recherche scientifique sur le cancer. En s'appuyant sur plusieurs études (Pellechia, 1997 ; Stocking, 1999 ; Singer, 1990 ; Singer et Endreny, 1993, cités par Jensen, 2008), Jensen relève que les médias ne rapportent guère les limites et les incertitudes de la science, présentant ainsi une image plus optimiste des résultats de recherches scientifiques. Par exemple, il rapporte que de 36 à 40 % des nouvelles médiatiques exagéreraient la généralisation des résultats en omettant les éléments de conditionnalité, donc en ne citant pas les propos des sources scientifiques faisant état de ces éléments. Il en va de même pour Wilkinson *et al*. (2007) qui concluent, après avoir examiné la couverture de la nanotechnologie par la presse anglaise (2003-2006), que les médias de masse couvrent les risques de façon sélective, accordant une couverture exagérée aux risques rares ou dramatiques et atténuant la diffusion des risques plus communs, donc plus probables.

Quant à Hijmans, Pleijter et Wester (2003), ils ont analysé le contenu scientifique de la presse des Pays-Bas en matière de santé. Selon leurs résultats, bien que dans la plupart des cas (85 %) un chercheur ou un institut soit cité dans la nouvelle, la publication scientifique à la source de la nouvelle n'est pas citée et demeure inconnue (dans 61 % des cas). Lorsqu'il s'agit de recherches universitaires, la source la plus souvent mentionnée est un livre (29 %) ou un article scientifique (27 %), mais dans 40 % des cas la source reste inconnue. D'autre part, 28 % des nouvelles ou des reportages présentent une illustration accompagnant

le contenu de l'article, mais dans la plupart des cas il s'agit d'une photo (70 %) et, uniquement dans 3 % des cas, d'un graphique ou d'un tableau statistique. Cette tendance s'inscrit dans un ensemble de préoccupations dénonçant une éthique de l'émotion (Char, 2005) dans le traitement visuel de l'information médiatique. De même, Hijmans *et al*. (2003) constatent que les données statistiques ou de mesure sont rarement utilisées par les médias. Par conséquent, les résultats de la recherche dans la presse demeurent très imprécis. Les auteurs remarquent aussi que les sections spéciales ou les cahiers scientifiques de la presse ne rapportent pas la recherche scientifique de manière plus approfondie que les sections des nouvelles générales.

Il est à noter que les sciences médicales et de la santé comptent pour 17 % de tout le contenu analysé par Hijmans *et al*. (2003), qui concluent que les journalistes ont tendance à rapporter des nouvelles scientifiques en réduisant la complexité de ce type d'information. Les médias se centrent plutôt sur la valeur marchande potentielle de la nouvelle, plutôt que sur l'exactitude ou l'exhaustivité de l'information. Cette valeur marchande, fortement basée sur la dimension émotive de l'information, est également mise en évidence par l'étude de Saguy et Almeling (2008). Comparant les publications scientifiques du domaine médical avec les nouvelles médicales rapportées dans les médias, ces auteurs démontrent que la presse (principalement américaine mais aussi canadienne et européenne) a tendance à dramatiser les études sur l'obésité. Leurs résultats indiquent que les journalistes sélectionnent davantage les études alarmistes et les reformulent sous un angle sensationnaliste, maximisant ainsi la charge émotive et la dimension profane du contenu rédactionnel. Saguy et Almeling (2008) remarquent par ailleurs que certains scientifiques joueraient aussi un rôle dans cette dynamique en formatant eux-mêmes de façon dramatique ou sensationnelle les découvertes qu'ils transmettent aux médias, probablement dans l'espoir de maximiser leurs chances de diffusion.

**Études sur les rapports entre les médias et les normes sociales en santé**

D'autre part, Hayes *et al*. (2007) ont tenté de cerner à quel point la couverture des quotidiens sur la santé reflète réellement les questions d'importance dans les documents gouvernementaux sur les politiques en santé. Pour analyser le contenu des journaux, ils ont utilisé 19 thèmes représentant des déterminants en santé, selon le rapport de 1999 du gouvernement du Canada. Ainsi, treize journaux à travers le Canada ont été analysés pour la période allant de 1993 à 2001. Leurs résultats révèlent une différence significative entre les déterminants en santé identifiés par le gouvernement et ceux de la couverture des médias dans le domaine de la santé. Ainsi, les journaux se concentrent surtout sur les soins de santé, alors que d'autres influences évaluées comme très importantes par le gouvernement canadien (1999) retiennent peu l'attention des médias. Il en est de même des gradients sociaux en tant que déterminants de la santé, qui sont quasi absents de la couverture médiatique. Selon Hayes *et al*.

(2007), les journaux quotidiens reflètent peu les débats actuels en santé. Par conséquent, leur contribution à faire évoluer un regard critique sur les déterminants de la santé et à réduire les inégalités est pratiquement nulle, contrairement à ce que prônent les politiques en matière de santé. Dans une étude semblable portant sur la presse anglaise, Davidson, Hunt et Kitzinger (2003) rapportent des résultats démontrant que les politiques en santé publique sont présentées différemment selon les positions idéologiques des journaux, notamment dans la façon de rapporter les inégalités en santé. Ils ont aussi remarqué que le contexte politique et le moment où paraissent les nouvelles influencent la nature et l'étendue de la couverture médiatique sur les publications politiques officielles en matière de santé publique.

### Étude sur la sélection des sources par les journalistes

L'étude réalisée par Tanner (2004) examine la façon dont les journalistes américains collectent leurs informations afin d'élaborer les nouvelles en santé. Étant donné que 72 % de ces journalistes n'ont reçu aucune formation dans le domaine de la santé et que l'information à couvrir est assez complexe, 60 % des journalistes font appel à des experts scientifiques pour leur expliquer l'information spécialisée. Ils sont ainsi influencés par ces sources scientifiques pour l'élaboration du contenu de la nouvelle médiatisée. Les journalistes interrogés déclarent également que l'intérêt du public et la possibilité d'humaniser la nouvelle en utilisant des exemples personnels sont les facteurs les plus déterminants pour décider quelle nouvelle sera diffusée. Parmi les autres facteurs déterminants, selon les journalistes interrogés, mentionnons le fait d'avoir ou non les ressources nécessaires pour couvrir la nouvelle et la possibilité de faire ou non un reportage vidéo pour illustrer la nouvelle. Ainsi, certaines nouvelles importantes peuvent ne pas être couvertes, faute d'images vidéo ou d'exemples personnels permettant d'humaniser la nouvelle en lui donnant une dimension de proximité émotive avec le public. Par ailleurs, l'analyse des données qualitatives de l'étude réalisée par Tanner (2004) auprès des journalistes indique que certains d'entre eux peuvent se sentir obligés d'utiliser uniquement les idées ou les sources des commanditaires présents dans leur milieu.

## RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE PRESSE SUR LES SOURCES DANS LES MÉDIAS QUÉBÉCOIS

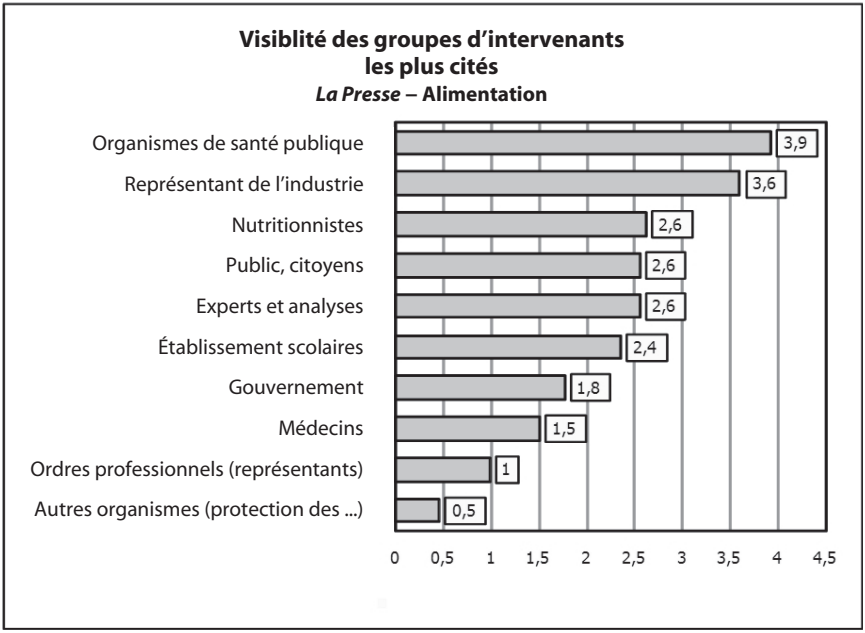
Comme le démontre la revue de littérature, peu d'études ont été réalisées sur l'alimentation et l'activité physique dans les médias du Québec au regard de leurs sources. C'est pourquoi nous avons analysé la couverture de presse québécoise pour retracer la nature des sources auxquelles recourent les journalistes de la télévision de Radio-Canada et du quotidien *La Presse* (2005-2008). Notons que notre attention s'est portée à la fois sur les sources citées (intervenants) et sur les sources consultées par les journalistes (origine de l'information).

**Les sources dans les contenus médiatisés sur l'alimentation**

Dans les émissions de Radio-Canada sur l'alimentation, près de la moitié des 191 descripteurs d'émissions analysés (48,4 %) mentionnent des intervenants (sources citées). Le discours de Radio-Canada sur l'alimentation fait davantage référence à des sources profanes qu'à des sources scientifiques. En excluant les données purement factuelles (qui représentent 11 % de la couverture), on constate que 56 % du contenu d'information relève de connaissances profanes, tandis que 22 % du contenu est d'origine scientifique. Les principales sources citées sont : Statistique Canada, le *Guide alimentaire canadien* et les recherches du Dr Richard Béliveau.

Quant à *La Presse,* l'analyse de 156 articles sur l'alimentation a permis d'y dénombrer 1 529 unités d'information, sur onze sujets différents. Le ratio unités/documents se situe à 9,8 et indique que *La Presse* publie des articles approfondis lorsqu'elle traite d'alimentation, l'indice de référence moyen étant de 6,2. On constate que 23 % du contenu est basé sur des informations scientifiques alors que les sources non scientifiques produisent 66 % du contenu. Notons que 22,3 % de la couverture du quotidien sur l'alimentation repose sur des citations, ce qui est inférieur à la moyenne constatée par le Laboratoire (30 %). Un total

**Figure 1**
**Intervenants (sources citées) dans *La Presse* sur l'alimentation**



de 154 intervenants ou groupes d'intervenants ont vu leurs propos rapportés par *La Presse :* les plus cités sont les organismes de santé publique (3,9 %) et les représentants de l'industrie (3,6 %).

Outre les sources citées, les journalistes mentionnent peu les sources consultées pour documenter leur sujet. En effet, 80,2 % du contenu sur l'alimentation ne porte aucune mention de l'origine des informations recueillies. Enfin, nous avons noté que le ton des auteurs des articles est négatif, car ceux-ci ont tendance à tenir des constats peu reluisants quant aux habitudes de vie de la population et à l'impact d'une mauvaise alimentation sur la santé.

Afin de cerner le message relayé par les médias comparativement à l'ensemble de l'information dont ils disposent, nous avons analysé 34 communiqués de presse traitant de l'alimentation et publiés par des organismes de santé publique partenaires du GRMS. Ces organismes citent dans leurs communiqués plusieurs intervenants, principalement leurs dirigeants et leurs porte-parole.

L'un des principaux intervenants est la Coalition québécoise sur la problématique du poids, qui produit à lui seul plus de la moitié du corpus de communiqués (figure 2, p. 151). Cet organisme s'attache à dénoncer les campagnes publicitaires de certains grands groupes alimentaires qui font auprès des enfants la promotion d'aliments considérés comme néfastes pour la santé. La Coalition présente aussi plusieurs études scientifiques dont les résultats démontrent les effets négatifs d'une mauvaise alimentation sur la santé.

**Les sources dans les contenus médiatisés sur l'activité physique**

L'étude permet d'établir que le discours de Radio-Canada sur l'activité physique repose rarement sur des sources scientifiques, faisant dans l'ensemble peu référence à des recherches. Ainsi, en excluant les données factuelles, 71 % du contenu de presse présente des informations non validées scientifiquement tandis que 15 % provient d'études scientifiques. Sur l'activité physique, la moitié des descripteurs d'émissions produites par Radio-Canada (51,4 %) ne font référence à aucune source consultée alors que le tiers des 109 descripteurs (soit 30 %) font intervenir des personnes qui ont été interviewées (une mesure qui se situe dans la moyenne des intervenants, comme constaté par le Laboratoire).

Pour sa part, *La Presse* a consacré en moyenne 1,7 article de fond par mois à l'activité physique, de 2005 à 2008. L'analyse de 83 articles traitant de l'activité physique sous l'angle de la promotion, de la prévention et de la protection de la santé a permis d'établir que 17 % du contenu provient de connaissances scientifiques. Le quart de la couverture (23,4 %) repose sur des citations, ce qui est inférieur à la moyenne. Les spécialistes de l'activité physique (11,9 %) et de la santé (7,8 %) forment les deux groupes les plus visibles (figure 3, p. 152).

**Figure 2**
**Organismes publiant des communiqués de presse sur l'alimentation**

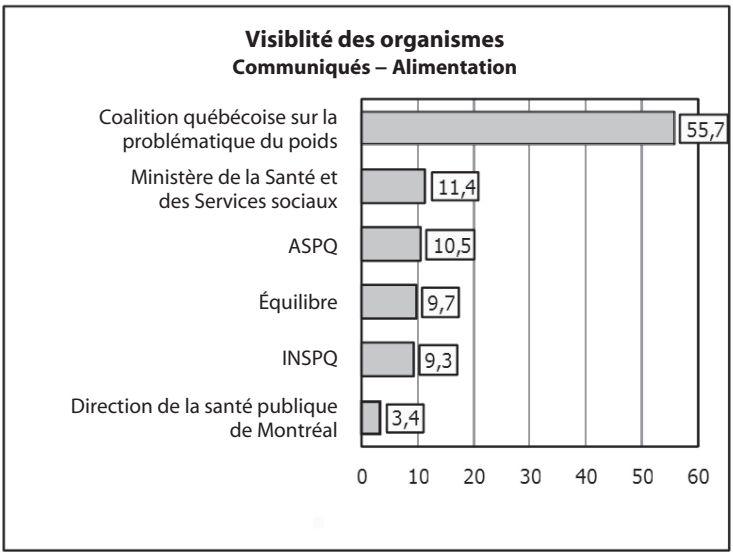
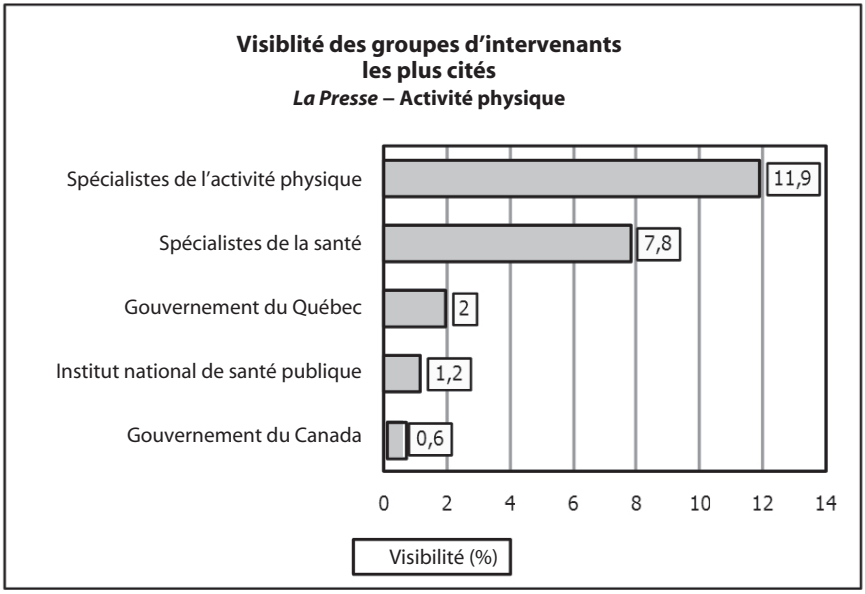
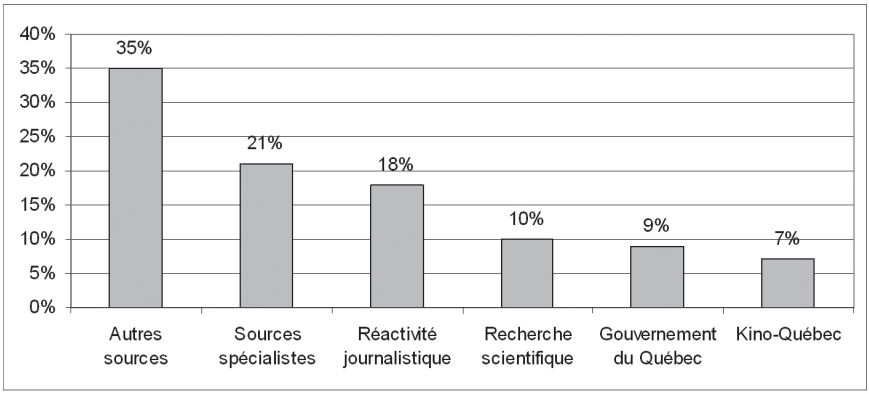



**Figure 3**
**Intervenants (sources citées) dans *La Presse* sur l'activité physique**



Les journalistes les plus prolifiques sur l'activité physique dans *La Presse* sont Richard Chevalier, Sophie Allard et Marie Allard. Ils identifient très souvent leurs sources (seulement 18 % du contenu n'en a pas). Les sources consultées (Figure 4) sont principalement les spécialistes de l'activité physique (21 %), les auteurs de recherches scientifiques (10 %), les porte-parole du gouvernement du Québec (10 %) et de Kino-Québec (7 %).

**Figure 4**
**Les sources consultées par *La Presse* sur l'activité physique**

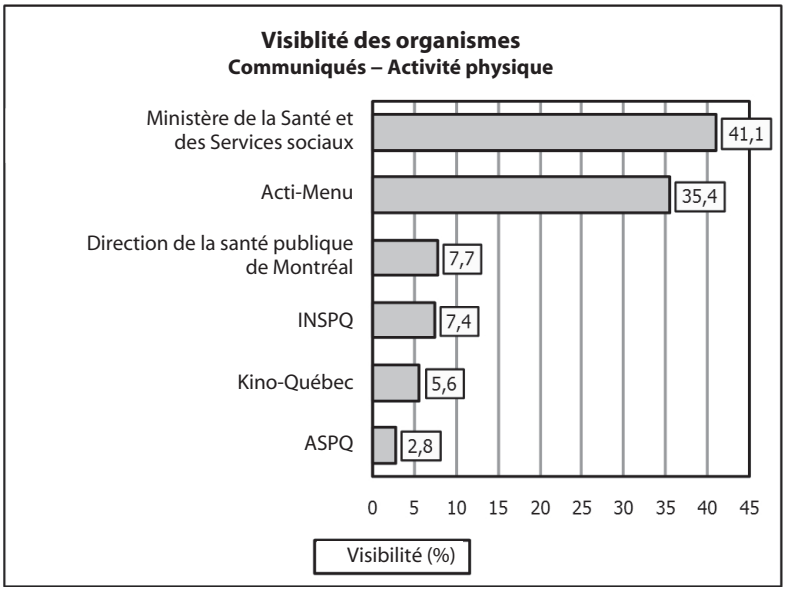



Le ton général de *La Presse* concernant la pratique de l'activité physique est très positif. Le quotidien montréalais se plaît à rapporter de nombreux exemples de personnes pratiquant diverses activités et à traiter des effets positifs de l'activité physique sur la santé. Il donne de nombreux conseils et des trucs à ses lecteurs, par exemple comment faire une demi-heure de marche ou d'activité physique par jour.

Enfin, l'analyse des 41 communiqués de presse publiés par les organismes de santé publique partenaires du GRMS sur le thème de l'activité physique, a permis d'identifier que les intervenants ou groupes d'intervenants (sources citées) sont essentiellement des ministres du gouvernement du Québec ou des dirigeants de ces organismes (figure 5, p. 153). Ainsi, Philippe Couillard (6,3 %) et Jean-Marc Fournier (2,1 %), alors respectivement ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport, sont les plus fréquemment cités dans les contenus de communiqués.

La visibilité des messages des organismes partenaires du GRMS est réelle mais reste néanmoins relativement limitée. En effet, d'autres organismes de santé publique publient également des informations qui ont un impact sur le discours de presse. Il n'y a qu'à penser à Santé Canada et Statistique Canada, ainsi qu'à

**Figure 5**
**Les sources citées dans les communiqués d'organismes sur l'activité physique**

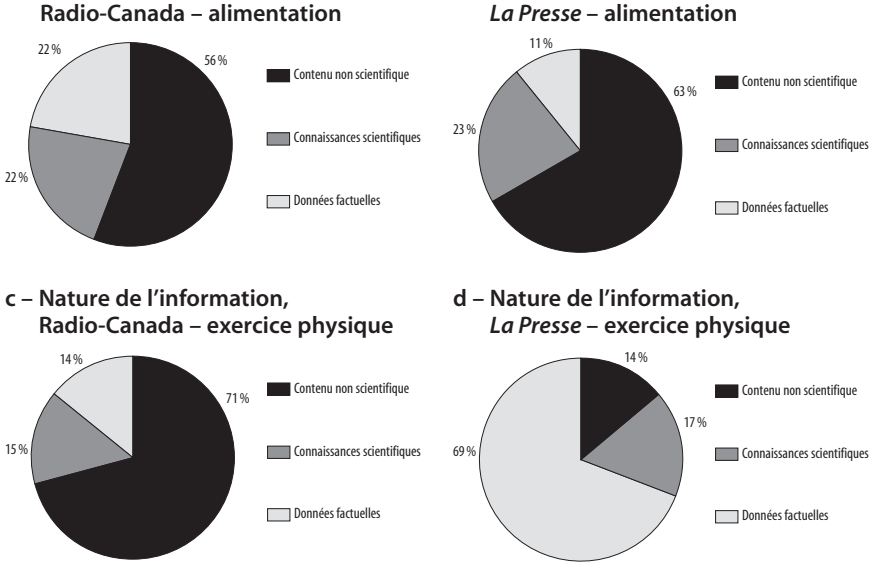



l'industrie agro-alimentaire dont les communiqués n'ont pas été retenus aux fins de la présente recherche, mais qu'il serait intéressant d'étudier pour apporter des compléments d'information.

## DISCUSSION

Les résultats de notre recherche sur l'alimentation et l'activité physique dans les médias démontrent que les informations scientifiques occupent une part moins importante dans les contenus de presse que les informations profanes. Ainsi, la présente étude montre que la place accordée aux sources scientifiques varie entre 15 % et 23 % du total du contenu, ce qui tend à confirmer les observations de Kehagia et Chrysochou (2007) et celles d'Hijmans *et al*. (2003), dont les travaux arrivent à la conclusion que 17 % du contenu médiatique ayant trait à l'alimentation repose sur des informations scientifiques. Par conséquent, il apparaît que le contenu profane domine nettement, tous médias confondus, et jouerait un rôle plus important que les sources scientifiques dans la construction des normes sociales portant sur l'alimentation et l'activité physique. Pour illustrer la nature des différents contenus d'information médiatique et leur poids relatif dans la construction des normes sociales sur l'alimentation et l'activité physique, nous avons regroupé les contenus de presse sous trois catégories (figure 6, p. 154) : les contenus non scientifiques (points de vue plus

**Figure 6**
**Nature de l'information – Catégories de contenu**




personnels exprimés par les journalistes, croyances populaires, etc.), les connaissances scientifiques et les données factuelles (informations rapportées telles quelles par les médias).

Les quatre graphiques de la figure 6 affichent des pourcentages assez similaires quant à la proportion de contenu scientifique, soit environ 20 %. Mais alors que dans *La Presse* (pour l'alimentation) et à Radio-Canada (pour l'alimentation et l'activité physique), le contenu non scientifique s'élève à une moyenne de 65 %, il n'occupe que 15 % dans *La Presse* lorsque ce journal traite d'activité physique. Cet écart s'explique par la plus grande présence d'informations factuelles rapportées par les journalistes, sans prises de position et sans citations de sources scientifiques. L'étude permet ainsi d'établir que l'élaboration des contenus sur l'activité physique dans *La Presse* s'effectue de la manière suivante : le journal rapporte pour l'essentiel des informations factuelles (69 %), par exemple avec l'annonce de journées de promotion de l'activité physique ou de nouvelles décisions gouvernementales. Le contenu fondé sur des connaissances scientifiques arrive en deuxième position (17 %)[7], devançant de peu les sources profanes (14 %).

[7] Ce pourcentage de 17 % est identique au résultat obtenu par Kehagia et Chrysochou (2007) et Hijmans *et al*. (2003), démontrant que les médias québécois présentent la même proportion d'information scientifique que les médias publiés en Grèce et aux Pays-Bas.

D'autre part, notre analyse de presse vient étayer les résultats d'autres études prouvant que les nouvelles négatives dominent les contenus de presse portant sur l'alimentation, puisque nous avons vu que *La Presse* laissait transparaître une certaine inquiétude quant aux effets néfastes pour la santé d'une mauvaise alimentation, comme la montée de l'obésité. Ainsi, selon Swinnen *et al*. (2005), les contenus de la presse belge présentent surtout des nouvelles négatives, celles-ci intéressant davantage les journalistes, surtout si elles présentent une dimension sensationnaliste ou alarmiste. Swinnen *et al*. (2005) ont en effet démontré que les nouvelles négatives étaient davantage reprises par les médias, ce que confirme notre analyse de presse avec des contenus présentés principalement sous leurs aspects négatifs.

Par ailleurs, comme l'ont souligné Saguy et Almeling (2008), il est préférable de ne pas restreindre les catégories de sources journalistiques autour de seulement deux pôles : scientifiques et profanes. En effet, même les sources scientifiques peuvent développer des stratégies de diffusion qui consistent à structurer leurs messages de manière émotive pour en assurer la diffusion dans les médias. Par conséquent, au-delà d'une simple polarisation des sources (scientifiques-rationnelles/émotives-profanes), il faudrait également tenir compte de trois autres catégories : les sources mixtes (p. ex., le chercheur scientifique ajoutant une dimension émotionnelle aux informations qu'il transmet aux médias), les organismes qui se situent à la frontière du scientifique-profane et les sources politiques dont le pouvoir d'influence n'est pas négligeable (Kehagia et Chrysochou, 2007 ; Wilson, 2007 ; Hayes *et al*., 2007 ; Davidson, Hunt et Kitzinger, 2003). Nos résultats vont dans ce sens, relevant de nombreuses sources mixtes et d'autres provenant de l'appareil gouvernemental ou d'organismes parapublics.

En fait, il semble que les journalistes choisiraient leurs catégories de sources en fonction du public auquel ils s'adressent, comme l'indique la théorie situationnelle (Grunig et Hunt, 1984 ; Grunig *et al*., 2002). En effet, les journalistes peuvent recourir à diverses catégories de sources, selon le cas : des citations en provenance d'un groupe de chercheurs peuvent jouxter dans le même article une source profane, ajoutée pour des raisons de proximité avec le public. Par exemple, une célébrité artistique peut prendre position sur un problème de nutrition en citant elle-même des sources scientifiques, dans le cadre d'une interview. L'intégration de ces deux types de sources (scientifique et profane) devient intéressante pour le journaliste, ce dernier utilisant alors un double levier de crédibilité – expertise et confiance – pour légitimer l'information qu'il publie. Ces rapports à l'audience jouent de manière significative dans la sélection des sources, selon l'*Elaboration Likelihood Model* (Wilson, 2007), particulièrement en matière de nutrition. Une source profane pourrait ainsi être privilégiée lorsque le sujet de l'article ou de l'émission se veut léger. Par conséquent, la décision de retenir une catégorie de sources serait influencée par deux facteurs : l'audience visée et le cadre de diffusion.

De manière plus globale, pour bien saisir le phénomène des sources scientifiques-rationnelles et profanes-émotives dans les médias, nous pouvons aussi considérer deux principes expliquant de quelle manière s'effectue le choix des sources dans les médias, tous sujets confondus : la négociation des sources et la marchandisation de l'information.

Premièrement, le principe du processus de négociation des sources (Ericson, Baranek et Chan, 1989) tient compte du leadership de la source et de sa crédibilité, principe qui peut s'appliquer autant aux sources scientifiques que profanes. Swinnen *et al*. (2005) et Wilson (2007) ont également mis en lumière le facteur de la crédibilité des sources pour expliquer le succès de la diffusion et de la réception de certains contenus, favorisant l'élaboration de normes sociales en santé. Cette crédibilité serait particulièrement forte auprès des médias et de leurs publics lorsque l'information provient d'organismes spécialisés sur un sujet de santé publique (sources monomorphiques), comme en témoigne la reprise par les médias de communiqués publiés par les organismes partenaires du GRMS. Ces groupes diffuseurs et leurs porte-parole agissent comme agents de liaison contribuant à diffuser des informations scientifiques auprès des journalistes et à familiariser la population avec le contenu vulgarisé des messages scientifiques :

> Compte tenu de la distance observée entre la recherche et la pratique et de la relative imperméabilité des frontières des systèmes sociaux organisés, le rôle central joué par les agents de liaison, ces acteurs qui agissent à l'interface des systèmes, a été largement reconnu. Il s'agit d'individus qui ont l'avantage d'être en contact aussi bien avec les chercheurs que les utilisateurs de la connaissance. (Roy, 1995, p. V)

Ainsi, une composante du modèle de construction des normes sociales en santé pourrait intégrer l'action de ces organismes qui agissent comme agents de liaison et qui exercent une influence significative « dans la formation des opinions et la stabilisation des normes de comportement » (Roy, 1995, p. 20). Il faudrait donc revoir le principe du *two step flow communication* (Katz et Lazarsfeld, 1966) pour intégrer d'autres niveaux d'influence, tels les organismes œuvrant dans le domaine de la santé et qui exercent un rôle de leaders d'opinion dans l'élaboration des normes sociales par l'entremise des médias. En effet, le *multiple step flow communication* (Moumouni, 2004) conviendrait mieux, puisqu'il repose sur une chaîne d'information à paliers multiples entre les chercheurs qui détiennent des informations scientifiques, les organismes qui contribuent à les diffuser aux médias, les journalistes qui les intègrent dans leurs contenus médiatisés et le public qui interagit avec l'ensemble de ces sources,

incluant les professionnels de la santé avec lesquels ils confrontent ou valident l'information reçue par l'entremise des médias. Ce modèle de construction des normes sociales en santé arrive ainsi à :

> recadrer le transfert de connaissances en portant une attention plus grande sur le réseau d'acteurs impliqués dans le processus de création, diffusion et utilisation de la connaissance plutôt que sur le processus lui-même. Plutôt que de considérer la connaissance comme un objet qui passe d'un système à l'autre, elle est présentée comme le produit de l'interaction des acteurs membres de systèmes sociaux reliés en réseaux plus ou moins formalisés. (Roy, 1995, p. VI)

Deuxièmement, le principe de marchandisation de l'information (Hijmans *et al*., 2003 ; Saguy et Almeling, 2008) repose sur l'importance de vendre l'information en répondant le mieux possible aux besoins attribués au public. Ce phénomène explique en partie les mobiles sous-jacents aux prises de décision effectuées par les médias dans le choix de sources scientifiques ou profanes. Ce choix serait déterminé notamment par le potentiel de vente de l'information au public en fonction de ses besoins souvent dominés par des aspects émotifs tels que la quête du divertissement ou le besoin d'être rassuré par des réponses simples. En effet, selon Char (2005, p. 267), il n'est pas certain « que le lecteur veuille aujourd'hui plonger dans un journal où le rationnel n'est pas accompagné d'émotion ». Cette tendance s'observe également dans le domaine de la santé :

> au nom d'une certaine émotion, les quotidiens de « qualité » jouent désormais en une des nouvelles qui, il n'y a pas si longtemps, se seraient retrouvées à l'intérieur… « Spinner » (gonfler) une nouvelle pour la « monter » en une est courant. « Des aliments bio portent des traces d'OGM » titrait *Le Devoir* le 3 septembre 2004 sur six colonnes à la une. Pourtant, les quantités détectées d'organismes génétiquement modifiés n'avaient pas de quoi inquiéter le public : elles étaient inférieures à 0,1 %. (Char, 2005, p. 266)

Les sources scientifiques sont appréciées des journalistes, mais sont rarement mises seules en évidence, comme le démontre notre analyse de presse, puisque la presse « fait mauvais ménage avec un discours monochrome basé sur le seul discours scientifique rationnel » (Char, 2005, p. 261). Selon cet auteur, le problème des sources scientifiques réside dans la contrainte imposée aux journalistes de mettre en scène une information-spectacle, en jouant sur le registre émotionnel (Swinnen *et al*., 2005) pour capter et retenir l'information, d'où le besoin de visuel d'accompagnement, d'images chocs, de vidéo de soutien, etc.,

comme l'ont mis en évidence les travaux de Hijmans *et al*. (2003). Ces éléments visuels plus profanes, car il s'agit rarement de tableaux ou de figures de nature scientifique, contribueraient à l'essor de la tabloïdation de l'information, un phénomène qui favorise l'utilisation des sources profanes, au point de les rendre dominantes dans le discours médiatique, influant sur la construction des normes sociales auprès du public, aussi bien dans le secteur de l'alimentation que de l'activité physique.

## CONCLUSION

Les résultats de la revue de littérature et de l'analyse de presse documentent le poids relatif des sources scientifiques et des sources profanes dans le contenu médiatique portant sur l'alimentation et l'activité physique, tout en tenant compte de la posture discursive des organismes qui diffusent de l'information sur ces sujets. Des consensus semblent se dégager des diverses publications scientifiques consultées, entre autres sur la préoccupation essentiellement marchande qui préside au choix des sources en vue de créer une dynamique de proximité avec les publics. De plus, les sources scientifiques citées le sont rarement de manière éclairée, puisque les journalistes n'ont ni la formation ni le temps pour mettre en contexte ou questionner les résultats qu'ils diffusent en matière de santé, notamment sur les thèmes de l'activité physique et de l'alimentation. L'analyse de presse que nous avons réalisée confirme cette tendance puisqu'il apparaît qu'environ 20 % du contenu est basé sur des informations scientifiques ou provient d'experts en santé. Pour poursuivre la réflexion, il convient de valider les résultats au moyen d'une analyse des informations publiées dans les magazines, actuellement en cours. Ces résultats permettront d'approfondir davantage l'étude des sources dans une plus grande diversité de médias québécois. Une autre recherche sur les médias sociaux et sur les contenus publiés en ligne (sur *Cyberpresse* par exemple) permettrait de valider les conclusions de la présente recherche avec des données qui tiennent compte des médias mobiles, des blogues, de la version numérisée des quotidiens, etc.

Enfin, il est intéressant de considérer que dans la construction de normes sociales portant sur l'alimentation et l'activité physique, les sources monomorphiques (Littlejohn et Foss, 2005) tels les organismes étudiés dans le cadre de cette recherche semblent très influentes, qu'elles soient citées dans un cadre de référence scientifique ou profane. D'ailleurs la mixité des sources doit être retenue comme un phénomène prégnant, puisque même les sources scientifiques sont souvent citées en mettant en évidence l'émotion, pour des raisons de proximité avec les publics, pour rassurer le public ou pour protéger, voire augmenter, la notoriété des entreprises (Moynihan, 2000). Dans ce dernier cas, la mixité des sources scientifiques-profanes peut avoir un effet pervers en établissant une relation incestueuse entre l'intention de diffuser des résultats de recherche scientifique, le besoin d'être médiatisé et le désir de surprendre, d'émouvoir, de convaincre. Poussée à l'extrême, cette dimension émotive de

l'information finit par produire un déficit d'attention chez certains publics, dû à la surcharge de sollicitation émotive. Cet effet délétère est engendré par l'augmentation du poids de l'émotion dans la couverture médiatique, notamment sur les sujets de santé. Cette caractéristique du traitement émotif de l'information par les médias favoriserait peu le recours éclairé et critique aux sources scientifiques pour le traitement des contenus touchant la santé publique, en particulier la nutrition et l'activité physique.

## RÉFÉRENCES

Bauman, A. *et al.* (2001). « Impact of an Australian mass media campaign targeting physical activity in 1998 », *American Journal of Preventive Medicine,* vol. 21, nº 1, p. 41-47.

Bauman, A. *et al.* (2006). « Evaluation of mass media campaigns for physical activity », *Evaluation and Program Planning,* vol. 29, nº 3, p. 312-322.

Beaudoin, C.E. *et al.* (2007). « Promoting healthy eating and physical activity : Short-term effects of a mass media campaign », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 32, nº 3, p. 217-223.

Borra, S.T., R. Earl et E.H. Hogan (1998). « Paucity of nutrition and food safety ''news you can use'' reveals opportunity for dietetics practitioners », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 98, p. 190-193.

Carter, B.J. *et al.* (2005). « Using media messaging to promote healthful eating and physical activity among urban youth », *Journal of Nutrition Education and Behavior,* vol. 37, nº 2, p. 98-99.

Cavill, N. et A. Bauman (2004). « Changing the way people think about health-enhancing physical activity : do mass media campaigns have a role ? », *Journal of Sports Sciences,* vol. 22, nº 8, p. 771-790.

Char, A. (2005). « L'éthique de l'émotion », dans P. Mongeau et J. Saint-Charles (dir.), *Communication : Horizons de pratiques et de recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 259-278.

Chartier, L. (2003). *Mesurer l'insaisissable – Méthode d'analyse du discours de presse*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Davidson, R., K. Hunt et J. Kitzinger (2003). « Radical blueprint for social change ? Media representations of new labour's policies on public health », *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, nº 6, p. 532-552.

Erickson, R.V., M. Baranek et J.B.L. Chan (1989). *Negotiating Control : A Study of News Sources*, Toronto, University of Toronto Press.

Faulkner, G., S.J. Finlay et S.C. Roy (2007). « Get the news on physical activity research : A content analysis of physical activity research in the Canadian print media », *Journal of Physical Activity and Health,* vol. 4, nº 2, p. 180-192.

Finlay, S.-J. et G. Faulkner (2005). « Physical activity promotion through the mass media : Inception, production, transmission and consumption », *Preventive Medicine,* vol. 40, nº 2, p. 121-130.

Fleming, K., E. Thorson et Y. Zhang (2006). « Going beyond exposure to local news media : An information-processing examination of public perceptions of food safety », *Journal of Health Communication,* vol. 11, nº 8, p. 789-806.

Gouvernement du Canada (1999). *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, <www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/pdf/toward_a_healthy_french. PDF>.

Grunig, L.A., J.E. Grunig et D.M. Dozier (2002). *Excellent Public Relations and Effective Organizations*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Grunig, J.E. (1992). *Excellence in Public Relations and Communication Management*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Grunig, J.E. et H. Todd (1984). *Managing Public Relations*, New York, Rinehart and Winston.

Hampl, J.S. (2004). « Conflicts of interest and hyperbole : Nutrition in the media », *Journalism & Mass Communication Educator*, vol. 58, p. 364-372.

Hayes, M. *et al.* (2007). « Telling stories : News media, health literacy and public policy in Canada », *Social Science and Medicine*, vol. 64, nº 9, p. 1842-1852.

Hijmans, E., A. Pleijter et F. Wester (2003). « Covering scientific research in Dutch newspapers », *Science Communication*, vol. 25, nº 2, p. 153-176.

Huhman, M. *et al.* (2005). « Effects of a mass media campaign to increase physical activity among children : Year-1 results of the VERB campaign », *Pediatrics,* vol. 116, nº 2, p. e277-e284.

Jensen, J.D. (2008). « Scientific uncertainty in news coverage of cancer research : Effects of hedging on scientists' and journalists' credibility », *Human Communication Research*, vol. 34, nº 3, p. 347-369.

Katz, E. et P.F. Lazarsfeld (1966). *Personal Influence : The Part Played by People in the Flow of Mass Communications*, New York, Free Press.

Kehagia, O. et P. Chrysochou (2007). « The reporting of food hazards by the media : The case of Greece », *The Social Science Journal,* vol. 44, nº 4, p. 721-733.

Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Littlejohn, S.W. et K.A. Foss (2005). *Theories of Human Communication*, 8e éd., Thomson Wadsworth.

Lockie, S. (2006). « Capturing the sustainability agenda : Organic foods and media discourses on food scares, environment, genetic engineering, and health », *Agriculture and Human Values,* vol. 23, nº 3, October.

Marks, J.T. *et al*. (2006). « A comparison of Web and print media for physical activity promotion among adolescent girls », *Journal of Adolescent Health,* vol. 39, nº 1, p. 96-104.

Morin, V. (1969). *L'écriture de presse*, Paris, Éd. Mouton.

Moumouni, C. (2004). « De l'*agenda-setting* à l'*agenda-following :* esquisse d'une théorie générale de l'agenda » Communication présentée lors du *72e Congrès annuel de l'ACFAS*.

Moynihan, R. *et al.* (2000). « Coverage by the news media of the benefits and risks of medications », *New England Journal of Medicine*, 1er juin, vol. 342, nº 22.

Naville-Morin, V. (2003). *L'écriture de presse*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Racine, E. *et al.* (2006). « Hyped biomedical science or uncritical reporting ? Press coverage of genomics (1992-2001) », *Social Science and Medicine*, vol. 62, p. 1278-1290.

Renaud, L. *et al. (2007). Les médias et le façonnement des normes en matière de santé,* Québec, Presses de l'Université du Québec.

Roy, M., J.-C. Guindon et L. Fortier (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*, Montréal, Institut de recherche en santé et sécurité au travail, coll. « Études et recherches/Rapport R-099 ».

Saguy, A.C. et R. Almeling (2008). « Fat in the fire ? Science, the news media, and the ''obesity epidemic'' », *Sociological Forum*, vol. 23, nº 1, p. 53-83.

Swinnen, J.F.M., J. McCluskey et N. Francken (2005). « Food safety, the media, and the information market », *Agricultural Economics,* vol. 32, nº S1, p. 175-188.

Tanner, A.H. (2004). « Agenda building, source selection, and health news at local television stations. A nationwide survey of local television health reporters », *Science Communication*, vol. 25, nº 4, p. 350-363.

Wilkinson, C. *et al.* (2007). « From uncertainty to risk ? Scientific and news media portrayals of nanoparticle safety », *Health, Risk and Society*, Special Issue : Nanotechnologies, risk and society, vol. 9, nº 2, p. 145-157.

Wilson, B.J. (2007). « Designing media messages about health and nutrition : What strategies are most effective ? », *Journal of Nutrition Education and Behavior,* vol. 39, nº 2, Suppl, p. S13-S19.

## 3.3 Les stratégies publicitaires qui plaisent aux jeunes : une présence accrue sur les chaînes jeunesse

Jean-Philippe Laperrière, M.A., Lise Renaud, Ph. D., et Catherine des Rivières-Pigeon, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

La publicité télévisée utiliserait des stratégies qui s'avèrent efficaces pour rejoindre les enfants. Ainsi, ce projet vise à déterminer si les messages publicitaires de l'industrie agroalimentaire sur les chaînes jeunesse utilisent davantage ces moyens en regard des chaînes généralistes. Dans notre corpus d'analyse, nous avons recensé quinze critères d'analyse afin de comparer les 795 messages des chaînes jeunesse et les 657 annonces des chaînes généralistes. Les résultats de notre recherche nous indiquent que la présence de stratégies reconnues pour plaire aux enfants et les séduire est beaucoup plus importante dans les publicités de l'industrie agroalimentaire diffusées sur les chaînes jeunesse.

**ABSTRACT**

Publicity on television uses specific strategies that are known to obtain the young viewer's attention. The goal of this project is to determine if the agribusiness's commercials tend to use these methods more on specialized networks whose target audience are children then the major networks. Fifteen research criteria have been identified. They will be used to compare 795 commercials from children networks and 657 commercials from the major networks. Our research indicates that the agribusinesses television advertisements on specialty channels aimed at youth uses more methods to charm and convince the young viewer.

### INTRODUCTION

La publicité produite par l'industrie agroalimentaire pourrait influencer les habitudes alimentaires des jeunes enfants (Hastings *et al.*, 2003). La logique derrière toute publicité est fort simple : elle tente de « répondre aux besoins des consommateurs et d'en créer de nouveaux » (Renaud, 2007, p. 153). En 2007, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) nous apprenait que 47 % des jeunes Français (de huit à quatorze ans) affirmaient que les publicités qu'ils regardaient leur donnaient envie de manger ou de boire (INPES, 2008).

Mais pourquoi faire de la publicité aux enfants lorsque l'on sait qu'ils n'ont pas de revenu ? Le pouvoir d'achat des enfants existe : ces derniers peuvent influencer plus de 40 % des achats de la famille (Kapferer, 1985). En outre, il est clair que leurs goûts et leurs préférences influent sur leurs parents dans la préparation des repas du quotidien (Marenco, 1988). En ce sens, les techniques de commercialisation de certaines campagnes de publicité promotionneraient des produits connus pour plaire aux enfants, durant des moments qui leur sont propices et utiliseraient des stratégies, comme des personnages animés, des musiques amusantes ou des thématiques agréables pour les rejoindre.

Au Québec, à l'époque actuelle, les enfants de deux à onze ans passent plusieurs heures par semaine (entre 14 et 25 heures) devant la télévision, le média par excellence en publicité (Publicité-Club de Montréal, 2009 ; Marquis, Filion, et Dagenais, 2005). Ce temps d'écoute est partagé entre les chaînes généralistes et les chaînes spécialisées dont plusieurs s'adressent spécifiquement aux jeunes. Depuis quelques années, les chaînes spécialisées gagnent de plus en plus de terrain chez les téléspectateurs et surpassent les chaînes généralistes pour la période de mars à août (Publicité-Club de Montréal, 2009). Ainsi notre projet de recherche vise à déterminer si les messages publicitaires de l'industrie agroalimentaire diffusés sur les chaînes jeunesse contiennent davantage d'éléments susceptibles de plaire aux jeunes que ceux diffusés sur les chaînes généralistes.

## MÉTHODE

Nous analyserons de façon quantitative les éléments visuels et sonores d'un corpus de messages issus de 15 421 messages publicitaires répertoriés entre les 17 et 20 janvier 2008, de 6 h à 22 h, sur huit chaînes de télévision offertes au Québec (Renaud, Laperrière et Martel, 2009). Notre corpus se limitera aux publicités d'aliments non diététiques – tels que décrits par un diététicien, c'est-à-dire qui ne sont pas « conforme [s] aux données sur la prévention ou le traitement des maladies par les régimes rationnels » (Trémolières, 2002, p. 320). Ce sont donc des aliments dont la valeur nutritive est compromise d'une part par un manque d'éléments jugés essentiels ou, d'autre part, par un apport trop important en sucre, en gras ou en sel (p. ex., la malbouffe ou les confiseries). Les publicités d'aliments comme les friandises sont jugées susceptibles de marquer un attrait pour les enfants (Office de la protection du consommateur, 1980).

Aux fins de notre recherche, nous avons retenu les messages publicitaires ayant une durée de plus de quinze secondes et éliminé les messages d'aliments qui respectent le *Guide alimentaire canadien* (p. ex., le fromage entier et les légumes en boîte) bien que ces aliments puissent être jugés comme étant trop gras ou trop salés par un nutritionniste. Ainsi, notre corpus d'analyse est composé de 1 452 messages publicitaires classés en 75 concepts publicitaires différents. Chaque concept a été diffusé entre une et 105 fois, ce qui a généré 1 452 publicités. Ces messages publicitaires sont diffusés sur quatre chaînes jeunesse et quatre chaînes généralistes, soit des chaînes où les jeunes de moins de dix-huit ans sont le public cible et, d'autre part, des chaînes qui s'adressent à tout le monde. Nous comparerons donc les 657 messages des chaînes généralistes en regard des 795 publicités des chaînes jeunesse ; certaines publicités s'observent sur les deux types de chaînes.

Pour analyser notre corpus de messages publicitaires, nous avons opté pour une quinzaine de critères susceptibles d'attirer l'attention des enfants sur les messages publicitaires. Ces critères sont issus de ce qui est réputé plaire aux

enfants ou ce qu'ils peuvent mémoriser facilement (Kapferer, 1985 ; Brée, 2007 ; Chombart de Lauwe et Bellan, 1979 ; Montigneaux, 2002 ; Schor, 2004 ; Saint-Hilaire, 2005 ; Minot, Laurent et Ministère de la Culture et de la Communication, 2002 ; Dagnaud, 2003 ; Sapena, 2005 ; Rouchié *et al.*, 2000). Toutefois, nos critères ne comprennent pas la langue parlée durant le message sauf si la version traduite est différente (p. ex., une variante plus courte, un discours ou un décor différent). Nous avons regroupé les critères quantitatifs d'analyse en quatre ensembles qualitatifs afin de faciliter la présentation des résultats.

- **Critères de dimension affective** (ou intégrative [Rouchié *et al.*, 2000]) : misent sur l'importance d'appartenir à un groupe ou d'adhérer à une représentation.
  - Présence visuelle d'un personnage issu de la marque, d'une vedette (du sport ou des arts), d'un animal ou d'un élément animé particulier.
  - Présence d'un enfant (ou plusieurs) dans le message.
  - Choix du sexe de ou des enfants.
  - Présence de voix d'enfants.
  - Présence d'un ou des parents (conditionnel à la présence d'un enfant).
- **Critères de l'écoute attentive** : optimisent l'écoute ou attirent l'attention.
  - Durée du message publicitaire en secondes.
  - Présence ou absence de musique. Nous avons indiqué si nous entendions de la musique rythmée, de la musique thématique (qui se rattache au concept du message comme de la musique ethnique), une ritournelle publicitaire (*jingle*) ou de la musique douce.
  - Présence d'un slogan publicitaire.
  - Présence d'une prime à l'achat du produit ou d'un concours motivant l'achat du produit.
- **Critères de charge émotive** (ou spectaculaire (Rouchié *et al.*, 2000)) : offrent un spectacle et font vivre des émotions agréables.
  - Choix de l'intrigue publicitaire. Nous avons déterminé si le produit était simplement présenté, si l'intrigue se déroulait en famille, si elle relevait de l'aventure ou du défi, se déroulait au travail, était une comédie de situation (*sitcom*) ou se déroulait dans un lieu où il est possible de trouver le produit (p. ex., une épicerie).
  - Utilisation de l'humour. Nous avons indiqué si l'humour était visuel (images drôles), verbal (jeux de mots ou histoire drôle) ou sous-entendu, c'est-à-dire lorsque le sens humoristique ne se raccrochait ni à l'image ni au texte, mais davantage à l'ensemble du message publicitaire (p. ex., connotation sexuelle).
  - Utilisation d'éléments de spectacle visuel. Nous avons précisé s'il y avait un effet de magie, des acrobaties, la présence de bandes dessinées (distinctes des personnages de la marque) ou lorsqu'un effet visuel quelconque était observé (p. ex., une boîte à surprise qui s'ouvre).

- **Critères signalétiques** : permettent d'identifier rapidement le produit ou la marque.
  - Utilisation de couleurs. Nous avons identifié si les couleurs de la marque ou du produit étaient présentes (p. ex., du brun dans une publicité de chocolat). Puis nous avons codé si l'on observait une couleur dominante non liée à la marque ou au produit. De plus, nous avons noté en marge les couleurs vues.
  - Présentation visuelle du produit et de l'emballage. Nous avons indiqué si le produit était présenté à l'écran, si l'emballage du produit était présenté à l'écran ou si l'emballage et le produit étaient visibles.
  - Présentation auditive du produit et de la marque. Nous avons compté le nombre de fois où le nom du produit et le nom de la marque étaient mentionnés verbalement.

Pour les trois premières familles de critères, notre analyse tiendra compte des 1 452 messages publicitaires afin d'observer les différences entre le corpus des messages des chaînes jeunesse ($n$ = 795) et celui des chaînes généralistes ($n$ = 695). Dans un deuxième temps, les critères signalétiques seront analysés en fonction des concepts publicitaires ($n$ = 75) parce qu'ils sont indissociables du produit à vendre. Par exemple, le rouge est une couleur très utilisée dans les annonces de McDonald's : elle facilite le décodage du message et le lie au produit, mais n'est pas une stratégie choisie en fonction du public cible. Enfin, certains critères ont été regroupés lorsqu'ils sont complémentaires et se consolident. Par exemple, la présence d'un enfant et d'un personnage de marque dans le message sont deux éléments qui facilitent l'interaction avec l'enfant-téléspectateur (Kapferer, 1985). En outre, d'autres critères sont mutuellement nécessaires : par exemple, on explique mal la présence d'un parent s'il n'y a pas un enfant dans le message publicitaire.

## RÉSULTATS

En premier lieu, nous observons que les chaînes jeunesse utilisent davantage de stratégies que les chaînes généralistes afin que les enfants interagissent avec les publicités (critères de dimension affective), comme les éléments animés et les personnages de marque. (Voir le tableau 1, p. 167, les astérisques indiquent les résultats énumérés ici.) D'autre part, les messages diffusés sur les chaînes jeunesse utilisent deux fois plus souvent des enfants comme acteur (ou leur voix) que les chaînes généralistes et, qui plus est, ce sont généralement des petits garçons que l'on voit. Les enfants sont présentés seuls le tiers du temps, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de figure parentale dans les messages. Dans le cas contraire, on privilégie la mère comme figure parentale. Quant aux chaînes généralistes, elles préfèrent les vedettes dont le succès repose sur la renommée. En résumé, on observe que pour les trois quarts des messages sur les chaînes jeunesse, on voit un enfant ou un élément animé (personnage, vedette), alors que sur les chaînes généralistes on en observe sur un peu moins de la moitié des messages.

**Tableau 1**
**Examen des stratégies publicitaires**
**sur les deux types de chaînes de télévision**

| | **Critères d'analyse** | | **Généraliste (*n* = 657)** | **Jeunesse (*n* = 795)** |
|---|---|---|---|---|
| Dimension affective | Élément animé | Particulier | 1,5 % | 22,0 %* |
| | | Vedette | 21,0 %* | 2,4 % |
| | | Personnage de marque | 1,5 % | 17,6 %* |
| | Enfant | Vu ou entendu | 22,4 % | 48,6 %* |
| | Élément attirant | Enfant ou élément animé | 46,3 %* | 74,3 %* |
| | Enfant et parent *vus uniquement* | Aucun | 75,5 % | 54,1 % |
| | | Enfant seulement | 1,4 % | 31,8 %* |
| | | Les deux | 21,0 % | 13,3 % |
| Écoute attentive | Musique | Rythmée | 34,6 % | 40,6 % |
| | | Thématique | 23,3 % | 16,5 % |
| | | Du produit (*jingle*) | 25,3 %* | 23,0 %* |
| | Durée | 15 secondes | 43,2 % | 54,1 %* |
| | | 30 secondes | 56,8 % | 45,9 % |
| | Slogan | Dit | 4,7 % | 29,2 %* |
| | | Écrit | 19,6 % | 23,9 %* |
| | | Dit et écrit | 69,1 % | 46,8 %* |
| Charge émotive | Scénario | Aventure ou défi | 3,2 % | 26,3 %* |
| | | Famille | 26,9 %* | 14,7 % |
| | | Travail | 19,2 % | 3,1 % |
| | | Comédie | 24,4 %* | 43,9 %* |
| | | Lieu où se retrouve le produit | 16,6 % | 2,8 % |
| | Humour | Facile (visuel) | 24,7 % | 46,8 %* |
| | | Verbal | 44,6 %* | 18,0 % |
| | | Sous-entendu | 16,0 % | 12,6 % |
| | Élément spectacle | Magie | 8,5 % | 4,5 % |
| | | Cascade | 6,8 % | 9,4 % |
| | | Bande dessinée | 2,0 % | 2,8 % |
| | | Effet visuel (surprise) | 2,0 % | 24,3 %* |

Pour favoriser l'écoute (critères de l'écoute attentive), les chaînes jeunesse donnent priorité aux messages plus courts (15 secondes) en regard des messages plus longs (30 secondes). Pour attirer l'attention, la ritournelle publicitaire est fréquemment utilisée sur près d'une publicité sur quatre, mais on ne l'observe pas plus sur les chaînes spécialisées que généralistes. Quant à la

musique d'ambiance, elle est aussi importante sur les chaînes jeunesse que sur les chaînes généralistes. En ce qui concerne les slogans, ils sont très fréquents, mais nous ne voyons pas de différence majeure entre les deux types de chaînes de télévision. Néanmoins, il est à noter que 99,9 % des publicités sur les chaînes jeunesse utilisent le slogan publicitaire (oral, visuel ou les deux).

La publicité fait vivre des émotions (critères de charge émotive). Ainsi, les publicités des chaînes jeunesse utilisent plus particulièrement l'humour, ce qui expliquerait pourquoi près de la moitié des 795 publicités sont des comédies de situation (*sitcom*). L'audace est une autre émotion sollicitée : le quart des messages suggère l'aventure et le défi. Enfin, pour attirer l'œil, 24,3 % des publicités sur les chaînes jeunesse utilisent des effets spéciaux (p. ex., une boîte à surprise). À l'opposé, on retrouve davantage de scènes en famille sur les chaînes généralistes. L'humour y est tout aussi présent, mais d'une autre nature : il est plus verbal (utilisation de jeux de mots, de l'absurde), alors que celui sur les chaînes jeunesse est très visuel et plus facile à décoder.

D'autres stratégies publicitaires assurent une lecture rapide du message (critères signalétiques) et sont propres au produit à vendre. Les deux tiers (64,0 %) des 75 concepts répertoriés reprennent de façon évidente les couleurs de la marque ou celle du produit. En outre, près de un concept sur dix (9,3 %) a recours à une couleur dominante (facilement identifiable). Dans un même ordre d'idées, les concepts publicitaires insistent sur la présentation de leur produit, montrant à la fois le produit et l'emballage dans 69,3 % des cas. Enfin, le nom du produit ou de la marque est répété plusieurs fois durant les messages publicitaires. Dans près du tiers des concepts (22 sur 75), il n'y a pas de différence, mais dans les deux tiers restants on met l'accent surtout sur le produit.

Enfin, certains critères n'ont pas été suffisamment répertoriés pour tirer des conclusions. À peine 5,9 % des messages ($n$ = 1 452) utilisent la prime ou le concours et ils sont encore moins nombreux sur les chaînes jeunesse (4,3 %).

## DISCUSSION

Comme nous avons pu le constater, les stratégies publicitaires susceptibles de plaire aux enfants sont plus présentes dans les publicités promotionnelles diffusées sur les chaînes jeunesse. Autrement dit, nous pouvons énoncer que les concepts publicitaires qui utilisent le plus de stratégies éprouvées sont aussi, et en général, les plus manifestes (certains concepts ont été diffusés plus de 100 fois). Ajoutons que plus un message publicitaire est vu plus l'enfant est porté à développer un rapport affectif, une forme de familiarité avec lui (Kapferer, 1985 ; Montigneaux, 2002). Il y a donc lieu de penser que ces messages atteignent leur cible.

Les publicités présentées aux enfants sur les chaînes spécialisées sont plus courtes, ce qui plaît davantage parce qu'elles sont généralement plus dynamiques et demandent moins de temps d'attention (Brée, 2007). Les éléments animés et les personnages de marque sont aussi plus présents, ce qui rend ces capsules plus amusantes (Montigneaux, 2002). Le téléspectateur interagit mieux avec le message et prend plaisir à le revoir. De la même manière, les acteurs-enfants établissent mieux la communication avec leurs jeunes publics parce que ces derniers arrivent plus facilement à transposer le message publicitaire dans leur réalité (Kapferer, 1985). Dans le même ordre d'idées, l'appétit des jeunes pour la transgression est attisé lorsque le scénario du message le suggère (p. ex., enfant sans présence parentale ou en bande) (Montigneaux, 2002). Ainsi, retrouve-t-on plus de petits garçons dans les publicités parce qu'ils sont reconnus pour plaire à plus d'enfants, autant chez les filles que chez les garçons (Chombart de Lauwe et Bellan, 1979). Développer un sentiment de sécurité est également important, ce qu'illustrent bien la famille et la figure maternelle (plus rassurante) que l'on observe davantage sur les chaînes généralistes (Kapferer, 1985). Comme notre corpus d'analyse était celui des publicités de l'industrie agroalimentaire, l'image de la famille est prépondérante (Marenco, 1988). Lorsque l'on s'intéresse aux habitudes alimentaires, le rôle de la mère est central : son image est rassurante et normative (Régnier, Lhuissier et Gojard, 2006).

Les stratégies sont nombreuses pour bien identifier le produit, la marque ou encore pour attirer et garder l'attention du téléspectateur. La musique serait fondamentale en publicité, car elle est présente dans plus de 80 % des messages sur les deux types de chaînes. De plus, le slogan se révèle encore plus populaire (dans presque tous les messages). Ces éléments sonores favorisent la mémorisation et captent l'attention (Kapferer, 1985) ; utilisés dans de courtes capsules, ils les rendent plus dynamiques et plus susceptibles de maintenir l'attention (Brée, 2007). C'est ce que l'on observe beaucoup sur les chaînes jeunesse.

Pour faire vivre des émotions aux téléspectateurs, la publicité utilise plus particulièrement l'humour et l'aventure pour rejoindre son auditoire lorsqu'elle est diffusée sur les chaînes jeunesse. En contrepartie, elle délaisse les scènes de travail et les scènes familiales moins appréciées par les jeunes (Dagnaud, 2003), mais que l'on observe plus fréquemment sur les chaînes généralistes. L'humour est adapté au public cible. Sur les chaînes jeunesse, on utilise un humour plus accessible, alors que sur les chaînes généralistes l'humour est plus sous-entendu. La raison est fort simple : les jeunes enfants ne conçoivent pas ce qui est abstrait ou sous-entendu (Caron-Bouchard et Renaud, 2001). Ainsi, on remarque que les éléments de spectacles sont plus fréquents dans les publicités des chaînes jeunesse puisque l'action plaît aux enfants et se décode facilement (Brée, 2007).

Pour identifier rapidement les produits du commerce, les couleurs sont importantes et choisies avec soin (Rouchié *et al.*, 2000). Par exemple, le rouge est bien présent dans les messages de McDonald's et le brun dans les publicités de chocolat. Cette stratégie nous permet de faire le lien avec la marque, le produit ou encore le goût du produit (Brée, 2007 ; Montigneaux, 2002). Dans un même ordre d'idées, nous avons relevé que tous les efforts étaient déployés pour la mise en valeur du produit et de l'emballage lorsque c'est possible (certains produits n'ont pas d'emballage, alors que pour d'autres il est essentiel – par exemple les boissons). Nous avons aussi noté l'énergie déployée pour que le nom du produit et sa marque de commerce soient bien audibles. Nous avons constaté que si l'on insiste plus sur le nom du produit que sur sa marque, cela laisse à croire que le produit est alors exclusif à la marque. Lorsque ce n'est pas le cas, on insiste davantage sur la marque. Finalement, ces dernières approches nous permettent de bien reconnaître le produit visuellement et à l'écoute : il est ainsi plus facile de se rappeler qui le fabrique ou le distribue.

### CONCLUSION

Ce projet de recherche avait pour but de systématiser ce qu'un téléspectateur voit lorsqu'il regarde la télévision pour ensuite comparer ces perceptions entre les chaînes généralistes et les chaînes jeunesse. Nos résultats jettent la lumière sur les stratégies publicitaires les plus vues sur les chaînes jeunesse et leurs écarts quantitatifs avec les chaînes généralistes. Ces conclusions laissent croire que les messages publicitaires ne sont pas le fruit du hasard. Ils seraient le produit d'un ensemble d'ingrédients connus pour plaire et séduire les enfants qui sont significativement plus présents dans les publicités des chaînes jeunesse.

Depuis quelques années, plusieurs organismes s'inquiètent de l'impact des publicités sur les comportements et habitudes alimentaires des enfants (CQPP, 2007), mais, jusqu'à ce jour, aucune étude québécoise ne s'était intéressée avec autant d'attention à la forme des messages diffusés sur les chaînes jeunesse. Nous croyons que nos conclusions dépeignent un portrait plus juste de la situation actuelle au Québec et espérons qu'elles puissent servir d'outil de sensibilisation quant au débat sur la publicité et ses effets.

## RÉFÉRENCES

Brée, J. (2007). *Kids marketing*, Consommation des 0/25 ans, Colombelles, EMS.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2001). *Guide pratique pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé*, 2e éd., Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Institut national de santé publique du Québec.

Chombart de Lauwe, M.J. et C. Bellan (1979). *Enfants de l'image, enfants personnages des médias, enfants réels*, Paris, Payot.

Coalition québécoise sur la problématique du poids (2007). *L'épidémie d'obésité et la publicité destinée aux enfants*, Montréal, Coalition québécoise sur la problématique du poids.

Dagnaud, M. (2003). *Enfants, consommation et publicité télévisée*, Paris, Documentation française.

Hastings, G. *et al.* (2003). *Review of Research on the Effects of Food Promotion to Children*, Glasgow, The University of Strathclyde, Food Standards Agency.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports (2008). *Nouvelles mesures pour 2008 & Évaluation des messages accompagnant les publicités de l'industrie agro-alimentaire*, France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Kapferer, J.N. (1985). *L'enfant et la publicité les chemins de la séduction*, Paris, Dunod.

Marenco, C. (1988). « Famille et santé : l'exemple des pratiques alimentaires », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 23, nº 2, p. 155-162.

Marquis, M., Y.P. Filion et F. Dagenais (2005). « Does eating while watching television influence children's food-related behaviours ? », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 66, nº 1, p. 12-18.

Minot, F., S. Laurent et Ministère de la Culture et de la Communication (2002). *Les enfants et la publicité télévisée : Approche synthétique et perspectives critiques : exposition, compréhension, influence (constats et préoccupations)*, Paris, La Documentation française.

Montigneaux, N. (2002). *Les marques parlent aux enfants grâce aux personnages imaginaires*, Paris, Éditions d'organisation.

Office de la protection du consommateur (1980). *Guide d'application des articles 248 et 249 (publicité aux moins de 13 ans)*, Office de la protection du consommateur.

Publicité-Club de Montréal (2009). *Le Guide annuel des Médias 2010*, Montréal, Info Presse.

Régnier, F., A. Lhuissier et S. Gojard. (2006). *Sociologie de l'alimentation*, Paris, Découverte.

Renaud, L. (dir.) (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Renaud, L., J.-P. Laperrière et G. Martel (2009). *À quels messages publicitaires les enfants de moins de 12 ans sont-ils exposés lorsqu'ils regardent la télévision ?* Montréal, Groupe de recherche Médias et santé de l'Université du Québec à Montréal.

Rouchié, T. *et al.* (2000). *Lire et comprendre la publicité*, Paris, Éditions Retz.

Saint-Hilaire, L. (2005). *Comment faire des images qui vendent*, Montréal, Éditions Transcontinental.

Sapena, N. (2005). *L'enfant jackpot : Protégeons nos enfants contre les abus de la société marchande*, Paris, Flammarion.

Schor, J. (2004). *Born to buy : The commercialized child and the new consumer culture*, New York, Scribner.

Trémolières, J. (2002). « Diététique », *Encyclopédie Universalis*, Paris, Encyclopædia Universalis, p. 320.

## 3.4 Les moyens de communication de masse : éléments de l'environnement pouvant favoriser la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle[1]

Sahar El Shourbagi, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Depuis longtemps, le Québec favorise l'intégration et la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI). Pour ce faire, toutefois, on n'a procédé qu'à de rares adaptations des éléments de l'environnement. La situation actuelle de ces personnes se particularise donc par la pauvreté, la dépendance, l'analphabétisme et l'isolement. Le modèle du Processus de production du handicap montre que cette situation peut s'améliorer en adaptant certains éléments de l'environnement, tels que la télévision et les affiches, aux caractéristiques de ces personnes.

Ces deux moyens de communication pourraient répondre aux besoins des personnes affligée d'une DI et faciliter leur participation sociale en : favorisant une meilleure acceptation de leur différence de la part du reste de la population ; encourageant ces personnes à agir de façon autonome et à se sentir capables d'exécuter certaines tâches ; rendant les informations plus accessibles et facilement décodables.

De plus, les concepteurs des messages médiatiques devraient avoir le souci d'adapter leurs messages en fonction des caractéristiques et des besoins de ces personnes, en simplifiant les textes ou en ajoutant des pictogrammes, par exemple.

**ABSTRACT**

For a long time, Québec has fostered the integration and social participation of people with an intellectual disability. However, few adaptations of the environment have been made. The current situation of these people is characterized by poverty, dependency, illiteracy and isolation. The *Processus de production du handicap* (Disability Creation Process) model shows that this situation can be improved by adapting certain environmental elements, such as television and posters, to the characteristics of these people.

These two modes of communication could respond to the needs of people with an intellectual disability by more directly fostering their social participation. This would contribute to increased acceptance of their differences on the part of the general population, encourage them to act on their own behalf, encourage them to feel they are capable of and will succeed at accomplishing a task, and better serve them in terms of accessing information.

In addition, creators of media messages should assume the responsibility of adapting their messages to the characteristics and needs of people with an intellectual disability by such means as simplifying texts or adding pictograms.

[1] Cet article est paru dans la *Revue canadienne de santé publique*, 2009, vol. 100, nº 3, p. 212-214.

## INTRODUCTION

La plupart des sociétés développées, dont le Québec, tentent d'encourager la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI), en les incitant à utiliser les mêmes ressources que la population générale. Or, peu d'adaptations s'inscrivant dans la même lignée que le Braille pour les aveugles ont été proposées pour pallier les problèmes de ces personnes (Langevin *et al.*, 2003). C'est ainsi, comme le soulignent plusieurs études (Office des personnes handicapées du Québec, 2007 ; Bouchard et Dumont, 1996 ; Perreault, 1997), que la plupart des déficients intellectuels sont pauvres, dépendants, mal accueillis, peu stimulés socialement et qu'ils éprouvent des difficultés à demander de l'aide.

Toutefois, les études récentes nous montrent que la présence d'une DI ne pourrait expliquer, à elle seule, la situation actuelle. Selon Powers (1996), les personnes qui en sont affligées sont confrontées à des activités exigeant des habiletés qu'elles ne possèdent pas. Selon le modèle du Processus de Production de Handicap de Fougeyrollas (Fougeyrollas *et al.*, 1998), les facteurs environnementaux (comprenant les moyens de communication), en interaction avec leurs facteurs personnels, pourraient être des facilitateurs qui favorisent la réalisation des activités quotidiennes, ou au contraire, des obstacles conduisant à une situation de handicap (Rocque, 1997). Selon Langevin (1996), certains éléments de l'environnement, tels que la communication, constituent des entraves à la participation sociale des personnes ayant une DI.

Le virage préconisé par ce modèle invite les responsables à abandonner l'approche centrée sur l'adaptation de la personne aux caractéristiques du milieu. Dans le même ordre d'idées, le Centre de développement des transports (1996) ajoute que la personne présentant une DI est la plus susceptible d'être perturbée par les faiblesses des systèmes de communication. Ainsi, nous pensons qu'il serait possible d'adapter les moyens de communication, soit en utilisant des pictogrammes ou des symboles, soit en simplifiant les informations. Dans cette perspective, comment les moyens de communication peuvent-ils favoriser la participation sociale des personnes ayant une DI ?

Dans un premier temps, nous clarifierons les notions de déficience intellectuelle, de participation sociale et de moyens de communication. Ensuite, nous cernerons les différents rôles de ces derniers.

**Déficience intellectuelle**[2]

La déficience intellectuelle (ou retard mental) est définie par l'American Association on Mental Retardation (AAMR) (2002) en fonction de l'interaction entre les caractéristiques du déficient et celles du milieu.

> Le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives à la fois dans le fonctionnement intellectuel et dans les comportements adaptatifs exprimés par des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité apparaît avant dix-huit ans (AAMR, 2002, p. 19)[3].

De leur côté, Dionne et ses collaborateurs (1999) ont proposé une synthèse des caractéristiques cognitives et non cognitives des personnes présentant une DI. Les caractéristiques cognitives consistent en un retard du développement intellectuel, un ralentissement et un arrêt prématuré du développement, une moindre efficience du fonctionnement intellectuel, etc. Les caractéristiques non cognitives, quant à elles, comprennent : une faible motivation, une faiblesse de l'estime de soi, une certitude anticipée de l'échec, une faiblesse du degré d'exigence, etc.

**Participation sociale**

Selon l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHP) (2007), une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie. Ces dernières sont des activités que la personne doit effectuer pour survivre et s'épanouir dans une société.

**Moyens de communication**

Compte tenu de l'état de pauvreté (OPHP, 2007) dans lequel vivent les déficients intellectuels, les moyens de communication les plus présents dans leur vie sont la télévision et les affiches. Nous nous intéresserons donc à ces deux seuls moyens.

Caron-Bouchard et Renaud (2001) stipulent que tout message s'inscrit dans un processus où l'émetteur formule un contenu, qu'il soumet ensuite à l'intelligence cognitive du récepteur. Les chercheures expliquent que le récepteur s'approprie le message selon son contexte de vie et son état de santé. L'émetteur doit donc toujours prendre en considération les enjeux entourant le récepteur afin d'assurer sa compréhension. De plus, selon Proulx et Maillet (1998),

[2] La déficience intellectuelle est appelée aussi « retard mental » ou « incapacité intellectuelle », par certains organismes.

[3] Traduction libre de « *Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptative behavior as expressed in conceptual, social and practical adaptative skills. This disability originates before age 18* » (AAMR, 2002, p. 19).

le décodage d'un message dépend des caractéristiques des publics ainsi que des caractéristiques structurelles du message. À cet égard, le Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI) (2006) explique que la signalisation dans les moyens de transport ne s'est pas adaptée aux besoins de cette clientèle.

De leur côté, Caron-Bouchard et Renaud (2001) affirment que la télévision est l'un des moyens de communication incontournables pour faire la promotion des saines habitudes de vie. Toutefois, les déficients intellectuels sont privés d'une explication convenant à leurs caractéristiques. Autrement dit, le recours à la vulgarisation et l'emploi de pictogrammes pour accompagner les propos tenus à la télévision sont insuffisants.

À la lumière du modèle de Fougeyrollas (Fougeyrollas *et al*., 1998), les affiches et la télévision (lesquelles font partie des facteurs environnementaux), peuvent être adaptées pour réduire la situation de handicap.

## RÔLES DES AFFICHES ET DE LA TÉLÉVISION

Nous allons cerner ces rôles en fonction de trois axes :

### Axe 1 : population générale

Sur ce plan, le but serait de changer les attitudes de la population générale envers les personnes présentant une DI. Pour ce faire, il faut arrêter d'infantiliser celles-ci, sensibiliser la population à vivre à leurs côtés et vaincre les préjugés.

Thomas (1999) nous informe que dans un environnement social où les médias ont mis en valeur la performance et l'apparence physique, la personne visiblement handicapée se trouve fatalement dans une situation de décalage avec son environnement.

La population générale ne devrait plus conférer à la personne déficiente intellectuellement un statut à part. Elle devrait reconnaître que celle-ci est différente certes, mais égale aux autres.

À cet égard, les films et les émissions télévisées pourraient présenter plus souvent ces personnes comme des concitoyens qui ont des droits, qui peuvent nous côtoyer sans danger et qui détiennent à la fois des forces et des limites, etc. Ces productions télévisées pourraient contribuer à améliorer l'attitude de la population à leur endroit. Par exemple, les émissions sur l'activité physique pourraient présenter un groupe au sein duquel évolue une personne visiblement déficiente. Il pourrait en être de même des personnes apparaissant sur les affiches publicitaires.

Ainsi, nous recommandons que les affiches publicitaires et la télévision projettent des images positives des personnes présentant une DI, pour favoriser une meilleure acceptation de leur différence chez le reste de la population.

**Axe 2 : personnes ayant une DI**
Les déficients intellectuels possèdent des caractéristiques non cognitives telles qu'une faible estime de soi, une certitude anticipée de l'échec, etc., qui ont un effet négatif sur leur participation sociale.

Dans cette perspective, il nous apparaît pertinent, pour réduire le développement de ces caractéristiques non cognitives, que la télévision expose des expériences positives d'intégration, ou tout au moins, quelques-unes des forces de ces personnes.

Ainsi, en présentant des exemples de tâches réussies par ces dernières, cela les encouragera à utiliser les services de leurs milieux et les aidera à être plus autonomes. Dans un film, on pourrait présenter par exemple une personne visiblement déficiente utilisant seule un moyen de transport, ou faisant seule une course à l'épicerie.

Nous recommandons donc que les affiches publicitaires et la télévision projettent des images de personnes présentant une DI ayant réussi une action, afin d'encourager leurs semblables à agir de façon autonome et à se sentir capables d'accomplir les tâches qu'elles entreprennent.

**Axe 3 : messages médiatiques**
Les affiches publicitaires et la télévision transmettent un contenu informatif qui, s'il était simplifié ou enrichi de symboles, pourrait aider à la réalisation d'activités telles que le déplacement (p. ex., les signalisations dans les moyens de transport) ou l'alimentation (p. ex., les informations sur les aliments).

Les connaissances en ergonomie ont aidé à créer des aménagements environnementaux facilitant l'intégration des personnes affligées d'une déficience motrice ou sensorielle (p. ex., les rampes d'accès) (Langevin, 1996). Nous pourrions appliquer ce même principe au langage utilisé dans les messages médiatiques, en essayant d'en réduire la complexité.

Il s'agirait de simplifier les messages en intégrant davantage de pictogrammes, en fournissant plus d'explications, etc. Un message s'adressant à une personne présentant une DI doit être : 1) facile à lire, 2) facile à comprendre (Langevin *et al.*, 2003). De plus, on doit tenir compte de son besoin d'informations de base en matière de droits de la personne, d'accès aux services, de transports, etc.

En guise d'exemple, une affiche claire et simple dans un moyen de transport aidera une telle personne à s'orienter dans ses déplacements. Un concepteur de messages publicitaires sur la nutrition pourra faire appel à une personne ayant une DI (légère) pour en simplifier le contenu informatif et en faciliter le décodage.

Bref, ces trois axes portent sur l'adaptation des messages médiatiques soit pour améliorer les attitudes de la population générale, soit pour améliorer les caractéristiques non cognitives des personnes affligées d'une DI, ou encore pour leur faciliter l'accès aux informations.

### CONCLUSION

Les émetteurs médiatiques devraient travailler à adapter leurs messages, tant au plan du fond que de la forme, en fonction des caractéristiques de ce public cible. En accord avec le modèle PPH de Fougeyrollas (Fougeyrollas *et al*., 1998) et à partir des travaux basés sur nos hypothèses, nous croyons que les émetteurs médiatiques devraient être davantage sensibilisés aux difficultés des personnes qui composent leur public.

## RÉFÉRENCES

American Association on Mental Retardation (AAMR) (2002). *Mental Retardation : Definition, classification and systems of supports*, Washington, AAMR.

Bouchard, C. et M. Dumont (1996). *Où est Phil, que fait-il et pourquoi ? Étude sur l'intégration sociale et le bien-être des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2001). *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé : guide pratique,* 2e éd, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Centre de développement des transports (CDT) (1996). *Améliorer l'information des usagers : Lignes directrices pour la conception d'une signalisation favorisant une meilleure accessibilité des transports,* Centre de développement des transports.

Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI) (2006). « Un comité de travail à la STM », *INFOCRADI,* vol. 4.

Dionne, C. *et al*. (1999). « Le retard du développement intellectuel », dans E. Habimana, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, approche intégrative,* Montréal, Gaëtan Morin.

Fougeyrollas, P., L. Noreau et G. St-Michel (1998*). La mesure des habitudes de vie. Instrument détaillé (MAHVIE 3.0)*, Lac Saint-Charles, CQCIDIH.

Langevin, J. (1996). « Ergonomie et éducation des personnes présentant des incapacités intellectuelles », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 7, nº 2, p. 135-150.

Langevin, J., C. Dionne et S. Rocque (2003). « Incapacités intellectuelles : contexte d'inclusion et processus d'adaptation de l'intervention », dans R. Rousseau et S. Bélanger, *La pédagogie de l'inclusion scolaire,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 173-203.

Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) (2007). *La participation sociale des personnes handicapées au Québec : l'habitation, les communications et les déplacements ; proposition d'une politique gouvernementale pour la participation sociale des personnes handicapées*, URL : <www.ophq.gouv.qc.ca/index.htm> (Consulté le 14 février 2008).

Perreault, K. (1997). *Pour mieux comprendre la différence. Une étude sur les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur ceux de leurs proches*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Powers, L.E *et al*. (1996). « Facilitating adolescent self-determination. What does it take ? », dans D.J. Sands et M.L. Wehmeyer, *Self-Determination Across the Life Span. Independence and Choice for People with Disabilities,* Baltimore, Paul H. Brookes Publishing, p. 257-284.

Proulx, S. et D. Maillet (1998). « La construction ethnographique des publics de télévision », dans S. Proulx, *Accusé de réception, le téléspectateur construit par les sciences sociales,* Québec, Presses de l'Université Laval, p. 121-161.

Rocque, S. *et al*. (1997). « Modèle de la situation de formation, approche écologique en réadaptation d'adultes présentant des incapacités intellectuelles », *Revue Repères*, nº 18, p. 81-93.

Thomas, L. (1999). *Handicapés ou non, ils jouent ensembles, pratiques d'intégration en centres de loisirs*, Levallois Perret, Yves Michel.

## 3.5 Les messages d'activité physique et d'alimentation : que nous offrent les médias québécois[1] ?

Lise Renaud, Ph. D., Marie Claude Lagacé, MBA, et Monique Caron-Bouchard, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Éléments socioculturels de l'environnement, les médias peuvent agir comme des déterminants sur les croyances, les normes et les habitudes de vie des individus et des populations. Leurs messages étant susceptibles d'influencer la santé populationnelle, nous avons cherché à connaître l'offre médiatique québécoise au regard des messages d'alimentation et d'activité physique, sous l'angle de la santé publique. Dans un premier temps, nous avons analysé le contenu de téléromans ($n = 13$) diffusés sur les quatre chaînes généralistes, ainsi que le contenu des publicités durant ces émissions ($n = 68$). Nous avons par la suite étudié le contenu du quotidien *La Presse* entre 1986 et 2005, de même que celui des émissions de la Société Radio-Canada au cours de la même période, relativement aux messages d'alimentation et d'activité physique. Nos données révèlent un écart entre la représentation des hommes et des femmes en vigueur à la télévision québécoise, la corpulence des hommes s'avérant plus forte que celle des femmes. De plus, au cours des vingt années analysées, les messages liés à l'alimentation furent plus nombreux que ceux abordant l'activité physique. Pour atteindre leurs objectifs d'amélioration de la santé des populations, les concepteurs de messages gagneraient à associer ces deux sujets.

**ABSTRACT**

As social elements of our environment, mass media are regarded as determinants of individual and population beliefs, social norms and habits. Since it is recognized that they influence population health, this study aims to obtain a better portrait of Quebec media content regarding physical activity and nutrition messages on a public health level. First, we analyzed the content of fictional television shows ($n = 13$) and advertisements broadcast during those shows ($n = 68$). Second, we reviewed the content of *La Presse* newspaper and of French television Société Radio-Canada from 1986 to 2005 with regard to physical activity and nutrition messages. Our results indicate a difference between how men and women are portrayed on French television, with women more often being shown as underweight and men as at or above healthy body weight. The results also show that during the 20-year period of the reviewed content, there were fewer messages about physical activity than about nutrition. To be successful in their goal of improving population health, mass media should address both subjects together in their messages.

Les médias de masse jouent un rôle important dans la formation des normes sociales de santé (Perkins, 2003 ; Azar, 2004 ; Renaud, 2007 ; Stryker, Moriarty et Jensen, 2008). Faisant office de relais entre des dépositaires d'enjeux et les populations, les médias diffusent différents discours et images sous une

[1] Cet article est paru dans la *Revue canadienne de santé publique*, 2009, vol. 100, nº 3, p. 208-211.

multitude de formats (bulletins de nouvelles, publicités, fictions, chroniques, blogues, etc.) (Perkins, 2003 ; Lapinski et Rimal, 2005 ; Sunstein, 1996 ; Berkowitz, 2005). Les informations ainsi retransmises pourraient contribuer à promouvoir des normes sanitaires, approuvées et valorisées, avec le temps, par une majorité. En tant qu'éléments socioculturels de l'environnement, les médias agiraient donc comme déterminants sur les attitudes, les comportements et les habitudes de vie des individus et des populations (Perkins, 2003 ; Azar, 2004 ; Stryker, Moriarty et Jensen, 2008 ; Lapinski et Rimal, 2005 ; Berkowitz, 2005). Ils constitueraient ainsi la principale source de transmission d'une norme et contribueraient à son adoption en facilitant son appropriation (Azar, 2004 ; Renaud, 2007 ; Berkowitz, 2005). À la suite de l'exposition au message, le récepteur élabore sa propre perception des normes en matière de santé, soit en termes d'objectifs, de fréquence ou de durée (respect de conseils médicaux, maintien d'un poids santé, périodes d'activité physique recommandées, etc.) (Ybarra et Suman, 2008 ; Yager et O'Dea, 2008 ; Borra *et al.*, 2003).

Actuellement, les acteurs québécois de santé publique mettent en place diverses interventions pour améliorer la santé de la population, notamment en matière de promotion de la saine alimentation et de l'activité physique. Or, l'influence des médias n'est pas négligeable dans la compréhension des normes sociales de santé (Yager et O'Dea, 2008 ; Hancox, Milne et Poulton, 2004). Dans cette étude, nous avons d'abord examiné les contenus relatifs à l'activité physique et à l'alimentation, offerts à la télévision et dans la presse écrite au Québec, ainsi que les formats de ces messages. Nous avons également analysé les représentations d'hommes et de femmes véhiculées par certains médias québécois, des recherches passées ayant démontré l'influence des médias sur les habitudes de vie, notamment sur la santé, l'alimentation, l'activité physique et l'image corporelle (Perkins, 2003 ; Azar, 2004 ; Berkowitz, 2005 ; Dubois, 1996).

## MÉTHODE ET CORPUS D'ANALYSE

Dans cette étude, nous présentons les résultats de quatre analyses de contenu de médias québécois. Nous avons, tout d'abord, analysé le contenu des messages d'alimentation et d'activité physique a) de treize téléromans (Caron-Bouchard, Renaud et Mongeau, 2007a) diffusés les 3 et 4 février 2004 sur les quatre chaînes généralistes francophones : Société Radio-Canada (SRC), TVA, TQS et Télé-Québec pour un total de 513 séquences, et b) des publicités télévisuelles (Caron-Bouchard, Renaud et Mongeau, 2007b), en onde durant ces téléromans et offrant un produit en lien avec l'activité physique, l'alimentation ou les deux ($n$ = 68). Par la suite, nous avons étudié c) le contenu des articles du quotidien montréalais *La Presse*, entre 1987 et 2005, de même que d) celui des émissions télédiffusées par la SRC au cours de la même période. Nous avons retenu les contenus d'activité physique et d'alimentation sous l'angle de la santé publique, c'est-à-dire ceux liés à la protection, à la prévention et à la promotion de la santé. Ces deux médias (le quotidien et la télévision) ont été

sélectionnés pour leur complémentarité et leur importance dans le paysage culturel québécois. Lors de l'analyse longitudinale, 1987-2008, nous avons exclu les émissions consacrées aux compétitions sportives amateurs ou professionnelles, les émissions culinaires et les téléromans.

Dans cette analyse longitudinale, les catégories « activité », « sédentarité », « exercice », « conditionnement physique », « mise en forme », ainsi qu'une série de termes associés, ont permis de repérer les extraits traitant d'activité physique[2]. Pour retracer les extraits sur l'alimentation, nous avons utilisé les mots : « nutrition », « alimentation », « obésité », ainsi qu'une série de termes associés. Grâce à la banque de données des articles publiés dans *La Presse*, nous avons ainsi comptabilisé quelque 736 nouvelles, chroniques, éditoriaux et lettres d'opinion. La banque de données des émissions de la SRC a permis de retracer 217 descripteurs[3] d'extraits d'émissions et de nouvelles.

## ANALYSE DES CONTENUS

### Nutrition et activité physique dans les téléromans

Parmi les 513 séquences tirées des treize téléromans, l'analyse de contenu en a dénombré 169 (40 %) évoquant l'alimentation et 31 (6 %) connotant l'activité physique ou sportive. Nous avons étudié exclusivement les séquences en lien avec ces deux thématiques.

#### *Représentation de l'homme et de la femme dans les téléromans*

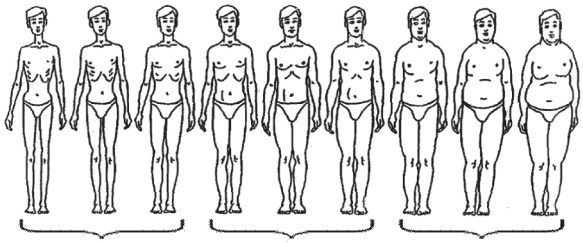
Pour évaluer la corpulence chez les deux sexes, nous avons utilisé l'échelle de physionomie de Thompson et Gray (*Physical Appearance Comparison Scale*) (Thompson et Gray, 1995), divisée en trois tiers : le premier est composé d'individus en deçà du poids santé et le dernier tiers d'individus au-dessus du poids santé. Les résultats ont révélé une forte dissemblance entre les représentations des protagonistes masculins (figure 1, p. 184) et féminins (figure 2, p. 184). La corpulence des hommes s'est avérée plus forte que celle des femmes. Seulement 4 % d'entre eux se trouvaient en dessous du poids santé et 18 % avaient l'apparence d'un poids supérieur au poids santé. Par contre 56 % des interprètes féminines se situaient sous un poids santé et quelque 8 % semblaient avoir un poids supérieur au poids santé.

[2] La méthodologie est décrite en détail dans un rapport de recherche disponible à l'adresse suivante : <www.grms.uqam.ca/Pages/docs/ER_R_evolution_discours_SRC_laPresse-1986_2005.pdf> (consulté le 7 avril 2009).

[3] Un descripteur d'émission de télévision de la SRC comprend les renseignements suivants : la date de l'extrait, le titre de l'émission, la numérotation du segment, le thème, la description sommaire de l'émission incluant généralement le nom du journaliste, la durée de l'émission, l'identification des segments visuels et des personnes interviewées, le lieu des reportages et un certain nombre de renseignements à propos des supports techniques d'archivage.

***Représentation de l'homme et de la femme dans les messages publicitaires***
Dans les publicités comme dans les téléromans à l'étude, les hommes comptent pour 60 % des protagonistes. Non seulement les images de « maigreur » chez les **deux sexes** sont-elles plus nombreuses dans les publicités que dans les téléromans, mais les **écarts entre les sexes** y sont encore plus importants. En effet, dans les publicités sur l'alimentation, c'est 43 % des hommes, mais plus

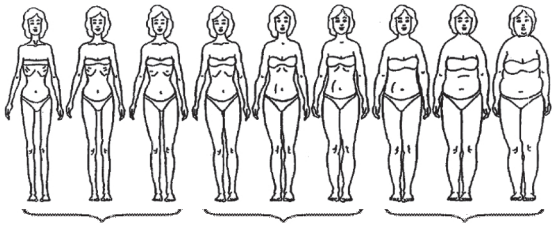
**Figure 1**
**Distribution des protagonistes masculins (*n* = 402)**
**dans la publicité et les téléromans québécois***



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Téléromans** (n = 261) : | 4 % | 78 % | 18 % |
| **Pubs alimentation** (n = 95) : | 43 % | 43 % | 14 % |
| **Pubs act. phys.** (n = 46) : | 3 % | 77 % | 20 % |

* Selon l'échelle de Thompson et Gray (1995). Reproduit avec la permission de Taylor & Francis Group.
Source : Thompson, M.A. et J.J. Gray (1995). « Development and validation of a new body image assessment scale », *Journal of Personality Assessment*, vol. 64, nº 2, p. 258-69.

**Figure 2**
**Distribution des protagonistes féminins (*n* = 268)**
**dans la publicité et les téléromans québécois***



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Téléromans** (n = 178) : | 56 % | 36 % | 8 % |
| **Pubs alimentation** (n = 67) : | 91 % | 9 % | |
| **Pubs act. phys.** (n = 23) : | 100 % | | |

* Selon l'échelle de Thompson et Gray (1995). Reproduit avec la permission de Taylor & Francis Group.
Source : Thompson, M.A. et J.J. Gray (1995). « Development and validation of a new body image assessment scale », *Journal of Personality Assessment*, vol. 64, nº 2, p. 258-69.

du double de femmes (91 %) qui sont en deçà du poids santé. Dans les publicités abordant l'activité physique, les écarts entre les hommes et les femmes sont encore plus marqués. C'est 100 %, soit **la totalité** des interprètes féminines choisies par les annonceurs, qui se trouvent à l'intérieur du premier tiers de l'échelle.

**Messages d'alimentation et d'activité physique dans un quotidien et à la télévision**

Les analyses précédentes ont soulevé des interrogations quant aux messages d'alimentation et d'activité physique diffusés dans les médias québécois. Y retrouve-t-on des messages de santé publique cohérents ? Ou sont-ils plutôt arrimés aux représentations que l'on retrouve dans les téléromans et les publicités ?

***Alimentation et activité physique à la télévision de la Société Radio-Canada***

Sur une période de vingt ans, avec une moyenne annuelle de 7,8 extraits de huit minutes chacun, la SRC a consacré annuellement 62,4 minutes à l'activité physique, soit un peu plus d'une minute par semaine. Les périodes les plus denses à ce sujet couvrent les années 1988 à 1992, avec une tendance à la hausse de 1999 à 2003. Les émissions de services, les bulletins de nouvelles et les émissions d'affaires publiques présentent 85 % de l'information totale sur l'activité physique à la télévision de Radio-Canada. Ce sont les effets (surtout dans les émissions de services), les comportements et les prises de position politique (particulièrement dans les bulletins de nouvelles) qui sont les sujets les plus abordés, alors que la position des professionnels figure au nombre des sujets les moins traités.

L'alimentation a été abordée de manière relativement constante entre 1986 et 2005, avec une moyenne annuelle de 33 segments de neuf minutes chacun, sauf pour l'année 2004 où on en a présenté presque trois fois plus (Laboratoire d'analyse de presse Caisse, Chartier, 2005a et b). On traite de l'alimentation à travers ses effets, l'information scientifique, le comportement, les trucs et les positions des professionnels (surtout des nutritionnistes et des médecins). Ces messages paraissent surtout dans les émissions de services (38,7 %), les bulletins de nouvelles (27,0 %) et les émissions d'affaires publiques (15,7 %).

**Alimentation et activité physique dans le journal *La Presse***

À propos de l'alimentation, d'importantes variations ont été constatées dans *La Presse :* de quatorze articles en 1987, on est passé de 58 à 73 articles entre 1993 et 1996, puis à 30 articles en 1997, 70 en 1998, et 29 en 1999. Finalement, on est passé de 48 à 73 articles entre 2000 et 2004. Au cours du premier trimestre de 2005, le quotidien a publié 73 articles sur l'alimentation. Au total, la moitié des informations sur le sujet présentent : la position des professionnels (médecins et nutritionnistes) (19,4 %), des trucs (16,4 %) et l'information

scientifique (14,9 %). Les professionnels discutent principalement des produits laitiers, des gras et des aliments sains. Ce sont surtout les nutritionnistes qui fournissent des trucs, notamment par des recettes adaptées aux saisons ou des suggestions d'aliments appropriés pour certains groupes de personnes (femmes, jeunes, etc.).

Dans le journal *La Presse*, on dénombre en moyenne seize articles par année sur l'activité physique. Au cours de la période allant de 1987 à 2004, c'est en 1993-1994, en 1998, et en 2004 qu'on trouve le plus de contenus traitant de ce sujet. L'activité physique est surtout traitée à l'intérieur des chroniques. Les sujets les plus abordés sont dans l'ordre : les effets (23,5 %), les trucs (19,3 %) et l'information scientifique (16,5 %). Par ailleurs, nos données indiquent que les positions de professionnels de la santé y sont peu exprimées. Lorsque la source citée (dans l'article) est un individu, ce sont les spécialistes de santé publique qui sont les plus consultés (32 %), suivis des éducateurs physiques ou kinanthropologues (16,2 %), des médecins (14,7 %) et des chercheurs (21,8 %). Les chroniques contiennent des propos critiques sur les comportements des citoyens. Au chapitre des effets, on affirme surtout que faire de l'exercice est bénéfique pour la santé.

Notons, en terminant, qu'au quotidien *La Presse* comme à la Société Radio-Canada, moins de 5 % des articles ou descripteurs abordent à la fois l'alimentation et l'activité physique.

## DISCUSSION ET PISTES DE RECHERCHE

### Téléromans et publicités

Nos résultats suggèrent que les représentations offertes dans les téléromans à l'étude contribuent à valoriser et à perpétuer des modèles constituant une norme, mais qui ne correspondent pas à ce que les instances de santé préconisent, à savoir : une corpulence féminine en deçà du poids santé, voire proche de l'anorexie. Cette situation témoigne d'un certain sexisme puisque l'on préconise un idéal de minceur extrême pour les femmes, alors que l'on tolère davantage un surplus de poids chez les hommes. Ces constatations sous-entendraient que l'on permet à l'homme d'habiter « pleinement » son corps, mais que ce droit n'est pas accordé aux femmes. La redondance de ces messages est certes à l'avantage de l'industrie de la mode et des publicitaires qui récupèrent ces clichés. Cela ne sert toutefois ni les acteurs de santé publique, ni les populations visées et influencées par ces messages médiatiques. Ces images ni saines ni adaptées à la réalité – particulièrement à celle des femmes – suscitent des questionnements, d'autant plus que, dans les médias québécois comme ailleurs en Amérique du Nord, les hommes sont représentés avec un poids plus « réaliste » (Spitzer, Henderson et Zivian, 1999).

Une étude portant sur un plus large échantillon de téléromans permettrait de cerner la nature de cette influence, entre autres chez des populations spécifiques tels les adolescents et les enfants. De nombreuses recherches démontrent que les médias influencent leurs préférences (Borzekowski et Robinson, 2001 ; Lebel *et al.*, 2005), leur propre image corporelle (Yager et O'Dea, 2008) et leurs valeurs (Lebel *et al.*, 2005). Une étude visant à connaître la perception qu'ont les téléspectateurs de ce type d'émission et des messages qu'ils renferment pourrait également fournir des informations cruciales à la santé publique quant à la représentation des protagonistes, au traitement perçu de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi qu'aux normes intégrées à la suite de l'exposition aux messages (Rimal, 2008).

**Offre médiatique d'alimentation et d'activité physique**

La Société Radio-Canada et *La Presse* proposent surtout des informations relatives aux effets (premier sujet dans les deux cas), aux comportements et aux trucs. L'analyse longitudinale indique que l'information à caractère scientifique trouve peu souvent une tribune, surtout à la télévision. Les émissions de télévision à caractère scientifique étant rares, il n'y a guère d'espace pour traiter de ces sujets. Tient-on compte, de ce fait, des attentes des téléspectateurs ? Les communications et la circulation d'informations cohérentes entre journalistes, scientifiques et spécialistes permettraient pourtant d'accorder plus d'importance à l'alimentation et à l'activité physique, pour le plus grand bénéfice de la population. Si l'alimentation semble occuper une place grandissante dans les médias québécois, la proportion de contenus relatifs à l'activité physique sous toutes ses formes demeure faible. En termes de nombre et de pourcentage, ces deux médias ont relativement peu traité, bien que de manière positive, de l'activité physique sous un angle de santé publique au cours de la période analysée (1987-2005). La position des professionnels sur l'activité physique est rarement abordée à la SRC, alors que des nutritionnistes sont régulièrement appelés à informer les publics dans *La Presse*. Cette faible présence peut s'expliquer par l'absence de lien entre ces spécialistes et les acteurs de télévision, par des formats qui plaisent moins ou par la perception que l'activité physique intéresse peu les auditoires. Comme le maintien de la santé est attribuable à un ensemble de facteurs et d'interrelations, nous croyons que les concepteurs de messages médiatiques gagneraient à inclure plus de contenus traitant à la fois d'activité physique et d'alimentation. La conjugaison des messages servirait ainsi davantage les objectifs de santé publique. Puisque le contenu médiatique influerait sur les normes de santé et les habitudes de vie, et que les grands utilisateurs de médias disent être mieux informés sur la santé, des efforts en ce sens constituent d'intéressantes pistes d'action (Stryker, Moriarty et Jensen, 2008). Quoique l'information ne puisse être seule garante de l'adoption de normes, il reste que les individus ou les populations ont besoin de connaissances adéquates pour agir sainement.

## CONCLUSION

Nos études se sont échelonnées de 1987 à 2005. Durant cette période, nous avons perçu des changements dans le discours et le traitement de la santé, de l'activité physique et de l'alimentation dans les médias étudiés (Renaud, 2007). Certains organismes et publicitaires proposent une autre vision du corps sain et du rôle de l'alimentation dans le maintien de la santé et la prévention des maladies. La production de messages de santé exige de repenser l'offre actuelle, mais aussi, de connaître les dynamiques dans lesquelles s'insèrent ces messages pour rejoindre les populations (Borra *et al.*, 2003). Pour modifier les normes sociales en matière de santé, le recours aux médias de masse s'avère efficace lorsqu'il est arrimé à d'autres stratégies ; il constitue en effet une condition nécessaire, mais non suffisante à des changements individuels ou populationnels (p. ex., une rectification de certaines perceptions, tel l'idéal « santé-beauté », en faveur de critères réalistes de bien-être) (Perkins, 2003 ; Azar, 2004 ; Renaud, 2007 ; Berkowitz, 2005 ; Mundofawa, 2008). En outre, l'exploration d'approches multimédias représente une piste pertinente pour la santé publique. Pour contribuer à améliorer le contenu des messages d'alimentation et d'activité physique, mais aussi d'autres thèmes de santé, il serait judicieux d'interpeller directement les professionnels des médias, ces derniers étant réceptifs aux débats sociaux et à la popularité de la santé auprès de leurs différents publics (Maisonneuve et Renaud, 2007).

## RÉFÉRENCES

Azar, O.H. (2004). « What sustains social norms and how they evolve ? The case of tipping », *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 54, p. 49-64.

Berkowitz, A.D. (2005). « An overview of the social norms approach », dans L.C. Lederman et L.P. Stewart, *Changing the Culture of College Drinking. A Socially Situated Health Communication Campaign*, Hampton Press, p. 193-214.

Borra, S.T., L. Kelly, M.B. Shirreffs, K. Nerville et C.J. Geiger (2003). « Developing health messages : Qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity », *Journal of American Dietetic Association*, vol. 103, nº 6, p. 721-728.

Borzekowski, D. et N.T. Robinson (2001). « The 30-second effect : An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers », *Journal of American Dietetic Association*, vol. 101, nº 1, p. 42-46.

Caron-Bouchard, M., L. Renaud et L. Mongeau (2007a). « Quelle réalité ''santé'' les téléromans façonnent-ils ? Une étude exploratoire », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 131-152.

Caron-Bouchard, M., L. Renaud et L. Mongeau (2007b). « Alimentation, activité physique et publicité », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 153-166.

Dubois, L. (1996). « Le discours de la santé à la télévision : différents types de locuteurs pour différents types de représentations », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, nº 1, p. 56-61.

Hancox, R.J., B.J. Milne et R. Poulton (2004). « Association between child and adolescent television viewing and adult health : A longitudinal birth cohort study », *The Lancet*, vol. 364, nº 9430, p. 257-262.

Laboratoire d'analyse de presse Caisse, Chartier (2005a). *Évolution des contenus médiatisés abordant l'activité physique et la nutrition sous l'angle de la promotion, de la prévention et de la protection, volet 1 : Société Radio-Canada, 1986-2005*, Montréal, Chaire en relations publiques, Université du Québec à Montréal.

Laboratoire d'analyse de presse Caisse, Chartier (2005b). *Évolution des contenus médiatisés abordant l'activité physique et la nutrition sous l'angle de la promotion, de la prévention et de la protection, volet 2 : le quotidien La Presse, 1987-2005*, Montréal, Chaire en relations publiques, Université du Québec à Montréal.

Lapinski, M.K. et R.N. Rimal (2005). « An explication of social norms », *Communication Theory*, vol. 15, nº 2, p. 127-147.

Lebel, E., A.-M. Hamelin, M. Lavallée, A. Bédard et A. Dubé (2005). « Publicité télévisée sur les aliments visant les enfants québécois : valeurs nutritionnelles et culturelles », *Communications*, vol. 24, nº 1.

Maisonneuve, D. et L. Renaud (2007). « Influences entre les professionnels des médias dans le traitement de sujets touchant la santé », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 95-107.

Mundofawa, D. (2008). « Communication : Concepts practice and challenges », *Health Education Research*, vol. 23, p. 369-370.

Perkins, H. (2003). *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse : A Handbook for Educators, Counselors, and Clinician,* San Francisco, Jossey-Bass.

Renaud, L. (dir.) (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Rimal, R.N. (2008). « Modeling the relationship between descriptive norms and behaviors : A test and extension of the Theory of Normative Social Behavior », *Health Communication,* vol. 23, nº 2, p. 103-116.

Spitzer, B.L., K.A. Henderson et M.T. Zivian (1999). « Gender differences in population vs media body sizes : A comparison over four decades », *Sex Roles*, vol. 40, nos 7/8, p. 545-565.

Stryker, J.E., C.M. Moriarty et J.D. Jensen (2008). « Effects of newspaper coverage on public knowledge about modifiable cancer risks », *Health Communication*, vol. 23, no 4, p. 380-390.

Sunstein, C.R. (1996). « Social norms and social roles », *Columbia Law Rev*iew, vol. 96, no 4, p. 903-968.

Thompson, M.A. et J.J. Gray (1995). « Development and validation of a new body-image assessment scale », *Journal of Personality Assessment*, vol. 64, no 2, p. 258-269.

Yager, Z. et J. O'Dea (2008). « Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees : Implications for school-based health education and obesity prevention programs », *Health Education Research*, <her.oxfordjournals.org/cgi/content/full/cyn044v1>, (consulté le 7 avril 2009).

Ybarra, M. et M. Suman (2008). « Reasons, assessments and actions taken : Sex and age differences in uses of Internet health information », *Health Education Research*, vol. 23, p. 512-521.

## 3.6 Les graffitis liés au domaine de la santé en Uruguay : potentialités d'évocation dans l'arène symbolique

Geoffroy Renaud-Grignon, B.A., sous la direction de Carmen Rico de Sotelo, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Dans le cadre de l'Institut international d'études d'été en Uruguay (UQAMERCOSUR), nous avons abordé les graffitis depuis une approche symbolique mettant l'accent sur les manifestations contre-hégémoniques dans la culture. Pour ce faire, nous avons présenté les concepts clés de notre analyse sur le graffiti, soit les jeux qu'ils permettent dans la société du spectacle (Debord), depuis une approche (grille d'analyse) symbolique. Par la suite, nous avons analysé certaines stratégies et postures manifestes de ce phénomène observé à Montevideo, à travers un bref échantillon des graffitis récoltés durant le séjour.

**ABSTRACT**

As part of the International Summer Studies Institute in Uruguay (UQAMERCOSUR) we adopted a symbolic approach to graffiti, focusing on cultural demonstrations of counter-hegemony. To this end, we present the key concepts of our analysis of graffiti: a symbolic approach of the games graffiti allow in a showbiz society (Debord). Then, we analyze certain strategies and postures related to this phenomenon observed in Montevideo, through a small sampling of graffiti collected during our stay.

### CONTEXTE

Dans le cadre d'une session d'étude de l'Institut international d'études d'été en Uruguay (UQAMERCOSUR), nous avons été interpellés par la rue de Montevideo. Habillée de mots d'amour côtoyant des appels à la révolution permanente, d'adresses de sites Internet séditieux accotant des logos se réclamant de la *hip-hop civilisation,* de portraits géants dévisageant des murs de lieux désaffectés où des contestataires repensent et reformulent les slogans des partis politiques, la rue comme espace public nous a saisis par sa vitalité d'expression. Dans cet article, nous examinerons surtout les graffitis en lien avec la santé. Lors de notre passage dans cette ville, ceux-ci étaient foisonnants, car quelques mois avant notre arrivée, soit en janvier 2008, le ministère de la Santé publique implantait une réforme du système de santé visant à rendre universelle l'accessibilité aux soins. Cette réforme issue d'un virage socialiste au gouvernement stimule depuis lors les discussions dans l'espace public, où des groupes utilisent le graffiti pour exprimer leurs positions et pour manifester leur opposition.

Notre analyse ne pourrait se targuer d'être exhaustive, du fait que notre objet d'observation, en plus d'être organique (sans cesse vivant et donc en mouvement), révèle divers niveaux d'abstractions et de forages culturels desquels

nous ne pourrions prétendre avoir tout saisi. Notre point d'appui théorique central, ici, est celui du plus petit dénominateur commun de l'ensemble : le symbolique.

## QU'ENTENDONS-NOUS PAR SYMBOLE ?

Au temps des cités états grecs, on développa un moyen de communication permettant aux armées envoyées dans les contrées éloignées, de reconnaître comme légitime le messager qui venait à leur rencontre avec des informations de premier ordre. Un objet rond était fracturé en deux parts et leur ré-union confirmait que le messager et le récepteur étaient dûment jumelés. Cet objet fut nommé symbolon (Mascotto, 2007). Ce concept s'inséra dans le langage, et encore aujourd'hui, symbolon signifie « accord, rencontre, réunion » en grec. Le symbole est donc porteur d'un sens partagé, commun ; il évoque une signification autre, qui est plus grande que le symbole lui-même. Les prémisses de cette analyse du graffiti, en tant qu'acte symbolique, sont :

- que tout le réel est symbolique, et que tout le symbolique est réel ;
- que le symbole transmet un sens et est donc socialement construit ;
- que ces constructions (culturelles, sociétales, personnelles) ne peuvent être interprétées qu'à partir d'un cadre propre à une culture. Les protocoles d'interprétation symbolique ont fonction de frontières collectives manifestes de constructions de sens (Habermas, 1988, cité dans Mèlich, 1996) ;
- que le symbolique s'exprimant au travers du mythe et du rite (Mèlich, 1996), les termes culture et civilisation sont interchangeables. Ainsi, ce qui est usuellement dénommé culture sera ici nommé art.

Ces prémisses démontrent l'importance que révèle le graffiti lorsqu'on l'observe socialement et symboliquement. Le graffiti est un vecteur de sens. Il expose une posture face au monde, il doit être interprété avec des codes propres à des sous-cultures. Chaque graffiti est une manifestation au sein de l'espace public.

## DÉFINITION DU GRAFFITI ET SES POSTURES POLITIQUE, ÉTHIQUE ET ESTHÉTIQUE

Le graffiti se distingue d'une simple tache de peinture par son contenu, par la réplique qu'il oppose à la quotidienneté et par la mise à distance du cadre normatif dominant, corollaire à l'hégémonie capitaliste dont il est un produit. Notons que l'affiche apposée par le gouvernement se démarque du graffiti en raison de son rapport institutionnel à l'espace public (l'espace est loué, son accès est le fruit d'une médiation et le reflet de la culture dominante).

De fait, l'acte d'exposer des graffitis rompt habituellement avec la norme établie de la propriété privée et revendique ainsi le mobilier urbain comme espace public. Il affirme le droit de citer de tous. Il prend généralement appui sur le sentiment d'un présent risible ou d'un autre mode de vie possible. C'est l'affirmation

symbolique d'une altérité dans une quotidienneté viciée par la stratégie du vide[1] : des graffitis décrivant la vie quotidienne présente comme illusoire, obscène ou comme violant des droits considérés comme fondamentaux.

Le graffiti est une réplique au « tout publicité » (dit publicité envahissante) de la quotidienneté[2]. En s'appropriant l'espace urbain, tel les murs, les portes, les rues, les réclames publicitaires, les voitures et les trains, le graffiti occupe un espace politique, éthique et esthétique. Il se veut un vent de fronde face au spectacle qui déclare de manière globalitaire et sans attendre de réponse : « ce qui est bon apparaît, ce qui apparaît est bon[3] » (Debord, 1967, p. 12). Cette fronde attaque en premier lieu la norme d'une sacralisation de la propriété privée, défense primordiale de la naturalisation du capitalisme libéral et de la « démocratie de marché ». Ainsi, contre l'hégémonie capitaliste – soit la naturalisation de ses cadres normatifs, de son éthos et de la projection que chacun peut se faire de l'imaginaire d'autrui – les graffitis et leurs auteurs s'accaparent le rôle de guérilla symbolique de l'imaginaire collectif et de ses représentations matérialisées. L'exercice du graffiti dévoile un rite de contestation s'appuyant sur un imaginaire collectif voulant déborder, voire exploser, des cadres imposés, et utilisant pour communiquer le jeu des symboles en entrant en compétition dans l'arène symbolique de la négociation de sens collectifs (inspiré du cadre de lecture de la symbolique dans la culture de Mèlich, 1996). Il s'agit donc d'une manifestation politique. Cette arène symbolique est aujourd'hui majoritairement densifiée par ce que Debord (1967) décrit comme la société du spectacle ; soit la manifestation de l'accumulation (du capital et de toutes ses potentialités

[1] Développée par Lipovetsky (1996), la stratégie du vide est avant tout un retrait des sphères sociales, visant non pas à ne pas être choquant, mais surtout à ne plus être choqué. Un espace vide de décoration ou d'intérêt esthétique pourrait alors être vu comme neutre, alors qu'en fait, il constitue une insulte au « vivre ensemble » de par le fait qu'il transforme lentement la ville en non-lieux. Une extrapolation communicative de la stratégie du vide telle que décrite chez Lipovetsky pourrait être observée dans le *politicly-correct*, ou encore dans le discours esthétique des organes de sécurité se décrivant comme un service de nettoyage. Il est aujourd'hui commun d'entendre (comme en temps de dictature) des analogies entre un sentiment d'insécurité et un sentiment d'insalubrité. Et les agents de la paix de répondre qu'ils travaillent à nettoyer (lire vider) la rue, le secteur, la ville, les frontières, etc. Celui ne répondant pas aux cadres esthétiques fait l'objet d'un rejet organique digne des vecteurs de maladies contagieuses (tel que développé chez Foucault, 1993).

[2] À la télévision, mais aussi dans les transports, les écoles, tous les arts confondus : en fait dans la majorité des scènes et chez la majorité des acteurs, dans le sens où Goffman l'entend (mise en scène de la vie quotidienne).

[3] « Le spectacle se présente comme une énorme positivité indiscutable et inaccessible. Il ne dit rien de plus que "ce qui est bon apparaît, ce qui apparaît est bon". L'attitude qu'il exige par principe est cette acceptation passive qu'il a déjà en fait obtenue par sa manière d'apparaître sans réplique, par son monopole de l'apparence » (Debord, 1967, p. 12) C'est cette apparence et son monopole qui sont confrontés (serait-ce inconsciemment ?) dans la négociation de l'espace public. Sans sortir des tensions du « moment historique » spectaculaire, du moins le graffiti séditieux rappelle-t-il que d'autres acteurs, et surtout d'autres valeurs, peuvent prendre place dans l'espace urbain et imaginaire collectif.

corollaires) ayant atteint un tel niveau que cette arène est devenue image figée dans des représentations prédéfinies. Spectacle qui est avant tout celui de notre exploitation et donc projection d'une impuissance immédiate corollaire.

Au-delà d'une réplique politique, le graffiti peut être vu comme une réponse éthique aux constructions bon marché ayant généré, depuis des décennies, ce monde de béton gris, de « murs tristes[4] ». Le graffiti peut également émaner d'une réplique esthétique dont l'intention est d'embellir le paysage et de s'inscrire dans celui-ci.

## LE GRAFFITI : UN MOYEN DE COMMUNICATION DANS L'ESPACE PUBLIC

Le graffiti se révèle comme la critique d'une légalité, puisqu'il est dans la majorité des cas un geste prohibé par la loi et le pouvoir, provoquant la norme de l'intouchable propriété privée. Il peut en ce sens être considéré comme un rite se réclamant minimalement d'une distance quant aux normes proclamées par les autorités, ou à plus forte raison encore, comme un rite de passage vers l'appartenance à une communauté autre, d'une tribu urbaine en marge de celle dominante, se confirmant ainsi dans la réclamation d'un autre réel, d'un autre monde, d'un mythe à (re)conquérir. Tout symbole est inséparable d'une valeur, marque un horizon de sens. Ainsi « l'imaginaire symbolique porte une valeur prescriptive, une déontologie sociale, il permet l'évaluation pragmatique et morale » (Mèlich, 1996). L'action de déposer des idées et des opinions sur des objets de l'espace public peut ainsi être comprise comme conquête d'un moyen de communication à dimension humaine, accessible à qui peut trouver une cannette de peinture (Mèlich, 1996). Cette action permet de répondre aux froideurs d'un urbanisme générant de plus en plus de « non-lieux », ces « endroits où personne (ou encore tout le monde, ce qui revient au même) ne se reconnaît, ces lieux dépourvus de sens » (Augé, 1993) : dépourvus, car ni leur identité, ni leurs rapports, ni leurs histoires ne sont symbolisés. Le graffiti est un outil démocratique, aux visées décolonisatrices de l'imaginaire, en ce sens qu'il donne une voix à ceux qui n'auraient pas d'autres moyens d'inscrire leurs positions marginales dans l'arène publique du sens collectif. Ainsi le rite et le mythe s'interalimentent-ils, dans un geste d'affirmation symbolique par rapport à l'idéosphère d'un monde différent, à la résolution de l'anomie qu'est le capitalisme s'observant lui-même dans le spectacle. Le rite décrit plus haut est une marque de contestation/rupture face à l'autorité culturelle de la propriété privée.

Cet exercice de communication ouvre une porte importante dans les processus de socialisation, car du dialogue vient une densification des idées, un éclaircissement quant aux visées et moyens communs ainsi qu'une négociation plus

[4] Tiré de la chanson *L'empreinte* de ManuMilitari traitant des graffitis : « vos murs tristes méritent qu'on pèse sur la détente ».

inclusive des frontières de l'acceptable collectif. À mesure que les sens collectifs s'explicitent (autour de mythes), une polarisation devient possible et donc un regroupement des forces et des volontés. Les tribus urbaines peuvent s'apprivoiser et lentement, en s'unissant, découvrir ce qui fait obstacle à leur émancipation. Les tribus sont aujourd'hui désunies en regard d'un objectif commun, le partage d'un mythe, d'une cosmologie, mais désignent par leurs faits une constellation d'ennemis communs (concepts, phénomènes) qui pourrait les unir dans le procès de ceux-ci. Les graffeurs sacrifient l'idée d'une sacralisation de la propriété privée au profit d'un mythe (souvent plus manifeste qu'explicité) de droit à la communication et à l'affirmation. On pourrait lire cette attaque comme un geste de libération (de l'expression) dans une « société ne se composant pas d'hommes, sinon de communication [d'échange] » (Luhmann, 1995, cité dans Mèlich, 1996).

Dans la crise du sens, le fait de désigner un ennemi commun – qui primitivement était un animal ou un être, mais qui dans les sociétés développées se déplace dans une manifestation sociale, un concept, une idée – et de s'en défaire, mène à la résolution de la crise. Le rite sacrificiel rétablit et confirme un certain ordre et son cosmos. Lorsque socialement reconnu comme nécessaire, ce sacrifice unit l'ensemble derrière la représentation d'une frontière collectivement désignée comme impérative à la survie des racines reliant le groupe, le mythe, et donc nécessaire à la survie d'un horizon de sens.

Le phénomène des graffitis bien que dévoilant un potentiel libérateur, de par l'aspect d'une démocratisation d'un dialogue dans l'espace public, demeure restreint par ses possibilités de diffusion et d'accessibilité. En effet, en venant « chatouiller » le déisme de la propriété privée, il est aussi souvent à son tour nié, rapidement enlevé ou encore noyé sous d'autres réclames. Ainsi, après un certain temps, il ne sera plus retraçable, à moins de suffisamment marquer l'imaginaire pour être reproduit en d'autres espaces-temps, ou encore dans une autre sphère de communication relevant de l'impression ou l'Internet. Les deux volets à reconnaître comme non négligeables sont, d'une part, la démonstration de possibilité de répliques au marasme présent et à ses autorités[5], et d'autre part, le développement symbolique se manifestant dans le rite, l'exposition d'un mythe contrebalançant celui du spectacle et de la marchandise, développant ainsi une avenue politique, une interface associative.

## NOS OBSERVATIONS : QUELQUES GRAFFITIS URUGUAYENS

Quelques exemples de graffitis provenant de l'Uruguay qui ont été apposés sur le mobilier urbain en temps de changement politique : la réforme de santé visant à rendre universelle l'accessibilité aux soins ; l'arrivée au pouvoir du

[5] Pensons, entre autres, à un miroir du mitraillage publicitaire.

premier parti de gauche élu en plus de 30 ans. Ce contexte correspond à un moment où des groupes utilisent le graffiti pour exprimer leur position, afficher leurs visions ou manifester leur opposition.

Trois thématiques liées à la santé se retrouvaient fréquemment sur les murs de Montevideo durant les mois de juin et juillet 2008 : l'accessibilité aux soins, la sexualité responsable et l'usage des drogues. Ainsi pouvait-on lire[6] :

> 3000 opérations pour les yeux, j'ai retrouvé la vue
>
> Pour un droit à l'avortement maintenant
>
> Mobilisons-nous pour le droit à l'avortement
>
> J'ai avorté le 14 avril 2008, le 8 mai, etc.
>
> Aime-moi avec un préservatif
>
> Il faudra distribuer des préservatifs chez les forces armées, pour la prochaine fois où elles violeront la constitution
>
> Légalisons-la (marijuana), ou dessin de feuilles de cannabis
>
> Pour une médecine naturelle (se référant au cannabis et autres drogues douces)
>
> Pour contrer le trafic, je le fais pousser chez moi (cannabis)

Autres graffitis interpellant les gens face à la situation actuelle (mais qui ne sont pas analysés ici) :

> Votez à gauche : ne votez pas
>
> La seule église qui éclaire est celle qui brûle
>
> En notre époque, ne serait-il pas temps de changer la balance de la justice pour une roulette ?
>
> Les patrons et le gouvernement sont comme les moustiques, ils ne sont pas mortels, mais nous sucent le sang

[6] Traduction libre de tous les graffitis.

Le libéralisme n'a qu'une seule théorie : privatiser les gains et socialiser les pertes

500 ans de quoi ? De la découverte de l'Europe – un américain

La démocratie dans le capitalisme est une société anonyme : les riches détiennent toujours 51 % des parts.

Dieu t'aime, mais ne souris pas, l'opus dei te gouverne

Les droits humains : les gouvernements les reconnaissent, les peuples les conquièrent

Pour lutter aujourd'hui et y arriver [l'atteindre], face au pouvoir il faut le baiser

## DISCUSSION

Les graffitis traitant de santé que nous avons observés se classent en diverses postures reliées aux fonctions suggérées par les symboles : les progouvernementaux, les légalistes, les existentialistes et les narratifs.

Les graffitis « progouvernementaux » vantent les actions du pouvoir en place comme forme de progrès. Le graffiti tente de mettre en valeur les actions louables du gouvernement. C'est ainsi qu'on peut interpréter « 3000 opérations pour les yeux, j'ai retrouvé la vue ».

Les graffitis « légalistes » réfèrent à ceux qui réclament explicitement des changements à l'intérieur du cadre normatif. Ils s'adressent au gouvernement, à la loi, aux pouvoirs en place. Par exemple, « pour un droit à l'avortement maintenant » ; « Légalisons-la (marijuana) ».

Les graffitis « existentialistes » exposent une réalité proscrite. Ils annoncent au lecteur : « je suis hors de votre cadre normatif, hors de votre monde et pourtant je suis un être humain », « faites-moi une place/ prenons notre place ». Sous cette catégorie, nous avons regroupé les graffitis suivants : « J'ai avorté le 14 avril 2008, le 8 mai, etc. » ; « mobilisons-nous pour le droit à l'avortement » ; « Aime-moi avec un préservatif » ; « Pour contrer le trafic, je le fais pousser chez moi (cannabis) » ; « Pour une médecine naturelle » (se référant au cannabis et autres drogues douces).

Les graffitis « narratifs », quant à eux, décrivent une situation comme présente, sans s'y investir explicitement. Ces graffitis sont comme des constatations ou des négociations culturelles distantes du graffeur et du lecteur. Ils exposent une situation « en soi », *i.e.* une situation s'insérant dans un contexte historique et politique plus large, qui amène chaque individu à se positionner devant une

lecture « autre » que celle en vigueur dans la culture dominante et ses médias de masse. Par exemple : « La seule église qui éclaire est celle qui brûle » ; « En notre époque, ne serait-il pas temps de changer la balance de la justice pour une roulette ? », « 500 ans de quoi ? De la découverte de L'Europe – un américain ».

Alors que les graffeurs progouvernementaux se réclament d'un ordre nouveau, qu'ils posent comme meilleur que les gouvernements antérieurs, les légalistes réclament un changement du cadre normatif. Quant aux existentialistes, ils dépeignent leurs manières d'être, et enfin, les narratifs témoignent d'une mise à distance du présent.

Les graffitis exposent des rites de contestation par un refus de la propriété privée, en ce sens qu'ils sont faits sur des espaces qui n'appartiennent pas aux graffeurs. De plus, ils nient la tendance à l'aseptisation esthétique puisqu'ils offrent des répliques colorées, partout, et même dans des lieux inusités (comme les toilettes, les parcs, les trains). Enfin, ils mettent à distance l'ordre établi en demandant une impérative accessibilité universelle aux soins de santé publique et de qualité pour tous, un droit à l'avortement, une utilisation légale des drogues, une réforme des systèmes électoraux de partis, etc. Des contradictions internes d'un système sont dénoncées, exposées : l'état de droit présent dans la théorie réclame l'universalité comme appui de fond à son fonctionnement. Universalité des droits, mais aussi universalité des chances. À titre d'exemple, ce sont les graffitis qui nous ont amené – nous, spectateurs étrangers – à nous questionner sur les engagements du ministère face à ces diverses questions en matière de santé. Lors d'une rencontre avec le ministère de la Santé publique, nous avons questionné le ministre sur le développement des lois et cadres normatifs entourant la distribution de préservatifs, l'avortement, la consommation de drogues douces, etc. Nous avons cherché à mesurer la distance entre le discours de la rue et les positions du ministère. La réponse donnée par ce dernier montrait que de simples graffitis offerts à l'œil attentif pouvaient générer beaucoup de tensions politiques et religieuses.

Cette démonstration des postures révélées dans le phénomène du graffiti, soit un rite de contestation confrontant l'esthétique du spectacle par la réappropriation des espaces, l'affirmation d'une altérité éthique dans la quotidienneté de par des manifestations contre-hégémoniques de « tribus culturelles locales », s'appuyant sur une mythologie niée par l'état actuel du droit et de l'organisation sociale, et ainsi donc, le développement et la densification de symboliques de l'émancipation et de ses stratagèmes, annoncent un aspect des plus prometteurs du jeu symbolique.

## CONCLUSION

Quelles possibilités réelles de « contamination des idées » au sein de l'espace public le jeu symbolique du graffiti permet-il ?

À partir de quelques graffitis liés au domaine de la santé, nous avons démontré que le graffiti est un outil de communication dans l'espace public, au sein d'une société en mutation. La force du graffiti est d'être démocratique, bien qu'illégal, puisque tout le monde peut l'utiliser. Ainsi celui-ci participe-t-il au mouvement de décolonisation de l'imaginaire, en résistant à l'hégémonie capitaliste et aux vides qu'elle génère. Se réclamant de l'éveil d'une conscience humaniste de nouvelle vague, ce mouvement lutte pour les horizons sociaux des constructions de sens. Cette force culturelle permet une réappropriation des mythes en place, qui sont du coup renégociés avec les restes de la culture capitaliste, mais surtout elle contribue à la construction d'un discours collectif traçant une ligne de démarcation. Lorsque cette ligne sera densément définie culturellement, dans l'imaginaire, la révolution ne sera plus qu'une matérialisation d'un nouveau paradigme symbolique de la société.

La civilisation et la culture étant des termes interchangeables, puisque le second regroupe toutes les manifestations permettant une transmission intergénérationnelle du premier, il s'avère révélateur d'observer les manifestations contre-culturelles et contre-hégémoniques décrites plus haut comme germes de tribus « de décolonisation de l'imaginaire ». Car du fait qu'elles se positionnent « en contre » des mythes et rites qui construisent et reproduisent l'horizon de sens de la civilisation actuelle, leurs négociations seront à coup sûr expression de sens nouveaux. En exprimant une volonté de ne pas transmettre la culture (rites-mythes-symboliques) permettant à la civilisation de se reproduire dans sa forme actuelle, deux voies s'offrent : celle d'un rejet en bloc et celle de la réappropriation d'un espace pour une civilisation autre.

## RÉFÉRENCES

Araújo, A.M. (2008). « L'Hyper-modernité et la liquéfaction des êtres », communication dans le cadre d'un cours.

Augé, M. (1993). *Los « non-lugares ». Espacio del anonimato. Una anthropología de la sobremodernidad,* Barcelone, Gedisa.

Debord, G. (1967). *La société du spectacle*, Paris, Gallimard.

De Sousa Santos, B. (2001). « La globalisation contre-hégémonique et la réinvention de l'émancipation sociale », dans D. Mercure (dir.), *Une société monde ? Les dynamiques de la mondialisation*, Québec, Presses de l'Université Laval/DeBoeck Université, p. 45-63.

Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir,* Paris, Gallimard.

Habermas J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, Paris, Fayard.

Laborit, H. (1973). *La société informationnelle, idées pour l'autogestion,* Paris, Gallimard.

Laborit, H. (1985). *L'Éloge de la fuite,* Paris, Gallimard.

Latouche, S. (2003). *Décoloniser l'imaginaire : la pensée créative contre l'économie de l'absurde,* Paris, L'Aventurine – Parangon.

Lipovetsky, G. (1996). *L'ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain,* Paris, Gallimard.

Luhmann, N. (1995). *Social systems*, Stanford, Stanford University Press.

Manu Militari (2006). *Voix de fait High life Montreal*, Montréal

Marcuse, H. (1941). « Some Social Implication of Modern Technology », *Studies in Philosophy and Social Sciences*, vol. IX.

Marcuse, H. (1963). *Eros et civilisation*, Paris, Éditions de Minuit.

Mascotto, J. (2007). « Marx et le conflit social », cours donné à l'UQAM à la session d'automne 2007.

Mèlich, J.-C. (1996). *Antropoligía simbólica y acción educativa,* Barcelone, Paidós.

Rhéaume, J. (2008). « Comunicación y salud : Desafíos sociopolíticos y institucionales », communication dans le cadre d'un cours.

Silvia, A. (1991). *Grafitis en el aire,* Montevideo, Ediciones de la nueva amarguendo.

# CHAPITRE 4

## Le récepteur

## 4.1 L'impact d'un site Internet dans une campagne de promotion de la santé : le *Défi Santé 5/30*[1, 2]

Lise Renaud, Ph. D., et Monique Caron-Bouchard, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

En 2005, une campagne québécoise de promotion de la santé d'une durée de douze semaines a utilisé une stratégie de communication multimédia, au cours de laquelle l'Internet offrait de l'information et proposait un accompagnement soutenant l'implication personnelle. Le *Défi Santé 5/30* visait à renforcer les comportements en matière de saine alimentation et de pratique régulière de l'activité physique. Cette stratégie de communication offrait au public la possibilité de s'engager dans un défi santé, en se fixant des objectifs à atteindre au cours de la campagne. L'utilisation et l'impact médiatique de la campagne ont été évalués à l'aide d'un sondage téléphonique ($n = 609$) et de groupes de discussion auprès de personnes ayant été exposées au programme de sensibilisation ($n = 102$) et auprès de professionnels de la santé ($n = 32$). L'article explore les raisons qui sous-tendent les changements de comportement réalisés durant la campagne et, plus particulièrement, le rôle joué par l'Internet. Diverses caractéristiques ont vraisemblablement contribué à accroître la motivation et la fidélité des utilisateurs : les objectifs spécifiques, le contenu, l'architecture et les techniques d'utilisation du site, la convergence des médias et l'apport des partenaires, l'approche d'accompagnement virtuel, médiatique, interpersonnel et technique, ainsi que l'apport des professionnels de la santé. Les facteurs non facilitants sont également discutés : l'accessibilité technique et socioculturelle, l'éthique et les contraintes liées à la participation des professionnels de la santé. Le *Défi Santé 5 /30* fait la démonstration qu'un site Internet introduisant l'accompagnement virtuel, médiatique, interpersonnel et technique peut favoriser le déclenchement d'une prise de conscience qui ouvre les portes aux changements de comportements au sein de la population.

**ABSTRACT**

In 2005, a 12-week health promotion campaign in Québec utilized a multimedia communications strategy in which a website was used to supply information and to serve as an accompaniment to support individual engagement with the campaign. The *Défi Santé 5/30* or *5/30 Health Challenge* was intended to reinforce behaviours related to healthy eating and the regular practice of physical activity. This communications strategy offered the public the possibility to personally engage in a health challenge by setting objectives to attain over the course of the campaign. The campaign's media use and impact are evaluated with the aid of a telephone survey ($n = 609$), discussion groups with individuals ($n = 102$) who had been exposed to the campaign, and discussion groups with health professionals ($n = 32$). The article explores underlying explanations for behavioural changes

[1] Cet article est paru dans la revue *Santé publique*, 2009, vol. 21, nº 5.

[2] Les auteures remerciement Sylvie Beaulieu, Sophie Pillarela, Pierre-Luc Lortie et Guillaume Martel pour la collecte des données, ainsi que toute l'équipe d'intervention du *Défi Santé 5/30* sans laquelle ce projet n'aurait pas vu le jour.

during the campaign with a focus on the role of the website. Several characteristics can potentially contribute to the development of motivation and fidelity in users: specific objectives of the website; content; architecture and usage techniques; media convergence and contribution of partners; an accompaniment approach that is at once virtual, media-based, interpersonal while also using contributions from health professionals. Non-facilitating factors are also discussed: technical and sociocultural accessibility; ethics and constraints related to the participation of health professionals. The *Défi Santé 5/30* has demonstrated that a website using virtual, media-based, interpersonal and technical accompaniment can contribute to behavioural change.

## PROBLÉMATIQUE

La promotion de la santé fait appel à des stratégies populationnelles visant à créer un consensus tant au niveau des comportements que des environnements favorables à la santé (Caron-Bouchard et Renaud, 2001 ; Evans et Hastings, 2004). Certaines de ces stratégies, notamment l'éducation à la santé ou la communication pour la santé, proposent des interventions à caractère individuel qui rejoignent une large part de la population. C'est dans ce contexte que les organismes de santé publique utilisent de plus en plus l'Internet en promotion de la santé.

Quatre secteurs thématiques d'application de l'Internet pour la promotion de la santé (Lintonen *et al.*, 2008) ont été identifiés et sont proposés par les agences de santé : 1) utilisation de technologies de l'information comme moyen d'intervention, par exemple, un concours en ligne tel le *Défi Santé 5/30* offrant de l'information et visant des changements de comportement (nous en discuterons dans cet article) ; 2) utilisation de technologies de l'information comme centre de recherche, par exemple, un site Web offrant des ressources documentaires tels les publications et les rapports de l'organisation ; 3) utilisation de technologies de l'information comme instrument de recherche, par exemple, un site de collecte de données et 4) utilisation de technologies de l'information pour le développement professionnel, par exemple, un site Web offrant de l'éducation continue en ligne ou de l'information spécifique pour les intervenants de la santé.

Dans le cadre d'une campagne multimédia de promotion de la santé intitulée le *Défi Santé 5/30*, nous nous sommes intéressées à l'utilisation de l'Internet comme moyen d'intervention exigeant une recherche active de la part de l'internaute. En comparaison avec le téléspectateur qui reçoit une information provenant d'une émission sans avoir nécessairement cherché à l'obtenir, nous postulons que l'internaute se trouve dans une position plus active. Différents travaux ont en effet montré que l'utilisateur a plus de contrôle sur l'information captée sur l'Internet, parce que sa recherche est motivée par le désir d'obtenir

réponse à ses questions, qu'il réalise celle-ci au moment et dans le lieu qui lui conviennent, obtenant ainsi une information plus personnalisée et mieux adaptée à ses besoins (Griffiths *et al.*, 2006 ; Jensen et Rosengren, 1992 ; Noar, 2006 ; Wolton, 1992). Par ailleurs, la littérature documentant les interventions en ligne de promotion de la santé suggère que celles-ci contribueraient à améliorer les connaissances, à modifier les attitudes et pourraient entraîner des changements comportementaux chez les individus (Lin *et al.*, 2005 ; Marcus *et al.*, 1998 ; Ostry *et al.*, 2008 ; Wantland *et al.*, 2004). De plus, les internautes inscrits à une campagne de cessation du tabagisme et ayant lu des courriels à cet effet sont plus enclins à cesser de fumer, et ce, à court et à moyen terme (Gomez-Zamudio *et al.*, 2009). Les atouts interactifs de cet outil sont notamment la possibilité de multiplier les contacts avec les utilisateurs (Vandelanotte *et al.*, 2007), par exemple par la voie de messages courriels qui semblent favoriser la fidélisation au site Internet de l'intervention (voir à titre d'exemples Woodall *et al.*, 2007 ou Franklin *et al.*, 2006, qui évaluent les effets de ces courriels dans le cadre de sites de promotion de la saine nutrition et de l'activité physique). Toutefois, à ce jour, très peu d'études ont porté sur les interventions de promotion de la santé sur le Web visant à soutenir les individus dans leur désir de changement, en leur offrant un accompagnement virtuel (Lintonen *et al.*, 2008).

L'objectif de cet article est de mieux cerner les facteurs de motivation, de fidélisation et d'impact de l'utilisation de l'Internet comme moyen d'intervention en promotion de la santé. Les conditions nécessaires pour qu'un site Internet traitant de la santé ait un impact significatif sur une population, notamment en regard des informations recherchées, des sources et modalités de présentation, des liens potentiels avec les organismes de santé et leurs professionnels, sont examinées.

## CONTEXTE DE LA CAMPAGNE *DÉFI SANTÉ 5/30*

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé adoptait la *Stratégie Mondiale pour l'alimentation et l'activité physique* qui sert de base à une prévention efficace des maladies chroniques (OMS, 2004). Les saines habitudes de vie (la pratique régulière de l'activité physique, la consommation de fruits et de légumes et le non-tabagisme) réduisent à elles seules 80 % du risque relatif de subir un infarctus du myocarde et préviennent la majorité des cancers (FMRC, 2009 ; Yusuf *et al.*, 2004). C'est dans le cadre de ces lignes directrices qu'a été conçue une intervention québécoise de promotion de saines habitudes de vie utilisant une approche multimédia (encadré 1, p. 206).

### Description du site Internet et inscription

Les personnes intéressées à participer activement à la campagne pouvaient s'inscrire au *Défi Santé 5/30* par le site Internet de la campagne. Quelque 50 143 personnes se sont ainsi inscrites, sur une population québécoise de 7,6 millions de personnes ; 83,9 % des participants étaient des femmes ayant

**Encadré 1**
**Description de la campagne**

Le *Défi Santé 5/30* est une campagne multimédia, d'une durée de douze semaines, faisant la promotion de saines habitudes d'alimentation, d'activité physique et de maintien ou de modification du poids ; cette campagne s'est déroulée au Québec, du 30 janvier au 23 avril 2005. La population générale, groupe cible de la campagne, était encouragée à consommer quotidiennement cinq fruits et légumes, et à faire 30 minutes d'activité physique par jour. Outre un site Internet, le matériel médiatique de la campagne se composait d'une émission télévisée hebdomadaire d'une demi-heure (émission de lancement et douze épisodes) ; de capsules télévisées de quelques minutes ; de quatre encarts informatifs de quatre pages, de 24 chroniques de deux pages, de huit articles et de 60 insertions de quelques lignes offrant des conseils ou trucs publiés dans des revues ou des journaux à distribution régionale. Ce matériel contenait des entrevues avec des personnalités du milieu artistique, des chroniques de spécialistes (éducateur physique, médecin, nutritionniste, psychologue), des trucs ou conseils, des tests et des outils d'échange ayant tous pour sujet l'alimentation, l'activité physique et la réduction ou le maintien du poids. Parallèlement aux contenus médiatiques, des opérations de relations publiques ont eu lieu, au cours desquelles des personnalités reliées à la campagne effectuaient des interventions de promotion de celle-ci, tant dans les médias que dans diverses localités et communautés.

modifié leurs habitudes de vie depuis moins de six mois ; 40,3 % des participants étaient âgés de 30 à 44 ans et 29,3 % possédaient un diplôme universitaire. Il était possible pour ces personnes de communiquer leurs objectifs personnels de consommation de fruits et légumes, d'activité physique et de maintien ou de modification du poids ; s'ils s'avéraient trop élevés, ces objectifs santé étaient réajustés selon le profil personnel du participant. En s'inscrivant, ces personnes avaient également la possibilité de soumettre leur adresse courriel afin de recevoir de l'information liée à leurs objectifs de santé. Cette information rédigée par des experts du domaine de la santé visait à soutenir les participants dans leur démarche. Mais qu'elles soient ou non inscrites sur le site, les personnes avaient toutes accès à de l'information générale, c'est-à-dire non ciblée en fonction du profil de l'internaute, sur l'alimentation (recettes-santé simples et économiques, etc.), l'activité physique (moyens pour intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne, etc.) et la perte ou le contrôle du poids (diminution de poids hebdomadaire préconisée, etc.). De plus, le site Internet fournissait la liste des ressources de santé disponibles pour poursuivre la démarche ou trouver réponse à certaines questions. Enfin, il jouait le rôle d'une communauté virtuelle par le biais d'un babillard électronique géré par un webmaître permettant d'une part l'échange d'expériences, et d'autre part, la participation à des activités de mobilisation communautaire reliées aux thèmes de la campagne et organisées au plan local, ou encore, l'accompagnement interpersonnel par téléphone.

### Objectif de l'étude

Cette recherche examine : 1- l'impact de la campagne sur les connaissances, les attitudes et les comportements des gens inscrits et de ceux qui utilisent les divers outils de la campagne ; 2- l'appréciation des participants et leur utilisation du site Internet ; 3- la fidélisation et la motivation du public générées par l'accompagnement virtuel, interpersonnel et technique offert par le *Défi Santé 5/30* ; 4- la contribution de l'Internet auprès des professionnels de la santé en tant que gestionnaires et cliniciens.

## MÉTHODOLOGIE

Trois instruments de collecte de données ont été utilisés. 1) Les bulletins d'inscription et de fin de campagne ont permis d'amasser les informations personnelles quant au sexe, à l'âge et à la nature des objectifs de santé poursuivis. 2) Un sondage téléphonique d'environ vingt minutes a été réalisé auprès de deux échantillons : le premier composé de 402 personnes inscrites au *Défi Santé 5/30* par le site Internet, et l'autre, de 207 personnes non inscrites, mais ayant écouté l'émission de télévision de la campagne. 3) Le troisième instrument de collecte a pris la forme de groupes de discussion d'une durée approximative de 2 h 30 chacun (DSP Montréal Centre, 2000 ; GRMS, 2007a,b,c). Treize entrevues de groupe ont ainsi été effectuées auprès d'adultes provenant d'un milieu urbain, semi-urbain ou rural, dont cinq portaient spécifiquement sur le *Défi Santé 5/30* ($n = 42$) et huit ($n = 64$) sur l'utilisation de l'Internet en général. Avant la mise en marche du *Défi Santé 5/30,* cinq groupes de discussion ont aussi été réalisés avec des professionnels de la santé ($n = 32$), notamment des médecins, des infirmières, des intervenantes sociales, des diététistes, des ergothérapeutes, etc., au sujet de leurs attentes à l'égard d'Internet et de la santé.

## RÉSULTATS

Les résultats concernant le degré d'intérêt pour la campagne et l'utilisation de l'Internet par les participants sont d'abord abordés. La nature des objectifs poursuivis et le degré d'atteinte de ces objectifs sont ensuite présentés. Divers facteurs explicatifs de la participation des internautes sont aussi discutés, tout comme les facteurs non facilitants.

### Degré d'intérêt et utilisation du site Internet

En ce qui a trait au degré d'intérêt, les données du sondage indiquent que les répondants, qu'ils soient ou non inscrits formellement au *Défi Santé 5/30*, y sont intéressés, mais que les inscrits sont davantage intéressés par le site Internet que les non-inscrits. Plus de huit répondants inscrits sur dix ont utilisé le site Internet après leur inscription (82 %), alors qu'un peu plus d'un répondant non inscrit sur dix a utilisé ce site pendant la campagne (11 %). L'intérêt des inscrits envers le site Internet s'est répercuté sur leur utilisation de ce média, puisque la vaste majorité des personnes sondées ont déclaré avoir consulté le site Internet de la campagne. Près de six répondants inscrits sur dix ont visité le

site Internet *Défi Santé 5/30*, à raison d'une ou deux fois pendant les douze semaines (57 %). D'autre part, plus de huit répondants inscrits sur dix affirment avoir reçu des courriels du *Défi Santé 5/30* (85 %), et parmi ces derniers, 92 % mentionnent les avoir lus. Le site Internet a été perçu comme le lien principal avec les organisateurs et l'ensemble de la campagne.

Notons que les divers groupes de discussion ont mis en relief l'existence de profils différents au sein des participants : des personnes qui ont agi de façon autonome et d'autres qui préféraient bénéficier de l'appui et de l'effet d'entraînement d'un groupe. Le site a semblé répondre aux attentes des uns et des autres : consulter les informations au moment opportun, recevoir des courriels ciblés en fonction de ses propres objectifs, faire partie d'un *momentum* collectif et associer dans la foulée enfants, conjointe ou conjoint et, dans une moindre mesure, amis et collègues de travail.

Au dire de plusieurs répondants des groupes de discussion, le site Internet du *Défi Santé 5/30* constituait le meilleur moyen d'accompagnement pour soutenir la participation des inscrits, et ce, compte tenu des objectifs poursuivis. D'autres avancent que le site Internet était le seul canal de communication consulté pour soutenir leur participation. Celui-ci constituait le lien principal entre l'organisme responsable de la campagne et le public.

**Atteinte des objectifs santé par les participants**

L'atteinte des objectifs santé en regard de la consommation de fruits et légumes, de la pratique d'activité physique et de la modification du poids peut être évaluée pour les personnes inscrites sur le site, car des mesures pré et post campagnes ont été créées à partir des formulaires d'inscription et des questions du sondage. Par ailleurs, les participants non inscrits au *Défi Santé 5/30*, mais utilisant le matériel, ont fait part à posteriori de leur modification de comportement durant la campagne. Cette mesure est plus contestable puisqu'elle est autorapportée et qu'aucune mesure pré campagne n'a été prise. Ainsi, six répondants non inscrits sur dix se sont fixés un objectif d'alimentation, 44 % un objectif relatif à l'activité physique et 16 % un objectif de gestion du poids. Qu'en est-il des participants inscrits ? Le site leur a-t-il permis d'atteindre leur objectif ? Comment le site les a-t-il aidés dans leur démarche ?

***Consommation de fruits et légumes***

La moitié des inscrits (53 %) se sont donnés pour objectif d'atteindre graduellement la consommation de cinq portions de fruits et légumes par jour (ici, cette catégorie regroupe tous les objectifs de type « augmenter ma consommation d'un fruit et légume par jour », « augmenter ma consommation de deux fruits et légumes par jour », etc.) et un peu plus du tiers de maintenir cette

consommation de fruits et légumes. Les répondants rapportent dans une proportion de 94 % s'être approchés de l'objectif d'alimentation fixé en début de campagne.

***Pratique d'activité physique***

Pour ce qui est des objectifs concernant l'activité physique, la moitié des inscrits (49 %) ont mentionné vouloir intégrer 30 minutes d'activité physique à leur horaire quotidien. Près du tiers voulaient maintenir ce même objectif par la suite. La plupart des inscrits (80 %) ont atteint l'objectif qu'ils s'étaient fixés en début de campagne.

***Maintien ou modification du poids***

Enfin, près des trois quarts des répondants inscrits (71 %) voulaient perdre du poids et environ une personne sur cinq désirait maintenir son poids. Près des deux tiers (68 %) des inscrits ont dit s'être approchés de leur objectif.

**Facteurs de participation active des internautes**

Les propos des répondants recueillis lors des diverses entrevues de groupe ont permis d'explorer les raisons sous-tendant les changements décrits plus haut, et plus particulièrement, le rôle de l'Internet comme agent de changement durant cette campagne. Les données recueillies dans le cadre des entrevues de groupe révèlent qu'un des principaux facteurs a été, pour nombre de participants, le site Internet, et que dans ce dernier, l'accompagnement virtuel s'est avéré la variable déterminante. Rappelons que l'Internet était le média utilisé pour s'inscrire au *Défi Santé 5/30* (porte d'entrée). Nous examinerons maintenant quelques caractéristiques du site qui ont pu contribuer à la motivation et la fidélisation des utilisateurs, à savoir les objectifs spécifiques (du site), le contenu, l'architecture et les techniques d'utilisation, la convergence des médias et l'apport des partenaires, l'approche d'accompagnement et l'apport de professionnels de la santé.

***Objectifs et contenu***

La réunion des thèmes de la saine alimentation et de l'activité physique était une caractéristique axiale de la campagne. Ces thèmes référaient à des réalités potentiellement accessibles au quotidien et étaient moins porteuses d'anxiété que les maladies. On y privilégiait l'atteinte d'objectifs modestes et réalistes, une progression dans le défi adaptée au rythme de chaque participant et l'absence d'interdictions (de manger tel aliment, d'écouter la télévision, etc.). Le fait d'aborder le programme de la campagne ou l'atteinte d'objectifs comme une compétition avec soi-même et non avec les autres ne présentait aucune contrainte. Enfin, l'absence de ton culpabilisateur et moralisateur en cas d'échec a également encouragé la participation à la campagne.

Sur le plan du contenu, la diversité des sujets et des rubriques a retenu l'attention des participants du *Défi Santé 5/30*. L'information transmise se prêtait à une application concrète, pour qu'elle devienne une référence. Les notions étaient expliquées de façon à ce que l'internaute puisse s'en servir et les relayer à son entourage par la suite. Indirectement, on appelait de ce fait l'internaute non seulement à intégrer cette nouvelle information et à la traduire en action, mais également à influencer son entourage en lui proposant de l'insérer aisément dans ses pratiques quotidiennes. Enfin, l'information diffusée a été validée par des experts et des professionnels du domaine de la santé, certifiant ainsi sa crédibilité. Les contenus ont été rédigés par des communicateurs chevronnés en écriture Web et approuvés par des agences de santé reconnues (tels la Société canadienne du cancer et l'Institut de cardiologie de Montréal).

***Architecture du site et navigation***

Dans le cas de cette campagne multimédia, le site Internet a joué un rôle central dans la communication médiatique et interpersonnelle. La conception globale du matériel de la campagne a contribué à l'impact du site Internet. Le matériel médiatique Web était en effet conçu de façon à relier les différents supports de communication entre eux. L'organisation du site en fonction des objectifs de la campagne facilitait également la navigation.

L'interactivité du site Internet se traduisait par les courriels. À une fréquence régulière (hebdomadaire), les participants recevaient ainsi des courriels contenant des hyperliens menant à des informations susceptibles de leur être utiles. Cette procédure a été très appréciée des participants puisqu'elle leur assurait, en quelque sorte, un suivi. De surcroît, le site Internet contenait un forum de discussion. Notons que tous ces critères avaient été considérés dans l'élaboration du *Défi Santé 5/30*.

La conception de la communication virtuelle du site Internet aurait contribué de diverses manières à son appréciation. La convivialité de l'interface du site Internet et la simplicité de navigation ont également pu favoriser sa fréquentation. De plus, la possibilité d'impression ou d'archivage s'avérait avantageuse pour le participant (nous faisons référence aux documents en format *pdf*, accessibles à partir d'hyperliens du site et dont les options d'impression et d'enregistrement pouvaient être bloquées par les auteurs). Ces caractéristiques sont cependant évidemment reliées au média Internet, plutôt qu'au site lui-même. L'accessibilité directe au site de la campagne (celui-ci n'était pas dissimulé dans une page secondaire d'un site principal d'un organisme) a également été relevée par les participants comme facteur encourageant sa fréquentation. Enfin, bien que d'autres campagnes de promotion de la santé au Québec aient déjà utilisé Internet (p. ex., la campagne pour la cessation du tabagisme *Défi J'arrête, j'y gagne* ! (Gomez-Zamudio et Renaud, 2009), la nouveauté de l'approche et du concept a suscité un intérêt particulier chez les répondants.

***Convergence des médias et des partenaires santé***
Le site référait à d'autres médias de la campagne (télévision, journaux, revues) afin de susciter une plus grande participation (expositions plus nombreuses). Notons que l'émission télévisuelle a aussi promu le site Internet.

Les organismes de santé et les entreprises privées (notamment la Société canadienne du cancer, les dix-huit directions de santé publique et leurs centres de santé et services sociaux, ainsi que les épiciers marchands participants) ont indiqué, sur le site Internet du *Défi Santé 5/30*, les ressources humaines, communautaires (le numéro de la ligne téléphonique, etc.) et matérielles disponibles (l'acquisition d'un podomètre dans les super marchés, les rabais sur le prix des fruits et des légumes en vigueur durant la période, etc.).

Le site Internet permettait un accompagnement virtuel et offrait la possibilité, grâce aux ressources offertes, de réaliser une démarche de soutien technique ou interpersonnel, au besoin. Dans certains milieux scolaires ou de travail, la participation au programme a été collective. Les élèves, les employés (inscrits individuellement) ou les membres d'une même famille s'encourageaient les uns les autres dans leur démarche. Ceci a parfois généré un accompagnement ou un soutien du groupe.

***Accompagnement virtuel, interpersonnel et technique***
La population, inscrite ou non, avait accès gratuitement à un soutien virtuel ou interpersonnel (téléphonique), grâce aux ressources humaines, communautaires et matérielles suggérées sur le site. Notons que la Société canadienne du cancer disposait, depuis plusieurs années déjà, d'une ligne téléphonique pour le *Défi J'arrête, J'y gagne !* et avait rodé ce service visant à soutenir les participants dans leur démarche. Nul doute que l'offre de tests d'autoévaluation avec résultats immédiats et d'une multitude de trucs et de conseils, les communications courriels hebdomadaires, la publication de témoignages du public (sur leur cheminement personnel ou leurs impressions sur le programme) constituent des facteurs de fidélisation et autant de moyens d'attirer l'attention des individus et de maintenir un intérêt soutenu. Précisons que les inscrits au *Défi Santé 5/30* ont affirmé que le site était le support médiatique de la campagne qui les avait le plus motivés et aidés à atteindre leurs objectifs.

Dans le cadre de cette campagne, un podomètre était offert, à un coût minime, dans les épiceries du Québec. Ceci répondait aux attentes d'environ le quart des répondants inscrits et non inscrits qui éprouvait le besoin d'un accompagnement technique pour leur démarche. Ainsi, le site les informait-il sur ce support techno-pédagogique qui a pu agir comme renforcement, au même titre que les recettes, les dégustations et autre matériel utile pour atteindre ses objectifs.

### *Apport des professionnels de la santé*

L'apport des professionnels de la santé, qu'ils soient de santé publique ou cliniciens, comporte deux volets. La première contribution des professionnels de santé publique a trait à la dissémination de la campagne dans les milieux scolaires, de travail, ainsi que dans les communautés locales, en favorisant l'inscription, l'adhésion et la participation des citoyens au *Défi Santé 5/30*. Dans ce contexte, les professionnels de la santé agissaient en tant que gestionnaires de diverses actions ou opérations locales de santé publique (organisation avec les marchands épiciers d'une distribution de pommes à un coût avantageux, mise en place d'un projet lié à l'activité physique, etc.). Tout le réseau québécois des dix-huit agences de santé et services sociaux avec leur direction de santé publique et leur accès terrain par les centres de santé et services sociaux a été mis à contribution, tant en zone urbaine que semi-urbaine et rurale. Cet apport sur le terrain s'est avéré essentiel pour la communauté, l'école et l'entreprise, afin d'assurer l'appropriation de la campagne ainsi que la production et la consolidation d'une norme sociale autour de l'alimentation et de l'activité physique. L'Internet est un catalyseur d'action sociosanitaire qui initie, favorise, entretient et complète les actions relais des intervenants de santé publique auprès de la population.

Le second volet porte sur l'action des professionnels en tant que cliniciens offrant des informations liées à la consommation des fruits et légumes et à la pratique de l'activité physique à des personnes venues les consulter avec ou sans rendez-vous. La mise en œuvre de la campagne du *Défi Santé 5/30* a pu créer, par sa présence virtuelle, un *momentum* favorable aux interventions cliniques de promotion de la santé réalisées par des professionnels du domaine : médecin, infirmière, nutritionniste, etc. La campagne du *Défi Santé 5/30* s'inscrivait dans la foulée des mesures gouvernementales favorisant les pratiques cliniques préventives chez les professionnels agissant comme acteurs relais. Ces professionnels étaient invités à consulter les différents outils du *Défi Santé 5/30*. Bref, l'intégration du site à leur expertise professionnelle a pu permettre de mieux répondre aux attentes des patients. Ainsi, le site faisait-il office de ressource, tant pour les usagers que pour les professionnels de la santé.

## Facteurs non facilitants

Diverses caractéristiques du *Défi Santé 5/30* ont pu limiter la participation à la campagne par l'Internet. Nommons, entre autres, l'accessibilité technique et socioculturelle, l'éthique et les contraintes des professionnels de la santé.

### *Accessibilité technique*

Les personnes n'ayant pas accès à un ordinateur (et donc à une adresse courriel) ou maîtrisant mal l'informatique ont pu être privées de ce volet de la campagne (les personnes âgées, les moins nantis, les personnes provenant de régions spécifiques du Québec) (CEFRIO, 2008 ; Raphael, 2006). De plus, le manque

d'expérience de certains participants a pu limiter leur participation au forum de discussion. Enfin, l'obligation de s'inscrire au *Défi Santé 5/30* était préalable à la découverte du site. Mentionnons que la difficulté à s'inscrire au programme a pu en rebuter quelques-uns (l'inscription familiale n'était pas possible, chacun des membres de la famille devant s'inscrire individuellement).

***Accessibilité socioculturelle***
La population analphabète ainsi que les nouveaux arrivants ont manifesté une certaine réserve face à ce type de campagne. Ici, des caractéristiques linguistiques ou ethniques, ainsi que de scolarité ont pu jouer.

***Éthique***
Au moment de l'inscription, il n'était pas clair que la confidentialité des données personnelles fournies par le participant serait assurée, ce qui a pu en refroidir certains. Il s'agit là d'un facteur éthique à prendre en considération lors de l'élaboration de toute campagne de sensibilisation colligeant des informations personnelles et il s'avère essentiel d'en informer les participants.

***Contraintes en lien avec l'apport des professionnels de la santé***
Les professionnels de la santé, tant en promotion qu'en clinique, nécessitent une formation spécifique liée à l'élaboration de toute campagne comportant un volet médiatique incluant un site Internet. Les concepteurs ne peuvent tenir pour acquis que les professionnels connaissent et approuvent les informations transmises. En effet, les répondants professionnels interrogés dans le cadre d'un des groupes de discussion nous ont affirmé ne pas se sentir toujours habilités à répondre à des questions d'alimentation ou d'activité physique. N'étant ni nutritionnistes, ni éducateurs physiques, plusieurs appréhendaient ouvrir une boîte de pandore et devoir traiter de thématiques sur lesquelles ils n'avaient pas de formation.

Les informations en promotion des habitudes de vie ne sont pas nécessairement intégrées aux gestes cliniques. En effet, le manque de temps, la surcharge de travail, le contexte de maladie de la consultation, les outils disponibles, le profil du répondant et l'organisation des soins peuvent constituer une entrave à l'intervention clinique préventive (Chevalier *et al.*, 2005). Le site Internet du *Défi Santé 5/30* a-t-il généré une demande de la part des patients, à laquelle les praticiens ne pouvaient donner suite ? C'est possible, mais nos données ne peuvent pas y répondre.

## DISCUSSION

### Explication des pourcentages élevés d'atteinte des objectifs

Comment expliquer les pourcentages élevés d'atteinte des objectifs personnels : 94 % pour l'augmentation de la consommation de fruits et légumes, 80 % pour l'intégration de l'activité physique et 71 % pour la perte ou le maintien du

poids ? Le fait que les personnes inscrites se trouvent déjà dans un processus de changement et qu'elles sont motivées à changer pourrait y avoir contribué. Des facteurs sociaux en lien avec la famille et le groupe de pairs ont pu également influencer l'implication des internautes. Il en est de même de la désirabilité sociale. Le fait que des problèmes de communication avec le serveur aient compliqué l'inscription peut aussi expliquer que seules les personnes les plus motivées à participer activement au *Défi Santé 5/30* et à atteindre leurs objectifs, se sont inscrites. Par ailleurs, le fait que le site favorisait une atteinte « raisonnable » des objectifs (il déconseillait les objectifs irréalistes et proposait un écart réaliste à combler) et visait des comportements positifs (consommation de fruits et légumes et pratique de l'activité physique), durant six semaines au départ, est une autre explication plausible. En fait, l'approche promotionnelle non prescriptive a pu constituer un autre facteur. Enfin, il faut mentionner l'offre d'un accompagnement virtuel, interpersonnel et technique, soutenu et continu durant les six semaines suivantes.

**Facteurs de motivation**

Les facteurs de motivation et de fidélisation ont été examinés à travers les caractéristiques du site : les objectifs spécifiques du site, le contenu, l'architecture et les techniques d'utilisation, la convergence des médias et l'apport des partenaires, l'approche d'accompagnement et l'apport de professionnels de la santé. Nous sommes conscientes que d'autres caractéristiques, notamment d'ordre sociologique, psychologique et culturel, jouent un rôle dans la motivation et la fidélisation des utilisateurs, mais ces caractéristiques n'ont pas été examinées dans cette recherche.

Les caractéristiques, autant quant à la qualité élevée de l'architecture et de la mise en forme qu'aux objectifs et au contenu du site Internet, constituent selon plusieurs participants des facteurs ayant influencé leur motivation. De surcroît, l'accès continu aux trois types d'accompagnement virtuel, interpersonnel et technique, couplé à un professionnalisme sérieux constitue un facteur certain de motivation et de fidélisation. Chez certaines personnes, cette motivation accrue paraît s'être traduite par un changement de comportement quant à la consommation de fruits et légumes, à la pratique d'activité physique ou au maintien et à la modification du poids.

Les professionnels de la santé, tant de santé publique que de clinique, ont été mis à contribution pour élaborer et valider le contenu du site, d'une part, et d'autre part, pour assurer l'accompagnement virtuel. De plus, les professionnels de santé publique ont été sollicités pour collaborer autant en tant qu'acteur relais que gestionnaire. Enfin, les cliniciens ont bénéficié d'un support informatif pertinent, tant pour leur pratique clinique personnelle que pour leurs clients. Soulignons que pour les professionnels de la santé, l'Internet constitue une source d'information parmi d'autres (collègues de travail, centre de documentation,

journées de formation, etc.). Par ailleurs, l'Internet représente aussi une source d'information pour leurs patients ; ils se doivent en conséquence d'être au fait de l'environnement informationnel santé fréquenté par ceux-ci.

**L'Internet au service de la promotion de la santé**

Compte tenu de la compétition farouche qui anime les médias, il importe de développer des mécanismes d'éducation qui induisent un parcours crédible de la toile. Les concepteurs de sites doivent de ce fait assurer la collaboration des professionnels de la santé, tant en santé publique qu'en santé clinique, issus du ministère de la Santé, des centres locaux de services communautaires, des ONG, des corporations et des ordres professionnels. La recherche d'une rigueur et d'une éthique doit s'imposer avec force lors de la conception et de la production d'un site. Il s'avère nécessaire de développer un observatoire permettant d'examiner et de surveiller les sites portant sur la santé et d'en vérifier la pertinence pour les professionnels de la santé et les usagers. Cet observatoire pourrait s'inspirer de la mise en place d'un dispositif certifiant les sites français d'information de santé depuis 2004. Le HONcode (*Health On the Net*) (HONcode, 2009) est une charte visant à accréditer les sites Web médicaux et de santé. Ce logo/sceau assure à l'utilisateur que le site Web consulté respecte certains standards, notamment en termes de vérifiabilité des informations. Le logo ne garantit pas, néanmoins, la véracité des informations présentes sur un site, le contrôle du contenu ne faisant pas partie des critères de sélection.

De plus en plus exigeants, les utilisateurs ne développeront une fidélité au site que dans la mesure où son design et son architecture auront une facture professionnelle et où la fiabilité, la confidentialité et la praxis seront assurées.

Rappelons que les participants puisent à diverses sources leurs informations en matière de santé. Les deux sources les plus fréquemment mentionnées sont l'Internet et la télévision. L'Internet agit souvent en complémentarité avec les autres sources d'information santé. Plusieurs affirment chercher à s'informer sur la toile, pour être mieux renseignés, pour préparer une visite chez un médecin ou tout autre professionnel de la santé, pour décoder le vocabulaire et les processus d'intervention, pour mieux connaître l'état de santé de leur entourage, la composition des produits et des services santé, pour agir en tant que consommateurs avertis. Ils cherchent aussi à mieux comprendre leurs actions préventives au moyen d'informations plus nuancées. De surcroît, le contexte ethno-socioéconomico-démographique d'intervention devrait être considéré dans la production et la présentation de l'offre Internet.

**Professionnels de la santé**

Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation collective, les collaborations entre les professionnels de la santé et les acteurs médiatiques nécessitent une approche multilatérale pour assurer à la fois une cohérence et une convergence

des messages, des actions et des interventions destinées à la population cible. Ceci, afin d'atteindre collectivement les normes sociales en matière de santé et les objectifs poursuivis et de favoriser le consensus.

L'intégration de la promotion de la santé dans la pratique des intervenants de première ligne exige d'abord de susciter leur intérêt. Les cliniciens affectés aux services courants sont souvent submergés par les services curatifs. Bien qu'ils soient conscients de la pertinence et de l'importance du counseling préventif, les amener à ajouter ne serait-ce que quelques minutes de conseils préventifs, demande de stimuler cet intérêt bien souvent présent, mais parfois caché sous la lourdeur de la tâche. L'information disponible sur l'Internet lors du *Défi Santé 5/30* et la demande accrue de la part des patients auraient-elles contribué à augmenter les bénéfices perçus et ainsi à surmonter les barrières de l'organisation des services et des types de clientèles ?

L'informatisation de la pratique médicale « développée à ce jour repose surtout sur une logique technico-économique, sous-estimant le rôle du professionnel de la santé en tant que porteur des pratiques » (Bonneville et Grosjean, 2007, p. 435). Il s'avère essentiel que les démarches en promotion de la santé fassent place à l'intégration des interventions et à la collaboration entre divers intervenants et domaines d'expertises afin de répondre à leur contexte de pratique. C'est ainsi que le site du *Défi Santé 5/30* a tenté un développement multilatéral des expertises, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine technique. La transversalité des expertises a conduit à la conception d'un site susceptible de répondre, dans les limites de ce support, aux attentes des diverses personnes inscrites.

Plusieurs répondants professionnels affirment que nombre de patients défilant dans leur bureau ne sont pas incultes en matière de santé. Plusieurs posent des questions très pointues. Le professionnel, dans un tel contexte, cherche à être bien renseigné, tant en médecine traditionnelle qu'alternative. Compte tenu du fait que plusieurs usagers sont aussi des internautes occasionnels ou réguliers, les professionnels de la santé pourraient, lors de la rencontre avec le patient, se poser les questions suivantes : Que connaît déjà le patient sur le sujet ? Quelles sont ses sources d'information ? Où le diriger ? Par quel moyen ? Serait-ce possible d'utiliser son adresse courriel ?

**Accompagnement virtuel**

L'accompagnement virtuel dans le cadre d'une campagne telle le *Défi Santé 5/30* est souhaité par nombre d'internautes, non seulement pour la durée de celle-ci, mais également par la suite. Un changement de comportement à long terme nécessite en effet un renforcement ponctuel et constant dans le temps.

Notons que l'information proposée sur le site semblait intéresser à la fois les participants inscrits et non inscrits. Par ailleurs, l'accompagnement virtuel attirait davantage les personnes déjà en démarche de changement depuis au moins six mois. Le type d'accompagnement proposé par le *Défi Santé 5/30* a aidé ces personnes à atteindre leurs objectifs.

Parmi les accompagnements virtuel, médiatique, interpersonnel et technique (notamment les courriels envoyés directement aux personnes, les informations téléchargeables, les autoévaluations, les recettes, la ligne téléphonique, le podomètre, etc.), lequel s'avère le plus efficace et approprié pour favoriser les changements de comportements ? Seule une recherche plus poussée nous permettrait de répondre, sans risque d'erreur, à cette question. Néanmoins, on peut penser que plusieurs types d'accompagnement sont nécessaires, car les changements de comportement se profilent différemment selon les cibles. Un type d'accompagnement peut convenir davantage à certaines qu'à d'autres.

Les non-inscrits au *Défi Santé 5/30* ont utilisé le site sans pour autant rechercher l'accompagnement offert. Est-ce à dire que certains internautes souhaitent demeurer libres dans leur recherche d'informations santé et préserver l'anonymat, ceci pour éviter toute contrainte de suivi ?

Un site Internet demeure un média incontournable dans une intervention en promotion de la santé. Il importe, toutefois, de tenir compte des cibles qui ne sont pas actuellement rejointes par l'Internet, car elles utilisent un autre mode de cueillette d'informations santé. Pour rejoindre les différentes cibles dans la société, il importe d'en élaborer des profils précis (état de santé, âge, ethnie, expérience d'utilisation d'Internet, consommation médiatique, sexe, etc.). L'offre de modes d'accompagnement devrait être adaptée en fonction de ces profils. Comment expliquer que les jeunes qui naviguent fréquemment sur l'Internet, ne se sont pas manifestés sur le site du *Défi Santé 5/30* ? Comment interpréter le fait que les hommes scolarisés, pourtant usagers réguliers d'Internet, ont été moins nombreux que les femmes à s'inscrire au *Défi Santé 5/30* ?

Est-ce imputable à leur manque d'intérêt pour les thèmes traités ? À l'approche de promotion de la santé adoptée ? Ou encore au type d'accompagnement offert ?

Les études du Groupe de recherche Médias et santé (Renaud *et al.*, 2009) relèvent que dans le domaine de la santé, les hommes agissent davantage dans un contexte clinique que dans un contexte de promotion. D'autres études s'avèrent nécessaires pour explorer ce rapport santé-internaute et genre.

## CONCLUSION

Un site Internet peut jouer un rôle d'accompagnement significatif dans une campagne de promotion de la santé : il procure un soutien virtuel et technique, en plus de poursuivre la démarche interpersonnelle auprès des organismes communautaires et des professionnels de la santé (incluant le clinicien), si nécessaire.

L'impact d'un site Internet est tributaire de l'interaction avec d'autres sphères médiatiques, d'une part, et d'autre part, avec d'autres instances tant économique, sociale, religieuse, récréative, éducative que familiale. Le *Défi Santé 5/30* est une intervention qui fait appel à la coopération entre les intervenants. Il convoque et mobilise différents secteurs de la société pour créer un consensus vers l'atteinte d'un but sociosanitaire : consommation de fruits et légumes, pratique régulière de l'activité physique. Cette initiative supportant des valeurs santé nécessite d'être ancrée dans un jeu interactif multilatéral de partenariats, tant économique que sociomédical. Le *Défi Santé 5/30* a fait la démonstration qu'un site Internet introduisant l'accompagnement virtuel, médiatique, interpersonnel et technique peut favoriser le déclenchement d'une prise de conscience qui ouvre les portes aux changements de comportements au sein de la population.

## RÉFÉRENCES

Bonneville, L. et S. Grosjean (2007). « Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale sur le plan de l'innovation technologique », *Canadian Journal of Communication,* vol. 32, nº 3, p. 435-456.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2001). *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en santé,* Québec, Institut national de santé publique du Québec.

CEFRIO (2008). *Net Québec 2008* p*ortrait de l'utilisation des TI et d'Internet au Québec*, Québec, CEFRIO.

Chevalier, S., L. Renaud et F. Hubert (2005). *L'intégration de pratiques cliniques préventives*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2000). *Rapport de recherche : intervenants en CLSC pour améliorer la dissémination des pratiques exemplaires en santé publique*, Montréal, DSP.

Evans, W.D. et G. Hastings (2004). *Public Health Branding. Applying Marketing for Social Change,* Oxford, Oxford University Press.

Fond mondial de recherche contre le cancer (FMRC) (2009). *Résumé scientifique du rapport Alimentation, Nutrition, Activité Physique et prévention du cancer : une perspective mondiale*, <www.fmrc.fr/PDFs/french_summary_5Nov07.pdf>, (consulté en février 2009).

Franklin, P.D., P.F. Rosenbaum, M.P. Carey et M.F. Roizen (2006). « Using sequential email messages to promote health behaviors : Evidence of feasibility and reach in a worksite sample », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 8, nº 1, p. e3.

Gomez-Zamudio, M. et L. Renaud (2009). « Les interventions personnalisées par courrier électronique permettent-elles de générer la cessation tabagique ? », *Santé publique,* vol. 21, nº 5.

Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) (2007a). *Rapport des entrevues de groupe au sujet du Défi Santé 5/30,* Montréal, Université du Québec à Montréal.

Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) (2007b). *Rapport du sondage au sujet du Défi Santé 5/30,* Montréal, Université du Québec à Montréal.

Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) (2007c). *Les attentes des téléspectateurs et des internautes sur l'information en matière d'alimentation et de santé,* Montréal, Université du Québec à Montréal.

Griffiths, F., A. Lindenmeyer, P. Lowe et M. Thorogood (2006). « Why are health care interventions delivered over the Internet ? A systematic review of the published literature », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 8, nº 2, p. e10.

HONcode, Fondation la santé sur Internet, <www. hon. ch/HONcode/HAS/collaboration_press_f. htm, (consulté le 8 mai 2009).

Jensen, K.B. et K.E. Rosengren (1992). « Cinq traditions à la recherche du public », *Hermes*, vol. 11-12, p. 281-310.

Lin, C.T., L. Wittevrongel, L. Moore, B.L. Beaty et S.E. Ross (2005). « An Internet-based patient-provider communication system : randomized controlled trial », *Journal of Medical Internet research,* vol. 7, nº 4, p. e47.

Lintonen, T.P., A.I. Konu et D. Seedhouse (2008). « Information technology in health promotion », *Health Education Research*, vol. 23, p. 560-566.

Marcus, B.H., N. Owen, L.A.H. Forsyth, N.A. Cavill et F. Fridinger (1998). « Physical Activity Interventions Using Mass Media, Print Media, and Information Technology », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, nº 4, p. 362-378.

Noar, S.M. (2006). « A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns : Where do we go from here ? », *Journal of Health Communication*, vol. 11, nº 1, p. 21-42.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, 57e assemblée mondiale de la santé, point 12.6 de l'ordre du jour provisoire, Genève, 17 avril.

Ostry, A., M.I. Young et M. Hughes (2008). « The quality of nutritional information available on popular websites : A content analysis », *Health Education Research*, vol. 23, n° 4, p. 648-655.

Raphael, D. (2006). « Social determinants of health : present status, unanswered questions, and future directions », *International Journal of Health Services*, vol. 36, n° 4, p. 651-677.

Renaud, L., M.C. Lagacé et M. Caron-Bouchard (2009). « Messages d'activité physique et d'alimentation : que nous offrent les médias québécois ? », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 3, p. 208-211.

Vandelanotte, C., K.M. Spathonis, E.G. Eakin et N. Owen (2007). « Website-delivered physical activity interventions a review of the literature », *American Journal of Preventive Medicine,* vol. 33, n° 1, p. 54-64.

Wantland, D.J., C.J. Portillo, W.L. Holzemer, R. Slaughter et E.M. McGhee (2004). « The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions : A meta-analysis of behavioral change outcomes », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 6, n° 4, p. e40.

Wolton, D. (1992). « Introduction », *Hermès,* n$^{os}$ 11-12, p. 11-13.

Woodall, W.G., D.B. Buller, L. Saba, D. Zimmerman, E. Waters, J.M. Hines *et al.* (2007). « Effect of emailed messages on return use of a nutrition education Website and subsequent changes in dietary behavior », *Journal of Medical Internet Research,* vol. 9, n° 3.

Yusuf, S. *et al.* (2004). « Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study) : Case-control study », *The Lancet*, septembre.

## 4.2 La perception des messages et l'utilisation d'Internet en regard de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique dans la population québécoise

Marie Claude Lagacé, MBA, et Lise Renaud, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

L'objectif était de connaître l'utilisation qui est faite d'Internet par la population québécoise en regard des thèmes de santé, d'activité physique et d'alimentation ainsi que sa perception des messages actuels sur ces thématiques. La méthode employée consiste en un sondage semestriel réalisé en quatre temps, entre mai 2007 et décembre 2008, auprès de 1823 répondants. Les résultats montrent que les répondants dont le média dominant est Internet sont moins intéressés par les thèmes de santé que les autres répondants à cette étude. Des différences dans l'utilisation d'Internet en fonction de variables socioéconomiques ont été constatées : l'utilisateur moyen d'Internet est un homme de moins de 30 ans, se considérant en très bonne santé. Il a poursuivi des études universitaires, a un bon revenu et des enfants à la maison. Parmi l'ensemble des répondants, moins du tiers accordent leur confiance à Internet comme source d'information sur la santé, bien qu'il s'agisse là de leur source privilégiée. Ces résultats peuvent guider les acteurs de santé publique dans la conception de messages et de campagnes de communication destinées à améliorer la santé des populations.

**ABSTRACT**

The objective was to explore the Québec population's use of the Internet with respect to health, physical activity and nutrition, as well as its perception of current messages on these topics. The method used was that of a biannual survey of 1823 respondents on four occasions, between May 2007 and December 2008. The results reveal that respondents for whom the dominant medium is the Internet are less interested in health issues than other respondents. Internet usage varies as a function of socioeconomic variables: the average Internet user is a 30-year old man who considers himself in very good health. He has a university education, a good income and children at home. Amongst all respondents, less than a third are confident in the Internet as a source of health information, although it is their main source. For those involved in public health, these results may help in developing messages and designing communication campaigns aimed at improving the population's health.

### INTRODUCTION

Le recours aux médias de masse dans le but d'influencer positivement les différents comportements associés à la santé est une stratégie à laquelle on a de plus en plus fréquemment recours en santé publique, et particulièrement en promotion de la santé (Abrohms, 2008 ; Noar, 2006). En effet, il est généralement reconnu que les messages proposés à travers les médias de masse ont un impact sur les normes sociales en matière de santé, incluant les normes relatives aux pratiques d'activité physique et d'alimentation (Renaud, 2007). Le

média est « un canal de communication utilisé pour transporter un message » (Renaud, 2007, p. 19), qui agit sur l'opinion et sur les représentations publiques. Les médias de masse sont de nature écrite (journaux, magazines), audio (radio), visuelle (télévision) ou numérique (Internet et jeux vidéo). Grâce à un discours tour à tour informatif (les bulletins de nouvelles), incitatif (la publicité) ou ludique (les émissions de divertissement), le média de masse participe « à tisser des liens sociaux » et à « la constitution d'une conscience collective, d'une culture partagée […], de valeurs communes, de significations symboliques et de manières de vivre » (Pilon, 2008, p. 24).

Différents facteurs peuvent avoir des effets modérateurs sur la réception par un individu des messages médiatiques sur la santé ; nommons entre autres l'environnement social, les caractéristiques personnelles et de la communauté de même que la culture et les normes auxquelles adhère cet individu (Evans et Hastings, 2008). De plus, Internet est une source de savoir sur la santé de plus en plus importante (Bradford *et al.*, 2005 ; Bowen *et al.*, 2003 ; Brodie *et al.*, 2000). Cet article s'intéresse à la perception qu'ont les individus et les populations de la province de Québec des messages portant sur la santé, l'activité physique et l'alimentation dans Internet, de même qu'à l'utilisation qu'ils font de ce média pour obtenir de l'information en ce domaine.

Dans la tradition des analyses de la réception, un récepteur est considéré comme actif lorsqu'il est capable de soumettre les messages médiatiques à diverses formes de décodage, de critiques et de réalités sociales et culturelles (Jensen, 1982), et de s'approprier ces messages en fonction de ses propres caractéristiques et croyances personnelles. Par exemple, on pourrait postuler qu'un utilisateur d'Internet sera plus actif qu'un consommateur d'émissions télévisées étant donné qu'il exerce davantage de contrôle sur les informations captées. En effet, sa recherche est motivée par le désir d'obtenir réponse à ses interrogations au moment où il le juge opportun et en fonction de ses besoins spécifiques (Munodawafa, 2008 ; Griffiths *et al.*, 2006).

Les différents publics visés par les médias de masse ne peuvent être toutefois envisagés comme une horde indéterminée. Pour comprendre la réception des messages de santé, il convient de distinguer minimalement ces publics en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leur consommation médiatique. Puisque la communication pour la santé vise l'acquisition de connaissances qui serviront à l'action (Munodawafa, 2008), il faut tenir compte de certaines de ces caractéristiques pour comprendre la réception des messages par les populations ou publics cibles distincts. Diverses études ont démontré des différences selon le genre dans la perception des messages relatifs à la santé, à l'alimentation et à l'activité physique (Renaud *et al.*, 2009). À titre d'exemple, les femmes assumant encore la responsabilité des achats en matière d'alimentation dans la majorité des familles, leurs connaissances

en ce domaine ont davantage de conséquences sur l'adoption des normes de santé et des habitudes alimentaires de la population (Loscocco et Spitze, 2007 ; Warde *et al.*, 2007).

Dans les populations à faible statut socioéconomique, moins scolarisées, touchées par un plus haut taux de chômage ou occupant des postes n'offrant pas la sécurité d'emploi, il serait plus ardu pour les individus de décoder les messages qui leur sont destinés et de comprendre clairement les enjeux et les bénéfices associés aux changements de comportements promus (Brunsden et Morley, 1999). Par ailleurs, une telle défavorisation peut également avoir de l'influence sur l'accès aux médias, particulièrement à Internet (Statistique Canada, 2008). Les populations les plus nanties intellectuellement seraient les plus réceptives face aux messages de promotion de la santé et les plus habilitées à les « décoder » (Brannstrom et Lindblad, 1994).

Il y a une dizaine d'années, Marcus *et al.* (1998) invitaient la communauté scientifique à développer des stratégies médiatiques de sensibilisation et de promotion des habitudes de vie autour des technologies de l'information pour rejoindre les populations, entre autres les populations les plus vulnérables, particulièrement en termes d'accès. En 2007, un peu plus de 70 % des Québécois, soit environ 4,4 millions de personnes, étaient branchés à Internet (Pilon, 2008). En communication pour la santé, on sait que les médias de masse peuvent agir à titre de déterminants dans les populations, notamment en ce qui a trait au façonnement des normes sociales relatives à l'activité physique et à l'alimentation (Renaud, 2007 ; Kumanyika, 2001 ; Cohen *et al.*, 2000). Les études traitant de l'utilisation d'Internet et des nouvelles technologies comme véhicules de communication en promotion de la santé sont encore trop rares (Lintonen, Konu et Seedhouse, 2008), et il s'avère donc important pour la recherche de comprendre l'utilisation actuelle de ces technologies par les individus et les différentes populations, en regard de ce sujet.

L'objectif de cette étude est d'explorer le mode d'utilisation d'Internet par la population québécoise en regard des thèmes de santé, d'activité physique et d'alimentation ainsi que sa perception des messages actuels concernant ces trois thématiques. L'intention de cette recherche n'est pas de recenser les messages sur Internet à l'égard de la santé, mais plutôt de décrire et comprendre la réception qu'en font les différents publics et la perception qu'ils en ont. Une telle compréhension permettra notamment de dégager des pistes de réflexion sur d'éventuelles stratégies de communication à exploiter pour promouvoir la santé à l'aide d'Internet, auprès de ces divers publics.

Il s'agit donc de tenter de répondre à des questionnements permettant de cerner l'utilisation des médias francophones (et particulièrement d'Internet) par les différentes populations du Québec.

- Les messages de santé sont-ils perçus différemment selon que les individus consultent différents médias (télévision, Internet, presse ou radio) ? En matière de santé, qui a recours à Internet ?
- La population québécoise remarque-t-elle la présence de messages relatifs à la santé, à l'activité physique et à l'alimentation lorsqu'elle navigue sur Internet ? Quelle utilisation fait-elle de ce média à l'égard de la santé ?
- Observe-t-on des divergences dans la perception des messages de santé selon la consommation des divers médias (télévision, Internet, presse ou radio) ?
- Juge-t-on les informations trouvées sur Internet à propos de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique crédibles, utiles, faciles à comprendre ?
- Suite à l'analyse de ces résultats, quelles réflexions peut-on susciter auprès des agences de santé publique pour développer, sur Internet, des pistes de recherche et d'intervention communicationnelle en promotion de la santé ?

## MÉTHODE

Un sondage téléphonique[1] a été réalisé dans le but de connaître la perception des messages sur la santé, l'activité physique et l'alimentation dans les médias francophones au Québec (Internet, télévision, presse écrite et radio). Les questions portaient sur les thèmes suivants : caractéristiques socioéconomiques, habitudes de consommation médiatique, intérêts pour la santé, l'activité physique et l'alimentation, notoriété des rubriques concernant ces sujets et, enfin, perception quant à l'utilité, la crédibilité et la clarté du traitement des thèmes de santé.

Il s'agit d'un devis transversal en quatre phases de sondages semestriels (entre mai 2007 et novembre 2008) qui ont été effectués lors de périodes de programmation télévisée régulière. Ce sondage a été fait sur une période de deux années pour éviter un biais temporel dans les réponses de la population. Le sondage a été prétesté et validé avant le début de la première collecte. Les entrevues téléphoniques individuelles duraient entre 20 et 25 minutes. Afin de préserver la cohérence et l'uniformité du questionnaire au cours des quatre phases du sondage, tous les interviewers ont reçu la même formation. La population cible était composée d'adultes de plus de dix-huit ans habitant le Québec et capable de s'exprimer en français. Les Canadiens nés hors du pays étant fortement susceptibles, selon Statistique Canada (2003), de déclarer une dégradation de leur état de santé à la suite de l'immigration, un suréchantillonnage a été effectué pour connaître les perceptions de la population de gens nés à l'extérieur du Québec.

[1] Le rapport qui présente l'ensemble de la méthode est disponible sur le site suivant : <www.grms.uqam.ca>.

## RÉSULTATS

Au total, 1823 personnes ont répondu à l'ensemble du sondage, dont 365 sont originaires de l'extérieur du Québec. Le portrait sociodémographique de l'ensemble des participants à cette étude est représentatif de la population du Québec en termes de genre, d'âge, d'emploi, de revenu et de niveau de scolarité.

### Consommation médiatique des répondants

Pour chaque répondant, une variable correspondant au média le plus écouté a été créée. Appelée « média dominant », cette variable est basée sur le nombre total d'heures d'utilisation de chacun des quatre grands médias ciblés : télévision, radio, journaux/magazines et Internet. Le tableau 1 présente la répartition des répondants selon leur consommation des différents médias.

**Tableau 1**
**Répartition des répondants selon la fréquence de leur consommation des divers médias**

| | **Télévision (*n* = 1 823) %** | **Radio (*n* = 1 823) %** | **Journaux/ magazines (*n* = 1 823) %** | **Internet (*n* = 1 823) %** |
|---|---|---|---|---|
| Tous les jours ou presque | 79,4 | 58,8 | 40,5 | 50,2 |
| Deux ou trois fois par semaine | 12,5 | 12,8 | 17,4 | 11,4 |
| Une fois par semaine | 3,2 | 5,1 | 14,6 | 4,1 |
| Moins d'une fois par semaine | 1,1 | 3,5 | 6,2 | 2,6 |
| Jamais | 3,8 | 19,8 | 21,3 | 31,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Tout près de 80 % des Québécois, tout origine, genre ou âge confondus, affirment regarder la télévision en français tous les jours ou presque. Six sur dix écoutent la radio en français (59 %), la moitié utilise Internet (50 %) et quatre sur dix lisent les journaux ou magazines en français tous les jours ou presque (41 %). Par ailleurs, 36 % font quotidiennement usage de deux médias, surtout la télévision et la radio (*n* = 264). Trois répondants sur dix consomment trois médias (31 %) : le trio formé de la télévision/radio/Internet (*n* = 228) devance quelque peu celui constitué de la télévision/radio/presse écrite (*n* = 198). Ainsi, la télévision est de loin le média dominant pour la majorité tandis qu'Internet ne l'est que pour une personne sur cinq. Toutefois, une personne sur deux utilise Internet combiné à un autre média.

**Intérêt pour la santé**

Afin de situer le cas des utilisateurs d'Internet, il est utile de présenter d'abord un portrait des consommateurs de médias québécois francophones. Parmi les répondants à ce sondage, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consulter leur média dominant lorsque ce dernier traite de santé (34 % contre 25 %), tout comme les répondants âgés de 60 ans et plus (37 % contre 25 % pour les 18 à 29 ans et 24 % pour les 30 à 44 ans), les non-travailleurs (33 % contre 27 % chez les travailleurs) et les répondants gagnant moins de 30 000$[2] par an (34 % contre 24 % pour ceux gagnant 60 000$ et plus). La réciproque est significative dans tous les cas. C'est en proportion supérieure que les femmes consultent leur média dominant lorsque ce dernier traite de l'alimentation ou de la nutrition (37 % contre 28 % pour les hommes). Il en va de même pour les répondants plus âgés (61 % contre 35 % pour les moins âgés) et ceux n'ayant pas d'enfant de moins de 18 ans à la maison (34 % contre 30 % pour ceux qui en ont). La réciproque est également significative pour ces trois groupes.

Les femmes considèrent en plus grande proportion que les informations sur la santé dans les médias sont « très utiles » (45 % contre 34 % pour les hommes), alors que les hommes sont plus nombreux à les juger « moyennement utiles » (52 % à 46 %) et « peu ou pas utiles » (15 % à 9 %). Les répondants âgés de plus de 60 ans qualifient davantage les messages médiatiques de santé comme étant « très utiles » que les plus jeunes (48 % contre 32 % pour les 18 à 29 ans et 38 % pour les 30 à 44 ans). Enfin, les plus nantis sont plus nombreux à juger ces informations comme « moyennement utiles » (de 54 % à 43 % pour ceux gagnant moins de 30 000$). À l'inverse, les répondants ayant un revenu inférieur à 30 000$ sont plus nombreux à qualifier ces messages de « très utiles » (45 % par rapport à 35 % chez ceux qui gagnent 60 000$ et plus).

Les préférences et les perceptions en regard des thèmes de santé sont les mêmes ou à peu près, en terme de type de format et de contenu, que les répondants soient nés ou non au Québec. Toutefois, les nouveaux arrivants jugent en proportion plus importante que les médias ne traitent « pas assez ou pas du tout » de santé (44 % contre 36 % pour ceux nés au Québec), d'alimentation (43 % contre 35 %) et d'activité physique (51 % contre 42 %). Enfin, la réciproque est également vraie, car les natifs du Québec sont plus nombreux à juger que l'on traite « assez » de santé (54 % contre 48 % pour ceux nés à l'extérieur du Québec), d'alimentation (57 % contre 47 %) et d'activité physique (51 % contre 40 %).

[2] Dollars canadiens.

**Internet comme média dominant**

Des 1823 répondants, 50 % naviguent sur Internet tous les jours, mais le tiers (31,6 %) ne l'utilise jamais. Internet est le média dominant pour environ un répondant sur cinq (19 %, soit *n* = 338). L'utilisateur moyen d'Internet est un homme âgé de moins de 30 ans qui se considère en très bonne santé et qui a des enfants de moins de dix-huit ans à la maison. Il a poursuivi des études universitaires et bénéficie d'un revenu individuel annuel de plus de 60 000 $. Il navigue sur Internet en moyenne sept heures et 36 minutes par semaine et il préfère les rubriques d'informations pratiques, d'actualités et de divertissement. Il consulte également les moteurs de recherche et les serveurs de courriels.

Cependant, ces répondants sont les moins susceptibles d'être « très intéressés » par les sujets de santé (seulement 40 % par rapport à 52 % pour la télévision, 53 % pour la radio et 56 % pour les journaux). Ils sont en proportion plus élevée (35 %) à considérer que les médias abordent la santé de manière « superficielle », comparativement à ceux ayant la télévision comme média dominant (27 %). Les utilisateurs d'Internet sont également plus nombreux à être « peu ou pas du tout intéressés » par l'alimentation (21 %), comparativement à ceux dont le média dominant est la télévision (14 %) ou la radio (12 %). Ils sont « très intéressés » par ce sujet dans une proportion de 38 % seulement, par rapport à au moins 50 % dans le cas des personnes qui utilisent davantage l'un des trois autres médias.

Les répondants dont le média dominant est Internet sont en proportion plus nombreux à juger que les médias ne parlent « pas assez » d'activité physique (48 % par rapport à 45 % pour la radio, 42 % pour la télévision et 27 % pour la presse). Parmi l'ensemble des sites Web qu'ils préfèrent visiter, les portails concernant directement la santé viennent au 21e rang. Les tableaux 2, 3 et 4 présentent la perception des répondants quant à l'utilité, la crédibilité et la clarté des informations sur la santé fournies par les médias de masse, en fonction de leur média dominant.

Au tableau 2, p. 228, on constate d'abord que les répondants ayant la télévision ou Internet comme média dominant sont proportionnellement plus nombreux à qualifier de « très utiles » les informations médiatiques reliées à la santé, comparativement à ceux ayant la radio comme média dominant. Les répondants qui jugent ces informations « peu ou pas utiles » sont par ailleurs plus nombreux parmi ceux dont le média dominant est la radio.

Le tableau 3, p. 228, révèle que les répondants ayant les journaux ou les magazines comme média dominant sont en proportion supérieure à considérer que les informations relatives à la santé sont « peu ou pas crédibles », que ceux qui

**Tableau 2**
**Perception des répondants quant à l'utilité des informations dans les médias par rapport à la santé selon leur média dominant**

| | | Média dominant | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Télévision** | **Radio** | **Journaux/ magazines** | **Internet** |
| **Perception des répondants quant à l'utilité des informations dans les médias par rapport à la santé** | Très utiles (%) | 41,6 | 30,9 | 28,4 | 44,0 |
| | Moyennement utiles (%) | 47,4 | 53,0 | 58,8 | 47,2 |
| | Peu/pas utiles (%) | 11,0 | 16,1 | 12,8 | 8,8 |
| | **Total (N)** | **1 037** | **305** | **72** | **318** |

**Tableau 3**
**Perception des répondants quant à la crédibilité des informations dans les médias par rapport à la santé selon leur média dominant**

| | | Média dominant | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Télévision** | **Radio** | **Journaux/ magazines** | **Internet** |
| **Perception des répondants quant à la crédibilité des informations santé dans les médias** | Très crédibles (%) | 30,5 | 25,6 | 23,5 | 29,6 |
| | Moyennement crédibles (%) | 57,9 | 61,6 | 52,1 | 61,7 |
| | Peu/pas crédibles (%) | 11,6 | 12,8 | 24,5 | 8,7 |
| | **Total (N)** | **1 026** | **302** | **76** | **310** |

ont la télévision ou Internet pour média dominant. Le tableau 4, p. 229, témoigne qu'aucune différence significative n'a été constatée quant à la facilité de compréhension perçue des informations de santé en fonction du média dominant, par les répondants à ce sondage.

On n'observe pas de différence significative entre les répondants quant à la clarté. Seuls quelques-uns ($n = 21$) affirment participer à des forums de discussion, « blogues » ou « chats » reliés à la santé, à l'alimentation ou à la nutrition et à l'activité physique. Peu ($n = 19$) mentionnent être abonnés à des listes de diffusions ou à des fils RSS, utilisés pour la syndication de contenu, en l'occurrence d'un site Web à un autre.

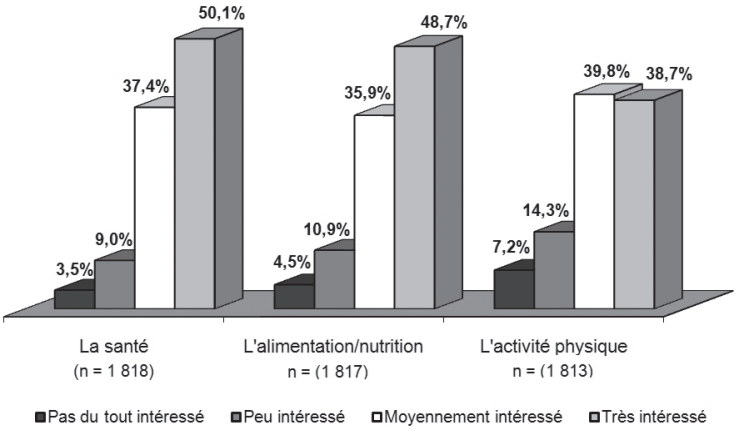
**Tableau 4**
**Perception des répondants quant à la facilité de compréhension des informations dans les médias par rapport à la santé selon leur média dominant**

| | | Média dominant | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Télévision** | **Radio** | **Journaux/ magazines** | **Internet** |
| **Perception des répondants quant à la facilité de compréhension des informations santé dans les médias** | Faciles à comprendre (%) | 62,4 | 59,9 | 64,8 | 64,7 |
| | Moyennement faciles à comprendre (%) | 30,7 | 31,1 | 27,7 | 30,2 |
| | Difficiles/ incompréhensibles (%) | 6,9 | 9,0 | 7,5 | 5,1 |
| | **Total (N)** | **1 048** | **324** | **76** | **336** |

**Utilisation d'Internet par l'ensemble des répondants**

Parmi les 1823 personnes ayant répondu à l'une ou l'autre des quatre vagues de ce sondage, la moitié affirme être « très intéressée » par la santé (50 %) et l'alimentation (49 %). Ce pourcentage diminue à 39 % dans le cas de l'activité physique. La figure 1 illustre la répartition des répondants selon leur degré d'intérêt porté à ces trois thématiques.

**Figure 1**
**Répartition des répondants selon leur degré d'intérêt pour la santé, l'alimentation et l'activité physique**



Selon l'ensemble des répondants, les sujets relatifs à la santé les plus souvent traités par les médias francophones québécois sont reliés aux hôpitaux (attente dans les urgences, pénuries et hygiène) (42 %), au fait de mieux manger (39 %) dans le cas de l'alimentation et au conditionnement physique (52 %) en ce qui concerne l'activité physique. Toujours parmi l'ensemble des participants aux quatre vagues du sondage, c'est une large majorité (soit entre 88 % et 93 %) qui juge que les informations par rapport à la santé sont utiles, crédibles et facilement compréhensibles.

Quelque 34 % des répondants ont répondu positivement à la question « Au cours du mois dernier, suite à l'écoute ou à la lecture d'information sur l'alimentation ou l'activité physique, à quelle fréquence vous est-il arrivé de faire des recherches sur ces sujets ? ». Lorsqu'ils désirent entreprendre des recherches sur ces thèmes, c'est près de 80 % d'entre eux qui le font sur Internet ($n = 453$). Par contre, à la question « S'il n'y avait qu'une seule source d'information disponible, à quel média feriez-vous le plus confiance sur la santé en général ? », Internet n'arrive qu'au troisième rang (20 %), derrière la télévision (45,5 %) et la presse écrite (27,9 %). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté leur média dominant lorsque ce dernier traitait de la santé (34 % contre 25 %) ou d'alimentation (37 % contre 28 %). Parmi les répondants utilisant Internet, mais dont le média dominant est la télévision ou la radio ($n = 879$), 18 % ($n = 157$) affirment visiter les sites d'émissions qu'ils ont regardées ou écoutées et qui ont traité de sujets de santé.

Dans le groupe des répondants nés à l'extérieur du Québec (n=365), près de 50 % clavardent tous les jours avec les gens de leur pays d'origine et plus de la moitié (59 %) visitent quotidiennement des sites Internet de chaînes médiatiques (radio et télévision) de leur pays d'origine. Seulement 23 % n'utilisent pas ce média. Dans l'ensemble, les personnes nées hors Québec lui font plus confiance qu'aux autres médias de masse dans une proportion de 28 %, ce qui est significativement plus élevé que chez celles nées au Québec. Le tableau 5, p. 231, présente la répartition totale de tous les répondants (nés ou non au Québec) par rapport au média auquel ils feraient le plus confiance.

## DISCUSSION

Cet article vise à décrire la perception au sein de la population québécoise des messages relatifs à la santé, à l'activité physique et à l'alimentation sur Internet. Plus précisément, il tente a) de connaître le portrait des utilisateurs d'Internet à l'égard de thématiques de santé, b) de comparer cette utilisation avec celle des autres médias et c) de proposer aux agences de santé publique des pistes d'action et d'intervention en matière de santé sur Internet.

**Tableau 5**
**Comparaison des répondants selon qu'ils sont nés ou non à l'extérieur du Canada, et selon le média auquel ils feraient le plus confiance sur la santé en général**

| | | Nés à l'extérieur du Canada | |
|---|---|---|---|
| | | **Oui** | **Non** |
| **S'il n'y avait qu'une seule source d'information disponible sur la santé en général, à quel média feriez-vous le plus confiance ?** | Télévision (%) | 41,2 | 46,4 |
| | Radio (%) | 4,9 | 6,6 |
| | Presse écrite (journaux, magazines) (%) | 26,4 | 28,3 |
| | Internet (%) | 27,5 | 18,7 |
| | **Total (N)** | **345** | **1 383** |

Les résultats de ce sondage révèlent que 80 % de la population québécoise regarde la télévision tous les jours et que la moitié utilise Internet tous les jours. Par ailleurs, le tiers a recours à ce média pour rechercher des informations relatives à la santé, ce qui est similaire aux résultats de l'étude de Brodie *et al.* (2000). Tel que rapporté par Benigeri et Pluye (2003), une majorité d'adultes canadiens et américains rechercherait des informations sur la santé grâce à Internet. Internet ne vient toutefois qu'en troisième place à titre de média auquel les Québécois feraient le plus confiance, après la télévision et les médias écrits. Pourtant, comme le montrent nos données, 80 % des Québécois utilisent ce médium lorsque vient le temps de faire des recherches, peu importe le sujet. Dans une certaine mesure, cela confirme les résultats du sondage de Bradford *et al.* (2005) qui avaient démontré qu'Internet était devenu la première source d'information sur la santé des adultes américains, mais pas celle à laquelle ils font le plus confiance. Les résultats de l'étude de Bradford et collaborateurs étaient semblables à ceux du présent sondage par rapport au fait que la radio est le média auquel la population fait le moins confiance. Bradford *et al.* n'avancent pas d'explication, mais font remarquer que le rôle du médecin, lequel était autrefois la principale source d'information sur la santé, a été bouleversé par l'avènement d'Internet.

Un autre facteur d'explication de l'engouement manifesté pour Internet, en ce qui a trait à la recherche d'informations santé, réside peut-être dans le fait que, malgré la méfiance généralement entretenue à l'égard des contenus qui y circulent, les gens se sentent personnellement aptes à juger de la validité des sites et des données qu'ils contiennent. Ceux-ci consulteraient donc les sites leur apparaissant dignes de confiance, faisant d'Internet leur première source

d'information. Il est également possible que les répondants fréquentent plusieurs sites, donc différentes sources, pour comparer les informations entre elles et ensuite prendre une décision.

Globalement, les Québécois dont le média dominant est Internet sont surtout des jeunes hommes scolarisés qui ont une situation d'emploi leur assurant un revenu plus élevé que la moyenne québécoise. Cela s'explique, car Internet présente beaucoup d'intérêt pour les hommes. Il constitue un médium (inter)actif servant également de support aux autres médias. Ce caractère interactif semble plaire davantage aux hommes qui ont des préoccupations précises et ciblées quant à la santé (voir l'article de Monique Caron-Bouchard et Colette Noiseux, p. 343). L'âge des utilisateurs peut s'expliquer en partie du fait que ces derniers appartiennent à une génération qui a grandi dans un environnement envahi par les technologies de l'information (Paré, 2001). De plus, le fait d'être plus éduqué et d'avoir un meilleur revenu est associé à l'utilisation d'Internet (Rice, 2005 ; Brodie *et al.,* 2000). Par ailleurs, les hommes sont généralement plus attirés par les différentes utilisations possibles d'Internet (Garbarino et Strahilevitz, 2004 ; Akhter, 2002 ; Van Slyke, Comunale et Bélanger, 2002 ; Jackson *et al.*, 2001). Le fait qu'ils préfèrent généralement obtenir des réponses rapides à leurs questions, notamment en matière de consommation (Laroche *et al.*, 2000 ; Zeithaml, 1985), pourrait également offrir une explication.

En comparaison avec d'autres segments de la population comprenant les hommes plus âgés, les consommateurs de télévision et les femmes, les répondants dont le média dominant est Internet ne se montrent pas tellement intéressés par la santé. Les femmes s'avéreraient les principales consommatrices d'Internet en ce domaine. L'étude de Bradford *et al.* (2005) avait d'ailleurs indiqué que les jeunes femmes scolarisées étaient les plus grandes utilisatrices d'Internet pour obtenir des informations sur la santé. Rice (2005) a fait le même constat suite à l'analyse d'un sondage en sept phases mené entre 1997 et 2004 aux États-Unis. Les auteurs n'avancent pas d'explications claires à ce sujet, mais l'étude de Rice indique que le fait de connaître quelqu'un dont l'état de santé est fragile ou d'être soi-même malade est également un facteur influençant la navigation sur le Web. Les motivations des femmes québécoises à chercher de l'information sur la santé via Internet devraient faire l'objet de recherches dans un futur rapproché.

Les résultats illustrent que les femmes sont généralement plus préoccupées par la santé que les hommes, mais qu'elles ont davantage recours à la télévision et aux médias écrits pour s'informer, Internet constituant leur troisième option. Rice (2005) ayant constaté que la principale source d'information sur la santé des femmes états-uniennes était Internet, il est possible que la situation au Québec suive la même tandance au cours des prochaines années. Comme les femmes privilégient une approche préventive en matière de santé et qu'elles

ressentent une responsabilité envers leur entourage (Loscocco et Spitze, 2007), Internet pourrait constituer pour elles une entrée intéressante vers d'autres réseaux de communication pour obtenir des informations sur le sujet. Par ailleurs, les approches multimédias (c'est-à-dire une combinaison de télévision, radio, magazine et Internet) semblent constituer une approche qui attire les Québécoises (voir l'article p. 343) et la santé publique gagnerait à développer davantage ce type d'interventions communicationnelles. Enfin, la compréhension des barrières perçues par les femmes pour obtenir des informations de santé via Internet constitue une avenue de recherche pertinente à court terme.

On peut avancer certaines hypothèses expliquant pourquoi les jeunes hommes ne font pas de recherches sur la santé au moyen d'Internet. Ils se trouvent à un âge où l'on se sent peu vulnérable, où l'on est rarement malade et où la santé évoque surtout la prévention et, à la limite, l'esthétisme. Or, pour rejoindre les plus jeunes, l'utilisation des nouveaux médias, dont Internet, constitue une stratégie de communication à privilégier (Pilon, 2008). L'attrait des jeunes hommes pour ce média est élevé ; le défi consiste dès lors à les attirer vers les thématiques santé (Evans et Hastings, 2008). Il apparaît donc nécessaire d'encoder les messages en promotion de la santé (p. ex., sur le suicide, la santé sexuelle, etc.) pour rejoindre cette clientèle cible et l'inciter à devenir proactive dans sa quête d'informations sur le sujet.

De tous les groupes d'âges, ce sont les Québécois de plus de 60 ans qui sont les plus enclins à faire des recherches sur la santé, tous médias confondus. Bien qu'Internet soit davantage considéré comme le médium des jeunes (Pilon, 2008), les résultats d'une étude similaire à celle-ci réalisée aux États-Unis a montré que les personnes âgées de plus de 60 ans y ont autant recours que les jeunes pour obtenir des informations sur la santé, à cause de la variété d'informations disponibles (Ybarra et Suman, 2008). Il est donc important, dans une optique de communication sur la santé, d'identifier les principales thématiques qui intéressent les personnes de plus de 60 ans.

Parmi les répondants en provenance de l'extérieur du Québec, une forte proportion accède tous les jours à des sites de leur pays d'origine. Ils sont, en général, de plus grands consommateurs d'Internet et d'informations liées aux thématiques santé, que les répondants québécois de souche. Les résultats du sondage indiquent qu'ils font usage de médias francophones québécois, mais beaucoup aussi de ceux de leur pays natal. Le fait que ces répondants jugent les informations sur la santé moins utiles que les natifs du Québec porte à croire que les sites sur la santé, issus tant de leur pays d'origine que du Québec, ne fournissent pas suffisamment d'informations arrimées à leur condition de nouveaux immigrants. C'est là une supposition sur laquelle la santé publique québécoise devrait se pencher et amorcer une réflexion.

Les contenus médiatiques relatifs à la santé sont perçus, par l'ensemble des répondants, comme étant utiles, crédibles et faciles à comprendre. Dans la mesure où l'utilisateur type est un jeune homme scolarisé, ces résultats semblent logiques. Grâce à la variété et à la précision des différents moteurs de recherche, il est en effet possible de trouver sur Internet les réponses que l'on cherche, et succinctes de surcroît. En ce qui concerne le paradoxe entre la crédibilité accordée aux informations sur Internet et la piètre confiance envers ce média en ce qui a trait aux questions de santé, on peut penser que ses utilisateurs se fient aux sources qu'ils consultent (p. ex., <passeportsante.net> ou <doctissimo.fr>) et à leur propre capacité de discerner les « bonnes » des « mauvaises » informations. Le fait que l'on puisse choisir le site proposant des réponses à ses questionnements, le caractère interactif d'Internet et la présence de nombreuses images alimentent probablement la perception d'y puiser des informations faciles à comprendre.

Les résultats montrent également que la télévision est incontestablement le média préféré des francophones du Québec, ainsi que celui auquel ils accordent le plus de confiance. Lorsque des émissions proposent des contenus de santé qui retiennent leur attention, ils utilisent toutefois Internet pour effectuer des recherches. En matière de santé, les Québécois ont donc tendance à se tourner vers cette source d'information à la suite seulement d'un élément déclencheur. La recherche sur le Web est vraisemblablement activée par un questionnement de départ suscité par un message en provenance d'un autre média. Règle générale, les stations de télévision ou de radio et les journaux possèdent tous leur propre site Web (Pilon, 2008). On semble rarement « surfer » sans but précis sur des sites relatifs à la santé : néanmoins, un portail sur la santé et les habitudes de vie (dont l'alimentation et l'activité physique) répondrait probablement aux besoins des individus et des populations, tout en atténuant les craintes des experts de santé publique relatives à la crédibilité des sources et à la validité des contenus actuels.

## CONCLUSION

Les résultats de ce sondage permettent de dégager les constats suivants : si la télévision est le média préféré des Québécois, c'est davantage sur Internet que ces derniers font des recherches sur la santé. Dans ce domaine, l'arrimage entre ce média et ses utilisateurs doit encore être fait. En effet, ce sont les femmes, les personnes âgées et les Québécois nés dans un autre pays qui manifestent le plus d'intérêt pour la santé alors que les principaux utilisateurs d'Internet sont des jeunes hommes. Il apparaît pertinent et préférable, d'une part, d'utiliser le Web pour inviter les jeunes hommes à s'intéresser à leur santé et de développer, d'autre part, un site Web fiable qui sache répondre aux besoins spécifiques des différents segments de la population en offrant des informations valides sur la santé. La télévision étant le média préféré de la majorité, une approche multimédia constituerait sans doute une formule intéressante à explorer.

## RÉFÉRENCES

Abroms, L.C. et E.W. Maibach (2008). « The effectiveness of mass communication to change public behavior », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, p. 219-234.

Akhter, S.H. (2003). « Digital divide and purchase intention : Why demographic psychology matters », *Journal of Economic Psychology*, vol. 24, p. 321-327.

Arnaud, M. (2008). « Les TIC, alternatives à la mondialisation », dans A.M. Laulan et D. Oillo (dir.), *Francophonie et Mondialisation,* Paris, Éditions CNRS, p. 53-64.

Béliveau, R. et D. Gingras (2009). *La santé par le plaisir de bien manger*, Montréal, Trécarré.

Benigeri, M. et P. Pluye (2003). « Shortcomings of health information on the Internet », *Health Promotion International,* vol. 18, nº 4, p. 381-386.

Bowen, D.J., H. Meischke, N. Bush *et al.* (2003). « Predictors of women's Internet access and Internet health seeking », *Health Care for Women International,* vol. 24, p. 940-951.

Bradford, W.H., D.E. Nelson, G.L. Kreps *et al.* (2005). « Trust and sources of health information. The impact of the Internet and its implications for health care providers : Findings from the first health information national trends survey », *Archives of Internal Medicine,* vol. 165, p. 2618-2624.

Brannstrom, I. et I.B. Lindblad (1994). « Mass communication and health promotion : The power of the media and public opinion », *Health Communication*, vol. 6, nº 1, p. 21.

Brodie, M., R.E. Flournoy, D.E. Altman, R.J. Blendon, J.M. Benson et M.D. Rosenbaum (2000). « Health information, the Internet, and the digital divide », *Health Affairs*, p. 255-265.

Brunsden, C. et D. Morley (1999). *The Nationwide television Studies*, Londres, Routledge.

Evans, W.D. et G. Hastings (2008). *Public Health Branding. Applying Marketing for Social Change*, Oxford, Oxford University Press.

Garbarinoa, E. et M. Strahilevitz (2004). « Gender differences in the perceived risk of buying online and the effects of receiving a site recommendation », *Journal of Business Research*, vol. 57, p. 768-775.

Institut de la statistique du Québec (2006). En ligne, mis à jour le 18 décembre 2008, <www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/revenus_depense/index.htm>, (consulté le 26 janvier 2009).

Jackson, L.A., K.S. Ervin, P.D. Gardner et N. Schmitt (2001). « Gender and the Internet : Women communicating and men searching », *Sex Roles,* vol. 44, nºs 5-6, p. 363-379.

Jensen, K.B. et K.E. Rosengren (1992). « Cinq traditions à la recherche du public », *Hermès*, vol. 11-12, p. 281-310.

Laroche, M., G. Saad, M. Cleveland et E. Browne (2000). « Gender differences in information search strategies for a Christmas gift », *Journal of Consumer Marketing,* vol. 17, nº 6, p. 500-524.

Lintonen, T.P., A.I. Konu et D. Seedhouse (2008). « Information technology in health promotion », *Health Education Research*, vol. 23, p. 560-566.

Loscocco, K. et G. Spitze (2007). « Gender patterns in provider role attitudes and behavior », *Journal of Family Issues,* vol. 28, nº 7, p. 934-954.

Marcus, B.H., N. Owen, L.A.H. Forsyth, N.A. Cavill et F. Fridinger (1998). « Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, nº 4, p. 362-378.

Maisonneuve, D. et L. Renaud (2007). « Influence entre les professionnels des médias dans le traitement de sujets touchant la santé », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 95-107.

Milio, N. (2001). « The internet, public health, and the globalization of just about everything », *Journal of Epidemiology and Community Health,* vol. 55, p. 74-76.

Munodawafa, D. (2008). « Communication : concepts, practice and challenges », *Health Education Research*, vol. 23, nº 3, p. 369-370.

Noar, S.M. (2006). « A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns : Where do we go from here ? », *Journal of Health Communication*, vol. 11, nº 1, p. 21-42.

Ostry, A., M.I. Young et M. Hughes (2008). « The quality of nutritional information available on popular websites : a content analysis », *Health Education Research*, vol. 23, nº 4, p. 648-655.

Paré, G. (2001). *Génération Internet : La prochaine grande génération*. Rapport bourgogne, Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.

Pilon, A. (2008). *Sociologie des médias du Québec. De la presse écrite à Internet,* Anjou, Éditions Saint-Martin.

Raphael, D. (2006). « Social determinants of health : present status, unanswered questions, and future directions », *International Journal of Health Services*, vol. 36, nº 4, p. 651-677.

Raine, K.D. (2005). « Les déterminants de la saine alimentation au Canada, aperçu et synthèse ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, nº S3, p. S8-S15.

Renaud, L., M.C. Lagacé et M. Caron-Bouchard (2009). « Messages d'activité physique et d'alimentation : que nous offrent les médias québécois ? », *Revue canadienne de santé publique,* vol. 100, nº 3, p. 208-211.

Renaud, L. (dir). (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Renaud, L., M. Caron-Bouchard, M.C. Lagacé *et al.* (2006). « Comment le consommateur s'y retrouve-t-il dans l'ensemble des messages en matière d'alimentation et de santé ? », *Canadian Issues,* hiver, p. 39-45.

Salmon, Y. et N. Zdanowicz (2007). « Net, sex and rock'n'roll ! Les potentialités d'un outil comme Internet et son influence sur la sexualité des adolescents », *Sexologies*, vol. 16, p. 43-52.

Statistique Canada (2008). Section *Technologie de l'information et des communications*, en ligne, mise à jour le 21 novembre 2008, <cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&SP_Action=Result&SP_ID=2258&SP_TYP=50&SP_Sort=-0&SP_Mode=2>, (consulté le 26 janvier 2009).

Statistique Canada (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, <www.statcan.gc.ca/concepts/hs-es/index-fra.htm>, (consulté le 24 janvier 2009).

Van Slyke, C., C.L. Comunale et F. Bélanger (2002). « Gender differences in perceptions of Web-based shopping », *Communications of the ACM*, vol. 45, nº 8, p. 82-86.

Warde, A., S.L. Cheng, W. Olsen et D. Southerton (2007). « Changes in the practice of eating. A comparative analysis of time-use », *Acta Sociologica*, vol. 50, nº 4, p. 363-385.

Ybarra, M. et M. Suman (2008). « Reasons, assessments and actions taken : sex and age differences in uses of Internet health information », *Health Education Research,* vol. 23, nº 3, p. 512-521.

Zeithaml, V.A. (1985). « The new demographics and market fragmentation », *The Journal of Marketing*, vol. 49, nº 3, p. 64-75.

## 4.3 La construction des savoirs relatifs aux médicaments sur Internet : étude exploratoire d'un forum sur les produits amaigrissants utilisés sans supervision médicale

Sandra Aubé, B.A., et Christine Thoër, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Les médicaments et produits amaigrissants sont très largement présents sur Internet, via les sites des pharmacies en ligne, mais également via les forums de discussion où ils font l'objet d'échanges entre pairs aux prises avec des préoccupations reliées au poids. Différentes études ont analysé des forums centrés sur les médicaments, toutefois ceux-ci portaient, pour la plupart, sur des médicaments prescrits par les médecins et utilisés dans le cadre de maladies chroniques. L'objectif de cet article est de mieux cerner la façon dont se construisent les savoirs reliés aux médicaments pour maigrir dans les forums sur Internet, lorsque les produits sont consommés hors supervision médicale. Nous nous sommes également attachées à cerner la façon dont les participants des forums se positionnent à l'égard de l'expertise biomédicale. Pour ce faire nous avons réalisé une étude exploratoire d'un forum Internet de discussion rassemblant des usagers, pour la plupart américains ou canadiens, centré sur les produits et les médicaments visant la perte de poids. Nos résultats montrent que le partage de connaissances entre usagers concerne essentiellement les modalités d'utilisation des produits, leur efficacité et leurs effets secondaires ainsi que les moyens de se les procurer. En plus de favoriser un échange de connaissances, le forum constitue également un espace où les participants trouvent différentes formes de support à la perte de poids médicamentée. Si les savoirs que partagent les participants sont essentiellement de nature expérientielle, les tentatives pour faire émerger une véritable expertise profane collective sont assez limitées. Enfin, les références aux experts biomédicaux sont relativement peu nombreuses, ce qui est selon nous essentiellement attribuable au déficit de légitimité entourant la perte de poids médicamentée, ainsi qu'aux modalités de consommation des produits et médicaments amaigrissants, hors de la supervision du médecin.

**ABSTRACT**

Weight loss products and medications are widely available on the Internet through pharmaceutical sites, and are often debated in discussion forums on weight loss. Various studies have analysed forums on medication. However, most of these involved medications prescribed by doctors in the context of chronic illnesses. The objective of this article is to determine more precisely the manner in which knowledge related to weight loss medications is developed in Internet forums when they are consumed without medical supervision. We also wished to discern how participants in these forums position themselves with respect to biomedical expertise. To do so, we conducted an exploratory study of a primarily American and Canadian Internet discussion forum on various products and medications designed for weight loss. Our results show that users' sharing of knowledge essentially involves the use of products, their efficacy and their secondary effects, as well as the means to procure them. In addition to favouring an exchange of information,

forums also constitute places where participants find different forms of support for medicated weight loss. While the information participants share is basically of an experiential nature, attempts to bring forth a genuine collective layman's expertise have met with only limited success. Finally, references to biomedical experts are relatively scarce due, we believe, to weight loss medications' lack of legitimacy, as well as to the ways in which they are consumed, without medical supervision.

## MISE EN CONTEXTE

Différentes enquêtes réalisées aux États-Unis (Fox, 2006), au Canada (Underhill et McKeown, 2008 ; CEFRIO, 2008), ou encore en Europe (Kummervold *et al.*, 2008 ; Renahy *et al.*, 2006) montrent qu'Internet est de plus en plus utilisé par le grand public pour rechercher de l'information sur la santé. En 2005, plus du tiers des canadiens de dix-huit ans et plus ont utilisé cet outil à cette fin (Underhill et McKeown, 2008) et parmi les internautes (68 % de la population canadienne), le pourcentage d'individus recherchant de l'information sur la santé s'élevait à 58 %. Aux États-Unis, la fréquentation des sites sur la santé est plus importante et concerne deux tiers des adultes et 80 % des internautes (Fox, 2008), phénomène qui est peut être à mettre en lien avec la moindre accessibilité des services de santé (Renahy et Chauvin, 2006).

Ces enquêtes montrent que les jeunes générations sont les plus grandes consommatrices d'informations relatives à la santé sur Internet (Underhill et McKeown, 2008 ; Fox, 2006 ; Renahy *et al.*, 2006). En Amérique du Nord, le taux d'individus utilisant l'Internet santé est ainsi plus élevé chez les 30-40 ans, mais reste néanmoins important jusqu'à 65 ans (Underhill et McKeown, 2008 ; Fox, 2006). Les femmes, qui jouent de manière générale un rôle central dans la prise en charge des problématiques de santé au sein du cercle familial (Cresson, 2001), sont également plus nombreuses à rechercher de l'information relative à la santé sur Internet pour elles-mêmes, mais aussi pour leurs proches (Underhill et McKeown, 2008 ; Fox, 2006). Les utilisateurs de l'Internet santé se distinguent également par leur niveau de scolarité (Underhill et McKeown, 2008 ; Fox, 2006). En effet, si la fracture numérique semble se réduire, l'accès à l'Internet santé reste encore difficile pour certaines populations défavorisées qui cumulent des problématiques d'accès matériel, mais aussi de compréhension de l'information diffusée en ligne (Renahy *et al.*, 2008 ; Brodie *et al.*, 2000).

Au-delà de ces variations, l'utilisation de l'Internet santé semble s'inscrire dans une tendance des individus à vouloir jouer un rôle plus actif dans la prise en charge de leur santé (Renahy et Chauvin, 2006). L'outil participe à la diffusion des savoirs experts et offre un accès rapide à une pluralité de points de vue du fait de la multiplication des instances diffusant des informations sur la santé, les patients pouvant eux-mêmes devenir « producteurs » d'informations et d'opinions sur la santé (Lemire *et al.*, 2008a ; Hardey, 2003). Le recours à Internet

est aussi motivé par le fait que les nouveaux modèles de relation médecin-patient privilégiés (notamment, le modèle de la décision partagée, Légaré, 2006), impliquent une plus grande autonomie et responsabilisation du patient (O'Grady *et al*., 2008), la bonne santé se vivant désormais comme une exigence de bonne information (Kivits, 2008). La façon dont les individus s'approprient l'information relative à la santé reste assez peu documentée, différentes études soulignant toutefois que l'utilisation d'Internet modifie la façon de gérer sa santé et de la préserver. Le recours à Internet semble notamment avoir un impact sur la relation avec le médecin, l'information récoltée en ligne étant souvent discutée dans le cadre de la consultation médicale (Renahy et Chauvin, 2006 ; Fox, 2006 ; Hesse *et al*., 2005).

S'appuyant, sur ces constats, plusieurs auteurs considèrent qu'Internet favorise l'« *empowerment* » des individus à l'égard de leur santé (Hardey, 2001 ; Eysenbach, 2000) parce qu'il permet de réduire le différentiel de connaissances entre les médecins et les patients (Lupton, 1994). Toutefois, Lemire *et al*. (2008a), qui se sont intéressés à saisir la façon dont s'exerce cette responsabilisation à l'égard de la santé chez des visiteurs du site québécois Passeport santé[1], montrent qu'elle obéit à plusieurs logiques : **professionnelle** lorsque l'individu utilise Internet pour acquérir un savoir lui permettant de s'approprier la vision biomédicale, c'est-à-dire de mieux saisir la décision du professionnel de santé pour mieux s'y conformer, **consumériste** lorsque l'individu utilise Internet pour maximiser la gestion de sa santé, l'outil lui permettant de s'informer, de comparer les informations et les options de traitements et de faire le choix qui s'avère, selon lui, le plus approprié, le savoir biomédical étant alors considéré comme une expertise parmi d'autres, et **communautaire** lorsque l'usager participe à des réseaux, notamment des forums de discussion où s'exercent la solidarité et l'entraide. Ces auteurs insistent sur le fait que la responsabilisation à l'égard de la santé est un processus complexe qui ne peut être envisagé sans prendre en compte les attentes et les aptitudes de l'individu, le contexte de recherche de l'information (curatif versus préventif, notamment) et les logiques économiques et juridiques (caractéristiques du système d'assurance santé, offre de ressources de santé sur Internet, etc.) (Lemire, 2008 ; Kivits, 2004, 2006).

**Recherche d'informations sur la nutrition et la perte de poids**

Sur Internet, les internautes recherchent de l'information sur « les styles de vie sains » (notamment la nutrition, les régimes alimentaires et la pratique d'activité physique), sur les pathologies, les symptômes spécifiques, les médicaments, les thérapies alternatives ainsi que les ressources de santé de proximité (Statistique Canada, 2005 ; NETendances 2008 ; Fox, 2006 ; Renahy et Chauvin, 2006). Internet semble constituer un outil privilégié pour ceux qui souhaitent faire des recherches sur la nutrition et les régimes alimentaires (Lagacé et

[1] Le site <www.passeportsante.net> est un site visant la promotion et la protection de la santé.

Renaud, 2010 ; Renahy et Chauvin, 2006 ; Fox, 2005). Ces thématiques sont aussi largement privilégiées par les producteurs de contenu comme en témoigne la vaste panoplie de sites sur ces questions[2]. Il semble que la consultation de ces informations soit à l'origine de l'adoption de nouvelles pratiques alimentaires (Dieteticians of Canada, 2002).

Plusieurs recherches se sont intéressées à la qualité du contenu des sites qui présentent des informations sur la nutrition et les régimes alimentaires (Ostry *et al*., 2007 ; Miles *et al*., 2000 ; Davison, 1996). Elles mettent en évidence un décalage par rapport aux recommandations de santé publique soulignant aussi la prépondérance des sites commerciaux qui totalisent 80 % des visites des Canadiens à la recherche d'information sur la nutrition et les régimes alimentaires (Dieteticians of Canada, 2002). Sur ces sites commerciaux, particulièrement visibles sur Internet du fait de leur excellent référencement sur les moteurs de recherche et de la promotion intensive (bandeaux publicitaires en ligne, spam, etc.) dont ils font l'objet (Lemire, 2009), les produits pharmaceutiques et les suppléments alimentaires offrant la promesse d'une perte de poids rapide sont à l'honneur. Leur utilisation n'est pourtant pas sans danger, notamment sur le plan cardiaque (Nazeri *et al*., 2009).

### Échanges entre usagers dans les forums et rapport au savoir et à l'expertise biomédicale

Internet constitue également un espace favorisant le développement de réseaux de discussion sur la santé. Les forums de discussion permettent un échange entre pairs, libre ou arbitré, sur des problématiques et des pathologies particulières. Généralement ouverts au public, mais pouvant aussi nécessiter une inscription, ils constitueraient une source d'information privilégiée sur la perte de poids (Fox, Ward et O'Rourke, 2005). Les caractéristiques des participants et des lecteurs des forums de discussion sont peu documentées. Des études réalisées en Europe indiquent qu'ils seraient plus scolarisés que l'ensemble des utilisateurs de l'Internet santé (Kummervold *et al*., 2008 ; Renahy *et al*., 2006).

Donnant la possibilité aux individus de s'entretenir de manière asynchrone avec d'autres personnes ayant vécu des problématiques similaires, ces espaces permettent le partage de récits d'expériences sur la maladie et ses traitements (Bruchez *et al*., 2009 ; van Uden-Kraan *et al.,* 2008 ; Thoër et de Pierrepont, 2009 ; De Pierrepont, 2009 ; Weisberger, 2004 ; Fox, Ward et O'Rourke, 2005 ; Akrich et Meadel, 2002 ; Bresnahan et Murray, 2002). Cette mise en commun des expériences individuelles constituerait l'une des principales motivations de la participation aux forums (Senis, 2003), et constituerait la catégorie d'information

[2] C'est d'ailleurs pour aider les usagers à s'y retrouver face à la profusion d'informations sur ce thème que Brazin (2007) a lancé un ouvrage décrivant et évaluant le contenu de ces sites.

jugée la plus utile par les patients (Eysenbach, 2008b). Les forums s'avèrent en effet un lieu pour « tout dire », sous le couvert de l'anonymat, et pour être entendu, ce qui n'est pas toujours le cas dans le cadre de la consultation.

Les médicaments occupent une place importante dans ces espaces d'échange, voire sont parfois l'objet principal de la discussion. Les médicaments qui font l'objet de discussion sont pour la grande majorité des produits d'ordonnance, utilisés de manière régulière dans le cadre de la prise en charge de maladies chroniques (Thoër et de Pierrepont, 2009 ; Bruchez *et al*., 2009 ; Akrich et Meadel, 2002 ; Fox, Ward et O'Rourke, 2005). Les forums permettent ainsi aux usagers d'échanger sur l'efficacité ou l'inefficacité éprouvée des traitements ainsi que sur leurs effets secondaires (Thoër et de Pierrepont, 2009). Cette reconnaissance de l'expérience de la maladie et de ses traitements participe du soutien émotionnel qui constitue également une des fonctions importantes de ces espaces d'échange (Burrows et Nettleton, 2000 ; Pleace *et al.*, 2000 ; Fox, Ward et O'Rourke, 2005 ; Brotsky et Giles, 2007 ; Horne et Wiggins, 2009).

Le partage d'expériences individuelles favoriserait aussi la « ré-appropriation » des connaissances biomédicales par les profanes (« *lay reskilling* ») (Giddens, 1991). La participation à des forums amène d'ailleurs les usagers à se sentir plus à l'aise pour discuter de leur diagnostic et de leur traitement avec le médecin (van Uden-Kraan *et al.,* 2008 ; Thoër et de Pierrepont, 2009 ; De Pierrepont, 2009), ce qui leur permet de mieux se l'approprier et au besoin, de renégocier le traitement prescrit (Akrich et Meadel, 2002 ; Fox, Ward et O'Rourke, 2005). Les échanges semblent également favoriser la construction d'une expertise collective profane, qui émergerait de la confrontation des savoirs expérientiels individuels, et serait souvent complémentaire à celle des cliniciens (Kivits, 2006 ; Akrich et Meadel, 2002 ; Thoër et de Pierrepont, 2009). Les caractéristiques et les processus de construction de cette nouvelle forme d'expertise restent toutefois peu documentés.

Plusieurs auteurs soulignent aussi que les échanges sur les forums contribuent à la diffusion et à la vulgarisation de l'information scientifique, comme en témoigne l'importance des références scientifiques et des liens vers d'autres sites Internet dans les discussions (Thoër et de Pierrepont, 2009 ; Wikgren, 2003). Un nouveau concept, l'« apomediation » (Eysenbach, 2008), a d'ailleurs émergé pour décrire ces nouvelles « médiations » offertes par Internet à l'usager qui recherche de l'information sur la santé. Celui-ci peut ainsi être accompagné dans son cheminement au sein des forums par des « experts de proximité » (*warm experts*) qui favorisent l'appropriation du savoir scientifique (Thoër et de Pierrepont, 2009 ; Thoër, 2009). Cette médiation semble particulièrement utile lorsque les internautes sont confrontés à des savoirs contradictoires pouvant générer de la confusion. Les forums agiraient ainsi comme des espaces de diffusion, mais surtout d'appropriation de savoirs expérientiels et scientifiques.

**Les forums sur les médicaments favorisant la perte de poids**

Les études portant sur les forums de discussion qui traitent de la perte de poids et des produits amaigrissants sont peu nombreuses. Hwang *et al*. (2007) qui analysent dix-huit forums à fort trafic traitant de la question de la perte de poids montrent que l'information diffusée est généralement conforme aux recommandations de la santé publique, à l'exception des messages concernant les produits utilisés pour favoriser la perte de poids, qui présentent une information plus souvent erronée et parfois potentiellement dangereuse, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses des produits étant rarement présentés.

L'équipe de Fox et collègues qui analysent deux forums, l'un réunissant des usagers aux prises avec des problèmes de surpoids ou d'obésité (Fox, Ward et O'Rourke, 2005a), et l'autre, des participants anorexiques cherchant à maintenir un faible poids (Fox, Ward et O'Rourke, 2005b), soulignent la place importante qu'occupe l'information concernant les médicaments, leur efficacité et leurs effets secondaires dans les échanges, même si les usagers abordent aussi d'autres stratégies permettant de maximiser la perte de poids (types de diètes à observer, pratique d'activité physique) (Fox, Ward et O'Rourke, 2005a et b). Dans le premier forum analysé (Xonline), où interagissent des utilisateurs du médicament Xenical (orlistat), produit disponible sur ordonnance qui brûle les graisses et favorise leur élimination, les auteurs montrent qu'une expertise profane, largement fondée sur l'expérience d'utilisation du médicament émerge des discussions (Fox, Ward et O'Rourke, 2005a). Toutefois, le discours biomédical reste omniprésent et l'autorité du médecin est rarement remise en question. Si les usagers viennent parfois sur le forum pour obtenir une seconde opinion, ils y recherchent surtout des informations que leur praticien ne leur a pas fournies, entre autres, concernant les dosages et les effets secondaires de la médication. Les indicateurs biomédicaux du « poids santé » ne sont pas non plus questionnés sur ce forum, où l'indice de masse corporelle (IMC) et la mesure du tour de taille sont les balises retenues pour évaluer la perte de poids. En Occident, la construction sociale du corps, et notamment du poids acceptable et légitime, reste largement marquée par la perspective biomédicale (Nettleton et Gustafsson, 2002 ; Lupton, 1994). Ces indicateurs permettent de déterminer qui « souffre » d'embonpoint ou d'obésité, deux conditions interprétées comme le signe d'une mauvaise santé (Abraham et Llewellyn-Jones, 1997 ; Després, Lemieux et Prud'homme, 2001)[3]. De plus, le surpoids est présenté comme une condition indésirable qu'il incombe à l'individu de maîtriser, alors que nombre d'études ont mis en évidence le rôle que joue l'environnement dans la progression de l'obésité au sein de la population (Sobal et Maurer, 1999 ; Austin, 2001).

[3] L'indice de masse corporelle pose toutefois certains problèmes, car il ne prend pas en compte la masse musculaire amenant ainsi à considérer obèses des personnes qui ne le sont pas (Burns et Gavey, 2004).

Les utilisatrices du second forum analysé par Fox, Ward et O'Rourke (2005b) (« Anagrrl »), site représentatif du mouvement « pro-ana » qui fait la promotion de l'anorexie, adoptent par contre un autre point de vue. Dans ce forum, la perspective biomédicale du poids et sa prise en charge sont largement questionnées, l'anorexie étant présentée comme un style de vie plutôt que comme une problématique de santé. De plus, les utilisatrices revendiquent une utilisation des médicaments amaigrissants hors de leurs indications thérapeutiques et par des personnes ne présentant pas de surpoids.

On voit ainsi s'exercer dans ces deux forums, deux formes très différentes de rapport à l'expertise biomédicale, qui semblent correspondre à deux types d'utilisation du médicament, l'une sous supervision médicale, et l'autre, hors du cadre médical. Or, nombre des produits qu'utilisent les individus dans le cadre de régimes amaigrissants sont disponibles sans ordonnance et utilisés hors surveillance médicale (Blanck *et al*., 2007). Dans le cadre d'une analyse non exhaustive, réalisée par l'Association pour la santé publique du Québec et plusieurs partenaires (ASPQ, 2004), sur les produits, services et moyens amaigrissants (PSMA)[4] disponibles au Québec, plus de 350 produits ne nécessitant pas d'ordonnance ont ainsi été recensés. Ces suppléments alimentaires et produits naturels favorisant la perte de poids seraient très facilement accessibles sur Internet (Ashar *et al*., 2004 ; Jordan et Haywood, 2007 ; Nazeri *et al*., 2009), où il est également possible d'obtenir des médicaments d'ordonnance pour maigrir sans passer par le médecin, notamment dans les pharmacies en ligne ou encore sur des sites d'enchères comme eBay (Lemire, 2009).

L'objectif de cet article est de mieux cerner la façon dont se construisent les savoirs reliés aux médicaments pour maigrir dans les forums, lorsqu'ils sont consommés hors supervision médicale, qu'ils soient ou non des produits disponibles sur ordonnance. Quelle est la nature des informations échangées ? Diffère-t-elle de celle que l'on trouve sur les forums où les échanges portent sur des médicaments utilisés sous supervision médicale ? Observe-t-on dans les discussions, la constitution d'une expertise profane collective ? Enfin, comment les internautes se positionnent-ils à l'égard de l'expertise et du savoir biomédical au regard de la perte de poids et des produits amaigrissants ?

## MÉTHODOLOGIE

Grâce à une recherche réalisée sur le moteur de recherche Google à l'aide des mots-clés *weight-loss* et *forum*, nous avons identifié plusieurs sites incluant des discussions sur les produits amaigrissants. Après les avoir analysés, nous avons

[4] Les PSMA sont définis comme « les divers produits (produits naturels, médicaments en vente libre, substitut de repas, etc.), services (programmes et centres commerciaux de perte de poids, etc.) et moyens (régimes, jeûne, etc.) qui ont des visées amaigrissantes » (ASPQ, 2004, p. 2).

sélectionné le site Weight Loss forums[5], qui présente beaucoup d'informations sur les produits amaigrissants (dix des 21 thèmes de discussion affichés en avril 2008) et, notamment, sur des produits utilisés hors supervision médicale, objet au centre de la présente étude.

Créé en 2005, ce forum qui cible surtout des utilisateurs nord-américains s'est véritablement développé depuis 2007. Il figurait à cette date, parmi les forums américains sur la perte de poids à fort trafic recensés dans l'étude de Hwang *et al*. (2007). Il est annoncé sur le site que ce forum aurait été créé à l'initiative personnelle d'un individu, également administrateur et modérateur du site, qui se fait appeler « *Light* », dans le but d'échanger aide et conseils sur la perte de poids[6]. Le site ne fournit toutefois pas plus d'informations sur cet éditeur, ce qui n'est pas sans soulever certaines questions concernant un possible financement par des firmes pharmaceutiques, bien que l'administrateur s'en défende. En effet, après vérification, nous avons pu constater que le nom de domaine de *Weight Loss forums* avait été enregistré en Roumanie, en février 2004, par un individu qui possède onze autres domaines reliés à des sites Internet ou des blogues dont le site Ropharma.com, d'une société roumaine spécialisée dans le commerce et l'export de produits et de solutions pharmaceutiques[7], qui propose un catalogue incluant nombre de produits pour la perte de poids. L'utilisation des médias sociaux pour faire la promotion des produits pharmaceutiques constitue une stratégie qui semble se développer (Sweet, 2009 ; Macias, 2005). Le sponsoring des communautés virtuelles de patients constitue notamment une pratique privilégiée, mais qui n'est pas toujours annoncée sur les sites (Tuffs, 2006).

Au moment de l'étude, *Weight Loss forums* comptait 14 000 membres inscrits. Quatre mois plus tard, le nombre de membres avait bondi, passant à plus de 26 000 personnes. Toutefois, il est à noter qu'il n'est pas nécessaire d'être inscrit pour lire et même participer aux discussions comme invités. Parmi les membres inscrits, seule une minorité renseigne l'ensemble des champs de son profil, l'âge, notamment, n'étant pas souvent mentionné. Les données fournies montrent toutefois que les participants sont pour la majorité des femmes[8] américaines, âgées de 18 à 48 ans. Plusieurs utilisateurs proviennent également du Canada

[5] <weight-loss-forums.com>.

[6] Le forum se présente comme une petite communauté d'entraide : « *Small but active community, with just a hand of really nice members like you and me, giving out* "user friendly, smart information aimed at helping people" », <www.weight-loss-forums.com/about.php>.

[7] Ropharma est <www.kompass.com/fr/RO029397>.

[8] Les utilisateurs du forum inscrits étant majoritairement des femmes, comme l'indiquent leur profil ou le choix du pseudonyme, nous utiliserons dans le reste de cet article des qualificatifs féminins pour les désigner.

et d'autres pays du Commonwealth. La grande majorité utilise un pseudonyme qui apparaît devant chaque message publié, certains ajoutant pour personnaliser leur profil, une photographie de leur choix.

Notre analyse de ce forum s'inscrit dans le courant de l'ethnographie en ligne (Mann et Stewart, 2000), qui vise à cerner les usages des technologies de la communication, et notamment, au sein des communautés virtuelles, dans leur contexte d'utilisation (Hine, 2000). Nous avons tout d'abord procédé à une observation du forum pendant plusieurs mois (d'octobre 2007 à janvier 2008) afin de bien comprendre son fonctionnement, d'identifier les thématiques de discussion les plus populaires et de cerner les modalités d'interaction entre les usagers.

Sur ce forum, les thématiques de discussion sont toutes liées aux stratégies permettant de perdre du poids (informations sur la nutrition, régimes alimentaires, pratique d'exercice, produits amaigrissants). Parmi les fils de discussion traitant des produits amaigrissants, lesquels sont largement mis en valeur au centre de l'écran sur la page d'accueil, nous en avons retenu dix-sept, les plus populaires, portant sur différents produits amaigrissants, disponibles avec ou sans ordonnance, pour un total de 500 messages publiés entre mai 2006 et mai 2008. Nous avons procédé à une analyse qualitative de ces messages à l'aide du logiciel N-Vivo (QSR). Notre codage de chacun des messages avait pour objectif d'identifier le ou les thèmes de l'échange, les produits concernés et leur statut, les experts mentionnés et les sources d'information citées, les indicateurs utilisés pour évaluer le succès de la perte de poids et les tentatives pour faire émerger une expertise collective des produits.

Pour des considérations éthiques, nous avons adopté une approche non interventionniste afin de ne pas perturber la dynamique des échanges. Nous n'avons pas ainsi annoncé notre présence sur ce forum, parce qu'il était d'accès public et que nous n'avons publié aucun message. Nous avons par contre supprimé les pseudonymes utilisés par les participants dans les extraits présentés dans ce chapitre, sauf pour les extraits concernant l'administrateur du site, afin de permettre au lecteur de distinguer ces contributions. Il s'agit là d'une position conforme à celle avancée dans la littérature abordant les enjeux éthiques de la recherche en ligne (Sixsmith, 2001 ; Mann et Stewart, 2000 ; Pleace *et al*., 2000).

Nous avons par ailleurs contacté l'administrateur du site par voie de messagerie courriel, pour l'informer de l'étude en cours et obtenir des renseignements sur le fonctionnement du forum et sur la démarche de création du site. Celui-ci a partiellement répondu à nos questions. Il se présente tout d'abord comme un développeur de sites Internet, ex-athlète professionnel, passionné par la nutrition et l'entraînement physique. Localisé aux États-Unis, il précise qu'il intervient

sur le forum, à titre personnel et professionnel. Sa mission est d'entretenir le site sur le plan technique et d'assurer sa modération, soit, explique-t-il, de veiller à ce que les utilisateurs évitent les propos obscènes, violents ou insultants et respectent l'interdiction de publier des messages à caractère publicitaire[9]. Il souligne que les fils de discussion portant sur les médicaments sont apparus à la demande des utilisateurs.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques, efficacité et modalités d'utilisation des produits

Les produits concernés dans les fils de discussion analysés se répartissent à peu près à part égale entre, d'une part, les médicaments d'ordonnance (Xenical, Anorex, Phentermine, etc.), et d'autre part, les suppléments alimentaires et autres « produits naturels » favorisant la perte de poids. Il importe toutefois de noter que la plupart des usagers semblent se procurer les produits d'ordonnance sans prescription, en les achetant sur Internet, et les utilisent de ce fait sans supervision médicale.

Comme le signalent plusieurs études portant sur des forums centrés sur les médicaments (Thoër et de Pierrepont, 2009 ; Bruchez *et al.*, 2009 ; Fox, Ward et O'Rourke, 2005), les caractéristiques des produits, et notamment leur composition, les bénéfices et les effets secondaires associés à leur utilisation ainsi que les modalités optimales d'utilisation (le dosage efficace, le moment souhaité de la prise médicamenteuse, les pratiques à associer à la prise médicamenteuse pour favoriser la perte de poids) occupent une place très importante dans les échanges. Le savoir expérientiel y est largement dominant, l'information crédible étant celle fournie par un usager qui a fait l'expérience d'un produit.

Les discussions témoignent tout d'abord de la difficulté des personnes qui souhaitent adopter un traitement pour maigrir à trouver le traitement approprié. En effet, l'offre sur le marché est particulièrement large et complexe et il n'est pas facile pour les individus de s'y retrouver, notamment parmi les produits naturels et les suppléments alimentaires. Ceux-ci sont le plus souvent identifiés par leur dénomination commerciale, celle-ci variant d'une préparation à l'autre, tout comme la présentation des ingrédients, les ingrédients actifs n'étant d'ailleurs pas systématiquement mis en évidence sur les notices des produits. Plusieurs usagers qui recherchent un ingrédient particulier dont on leur a parlé ou qui s'est avéré efficace pour eux dans le passé, comme c'est le cas de cette participante, vont ainsi s'interroger sur la composition des produits :

[9] Voici le commentaire de l'administrateur : « *It came to my attention that there are several people who are trying to sell prescription drugs using this forum. Please note that Weight Loss Forums.com is not affiliated in any way with this and does not allow this. User takes complete legal responsibility for all files and content uploaded or posted on Weight Loss Forums.com.* »

> *Hello everyone! I'm looking for feedback regarding the difference /distinction between Ephedra and Ephedrine. Prior to the Ephedra ban I had* ***great*** *success (without any scary repercussions) using Stacker II with Ephedra in careful moderation. Since it is no longer possible to obtain that product, I recently tried something else called Bolt Ephedrine. I was told that it would be a great substitute product, but unfortunately the results were terribly disappointing.* […] *My understanding is that Ephedra is the herb Ma Huang, but I would be very grateful for information about the difference between the two E's. I want to try a product that would be the closest in formula to what worked for me before.*

Les usagers du forum recherchent également des informations sur le dosage le plus efficace tout en restant sécuritaire, et ce, indépendamment des recommandations du fabricant, s'il y en a («*Are the 30 mg capsules better than the 37.5 tabs even though the dosage is higher in the tablets ?*»). Le caractère naturel ou chimique des produits est aussi questionné : «*My sister bought a bottle of "2 DAY DIET JAPAN LINGZHI" from buylida.com. it lost her way dramatically. Is it 100 % original herbal ?*», les produits naturels étant généralement préférés parce qu'ils sont jugés plus sécuritaires.

Cette quête du traitement efficace semble constituer l'une des principales motivations de participation à ce forum. Pour de nombreuses participantes, la première question posée sur le forum concerne ainsi l'efficacité d'un produit dont elles ont entendu parler, qu'elles ont souvent acheté ou qu'elles souhaitent se procurer. Avant d'en faire l'essai, elles viennent chercher des témoignages, qui permettraient de garantir l'efficacité, mais aussi la sécurité du traitement :

> *I have heard wonderfull things about Rapid Slim SX. Supposedly you can lose up to 30 pounds in 8 weeks. I am thinking about trying it but I wanted to know if anyone had any experience with it.*

Plusieurs de ceux qui adoptent un traitement s'engagent en retour à témoigner de son efficacité sur le forum afin que leur expérience puisse profiter à d'autres participantes : «*I'm going to keep everyone posted so you will all know if it works or not.*»

À ce titre, l'efficacité des produits se mesure essentiellement en unités de poids (livres ou kilogrammes) perdues versus la durée de la prise du traitement. Plus la perte de poids est rapide et plus le produit est jugé efficace. L'efficacité du produit est aussi évaluée en fonction de la perte de poids attendue par l'utilisateur (le but à atteindre). Certaines participantes mentionnent aussi l'impact de la perte de poids sur les relations et sur l'insertion sociales, qui semblent également attester du succès du produit, mais ces références à l'entourage socioprofessionnel restent assez peu nombreuses.

> *I have been on Xenical for a couple weeks. I checked about a week ago and I had lost 10 pounds. My husband really is starting to notice and he loves it.*

Les utilisatrices discutent également des modalités de prise du traitement pour un résultat optimal. Elles s'échangent des indications concernant la posologie (« *You take 6 capsules 30 minutes before breakfast and 6 capsules 30 minutes before lunch with at least 16-24 oz. of water* ») et le recours à d'autres stratégies améliorant l'efficacité du traitement (boire beaucoup, pratiquer une activité physique, adopter un régime alimentaire faible en gras).

Cette quête du traitement efficace peut durer longtemps. Plusieurs utilisatrices témoignent ainsi de véritables trajectoires de tentative de perte de poids dont le récit est souvent articulé autour des essais pas toujours concluants de traitements multiples. Le traitement semble ainsi constituer un élément structurant de cette démarche de perte de poids qui, lorsqu'il s'avère inefficace, est à l'origine de la venue ou du retour des femmes sur le forum, celles-ci recherchant un nouveau produit à essayer.

L'inefficacité des produits amène aussi plusieurs personnes à se questionner sur leur bonne utilisation des produits ainsi que sur leur métabolisme. Ces extraits montrent combien les participantes anticipent une perte de poids particulièrement rapide :

> *I started taking Lipovarin 3 days ago (I am just starting my 4th day now), and I'm not sure if I'm doing anything wrong – as I am more hungry than ever! I haven't lost any weight.*

De manière générale, les mentions d'échec sont toutefois moins nombreuses que les témoignages de succès, « *success stories* » qui sont largement mises en avant et commentées par les autres participantes. Cette disparité soulève certaines questions : Les usagers qui n'éprouvent pas de succès dans leur perte de poids médicamenteuse sont-ils moins enclins à partager leur expérience ? Délaissent-ils le forum ? Ou encore, est-il possible que ces messages soient supprimés par l'administrateur ?

**Validation et gestion des effets secondaires des produits**

Une autre préoccupation importante des usagers du forum est celle des effets secondaires. Les utilisateurs sont ainsi nombreux à témoigner d'effets secondaires dont ils font l'expérience avec la prise d'un produit amaigrissant et qu'ils cherchent à valider auprès d'autres participants, ce type d'information étant rarement mentionné sur les sites d'achat ou dans la documentation accompagnant les produits (Miles *et al*., 2000), comme l'exprime cet utilisateur :

> *This product has been working great for me but I have been vomiting a lot lately. Anyone else have this problem? By the way, I am a 38 yr old male. I know this is targeted for women, but is it safe for men to take? I could not find any information on this subject.*

Certains produits amaigrissants peuvent en effet entraîner des effets secondaires assez importants (allant des problèmes digestifs comme les maux d'estomac ou la diarrhée, aux maux de tête, à l'accélération du rythme cardiaque ou encore à la perte du sommeil). Plusieurs utilisatrices semblent toutefois minimiser ces effets secondaires lorsqu'elles jugent que le produit s'avère efficace et entraîne la perte de poids tant désirée, comme l'explique cette utilisatrice du médicament Xenical, lequel peut provoquer des selles impérieuses et fréquentes :

> *Yes the side effects can be a bit of a pain but just remember why you are doing this and who for and I hope it's for you. If they were not safe they would not be on the market* […] *just keep doing the right thing and you will be the person you have always wanted to be.*

Ces effets secondaires sont même parfois vécus comme la preuve de l'efficacité du médicament amaigrissant, voire comme un mal nécessaire pour retrouver le poids légitime, qui permet aux femmes d'être plus en accord avec leur image (« *I don't mind the side effects…I would rather see it expelled instead of being absorbed by my body.* », « *I did experience the oily discharge but hey, I can deal with it as long as the pounds come off !* »), ou encore comme rappel des excès commis, puisque dans le cas des médicaments comme Xenical, Alli ou Eroved, ceux-ci surviennent dès qu'il y a absorption de graisses : « *The side effects are pretty bad if you don't stay on the low fat diet ! you will have oily poop ! But that's what you get for not listening to what it tells you to do.* » Le médicament permet ainsi de prendre conscience de tout ce que l'on mange et rend impérative la lecture des étiquettes nutritionnelles : « *it really makes me aware of what I eat and to really read labels.* »

D'autres participantes sont toutefois plus ambivalentes et semblent très préoccupées par les effets secondaires observés. L'administrateur intervient alors fréquemment pour les rassurer, conseillant souvent une consultation médicale :

> *I took TrimSpa for the 1st time on Friday. I woke on Saturday sick to my stomach and my body felt achy. By Saturday night, my stomach was so bloated, I looked pregnant. I felt better on Sunday and took one more pill yesterday before lunch. Since this weekend, I have also had really painful urination. It burns like I have a UTI. Anyone else had these symptoms?*

> *Some similar side effects were reported. Please go see a doctor if the side effects persists. I am really sorry to hear about this* (Light, 25 avril 2006)

Dans quelques cas, des participants témoignent des effets secondaires ressentis avec certains traitements, dans le but d'en décourager l'utilisation par d'autres membres du forum. C'est le cas de cet homme dont la conjointe avait pris du Liporexin, un médicament disponible sans prescription, qui limite l'absorption des graisses :

> *My wife had heart failure last week and the doctors found out it was from Liporexin she was taking people – I beg you to avoid this product as it can kill you!!! Thank God my lovely wife A. is still alive!*

Nombre des discussions entourant les effets secondaires portent également sur les moyens de les gérer, ce qui implique parfois d'organiser le quotidien en fonction de la prise médicamenteuse, de modifier son alimentation, de prévoir des vêtements de rechange, des protections, etc. : « *Don't get too far from the restroom for about an hour after your meal. It is a fat blocker and if you eat too many fat grams, sugar, white flour, etc., it* ***will*** *be passed through as waste – and quickly !* »

**Accès aux produits amaigrissants**

Sur ce forum où la plupart des produits sont utilisés hors supervision médicale, l'accès aux traitements est un enjeu majeur. Les usagers s'échangent ainsi des renseignements sur les moyens de se procurer les produits amaigrissants qui les intéressent. Cette problématique semble particulièrement importante concernant les produits amaigrissants d'ordonnance que tous les médecins ne semblent pas vouloir prescrire : « *I used to order online back in 06. I went to my regular Dr. and he would not prescribe it. Does anyone live in Los Angeles and have a Dr. that prescribed them Phentermine ?* »

Les utilisateurs s'échangent alors des adresses de sites où une prescription n'est pas exigée pour commander le produit :

> *I ordered it from this website phenterminehome.com I ordered it on a Friday and received it on Tuesday. You do not need a prescription, you just fill out the on-line questionnaire. However, they do ask for your doctor, his address and phone number. I put the correct doctor and address but I put my cell as the number, and they never called.*

Les utilisateurs communiquent également les coordonnées de médecins enclins à prescrire le traitement recherché :

> *I came across the mention of Dr. Michael Anchor so I Googled him as suggested. His website is www.phenpro.com and he has a list of doctors who "have shown a willingness to prescribe phen-pro and demonstrated an understanding of the therapy". AND there's one in Canada!!!! He's in Kitchener Ontario, about an hour from where I live. Here is a link to the list: <www.phenpro.com/phenpro_doctors.php>.*

De manière générale, Internet semble constituer la principale référence quand les usagers cherchent à se procurer un produit amaigrissant, parce que l'outil permet d'avoir accès à des produits de prescription sans avoir nécessairement à consulter un médecin, d'obtenir des traitements dont la vente est proscrite dans leurs pays ou qui peuvent s'avérer difficilement accessibles. Les participants semblent aussi apprécier cette formule d'achat qui permet une comparaison plus facile des prix. Nombre d'échanges sur le forum visent à rendre plus explicite la procédure d'achat en ligne et permettent aux utilisateurs de comparer la qualité du service rendu sur différents sites de vente : *« does anyone have experience with u2rx.com ? »*.

Valider l'authenticité du produit commandé en ligne n'est par contre pas toujours évident et suscite nombre de questionnements :

> *I ordered from online pharmacy* […] *phentermine 37.5mg white with blue specks but instead got Phendimetrazine yellow tablet… I think they are fake because I can't tell I'm even taking them.*

Plusieurs discussions sur le forum visent ainsi à décrire le traitement reçu afin de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une contrefaçon ou qu'il n'y a pas eu d'erreur dans la commande. Les indicateurs pour valider l'authenticité du produit sont toutefois relativement limités et souvent grossiers. Ils renvoient à la taille, à la couleur, aux inscriptions sur les comprimés, voire dans certains cas, à leur efficacité éprouvée : *« The ones I got yesterday were* ***red and white/grayish****, but they were* ***pretty big capsules****. Are they supposed to be that big ? »* Cette difficulté à valider la qualité des produits explique sans doute l'importance que revêt pour les utilisateurs le choix du point de vente, un sujet très important sur le forum.

**Différentes formes de support à la perte de poids**

Différentes études ont mis en évidence l'importance de la fonction de support dans les communautés en ligne. Sur le site *Weight loss forums,* le soutien émotionnel prend plusieurs formes. Certaines participantes utilisent le forum comme témoin de leur parcours de perte de poids. Elles publient ainsi régulièrement des messages comme dans un journal de bord public, décrivant avec précision les objectifs de la démarche (poids actuel vs poids souhaité), les pratiques dans lesquelles elles s'engagent et notamment la prise de

médicaments et d'autres moyens pour maximiser cette perte de poids, comme le régime alimentaire ou l'exercice physique. Elles rapportent avec précision les progrès ou les difficultés éprouvées. Ces récits de pratique, qui se retrouvent dans différents fils de discussion, mais notamment dans la thématique « *My weight loss journal* », n'appellent généralement pas de commentaires de la part des autres participants, l'objectif étant essentiellement de rendre publique une démarche, comme cela se fait dans les groupes d'entraide (Kelleher, 2006 ; Kleinman, 1980). C'est le cas de cette participante qui publie dans le forum sur le médicament Lipovarin :

> *start date: 05/11/06*
> *start weight: 144.4 lbs*
> *product: 3-week rapid weight loss system, Clarins Total Body Lift & Body shaping cream*
> *diet (everyday): 3 shakes, 1-2 eggs, 1-2 portions steamed veges, water**
> *exercise: 1-1.5 hour gym work (started on the fourth day)*
> *at first, I had a few fruit, egg, apple, orange, strawberry (one each day). I stopped eating fruit when I finished what I bought before my diet paln.*
> *I drink one cup of salty water and/or honey water once I get up. It helps bowel movement.*
> *I apply Clarins products before I go to GYM and after shower everyday in order to reduce stubborn cellulite and firm body contours. I don't want my skin becomes flabby after weight loss.*
> *today's date: 11/11/06*
> *today's weight: 137.79 lbs*
> *Total weight loss: 6.61 lbs*
> *Although I haven't achieved my goal (11.2 lbs a week), I feel ok with this result. I will keep going and post my next review a week later. Thanks.*
>
> ** water option: pure water, peppermint herbal tea(sugar free), rose tea, lemon honey(not too sweet)…*

D'autres participantes recherchent par contre sur le forum un support actif de femmes engagées dans la même démarche qu'elles, et ce, dans le but de se motiver et de s'encourager mutuellement. Certaines vont cibler une partenaire pour accompagner leur quête vers la minceur, « *I hope you and I can journal together and help each other along. I think it would be great to have someone online to lose with* ». D'autres en appellent plutôt à l'ensemble des utilisatrices :

> *Hey guys, So I'm new here cause I went to a different forum and I was getting no support from anyone. I'm starting my new diet today and I'm excited to lose some weight. I had lost a bunch but then graduation rolled around and I went off my diet and gained a bunch of weight back. In any case, here I am.*

> *Day 1 is always the worst. I'm doing a 1200 calorie a day diet with exercise since it has worked for me and the past and its very straight forward. Only problem is that I'm always hungry!! In any case, I would love some support and I look forward to supporting all of you on your weight loss journeys as well!! good luck everyone!*

Les pertes de poids annoncées et parfois documentées à l'aide de photographies (avant/après) sont ainsi largement valorisées sur le forum, amenant nombre de commentaires positifs et d'encouragements à continuer la démarche : « *Congratulations on your wonderful successes with this product !* », « *Congratulations ! that is so great to hear ! I'm so excited for you and know you will lose those last 7 lbs in no time ! You are an inspiration !* ». Ces histoires à succès semblent constituer des témoignages « inspirants » pour les autres membres, qui rendent l'objectif à atteindre plus réel. L'administrateur du site joue un rôle particulièrement important, intervenant régulièrement pour féliciter les utilisateurs qui témoignent d'un poids à la baisse ou pour les encourager à persévérer dans ce processus lorsque les résultats ne sont pas au rendez-vous.

**L'émergence d'une expertise profane**

L'analyse thématique des dix-sept fils de discussion révèle l'importance du savoir expérientiel comme cela a été mis en évidence dans d'autres études sur des forums portant sur l'usage des médicaments. Toutefois, sur le site *Weight Loss forums,* où il est question de produits amaigrissants pour la plupart utilisés hors supervision médicale, ces récits d'expériences, qu'ils concernent les caractéristiques des produits, leurs bénéfices, leurs effets secondaires ou les moyens d'y accéder, semblent particulièrement recherchés et appréciés par les utilisateurs qui ne semblent pas avoir beaucoup d'autres sources d'information sur la question : « *When we share information, a lot of people can be helped. I am so glad that I joined this forum.* » ; « *I love the forums where we can share personal experiences, of source to, brands, to just how it may or may not be working. That is valuable in so many ways.* » On assiste au travers des discussions à l'émergence d'une expertise profane (Giddens, 1991), ancrée dans l'expérience du produit amaigrissant. La plupart des échanges prennent toutefois la forme d'une juxtaposition de récits d'expériences dont il peut sembler difficile de tirer des conclusions, seules certaines interactions débouchant sur un consensus. C'est donc à l'utilisateur d'essayer de se faire une opinion à partir des propos rapportés, ce qui n'est pas facile étant donné qu'ils sont parfois contradictoires.

C'est pour favoriser l'émergence d'une véritable expertise collective que l'administrateur propose, en 2005, de dresser une synthèse des connaissances à partir des messages publiés sur le forum concernant le produit Lipovarin.

> *For the past 3 months I saw Weight Loss Forum growing and growing. We are not big but WLF might be one of the few places on the Internet where you can find real testimonials and user experiences. I decided to write my own review on Lipovarin.* ***My review is based only on your posts****. At this time there are about 650 posts on Lipovarin wrote by you. I intent to gather all the information and* ***make an accurate and true review*** (Light, mars 2005).

Il propose également de dresser un comparatif des sites de vente en ligne de certains produits : « *Where did you buy it ? I want to compile a list with all prices and online stores » (Light, 22 juin 2007).* Il s'agit là d'une démarche particulièrement originale pour favoriser la consolidation des savoirs expérientiels, qui à notre connaissance, n'est pas documentée dans d'autres forums.

**Rapport à l'expertise biomédicale et aux experts biomédicaux**

En comparaison avec d'autres forums traitant de médicaments (voir par exemple, Thoër et de Pierrepont, 2009 ; Fox, Ward et Rourke, 2006), les références aux experts biomédicaux sont relativement peu nombreuses sur le site *Weight Loss forums*. Dans les discussions, les médecins sont essentiellement présentés comme des intermédiaires permettant d'accéder au produit désiré. Ces professionnels de la santé peuvent également être mentionnés lorsqu'un participant témoigne d'un effet secondaire ou d'une problématique de santé, l'administrateur ou les autres usagers du forum l'invitant alors à consulter un médecin.

De plus, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres forums (Thoër et de Pierrepont, 2009), les informations échangées ne semblent pas être utilisées par les participants pour favoriser le dialogue avec le clinicien ou renégocier le choix du traitement. La prise de médicaments amaigrissants semble en effet constituer une pratique qui s'inscrit hors de la légitimité médicale. Elle est de ce fait peu discutée avec les médecins qui n'y sont guère favorables et vont souvent préférer conseiller l'engagement dans un régime alimentaire et la pratique d'exercice physique (« *I think honestly you'll find that most US doctors will be very much against using stimulant drugs for weight loss* »).

Plusieurs participants se montrent ainsi très ambivalents à l'égard de l'expertise médicale. Témoignant de l'incompréhension et du manque d'écoute des médecins, ils critiquent les représentations négatives des professionnels à l'égard des médicaments amaigrissants ainsi que leur manque de connaissance de ces produits. Incapables de trouver des solutions qui leur conviennent auprès du corps médical, ces utilisateurs, pour la plupart des femmes, décident de prendre en mains leur perte de poids :

> *I fell into the category of people that no doctor would prescribe the meds for me. I have a BMI of 32 and every prick I saw said eat less and exercise more – well, if that was working for me would I be seeing them? NO. I didn't have medical problems then and I do now. As for doctors knowing crap – some do, most don't. I read the PDR* [Physician desk reference] *myself and prescription information on-line from the manufacture myself with or without a prescription. You have to be your own patient advocate, you can not rely on doctor's alone. They are not gods!*

L'expertise médicale n'est toutefois pas complètement rejetée, puisque le médecin peut être mobilisé en cas d'inquiétude, lorsque les usagers sont confrontés à des effets secondaires préoccupants. Plusieurs utilisateurs évoquent également des médecins qui se montrent plus ouverts aux pratiques médicamenteuses de perte de poids. Souvent engagés dans la promotion de médicaments ou de régimes amaigrissants, ces professionnels, dont les propos, la philosophie, ou les publications et les sites Internet sont annoncés et commentés dans le forum, semblent constituer des sources d'information très valorisées par les participants :

> *Get a copy of the book "Safer Than Phen-Fen" by Dr. Michael Anchors. He has an entire section that he wrote expressly for other doctors, and he advocates prescribing phen for patients who need it to control out-of-whack appetites*

Fox, Ward et O'Rourke (2005) observent cette même ambivalence à l'égard du corps médical chez des participants au forum Xonline, qui échangent sur le médicament amaigrissant d'ordonnance Xenical. Monaghan (1999) qui mène une étude auprès de culturistes faisant usage de médicaments et en particulier de stéroïdes pour améliorer leur apparence et leur force musculaire, pratique également contestée par le corps médical, fait aussi ce constat. Il est donc possible que le manque d'informations, mais surtout l'absence de légitimité de la perte de poids médicamenteuse auprès des médecins, jouent un rôle important dans la démarche de participation au Weight Loss forums.

**Maîtriser le médicament pour maîtriser la perte de poids**

L'ambivalence à l'égard des médecins se manifeste également à l'égard des produits pharmaceutiques qui sont considérés comme des atouts indispensables du processus de perte de poids, mais présentent également des effets secondaires jugés inquiétants par plusieurs participants. Toutefois, la perte de poids étant un objectif particulièrement important, une des façons de mieux gérer l'ambivalence des produits est, comme l'explique cette participante, de bien connaître les risques qui lui sont associés :

> *Everything has risk and side effects! Every drug has probably caused a death or… damage to some percentage of people. Every person is different. It is good that we know what the risks are and side effects.*

De plus, il est assez intéressant de voir que le médicament occupe une place centrale dans les stratégies de perte de poids. Il peut ainsi être associé à d'autres pratiques de perte de poids (régimes alimentaires, activité physique), mais constitue généralement la stratégie principale. Cette approche est soutenue par l'industrie pharmaceutique qui fait la promotion de ces produits, mais ne l'est guère par les médecins ou la santé publique, lesquels sont beaucoup plus critiques à l'égard des médicaments amaigrissants, parce qu'ils considèrent que la perte de poids devrait découler d'une modification des habitudes de vie et sont préoccupés par le fait que ces produits, notamment les coupe-faim, soient utilisés abusivement (Levy *et al*., 2008).

L'attrait pour la technologie médicale, telle qu'incorporée dans le médicament, se manifeste également dans les discussions sur les caractéristiques du médicament. Si le savoir expérientiel est omniprésent, l'argumentation scientifique est en effet largement mobilisée pour expliquer l'efficacité d'un produit : « *Lipovarin acts as a thermogenix suppressor and metabolism booster* », « *Reductil contains the active ingredient sibutramine hydrochloride monohydrate, which is a type of anti-obesity medicine. It works by affecting neurotransmitters in the brain* ».

**Une conception du corps et du poids essentiellement biomédicale**

Comme l'ont souligné Fox, Ward et Rourke (2006) à propos d'un autre forum sur la perte de poids, les participants au site *Weight Loss forums* considèrent le corps en surpoids comme un corps malade et illégitime, et jugent que la perte de poids est une démarche qui incombe à l'individu. Toutefois, à la différence de ces auteurs, nous avons trouvé que le poids, exprimé en livres ou en kilos, était l'indicateur privilégié par les utilisateurs. L'indice de masse corporelle (IMC) est par contre moins utilisé, sauf par certains participants, pour justifier leur démarche de perte de poids : « *My body mass index is 31 so that pretty much said it all* », ou concernant les indications de certains médicaments qui ciblent exclusivement les personnes ayant un IMC supérieur à une certaine valeur (« *Sibutramine is only licensed to aid weight loss in people with a body mass index (BMI) of 30 or higher* »). Par ailleurs, il est intéressant de constater que les mentions de l'indicateur IMC sont généralement associées à des références au corps médical. Il semblerait ainsi que les utilisateurs ne se soient pas complètement approprié cet indicateur.

## CONCLUSION

Cette étude exploratoire du site *Weight Loss forums* fournit l'occasion de mieux saisir la façon dont se construisent les savoirs reliés aux médicaments pour maigrir, dans un forum où ils sont largement utilisés hors avis médical. Nos résultats montrent que le partage de connaissances entre usagers qui ont développé une « expertise » en faisant eux-mêmes l'usage de produits amaigrissants est au centre de cette expertise profane en émergence. Toutefois, ces discussions ne débouchent pas systématiquement sur une expertise profane collective, mais constituent la plupart du temps, une juxtaposition de récits d'expérience qu'il convient à l'utilisateur du site de trier et d'évaluer. Ce processus n'est sans doute pas évident et peut notamment être source de confusion pour les acteurs.

Dans d'autres forums (Thoër, 2009 ; Thoër, à paraître 2010), nous avons observé la présence d'usagers, habitués du forum, ou possédant une expertise particulière, qui jouent un rôle « d'experts de proximité » et viennent clôturer les décisions lorsqu'il y a absence évidente de consensus. Sur le site *Weight Loss forums*, ce rôle est largement assuré par l'administrateur du site. Celui-ci s'engage également dans d'autres démarches de constitution d'une expertise collective en proposant aux participants de dresser une synthèse sur certains produits à partir de leurs commentaires ou d'établir un comparatif des différents points de vente en ligne sur la base de leurs expériences d'achat. Ces initiatives restent toutefois assez limitées et suscitent peu de commentaires de la part des participants.

La façon dont les utilisateurs du forum se positionnent à l'égard des experts traditionnels, et notamment du médecin, dans le cadre de l'utilisation « non médicale » des produits pharmaceutiques amaigrissants est assez surprenante sur ce forum. En effet, contrairement à ce que l'on observe sur d'autres forums, si les informations récoltées permettent de s'approprier les produits, elles ne sont pas utilisées pour renégocier le rapport au médecin, comme le soutenait Giddens (1991), sans doute parce que la relation de confiance est largement questionnée, les médecins n'étant pas à l'écoute de la demande de perte de poids des patients. Désapprouvant l'usage des produits amaigrissants, les médecins constituent dans certains cas des intermédiaires vers les médicaments et sont, de manière générale, peu mobilisés pour encadrer ces pratiques qui leur échappent, sauf pour gérer les conséquences fâcheuses de leur utilisation. C'est donc à chaque utilisateur de devenir son propre expert pour atteindre les objectifs de perte de poids qu'il s'est lui-même fixé. Le forum constitue ainsi un lieu indispensable d'information sur les produits et leur utilisation.

Espace d'échanges, le forum revêt également une dimension de support, que celui-ci soit actif et implique une réelle interaction, ou simplement le fait du partage des expériences de tentative de perte de poids. Cette fonction de

support est assurée tant par les participants que par l'administrateur du site. Il est intéressant de constater que le partage d'information sur les produits ou sur les points de vente est considéré par plusieurs comme une forme de support à la démarche de perte de poids, tant le manque d'informations dans ce domaine est important.

Cette recherche montre ainsi l'importance de diversifier les études sur les forums. En effet, on voit au travers de cet exemple, qui s'ajoute à d'autres études sur les forums portant sur les produits amaigrissants, que les modalités de construction des savoirs et de rapport à l'expertise présentent des similarités, mais aussi des différences. Celles-ci sont, selon nous, essentiellement attribuables au statut même des produits, c'est-à-dire à leur légitimité, mais aussi aux modalités de leur consommation (hors ou sous supervision médicale). Le contexte de consommation des produits semble notamment déterminer les catégories d'informations qui circulent dans les forums et le type d'experts mobilisé. Toutefois, il s'agit là d'une étude exploratoire. Il serait important de multiplier les analyses comparatives de forums sur les médicaments amaigrissants, mais aussi sur d'autres traitements, afin d'enrichir et de consolider ces résultats.

Il conviendrait également de tenir compte de l'origine géographique des participants. Dans le cas présent, les participants au forum sont majoritairement américains et n'ont donc pas accès à un système de santé public et universel. Il serait intéressant d'analyser des forums français ou québécois, où l'accès aux soins et aux médicaments est plus évident.

Il conviendrait, enfin, de privilégier dans les études à venir des approches méthodologiques qui permettent de mieux prendre en compte la perspective de l'usager. Cela aiderait à mieux saisir les modalités d'appropriation des savoirs qui circulent dans ces forums et à cerner la signification de la participation à ces espaces. À ce titre, il serait important de s'intéresser aux nombreux usagers lecteurs qui, bien que ne participant pas aux forums activement, y puisent d'abondantes informations.

## RÉFÉRENCES

Abraham, S. et D. Llewellyn-Jones (1997). *Eating Disorders : The Facts*, Oxford, Oxford University Press.

Akrich, M. et C. Meadel (2002). « Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion », *Sciences sociales et santé,* vol. 20, nº 1, p. 89-114.

Ashar, B. *et al*. (2004). « Critical evaluation of Internet marketing of products that contain Ephedra », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 78, nº 8, p. 944-946.

ASPQ (2004). *Mémoire sur la proposition législative de Santé Canada*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec.

Austin, S.B. (2001). « Population-based prevention of eating disorders : An application of the Rose prevention model », *Preventive Medicine*, vol. 32, nº 3, p. 268-283.

Bessell, T.L. *et al*. (2003). « Surfing, self-medicating and safety : Buying non-prescription and complementary medicines », *Qualitative Safety Health Care*, vol. 12, p. 88-92.

Brazin, L.R. (2007). *Internet Resources on Weight Loss and Obesity*, Londres, Haworth Press.

Bresnahan, M. et L. Murray-Johnson (2002). « The healing Web », *Health Care For Women International*, vol. 23, nº 4, p. 398-407.

Brodie, M. *et al*. (2000). « Health information, the Internet, and the digital divide », *Health Affairs*, vol.19, nº 6, p. 255-265.

Brotsky, S. et D. Giles (2007). « Inside the ''Pro-ana'' community : A covert online participant observation », *Eating disorders*, vol. 15, nº 2, p. 93-109.

Bruchez, C., M. del Rio Carral et M. Santiago-Delefosse (2009). « Coconstruction des savoirs autour des contraceptifs dans les forums de discussion Internet », dans C. Thoër, B. Lebouché, J. Levy et V. Sironi (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 245-272.

Brug, J., A. Oenema, W. Kroeze et H. Raat (2005). « The internet and nutrition education : challenges and opportunities », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, nº 1.

Burrows, R. *et al*. (2000). « Virtual community care ? Social policy and the emergence of wired self help information », *Information, Communication and Society,* vol. 3, nº 1, p. 95-121.

CEFRIO, <www.cefrio.qc.ca/fr/documents/veille/Le-Quebec-a-lheure-du-virage-e-Sante84.html>, (accès le 13 octobre 2008).

Comscore (2008). « For health info, women more likely to turn to Web than friends or family », *Comscore, The contraception market place.*

Cresson, G. (2001). « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans P. Aiach, D. Cebe, G. Cresson et C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé, approches sociologiques*, ENSP.

Crowley, D. (2002). « Where are we now ? Contours of the Internet in Canada », *Canadian Journal of Communication,* vol. 27, p. 469-507.

Davison, K. (1996). « The quality of dietary information on the world wide Web », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 57, p. 137-141.

De Pierrepont, C. (2009). « La sexualité postpartum dans les fora Internet : un nouveau mode de socialisation ? », *Civilisations,* vol. 58, nº 2.

Department of Health (2000). *Policy f=Futures for UK Health 2000 Report,* <www.archive.official-documents.co.uk/document/nuffield/policyf/report2k.htm>, (consulté le 15 novembre 2003).

Després, J.-P., I. Lemieux et D. Prud'homme (2001). « Treatment of obesity : Need to focus on high risk abdominally obese patients », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 716-720.

Dietitians of Canada (2002). « The Media and the Message : Identification of Media Habits of Consumers », <www.dietitians.ca/news/downloads/Identification_of_Media_Habits_Fall2002.pdf>.

Doctissimo (2008). « Nouveau record d'audience : 7,2 millions de visiteurs uniques en janvier 2008. Doctissimo accentue son leadership sur l'Internet féminin », <www.medcost.fr/media/textes/pdf/pdf_medcost/CP_DOCTISSIMO_Audience %20180208.pdf>.

Eysenbach, G. (2000). « Recent advances : Consumer health informatics », *British Medical Journal,* vol. 320, p. 1713-1716.

Eysenbach, G. (2008a). « Medicine 2.0 : Social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 10, nº 3.

Eysenbach, G. (2008b). « Credibility of health information and digital media : New perspectives and implications for youth », dans M.J. Metzger et A.J. Flanagin (dir.), *Digital Media, Youth, and Credibility*, The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Series on Digital Media and Learning, Cambridge, The MIT Press.

Fox, S. et L. Rainie (2003). « The online health care revolution : How the Web helps Americans take better care of themselves », *Pew Internet and American Life Project,* <www.pewinternet.org/pdfs/PIP>.

Fox, N. et K. Ward (2006). « Health identities : from expert patient to resisting consumer », *Health*, vol. 10, nº 4, p. 461-479.

Fox, N., K. Ward et A. O'Rourke (2005a). « The ''expert patient'' : Empowerment or medical dominance ? The case of Xenical, weight loss and the Internet », *Social Science and Medicine,* vol. 16, nº 6, p. 1299-1309.

Fox, N., K. Ward et A. O'Rourke (2005b). « Pro-anorexia, weight-loss drugs and the internet : An ''anti-recovery'' explanatory model of anorexia », *Sociology of Health and Illness,* vol. 27, nº 7, p. 944-971.

Fox, S. (2005). « Health information online », *Pew Internet and American Life Project,* Washington, DC, Pew Research Center.

Fox, S. (2006). « Online Health Search », *Pew Internet and American Life Project,* Washington, DC, Pew Research Center.

Fox, S. (2008). « The engaged e-patient population », *Pew Internet and American Life Project,* Washington, DC, Pew Research Center, p. 1-4.

Griffiths, K. et H. Christensen (2000). « Quality of Web based information on treatment of depression : cross sectional Survey », *British Medical Journal*, vol. 321, p. 1511-1515.

Hardey, M. (2001). « "E-health" : The Internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge », *Information, Communication and Society*, vol.4, nº 3, p. 388-405.

Hesse, B.W. *et al*. (2005). « Trust and sources of health information : the impact of the Internet and its implications for health care providers : findings from the First Health Information National Trends Survey », *Archives of Internal Medicine,* vol. 165, p. 2618-2624.

Horne, J. et S. Wiggins (2009). « Doing being "on the edge" : managing the dilemma of being authentically suicidal in an online forum », *Sociology of Health and Illness*, vol. 31, nº 2.

Jordan, M.A. et T. Haywood (2007). « Evaluation of internet websites marketing herbal weight-loss supplements to consumers », *Journal of Alternative Complementary Medicine*, vol. 13, nº 9, p. 1035-1043.

Kitzinger, J. et J. Reilly (1997). « The rise and fall of risk reporting : Media coverage of human genetic research, "false memory syndrome", and "mad cow disease" », *European Journal of Communication*, vol. 12, p. 319-350.

Kivits, J. (2004). « Researching the "informed patient" – The case of online health information seekers », *Information, Communication and Society*, vol. 7, nº 4, p. 510-530.

Kivits, J. (2006). « Informed patients and the Internet : A mediated context for communication with health professionals », *Journal of Health Psychology,* vol. 11, nº 2, p. 269-282.

Kline, K.N. (2003). « Popular media and health : Images, effects, and institutions », dans T.L. Thomson *et al*. (dir.), *Handbook of Health Communication*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p 557-581.

Kummervold, P.E. *et al*. (2008). « eHealth trends in Europe 2005-2007 : A population-based survey », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 10, nº 4, <www.jmir.org/2008/4/e42/>.

Lagacé, M.C. et L. Renaud (2010). « La perception des messages et l'utilisation d'Internet en regard de la santé, l'alimentation et l'activité physique dans la population québécoise » dans L. Renaud (dir.), *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 221-238.

Lemire, M. (2009). « Redéfinition du rapport à l'expertise et au médicament : le cas des pharmacies en ligne », dans C. Thoër, B. Lebouché, J. Levy et V. Sironi (dir.), *Médias, médicaments et espace public*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 209-244.

Lemire, M. (2008). « Application du concept de responsabilisation personnelle aux usages sociaux des technologies d'information et de communication en santé », *Tic et société*, vol. 2, nº 1, <revues.mshparisnord.org/ticsociete/index.php?id=351>.

Lemire, M., C. Sicotte et G. Paré (2008a). « Internet use and the logics of personal empowerment in health », *Health Policy*, vol. 88, nº 1, p. 130-140.

Lemire, M., G. Paré, C. Sicotte et C. Harvey (2008b). « Determinants of Internet use as a preferred source of information on personal health », *International journal of medical informatics,* vol. 77, nº 11, p. 723-734.

Levy, J. et C. Thoër (2008). « Usages des médicaments à des fins non médicales chez les adolescents et les jeunes adultes : perspectives empiriques », *Drogues Santé et Sociét*é, vol. 7, nº 1, p. 153-189.

Lupton, D. (1994) « Medicine as culture : Illness, disease and the body in western societies », Londres, Sage Publications.

Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health*, Londres, Sage Publications.

Michels, H. *et al*. (2007). « Use of non-prescription dietary supplements for weight loss is common among Americans », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 107, nº 3, p. 441-447.

Miles, J., C. Petrie et M. Steel (2000). « Slimming on the Internet », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 93, p. 254-257.

Monaghan, L. (1999). « Challenging medicine ? Bodybuilding, drugs and risk », *Sociology of Health and Illness,* vol. 21, nº 6, p. 707-734.

Nazeri, A. *et al*. (2009). « Arrythmogenicity of weight-loss supplements marketed on the Internet », *Heart Rythm*, <10.1016/j.hrtthm.2009.03.001>.

Nettleton, S. et U. Gustafsson (2002). *The Sociology of Health and Illness Reader*, Cambridge, Polity.

Office of National Statistics, <www.statistics.gov.uk/pdfdir/inta0806.pdf>, <www.dei.isep.ipp.pt/~acc/docs/arpa.html>, (consulté le 13 octobre 2008).

Ostry, A., M.L. Young et M. Hughes (2007). « The quality of nutritional information available on popular websites : A content analysis », *Health Education Research,* vol. 23, p. 648-655.

Renahy, E., I. Parizot et P. Chauvin (2008). « Health information seeking on the Internet : a double divide ? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005-2006 », *BMC Public Health*, vol. 8, nº 1, p. 69.

Renahy, E. et P. Chauvin (2006). « Internet use for health information seeking : A litterature review », *Revue épidémiologique de santé publique*, vol. 54, p. 263-275.

Renahy, E., I. Parizot, S. Lesieur et P. Chauvin (2006). « *WHIST. Enquête sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet* », Paris, INSERM.

Senis, F. (2003). *Pourquoi accéder à l'information médicale sur Internet par le biais des groupes de discussions ? Qualité, centres d'intérêts et motivations des participants aux forums médicaux. À propos du forum Usenet Fr.bio.medecine*, Bordeaux, Université Bordeaux 2 – Victor Segalen.

Shaw, J. et M. Baker (2004). « Expert patient : dream or nightmare ? », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 723-724.

Sobal, J. et D. Maurer (1999). *Interpreting Weight : The Social Management of Fatness and Thinness*, New York, Walter de Gruyter, p. 73-88.

Sweet, M. (2009). « Pharmaceutical marketing and the Internet », *Australian Prescriber*, vol. 32, nº 1.

Thoer, C., J. Pierret et J. Levy (2008). « Détournement, abus, dopage et automédication : quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation du médicament hors avis médical », *Drogues Santé et Sociét*é, vol. 7, nº 1, p. 19-54.

Thoër, C. et C. de Pierrepont (2009). « Quand les femmes baby-boomers discutent des traitements de la ménopause sur Internet : Étude exploratoire d'un forum de discussion », dans I. Olazabal, *Que sont les babyboomers devenus ?*, Québec, Édition Nota Bene.

Thoër-Fabre, C. (2006). « La crise entourant la remise en cause du traitement hormonal de substitution : un événement aux multiples dimensions », dans I. Olazabal et J. Lévy (dir.), *L'événement en anthropologie, concepts et terrains,* Québec, Presses de l'Université Laval, p. 161-184.

Thoër, C. (à paraître 2010). « Construction des savoirs relatifs aux médicaments détournés par les jeunes adultes. Analyse exploratoire d'un forum de *ravers », Anthropologie et société.*

Thompson, J.K. et L.J. Heinberg (1999). « The media's influence on body image disturbance and eating disorders : We've reviled them, now can we rehabilitate them ? », *Journal of Social Issues*, vol. 55, nº 2, p. 339-53.

Touboul, A. et E. Vercher (2008). « Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts », *Tic et société*, vol. 2, nº 1, <revues.mshparisnord.org/ticsociete/index.php?id =378>.

Tuffs, A. (2006). « Sponsorship of patients' groups by drug companies should be made transparent », *British Medical Journal*, vol. 333, p. 1238.

Underhill, C. et L. McKeown (2008). « Obtenir une seconde opinion – Information sur la santé et Internet. Données basées sur l'Enquête canadienne sur l'utilisation d'Internet », *Statistique Canada, Rapports sur la santé,* ECUI (2005).

Van Uden-Kraan, C. *et al*. (2008). « Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia », *Qualitative Health Research,* vol. 18, nº 3, p. 405-441.

Velkovska, J. (2002) « L'intimité anonyme dans les conversations électroniques sur les webchats », *Sociologie du travail*, vol. 44, p. 193-213.

Ward, K. (2007). « "I love you to the bones" : Constructing the anorexic body in "Pro-Ana" message boards », *Sociological Research Online*, vol. 12, nº 2, <www.socresonline.org.uk/12/2/ward.html>.

Weisgerber, C. (2004). « Turning to the Internet for help on sensitive medical problems : A qualitative study of the construction of a sleep disorder through online interaction », *Information, Communication and Society*, vol. 7, nº 4, p. 111-132.

Wikgren, M. (2003). « Everyday information exchange and citation behaviour in Internet discussion groups », *The New Review of Information Behaviour Research*, vol. 4, nº 1, p. 225-239.

## 4.4 Les interventions personnalisées par courrier électronique favorisent-elles la cessation tabagique[1, 2] ?

Mauricio Gomez-Zamudio, D.M.D., M.Sc., et Lise Renaud, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

En 2007, une campagne québécoise de cessation de tabagisme intitulée le *Défi J'arrête J'y gagne !* utilisait une stratégie de communication multimédia dans laquelle l'Internet et le courrier électronique proposaient un accompagnement soutenant la cessation durant un an. Cette recherche examine la participation des fumeurs québécois (*n* = 25 156) à ce concours, ainsi que la cessation des participants. Dans cet article, nous examinons les facteurs d'utilisation et l'impact des courriels envoyés aux inscrits sur la démarche de changement de comportement. Un formulaire d'inscription, deux sondages et une analyse de contenu composent les instruments de collecte. Le premier sondage (*n* = 3 119), effectué six mois après le début du concours, mesure deux moments de la cessation (après six semaines et après six mois) et le deuxième (*n* = 753), réalisé un an après, évalue la cessation durant cette période chez les ex-fumeurs interrogés lors du premier sondage. Une analyse de contenu a été réalisée à partir des 22 courriels acheminés.

Les résultats de cette étude montrent que la lecture des courriels a un impact sur la cessation tabagique après six semaines et après six mois. L'accessibilité, la récurrence, la cadence, la crédibilité, la qualité du design, l'interactivité et l'adaptation au stade de changement semblent être des éléments qui contribuent au changement. L'analyse des courriels acheminés indique que pour être porteurs de transformation, ceux-ci doivent être respectueux, informatifs, succincts, compatibles et congruents avec la conception de la santé de l'internaute, et fournir des références adéquates (hyperliens).

**ABSTRACT**

In 2007, a Québec campaign aimed at smoking addiction cessation entitled *Défi J'arrête J'y gagne!* (*I quit, I win! Challenge*) was carried out. The campaign utilized a multimedia communications strategy that included a website and email to serve as support tools over a one-year period. Research on this campaign examines the participation of Québecois smokers in the *Défi J'arrête J'y gagne!* contest (*n* = 25,156) as well as cessation in participant subjects. In this article, we examine factors related to the use and impact of email in the strategy of behavioural change. Collection instruments used are a registration form, two surveys, and content analysis. The first survey (*n* = 3,119), executed six months after the start of the contest, measures two moments within the cessation period (after six weeks and after six months).

[1] Cet article est paru dans la revue *Santé publique*, 2009, vol. 21, nº 5.

[2] Les auteurs remercient Louise Labrie ainsi que toute l'équipe d'intervention du *Défi J'arrête J'y gagne !* sans laquelle ce projet n'aurait pas vu le jour. De plus, ils désirent souligner la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour le volet évaluation.

The second, executed one year after the start of the contest, measures cessation during this one year period in smokers surveyed in the first survey. A content analysis was carried out on 22 emails.

The results of this study demonstrate that the reading of emails have an impact on smoking addiction cessation at the six week and six month points. Accessibility, recurrence, frequency, credibility, design quality, interactivity, and adaptation to stage of behavioural change appear to be elements that could contribute to behavioural change. The elements analyzed in emails indicate that, in order to positively affect behavioural change, emails should be respectful, informative, succinct, and compatible and congruent with the participant's conception of health, as well as include references (hyperlinks).

## INTRODUCTION

En promotion de la santé, Internet est notamment utilisé pour informer, soutenir et accompagner l'internaute dans son désir de changement de comportement. Complétant l'approche populationnelle qui propose une intervention à l'ensemble d'une communauté, l'Internet personnalise et offre une démarche individuelle, par l'envoi de courriels (*mails,* courriers électroniques) (Franklin *et al.*, 2006 ; Lintonen *et al.*, 2008). Malgré le grand nombre de définitions publiées à propos de l'*eHealth,* rares sont les références à l'application de ces technologies dans le champ de la promotion de la santé ou de la prévention de la maladie (Lintonen *et al.*, 2008). Cet article s'intéresse à l'effet des courriels sur le changement de comportement dans le cadre d'une campagne multimédia de prévention des maladies et de promotion de la cessation tabagique.

Les messages courriels permettraient-ils de générer un changement de comportement ? Si oui, quelles en sont les conditions nécessaires tant au niveau du contenu, de la forme, de l'architecture du site, de la rétroaction et de l'interactivité que des ressources offertes par les hyperliens ?

## PROBLÉMATIQUE

Wantland *et al.* (2004) démontrent que les interventions visant une réduction des maladies chroniques et utilisant la toile (Web) auraient davantage d'impact sur les connaissances et les comportements liés aux habitudes de vie que celles n'utilisant pas Internet. Franklin *et al.* (2006), pour leur part, ont analysé l'influence de l'envoi quotidien de messages de promotion de la santé (importance des fruits et légumes et de l'activité physique pour un régime de vie sain), cinq jours par semaine durant 26 semaines à des employés, dans leur milieu de travail. Après six mois, 70 % des 345 participants avaient ouvert 50 % ou plus de leurs courriers électroniques quotidiens. De plus, 75 % d'entre eux avaient continué à prendre connaissance, chaque semaine, d'au moins un courrier

électronique. La lecture des envois n'a pas varié en fonction du genre, de l'âge, du revenu, de l'éducation, de l'appartenance ethnique ou du comportement face à la santé. Les messages acheminés par le courrier électronique ont permis, selon les auteurs de l'étude, une fidélisation limitée à ce site de promotion de la saine alimentation (Franklin *et al.*, 2006). De plus, les adultes enregistrés sur un site et ayant répondu aux messages ont modifié et amélioré leur régime alimentaire (Woodall *et al.*, 2007). Selon ces deux études, c'est dire que ceux qui ont manifesté une attitude pro active (en lisant les courriels) ont davantage modifié leur comportement.

Comment expliquer que le courrier électronique semble avoir eu un effet dans certains cas, alors qu'il fut mitigé dans d'autres ? Quels éléments ou quelles composantes ont ici joué ? Le présent article fait état de l'impact des courriers électroniques sur l'arrêt tabagique dans le cadre du *Défi J'arrête j'y gagne !* et réfléchit sur la forme et le contenu des courriels à privilégier ainsi que sur les mécanismes d'acheminement.

## DESCRIPTION DU DÉFI *J'ARRÊTE J'Y GAGNE !*

Le *Défi J'arrête j'y gagne !* est un concours incitant les fumeurs à arrêter de fumer pendant un minimum de six semaines. La campagne multimédia utilise notamment un site Internet. Celui-ci offre des conseils pratiques pour arrêter de fumer, des témoignages d'ex-fumeurs, des ressources d'appui disponibles dans la communauté (p. ex., une ligne d'aide téléphonique), des renseignements sur le tabagisme, un forum de discussion, des renseignements et les règles de participation au concours. De plus, des messages électroniques sont envoyés aux participants afin de les encourager pendant la démarche. Ces messages sont validés par des professionnels de la santé et mis en forme par des spécialistes en écriture Web. Notons que les messages visent à rejoindre deux populations distinctes : les 18 à 25 ans et les adultes. Un hyperlien vers un « loft » est offert aux jeunes de 18 à 25 ans. En tout, une série de quelque 22 courriels est envoyée pendant un an, à raison d'un courriel par semaine durant les deux semaines précédant la date d'arrêt prévue, d'un courriel par semaine pendant les quatre premiers mois (seize semaines) de cessation, puis d'un courriel aux mois 5, 6, 9 et 12. Notons que les courriels sont acheminés en fonction de la date d'arrêt prévue, de manière à s'ajuster au cheminement propre à chaque participant.

Le *Défi J'arrête, j'y gagne* ! 2007 en est à sa huitième édition. Il s'adresse aux fumeurs québécois auxquels il propose d'arrêter de fumer pendant au moins six semaines, en s'associant à un parrain ou à une marraine, c'est-à-dire à une personne non fumeuse de leur entourage et âgée de plus de dix-huit ans. Lors de leur première inscription, les fumeurs peuvent s'enregistrer avec un partenaire (catégorie « duo de fumeurs »). Les participants peuvent gagner des prix.

Une grande campagne médiatique est lancée à l'échelle provinciale pour recruter des participants. Celle-ci comprend la radio, la télévision, les hebdos, la publicité dans les quotidiens et l'affichage sur les autobus, dans le métro et sur le bord des autoroutes. De plus, chaque région développe des activités et utilise les journaux locaux, la radio et la télévision locale pour promouvoir celles-ci.

**Encadré 1**
**Titres des courriels envoyés aux participants et moments de réception**

#01 – Cesser de fumer : un défi qui se prépare ! Deux semaines avant la date d'arrêt.
#02 – Le jour J approche ! Une semaine avant la date d'arrêt.
#03 – C'est un départ ! Bravo ! À la date d'arrêt.
#04 – Une semaine de réussie ! Une semaine après la date d'arrêt.
#05 – Vous êtes capable ! Deux semaines après la date d'arrêt.
#06 – Le tabac ne fait pas le poids ! Trois semaines après la date d'arrêt.
#07 – Un mois sans fumer ! Quatre semaines après la date d'arrêt.
#08 – Gardez le cap. Cinq semaines après la date d'arrêt.
#09 – Les avantages de votre vie sans tabac. Six semaines après la date d'arrêt.
#10 – On relaxe. Sept semaines après la date d'arrêt.
#11 – Deux mois, c'est un grand pas ! Huit semaines après la date d'arrêt.
#12 – Des semaines qui valent de l'or. Neuf semaines après la date d'arrêt.
#13 – Et que ça bouge ! Dix semaines après la date d'arrêt.
#14 – Toujours aussi motivé ? Onze semaines après la date d'arrêt.
#15 – Le soutien, ça compte ! Douze semaines après la date d'arrêt.
#16 – Comment va votre « virage santé » ? Treize semaines après la date d'arrêt.
#17 – La valse des hauts et des bas. Quatorze semaines après la date d'arrêt.
#18 – Restez vigilant. Quinze semaines après la date d'arrêt.
#19 – Quatre mois : de plus en plus solide ! Quatre mois (seize semaines) après la date d'arrêt.
#20 – Voler de ses propres ailes. Six mois après la date d'arrêt.
#21 – L'aventure sans fumée se poursuit. Neuf mois après la date d'arrêt.
#22 – Un an sans fumer : bravissimo ! Un an après la date d'arrêt.

## MÉTHODOLOGIE

Cette recherche examine la participation des fumeurs québécois au concours *Défi J'arrête j'y gagne !*, ainsi que la cessation des personnes inscrites. Nous considérons ici les facteurs explicatifs de la participation et de la cessation, en étudiant spécifiquement les données relatives à l'utilisation et à l'impact d'Internet (incluant l'envoi de courriels) sur la démarche de changement de comportement.

Un bulletin d'inscription a permis de recueillir des informations personnelles quant au sexe, à l'âge, au numéro de téléphone, à la région, à l'adresse courriel et aux modalités de soutien (nom du parrain/de la marraine ou du duo de

fumeurs). De plus, deux sondages téléphoniques d'une durée d'environ vingt minutes chacun ont été réalisés auprès d'un échantillon des fumeurs inscrits. Dans le cadre de ces sondages, seules quelques questions portaient sur l'utilisation d'Internet et aucune donnée sur la satisfaction des internautes n'a été recueillie. La technique d'échantillonnage employée fut de type aléatoire non proportionnel. En effet, certaines régions administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ont été surreprésentées afin de permettre des analyses plus fines par région géographique. Le premier sondage ($n$ = 3 119) effectué six mois après le début du concours a mesuré deux moments de la cessation (après six semaines et après six mois) et le deuxième ($n$ = 753), réalisé un an après, a évalué la cessation durant un an chez les ex-fumeurs interrogés lors du premier sondage.

Enfin, une analyse de contenu des messages a été réalisée sur les 22 messages envoyés par courriel. Nous avons d'abord soumis les messages à un test de lisibilité fourni par le logiciel de traitement de texte Word, lequel précise l'occurrence des mots, des phrases et des paragraphes, puis le nombre de mots par phrase et le nombre de phrases par paragraphe. Ceci nous a permis de réaliser une moyenne sur l'ensemble des messages et d'avoir un aperçu de la complexité des phrases et de la difficulté des mots. Nous avons alors décortiqué les messages en termes de contenu et de présentation visuelle. Nous n'avons cependant pas relevé la structure architecturale de l'argumentation, tant sur le plan de son processus que de ses composantes.

## RÉSULTATS

Nous présenterons dans les pages qui suivent les résultats relatifs au mode d'inscription au concours, aux raisons de la fréquentation du site, au taux de cessation selon l'utilisation du site Internet ou la lecture des courriers électroniques.

### Qui participe ?

Quelque 25 156 participants, soit 1,75 % de tous les fumeurs du Québec, se sont inscrits au défi, parmi lesquels 40 % étaient des hommes et 60 % des femmes, d'un âge moyen de 37,8 ans. Au nombre de ceux-ci, 6,7 % étaient bénéficiaires d'un programme d'aide sociale au moment du *Défi J'arrête J'y gagne !*; 4,2 % avaient un faible niveau de scolarité tandis que 69 % avaient terminé leurs études secondaires. Seuls 2,9 % des répondants étaient des immigrants.

### Internet comme mode d'inscription et visites du site

Plus de neuf personnes sur dix ont utilisé Internet pour remplir leur formulaire d'inscription. Toutefois, 54,7 % ont visité le site <www.defitabac.qc.ca> pendant la durée du *Défi J'arrête J'y gagne !*, soit du 1er mars au 11 avril 2007. Parmi ceux-ci, le tiers l'ont fait de une à deux fois par semaine ; trois personnes sur dix de

une à deux fois pendant les six semaines du concours ; une personne sur cinq de trois à quatre fois pendant les six semaines. Les personnes qui n'ont pas utilisé le site Internet évoquent à leur décharge le manque d'intérêt (32,1 %), l'absence de connexion à Internet (31,5 %), le manque de temps (14,4 %) et le manque d'habileté informatique (5,9 %).

**Raisons des visites du site**

Ceux qui ont visité le site évoquent les motifs suivants : chercher de l'information sur le tabagisme (25,1 %), découvrir des trucs pour arrêter de fumer (17,7 %), obtenir du soutien pour arrêter de fumer (13,3 %), prendre connaissance des liens offerts par le courrier électronique (12,1 %), satisfaire sa curiosité (10,8 %), et enfin, lire les témoignages (5,8 %).

**Taux de cessation selon l'utilisation du site Internet**

Le tableau 1 rapporte les taux de cessation en fonction de l'utilisation ou non du site Internet. On ne remarque pas de différences significatives entre ceux qui fréquentent ou non le site.

**Tableau 1**
**Taux de cessation selon l'utilisation du site Internet**

| | Six semaines | | Six mois | | Un an | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Utilisation du site Internet** | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| A utilisé le site Internet | | NS | | NS | | NS |
| – Oui | 1 058 | 62,0 | 577 | 33,8 | 327 | 26,4 |
| – Non | 848 | 60,0 | 487 | 34,5 | 252 | 25,8 |

NS = non significatif.

Signalons que 11 % des répondants visitent encore le site Internet six mois et un an après la tenue du *Défi J'arrête J'y gagne !* Le taux de cessation pour ceux qui ont fréquenté le site durant l'année ne diffère pas de celui des participants qui ne l'ont pas fait. Il semble que les visites du site après le concours n'ont eu aucun effet sur la cessation.

**Taux de cessation selon la réception et la lecture des courriers électroniques**

Des courriers électroniques ont été envoyés pour informer et encourager les participants au *Défi J'arrête J'y gagne !* Environ 67 % de ces derniers ont déclaré les avoir reçus. Près de six participants sur dix ont déclaré avoir lu les courriers électroniques envoyés. On se doit de remarquer que les participants furent plus nombreux à lire les courriels qu'à visiter le site Internet pendant les six

semaines de la tenue du concours. Mais recevoir un courrier électronique sur la cessation tabagique implique-t-il automatiquement qu'on en fasse la lecture, pouvons-nous nous demander ?

Le tableau 2 illustre que la réception d'un courrier électronique n'a pas d'effet sur la cessation tabagique du participant.

**Tableau 2**
**Taux de cessation selon la réception des courriels**

| Réception des courriers électroniques | Six semaines | | Six mois | | Un an | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| | | NS | | NS | | NS |
| – Oui | 1 307 | 62,1 | 722 | 34,3 | 400 | 26,3 |
| – Non | 599 | 59,0 | 342 | 33,7 | 179 | 25,8 |

NS = non significatif.

Par ailleurs, selon les données des années précédentes, les fumeurs qui lisent les courriels semblent avoir plus de chances de cesser de fumer six semaines et six mois après le *Défi J'arrête J'y gagne* ! Les résultats du tableau 3 confirment cette hypothèse. Les courriels semblent donc jouer un rôle important durant la période initiale de la cessation.

**Tableau 3**
**Taux de cessation selon la lecture des courriels**

| Lecture des courriers électroniques | Six semaines | | Six mois | | Un an | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | N | % | n | % |
| | | * | | * | | NS |
| – Oui | 1 190 | 63,8 | 656 | 35,2 | 353 | 26,3 |
| – Non | 117 | 49,2 | 66 | 27,7 | 47 | 26,7 |

* = $p < 0,05$ ; NS = non significatif.

Précisons que parmi ceux qui ont lu les courriels, près de la moitié les estime très utiles pour arrêter de fumer. L'étude de l'appréciation des messages montre que plus le participant en apprécie le contenu, plus il réussit à arrêter de fumer, et ce, six semaines et six mois après le *Défi J'arrête J'y gagne !* Cette donnée appuie la thèse selon laquelle les courriers électroniques ont une valeur importante les premières semaines après la cessation.

**Comment les courriels sont-ils conçus ?**

Une analyse exploratoire du contenu des 22 messages illustre que ceux-ci sont conçus sur le même modèle. Chaque message couvre un écran et demi d'ordinateur, facilement accessible grâce à la barre déroulante. Chaque message contient en moyenne 977 mots, de cinq caractères chacun et 57 phrases de quatorze mots chacune. Les paragraphes sont très courts, ne contenant en moyenne que deux phrases. Ils véhiculent chaque fois une idée simple et réfèrent à des hyperliens. Ces caractéristiques semblent indiquer que les messages sont simples à lire. Sur chaque courriel, on retrouve : 1) le logo du *Défi J'arrête J'y gagne !* ; 2) un bandeau gris spécifiant les recommandations à suivre si l'internaute éprouve de la difficulté à lire le courriel ou si le message ne correspond pas à l'étape de la démarche ; 3) un mot d'introduction en lien avec le propos de la semaine ; 4) quelques conseils pratiques en fonction de l'étape de la démarche, avec hyperlien vers d'autres renseignements et ressources ; 5) les services et ressources disponibles, avec hyperliens ; 6) l'accès en hyperlien au forum, au loft (pour les 18 à 25 ans) et aux témoignages ; 7) un bandeau bleu proposant le truc de la semaine (il couvre le tiers de la longueur totale du message) ; 8) une icône permettant d'imprimer facilement le message ; 9) la signature avec adresse physique et un hyperlien vers le site central d'accueil et vers le site du loft ; 10) les logos de tous les organismes partenaires : ACTIMENU (ONG initiateur du projet), Institut de cardiologie, Société canadienne du cancer, Pharmacies Jean Coutu, Pfizer, Novartis, directions de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le style d'écriture est synthétique et utilise des puces pour simplifier l'énumération. Tout le texte est écrit à l'indicatif présent. Le vouvoiement est utilisé pour s'adresser à l'internaute. Toutefois, la première personne du singulier (« je ») est également employée pour renforcer les messages s'adressant personnellement à l'internaute (p. ex., « Je suis plus fort que la cigarette », « Je vais réussir à relever le défi de vivre sans fumée ! »)

Les conseils et trucs sont nombreux et variés. Ils sont brièvement décrits (une ou deux lignes) et réfèrent, en couleur rouge, à des hyperliens donnant plus de renseignements sur la méthode, la ressource ou le service offert. Les alternatives pharmacologiques et non pharmacologiques sont clairement expliquées, sans préférence pour aucune. Le ton en vigueur vise à encourager la personne, à lui signifier qu'elle est capable de réaliser cette démarche ; on évite tout ton moralisateur ou culpabilisateur.

## DISCUSSION

Nos résultats nous permettent d'affirmer que le fait de recevoir des messages incitant à cesser de fumer ne suffit pas pour générer un changement de comportement, mais qu'il est nécessaire d'en faire la lecture pour obtenir un résultat concret.

Ceci nous interroge sur les mécanismes incitant les participants à consulter et à s'approprier les messages santé. Cela nous amène aussi à examiner la conception des messages, tant au niveau de la forme que du contenu. Nous nous demandons enfin si le participant lit le courriel pour s'autoconfirmer dans sa démarche ou si le courriel est à l'origine de sa démarche de sevrage.

**Mécanismes**

Intégrés lors de la réalisation des messages, certains principes directeurs ou mécanismes permettraient de générer un changement de comportements chez les internautes fumeurs. Nous les examinons ci-après.

L'accessibilité du *Défi J'arrête J'y gagne !* est une condition essentielle à la lecture des courriers électroniques. Or, celui-ci est plus intelligible pour la classe moyenne que pour les gens moins nantis. Se présentant sous la forme d'un contrat de six semaines, le concours rebute certaines personnes vivant au jour le jour et incapables de s'engager dans une intervention à long terme, en raison d'une situation économique précaire.

La nécessité d'être branché rend parfois plus ardues la réception et la lecture des courriels. Ainsi, dans notre étude, quelque 45 % n'ont pas utilisé le site Internet. Le tiers de ceux-ci affirmaient d'ailleurs ne pas y avoir accès. Il faut noter qu'au Québec, une disparité régionale prévaut. Pour la région urbaine de Montréal, 78 % des gens sont branchés tandis que les régions rurales (Bas-St-Laurent, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Basse-Côte-Nord) sont branchées à 64 % seulement. De plus, selon le CEFRIO (2008), plusieurs personnes n'ont pas accès à l'Internet :

- les plus âgés (61 % des 65 ans et plus) ;
- les moins nantis (51 % de ceux dont le revenu familial est inférieur à 20 000$/an) ;
- les moins instruits (36 % de ceux ayant complété un secondaire V ou moins).

La crédibilité du message est liée à sa source. La signature de l'émetteur, de ce fait, est importante. Ici, divers organismes de santé et partenaires locaux connus ont signé les envois.

Le design des messages permet de capter l'attention. Les courriels et le site ont été réalisés par un producteur expert de sites Internet, ce qui a été gage d'une qualité élevée.

La récurrence des messages durant une longue période de temps permet une plus grande exposition du public cible. Quelque 22 messages différents ont été envoyés de façon régulière pendant un an. Ceux-ci ne semblent pas avoir provoqué d'effet de lassitude. Est-ce dû au fait qu'ils étaient liés au processus

de cessation de chaque internaute et que l'on a procédé à l'envoi des messages selon les moments clés de celui-ci ? Selon les concepteurs, enfin, la cadence, c'est-à-dire le rythme d'envoi, a été dictée par les paliers critiques souvent associés à la rechute de la majorité des fumeurs. Davantage de messages ont été acheminés au début de la cessation, pour être davantage espacés avec le temps. La cadence d'envoi a été hebdomadaire dès l'inscription du participant et jusqu'au quatrième mois suivant. Trois autres courriels ont ensuite été acheminés à deux puis trois mois d'intervalle. Cela explique-t-il l'impact de la lecture des messages jusqu'à 6 mois après la date d'arrêt ? L'absence de messages récurrents (lesquels font office de renforcement extérieur) et reliés au stade de changement de chaque participant, entre six et douze mois après l'inscription, est-elle responsable de l'effet plus mitigé enregistré après un an ?

Internet permet, par le biais d'hyperliens, d'accéder rapidement à des ressources et informations complémentaires, d'entrer en contact avec d'autres participants grâce au forum et de lire des témoignages. Cette approche interactive a été largement utilisée dans les courriels. Les hyperliens acheminent chaque internaute vers des ressources adaptées à ses besoins et à son stade de cessation. Ceux-ci attirent son attention, car ils sont en lien avec sa démarche, sont accessibles au moment désiré et évitent de le surcharger comme le ferait un document contenant l'intégralité des ressources disponibles. Les hyperliens procurent une réponse immédiate, ce qui peut inciter le participant au concours à repousser le moment de fumer et permettre, comme le suggèrent les techniques de marketing de « fermer une vente », c'est-à-dire de faire immédiatement passer le participant à l'action désirée (Evans et Hastings, 2004).

Enfin, une composante individuelle interviendrait-elle dans cette dynamique interactive autorisée par Internet ? L'attitude pro active nécessitée par la lecture des courriels est-elle signe d'une détermination plus forte, chez certains, d'arrêter de fumer ? Ou celle-ci est-elle liée à un stade précis du changement de comportement ?

**Contenu et forme des messages**

Les études de réception ont bien montré que le ciblage d'un message permet une meilleure appropriation (Caron-Bouchard et Renaud, 2001 ; Jensen et Rosengren, 1992 ; Proulx, 1998 ; Wolton, 1992 ; Zillman et Bryant, 1985 ; Zillman *et al.*, 2004). En effet, un message adapté à la personne, à son stade de cessation, à ses attentes et besoins, à son âge, à son genre, à sa culture et à son niveau de scolarité est plus susceptible de retenir son attention et de susciter son intérêt. Le degré de lisibilité et d'accessibilité culturelle du contenu doit aussi être pris en compte pour favoriser l'implication personnelle. Les messages doivent faire état de résultats concrets et proposer un éventail de comportements ou de situations acceptables pour l'internaute, et compatibles et

congruents avec sa conception de la santé (Abroms et Maibach, 2008 ; Bouchard et Renaud, 1991 ; Noar, 2006 ; Zillman et Bryant, 1985). Les messages doivent aussi indiquer des alternatives saines à un comportement inadéquat et spécifier les habiletés nécessaires à la cessation du tabagisme. Dans le cas du *Défi J'arrête j'y gagne* ! les courriels étaient envoyés selon la date d'arrêt initiale et suggéraient une multitude de « trucs » pour favoriser la cessation.

À ces conditions susceptibles d'accroître l'efficacité des courriers électroniques, s'ajoutent celles concernant leur traitement. Sur le plan de la mise en forme, la rhétorique écrite a permis de vulgariser les informations scientifiques, tout en respectant l'intelligence du lecteur. L'utilisation d'images variées et prégnantes, en lien avec les thèmes de la campagne, a aussi pu influencer la fréquentation du site. Le vouvoiement témoigne d'un respect envers l'internaute et envers son cheminement ; il situe ce dernier dans un rapport avec un professionnel, où cette approche est de mise.

**Lecture des courriels : biais de sélection ou initiateur du changement ?**
Il convient ici de se demander si les participants lisent les courriels pour confirmer et valider leur démarche de sevrage, ou si ceux-ci sont à l'origine de la démarche de sevrage ?

À notre avis, le courriel n'est pas l'élément crucial responsable du sevrage. Les répondants affirment que c'est leur « propre volonté », leur « désir profond » d'arrêter de fumer et non pas le timbre de nicotine, l'aide du parrain, les courriels ou tout autre moyen extérieur à eux, qui sont à l'origine de leur cessation. C'est leur décision personnelle qui est déterminante, ici. Ils ne nient cependant pas que ce choix puisse être influencé et soutenu par des facteurs qui les incitent à arrêter (prix d'une cartouche de cigarettes, loi interdisant de fumer dans les lieux publics, etc.) et par des moyens qui les aident à arrêter (timbre de nicotine, courriel, etc.). Ainsi, la lecture des courriels est-elle une condition utile, mais non pas suffisante.

L'internaute lit-il les courriels pour confirmer et valider sa démarche de sevrage ? Il est fort probable que oui. En effet, les participants qui s'inscrivent au *Défi J'arrête j'y gagne !* se sont, depuis quelque temps déjà, activement engagés dans une démarche. Pendant deux mois (à compter du début du mois de mars), ils sont interpellés par les médias et incités à arrêter de fumer. L'un des intérêts du *Défi J'arrête j'y gagne !* est de créer un consensus autour de la cessation du tabac, et surtout, de faire partie d'un *momentum* collectif d'une durée de six semaines. Cela pourrait avoir pour conséquence d'attirer réellement, d'une part, ceux qui sont prêts à passer à l'action, et d'autre part, ceux pour qui il est important de s'inscrire à un groupe pour s'engager et bénéficier de l'ensemble des moyens et soutiens proposés.

## CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent que la lecture des courriels a un impact sur la cessation tabagique, précisément six semaines et six mois après l'inscription au concours. L'accessibilité, la récurrence, la cadence, la crédibilité, la qualité du design, l'interactivité et l'adaptation au stade de changement semblent être des éléments qui pourraient contribuer à la cessation tabagique. Les composantes des messages doivent être respectueuses, informatives, succinctes, compatibles et congruentes avec la conception de la santé des internautes, et comporter des références (hyperliens), afin d'être porteurs de changement. Les messages personnalisés et mieux adaptés en termes de contenu et de forme soutiennent davantage les participants lors des diverses interventions collectives de santé publique. Les concepteurs doivent s'assurer de mettre en place des mécanismes précis pour favoriser la lecture et la compréhension des messages envoyés. Des recherches ultérieures sur les mécanismes de réception et d'intégration des messages électroniques devraient nous aider à mieux comprendre la différence entre le maintien de l'arrêt tabagique à six mois, et celui à douze mois.

## RÉFÉRENCES

Abroms, L.C. et E.W. Maibach (2008). « The effectiveness of mass communication to change public behavior », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, p. 219-234.

Bouchard, A. et L. Renaud (1991). *L'écologie de la santé par les médias*, Montréal, Éditions Agence D'Arc.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2001). *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en santé*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

CEFRIO (2008). *Net Quebec 2008, portrait de l'utilisation de TI et d'Internet au Québec*, Québec, CEFRIO.

Evans, W.D. et G. Hastings (2004). *Public Health Branding. Applying Marketing for Social Change*, Oxford, Oxford University Press.

Franklin, P.D., P.F. Rosenbaum, M.P. Carey et M.F. Roizen (2006). « Using sequential email messages to promote health behaviors : Evidence of feasibility and reach in a worksite sample », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 8, nº 1, p. e3.

Jensen, K.B. et K.E. Rosengren (1992). « Cinq traditions à la recherche du public », *Revue Hermès*, vol. 11-12, p. 281-283.

Lintonen, T.P., A.I. Konu et D. Seedhouse (2008). « Information technology in health promotion », *Health Education Research*, vol. 23, p. 560-566.

Noar, S.M. (2006). « A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns : Where do we go from here ? », *Journal of Health Communication*, vol. 11, nº 1, p. 21-42.

Proulx, S. (dir.) (1998). *Accusé de réception : le téléspectateur construit par les sciences sociales*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Wantland, D.J., C.J. Portillo, W.L. Holzemer, R. Slaughter et E.M. McGhee (2004). « The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions : A meta-analysis of behavioral change outcomes », *Journal of Medical Internet Research,* vol. 6, nº 4, p. e40.

Wolton, D. (1992). « Introduction », *Revue Hermès,* nºs 11-12, p. 11-13.

Woodall, W.G., D.B. Buller, L. Saba, D. Zimmerman, E. Waters, J.M. Hines *et al.* (2007). « Effect of emailed messages on return use of a nutrition education website and subsequent changes in dietary behavior », *Journal of Medical Internet Research,* vol. 9, nº 3, <www.jmir.org/2007/3/e27>, (consulté le 12 novembre 2008).

Zillman, D. et J. Bryant (1985). *Select Exposure to Communication*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associate.

Zillman D., L. Chen, S. Knobloch et C. Callison (2004). « Effects of lead framing on selective exposure to internet news reports », *Communication Research,* vol. 31, nº 1, p. 58-81.

## 4.5 La transformation des pratiques et les représentations alimentaires chez les enfants maghrébins issus de l'immigration récente[1]

Pierre Sercia, Ph. D., et Alain Girard, M.A.

**RÉSUMÉ**

Cet article porte sur les pratiques et les représentations alimentaires et sur leurs processus de transformation chez des populations migrantes issues du Maghreb et vivant à Montréal. Il rapporte les résultats d'entrevues de groupes réalisées auprès d'élèves de troisième cycle du primaire et de premier cycle du secondaire ainsi que de leurs parents. Cette étude s'inscrit dans la continuité des recherches de Pierre Sercia (2004, 2007) portant sur l'intégration sociale des élèves fréquentant les écoles ethnoreligieuses. Les processus de transformation des pratiques alimentaires sont présentés comme des phénomènes de créolisation dans un espace social alimentaire multiculturel caractérisé par des logiques d'intégration, de fusion et de différenciation.

**ABSTRACT**

This paper explores eating habits and representations along with the process of their transformations among migrant's populations from Maghreb living in Montreal. We interviewed children from the second level of primary school and teenagers from the first level of secondary school along with their parents. This study is in line with the research of Pierre Sercia (2004; 2007) that focused on the social integration of immigrant students. The transformation process is defined as one of creolization in a multicultural alimentary social space characterized by the co presence of integration, fusion and differentiation process.

### OBJECTIF

L'objectif de cet article est la présentation d'une problématique assez large, sous la forme d'une revue de littérature exposant les tendances contemporaines les plus significatives des manières d'approcher la question de l'alimentation au sein de la sociologie et de l'anthropologie sociale. Cela nous permettra d'explorer la transformation des pratiques et des représentations de l'alimentation dans un champ conceptuel adéquat. En effectuant ensuite un retour sur les principaux éléments de cette problématique, nous proposerons un cadre théorique pour l'analyse de ces transformations chez des populations migrantes. Dans un second temps, nous présenterons une analyse d'une série d'entrevues à caractère qualitatif, que nous avons réalisées auprès d'enfants et de parents issus des communautés musulmanes du Maghreb. Nous leur avons posé des questions à propos de leurs habitudes et préférences alimentaires, de même

[1] Ce texte est en grande partie basé sur un article accepté pour publication dans la revue *Diversité urbaine*, 2009, vol. 9, nº 2.

que sur leur pratique de l'activité physique et leur consommation médiatique. Cet article fait suite aux travaux de Sercia (2004, 2007) portant sur l'intégration des populations musulmanes et maghrébines au Québec.

## PROBLÉMATIQUE

Depuis au moins les vingt dernières années, le phénomène migratoire au Québec prend sans cesse de l'ampleur. La décennie 2000 a vu le nombre moyen d'immigrants par année doubler par rapport à celui de la décennie 1980 (passant de 22 000 à 40 963). Cependant, la tendance depuis 2004 se situe au-delà de 44 000 personnes par année (MICC, 2009). Pour la décennie 2010, ce nombre devrait osciller vraisemblablement autour de 50 000 par année en moyenne, selon les prévisions démographiques du gouvernement du Québec (MICC, 2009). À ce compte, dans quelques années, la province comptera sur son territoire plus d'un million d'individus, qui ne sont pas nés ici. Dans ce contexte, les familles immigrantes contribuent aujourd'hui au renouvellement de la population montréalaise dans une proportion d'environ 40 % (Battaglini, 2000), car c'est à Montréal que 74 % des immigrants décident de s'établir. La présence de plus en plus massive d'individus issus d'horizons géographiques, culturels et sociaux des plus variés a pour conséquence une plus grande hétérogénéité des diverses populations et des modes de vie.

S'établir dans un nouveau pays est source, pour la plupart des immigrants, de nombreux bouleversements de la vie quotidienne, du rapport à soi et aux autres (Opare-Obisaw *et al.*, 2008 ; Renard, 2006 ; Rumbaut, 1997 ; Sercia, 2004). L'expérience migratoire demande également un effort d'adaptation considérable autant au climat, à la langue, aux institutions, aux pratiques politiques, aux modes de vie et aux traditions, qu'à la sociabilité du pays d'accueil. Elle ébranle les repères qui fondent l'identité personnelle ou du groupe. Les manières de manger, de cuisiner, de partager la nourriture ainsi que les représentations sociales qui leur sont liées n'échappent pas à ces bouleversements et à ces restructurations, bien au contraire (Cole, 2006 ; Duque-Páramo, 2004 ; Jonsson, 2002 ; Unger, 2004). Car, « en particulier pour ce qui concerne l'alimentation, l'immigration induit en effet de nouveaux comportements alimentaires faits d'emprunts de nouvelles habitudes et d'abandons de pratiques traditionnelles. Une adaptation souvent délicate qui n'est pas sans conséquence sur la santé de ces populations » (Poisson, 2003, p. 2). Les transformations des modèles alimentaires à la suite de la migration sont des phénomènes d'un grand intérêt sur le plan de la connaissance de la diversité culturelle, de la santé publique et de la transformation des identités individuelles et collectives (Gravel, 2000). L'analyse de ces transformations nous permet de saisir les mutations auxquelles la cellule familiale des immigrants est en proie ainsi que les impacts de ces mutations sur les valeurs, les pratiques et les représentations qui sont sous-jacentes aux institutions familiales (Foner, 1997 ; Himmelgreen, 2007 ; Ziegler, 1977).

Dans le cas des populations migrantes, l'étude des pratiques alimentaires permet de poser un regard privilégié sur les processus de socialisation et sur les différents mécanismes de l'intégration sociale, et cela, autant dans les domaines du public et du privé, du quotidien et du festif, que de l'individuel et du collectif. D'une manière générale, l'immigration donne lieu à la production de nouvelles pratiques alimentaires qui intègrent, de façon plus ou moins cohérente ou conflictuelle, deux systèmes socioculturels distincts d'organisation de ces pratiques : celui de la culture d'origine et celui de la culture[2] du pays où l'on a décidé de « planter sa tente ». Comme le fait remarquer Calvo, les transformations que subissent les habitudes alimentaires de ces populations

> concernent aussi bien les types de cuisines préparées et les plats les plus consommés, la structure des repas et les unités de commensalité et de sociabilité alimentaire, que les systèmes d'organisation socioculturels de l'alimentation englobant tant les représentations sur les fonctions de l'alimentation, sur les attributions des compétences que des estimations valoratives du « présent » et du « passé » alimentaire (Calvo, 1997, p. 52).

## CADRE THÉORIQUE. DE L'ALIMENTATION À SES TRANSFORMATIONS. MANGER DANS UN ESPACE SOCIAL ALIMENTAIRE INTERCULTUREL

L'anthropologie sociale et la sociologie ont largement démontré que l'acte de manger va bien au-delà de la simple prise alimentaire dans le but d'assurer les besoins énergétiques de l'organisme. Cet acte est un phénomène social, historique, culturel, matériel et symbolique qui est en lien avec l'ensemble des dimensions de l'existence et de l'organisation sociale. En cela, il est un « fait social total » pour reprendre l'expression introduite par Marcel Mauss dans son *Essai sur le don* (Mauss, 1980). La nourriture que l'on consomme est un support d'identité collective large, elle transcende sa matérialité et devient une représentation symbolique de la nation, car elle cristallise le souci d'une affirmation, d'une continuité, d'une histoire et d'une appartenance commune profondément incorporée (Flandrin, 1996 ; Schnapper, 1994 ; Thiesse, 1999). Quand nous

[2] Le concept (ou la notion) de culture est l'un de ceux qui portent le plus à la polémique, qui est souvent virulente, dans les sciences humaines et sociales. Nous ne supposons pas ici, quand nous parlons de culture, qu'il n'y a pas de conditions sociales, historiques et politiques objectives qui induisent des rapports différenciés, selon les groupes sociaux, aux dynamiques culturelles. La culture n'est pas seulement un vecteur d'inclusion sociale et d'identité, mais aussi d'exclusion et d'altérité, comme l'ont démontré maints auteurs appartenant à la mouvance théorique des *cultural studies*, des *gender studies* et des *post colonial studies*. Il en est de même pour le concept d'ethnicité qui ne renvoie nullement pour nous à une essentialisation de celle-ci, mais plutôt à des processus complexes de redéfinition des identités couplées à des processus « d'ethnicisation » de la part des groupes majoritaires et des autres groupes ethniques et ethnicisés. À ce titre, les rapports à l'alimentation présentent des dynamiques différenciées selon les groupes sociaux. Il n'en reste pas moins qu'il existe également, selon nous, une dimension anthropologique au concept de culture, que cette dernière est encore prégnante bien que sujette à des remodelages contemporains, et c'est à celle-ci que nous faisons référence à ce moment de l'analyse.

mangeons, nous n'incorporons pas seulement des calories, des vitamines, des fibres ou des protéines, mais aussi de la culture (ou, si l'on veut, des symboles et tout un système de significations), qui n'est autre que de l'histoire collective incorporée[3].

Si elle possède une dimension identitaire (des plus grands groupes aux plus petits), l'alimentation agit aussi comme marqueur social, car elle renvoie à une représentation de « l'étranger » ou plus largement de « l'autre » (celui qui ne mange pas comme « nous ») et de ses habitudes alimentaires, non seulement par ce qu'il mange, mais aussi par la façon dont il mange et prépare sa nourriture. L'alimentation agit également comme marqueur dans la mesure où « elle est une expression du jeu des ressources et des contraintes caractéristiques de positions sociales, ainsi que des représentations qui sont rattachées à ces positions » (Régnier, 2006, p. 8). Les manières à table et les choix alimentaires discriminent donc les individus à l'intérieur d'une société selon une hiérarchie des positions sociales, et la place occupée dans cette hiérarchie est tributaire du capital économique, social et symbolique (Bourdieu, 1979 ; Grignon, 1980 ; Mennell, 1992 ; Warde, 1999). L'alimentation et tout ce qui gravite autour, comme les manières à table, la commensalité, les rythmes, les séquences, l'organisation spatiale et temporelle, sont structurés par une normativité fortement instituée, socialement et culturellement différenciée. Pour les enfants particulièrement, les repas sont un moment privilégié pour l'apprentissage et la transmission d'un grand nombre de normes sociales (Chiva, 1992 ; Marquis, 2007 ; Ochs, 2006) : rythme des repas, règles de bienséance, respect de la nourriture, souci de l'équilibre alimentaire, respect des autres, apprentissage des goûts (et expérience des dégoûts), identification du « comestible », la plupart du temps culturellement formatés.

Si l'alimentation est intimement liée à la formation et à la reproduction de l'identité personnelle, familiale ou d'un groupe plus large, elle est aussi associée à l'unité d'un groupe, notamment par la commensalité. Cette dernière circonscrit, d'une façon précise, les contours de cette communauté par le regroupement de certaines personnes autour de la table et par l'exclusion d'autres. Cette commensalité, qui est une dimension de la sociabilité, constitue une mise en scène, originalement actualisée dans un contexte défini d'individus en interaction, des règles imposées par la socialité. Cette dernière correspond à l'ensemble des déterminismes sociaux, culturels et institutionnels qui pèsent sur les acteurs

[3] Qu'on pense seulement aux plats nationaux (ou du moins aux aliments) qui en sont venus à représenter littéralement des nations : les pâtes alimentaires pour l'Italie, la choucroute pour l'Allemagne, le couscous pour le Maroc, le hamburger pour les États-Unis, les tacos pour le Mexique, le bœuf pour l'Argentine, la patate pour l'Irlande. Qu'on pense aussi à certains aliments qui constituent une denrée « identitaire » de base à caractère « civilisationnel » : le pain pour la civilisation occidentale, le riz pour la Chine et une grande partie de l'Asie, la semoule de blé pour le Maghreb, le maïs pour l'Amérique latine, etc.

sociaux (ici les mangeurs) et régulent leurs pratiques en général. Le concept de sociabilité désigne en quelque sorte l'espace de liberté des individus dans leurs rapports sociaux et la dimension créative des pratiques sociales et culturelles (Corbeau, 1997, 2002). Le fait social de manger est à la fois empreint d'une forte dimension normative, mais également symbolique, et participe d'un lien anthropologique fondamental avec le monde et avec l'organisation sociale (Fischler, 1990 ; Hubert, 1991 ; Lalonde, 1992).

Les modèles alimentaires qui comprennent un classement du comestible, un répertoire culinaire, une commensalité, une temporalité, des critères de différenciation et les représentations qui les sous-tendent s'inscrivent dans une histoire collective et se transmettent entre les générations. Pour ce qui est de l'alimentation quotidienne, cette transmission est massivement le fait des femmes, un phénomène transculturel et transhistorique, et qui se caractérise par son caractère socialement construit. Les dimensions de la sociabilité, du symbolique, de l'identité, de la normativité et de la transmission prennent toutefois une signification toute particulière pour des individus issus de la migration. Les individus se trouvent en situation où il devient difficile de se procurer et de préparer les aliments familiers et où le modèle alimentaire dominant infléchit les repères, les pratiques et les représentations que les immigrants se font de l'alimentation (Calvo, 1982 ; Harbottle, 1997 ; Himmelgreen, 2007 ; Renzaho, 2006).

Ces transformations vont donner lieu à des processus de résolution (ou de régulation) des conflits entre deux systèmes de normes : un système intériorisé du pays d'origine, qui dicte « ce qui doit être fait », et un système dont les dispositions sont progressivement acquises (ou du moins apprises) au cours de la socialisation et de l'adaptation à un nouvel environnement socioculturel. Ces processus de résolution structurent « ce qu'il est possible de faire ». C'est ainsi que l'on peut parler d'innovation alimentaire et culturelle. Les liens des populations migrantes à leurs modèles alimentaires sont à la fois complexes et très puissants. Les sociologues et les ethnologues qui se sont intéressés à ces populations « ont montré que les caractéristiques alimentaires, dont on connaît le rôle central dans la construction des identités et du sentiment d'appartenance, se maintiennent alors même que d'autres éléments pourtant centraux de l'identité comme l'usage de la langue ont disparu » (Poulain, 2000, p. 226).

Il existe plusieurs concepts qui tentent de circonscrire ces processus de transformations des modes de vie, par exemple : adaptation, intégration, assimilation, acculturation, hybridation, créolisation, métissage. Selon nous, le concept de créolisation nous paraît avoir les qualités heuristiques, descriptives et analytiques nécessaires pour cerner d'une manière adéquate les phénomènes qui nous intéressent. Cette acception du concept est contestée, sans doute à cause de son caractère polysémique ou du rapprochement qu'elle induit avec

les caractéristiques et l'histoire de populations spécifiques des Antilles, du Brésil, de la Louisiane ou des îles de l'océan Indien comme La Réunion et l'Île Maurice que l'on reconnaît comme Créoles.

Nous retiendrons essentiellement de ce concept qu'il permet de circonscrire certaines dimensions de l'espace social alimentaire où sont présentes à la fois des logiques intégratives, d'unification et de différenciation, d'identification et de distanciation, en contexte multiculturel. Le concept d'espace social alimentaire a été développé par Poulain (2002) et il permet de rendre compte des différentes dimensions constitutives des modèles alimentaires et de leur organisation en systèmes. Il définit six composantes : l'espace du mangeable, le système alimentaire, l'espace du culinaire, l'espace des consommations, la temporalité alimentaire et l'espace de différenciation sociale. S'inspirant des approches de Poulain, de Wieviorka (1996) et de Taylor (1994), Tibère propose cette définition du concept de créolisation qui coïncide avec l'acception que nous proposons :

> La créolisation renvoie aux processus d'innovation culturelle qui découlent des contextes multiculturels ; il s'agit selon moi des dynamiques réciproques et des logiques identitaires qui articulent intégration et différenciation, et sous-tendent la « gestion » de la différence et des tensions qui l'accompagnent. L'espace social créolisé procède d'une situation de "fusion sous tension" et s'articule simultanément autour d'un ensemble culturel commun et d'univers porteurs de spécificité. Cette configuration est produite par les dynamiques identitaires qui, tantôt intègrent dans un héritage commun, tantôt excluent et distinguent : les individus puisent dans la multiplicité des ressources disponibles et agencent les représentations et les pratiques pour exprimer la différenciation et/ou l'identification à tels ou tels univers culturels (Tibère, 2005, p. 1-2).

L'auteure américaine Nancy Foner (1997, p. 967) généralise l'acception du concept à tout assemblage (*blend*) de significations, de perceptions ou de pratiques sociales qui émergent suite à la migration.

On peut établir de grandes différences entre les dynamiques d'intégration et de socialisation des parents nés à l'extérieur du pays d'accueil et de leurs enfants nés sur place. En effet, le contact répété et quotidien des enfants avec la culture dominante et ses moyens de diffusion tels que l'école, les médias, les cercles d'amis et les activités socioculturelles pèsent très lourd dans la socialisation des jeunes de familles immigrantes (Sercia, 2004). Il devient parfois difficile pour les parents de transmettre certaines caractéristiques de leur culture d'origine, dont les pratiques alimentaires et les savoirs culinaires des mères à leurs filles. Les enfants de familles migrantes adoptent souvent les comportements

des autres jeunes de leur âge (toutes provenances confondues) et prennent une « distance critique » par rapport à l'héritage culturel de leurs parents. Dans ce contexte, les repas en famille prennent une très grande importance. En fait, les repas de famille sont structurants pour l'unité familiale ou, pour dire les choses plus simplement, c'est lors des repas que les habitants d'une maison deviennent véritablement une famille (Beardsworth, 1997 ; Kaufmann, 2005). Afin de maintenir le lieu de cette unité, les mères déploient des astuces qui relèvent de la négociation entre les tendances centrifuges au sein de la famille et de la créolisation du style alimentaire.

## MÉTHODOLOGIE

La population ciblée est constituée d'élèves de troisième cycle du primaire et de premier cycle du secondaire, majoritairement d'origine maghrébine[4] et fréquentant deux écoles confessionnelles musulmanes de Montréal. Ils ont été rencontrés le midi, à l'heure du repas, dans leurs écoles respectives. L'origine culturelle des élèves a été déterminée en considérant l'importance de la représentation sociale des communautés musulmanes et maghrébines au Québec. En effet, la population musulmane au Québec est passée d'environ 54 000 à environ 125 000 entre 1997 et 2007. Les données concernant les affiliations religieuses déclarées du recensement de 2007 ne sont pas encore disponibles. Cependant, en extrapolant selon le taux moyen de l'augmentation de ces populations à partir des données démographiques du recensement de 2001, disponibles à Statistique Canada, on peut évaluer approximativement leur nombre. Cependant, sans tenir compte de la question de l'affiliation religieuse, les données démographiques de l'immigration issues du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles nous indiquent qu'entre 2004 et 2008, le Québec a accueilli 38 715 ressortissants des pays du Maghreb (MICC, 2009). Le nombre total d'immigrants, toutes catégories confondues, qui se sont installés d'une façon permanente sur le territoire du Québec pour la même période, s'élève à 222 704. Les populations originaires du Maghreb constituent donc actuellement 17,39 % de ce nombre.

Nous avons effectué des entrevues semi-structurées de groupe au sein d'échantillons de convenance composés d'enfants de dix à quatorze ans. Les groupes formés respectent les catégories généralement admises dans cette démarche, soit dix-douze ans et treize-quatorze ans. Les entrevues ont été réalisées avec des groupes non mixtes de quatre personnes, d'une durée d'environ 50 minutes chacune. Nous avons rencontré 49 enfants au total : onze garçons et treize filles de la cinquième année du primaire, ainsi que neuf garçons et seize filles de la seconde année du secondaire. La surreprésentation des filles au secondaire est due au fait que, dans l'école visitée, elles étaient en plus grand nombre pour ce groupe d'âge et que nous avons voulu toutes les rencontrer. Une très large

[4] Les pays du Maghreb sont le Maroc, l'Algérie et la Tunisie.

majorité de ces enfants sont nés au Québec. Les formulaires d'autorisation parentale qui ont été utilisés incluaient une section sollicitant la participation des parents à des entrevues du même type, mais jamais en présence des enfants. Ainsi, nous avons obtenu la participation de huit parents originaires du Maroc et de l'Algérie (trois femmes et cinq hommes). Toutes les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites intégralement.

L'information recueillie traite des habitudes alimentaires des enfants (p. ex., le niveau de consommation de fruits et légumes, les préférences alimentaires, le contenu de la boîte à lunch)[5], ainsi que du niveau de pratique de l'activité physique et livre un aperçu de leurs habitudes de consommation médiatique.

Les types de données dont nous disposons sont des comportements déclarés, et par conséquent, non observés. Cependant, nous avons pu observer le contenu de la boîte à lunch, puisque les entrevues étaient réalisées à l'heure du dîner et que nous demandions aux jeunes de venir à l'entrevue avec leur lunch.

## ANALYSE DES RÉSULTATS

### Alimentation, santé et responsabilité

Bien que, dans le cadre de cet article, nous n'analyserons que les réponses des entrevues qui portaient sur l'alimentation, l'élément prioritairement observé chez tous les enfants rencontrés, est le degré élevé de familiarité développée avec certains aspects de la culture du groupe dominant en matière alimentaire, médiatique et langagière. En effet, le profil général de leurs représentations et de leurs comportements alimentaires déclarés et observés, leur pratique de l'activité physique, leur écoute télévisuelle et leur mode de fréquentation d'Internet sont similaires à ceux observés chez la jeune population québécoise en général. Ce constat est d'autant plus remarquable qu'on ne peut guère attribuer cette similitude des caractéristiques à l'influence qu'auraient pu exercer des camarades de classe issus de la société d'accueil ou d'autres communautés culturelles dans le cadre scolaire. Rappelons-le, les deux écoles consultées n'accueillent que des enfants de familles dont la confession religieuse est musulmane. De surcroît, les parents de ces enfants sont en majorité originaires des pays du Maghreb.

D'entrée de jeu, quand on leur demande s'ils se considèrent en santé, les répondants relèvent immédiatement, avant même d'avoir parlé d'alimentation et d'activité physique, les liens étroits entre l'alimentation, l'activité physique et la santé.

[5] Le terme boîte à lunch est un québécisme que nous avons conservé et qui désigne un sac, ou une petite mallette, destiné à transporter le repas du midi au travail ou à l'école. Nous avons conservé aussi les termes de déjeuner, de dîner et de souper pour désigner les trois repas de la journée. Ils correspondent, dans l'espace francophone européen, selon la même séquence, au petit-déjeuner, au déjeuner et au dîner.

> Moi, oui, je crois avec ce que je mange que je suis en santé (fille, dix ans) ;
>
> Non, je mange pas bien, mes parents me disent toujours de manger, je refuse, j'aime pas la viande (fille, dix ans) ;
>
> Non, je ne suis pas en santé, moi je mange beaucoup de hot-dogs (garçon, dix ans) ;
>
> Moi je me considère comme quelqu'un en santé parce que je mange des choses où il n'y a pas comme beaucoup de sucre, je mange du jus d'orange, des choses 100 % santé comme Oasis et tout ça mais samedi et dimanche je mange un peu plus de sucre (garçon, dix ans) ;
>
> C'est pas très bon, je ne fais pas beaucoup de sports puis je mange pas de fruits du tout, mais je mange quand même des légumes puis à chaque jour je dois manger comme une barre de chocolat au moins, c'est ça (fille, treize ans) ;
>
> Moi ça dépend, des fois je me concentre et je vérifie ce que je mange, des fois je m'en fous (fille, treize ans) ;
>
> Mais non, ma grossesse, je suis gros, mais je consomme trop d'aliments qui ne sont pas bons pour la santé (garçon, treize ans) ;
>
> Personnellement, je pense que j'ai une bonne santé parce que je fais assez d'exercices physiques, mais en concernant ce qui est friandises, chocolat, tout ça, je l'avoue O.K. je me laisse porter (garçon, treize ans).

Nous n'avons obtenu que deux réponses qui font référence à des facteurs échappant au contrôle de ces jeunes (ou du moins du contrôle qu'ils supposent avoir ou qu'on attend d'eux) ; la seconde, cependant, contient un paradoxe dont nous reparlerons plus loin :

> Oui parce **que ma mère me donne des aliments à manger**, mais juste parfois comme un petit peu de gras, mais **à la maison on mange** juste des légumes puis du riz (garçon, dix ans) ;
>
> Oui, moi je crois que je suis en santé parce que **dans ma maison par exemple**, à l'école je prends certains mets défendus, **mais à la maison toujours de la cuisine normale**, c'est de la cuisine, pas vraiment végétarienne, mais toujours des légumes, des salades (fille, treize ans).

Ces réponses vont dans le sens des résultats d'une enquête internationale de l'Observatoire CNIEL des habitudes alimentaires[6] (OCHA) dirigée par Fischler qui a mis en relief la récurrence transculturelle de cette forte corrélation au niveau des représentations entre santé et alimentation dans de nombreux pays occidentaux, chez des populations adultes. Elle est particulièrement marquée dans les pays anglo-saxons. Bien que cette étude ne se penche pas sur les représentations et comportements alimentaires des jeunes ou des populations migrantes, elle n'en constitue pas moins une illustration – un portrait – de « l'éthos alimentaire » qui structure l'horizon et le contexte sociétal industrialisé dans lequel l'alimentation prend place. Cette enquête révèle en outre que la tendance à tenir les habitudes alimentaires responsables des bons ou mauvais états de santé est nord-américaine et que cela trahit une propension à mettre en cause le comportement général des individus plutôt que la qualité des produits eux-mêmes (une tendance plus généralisée en Europe), l'offre alimentaire ou l'environnement en général.

À la question « est-ce qu'ils se considèrent en santé ? », les jeunes que nous avons rencontrés, particulièrement les adolescents, répondent « oui si je mange bien », et « non, si je mange mal » (du « *fast-food* », des « cochonneries »). Ce qui témoigne d'une représentation un peu magique de l'alimentation, les incorporations (de « bonnes » ou de « mauvaises nourritures ») ayant, selon eux, des effets immédiats et quasi mécaniques sur leur corps. On remarque aussi que, quel que soit leur âge, ces jeunes se montrent sensibles et réceptifs aux injonctions sociales de « manger correctement » et de faire de l'activité physique. Ainsi, ils semblent avoir intériorisé les valeurs et certaines représentations contemporaines concernant ces pratiques et qui font l'objet de maintes campagnes et politiques publiques destinées aux jeunes, ce qui est sans doute une bonne chose. Cependant, ces valeurs et ces représentations, dans les sociétés occidentales contemporaines, convergent et se structurent dans des incitations qui renvoient « implicitement ou explicitement chacun à sa responsabilité individuelle, qui est de faire les bons choix, de maîtriser ses désirs et ses appétits. Cette pression vient autant de l'industrie […] que de la médecine et des pouvoirs publics » (Fischler, 2002, p. 7). Les campagnes de sensibilisation, les politiques publiques, les messages nutritionnels ou médicaux incitent, d'une manière générale, les populations à assumer la responsabilité de leurs choix. On peut mettre en perspective les réponses de ces jeunes avec la mise en place, dans les sociétés hypermodernes, d'une conception individualiste, volontariste

[6] Cette enquête a été réalisée auprès de 7000 personnes en France, en Italie, en Suisse, en Grande-Bretagne, en Allemagne et aux États-Unis et portait sur les attitudes vis-à-vis de l'alimentation, du corps et de la santé. Ces résultats sont publiés dans *Manger* sous la direction de Claude Fischler et Estelle Masson (Fischler, 2007).

et parfois instrumentale[7] de l'alimentation. Celle-ci prend le relais (mais sans les faire disparaître) de modèles plus collectifs, encore empreints de références à une tradition, culturellement déterminés et ancrés dans une mémoire et un vécu collectif partagés, modèles que semblent partager les parents que nous avons rencontrés.

> Oui le plat c'est important, puis que tout le monde soit assis, on attend que tout le monde commence en même temps, qu'on mange en même temps, il y a une prière avant de commencer puis rappeler la prière de la fin. Ça, c'est des choses qu'on apprend aux enfants quand ils sont petits, quand ils grandissent ils oublient ça ou on va leur rappeler, disons il y a une formule qu'ils peuvent dire, ça peut remplacer ce qu'ils ont oublié et puis c'est ça. Donc, c'est important qu'on soit réuni, ça c'est très important, qu'il y ait un plat communautaire, que tout le monde mange ça, qu'on se partage (femme, parent) ;

> Moi je crois que ce sens du partage qu'on a, c'est, ça fait partie de notre religion, de notre culture, le sens du partage, c'est pas juste dans les familles qu'on se partage le plat (homme, parent).

Il n'est pas question d'attribuer la structure des pratiques alimentaires et surtout des représentations des jeunes au seul individualisme de type nord-américain, ou d'affirmer que ces jeunes sont objectivement responsables de leur choix et que ces choix se font librement. Cependant, selon nous, cet aspect est important pour comprendre les modes de subjectivation propres aux sociétés hyper-modernes dans lesquelles vivent ces jeunes. La publicité, les médias, les pairs, la culture de consommation et les contraintes temporelles jouent également un rôle prépondérant dans le façonnement des représentations du corps et de l'alimentation. Ils façonnent aussi les goûts, les préférences et les rythmes des prises alimentaires. Le statut socioéconomique est aussi déterminant dans les habitudes alimentaires et dans les profils de consommation. Notons à cet effet que tous les parents que nous avons rencontrés ont un travail et que les jeunes ont déclaré, dans la majorité des cas, qu'au moins un des deux parents avait un travail.

[7] L'étude de l'OCHA révèle que près de la moitié des Américains et des Britanniques considèrent l'alimentation comme une activité essentiellement instrumentale et pensent en conséquence que « *food is fuel for the body* ». Or, c'est dans ces pays, surtout aux États-Unis, mais aussi au Canada, que prévaut le plus cette conception individualiste et volontariste, qui vise à rendre l'individu responsable de ses choix alimentaires.

## Préférences et habitudes alimentaires

### *Le déjeuner*

Les jeunes rencontrés déclarent des habitudes alimentaires assez homogènes. Tout d'abord, leur petit déjeuner se compose la plupart du temps de céréales et de lait, sinon de pain et de produits à tartiner ou encore de pain au chocolat. En semaine, il est souvent pris seul, chacun déjeunant selon ses goûts et les contraintes de son emploi du temps. Ces ajustements aux contraintes du mode de vie occidental sont une caractéristique récurrente chez la plupart des populations migrantes. Le petit déjeuner est en général le moins socialisé dans les pratiques des groupes immigrants (Calvo, 1982 ; Hassoun, 1996 ; Ossipow, 2000) : il constitue le repas qui perd le plus rapidement sa spécificité culturelle et s'occidentalise « apparemment sans conflit ni difficultés. La réunion du groupe est peu ritualisée et les valeurs présentes peu nombreuses. L'acculturation dans cette prise d'aliment ne porterait pas atteinte aux principaux traits culturels de l'alimentation du groupe » (Calvo, 1982, p. 406-407).

Les garçons nous ont déclaré que, le matin, ils mangeaient régulièrement des produits contenant du chocolat (pain au chocolat, céréales au chocolat, barres de chocolat, *brownies*, lait au chocolat). Aucun n'a déclaré sauter le déjeuner. Plus préoccupant, cependant, est le fait que plus de la moitié des filles du secondaire (que nous avons rencontrées) sautent carrément ce repas d'une manière régulière, disant qu'elles n'ont pas d'appétit ou qu'elles n'ont pas le temps. Aucune de ces jeunes filles ne nous a confié faire un régime, mais la plupart associent la prise de nourriture avec la problématique du surpoids quand on leur demande ce qu'il faut manger pour être en santé. Plusieurs études montrent que les jeunes filles, dans le contrôle qu'elles tentent d'avoir sur leur poids et sur leur silhouette, ont tendance à couper sur leur prise de nourriture plutôt que de modifier leurs pratiques et leurs styles alimentaires en général et/ou de faire plus d'activité physique (Carrière, 2003, p. 40 ; Ledoux, 2001, p. 330 ; Tremblay, 2005 ; 2003, p. 1100-1105).

Plusieurs des répondantes ont déclaré ne pas prendre de collation substantielle au milieu de la matinée quand elles n'avaient pas mangé le matin et que celle-ci (lorsqu'elles en prenaient) se composait très souvent de chocolat. Ce comportement peut mener à des difficultés de concentration à l'école, à des carences en calcium, en magnésium ou en vitamines, et plus globalement, à un apport calorique et nutritionnel hebdomadaire insuffisant[8] (Boucher, 2001, p. 2 ; Bratigny, 2001, p. 1).

[8] C'est souvent le matin que sont consommés les produits laitiers et les céréales, deux types d'aliments auxquels on a ajouté vitamines et minéraux et dont les produits laitiers sont riches en calcium.

***Le dîner à l'école***

Les deux écoles où nous avons enquêté n'offrent pas le service de cantine. Les enfants et les adolescents doivent donc apporter leur propre dîner. Environ la moitié des enfants du primaire et du secondaire disent faire eux-mêmes leur lunch ou sinon ils font part de ce qu'ils désirent manger à leurs parents (en l'occurrence à leur mère). Voici quelques réponses à la question : est-ce que ce sont tes parents qui préparent ton lunch ? Elles sont représentatives de l'ensemble des réponses obtenues :

> C'est moi, le repas est facile à faire comme du riz, un pita ça c'est facile, des sandwichs, tout ça, des pizzas des fois, c'est moi qui le fait et des fois quand je suis fatiguée, je ne peux pas les faire, c'est ma mère qui le fait (fille, dix ans) ;
>
> À chaque fois je change, des fois je le fais, des fois elle me les fait (garçon, dix ans) ;
>
> C'est ma mère qui le fait mon lunch, des fois avant de faire le lunch, elle me demande ce que je veux (garçon, treize ans) ;
>
> C'est ma mère qui fait le lunch, mais c'est moi qui les mets dans la boîte à lunch par exemple ;
>
> Moi, bien, c'est elle qui va décider le dîner, mais si je pique ma crise elle va changer pour quelque chose que j'aime (fille, treize ans) ;
>
> Moi généralement ma mère me demande ce que je veux manger cette semaine et je lui dis qu'elle m'apporte, comme le dimanche je lui dis ce que je veux manger, elle va acheter des affaires et la semaine je fais mes sandwichs (fille, treize ans).

Le contenu des dîners à l'école témoigne, de la part des parents, d'une logique de l'accommodement. La plupart du temps, ces derniers s'efforcent de plaire aux jeunes ou leur donnent la responsabilité de faire le menu. Les goûts des enfants sont déterminants et ceux-ci tiennent à les faire valoir. Cette attitude rejoint une tendance nord-américaine, mise en relief par l'étude de l'OCHA, où l'on observe que les individus sont attachés aux notions de choix individuel et de liberté alimentaire, même s'il s'agit, dans le cas des jeunes rencontrés, d'une « liberté dans la conformité », tous mangeant à peu près la même chose.

Quant au contenu de leur boîte à lunch, il est très similaire d'un individu à un autre. La base de leur dîner se compose de sandwichs et de « pizza-pochettes[9] » comme élément principal. Nous avons observé qu'un peu plus de la moitié seulement apportaient des fruits frais (souvent mis là par la mère), que les légumes frais, cuits ou crus, étaient une chose rare et que les boissons de fruits sucrées en portion individuelle étaient massivement présentes.

On voit émerger pour le lunch du midi, dont les enfants disent assumer, pour une grande part d'entre eux, la confection ou le choix des aliments, « un phénomène de dissonance entre les normes (sociales et/ou diététiques) intériorisées et les pratiques réelles » (Poulain, 2001, p. 2). L'ensemble de ces jeunes nous ont dit l'importance, selon eux, de manger des portions quotidiennes de fruits et de légumes frais de même que d'avoir une alimentation variée afin de maintenir un bon état de santé. Cependant, à voir le contenu de leur boîte à lunch, ils n'agissent pas conformément à cette représentation fortement intériorisée. Cette dissonance se manifeste au moins pour le repas du midi, mais également à l'égard de leurs préférences alimentaires. Cette dissonance, selon Fischler (1990) et Poulain (2001), est le propre des mangeurs hypermodernes (surtout nord-américains ou de culture anglo-saxonne) où l'alimentation ne va plus de soi, mais procède d'un acte réfléchi, de l'impression d'un choix personnel qui est traversé de tensions et de contradictions qui ne trouvent plus de résolution dans un système normatif unifié (la « sagesse des nations », un modèle alimentaire traditionnel ou la nourriture de maman). On ne saurait négliger cependant qu'à l'adolescence, l'influence des pairs et sans doute aussi des médias pèsent lourd dans les comportements, ce qui n'enlève rien au paradoxe.

***Les préférences alimentaires***

Quand on leur demande de parler de leurs préférences alimentaires, les réponses obtenues diffèrent selon les groupes d'âge. Les plus jeunes (neuf-dix ans) présentent une palette de préférences très variée d'aliments et de préparations, avec un attachement encore très perceptible pour les plats préparés par la mère. On y retrouve autant les plats traditionnels du pays d'origine des parents, que les plats plus cosmopolites ou « transculturels » : repas de pâtes alimentaires, « pâté chinois », ou encore, des produits de restauration rapide. Pour les jeunes adolescents (treize-quatorze ans), la préférence va nettement aux produits de restauration rapide : la palme d'or revenant à la pizza, puis les hamburgers et les frites, le poulet rôti, la poutine, les repas de pâtes alimentaires et plus marginalement les plats avec du riz. On peut formuler l'hypothèse que, pour ces

[9] Les pizzas-pochettes sont des produits alimentaires industriels. Elles consistent, comme leur nom l'indique, en une pizza repliée sur elle-même de sorte qu'elle se présente comme un demi-cercle de pâte avec la garniture à l'intérieur. Les adolescents en général sont très friands de ces produits. Leur très grande popularité est sans doute due aux effets des publicités ciblant les jeunes par les grandes compagnies agroalimentaires, ces dernières constituant une grande part des publicités destinées aux jeunes.

jeunes, affirmer leurs préférences alimentaires leur permet à la fois de faire valoir leur individualité, dans une période de leur existence où l'affirmation de soi prend une grande importance, et de pouvoir prendre part à la « société nord-américaine » et à ses modèles de consommation. Cette étape constitue donc une distanciation par rapport à la famille (et peut-être aussi par rapport à ses origines ethniques) et un rapprochement avec ce qu'ils perçoivent comme étant des caractéristiques désirables de la société globale.

Dans les deux groupes d'âge, nous n'avons pas observé de différences significatives entre les réponses des garçons et des filles tant au niveau de leurs préférences que du contenu de leur boîte à lunch. Toutefois, soulignons que les adolescentes que nous avons rencontrées n'apprécient pas beaucoup les viandes rouges et disent des viandes en général qu'on doit en manger avec modération. Ces déclarations sont à mettre en rapport avec de nombreuses études montrant que les femmes (ici des femmes adultes) apprécient très modérément les viandes rouges et qu'elles ne les préparent souvent que pour plaire au mari et aux hommes de la maison (Beardsworth, 1997 ; 2002 ; Murcott, 1982 ; Rappoport, 1993). Il y aurait donc des aliments symboliquement plus associés aux hommes et d'autres plus aux femmes, la viande rouge, et celle de bœuf plus particulièrement, étant nettement associée à des caractéristiques masculines. Là-dessus, les adolescentes rencontrées sont en phase avec des tendances fortes dans les pays industrialisés. Nous n'avons pas de données pour les pays du Maghreb.

Soulignons par ailleurs que ces jeunes doivent manger selon la prescription religieuse (*halal*) qui interdit de manger le porc sous toutes ses formes (y compris sous forme de gélatines) et qui oblige à ne manger que des animaux qui ont été préalablement saignés. Cela suppose de discriminer certains aliments et donc d'user d'une forme de discipline personnelle. Nous émettons l'hypothèse que cette obligation religieuse, dans le contexte nord-américain, serait susceptible d'accroître la réflexivité[10] alimentaire, puisque cette contrainte incite à

[10] Le concept de réflexivité est très important à la fois dans la sociologie et l'anthropologie contemporaines. Toutefois, la signification que l'on donne à ce concept dans ces deux disciplines peut comporter des nuances importantes. La sociologie actuelle utilise le concept de réflexivité dans le cadre d'une compréhension des transformations sociétales contemporaines des sociétés industrialisées avancées. Plusieurs auteurs dont Beck, Giddens et Lash (1994) et Bauman (1991) montrent, entres autres, que dans les sociétés hypermodernes (ou de la seconde modernité), l'affaiblissement des régulations sociétales par les institutions à caractère « universaliste », la montée d'un certain type d'individuation qui est celui de l'individualisme et la disparition à peu près complète de toute référence à une tradition, ont conduit les individus à adopter une conduite réflexive par rapport à leur existence, c'est-à-dire à reconstruire eux-mêmes le sens de leurs pratiques, au travers une trame narrative qui définit également leur identité. Ainsi, concernant notre objet, on pourrait dire que l'alimentation, dans les sociétés hypermodernes, a cessé d'aller de soi et qu'elle n'est plus (ou significativement moins) incérée dans un contexte social et culturel qui lui donne un sens à-priori, sans qu'il soit nécessaire pour les individus de le construire eux-mêmes. Cependant, et pour nous placer plutôt du point de vue de Bauman qui, à notre avis, propose la

faire des choix alimentaires explicites et à les assumer pour soi-même, en vertu de règles collectives propres au groupe soit, mais s'inscrivant tout de même d'une manière distincte dans l'espace social alimentaire. En principe, l'interdiction porte sur toutes les formes de contagions, ce qui veut dire qu'on ne peut pas manger dans un restaurant où l'on sert du porc (le bacon, par exemple). Interrogés à ce sujet, les jeunes ont dit « fermer les yeux » là-dessus. Évoquons à ce sujet le fait surprenant qu'aucun des enfants rencontrés n'a fait mention de lui-même de l'obligation qu'il avait de manger *halal*. Peut-être parce qu'ils ne voulaient pas faire part du fait que leurs fréquentes visites dans des établissements de restauration rapide constituaient une transgression, car on ne peut pas savoir ce qui a été cuit sur les plaques chauffantes et le bœuf des hamburgers n'est sans doute pas *halal*.

***Les soupers, sur le rôle des enfants dans les transformations culturelles***

Les parents et les jeunes que nous avons rencontrés ont témoigné que la préparation et la consommation des repas du soir sont caractérisées par la souplesse. En effet, selon les soirs, on sert des plats qui ont une signature traditionnelle, québécoise (bien que beaucoup des jeunes et à peu près tous les parents aient confié avoir des difficultés à identifier une cuisine « vraiment québécoise »), cosmopolite (surtout les plats de pâtes et de riz), et souvent, des inventions personnelles de la mère et qui empruntent à diverses traditions. On l'a vu aussi, il y a un assouplissement et une adaptation des règles de la commensalité, par exemple manger seul, ne plus attendre que toute la famille soit à table ou que le père soit arrivé à la maison, manger des choses différentes de ce qui est proposé, etc. C'est lors de ce repas qu'on observe le mieux les processus de créolisation et qui donne lieu à de nouvelles formes culturelles. Voici quelques témoignages.

> Parce que ma mère des fois elle amène des fois des livres de recettes d'ici, elle cherche ce qu'il y a de bon, elle le fait (garçon, quatorze ans) ;

> Moi, quand c'est ma mère qui cuisine il n'y a pas de mélange, mais quand c'est mon père il invente à sa tête, il fait la cuisine deux-trois fois par semaine, par cinq jours (garçon, quatorze ans) ;

lecture la plus « sociologique » du phénomène, ce n'est pas parce qu'il y a effritement de la normativité institutionnelle que les individus ne cherchent plus l'assentiment du groupe d'appartenance pour légitimer leurs pratiques. Dans le cadre de cet article, la réflexivité prend donc un caractère ontologique. Cependant, dans le contexte spécifique de l'hypothèse que nous proposons ici, la réflexivité pourrait être comprise dans le sens où l'entend par exemple l'ethnométhodologie, comme le phénomène de création du sens qu'un individu met en œuvre lorsqu'il est confronté à une situation indexicale, c'est-à-dire comme pouvant receler l'évocation de tout un contexte et sur la base d'une distinction épistémologique entres les discours des acteurs sociaux et leur l'interprétation par le chercheur. Donc, il ne s'agit pas ici de création de sens comme résultat d'une érosion normative. Nous faisons plutôt référence à une acception proche de celle livrée par le concept d'« agentivité ».

> Chez nous, comme par exemple chez moi à la maison c'est un mélange, on mange des plats traditionnels mais les enfants ils mangent plus les plats comme peut-être je ne sais pas si le pâté chinois c'est un plat typiquement québécois (homme, parent) ;
>
> Oui on mange nos plats traditionnels, ça c'est vrai, mais si vous voyez l'évolution par exemple moi ça fait 21 ans que je suis ici. Oui je cuisine toujours marocain, mais c'est pas tout le temps, par exemple mes enfants ils commencent à avoir des goûts différents, comme il a dit, bon le deuxième, mon deuxième enfant il aime manger du riz. Nous dans notre tradition à nous on mange pas le riz (femme, parent) ;
>
> Moi aussi quand je suis venue ici c'est sûr que je cuisinais 100 % marocain O.K., mais avec le temps on évolue, veut, veut pas on évolue, on s'en va à faire des choses, on apprend de nos amis, on apprend du pays où on est, donc il y a des choses qu'on regarde à la télé, une recette qui nous intéresse, on le fait, on s'en va vers, on ne mange pas à 100 % québécois, si on veut dire entre parenthèses de souche ni 100 % comme des Marocains, il y a un mélange (femme, parent) ;
>
> Quand je regarde ma semaine peut-être j'ai cuisiné une fois marocain et le reste c'est un mélange, je ne sais même pas c'est quoi là, c'est un mélange, voyez peut-être des fois aussi on fait des poutines, des fois, ça change beaucoup, mais ça va de soi, on n'y pense même pas (femme, parent).

La tendance est donc à la préparation de repas du soir « simplifiés[11] » et empruntant à diverses traditions culinaires, souvent réinterprétées et adaptées. Les mères réservent alors les plats traditionnels maghrébins, qui prennent beaucoup de temps de préparation, pour des moments où il y a plus de temps pour la socialisation, pour les fêtes ou les événements à caractère religieux. Ces pratiques, chez de nombreuses communautés culturelles et ethniques, donnent lieu selon Calvo à la constitution de « plats totems ». Ce dernier est

> un plat ethnique (c'est-à-dire culturellement très spécifique) qui, à la suite de l'émigration, va subir une revalorisation culturelle. Il se dégage de la confrontation entre les différents styles alimentaires au point de pouvoir devenir, à l'occasion, l'objet médiateur d'une identité (Calvo, 1982, p. 240).

[11] Par exemple, par le retrait d'un plat (soit l'entrée, soit le dessert), ou par la préparation d'un seul plat contenant tous les éléments de la prise alimentaire : pâté chinois, lasagne, spaghettis aux boulettes de viande, poulet rôti avec frites.

Dans le cas des cultures maghrébines, le couscous ou le tagine jouent ce rôle.

Autant les parents que les jeunes nous ont déclaré qu'ils appréciaient le fait de prendre le temps de profiter de ces moments en famille. Les déjeuners se prennent généralement aussi en famille les fins de semaine et même si on ne sert que rarement des mets « traditionnels du matin », on tient à recréer la sociabilité propre à un repas pris en famille, notamment prendre son temps, échanger et partager des expériences et des valeurs.

Certes, on peut constater une relative désaffection de ces jeunes pour des modèles alimentaires « traditionnels » et des goûts (le « système des saveurs ») transportés et entretenus, dans la mesure du possible, par leurs parents. De plus, prendre le repas en famille tous en même temps (une commensalité forte) est de plus en plus difficile en semaine.

> On prépare des choses par exemple de chez nous, mais ils trouvent que c'est beaucoup plus pratique d'aller chercher un sandwich chez McDonald ou n'importe où. C'est plus pratique, ils gagnent du temps, les jeunes, nos jeunes (femme, parent) ;
>
> C'est des choses qui sont en train de se perdre malheureusement. Les enfants n'ont pas le temps, la femme travaille, elle est trop stressée, le mari est fatigué et je pense qu'on commence à perdre nos habitudes de là-bas (femme, parent) ;
>
> Bon vous les appelez pour le dîner, ils te disent j'ai un devoir je dois finir, j'ai une recherche je dois la finir, vous voyez, j'ai ceci, j'ai cela. Alors que dans notre temps c'était sacré, le moment du dîner, c'était le dîner puis c'était le silence, c'était le rituel, c'était le cérémonial si vous voulez, mais ce sont des choses qui sont en train de se perdre dans le monde entier, avec la vitesse actuelle de l'époque (femme, parent).

On assiste alors à une valorisation des moments où toute la famille se retrouve à table, particulièrement les fins de semaine, autour d'un mets traditionnel ou qui plait à toute la famille. On pourrait dire que c'est en mangeant un vrai repas en famille que les individus d'une maison deviennent une « vraie famille ». L'apparente désaffection des jeunes pour les modèles alimentaires et les goûts de leurs parents est un phénomène complexe, sachant également que ces jeunes vivent des « chambardements identitaires » autant personnels et familiaux dus à leur âge, que dans leurs rapports à leur ethnicité et à la société globale. La question de ces rapports et de leur articulation demande à être creusée, car de nombreux auteurs remarquent que derrière un apparent partage ou une acceptation des normes sociales du groupe dominant se profile souvent

une interprétation différente. Selon Foner, il existe une acceptation différenciée des normes et des valeurs de la société d'accueil au sein d'une même famille immigrante. Par exemple, elle souligne que les femmes sont en général plus enclines que les hommes à endosser de nouvelles normes et valeurs dans la mesure où celles-ci vont accroître leur autonomie et améliorer leur condition (Foner, 1997, p. 970). Elles sont plus ouvertes à l'innovation alimentaire que les hommes, entre autres choses parce qu'elles veulent répondre aux goûts des enfants et parce qu'elles recherchent des aliments et des techniques de préparation qui leur économiseront du temps, ce qui, en général, n'était pas un critère avant la migration, nous ont-elles déclaré. Il en est de même pour les enfants, pour qui ces valeurs où ces normes élargissent leur espace de liberté à l'intérieur de la cellule familiale et dans leurs rapports sociaux et favorisent le développement de leur individualité. À cet effet, la manifestation de leurs préférences alimentaires joue un rôle dans l'affirmation de leur identité.

Bien que de nombreux facteurs issus de la culture et de l'organisation sociale dominantes déterminent les rythmes des prises alimentaires ainsi que les types d'aliments consommés (en fonction du temps disponible pour l'achat et la préparation qui sont des déterminations lourdes, tous les parents nous l'ont confié), les enfants jouent toutefois un rôle important dans les changements alimentaires et culturels dans la cellule familiale. Nabila Krika, médecin chargée de mission à Migration Santé (en France), observe ainsi que

> ce sont les enfants qui font évoluer l'alimentation vers un mode plus occidental. Dans certains pays africains et asiatiques, on ne consomme pas de fromage et les femmes ont du mal à goûter une cuisine ou un mets qui ne leur est pas familier. C'est souvent par leurs petits qu'elles vont y goûter progressivement. Passées les premières réticences face à des produits inconnus, il semble qu'il y ait une grande confiance des mères envers les produits occidentaux. Le revers viendra plus tard avec l'attrait des *fast-foods* [*sic*] des snacks et des chaînes de boulangerie industrielle… Les enfants affirment rapidement leur goût pour une cuisine française simplifiée (à base de poulets rôtis, pomme de terre, pâtes, laitages…) et la réclament lors des repas du soir. Parfois même, ils ne veulent plus de repas du pays (Poisson, 2003, p. 3).

> C'est plus facile pour eux la pizza, macaroni fromage, hot-dogs, hamburgers, c'est tout ce qu'ils veulent manger. Donc je les oblige à manger, à prendre leur soupe et après ils mangent ce qu'ils veulent (femme, parent) ;

> Dans le fond on est obligé, avec les enfants on est obligé de changer (homme, parent) ;

> Oui je cuisine toujours marocain mais c'est pas tout le temps, par exemple mes enfants ils commencent à avoir des goûts différents, comme il a dit, bon le deuxième, mon deuxième enfant il aime manger du riz. Par exemple moi si je regarde ma semaine ça se peut que trois ou quatre fois par semaine je cuisine du riz, O.K. c'est un à-côté plus comme je vous ai dit soit du steak, soit du poulet au four avec une salade, ça ça n'a rien à voir avec un plat marocain (femme, parent).

De nombreuses études ont montré la récurrence de ces phénomènes dans plusieurs pays industrialisés et chez diverses populations migrantes (Burns, 2004 ; Ghuman et Singh, 2000 ; Jamal, 1998 ; Jonsson, 2002 ; Renzaho, 2006). Cette propension des parents à ouvrir des « négociations » avec leurs enfants non seulement à propos des habitudes alimentaires, mais aussi (nous le mentionnons même si ce n'est le sujet de cet article) des tenues vestimentaires, de la marge de liberté, de la redéfinition des rôles au sein de la famille ou des autres institutions communautaires se constate dans plusieurs communautés culturelles et ethniques. À cet effet, Yanagisako (1985) et Foner (1997) font remarquer que les parents immigrants craignent de s'aliéner leurs enfants et de créer un ressentiment durable en leur imposant des règles « traditionnelles » trop strictes ou en déphasage avec les règles dominantes. Bien entendu, les changements de menus sont des sujets moins conflictuels que la religion, les rapports hommes/femmes et les mariages interethniques, mais ils sont néanmoins des brèches ouvertes dans le continuum socioculturel de ces familles. Par exemple :

> Moi mes enfants c'est très important donc je veux les garder, c'est-à-dire ils doivent m'aimer comme je les aime. Donc, je vais faire tout ce qu'ils… pas ce qu'ils me demandent, mais en quelque sorte ce qu'ils aiment en quelque sorte. Donc, ils passent beaucoup de temps à l'extérieur pendant la semaine, donc quand ils reviennent, ils me disent je veux ça, je veux ça et il n'y a pas de problème (homme, parent).

Ce témoignage rejoint celui des autres parents et confirme les tendances observées un peu partout dans le monde occidental pour les repas du soir. Rappelons que les repas simplifiés et occidentalisés sont plus faciles et surtout plus rapides à préparer, plus compatibles avec les modes de vie en vigueur, qui forcent en quelque sorte à ne pas rester trop longtemps à table pour pouvoir s'adonner aux activités de la soirée (les devoirs, la télévision, et pour certains, le travail à la maison). Les mères de famille, bien qu'elles résistent dans un premier temps à cette occidentalisation, finissent en général par adopter ces pratiques, car elles leur laissent plus de temps pour accomplir leurs autres tâches ou avoir du temps pour elles-mêmes.

## CONCLUSION

Bien qu'ayant un caractère exploratoire, ces entrevues nous ont permis de relever quelques aspects de la créolisation alimentaire et nous ont aiguillés sur des pistes d'analyse sociologiquement riches. En effet, les réponses des enfants, des adolescents et des parents nous ont permis d'esquisser un portrait de la manière dont les individus que nous avons rencontrés recomposent leur sociabilité alimentaire, d'observer que cette dernière est faite d'emprunts et de conservation entraînant des nouvelles formes de pratiques alimentaires. Elles ont aussi montré qu'on assiste à une baisse de l'emprise normative « par le haut » des pratiques alimentaires. Si ce phénomène n'est pas le propre des populations migrantes, elles le vivent cependant de façon différenciée. En d'autres mots, le poids des traditions, la « sagesse des nations », dans un cadre sociétal contemporain et multiculturel, ne suffisent plus à fixer et à faire circuler des normes intériorisées qui baliseraient l'horizon des pratiques alimentaires. Ces normes sont dorénavant multiples et « extériorisées », leurs sources sont variées (diététistes, médecins, nutritionnistes, cercle des fréquentations, discours médiatiques et publicitaires) et les individus se « bricolent » ainsi des appareils normatifs faits de multiples emprunts et qui ne sont pas exempts de paradoxes. Cette tendance sociétale propre aux sociétés industrielles avancées produit des rapports plus réflexifs à l'alimentation, elle ne va plus de soi.

Les Maghrébins que nous avons rencontrés ont donc cherché, dans un premier temps, à reconstituer les plats qu'ils avaient coutume de manger et à reproduire la commensalité et les règles de partage qui leur étaient propres. Ils ont par la suite lentement incorporé des éléments de la cuisine de l'espace social alimentaire du pays dans lequel ils se trouvaient, et la structure même de leur vie quotidienne ainsi que les rôles de chacun à l'intérieur de celle-ci se sont transformés au contact de la nouvelle société.

De plus, nous l'avons vu, le rôle des enfants dans les familles immigrantes se trouve lui aussi transformé et en quelque sorte bonifié. Ceux-ci deviennent des agents de changements culturels, car ils introduisent de nouvelles pratiques au sein de la famille. Leurs goûts alimentaires se modifient au contact de la société d'accueil et ils rapportent ces goûts et ces saveurs à la maison. La littérature scientifique à ce sujet relate de nombreux cas où des parents, méfiants devant des aliments qu'ils ne connaissaient pas, se sont mis à les apprécier et à les faire entrer dans leurs « traditions familiales », en concoctant du pâté chinois et des tourtières *halal* ou en mettant du ketchup sur les viandes rôties et même sur le couscous, une manière encore une fois de créoliser l'espace alimentaire familial.

> Moi, ma mère elle est venue ici en 2000, alors nous on mange quand on mange il y a toujours le ketchup sur la table. Alors un jour je lui demande est-ce que tu peux essayer, elle dit non, non, jamais, je n'aime

> pas ça, pourtant elle n'a jamais goûté. Elle est restée trois mois bien je me rappelle son dernier mois, elle ne pouvait pas manger sans le ketchup, c'est question d'habitude aussi (homme, parent).

Nos entrevues ont mis au jour une certaine dissonance (on pourrait même parler, dans le cas des adolescents maghrébins, d'une double dissonance) entre les normes et valeurs intériorisées, celles affirmant qu'il faut bien manger pour être en santé, et leurs pratiques réelles qui, au moins pour les repas du matin et du midi, ne correspondent pas tout à fait à des repas équilibrés. Ils vivent une dissonance également quant à leurs préférences alimentaires (qui vont presque unanimement, chez les adolescents, vers la nourriture de restauration rapide, la « néfaste food ») et le type de mets et de cuisine et de pratiques alimentaires hérités de leurs parents. Ces entrevues nous laissent supposer également que les jeunes partagent avec la société globale un certain « ethos » alimentaire qui tend à renvoyer cette dernière à une responsabilité personnelle dans la mesure où il revient aux individus de faire les bons choix, de maîtriser leurs désirs et leur appétit. En même temps, cet ethos suppose une plus grande souplesse normative et permet le développement et l'expression des goûts personnels et l'adaptation des prises alimentaires à la temporalité des autres activités de la journée. Ce qui implique aussi une certaine déstructuration des séquences traditionnelles des prises alimentaires et de leurs formes de sociabilité. Cette responsabilisation et cette individualisation sont cependant vécues sur un mode paradoxal. Enfin, il conviendrait d'approfondir les processus d'autonomisation et d'individualisation des adolescents au travers de leurs pratiques alimentaires et d'analyser l'état de la transmission du savoir culinaire entre les mères et les filles, ces dernières ne s'étant pas montrées intéressées, pour le moment, à cet « héritage ».

## RÉFÉRENCES

Battaglini, A. et S. Gravel (2000). *Les mères immigrantes : Pareilles, pas pareilles ? Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale,* Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre, Unité écologie humaine et sociale, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Bauman, Z. (1991). *Modernity and Ambivalence*, Oxford, Blackwell.

Beardsworth, A. *et al.* (2002). « Women, men and food : The significance of gender for nutritional attitudes and choices », *British Food Journal*, vol. 104, nº 7, p. 470-491.

Beardsworth, A. et T. Keil (1997). *Sociology on the Menu. An Invitation to the Study of Food and Society*, Londres, Routledge.

Boucher, B. (2001). *Adolescentes et obsession de la minceur. Risques des régimes restrictifs. Enfants et adolescents : alimentation et éducation au bien manger*, Dossier d'information, Lemangeur-ocha.com.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit.

Bratigny, M.J. (2001). *Évolution de la consommation alimentaire des enfants. Quels conseils donner aux parents ? Enfants et adolescents : alimentation et éducation au bien-manger*, Dossier d'information, Lemangeur-ocha.com.

Burns, C. (2004). « Effect of migration on food habits of Somali women living as refugees in Australia », *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 43, nº 3, p. 213-229.

Calvo, E. (1997). « Toujours africains et déjà français : La socialisation des migrants vue à travers leur alimentation », *Politique africaine*, vol. 67, p. 48-55.

Calvo, M. (1982). « Migration et alimentation », *Social science information*, vol. 21, nº 3, p. 383-446.

Carrière, G. (2003). *Caractéristiques des parents et des enfants liées à l'obésité juvénile,* Ottawa, Statistique Canada, Ministre de l'Industrie, Rapports sur la santé, La santé de la population canadienne, supplément, vol. 14.

Chiva, M. (1992). « Le goût : un apprentissage », dans C. Danziger (dir.), *Nourritures d'enfance. Souvenirs aigres-doux,* Paris, Autrement, coll. « Mutations/Mangeurs », nº 129.

Cole, J. (2006). « A review of "food in the migrant experience" », *Food and Foodways*, vol. 14, nº 1, p. 62-65.

Corbeau, J.-P. (1997). « Socialité, sociabilité et sauce toujours », dans *Cultures, nourritures, International de l'imaginaire,* Paris, Babel/Actes Sud, p. 69-81.

Corbeau, J.-P. et J.-P. Poulain (2002). *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*, Paris, Éditions Prévat.

Duque-Páramo, M.C. (2004). *Colombian Immigrant Children in the United States : Representations of Food and the Process of Creolization*, Tampa, Department of Anthropology, College of Arts and Sciences, University of South Florida.

Fischler, C. (1990). *L'homnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Odile Jacob.

Fischler, C. et E. Masson (2007). *Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation*, Paris, Odile Jacob.

Fischler, C. (2002). *Dossier d'information pour le symposium international ocha/congrilait*, Paris, 25 septembre 2002. Lemangeur-ocha.com, <www.lemangeur-ocha.com/searchfr.php>.

Flandrin, J.-L. et M. Montanari (dir.) (1996). *Histoire de l'alimentation*, Paris, Fayard.

Foner, N. (1997). « The immigrant family : Cultural legacies and cultural changes », *International Migration Review*, vol. 31, nº 4, Special Issue : Immigrant Adaptation and Native-Born Responses in the Making of Americans, p. 961-974.

Ghuman, P. et A. Singh (2000). « Acculturation of south Asian adolescents in Australia », *The British Journal of Educational Psychology*, vol. 70, nº 3, p. 305-316.

Gravel, S. et A. Battaglini (2000). *Culture, santé et ethnicité : Vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Unité écologie humaine et sociale.

Grignon, C. et C. Grignon (1980). « Styles d'alimentation et goûts populaires », *Revue française de sociologie*, vol. 21, nº 4, p. 531-569.

Harbottle, L. (1997). « Taste and embodiment : The food and preferences of Iranians in Britain », dans H. MacBeth (dir.)*, Food Preferences and Taste,* Oxford, Berghahn Books, p. 175-185.

Hassoun, J.-P. (1996). « Pratiques alimentaires des hmong du Laos en France : Manger moderne dans une structure ancienne », *Ethnologie française*, vol. 26, nº 1, p. 151-167.

Himmelgreen, D. *et al.* (2007). « "I don't make the soups anymore" : Pre- to postmigration dietary and lifestyle changes among Latinos living in west-central Florida », *Ecology of Food and Nutrition*, vol. 46, nº 5, p. 427-444.

Hubert, A. (1991). « L'anthropologie nutritionnelle : Aspects socioculturels de l'alimentation », *Cahiers Santé*, nº 1, p. 165-168.

Jamal, A. (1998). « Food consumption among ethnic minorities : The case of British-Pakistanis in Bradford, UK », *British Food Journal*, vol. 100, nº 5, p. 221-227.

Jonsson, I.M. *et al.* (2002). « Cultural foodways in Sweden : Repeated focus group interviews with Somalian women », *International Journal of Consumer Studies*, vol. 26, nº 4, p. 328-339.

Kaufmann, J.-C. (2005). *Casseroles, amour et crises. Ce que cuisiner veut dire*, Paris, Armand Colin.

Lalonde, M.P. (1992). « Deciphering a meal again, or the anthropology of taste », *Social science information*, vol. 31, nº 69, p. 69-86.

Ledoux, M., L. Mongeau et M. Rivard (2001). *Poids et image corporelle,* Rapport tiré de l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.

Marquis, M. et B. Shatenstein (2007). « Food choice motives and the importance of family meals : Among immigrant mothers », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, vol. 66, nº 2, p. 77-82.

Mauss, M. (1980). *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France.

Mennell, S., A. Murcott et A.H. van Otterloo (1992). *The Sociology of Food. Eating, Diet and Culture*, Londres, Sage Publications.

Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) (2009). *Tableaux sur l'immigration permanente au Québec 2004-2008*, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, Québec, Gouvernement du Québec.

Murcott, A. (1982). « On the social significance of the ''Cooked dinner'' in South Wales », *Social science information*, vol. 21, nos 4-5, p. 677-696.

Ochs, E. et M. Shohet (2006). « The cultural structuring of mealtime socialization », *New Directions for Child and Adolescent Development*, vol. 2006, no 111, p. 35-49.

Opare-Obisaw, C., D.A.G. Fianu et K. Awadzi (2008). « Changes in family food habits : The role of migration », *Journal of Consumer Studies & Home Economics*, vol. 24, no 3, p. 145-149.

Ossipow, L. (2000). « Dans la cuisine des immigrés : Alimentation et acculturation en Suisse », *Revue Bastidiana*, nos 31-32, p. 243-256.

Poisson, D. (2003). « L'alimentation des populations migrantes : Une adaptation délicate », *Alimentation et précarité*, vol. 22, juillet, p. 2-6.

Poulain, J.-P. et L. Tibère (2000). « Mondialisation, métissage et créolisation alimentaire. De l'intérêt du ''laboratoire'' réunionnais », *Revue Bastidiana*, no 31, p. 225-241.

Poulain, J.-P. (2001). *Le décalage entre normes et pratiques*, Les mutations des pratiques alimentaires, Lemangeur-ocha.com.

Poulain, J.-P. (2002). *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire*, Paris, Presses universitaires de France.

Rappoport, L. *et al.* (1993). « Gender age differences in food cognition », *Appetite*, vol. 20, no 1, p. 33-52.

Régnier, F., A. Lhuissier et S. Gojard (2006). *Sociologie de l'alimentation*, Paris, La Découverte.

Renard, F., E. Martin et A. Deccache (2006). « La vulnérabilité des enfants et des adolescents de familles migrantes », *Éducation Santé*, no 209, <www.educationsante.be/es/article.php ?id=724>.

Renzaho, A. et C. Burns (2006). « Post-migration food habits of Sub-Saharan African migrants in Victoria : A cross-sectional study », *Nutrition & Dietetics*, no 63, p. 91-102.

Rumbaut, R.G. (1997). « Paradoxes (and orthodoxies) of assimilation », *Sociological Perspectives*, vol. 40, no 3 p. 483-511, <www.jstor.org/stable/ 1389453>.

Schnapper, D. (1994). *La communauté des citoyens*, Paris, Gallimard.

Sercia, P. (2004). « L'intégration sociale des élèves fréquentant des écoles ethno-religieuses au Québec », Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.

Sercia, P. (2007). « L'intégration linguistique des élèves fréquentant des écoles ethnoreligieuses au Québec », *Revue Diversité urbaine*, vol. 7, nº 2.

Taylor, C. (1994). *Multiculturalisme : Différence et démocratie*, Paris, Aubier.

Thiesse, A.-M. (1999). *La création des identités nationales*, Paris, Seuil.

Tibère, L. (2005). « Manger créole. L'alimentation dans les constructions identitaires à la Réunion », *Sociologie et anthropologie de l'alimentation*. XVIIe congrès de l'AISLF, Tours, juillet 2004, Lemangeur-ocha.com.

Tremblay, M.S. *et al.* (2005). « Obésité, embonpoint et origine ethnique », *Rapports sur la santé,* Ottawa, Statistique Canada, Ministère de l'Industrie, p. 25-37.

Tremblay, S., S. Dahinten et D. Kohen (2003). *Facteurs liés à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents,* Ottawa, Statistique Canada, Ministère de l'Industrie.

Ulrich, B., A. Giddens et S. Lasch (1994). *Reflexive Modernisation. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Cambridge, Polity Press.

Unger, J.B. *et al.* (2004). « Acculturation, physical activity, and fast-food consumption among Asian-American and Hispanic adolescents », *Journal of community health*, vol. 29, nº 6, p. 467-481.

Warde, A., L. Martens et W. Olsen (1999). « Consumption and the problem of variety : Cultural omnivorousness, social distinction and dining out », *Sociology*, vol. 33, nº 1, p. 105-127.

Wieviorka, M. (1996). *Une société fragmentée*, Paris, La Découverte.

Yanagisako, S. (1985). *Transforming the Past : Tradition and Kinship Among Japanese Americans*, Stanford, Stanford University Press.

Ziegler, S. (1977). « The family unit and international migration : The perceptions of Italian immigrant children », *The International Migration Review*, vol. 11, nº 3, p. 326-333.

## 4.6 L'efficacité de la télévision comme source d'information et véhicule d'une norme de participation sociale pour les personnes ayant une déficience intellectuelle[1]

Sahar El Shourbagi, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Les caractéristiques des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) limitent leur capacité d'accès à l'information émise pour le grand public. Ces personnes ont cependant besoin de certaines de ces informations pour accomplir leurs activités quotidiennes. C'est pourquoi nous cherchons des moyens de faciliter leur accès à l'information et, par le fait même, de favoriser leur participation sociale. Plusieurs études des moyens de communications de masse montrent que la télévision constitue un média accessible à tous. La télévision pourrait donc jouer trois rôles importants pour favoriser la participation sociale des personnes ayant une DI : 1) modifier l'attitude de la population envers ces personnes, contribuant ainsi à une meilleure acceptation de leurs différences ; 2) encourager les personnes ayant une DI à agir de façon autonome, à réduire leur dépendance et à accroître leur estime de soi ; 3) simplifier les messages médiatiques de façon à les rendre plus accessibles aux personnes ayant une DI.

Cette étude se penche donc sur les questions suivantes : les personnes ayant une DI s'informent-elles au moyen de la télévision ? Comprennent-elles aisément les informations diffusées par la télévision ? Ces informations doivent-elles être adaptées pour répondre aux besoins de ce type de récepteurs ?

Quatre groupes de discussions ont été organisés avec dix-neuf personnes ayant une DI. Après avoir visionné des extraits de bulletin météo, ces personnes se sont exprimées sur leur compréhension de l'information présentée et la complexité de celle-ci. Nos résultats montrent que les participants atteignent un certain consensus sur les points suivants : ils comprennent l'importance de consulter la météo ; ils considèrent la télévision comme une source d'information ; ils accordent une importance particulière aux explications des animateurs ; ils cherchent des repères sur l'écran pour les aider à comprendre (p. ex., les images du soleil ou des nuages) ; ils réclament la simplicité des informations.

**ABSTRACT**

The individuals with intellectual disability (ID) have characteristics which limit their capacity to access information emitted for the general public. However, they need access to some of this information to perform certain activities. Thus, we are looking for a means which could facilitate this access and consequently, enhance the social participation of individuals with ID. Several studies of mass media showed that television is a means of information accessible to everybody. Therefore, television

[1] Ce contenu est paru dans le *Journal européen de la dishabilité intellectuelle*, 2009, nº 3 (en ligne).

could play three important roles in facilitating the social participation of the individuals with ID: 1) Change the attitudes of the general population towards individuals with ID, in order to contribute to a better acceptance of their differences; 2) Encourage the individuals with ID to act upon themselves, to reduce their dependence and improve their self-respect; and 3) Simplify the media messages to improve the accessibility of the information by persons with ID.

The questions of this study thus will be: Do individuals with ID search information on television? Do they understand the information diffused by television? Is the information diffused by television adapted to meet the needs of this type of receivers?

We organized four focus groups with nineteen individuals having ID who were shown extracts of weather reports. Then, they commented on their understanding and on the complexity of the information which was presented to them. Our results show that participants to this research reached a consensus on some points: they understand the importance of the weather; they see television as a source of information, they attach particular importance to the explanation of the facilitators, they seek marks on the screen to help them understand (for example, images of the sun or clouds), they request the simplicity of information.

## CONTEXTE ET INTRODUCTION[2]

Depuis l'ère de la désinstitutionnalisation, les sociétés développées tentent d'améliorer les conditions de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI), tout en favorisant leur autonomie et leur participation sociale (MSSS, 2001 ; OPHQ, 1984 ; Rocque *et al*., 1999 ; Rocque *et al*., 2002). À cet égard, des recherches et des travaux québécois ont visé la réduction des obstacles et barrières, contextuels et environnementaux, tout en revendiquant l'adaptation et l'aménagement des facteurs du milieu pour convenir aux incapacités des personnes ayant une DI (Fougeyrollas, 1998). Parmi ces facteurs, on retrouve les moyens de communication qui selon le principe d'égalité des chances sont censés communiquer et informer tout individu dans la société. Ce qui nous amène à nous poser les questions suivantes :

Les moyens de communication facilitent-ils l'intégration des personnes ayant une DI ? Les médias de masse réussissent-ils actuellement à atteindre et à informer les personnes ayant une DI ? Comment les moyens de communication pourraient-ils répondre aux besoins de ces citoyens en matière d'information ? Devrait-on en adapter le contenu pour arriver à atteindre cette tranche de la société ? Ces questions représentent l'axe principal de cet article.

[2] Cette recherche a été subventionnée par le Fond québécois de recherche sur la société et la culture.

## PROBLÉMATIQUE

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le taux de prévalence de la déficience intellectuelle est situé à 3 % de la population générale, dont près de 90 % présentent une déficience intellectuelle légère et sont plus ou moins autonomes (MSSS, 2001). Selon le principe d'égalité des chances, cette catégorie de personnes a le droit d'exercer ses activités quotidiennes et de recevoir les mêmes services que tout autre membre de la société. Ainsi, le mouvement de désinstitutionnalisation et d'intégration sociale invite-t-il les personnes ayant une DI à vivre dans la communauté. Elles sont aussi appelées à utiliser les mêmes ressources que la population générale, que ce soit en matière de santé, de justice, de travail, d'éducation ou de loisirs. Or, ces ressources s'avèrent souvent peu adaptées à leurs caractéristiques particulières (Langevin *et al*., 2003). En corollaire, l'accessibilité aux informations nécessaires pour effectuer une activité au sein de l'une ou l'autre de ces ressources demeure aussi problématique. Selon l'association européenne de l'International League of Societies for Persons with Mental Handicap (ILSMH Association européenne, 1998), les « Règles fondamentales pour l'Égalité des Chances des Handicapés » des Nations Unies insistent auprès des gouvernements, des organismes et des médias pour rendre les informations accessibles aux différentes catégories de personnes handicapées. Selon cette même association, l'accès aux informations d'une société serait fondamental pour la participation à la vie sociale.

En lien avec cette problématique, nous pensons que les moyens de communication de masse pourraient faciliter l'accès aux informations des personnes ayant une DI.

Selon El Shourbagi (2009), la télévision pourrait jouer trois rôles importants afin de favoriser la participation sociale de ces personnes :

- changer les attitudes de la population générale envers les personnes ayant une DI, pour contribuer à une meilleure acceptation de leur différence ;
- encourager les personnes ayant une DI à agir de façon autonome, à se sentir capables et à vivre des réussites, pour réduire leur dépendance et améliorer leur estime de soi ;
- simplifier les messages médiatiques pour améliorer l'accessibilité des informations pour ces personnes.

À cet égard, notre étude vise à :

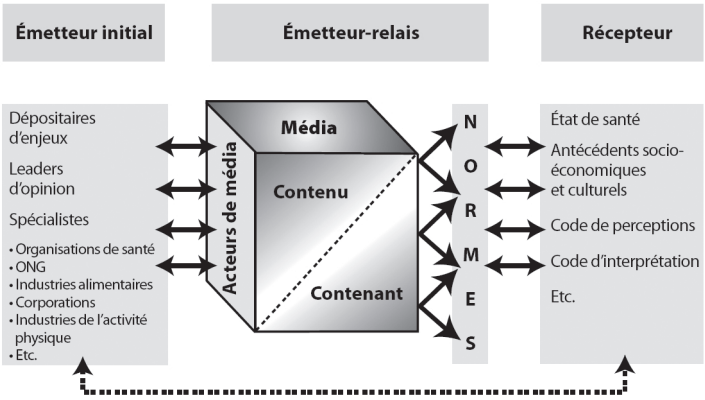
- étudier le rôle que joue actuellement la télévision comme source d'information accessible à tous pour informer les personnes ayant une DI sur un sujet, par exemple, les conditions météorologiques ;
- proposer un modèle théorique qui explique le mécanisme d'interactions sous-jacent à l'émergence de la norme sur la participation sociale d'une part, et d'autre part, illustrer le besoin d'adaptation de l'information dans les médias pour que ceux-ci assument leur responsabilité envers cette clientèle ;

- améliorer le rôle que pourrait jouer la télévision comme source d'information importante pour les personnes ayant une DI.

Dans le cadre de l'étude actuelle, nous étudions la façon dont les médias remplissent les trois rôles mentionnés ci-dessus, ainsi que la possibilité de les accomplir efficacement pour répondre aux besoins de ces personnes.

Pour ce faire, nous avons adapté le modèle du *Parcours des influences mutuelles impliquant les médias dans le façonnement des normes* (Renaud, 2007). Ce modèle (figure 1) postule que les médias sont des sources d'influence sociale et de socialisation pour tous les citoyens et qu'ils pourraient contribuer à promouvoir la santé et le bien-être des personnes. Le modèle illustre les mécanismes qui expliquent les processus médiatiques façonnant les normes sociales en matière de santé, soit l'interaction entre les émetteurs de normes et d'informations, tels que les leaders d'opinion, et les émetteurs-relais tels que les producteurs de messages médiatiques. Ce modèle considère les médias comme l'un des agents d'intégration des normes sociales. Étant donné que ce modèle initial concerne toute personne exposée à divers messages médiatiques dans la société et cible des messages normatifs de santé, une adaptation de ce modèle s'avère nécessaire pour mieux cibler les besoins des personnes avec une déficience intellectuelle.

**Figure 1**
**Parcours des influences mutuelles impliquant les médias dans le façonnement des normes**

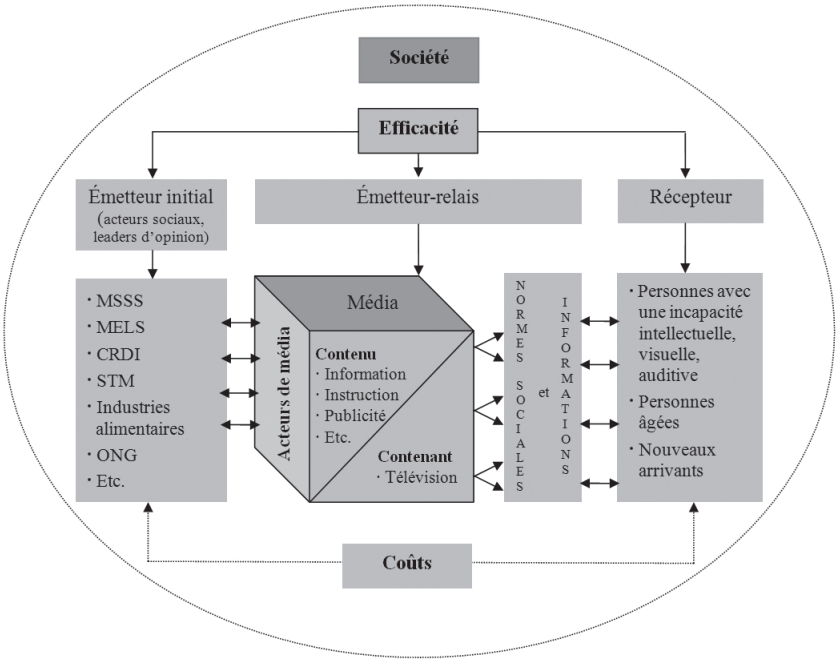



## CADRE THÉORIQUE

Selon le degré de limitations des personnes ayant une DI et la présence de problématiques associées (problèmes de santé mentale, troubles de comportement, incapacité motrice et/ou sensorielle), d'une part, et le niveau de soutien

qu'elles reçoivent, d'autre part, ces personnes vivent des ruptures plus ou moins importantes avec leur communauté. Nous avons adapté le modèle de façonnement des normes sociales présenté à la figure 1 pour illustrer le rôle que peuvent jouer les médias pour éliminer, ou du moins, réduire l'importance de cette rupture. À cet égard, nous avons ajouté une autre dimension, soit l'accessibilité aux informations. C'est ainsi que nous avons transposé et adapté la structure de ce modèle (figure 2), de façon à ce qu'il rende mieux compte de la manière dont la télévision pourrait remplir ces trois rôles.

**Figure 2**
**Modèle inspiré du Modèle du parcours des influences mutuelles impliquant les médias dans le façonnement des normes sociales**




Ce modèle permet de décrire la nature des émetteurs initiaux et relais qui pourraient être impliqués dans le processus de changement des normes sociales et d'accessibilité aux informations, leurs rôles, leurs interrelations, ainsi que leurs relations avec le récepteur.

**L'émetteur initial (acteurs sociaux)**
Dans le cadre de notre recherche, les acteurs sociaux représentent les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui sont intéressés à promouvoir la participation sociale. Parmi ces acteurs sociaux, nous pouvons citer le MSSS, les CLSC, le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, les Centres de réadaptation pour la déficience intellectuelle, la Société de transport de Montréal, les centres de recherche œuvrant dans le domaine de la déficience intellectuelle, etc. Ces organismes intéressés par cette problématique peuvent être des émetteurs initiaux qui cherchent à changer les attitudes négatives et les préjugés envers les personnes ayant une DI, à divulguer de nouvelles normes d'acceptation de la part du reste de la population ou encore à faciliter l'accomplissement de rôles sociaux ou d'activités courantes.

Pour ce faire, Boisvert et Vincent (2002) expliquent que pour assurer la réussite du partenariat entre les différents acteurs, il faut établir une bonne communication entre eux, préciser le but et les objectifs communs, ainsi que définir clairement les rôles afin de tenir compte des besoins et des préoccupations de chacun. Ensuite, ces acteurs doivent unifier leurs efforts et véhiculer des messages convergents et cohérents pour instaurer et consolider des normes qui peuvent favoriser leur politique envers leur clientèle. De plus, ces mêmes organismes ont intérêt à simplifier certaines informations destinées à la population ayant une DI, toujours dans le but de faciliter leur participation sociale.

Nous pouvons donc résumer les objectifs actuels de ces émetteurs initiaux en deux volets :

1. réduire les préjugés, les perceptions et les attitudes négatives de la société envers les personnes ayant une DI ;
2. faciliter l'accessibilité aux informations à travers les moyens de communication de masse.

**L'émetteur-relais (médias)**
D'une part, ce modèle présente les médias comme canaux de diffusion d'informations à travers lesquels l'émetteur initial transmet ses messages au récepteur. D'autre part, ce modèle illustre les médias comme une force importante d'appropriation des normes sociales. Nous comprenons ainsi que dans le cadre de ce modèle, la télévision, comme moyen de communication, peut jouer deux rôles précis : favoriser l'accessibilité aux informations et promouvoir des normes sociales.

À cet égard, nous pouvons comprendre la faisabilité et l'impact de la simplification des messages destinés aux personnes ayant une DI, en comparant celle-ci à d'autres adaptations telles que le sous-titrage des émissions télévisées pour

les mal-entendants et les rampes d'accès pour les personnes à mobilité réduite. Ainsi, cette simplification pourrait avoir un effet positif sur la participation sociale des personnes ayant une DI.

Les moyens de communication de masse pourraient aussi contribuer 1) à changer certaines normes sociales qui reflètent des préjugés envers les personnes ayant une DI, en présentant des situations illustrant et confirmant que, bien que la déficience intellectuelle soit une condition permanente chez la personne, cela ne l'empêche pas de progresser et d'apprendre. Et 2) à soutenir les personnes avec une DI dans leur participation sociale en leur facilitant l'accès aux informations nécessaires à la réalisation de certaines activités liées aux habitudes de vie.

**Les normes et les informations**

***Informations***

Selon le *Processus de Production de Handicap* (PPH) de Fougeyrollas (1998), la présence d'une DI ne pourrait toutefois expliquer, à elle seule, la situation de handicap que vit une personne. Il ajoute que les facteurs environnementaux, en interaction avec les caractéristiques des personnes ayant une DI, peuvent être des facilitateurs favorisant la réalisation d'activités liées à des habitudes de vie ou, au contraire, entraver celle-ci.

Ainsi, nous considérerons les moyens de communication de masse, avec leurs messages, comme un facteur environnemental qui pourrait faciliter l'accessibilité aux informations. Les affiches d'orientation dans les moyens de transport, dans les pharmacies, dans les épiceries, etc., ainsi que les émissions de télévision traitant de la santé, de la bonne nutrition ou des conditions météorologiques pourraient ainsi aider à la réalisation de certaines activités liées aux habitudes de vie.

***Normes***

Thomas (1999), nous informe que dans un environnement social où les médias, notamment la publicité, ont mis de l'avant la performance, la beauté et la « validité » des personnes, on comprend fort bien que les individus affligés d'un handicap physique, notamment, se trouvent dans une situation de décalage par rapport à leur milieu de vie. Il ajoute que l'effet de stigmate est marqué par cette tentative de la personne handicapée d'apporter une réponse aux attentes normatives du groupe social, particulièrement attentif au respect des normes.

À cet égard, les moyens de communication de masse auront du travail à faire pour accomplir ce rôle, soit de changer les préjugés envers cette clientèle. Pour ce faire, l'émetteur-relais (*i.e.* les médias) pourrait présenter ces personnes

comme des concitoyens ayant des points forts et des points faibles, que l'on peut côtoyer sans danger et mettre en évidence notre part de responsabilité à leur endroit. Ceci exige une collaboration entre l'émetteur-relais et l'émetteur initial pour assurer la répétition des messages sous différentes formes médiatiques (p. ex., émission, film, chanson, etc.) et leur diffusion à long terme, etc. Cela pourrait avoir un effet positif sur l'attitude de la population envers les personnes ayant une DI, et par conséquent, favoriserait leur participation sociale.

**Le récepteur**
Tout membre de la société peut être un récepteur actif des messages médiatiques diffusés par des moyens de communication de masse.

Selon ce modèle, une collaboration étroite entre l'émetteur initial et l'émetteur-relais s'avère donc importante, le premier étant responsable d'expliquer au second les besoins de son public cible, ses caractéristiques (p. ex., les personnes ayant une DI) : son état de santé, sa capacité à décoder le message médiatique, etc. Par la suite, l'émetteur-relais sera à son tour responsable d'adapter le message destiné à ce public, au moyen, par exemple, de symboles, de pictogrammes et d'explications favorisant l'accessibilité aux informations émises ou diffusées.

**La société**
Nous avons ajouté cette composante au modèle initial de façonnement des normes, car chaque société se caractérise par ses valeurs, ses orientations, ses normes sociales, ses tendances, sa langue et sa capacité technologique (Langevin, 2004). Avant d'appliquer ce modèle dans une société, il faut donc étudier la complexité de sa langue, le budget consacré à la participation sociale, les normes sociales adoptées par sa population à l'égard de la clientèle visée, son évolution technologique, etc. Par exemple, pour les sociétés qui ont adopté la politique d'intégration scolaire, il faut adapter les programmes et les écoles à cette fin. Cette composante peut comprendre aussi l'actualité ou les besoins actuels des personnes ayant une DI selon les changements qui surviennent dans leur milieu.

**L'efficacité**
Cette composante est ajoutée pour assurer le suivi et la collaboration continus entre l'émetteur initial et l'émetteur-relais afin d'étudier l'efficacité de l'effort et des messages médiatiques auprès des récepteurs. C'est une composante qui exige l'évaluation continuelle du rôle des médias pour favoriser la participation sociale des personnes ayant une DI. Cette évaluation doit être faite régulièrement pour suivre les changements de la société et des récepteurs, et ensuite, pour mettre à jour les buts des messages destinés à cette clientèle selon leurs besoins actuels.

**Les coûts**

On peut également évaluer les coûts des services palliatifs provoqués par l'absence des messages médiatiques adaptés à ces personnes (Rocque et *al*., 1998). Par exemple, nous pouvons comparer les coûts d'utilisation des moyens de communication (la signalisation) comme source d'informations dans les moyens de transport et ceux de l'utilisation du système d'accompagnateurs.

## UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Le modèle adopté dans cet article montre que les moyens de communication de masse ont un rôle à jouer et un travail à faire en faveur de la clientèle ayant une DI, tout en collaborant avec l'émetteur initial.

Dans cette recherche, nous avons cherché à répondre à certaines questions :

- Est-ce que les personnes ayant une DI s'informent au moyen de la télévision ?
- Comprennent-elles aisément les informations diffusées par la télévision ?
- Une adaptation de l'information diffusée par la télévision est-elle faite pour répondre aux besoins de ce type de récepteurs ?

## MÉTHODE

Pour répondre à ces questions, nous avons procédé à une étude exploratoire, étant donné que les recherches concernant la communication de masse se sont peu intéressées au domaine de la déficience intellectuelle.

Nous avons tout d'abord observé des émissions télévisées pour être en mesure de sélectionner les informations indispensables aux activités quotidiennes au Québec. Nous avons ainsi choisi la météo comme information nécessaire au bon déroulement de la vie quotidienne. Ensuite, nous avons enregistré huit extraits de deux postes de télévision, soit la Société Radio-Canada et TVA (tous deux accessibles à toute la population même sans abonnement au service de câblodiffusion). Ces extraits ont été visionnés par quatre groupes de discussion formés d'environ cinq adultes ayant une DI (pour un total de dix-neuf personnes) et considérés comme des personnes autonomes. Lors de ces groupes de discussion, les participants ont commenté les extraits du point de vue de leur compréhension et de la complexité des informations présentées. La discussion portait sur les postes les plus faciles à comprendre par les participants, la lecture du bulletin météo, les images utilisées, les cartes présentées, les tableaux et les couleurs, etc.

Nous avons enregistré les discussions sur support audio et retranscrit leur contenu sur traitement de texte (Microsoft Word). Nous avons ensuite procédé à l'analyse du discours en associant les réponses des participants aux questions posées et en regroupant celles-ci. Ceci nous a ainsi permis de réduire le nombre d'unités analytiques.

## RÉSULTATS

De manière générale, l'analyse des résultats révèle que les participants à notre recherche comprennent la signification du mot « météo ». La plupart d'entre eux, plus précisément dix-sept participants, consultent les prévisions météorologiques avant de sortir, et cela, de différentes manières (télévision, Internet, journal, radio, demandes d'information auprès des parents). Nos résultats dans cette section comprennent cinq points essentiels :

### Moyens utilisés

Selon les résultats de cette recherche, dix participants regardent la télévision pour s'informer sur la météo (quatre consultent le poste TVA, cinq le poste Météo Média et un regarde le même poste que sa mère) : « J'ai la télévision dans ma chambre », « Je regarde la météo à la télé ». Deux participants vérifient la météo sur Internet, un participant la lit dans le journal comme ses parents et un participant a déclaré qu'il sort lui-même à l'extérieur pour vérifier la température. Un seul participant a dit ne pas vérifier la météo avant de sortir et, enfin, deux n'ont pas donné de réponse précise à cette question.

### Carte météorologique présentée dans le bulletin télévisé

Les personnes interviewées affirmaient ne pas être capables d'interpréter les cartes utilisées dans le bulletin météorologique à la télévision. Elles ont ajouté que les couleurs utilisées dans ces cartes ainsi que les lettres (p. ex., les lettres D et A) ne signifient rien pour eux : « A : je le sais pas », « D : ça veut dire les orages ». Ajoutons que la majorité n'a pas compris les points cardinaux bien que les animateurs s'y reportent souvent pour parler des régions (les noms des villes ne sont pas toujours mentionnés). Pour ce qui est de la vitesse du vent (en km/h) écrite au bas de l'écran ou sur la carte, personne ne semble comprendre ce dont il s'agit : « Je ne comprends pas ça », « pour 20 à 40 km/h : elle a dit le vent, mais c'est pas si fort que ça ». Toutefois, quelques participants ont compris qu'il y a risque de vent fort, lorsque l'animateur l'explique.

### Échelle Celsius

Sur ce point, nous observons deux difficultés. D'abord, nous désirions savoir si les participants comprennent le chiffre utilisé (exprimé en degré Celsius) pour désigner la température. Le groupe de discussion a montré que la plupart des individus ne comprenaient pas la signification du chiffre seul. Ils préfèrent attendre les explications de l'animateur, qui ne viennent pas toujours ou sont dites très rapidement (voir section *Autres*). Toutefois, nous avons observé que la majorité comprend la différence entre le degré positif et le degré négatif (–15 et 15).

Le second point concerne en premier lieu leur capacité à établir une correspondance entre la température (le chiffre) et la ville qui s'y rattache. Cette correspondance, selon les résultats de notre étude, se fait difficilement. À l'écran, on présente généralement plus d'une ville en même temps, ce qui semble

causer de la confusion. Les explications de l'animateur s'avèrent donc importantes, à cet égard. Dans un deuxième temps, nous avons évalué leur capacité de comprendre les prévisions lorsqu'on annonce un maximum et un minimum. Ces deux chiffres présentés à l'écran sont souvent séparés par une barre oblique ; de plus, leur ordre de présentation change selon le moment de diffusion du bulletin. Cette mise en page dépasse leur capacité de compréhension : « Bien, le matin c'est le premier chiffre et l'après-midi, c'est le deuxième chiffre. » Elle exige aussi des explications claires de la part de l'animateur pour déterminer lequel des deux chiffres symbolise la température du jour ou de la nuit.

**Tableaux**

D'habitude, les tableaux sont présentés de différentes façons selon le poste (TVA ou Société Radio-Canada). En général, ces présentations sont jugées compliquées par nos participants. Plus spécifiquement, ces derniers éprouvent une confusion en regardant un tableau qui mentionne plusieurs villes et cette confusion s'accroît lorsque le tableau présente plusieurs jours de la semaine pour chaque ville. Ajoutons aussi qu'une seule participante a compris le mot « aperçu », utilisé dans le tableau présenté par la Société Radio-Canada, pour désigner les prévisions du surlendemain. Enfin les pourcentages de risque, les possibilités d'averse (p. ex., 30 % ou 60 % de risque d'orage ou de possibilité d'averse) ainsi que les quantités de pluie ou de neige (p. ex., 15 cm de neige) ne signifient rien pour la plupart des répondants (seulement deux sur dix-neuf les ont compris) : « 80 % : ça, j'ai de la misère à comprendre. » En revanche, la quasi-totalité a compris l'explication du tableau donnée par l'animateur pour le jour même et pour le lendemain. Pour ce qui est des images du soleil ou des nuages, ainsi que des gouttes de pluie ou de neige, présentées dans le tableau, les participants ne les comprennent pas. Il faut aussi mentionner que la plupart cherchent à capter l'information qui concerne leur ville et ne prennent pas le reste en considération, pour éviter de se tromper.

**Autres**

Bien que les explications de l'animateur se soient révélées importantes pour la majorité des participants, plusieurs déplorent leur manque de clarté, qui rend leur compréhension difficile. Voici quelques-uns des propos recueillis confirmant ce constat :

- « elle [animatrice] parle tellement vite » ;
- « elle a dit trop d'affaires » ;
- « elle dit tellement de chiffres » ;
- « ce sont les scientifiques qui regardent Radio-Canada » ;
- « c'est trop compliqué », etc.

Enfin, nous pouvons ajouter que les chiffres apparaissant en bas de l'écran pour indiquer l'heure, la température de chaque ville et la vitesse du vent sont passés inaperçus auprès de nos participants.

## DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Nos objectifs de départ étaient d'une part d'étudier le rôle actuel de la télévision comme source d'information pour les personnes ayant une DI ainsi que les possibilités d'améliorer celui-ci. D'autre part, nous visions à proposer un modèle théorique qui puisse expliquer le processus de façonnement de la norme de participation sociale et la possibilité d'adapter l'information dans les médias. Ceci afin d'être en mesure d'interpréter les résultats de cette recherche en fonction du modèle de façonnement des normes sociales et des informations proposé ci-dessus.

En ce qui concerne l'étude, les participants atteignent un certain consensus sur les points suivants :

- ils comprennent l'importance de consulter la météo ;
- ils considèrent la télévision comme une source d'information ;
- ils accordent une importance particulière aux explications des animateurs ;
- ils cherchent seuls des repères sur l'écran pour les aider à comprendre (p. ex., les images du soleil ou des nuages) ;
- ils réclament la simplicité des informations.

Ces résultats indiquent deux constats :

- d'une part, la télévision constitue un moyen efficace de rejoindre les personnes ayant une DI ; par conséquent, elle pourrait devenir un moyen efficace pour les informer ;
- d'autre part, actuellement, elle n'accomplit pas envers ces personnes son rôle instructif et informatif avec efficacité, puisque la complexité des informations télévisées dépasse parfois leur capacité de compréhension.

Ainsi, nos résultats montrent que les personnes ayant une DI considèrent la télévision comme moyen d'information sur la météo, même si elles ne comprennent pas toujours l'information qui y est diffusée, ou même si la télévision ne s'adresse pas à elles d'une façon adaptée. Ce qui nous amène à établir qu'une telle clientèle est négligée par les moyens de communication de masse. Le modèle théorique adopté nous montre qu'une interaction entre les émetteurs initiaux (les organismes) et les émetteurs-relais (moyens de communication de masse) permettrait une meilleure compréhension, de la part des médias, des caractéristiques des personnes ayant une DI et, par conséquent, une meilleure adaptation des messages médiatiques. Ceci aiderait donc à une meilleure compréhension des informations émises par la télévision, ainsi qu'à un allègement de tâche pour les intervenants. En corollaire, cela pourrait favoriser la participation sociale de cette clientèle.

Par ailleurs, la représentation dans les médias des personnes ayant une DI favoriserait une modification des normes sociales de la population en général pour les intégrer et accepter davantage dans la société.

En d'autres termes, nous pensons qu'une adaptation des informations divulguées à la télévision soutiendrait la participation sociale des personnes ayant une DI (en facilitant leur accès aux informations, en réduisant leur sujétion à autrui, en améliorant leur estime de soi, en rappelant à la population qu'elles font partie de la société, etc.). Sans compter qu'elle s'avérerait aussi utile pour d'autres clientèles qui, pour une raison ou une autre, ont du mal à comprendre la météo (p. ex., les aveugles, les personnes âgées, les nouveaux arrivés au pays, les analphabètes, etc.).

Ainsi, nous pouvons, à la lumière des résultats de l'étude, formuler quelques recommandations aux producteurs des bulletins météo :

1. améliorer les explications fournies par l'animateur (clarté, débit, vulgarisation) ;
2. stabiliser et unifier l'ordre de présentation des degrés Celsius (maximum/minimum ou minimum/maximum) ;
3. enlever les informations inutiles apparaissant à l'écran pour minimiser ou éliminer la confusion chez le récepteur ;
4. recommander à l'animateur de s'habiller selon la météo annoncée, ou même, présenter le dessin animé d'un personnage portant les vêtements adaptés à la température prévue (p. ex., s'il pleut actuellement, il porte un imperméable et tient un parapluie ouvert ; si l'on prévoit de la pluie, il porte un imperméable, en tenant un parapluie fermé) ;
5. diffuser à la fin du bulletin météo un segment intitulé *Comment s'habiller ?*, tel que présenté sur : <www.meteomedia.com/schools/cabcpoi2151317> ;
6. unifier les modes de présentation des bulletins météo sur les différents postes ;
7. agrandir et présenter différemment sur la carte (en variant les couleurs, les lettrages, etc.), le nom de chaque ville énoncé par l'animateur.

Nous proposons aussi de consacrer chaque jour, sur un poste particulier, un moment précis à la diffusion d'une météo simplifiée destinée aux personnes ayant une DI, ou de courtes capsules météo simplifiées pour les auditoires avec besoins spéciaux. N'oublions pas que ce type de présentation pourrait servir à d'autres tranches de la société, par exemple, les aveugles, les personnes âgées, les analphabètes, les nouveaux arrivants, etc.

Il est important de noter le rôle primordial de l'animateur pour faciliter l'accès à l'information. On note une concordance entre des commentaires entendus tels : « ce sont les scientifiques qui regardent Radio-Canada » ou « c'est trop compliqué », et la réalité vécue, puisque personne n'a cité le poste de la Société Radio-Canada parmi les postes consultés pour le bulletin météo.

Compte tenu de la petite taille de notre échantillon, il serait intéressant d'approfondir cette recherche auprès d'autres personnes ayant une DI ou auprès des parents et des intervenants de celles-ci.

Ajoutons aussi que notre étude est essentiellement exploratoire, ce qui ne nous permet pas de généraliser ses résultats. Cependant, elle nous permet d'envisager des recherches subséquentes. Par exemple, elle indique qu'il y a lieu de se questionner davantage sur les attitudes des parents et des intervenants œuvrant auprès de cette clientèle pour l'aider à mieux utiliser la télévision comme source d'information, à mieux vulgariser les messages météorologiques et, par la suite, à mieux adapter d'autres messages médiatiques salutaires à la participation sociale des personnes ayant une DI et/ou désinstitutionnalisées.

### CONCLUSION

La télévision, comme moyen de communication de masse accessible à tout le monde, devrait prendre en considération les caractéristiques et les besoins de toutes les tranches de la société. À cet égard, une collaboration entre le milieu médiatique et les organismes intéressés par la clientèle ayant une DI constitue certainement une avenue à explorer et à développer pour adapter le contenu télévisé, afin de faciliter son accès aux informations, et ainsi, favoriser sa participation sociale.

## RÉFÉRENCES

Association européenne de l'International League of Societies for Persons with Mental Handicap (ILSMH Association européenne) (1998). *Le savoir-simplifier, Directives européennes pour la production d'information en langage clair à l'usage des personnes handicapées mentales,* Bruxelles, ILSMH Association européenne.

Boisvert, D. et S. Vincent (2002). « La communication : pour relever le défi du partenariat », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 13, numéro spécial, mai, p. 57-61.

El Shourbagi, S. (2009). « Quels rôles les affiches et la télévision peuvent jouer pour favoriser la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle ? », *Revue canadienne de santé publique,* vol. 100, nº 3, p. 212-214.

Fougeyrollas, P., L. Noreau et G. St-Michel (1998). *La mesure des habitudes de vie Instrument détaillé (MAHVIE 3.0)*, Lac Saint-Charles, CQCIDIH.

Langevin, J., D. Carmen et S. Rocque (2003). « Incapacités intellectuelles : contexte d'inclusion et processus d'adaptation de l'intervention », dans N. Rousseau et S. Bélanger, *La pédagogie de l'inclusion scolaire,* Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 173-203.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale, politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle à leur famille et aux autres proches,* Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Renaud, L. (dir.) (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Rocque, S. *et al.* (2002). « Participation sociale et personnes qui présentent des incapacités intellectuelles », *Revue francophone de la déficience intellectuelle,* vol. 13, numéro spécial, mai 2002, p. 62-67.

Rocque, S. *et al.* (1999). *De l'autonomie à la réduction des dépendances,* Montréal, Éditions Nouvelles.

Rocque, S., J. Langevin et D. Riopel (1998). « La valeur des produits, procédés et services », *AFNOR*, Paris, vol. 76, p. 6-11.

Thomas, L. (1999). *Handicapés ou non, ils jouent ensemble, pratiques d'intégration en centres de loisirs*, Levallois Perret, France, Yves Michel.

## 4.7 L'utilisation des médias francophones du Québec et la perception des messages sur la santé, l'alimentation et l'activité physique : résultats de sondages dans la population québécoise[1]

Marie Claude Lagacé, MBA, Jérôme Elissalde, M.Sc., et Lise Renaud, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Nous présentons les résultats d'un sondage dont l'objectif était de connaître la perception qu'ont les adultes québécois des messages médiatiques (télévision, Internet, presse écrite et radio) portant sur la santé, l'activité physique et l'alimentation. Puisque les adultes sont bombardés de messages médiatiques, nous voulons cerner les sujets santé qui retiennent leur attention et connaître la façon dont ils reçoivent les messages qui en traitent.

La méthode utilisée consiste en un sondage semestriel réalisé en quatre temps, entre mai 2007 et décembre 2008, auprès de consommateurs de médias francophones du Québec ($n$ = 1823). En raison de certaines particularités associées aux différentes populations du Québec, nous avons porté attention aux variables socioéconomiques suivantes : sexe, âge, revenu, statut d'emploi, origine ethnique, scolarité et enfants à charge. Outre les données d'ordre socioéconomiques des répondants, les habitudes de consommation médiatique, le degré de confiance envers les médias, la présence perçue de messages santé (traitant spécifiquement d'activité physique et d'alimentation) ainsi que l'intérêt des répondants à l'égard de ces thèmes ont été explorés.

Nos résultats montrent des variations dans la perception des messages et l'utilisation des médias, entre les différentes collectivités. En général, les Québécois perçoivent la présence de messages portant sur la santé dans les médias de masse francophones. Plus leur statut socioéconomique est favorable, plus ils jugent ces informations crédibles, utiles et faciles à comprendre. Plus du tiers d'entre eux consultent leur média préféré lorsqu'il traite de la santé, de l'alimentation et dans une moindre mesure, de la pratique d'activité physique. Les hommes sont de plus grands consommateurs de médias, mais s'intéressent moins aux thèmes relatifs à la santé que les femmes. Ces résultats peuvent guider les acteurs en promotion de la santé lors de la conception de messages et de campagnes médiatiques destinées à maintenir et améliorer la santé des populations. Des pistes d'actions et de recherches sont également proposées.

**ABSTRACT**

We present the results of a survey aiming at understanding Québécois adults' perceptions of media messages (television, Internet, print, and broadcast media) related to health, physical activity, and nutrition. As adults are bombarded by media messages, we want to target health-related subjects that catch their attention. We aim to understand the reception of health messages by these adults.

[1] Les auteurs désirent remercier Sylvie Beaulieu, Sylvie Louise Desrochers et Frédéric Douville pour leur contribution à cet article.

The method consists in a biannual survey of francophone media consumers (n = 1823) undertaken in four stages between May 2007 and December 2008. Due to certain traits associated with various Québécois populations, we have focused on the following socioeconomic variables: sex, age, revenue, employment status, ethnic origin, education, and number of dependent children. In addition to this socioeconomic data, respondents were asked about their media-consuming habits; degree of confidence in the media; perceived presence of health, physical activity, and nutrition messages; and interest regarding these themes.

Our results show variations in message perception and media use among the various Québécois populations. In general, Québécois perceive the presence of health-related messages in the francophone mass media. Respondents, especially those whose socioeconomic status is favourable, judge this information to be credible, useful, and easy to understand. More than one-third of them consult their preferred media when it addresses topics related to health, nutrition, and (to a lesser degree) physical activity. Men consume more media than women, but they are less interested in health-related themes. These results could guide health promotion stakeholders in the development of messages and media campaigns aiming at maintaining and improving populations' health. Avenues for action and future research are also proposed.

## INTRODUCTION

L'utilisation des médias de masse est une stratégie couramment employée en promotion de la santé, pour tenter d'influencer les comportements relatifs, par exemple, aux habitudes alimentaires et à la pratique d'activité physique (Abrohms, 2008 ; Noar, 2006). Un média est « un canal de communication utilisé pour transporter un message » (Renaud, 2007, p. 19), qui exerce de l'influence sur l'opinion et les représentations des individus et des populations. Lorsqu'il est question de médias de masse, on réfère à des médias écrits (journaux, magazines), audio (radio), visuels (télévision) ou numériques (Internet et jeux vidéo). Selon Pilon (2008), c'est à travers un discours de nature informative (les bulletins de nouvelles), incitative (la publicité) ou ludique (les émissions de divertissement), que le média de masse contribue à « tisser des liens sociaux » et à « la constitution d'une conscience collective, d'une culture partagée […], de valeurs communes, de significations symboliques et de manières de vivre » (p. 24).

Certains modèles socioenvironnementaux de santé suggèrent que les médias sont des sources importantes d'influence et de socialisation pour les individus et les communautés (Kumanyika, 2001 ; Cohen *et al.*, 2000 ; Richard *et al.*, 1996 ; Bronfenbrenner, 1986). Les contenus médiatiques, particulièrement dans les médias de masse, figurent parmi les facteurs contribuant à l'adoption d'habitudes de vie et de comportements associés à la santé. Ces contenus agiraient comme des déterminants de la santé, par exemple en influant sur l'augmentation

de l'obésité ou la consommation de tabac (Raine, 2005 ; Kumanyka, 2001). Les théories de la réception expliquent quant à elles que le récepteur est actif devant un message médiatique ou communicationnel. Cela signifie qu'au-delà de la seule rétention du message, il est capable de décoder des messages sous-jacents et de les critiquer à la lumière de réalités sociales et culturelles, avant de se les approprier en fonction de ses propres caractéristiques et croyances personnelles (Proulx *et al.*, 1998).

L'objectif de départ de la présente étude était d'examiner comment les messages transmis par les principaux médias (télévision, radio, médias écrits et Internet) à l'égard de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique sont reçus par les différents publics québécois. À cet égard, plusieurs facteurs peuvent modérer la réception des messages sur la santé par un individu, y compris son environnement social, ses caractéristiques personnelles, celles de sa communauté, de même que la culture et les normes auxquelles il adhère (Evans et Hastings, 2008). Puisque la communication pour la santé vise l'acquisition de connaissances servant à l'action (Munodawafa, 2008), nous avons tenu compte, dans un but d'assise à l'intervention, de certaines caractéristiques pour comprendre la réception des messages par les différentes populations.

L'intérêt de cette étude ne réside pas dans la recension des messages médiatiques à l'égard de l'alimentation et de l'activité physique, mais plutôt dans la description et la compréhension de la réception et de la perception des divers publics. À l'aide d'une série de questions, cette étude cherchait à obtenir un portrait des perceptions au sein de la population québécoise des messages médiatiques de santé, d'activité physique et d'alimentation à différents moments dans le temps et d'en suivre l'évolution. Ces questions se déclinent comme suit :

- La population remarque-t-elle la présence de messages relatifs à la santé, à l'activité physique et à l'alimentation dans les médias québécois ? Quels contenus sont identifiés ? Dans quels médias ?
- La santé est-elle un thème qui intéresse les Québécois ? La perception des messages de santé varie-t-elle selon les médias (télévision, Internet, médias écrits ou radio) ?
- Existe-t-il des différences de perception selon les caractéristiques sociodémographiques des Québécois (sexe, âge, origine culturelle, enfants à charge, niveau de scolarité, revenus, autoperception de santé) ?
- Existe-t-il un lien entre la préoccupation pour son état de santé et la réceptivité aux messages de promotion de la santé ? Entre la présence de gens malades dans l'entourage et la réception de ces messages ?
- Juge-t-on les informations fournies par les médias québécois sur la santé, l'alimentation et l'activité physique crédibles ? Utiles ? Faciles à comprendre ?

## MÉTHODE

Quatre vagues de sondages semestriels ont été effectuées entre mai 2007 et novembre 2008. La première vague s'est déroulée entre le 12 avril et le 3 mai 2007, la deuxième entre le 13 novembre 2007 et le 15 janvier 2008. Dans le cas de la troisième, les entrevues se sont échelonnées entre le 5 et le 30 mai 2008. Finalement, c'est entre le 28 octobre et le 28 novembre 2008 que les entrevues ont été réalisées pour compléter la quatrième vague. Ces moments de l'année ont été choisis, car ils correspondent à des périodes de programmation régulière (par opposition à la programmation du temps des Fêtes ou de l'été), à la télévision et à la radio. Ce sondage a été réalisé à partir d'un questionnaire autodéveloppé comprenant 62 questions et sous questions sur les thèmes suivants : caractéristiques d'ordre socioéconomique, habitudes de consommation médiatique des répondants, intérêts pour la santé, l'activité physique et l'alimentation, notoriété des rubriques concernant ces trois sujets, et enfin, perception quant à l'utilité, la crédibilité et la clarté du traitement de ces trois thèmes d'un point de vue médiatique. Pour préserver la cohérence et l'uniformité du questionnaire au cours des quatre phases du sondage, tous les interviewers ont reçu la même formation. Des prétests ont été effectués lors des deux premières vagues du sondage afin de valider le questionnaire.

Les entrevues téléphoniques individuelles duraient entre 20 et 25 minutes en moyenne. Pour l'ensemble du sondage, la population cible était composée de personnes de dix-huit ans et plus habitant le Québec, pouvant s'exprimer en français et consommant des médias francophones québécois. Un échantillonnage aléatoire non stratifié couvrant l'ensemble du territoire québécois a été effectué. Puisque selon Statistique Canada (2003), les citoyens qui sont nés à l'extérieur du Canada sont plus susceptibles de constater une dégradation de leur état de santé à la suite de l'immigration, un suréchantillonnage de personnes nées à l'extérieur du Canada a été effectué lors des vagues 2, 3 et 4.

## RÉSULTATS

Au total, 1823 personnes ont répondu à l'ensemble des quatre vagues du sondage, dont 365 sont originaires de l'extérieur du Canada[2]. Le taux de réponse pour chacune des quatre vagues du sondage a été respectivement de 37,2 %, de 63,6 %, de 55,3 % et de 57,7 %, ce qui constitue un taux de réponse très acceptable pour un sondage effectué au Québec[3]. L'analyse des données indique que la répartition des caractéristiques sociodémographiques de l'ensemble des participants à cette étude reflète fidèlement le portrait de la population du Québec en termes de genre, d'âge, d'emploi, de revenu et de

[2] Le lecteur intéressé aux résultats détaillés de chacune des vagues de sondage est invité à consulter la rubrique Recherche du site Web du Groupe de recherche Médias et santé au <www.grms.uqam.ca>.

[3] Source : <www.mria-arim.ca/COMMITTEES/ResponseArticle01.asp>.

niveau de scolarité. Rappelons que les résultats présentés ici découlent de l'analyse de statistiques descriptives et ne doivent en aucun cas être interprétés comme des relations de cause à effet. Ces résultats réfèrent uniquement aux participants à cette étude.

**Consommation médiatique**

Pour chaque répondant, une variable correspondant au média le plus écouté a été créée. Appelée « média dominant », cette variable est basée sur le nombre total d'heures d'utilisation de chacun des quatre grands médias ciblés : radio, télévision, presse écrite et Internet. Le tableau 1 permet de prendre connaissance de la répartition des répondants selon leur consommation des différents médias.

**Tableau 1**
**Répartition des répondants selon la fréquence de leur consommation médiatique**

| | **Télévision (*n* = 1 823) %** | **Radio (*n* = 1 823) %** | **Journaux/ magazines (*n* = 1 823) %** | **Internet (*n* = 1 823) %** |
|---|---|---|---|---|
| Tous les jours ou presque | 79,4 | 58,8 | 40,5 | 50,2 |
| Deux ou trois fois par semaine | 12,5 | 12,8 | 17,4 | 11,4 |
| Une fois par semaine | 3,2 | 5,1 | 14,6 | 4,1 |
| Moins d'une fois par semaine | 1,1 | 3,5 | 6,2 | 2,6 |
| Jamais | 3,8 | 19,8 | 21,3 | 31,6 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Les répondants consacrent en moyenne 39 heures et dix-huit minutes de leur temps hebdomadaire à la consommation de l'un ou l'autre des quatre grands médias. Plus spécifiquement, ils regardent la télévision en moyenne dix-sept heures et 21 minutes par semaine, écoutent la radio tout près de dix heures, naviguent sept heures et demie sur Internet, et lisent les journaux durant quatre heures et demie. C'est environ 80 % des 1823 répondants qui regardent quotidiennement la télévision en français, y compris parmi les répondants nés à l'extérieur du Canada. Six sur dix écoutent la radio tous les jours, la moitié utilise Internet et quatre sur dix lisent les journaux ou magazines en français tous les jours ou presque. Par ailleurs, plus du tiers fait quotidiennement usage de deux médias, surtout la télévision et la radio ($n = 264$). Trois répondants sur dix consomment trois médias tous les jours, principalement « télévision/radio/Internet » ($n = 228$) et « télévision/radio/presse » ($n = 198$).

La **télévision** constitue le média dominant de près de 60 % des répondants. De façon proportionnelle, on constate qu'elle est davantage le média préféré des personnes plus âgées, des gens sans emploi, de ceux qui ont moins d'un secondaire de complété, et enfin, de ceux qui n'ont pas d'enfants à la maison. Ils lui accordent en moyenne dix-sept heures et 21 minutes par semaine et leurs émissions préférées sont les bulletins de nouvelles, les téléromans, les émissions de divertissement et les magazines de société ou d'affaires publiques. De plus, les répondants jugeant leur santé bonne sont plus nombreux à avoir la télévision comme média dominant, comparativement à ceux qui la qualifient d'excellente.

Parmi les quelque 5 % ayant la **radio** pour média dominant, les hommes sont plus nombreux que les femmes. De manière générale, l'auditeur moyen écoute la radio environ dix heures semaine, a plus de trente ans, a un emploi, a complété des études universitaires et bénéficie d'un revenu annuel supérieur à 60 000$. En outre, les répondants dont le média dominant est la radio ont fortement tendance à qualifier leur santé d'excellente.

Les hommes sont les plus nombreux à lire des **médias écrits** tous les jours. Ce média, le plus consommé par près d'une personne sur cinq, est surtout dominant chez le travailleur de plus de 45 ans ayant complété des études universitaires. Il reçoit un revenu annuel de plus de 60 000$ et n'a pas d'enfants à la maison. Il s'intéresse particulièrement aux actualités, aux sports et à la section internationale. Les répondants qui lisent les journaux tous les jours se considèrent en plus grande proportion comme bénéficiant d'une excellente santé.

Finalement, **Internet** est le média dominant pour environ un répondant sur cinq ($n$ = 338). L'utilisateur moyen d'Internet est un homme âgé de moins de 30 ans qui s'estime en très bonne santé et qui a des enfants de moins de dix-huit ans à la maison. Il a poursuivi des études universitaires et bénéficie d'un revenu individuel annuel de plus de 60 000$. Il préfère les rubriques d'informations pratiques, d'actualités et de divertissement. Il consulte également les moteurs de recherche et les serveurs de courriels. La proportion de répondants ne consultant jamais Internet est plus grande parmi les Canadiens d'origine que chez les nouveaux arrivants.

Près d'un répondant sur cinq affirme qu'au moins un membre de son ménage est un adulte d'une autre origine que le Canada, qui utilise les médias francophones. Plus de la moitié des répondants nés hors du Canada communiquent avec des personnes de leur pays de naissance via le Web et ont accès à des émissions de radio de leur pays d'origine grâce à Internet, au câble ou à un système satellite. Parmi ceux profitant d'un tel accès, c'est aussi plus de la moitié qui mentionne écouter des émissions de radio de leur pays d'origine (cinq heures

et demie d'écoute hebdomadaire en moyenne). Ce sont par ailleurs les trois quarts d'entre eux qui regardent des émissions de télévision de leur pays d'origine (en moyenne six heures par semaine).

Un peu moins de la moitié lit les quotidiens de son pays d'origine hebdomadairement et les deux tiers naviguent, à la même fréquence, sur des sites dans la langue de leur pays de naissance. Leurs sites préférés sont principalement des bulletins de nouvelles. Il est à noter que 90 % de ces répondants envoient leurs enfants à l'école française.

***Faits saillants***

- La télévision est le média dominant, en termes de fréquence et de durée, de la majorité des répondants à notre sondage. Les gens moins scolarisés, à plus faible revenu, sans travail et les personnes âgées en sont les plus grands consommateurs.
- Internet est surtout utilisé par les jeunes hommes ayant un bon statut socio-économique (SES).
- Les hommes consomment quotidiennement plus de médias que les femmes.
- Les répondants nés dans un autre pays que le Canada sont de plus grands utilisateurs d'Internet et de médias écrits.

**Intérêt pour la santé**

La moitié des répondants à ce sondage se disent très intéressés par la santé et par l'alimentation, mais moins de 40 % le sont par l'activité physique. Les personnes qui manifestent le plus d'intérêt pour la santé sont les femmes plus âgées, sans travail, ayant complété des études universitaires et actives dans un organisme sans but lucratif (OSBL). Les répondants dont le média dominant est la radio ou la télévision sont plus portés vers des sujets touchant la santé. Les femmes consultent davantage que les hommes leur média dominant lorsque ce dernier traite de la santé, tout comme les répondants âgés de 60 ans et plus, les non-travailleurs et les répondants gagnant moins de 30 000 $. C'est aussi en proportion supérieure que les femmes consultent leur média dominant lorsque ce dernier traite de l'alimentation, tout comme les répondants plus âgés et ceux n'ayant pas d'enfants de moins de dix-huit ans à la maison.

Les contenus traitant d'alimentation plaisent surtout aux femmes de 30 ans et plus se jugeant en excellente santé, ayant des enfants à la maison, et actives dans un OSBL. Quant à l'activité physique, ceux qui s'en préoccupent le moins sont les hommes occupant un emploi, sans enfant, ayant complété ou non des études secondaires, et se considérant en moins bonne santé que la moyenne.

***Faits saillants***

- Plus de la moitié des répondants sont très intéressés par la santé et l'alimentation, mais cette proportion diminue à l'égard de l'activité physique.
- Les consommateurs de radio et de télévision sont plus intéressés par les sujets de santé et d'alimentation que les utilisateurs d'Internet.
- Les répondants se jugeant en moins bonne santé que leur entourage sont moins susceptibles d'être intéressés par les informations médiatiques relatives à la santé et à l'activité physique.
- Ceux qui considèrent leur santé comme étant très bonne ou excellente sont très intéressés par l'activité physique.

## Perception des contenus sur la santé

C'est surtout les discours informatif et ludique sur la santé dans les médias de masse francophones québécois, qui sont remarqués par les participants à ce sondage. De leur avis, les sujets les plus souvent traités sont reliés aux hôpitaux, aux pénuries et à l'hygiène pour le domaine de la santé, au fait de mieux manger pour le domaine de l'alimentation, et finalement, au conditionnement physique, en ce qui concerne l'activité physique. Le tableau 2 présente les perceptions des répondants sur les sujets abordés par les médias au Québec.

**Tableau 2**
**Répartition des répondants selon leur perception des sujets traités dans les médias lorsqu'on parle de santé, d'alimentation/nutrition et d'activité physique**

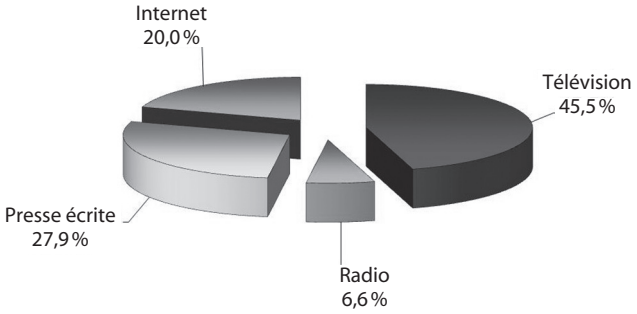
| Sujet traité dans les médias quand on parle… | *n* | %* |
|---|---|---|
| **Santé :** | | |
| Hôpitaux/pénurie/hygiène | 773 | 42,4 |
| Cancer/cardiaque/diabète | 309 | 16,9 |
| Consommation drogue/médicaments/tabac | 95 | 5,2 |
| **Alimentation/nutrition :** | | |
| Mieux manger | 702 | 38,5 |
| Obésité | 340 | 18,7 |
| Étiquettes/vertus aliments | 360 | 19,7 |
| Régime/ comportements alimentaires | 121 | 6,6 |
| **Activité physique :** | | |
| Exercices/ conditionnement physique | 940 | 51,5 |
| Équipement | 209 | 11,5 |
| Perte de poids | 153 | 8,4 |

* Il s'agit des principales mentions. Le total des pourcentages peut dépasser 100 %, car les répondants avaient la liberté de nommer plusieurs choix.

Les femmes sont plus nombreuses à considérer que les informations sur la santé dans les médias sont très utiles, à l'inverse des hommes qui les jugent peu ou pas utiles. Les répondants âgés de plus de 60 ans qualifient davantage ces messages de très utiles, que les plus jeunes. C'est également le cas de ceux qui ont la télévision ou Internet pour média dominant, contrairement aux amateurs de radio qui les estiment peu ou pas utiles dans une plus grande proportion. Nos résultats permettent également de dégager une constante à l'effet que les répondants jugeant les contenus médiatiques reliés à la santé, à l'alimentation et à l'activité physique comme étant très utiles s'avèrent, en plus grand nombre, très intéressés par ces sujets.

C'est plus de quatre personnes sur dix qui considèrent que les contenus sur la santé, l'alimentation ou l'activité physique sont présentés de manière relativement superficielle, particulièrement chez les gens dont le média dominant est Internet. Ceux qui préfèrent la télévision sont davantage portés à trouver que les questions de santé sont traitées en profondeur par les médias. Tel qu'illustré à la figure 1, c'est à la télévision que les répondants feraient le plus confiance si une seule source d'information sur la santé en général leur était accessible. Il faut noter que les gens d'une autre origine culturelle que le Canada sont significativement plus nombreux à faire d'abord confiance à Internet.

**Figure 1**
**Répartition des répondants selon le média auquel ils feraient le plus confiance au sujet de la santé (*n* = 1 728)**




Les préférences et les perceptions en termes de formats et de contenus liés à des thématiques santé sont sensiblement les mêmes, que les répondants soient nés ou non au Canada. Cependant, les nouveaux arrivants jugent en plus forte proportion que les médias ne traitent pas assez ou pas du tout de la santé, d'alimentation et de l'activité physique. Inversement, les natifs du Canada sont plus nombreux à penser que l'on aborde assez ces trois thèmes. Nos résultats permettent par ailleurs de constater que plus on est intéressé par la santé, l'alimentation ou l'activité physique, plus on croit que ces sujets sont

insuffisamment abordés par les médias. À l'opposé, moins on s'y intéresse, plus on considère que les médias en traitent trop et qu'ils se penchent sur ces sujets de manière superficielle. Les répondants nés hors du Canada sont aussi plus enclins à juger ces messages superficiels.

En général, les répondants ayant complété au moins un diplôme de niveau collégial, qui gagnent plus de 60 000$ par année ou qui se considèrent en excellente santé jugent très crédibles les informations sur la santé proposées par les médias québécois. Ces derniers sont aussi plus nombreux à qualifier ces contenus de faciles à comprendre. À l'inverse, ceux qui ont un diplôme secondaire ou moins, qui reçoivent un revenu annuel inférieur à 30 000$ ou qui se perçoivent comme en moyenne ou en mauvaise santé, sont portés à les juger peu ou pas crédibles. Ils affirment aussi en plus grande proportion que ces informations sont difficiles à comprendre ou incompréhensibles. Les répondants dont le média dominant est écrit considèrent également plus souvent ces contenus peu ou pas crédibles. Enfin, ceux qui qualifient les contenus santé de très crédibles et ceux qui les trouvent « faciles à comprendre » sont plus nombreux à se montrer très intéressés par ces sujets.

***Faits saillants***

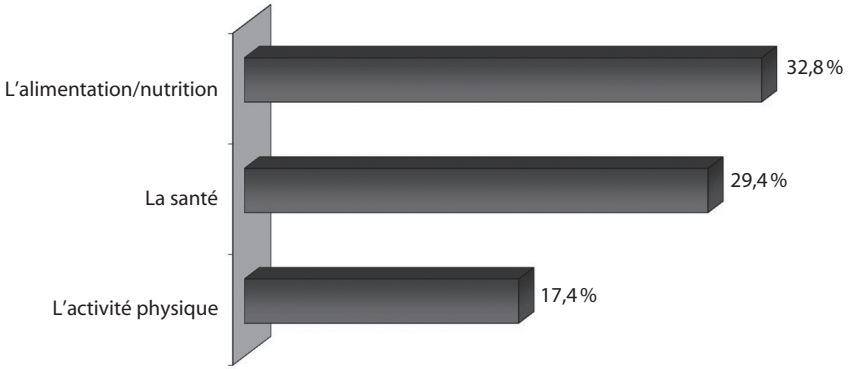
- Ce sont les femmes et les gens âgés de plus de 60 ans qui sont les plus enclins à considérer que les informations reliées à la santé dans les médias leur sont très utiles.
- Les gens scolarisés et au revenu supérieur comprennent mieux les messages sur la santé, l'alimentation et l'activité physique que les gens à faible SES.
- Plus on est intéressé par les sujets liés à la santé, plus on a tendance à considérer que les messages médiatiques s'y rapportant sont utiles, crédibles et faciles à comprendre.
- Une majorité de répondants juge que les informations sur l'activité physique sont insuffisantes dans les médias.
- De manière générale, plus on est intéressé par la santé, l'alimentation ou l'activité physique, plus on est enclin à considérer que ces sujets ne sont pas assez traités par les médias québécois.
- Comparativement aux répondants nés au Canada, les nouveaux arrivants considèrent en plus grande proportion que les médias ne traitent pas assez ou pas du tout de la santé, de l'alimentation et de l'activité physique.
- Le média auquel les répondants font le plus confiance comme source d'information sur la santé est la télévision.

**Notoriété et identification des contenus médiatiques**

Tel qu'exposé à la figure 2 (p. 333), nos résultats démontrent que lorsqu'on demande aux répondants s'ils ont regardé, écouté, lu ou consulté des émissions, articles ou sites de leur média dominant[4] traitant de l'un des trois thèmes à

[4] Le libellé de la question différait en fonction du média dominant des répondants.

**Figure 2**
**Répartition des répondants selon qu'ils ont mentionné regarder, écouter, lire ou consulter des émissions, articles ou sites de leur média dominant traitant de santé, d'alimentation ou d'activité physique (*n* = 1 823)**




l'étude, l'alimentation est le sujet sur lequel on s'est le plus informé, suivi par la santé et ensuite par l'activité physique. Parmi ceux dont le média dominant est la télévision ou la radio, environ un répondant sur cinq affirme avoir également visité les sites Internet d'émissions qui ont abordé la santé.

Parmi les personnes dont le média dominant est un média écrit, près des deux tiers ont été en mesure de citer un journal ou un magazine possédant une rubrique sur la santé, presque la moitié sur l'alimentation et un peu plus du tiers sur l'activité physique. *La Presse* a été le journal le plus souvent nommé, suivi dans une moindre proportion du *Journal de Montréal* et de *Châtelaine*.

Ajoutons que parmi ceux qui préfèrent Internet, seuls quelques répondants affirment participer à des forums de discussion, blogues ou *chats* ou encore mentionnent être abonnés à des listes de diffusions ou fils RSS reliés à l'un des trois thèmes à l'étude.

**La recherche d'informations sur la santé**

Après l'exposition à des contenus sur la santé, l'alimentation ou l'activité physique dans les médias francophones québécois, plus du tiers de l'ensemble des répondants a, au cours des mois précédant le sondage, fait des recherches sur l'un ou l'autre de ces sujets. À cet effet, plus des trois quarts d'entre eux ont eu recours à Internet pour effectuer de telles recherches. Un quart a préféré consulter des livres ou des magazines, moins d'un dixième s'est tourné vers une personne de son entourage (famille, amis, collègues) et moins d'une personne sur vingt a effectué ces recherches auprès d'un médecin. Lorsqu'ils ont

pris connaissance de contenus médiatiques relatifs à la santé, les deux tiers des répondants affirment en avoir discuté avec une ou plusieurs personnes dans leur entourage.

***Faits saillants***

- Les messages concernant l'alimentation ont davantage été remarqués par nos répondants, que ceux portant sur la santé ou sur l'activité physique.
- Une personne sur dix visite les sites Internet d'émissions traitant de santé.
- Le fait qu'une émission de télévision traite de la santé, de l'alimentation ou de l'activité physique incite **beaucoup**, et davantage les répondants nés dans un pays autre que le Canada, à la regarder.
- Nos répondants connaissent peu d'émissions traitant de santé. Ceux qui préfèrent les médias écrits citent plus facilement des périodiques qui en traitent.
- Une personne sur trois fait des recherches après avoir été exposée à un message de santé, d'alimentation ou d'activité physique, et cela, principalement sur des sites Internet.

## DISCUSSION

Suite à la recension des écrits ayant permis la construction du questionnaire destiné à ce sondage, nous avions supposé que, puisque le réseau social d'une personne est un déterminant important de ses préoccupations, connaître des proches souffrant de problèmes de santé pouvait être un incitatif à être plus sensible à la thématique santé. Or, les données recueillies n'autorisent pas une telle déduction : cependant, le fait qu'une émission traite de la santé incite davantage les répondants connaissant des personnes ayant des problèmes de santé, à écouter celle-ci. Dans cette section, nous discuterons des constats auxquels l'analyse des résultats de ce sondage nous a permis d'aboutir.

### Consommation médiatique

La télévision est le média le plus consulté par les répondants. Il est probable qu'il s'agisse, tel le décrit Pilon (2008), d'un canal qui contribue à la culture et aux habitudes de vie reliées à la santé partagées par les francophones du Québec. Nos résultats indiquent que, globalement, les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer chaque jour un ou plusieurs médias. Bien que les femmes lisent plus de livres que les hommes, elles sont moins portées à lire les actualités (Debras, 1999). Parmi les médias de masse écrits, ce sont les magazines qu'elles préfèrent (Donnat, 2001 ; Debras, 1999). Elles consacrent moins de temps quotidiennement à la lecture de journaux, car elles allouent plus de temps que les hommes aux activités domestiques et familiales. Cependant, les hommes sont moins intéressés que les femmes par les contenus relatifs à la santé proposés dans les grands médias. Caron-Bouchard et Noiseux (2010, voir l'article p. 343) rapportent que lorsqu'il est question de leur santé, les hommes adoptent davantage une approche clinique qu'une approche de promotion ou

même de prévention. Ces distinctions sont importantes à considérer, particulièrement pour les intervenants de santé publique. Selon Krieger (2003), ces derniers devraient en effet tenir compte du genre comme construit social dans la conception et le choix du format des messages destinés aux divers publics.

La tendance des gens plus éduqués et bénéficiant d'un meilleur revenu à consulter davantage les médias écrits que les autres n'est pas une découverte. Des études ont en effet démontré qu'un statut socioéconomique plus élevé était positivement associé à la lecture des journaux (Chan et Goldthorpe, 2007) et un SES plus faible à l'écoute de la télévision (Brunsden et Morley, 1999). Le constat est le même en ce qui concerne la plus grande utilisation de la télévision par les personnes âgées, puisque le temps accordé à l'écoute de ce média est reconnu augmenter avec l'âge (Robinson, Skill, et Turner, 2004). Nos résultats indiquent aussi qu'Internet est le média préféré des jeunes hommes ayant un bon SES. Il est en effet reconnu que le fait d'être plus éduqué et d'avoir un meilleur revenu est associé à l'utilisation d'Internet (Rice, 2006 ; Brodie *et al*., 2000). Il semble enfin logique que la radio soit un média davantage privilégié chez les travailleurs, puisque l'on peut émettre l'hypothèse qu'ils l'écoutent dans la voiture. Il reste que la radio est le média préféré d'une petite minorité seulement. Les campagnes médiatiques de promotion de la santé gagnent donc à privilégier d'autres médias ou à utiliser la radio comme simple support.

Les nouveaux arrivants ont des habitudes de consommation médiatique comparables à celles des Québécois d'origine, à part qu'ils utilisent Internet plus couramment. Cela peut s'expliquer du fait qu'il s'agit là d'un moyen facile et économique de maintenir des liens avec les amis et membres de la famille restés dans le pays de naissance. Le fait que les immigrants s'intéressent davantage aux thématiques santé (dont l'activité physique), qu'ils sont plus nombreux à utiliser Internet tous les jours, qu'ils sont attirés vers des contenus médiatiques traitant de ces sujets et qu'ils ne jugent pas ces messages moins crédibles ou moins faciles à comprendre que les autres répondants constitue en outre un portrait de base pour quiconque vise à rejoindre cette population à l'aide d'une campagne médiatique, incluant notamment une composante Web. Puisqu'ils jugent les informations en santé moins utiles que les Québécois d'origine, cela porte à croire que les contenus actuels, diffusés au Québec ou dans leur pays d'origine, ne conviennent pas à leur situation particulière et à leurs besoins de nouveaux arrivants.

Enfin, puisqu'une proportion significative des répondants consulte plusieurs médias de manière quotidienne et hebdomadaire, les campagnes multimédias (c'est-à-dire une combinaison de télévision, radio, magazines et Internet) représentent une avenue de développement intéressante. De telles approches

plaisent déjà à certains segments de la population québécoise (Renaud *et al.*, 2009) et la santé publique gagnerait à recourir à ce type d'interventions communicationnelles et médiatiques.

**Intérêt pour la santé**

Bien que près de la moitié des répondants se déclare très intéressée par la santé et l'alimentation, il reste qu'environ un cinquième ne s'en préoccupe pas et qu'une proportion importante (autour de 40 %) se déclare moyennement intéressée par ces sujets. Le thème de l'activité physique demeure, et ce, de manière constante au cours des quatre phases du sondage, celui qui suscite le moins d'intérêt. C'est également le sujet qui est le moins remarqué dans les médias. De plus, les répondants qui considèrent que leur santé est moins bonne que la plupart des personnes de leur âge sont moins intéressés par l'activité physique. C'est un constat quelque peu alarmant étant donné que plus de la moitié de la population canadienne est obèse ou en situation de surpoids (Shields et Tjepkema, 2008). Il est impossible de savoir quel facteur précède l'autre. Est-ce parce que les médias traitent peu de ce sujet que les Québécois s'y intéressent peu ou parce que cela attire peu les audiences que les médias s'y attardent moins ?

Parmi les pistes à explorer en ce sens, il serait intéressant de conduire des études permettant de comprendre pourquoi l'intérêt pour l'activité physique est si faible. Est-ce imputable au fait que les messages médiatiques à ce sujet manquent d'attrait ? Est-ce parce que cela ne semble pas être une dimension de la santé pour les répondants ? Une autre piste de recherche pourrait consister à développer des interventions visant à augmenter l'intérêt des personnes qui sont actuellement « moyennement intéressées » par l'activité physique. Il est possible, peut-être à l'aide de messages médiatiques plus arrimés à leurs besoins, de faire glisser une partie de ces gens vers la catégorie « très intéressée », la santé étant un sujet qui a connu un engouement grandissant au cours des dernières années (Nestle, 2002).

En termes d'intervention, les approches médiatiques intégrées (p. ex., la Combinaison prévention 0-5-30[5]), qui associent des messages sur l'activité physique à d'autres informations sur la santé ou l'alimentation, pourraient s'avérer les plus efficaces pour attirer les Québécois vers la pratique de l'activité physique.

**Perception des contenus sur la santé**

Des études ont démontré que les individus ayant un faible statut socioéconomique éprouvent plus de difficulté dans le décodage des messages médiatiques (Brannstrom et Inga-Britt, 1994). Il n'est donc pas étonnant de constater que les répondants à ce sondage n'ayant pas complété d'études secondaires sont

[5] À ce sujet, consulter le <www.0-5-30.com/>.

moins portés à juger les messages de santé crédibles, utiles et faciles à comprendre, comme peuvent le laisser supposer les théories de la réception. Les répondants à plus faible SES sont moins nombreux à consulter les médias écrits, y compris Internet. De plus, ils portent moins d'intérêt aux différents thèmes de santé. Or, ils sont de plus grands consommateurs de médias de masse et sont aussi plus susceptibles de souffrir d'inégalités de santé liées à la précarité de leur revenu et de leur éducation (Villedieu, 2002 ; Macintyre, 1997).

En toute logique, nos résultats indiquent également que les gens très intéressés par les sujets de santé, qui se considèrent en meilleure santé que leur entourage et qui sont plus favorisés socialement, sont aussi ceux qui jugent ces messages très crédibles et très utiles. Ceux qui se perçoivent en meilleure santé ont un statut socioéconomique plus favorable et ils sont aussi plus intéressés aux trois thèmes à l'étude. Il faut en ce sens éviter d'adresser des campagnes de promotion de la santé à des publics conquis d'avance et concevoir plutôt des interventions communicationnelles et médiatiques adaptées aux populations qui ont le plus besoin de s'approprier des messages relatifs à l'amélioration de la santé. Gardant en tête que les moins intéressés jugent qu'on en parle déjà assez, il faut donc comprendre leur réalité pour mieux savoir comment les intéresser aux messages pouvant contribuer à améliorer leur santé sans leur donner une impression de répétition.

Jugeant majoritairement que la santé, l'alimentation et l'activité physique sont des sujets traités de façon superficielle par les médias québécois, les répondants sont peu enclins à s'approprier les messages s'y rapportant. Les principaux contenus médiatisés identifiés sont les mêmes lors des quatre phases du sondage. D'autres études du Groupe de recherche Médias et santé ayant suggéré que les auditeurs avaient une impression de redondance et de superficialité des messages (Caron-Bouchard et Noiseux, 2010), on peut émettre l'hypothèse que cette perception est en partie imputable à la faible créativité dans les formats et le traitement des sujets.

Les nouveaux arrivants font plus confiance à Internet que les Québécois d'origine et l'utilisent plus couramment, vraisemblablement parce que ce média leur permet plus facilement d'obtenir des informations en provenance de leur pays d'origine. Les immigrants sont les Canadiens les plus susceptibles de déclarer un changement de leur état de santé de très bon ou excellent à passable ou mauvais, surtout chez les non-Européens (Robinson et Killin, 1995). Or, les préoccupations de santé, les perceptions des messages et les préférences des immigrants ayant répondu à ce sondage sont comparables à celles des gens nés au Canada, si ce n'est un intérêt plus marqué pour l'activité physique. Cela permet de postuler que l'on peut les rejoindre à l'aide de stratégies médiatiques relativement similaires à celles utilisées actuellement auprès des francophones, surtout si on inclut une composante Internet.

Enfin, le fait que ce soient les consommateurs d'Internet qui semblent les moins intéressés par les thèmes de santé, d'activité physique et d'alimentation est plus ou moins surprenant si l'on considère que le profil type de l'internaute est masculin et jeune, et que les hommes sont généralement moins interpellés par ce thème. Cela indique toutefois que le média tout indiqué pour les approcher est Internet, car ils appartiennent à une génération pour laquelle les technologies de l'information font partie du quotidien (Paré, 2001). En outre, les hommes sont généralement plus attirés par les multiples formats offerts sur Internet (Garbarino et Strahilevitz, 2004 ; Akhter, 2002 ; Van Slyke, Comunale et Bélanger, 2002 ; Jackson *et al.*, 2001).

**Notoriété et identification des contenus médiatiques**

Nous nous demandions au départ dans quels médias québécois se trouvaient les messages de santé, d'alimentation et d'activité physique, et quels contenus la population y identifiait. Nos résultats démontrent que des messages médiatiques portant sur ces trois sujets sont effectivement relevés. Ceux-ci seront d'autant mieux perçus et recherchés si les répondants sont préalablement intéressés par ces sujets, ce qui est une fois de plus en accord avec les théories reconnaissant que le récepteur est actif. Par contre, quand vient le temps de nommer des émissions de télévision comportant de tels contenus, rares sont ceux qui peuvent le faire. Ainsi, les gens ont **l'impression** d'être exposés à des contenus, mais ceux-ci et leurs sources semblent plutôt vagues dans leur esprit. C'est à la télévision, leur média favori, que les répondants perçoivent le mieux les messages de santé. C'est toutefois sur Internet (plutôt qu'auprès d'une personne de leur entourage, par exemple) qu'ils font des recherches pour approfondir des questions sur le sujet, même si les informations offertes par ce média sont jugées plus superficielles. Dans l'intervalle séparant la réception des messages de leur appropriation par le consommateur, certains éléments d'incertitude demeurent.

Nous n'avons posé aucune question spécifique aux répondants, à propos de la publicité. Quoique quelques-uns d'entre eux aient mentionné des publicités aux questions concernant les messages de santé perçus dans les médias, le discours incitatif n'est pas celui auquel ils réfèrent dans leurs réponses. Cette enquête ne permet pas de déterminer si cette forme de discours a plus ou moins d'impact que des émissions comme *L'épicerie*, par exemple, qui est fréquemment mentionnée par les répondants à ce sondage, comme dans d'autres études du GRMS. Or, les messages de l'industrie agroalimentaire semblent avoir une très forte influence sur les comportements des consommateurs (Evans et Hastings, 2008 ; Spurrier *et al.,* 2008 ; Renaud *et al.*, 2006 ; Bar-on, 2000). Il faut donc en tenir compte, lorsque l'on prépare des communications médiatiques avec l'intention de modifier les perceptions de publics formés de consommateurs.

***Pistes d'action et de réflexion***

- Les campagnes médiatiques de promotion de la santé, d'alimentation saine et de pratique d'activité physique ayant recours à plusieurs médias (incluant Internet) sont des avenues prometteuses.
- Des variations tenant compte du genre, de l'âge et du statut socioéconomique gagneraient à être incluses dans les campagnes de promotion de la santé dans les médias de masse.
- Afin d'intéresser les différents publics et de leur offrir les informations sur la santé dont ils ont besoin en terme de quantité, de pertinence et de crédibilité, il serait judicieux de varier et développer les formats et les contenus médiatiques.
- Internet constitue un média pertinent pour rejoindre les jeunes hommes et les nouveaux immigrants. Ces derniers partagent plusieurs préférences avec les répondants de leur pays d'accueil, mais ne trouvent pas toutes les informations sur la santé recherchées dans les médias de masse francophones québécois.
- L'activité physique intéresse moins les répondants que la santé et l'alimentation. Une approche combinant des messages sur ces trois thèmes pourrait davantage attirer l'attention des différentes populations sur cette thématique.

## CONCLUSION

La consommation de médias de masse constitue une pratique importante dans le quotidien de la population francophone du Québec. Le portrait révélé par l'analyse des résultats de ce sondage permet de constater que les préférences, les habitudes, les intérêts et les perceptions varient en fonction des différents segments de cette population. Pour les promoteurs de la santé, cela signifie qu'il faille varier les contenus et les formats pour les arrimer aux besoins de ces populations, dans le but de maintenir et d'améliorer la santé. Les Québécois perçoivent les messages de santé diffusés dans les médias qu'ils consultent. Pour plus du tiers d'entre eux, cela les incite même à consulter leur média préféré lorsque celui-ci traite de la santé, de l'alimentation et dans une moindre mesure, de la pratique d'activité physique. Toutefois, certaines populations demeurent indifférentes aux thématiques santé et nous proposons à cet effet des pistes pour les rejoindre.

Les approches combinées en termes de canal (plusieurs médias), de format (différentes rubriques et capsules) et de contenu (variété de sujets) constituent vraisemblablement les stratégies les plus intéressantes à explorer dans un futur rapproché.

## RÉFÉRENCES

Abroms, L.C. et E.W. Maibach (2008). « The effectiveness of mass communication to change public behavior », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, p. 219-234.

Akhter, S.H. (2003). « Digital divide and purchase intention : Why demographic psychology matters », *Journal of Economic Psychology*, vol. 24, p. 321-327.

Bar-on, M.E. (2000). « The effects of television on child health : implications and recommendations », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 83, p. 289-292.

Brannstrom, I. et L. Inga-Britt (1994). « Mass communication and health promotion : The power of the media and public opinion », *Health Communication*, vol. 6, nº 1, p. 21.

Brodie, M., R.E. Flournoy, D.E. Altman, R.J. Blendon, J.M. Benson et M.D. Rosenbaum (2000). « Health information, the Internet, and the digital divide », *Health Affairs*, p. 255-265.

Bronfenbrenner, U. (1986) « Ecology of the family as a context for human development : Research perspective », *Developmental Psychology*, vol. 22, p. 123-142.

Brunsden, C. et D. Morley (1999). *The Nationwide Television Studies*, Londres, Routledge.

Caron-Bouchard, M. et C. Noiseux (2010). « Les téléspectateurs en quête d'informations santé : exploration des attentes des téléspectateurs à partir de deux études terrain sur l'information santé dans les émissions de service », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 343-362.

Chan, T.W. et J.H. Goldthorpe (2007). « Social status and newspaper readership », *American Journal of Sociology*, vol. 112, nº 4, p. 1095-1134.

Cohen, D.A., R.A. Scribner et T.A. Farley (2000). « A structural model of health behavior : a pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level », *Preventive Medicine*, vol. 30, p. 146-154.

Debras, S. (1999). « Des journaux et des femmes », *Communication et langages*, vol. 122, p. 58-71.

Donnat, O. (2001). « La lecture régulière de magazines », *Réseaux*, vol 1, nº 105, p. 191-196.

Evans, W.D. et G. Hastings (2008). *Public Health Branding. Applying Marketing for Social Change*, Oxford, Oxford University Press.

Garbarinoa, E. et M. Strahilevitz (2004). « Gender differences in the perceived risk of buying online and the effects of receiving a site recommendation », *Journal of Business Research*, vol. 57, p. 768-775.

Groupe de recherche Médias et santé (2009). *Rapport du sondage : La perception de la santé à travers les médias francophones québécois*, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Jackson, L.A., K.S. Ervin, P.D. Gardner et N. Schmitt (2001). « Gender and the Internet : Women communicating and men searching », *Sex Roles*, vol. 44, nos 5-6, p. 363-379.

Krieger, N. (2003). « Genders, sexes, and health : what are the connections – and why does it matter ? », *International Journal of Epidemiology,* vol. 32, p. 652-657.

Kumanyika, S.K. (2001). « Mini-symposium on obesity : Overview and some strategic considerations », *Annual Review of Public Health*, vol. 22, p. 293-308.

Macintyre, S. (1997). « The black report and beyond : What are the issues ? », *Social Science and Medicine*, vol. 44, no 6, p. 723-745.

Munodawafa, D. (2008). « Communication : Concepts, practice and challenges », *Health Education Research*, vol. 23, no 3, p. 369-370.

Nestlé, M. (2002). *Food Politics : How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley et Los Angeles, University of California Press.

Noar, S.M. (2006). « A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns : Where do we go from here ? », *Journal of Health Communication*, vol. 11, no 1, p. 21-42.

Paré, G. (2001). *Génération Internet : La prochaine grande génération*, Rapport bourgogne, Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.

Pilon, A. (2008). *Sociologie des médias du Québec. De la presse écrite à Internet,* Anjou, Éditions Saint-Martin.

Proulx, S. et le Centre d'études sur les médias (1998). *Accusé de réception. Le téléspectateur construit par les sciences sociales*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Raine, K.D. (2005). « Les déterminants de la saine alimentation au Canada, aperçu et synthèse », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, no S3, p. S8-S15.

Renaud, L. (dir). (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Renaud, L., M. Caron-Bouchard, G. Martel, L. Gagnon et M.C. Pelletier (2009). « Gestion complexe des partenariats lors d'une campagne de promotion de la santé », *Santé publique*, vol. 21, no 3, p. 303-317.

Renaud, L., M. Caron-Bouchard, M.C. Lagacé, D. Maisonneuve, L. Mongeau, L. Dubé et K. Moore (2006). « Comment le consommateur s'y retrouve-t-il dans l'ensemble des messages en matière d'alimentation et de santé ? », *Canadian Issues*, Hiver, p. 39-45.

Rice, R.E. (2006). « Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching : Multivariate results from the Pew surveys », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 75, p. 8-28.

Richard, L., L. Potvin et N. Kishchuk (1996). « Assessment of the integration of the ecological approach in health program », *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, nº 4, p. 318-28.

Robinson, J.D., T. Skill et J.W. Turner (2004). « Media usage patterns and portrayal of seniors », dans J.F. Nussbaum et J. Coupland (dir.), *Handbook of Communication and Aging Research,* 2e éd., Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, p. 423-446.

Robinson, T.N. et J.D. Killin (1995). « Ethnic and gender differences in the relationships between television viewing and obesity, physical activity, and dietary fat intake », *Journal of Health Education*, vol. 26 (Suppl.), p. 91-98.

Shields, M. et M. Tjepkema (2008). *Regional Differences in Obesity*, <www.statcan.ca/english/studies/82-003/archive/2006/17-3-c.pdf>, (consulté le 2 septembre 2009).

Spurrier, N.J., A.A. Magarey, R. Golley, F. Curnowet et M.G. Sawyer (2008). « Relationships between the home environment and physical activity and dietary patterns of preschool children : a cross-sectional study », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 5, nº 31, p. 12.

Statistique Canada (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, <www.statcan.gc.ca/concepts/hs-es/index-fr.htm>, consulté le 24 janvier 2009.

Van Slyke, C., C.L. Comunale et F. Bélanger (2002). « Gender differences in perceptions of Web-based shopping », *Communications of the ACM*, vol. 45, nº 8, p. 82-86.

Villedieu, Y. (2002). « Tenaces inégalités », dans Y. Villedieu, *Un jour la santé,* Montréal, Boréal, p. 127-147.

## 4.8 Les téléspectateurs en quête d'informations santé : exploration des attentes des téléspectateurs à partir de deux études terrain sur l'information santé dans les émissions de services

Monique Caron-Bouchard, Ph. D., et Colette Noiseux, M.A.

**RÉSUMÉ**

La préoccupation santé est omniprésente dans notre société. Les collectivités n'y sont pas indifférentes et suivent l'actualité à ce sujet. La télévision est une source importante de socialisation à la santé, au côté de plusieurs autres. Les émissions-magazines et de services répondent le mieux aux besoins en information, mais les téléséries et les émissions de divertissement y contribuent également.

Pour mieux cerner les attentes (contenus, thématiques, formats, animation, etc.) du téléspectateur, nous avons mené deux études terrain auprès de huit groupes répartis selon l'âge ou la scolarité, pour un total de 68 répondants. L'une d'elles prévoyait le visionnement de six extraits télévisés abordant une thématique santé. Les résultats révèlent un téléspectateur de plus en plus actif, critique et informé, aux attentes élevées en termes de qualité, de profondeur de l'information, de crédibilité des sources, etc. Il recherche une information non culpabilisante, qui le fait évoluer dans la connaissance et la compréhension d'une problématique, et qui s'actualise dans son quotidien. Tout producteur d'émissions santé gagne à bien connaître le contexte de vie (familial, culturel, religieux, etc.) de son public cible pour mieux répondre à ses attentes et opposer une vive concurrence aux autres outils d'information accessibles (Internet, etc.).

**ABSTRACT**

Concerns for health are ubiquitous in our society. Communities are not indifferent to it and tune in to the health-related news. Television, among several others, is an important source of health socialization. News telecasts and public affairs programs best respond to information needs, but fiction and entertainment programs also contribute to their fulfilment.

To better understand television viewers' expectations as to content, themes, formats, hosting, etc., we conducted two field studies with a total of 68 respondents in eight age or education-level groups. In the first study, subjects previewed six TV clips related to health topics. The results reveal an increasingly active, critical, and informed viewer with high expectations in terms of quality, depth of information, credibility of sources, etc. Viewers look for guilt-free information that helps improve their knowledge and understanding of the situation and speaks to their everyday experience. Television producers should strive to grasp the life contexts (family, culture, religion, etc.) of their target audience to better respond to these expectations and to oppose strong competition to other accessible information sources (Internet, etc.).

## INTRODUCTION

La santé est un sujet omniprésent dans notre société. Elle concerne tant l'individu, l'État que la société et il existe à n'en pas douter un consensus social sur son importance, notamment à cause des coûts importants et des nombreux débats publics qu'elle occasionne au plan de la promotion, de la prévention, du traitement clinique. Baignant dans ce milieu fortement imprégné de cette préoccupation santé et façonné par celle-ci, l'individu est avide d'informations sur ce sujet et suit volontiers l'actualité s'y rapportant.

Mais à quelles sources l'individu puise-t-il son information santé ? Force est de constater qu'elles sont multiples. Une enquête menée par le Conseil canadien sur l'apprentissage (2008) révèle que les Canadiens consultent une moyenne de six sources d'informations santé différentes. Plus de 50 % d'entre eux recourent à la télévision et aux livres et près de 62 % à Internet pour s'informer sur le sujet. Néanmoins, les médias constituent à n'en pas douter une source d'information importante, au côté de la relation en face à face (professionnels de la santé, amis, famille, centres de santé, etc.).

Au cours des années, les médias (notamment la télévision) ont développé des formats, des programmations et des contenus diversifiés cherchant à répondre aux besoins d'information santé exprimés par la population. Les émissions de télévision exigent généralement un niveau de littératie moins élevé que la presse écrite ou Internet, par exemple, ce qui les rend plus accessibles, accroît la compréhension des contenus et en élargit le public cible. Romeyer (2008) identifie les enjeux multiples soulevés par l'insertion de la santé dans l'espace public et rappelle la nécessité de fédérer les efforts pour mieux canaliser l'information santé (s'inscrivant dans les sphères tant scientifique, médicale que sociale) dans les médias. Le téléspectateur exprime des attentes spécifiques à cet effet et la télévision constitue un pôle important de socialisation à la santé.

Diverses études, dont celles de Rutger (2008), Lang (2008), Zoller (2008) et de l'Institut de la Kaiser Family (2009), se sont attachées à mesurer l'impact de la télévision sur les connaissances en santé des téléspectateurs et sur le changement de certains comportements. Un sondage de Porter Novelli, mené pour le CDC (2005), auprès de téléspectateurs a rendu compte des informations retenues et de la valeur mémorielle de certaines séquences traitant de la santé, de la maladie, de traitements médicaux, etc. Cette étude indique que 67 % des téléspectateurs de téléséries captent et intègrent cette information et que 34 % d'entre eux la mettent souvent en pratique personnellement, la partagent avec des membres de leur famille, des amis ou des connaissances, ou encore planifient une visite médicale. Cette observation s'applique à des téléspectateurs d'origines et de profils sociodémographiques divers.

Signalons également l'étude, menée par le même organisme, sur l'impact de l'émission *Grey's Anatomy* (Rideout, 2008) écoutée par quelque 20 millions de fidèles téléspectateurs aux États-Unis. Elle démontre clairement qu'une information télédiffusée à caractère médical (en l'occurrence ici portant sur les risques de transmission du virus du VIH d'une mère infectée à son bébé à naître), suscite une prise de conscience, est mémorisée et demeure intégrée longtemps après la diffusion de l'émission.

Une autre étude menée par la fondation Kaiser et l'USC Annenberg Norman Lear Center's Hollywood, Health & Society par Murphy *et al*. (2008) mentionne que six épisodes ou émissions sur dix ayant enregistré les meilleures audiences contiennent de l'information médicale. Ces résultats révèlent que de nombreux téléspectateurs sont régulièrement exposés à de l'information médicale et que cela les motive, par la suite, à s'informer davantage auprès de leur médecin ou d'autres sources.

Dans le domaine de l'actualité, par ailleurs, des études effectuées auprès de journalistes par la Kaiser Family Fondation (2009) et Viswanath (2008) révèlent que les pressions financières exercées sur l'industrie médiatique et la forte compétition pour détenir la nouvelle de l'heure avant les médias concurrents ont des répercussions certaines sur la qualité des reportages traitant de santé. Ce constat n'est pas sans susciter quelques craintes relatives à la profondeur de l'information traitée et à l'influence des relations publiques et de la publicité sur le contenu de la nouvelle.

Néanmoins, le téléspectateur affiche un intérêt manifeste pour l'information à caractère médical diffusée à la télévision. Mais quelles sont ses attentes en ce qui a trait à l'offre ? Quels critères conditionnent ses choix informatifs ?

## OBJECTIF

Dans le présent article, nous entendons explorer les attentes du téléspectateur en matière d'information santé diffusée à la télévision, notamment dans les émissions de service. Quel contenu y recherche-t-il ? Sous quel angle apprécie-t-il voir aborder les sujets ? Quels formats privilégie-t-il ? À quel type d'animation se montre-t-il sensible ? Bref, nous cherchons à identifier ce qui pourrait favoriser, ultimement, une connectivité entre l'objet télévisuel et la transposition et la mise en pratique de l'information dans le quotidien.

## APPROCHE THÉORIQUE

Diverses théories ont proposé des angles d'analyse de ce sujet, dont celles de la réception. Celles-ci s'incarnent dans un processus de communication, mettant en scène un ou des émetteurs et un ou des récepteurs. Ce dernier attend des réponses à ses questionnements, s'intéresse aux faits concrets et aux éléments tangibles ; il participe d'une façon dialogique au processus tant de réception,

d'interprétation que d'appropriation du message. La **crédibilité** et la **captation** constituent le double **contrat** de la diffusion de l'information télévisuelle (Charaudeau, 2005). Le téléspectateur peut faire des choix d'informations et est invité à en faire, en fonction de l'offre disponible. Réfléchir sur les attentes du téléspectateur, cela implique indirectement de prendre en considération cette offre. Une offre en mouvance, captée ici et là, au gré des disponibilités et des besoins du téléspectateur. Ce dernier accueille ici l'information, la choisit et la traite, ne se contentant pas d'un rôle de simple récepteur passif (Wise, 2008).

Notre réflexion ne porte pas sur le flux d'informations santé généré par les médias, sur leur teneur idéologique, leur sémiotique, leur signification et leur interprétation. Elle ne se penche pas non plus sur leur influence sur le comportement santé, ni sur les modalités de réception des messages véhiculés. Nous nous intéressons plutôt aux attentes des téléspectateurs en matière d'informations santé sur le plan du format, du contenu, de l'animation, des sources, etc. Ces attentes seront examinées dans la perspective de la théorie *Uses and Gratifications*, avancée dès 1974, par Katz (Blumler et Katz, 1974). Cette approche, qui accorde au téléspectateur un statut de récepteur actif susceptible d'interpréter intelligemment l'information véhiculée, lui reconnaît aussi une capacité à effectuer des choix d'émissions (ou de sites Internet) et d'informations, dictés par ses attentes, ses intérêts, ses besoins et ses expériences d'usager. L'apparition de nouveaux médias dans le paysage sociétal ne rend pas caduque cette approche théorique ; au contraire, la multiplicité des supports d'information et des modalités de cueillette d'une part, et des traitements interactifs d'autre part, attribue à l'usager, téléspectateur ou non, le pouvoir de choisir et de rendre actives et gratifiantes ses démarches de quête d'informations et de divertissement. Il revient au téléspectateur d'assurer une concordance entre ses besoins en information et ses choix d'émissions. Aussi Ruggeriero (2000) et Rossi (2008) mentionnent que l'approche de recherche attribuant un rôle à l'usager est particulièrement pertinente dans le contexte des médias, mais aussi de leur convergence.

La possibilité d'enregistrer une émission, l'accès par câble ou satellite, le réseau Internet, la communication sans fil et la convergence des médias permettent une extension de l'information de première main livrée par la télévision, la radio ou la presse écrite. L'usager peut être actif dans cet univers médiatique caractérisé par une multitude de sphères d'information et de communication. Les besoins de l'usager, par ailleurs, influencent sa réaction aux médias. Les besoins (déterminants des choix) peuvent être dictés entre autres par l'état de santé de l'individu ou de ses proches, par son environnement socioculturel et économique, et par son état psychique, le tout chapeauté par son expérience, ses intérêts et son éducation. Les choix de l'usager peuvent aussi être simplement régis par des habitudes d'écoute (d'émissions), un rituel (p. ex., écouter les nouvelles chaque soir à 21h ou regarder la télévision au hasard de son zapping) (Wise, 2008).

## MISE EN CONTEXTE

Mais dans quel contexte précis s'opère la captation des messages santé ?

### Une immersion dans l'univers médical

Dès son plus jeune âge, l'individu baigne dans un environnement plus ou moins imprégné d'une saveur médicale. Il a eu des visites régulières chez le pédiatre (à l'occasion d'un examen de routine, du traitement d'une maladie ou d'une séance de vaccination), a rencontré divers professionnels de la santé à l'école (infirmière, hygiéniste dentaire, etc.). Il a aussi vécu dans l'entourage de membres de la famille qui ont eu à leur tour un rapport plus ou moins étroit avec le secteur de la santé. Les femmes, tout particulièrement, fréquentent ce milieu de façon régulière à l'occasion d'une grossesse, lors d'une naissance et de son suivi. Elles ont à cette occasion, souvent assimilé des rudiments du jargon médical. Bref, le contact avec le milieu médical est en premier lieu expérientiel.

### Le rôle de la télévision

Loin de s'adonner à une écoute passive de la télévision, le téléspectateur d'aujourd'hui se montre très exigeant en matière de quête d'informations santé, via ce média. Il s'impose en récepteur informé, intelligent, critique, éclairé. Il détient un bagage de valeurs, de connaissances, un vécu médical, des croyances, des doutes, une vision, voire une perception sélective d'une réalité, et des préjugés aussi. Qui plus est, un capital social gravite autour de lui, composé de sa famille, de ses amis, de ses collègues de travail, etc. Ces sources d'influence sont encore plus déterminantes lorsque l'individu se sent concerné par le sujet santé abordé, ou lorsqu'une personne de son entourage immédiat l'est, et cela, que ce soit sur le plan de la prévention ou du traitement d'une maladie (physique ou mentale).

Le téléspectateur est animé d'intérêts ou de désintérêts, d'une curiosité et d'une motivation intellectuelles spécifiques, d'une confiance ou méfiance dans les gestes de prévention suggérés. L'information acquise et intégrée depuis le plus jeune âge, par le biais de la famille et de l'école notamment, sera confrontée à celle cueillie au fil des ans auprès des amis, des médias, des collègues de travail, de la communauté, des loisirs, etc. Il pourra y avoir tantôt convergence, tantôt dissonance.

Le téléspectateur est aussi exposé à des informations concernant la gestion (politique et économique) des services de santé. Les coûts de ceux-ci, des médicaments, l'accessibilité aux urgences des hôpitaux, aux médecins de famille, etc., sont autant de facettes traitées à la télévision.

### Une information incarnée

L'information santé divulguée dans les médias s'insère dans une proximité culturelle et religieuse qui peut constituer un pôle référentiel important pour le téléspectateur. Celle-ci peut colorer significativement la valeur accordée à la vie (et indirectement à la mort), la crédibilité attribuée aux médicaments « magiques » et aux « légendes urbaines », l'utilisation des recettes santé, des médecines alternatives, etc. Ce bagage culturel et religieux peut codifier la réception de l'information santé, de nature tant profane que professionnelle et scientifique.

## MÉTHODOLOGIE

Les faits saillants exposés dans les pages qui suivent sont le fruit de consultations menées auprès d'un total de 68 répondants rencontrés lors des groupes de discussions. Les données résultent de deux études de type formatif visant à cerner les attentes des téléspectateurs en matière d'information santé. Dans le cadre de la première étude (Caron-Bouchard, 2007) menée en avril et mai 2007, nous avons consulté quelque quatre groupes multiâges (deux composés d'hommes, deux de femmes) de neuf répondants chacun, pour un total de 36. Deux d'entre eux étaient composés de personnes scolarisées et les deux autres de personnes moins scolarisées, résidant dans la grande région montréalaise. Le principal critère de sélection des répondants était de devoir regarder, lire ou écouter, sur une base régulière, des productions médiatiques traitant de santé. Les consultations avaient une durée approximative de 2 h 30 chacune.

Pour la deuxième étude (Caron-Bouchard, 2007), laquelle s'est déroulée en septembre 2007, nous avons rencontré quelque 32 répondants, répartis également entre quatre groupes de huit femmes ou hommes, dans le cadre de consultations d'une durée approximative de 2 h 30 chacune. Les groupes étaient constitués en fonction de la classe d'âge : les 25-54 ans et les 55 ans et plus. Ils provenaient tous de la région montréalaise, mais n'étaient pas homogènes sur le plan de la scolarité.

Les groupes de discussion de cette deuxième étude prévoyaient, outre un échange informel autour d'un guide d'entrevue préétabli, le visionnement de six extraits d'émissions télévisées abordant chacun, dans un format différent, une thématique santé (activité physique et alimentation) : bulletin de nouvelles, émissions de services, émission-magazine santé, émission scientifique, etc. Aussitôt après le visionnement des extraits[1], les répondants étaient invités à remplir un questionnaire d'appréciation personnelle. Compte tenu du fait que les extraits traitaient d'alimentation, l'essentiel des propos recueillis auprès des répondants lors des consultations a porté sur ce sujet (plutôt que sur l'activité physique).

[1] Bulletin de nouvelles (Radio-Canada), *L'épicerie* (Radio-Canada), *Découvertes* (Radio-Canada), *Maigrir pour maigrir* (Canal Vie), *Une pilule une petite granule* (Télé-Québec), *5 sur 5* (Radio-Canada).

La tenue des huit groupes de discussion faisait suite à un sondage (Renaud, 2007) effectué peu de temps auparavant, auprès de téléspectateurs, sur leur consommation médiatique.

## DESCRIPTION DES RÉSULTATS

### Perception du concept de santé

Les répondants que nous avons rencontrés percevaient la santé comme un concept global, qui inclut à la fois la santé physique et la santé mentale. Les deux seraient intimement liées, voire indissociables. La santé a une connotation tantôt positive, tantôt négative. Dans le premier cas, elle réfère au bonheur de se sentir bien dans sa peau, au plaisir de bien s'alimenter, à la responsabilisation personnelle, aux comportements préventifs, etc. Dans le second cas, elle évoque une multitude de situations difficiles : la maladie, le stress, l'inquiétude, l'isolement social (souvent dû à la maladie), une nouvelle « chasse aux sorcières » (l'alimentation), la gestion difficile du système de santé, etc. Pour certains, le concept de santé inclut également l'encadrement gouvernemental de la population, avec la publication et la diffusion, notamment, du *Guide alimentaire canadien* (Santé Canada, 2007), les campagnes de vaccination, les campagnes de sensibilisation, etc.

Plusieurs personnes des groupes plus âgés consultés (surtout ceux composés d'hommes) voyaient dans le vieillissement et la maladie une source d'isolement social, qu'elles semblaient beaucoup craindre. Pour elles, la volonté de demeurer en santé était fortement motivée par le désir de maintenir des relations sociales épanouissantes et de continuer à occuper un rôle actif au sein de la société.

### Perception de la santé chez les femmes et les hommes

Même si les femmes et les hommes considèrent également que la santé est un atout prioritaire dans la vie, que l'on doit précautionneusement entretenir, on a noté certaines nuances selon le sexe. Les hommes auraient plutôt tendance à prendre leur santé en main et à ne modifier leurs habitudes de vie néfastes qu'après avoir reçu un ultimatum de leur médecin. Acculés au pied du mur, devant le spectre d'une maladie, ils posent alors les gestes concrets pour retrouver la santé : abandon du tabagisme, de la sédentarité, d'une alimentation malsaine, etc. Bref, ils se reconnaissent dans un mode « réaction » et se montrent avides d'information nouvelle, de nature scientifique surtout.

Les femmes, quant à elles, afficheraient une attitude plutôt préventive. Elles s'informent, pour leur compte propre et pour celui de leur entourage, sont à l'affût de données nouvelles sur un sujet d'intérêt (résultats de recherches, etc.) et sont plus enclines à modifier un comportement négatif s'il est démontré qu'il nuit à la santé.

**Tableau 1**
**L'information santé selon le sexe**

| Hommes | Femmes |
|---|---|
| • santé = défi | • santé = bien-être, « beau-être » |
| • santé = responsabilité individuelle | • santé = responsabilité individuelle et collective |
| • mode réactif | • mode préventif |
| • intérêt pour les faits, le processus et l'argumentaire | • intérêt pour les faits, la démonstration argumentaire |
| • intérêt pour la dimension scientifique et la relation de cause à effet | • intérêt pour la dimension sociale, utilitaire et la relation de cause à effet |
| • sensibles à une approche directive | • sensibles à une approche coopérative |
| • alimentation = plaisir et vie | • alimentation = apparence physique et santé |

Les propos de la majorité des répondants laissaient sous-entendre que de manière générale, les hommes et les femmes semblent différemment interpellés par la santé.

**L'alimentation : premier déterminant de la santé**

L'alimentation, perçue comme le premier déterminant de la santé, suivie de l'activité physique, présente plusieurs facettes complémentaires :

- **socioaffective** : le plaisir de bien manger, les moments heureux vécus lors d'un bon repas entre amis, la frustration de ne pouvoir manger de tout à cause d'une intolérance physique ou de la directive du médecin ;
- **cognitive** : les recommandations et les restrictions alimentaires dérivant des connaissances en alimentation, les directives du *Guide alimentaire canadien*, la prescription de manger trois repas (équilibrés) par jour, les composantes des différents aliments (ajout de substances artificielles pour la conservation, gras trans, OGM, teneur en cholestérol, etc.), etc. ;
- « **pratico-pratique** » : les recettes (pour apprêter les aliments moins connus), la découverte de nouveaux aliments (souvent exotiques), la préparation quotidienne des repas, le temps, le savoir-faire et la discipline exigés pour acheter les aliments et les préparer, etc.

**Les médias : une source d'information privilégiée**

Les résultats de nos entrevues révèlent que les répondants puisent à une multitude de sources pour s'informer en matière de santé. Celle priorisée est cependant constituée des médias, surtout francophones, à l'égard desquels ils manifestent une grande fidélité : sites Internet (*Passeport Santé*, etc.), presse écrite (p. ex., chronique quotidienne du Dr Brunet dans le *Journal de Montréal*), magazines, émissions de télévision, de radio, livres. On remarque que les téléséries, téléromans et jeux quiz furent peu mentionnés comme source d'information

médicale, à l'inverse des émissions de services, des émissions culinaires et scientifiques. Aux sources médiatiques s'ajoute le contact en face à face (professionnels de la santé, collègues, amis, famille, CLSC, associations, fédérations, etc.). Les personnes plus à risque ou malades semblent avoir davantage tendance à s'informer auprès de sources médicales officielles (professionnels de la santé, associations, cliniques, pharmaciens, etc.).

**Attentes des téléspectateurs relativement aux émissions santé**

Rappelons que dans le cadre de nos consultations, nous nous sommes spécifiquement attardés aux attentes télévisuelles des répondants en matière de santé. De manière globale, les hommes semblent un peu moins intéressés par les émissions santé et de services, parce qu'elles abordent souvent des thématiques qui les concernent ou les touchent moins, disent-ils, et qu'elles ont tendance à mettre en scène surtout des femmes. Ils se montrent davantage attirés par les émissions télévisées qui présentent les résultats de recherches médicales et des données statistiques, et qui traitent des progrès scientifiques. Les femmes, tout en étant intéressées à l'aspect scientifique de l'information médicale, paraissent plus sensibles à la dimension humaine.

**Motivations de l'individu en quête d'informations santé télévisées**

Des motivations précises animent les répondants dans leur quête d'informations santé, notamment télévisées. Ils recherchent un mieux-être, tant physique que psychologique, une meilleure connaissance de soi, une plus grande compréhension d'une problématique médicale, la satisfaction d'une curiosité intellectuelle, l'énoncé de questions adéquates à poser au professionnel de la santé pour son bénéfice propre ou pour celui d'un proche (à l'occasion d'un rendez-vous clinique, par exemple), le décodage d'un vocabulaire spécialisé.

Au cours des consultations et suite au visionnement des six extraits télévisés de format distinct, les répondants ont exprimé des attentes précises, mais parfois différentes selon le sexe, étant donnée leur perception distincte de la santé, à l'égard des émissions abordant cette thématique. Celles-ci s'appliquent tant au contenu, à l'approche, à l'animation, qu'au choix des intervenants.

**Contenu**

Les répondants, remarque-t-on, sont en quête d'une information nouvelle (non connue), à la fine pointe de l'actualité, leur permettant d'aller plus loin dans la connaissance et la compréhension d'une problématique. Ils désirent des éléments de solution réalistes, intégrés dans leur quotidien et permettant de déboucher sur une action concrète. Ils apprécient les conseils, les **trucs** pratiques pour améliorer leur hygiène de vie. Ils veulent aussi qu'on leur présente **divers points de vue** sur une même information médicale, de manière à se faire une opinion personnelle (p. ex., l'IMC : en quoi constitue-t-il une donnée à considérer sur le plan médical ? Quelles sont ses limites ?). Ils sont aussi en

quête de facteurs de motivation, d'arguments de poids, de **petits coups de pouce** pour les convaincre de passer à l'action (nombre de personnes sont rationnellement convaincues de la pertinence d'un comportement sain pour la santé, mais n'ont pas toujours la volonté pour l'adopter). Les mythes, les mystères et les préjugés relatifs à la santé sont également des sujets à explorer. Il en va de même pour l'information locale en lien, par exemple, avec l'activité physique (localisation de pistes cyclables, centres de conditionnement physique, événements sportifs spéciaux s'adressant à la famille, etc.).

**Thématiques**

Les répondants se montrent avides de s'informer sur une multitude de thèmes. La santé, à leurs yeux, n'est pas un concept simple ; bien au contraire, il présente une infinie variété de facettes (médicale, sociale, psychologique, culturelle, économique, légale et politique) qui toutes présentent un intérêt. Les téléspectateurs, surtout les hommes, apprécient voir aborder des thématiques qui ne concernent pas exclusivement les femmes (p. ex., la ménopause) et que des personnes des deux sexes soient mises en scène. On aime voir clairement illustrer le rôle de l'alimentation et de l'activité physique dans le maintien de la santé globale. Le facteur héréditaire associé aux maladies suscite aussi beaucoup d'intérêt.

**En matière d'alimentation**

L'information sur les procédés de fabrication et de préparation des aliments (cueillette, transformation, chaînes de montage dans les usines, transport, etc.) éveille la curiosité. On s'intéresse aussi à l'aspect économique de l'alimentation (p. ex., nourriture biologique, transport des aliments, coûts de production, profits réalisés par les compagnies, intermédiaires, etc.) : par ailleurs, si l'on propose des moyens d'action pour préserver son potentiel santé (p. ex., aliments sains, activités sportives, sorties de plein air, etc.), ceux-ci doivent être abordables et accessibles à la plupart des bourses. Les téléspectateurs apprécient découvrir le lien entre l'alimentation et le développement de certaines maladies (obésité, cancer, maladies cardiovasculaires, etc.). L'aspect légal de la santé (législations gouvernementales, critères d'inspection, protocoles d'évaluation, régulations sur les OGM, restrictions imposées sur certains produits, etc.) intéresse beaucoup. La véritable valeur nutritive des nouveaux produits sur le marché, entre autres ceux non régis par le gouvernement, les produits biologiques, suscite beaucoup d'intérêt. Il est préférable, pour répondre aux attentes, que l'alimentation saine et équilibrée soit abordée sous l'angle de la santé, plutôt que de l'apparence physique. Les téléspectateurs sont friands de **petits trucs** alimentaires (p. ex., pour bien déjeuner le matin quand on n'a pas faim, pour réfréner les fringales et les excès alimentaires, pour bien s'alimenter à petit budget).

**Caractéristiques de l'information**

Les répondants sont en quête d'une information authentique, honnête, non sensationnaliste et indépendante (non conditionnée par des placements médias (produits), des commandites, etc.). Ils rejettent tout contenu trop dramatisé (p. ex., présenter le gain de poids souvent associé à la ménopause comme un problème de santé). Ils recherchent un discours cohérent, constant, homogène, évitant toute confusion ou ambigüité (faire la distinction ici entre une surcharge d'informations disparates et tous azimuts et la présentation de différents points de vue) et de source crédible. Détenant souvent déjà des connaissances de base sur certains sujets, les téléspectateurs dédaignent les informations qu'ils jugent un peu simplistes et évidentes, et qui ne les font pas avancer.

**Approche**

Les téléspectateurs rencontrés se montrent très sensibles à l'approche adoptée pour traiter de santé. C'est ce qui peut faire que celle-ci sera ou non intégrée, paraîtra ou non crédible et digne d'intérêt. L'exposé de la dimension humaine, psychologique, culturelle, religieuse et ethnique de toute information santé est souhaitable. Les personnes consultées se montrent réfractaires à toute image de perfection (physique notamment), inatteignable, culpabilisante, frustrante et décourageante, colportée par les médias. Dans un même ordre d'idée, la prudence est de mise lorsque l'on porte un jugement de valeur sur les habitudes de vie et que l'on impose une position inflexible. Il en est de même de tout discours (trop) répétitif qui pourrait avoir couleur de **matraquage**. On apprécie que les thématiques soient abordées sous un angle positif (p. ex., parler des bénéfices d'un comportement santé plutôt que des restrictions qu'il impose), préventif, pluriel (p. ex., éviter de toujours montrer de grosses bedaines à l'écran pour traiter d'embonpoint) et que l'on évite de présenter comme un **problème** ce qui n'en est pas un (p. ex., un simple surplus de quelques kilos). Le ton à privilégier est positif, motivant, encourageant plutôt que directif, prescriptif, alarmiste, dramatique. Les absolus **pas de sel, pas de gras, pas de sucre…bref pas d'écarts permis** sont à proscrire. L'exposition d'une problématique suscite l'intérêt dans la mesure où des pistes de solutions sont proposées.

**Traitement de l'information**

Le fil directeur est un guide efficace pour éviter la confusion dans la surcharge d'informations santé et pour clairement indiquer vers où l'on tend. Les téléspectateurs s'attendent à ce que tout sujet annoncé ou introduit soit dûment traité par la suite. Ceux-ci recherchent également une information en profondeur qui, si elle ne fait pas le tour complet d'une question, évite à tout le moins de divulguer des propos si superficiels et si globaux qu'ils informent peu ou pas. Il est pertinent de considérer les nuances entre la psychologie et le contexte de vie des femmes et des hommes en se rappelant qu'ils n'appréhendent pas la santé de la même façon. Le plaisir est une dimension des saines habitudes

de vie jugée essentielle : on aime lorsqu'il transparaît clairement à l'écran. C'est là un procédé qui éveille et maintient efficacement l'attention et l'écoute active, et peut constituer un facteur motivationnel d'**action santé**.

**Animation**
Les émissions de services mettent presque toutes en scène un animateur. Les répondants apprécient que celui-ci détienne des compétences et des connaissances incontestables en communication ainsi que dans un domaine relié à la santé (psychologie, médecine, médecine alternative, éducation physique, etc.), ceci pour être en mesure de poser des questions pertinentes aux spécialistes invités. Soulignons que l'animateur peut être un professionnel de la santé ou œuvrer dans ce domaine. Il détiendra des aptitudes de vulgarisation et sera capable de transposer l'information de nature scientifique dans le quotidien des gens. Les téléspectateurs sont attirés par les personnes jouissant d'une certaine notoriété publique. La crédibilité, tant de l'animateur que de ses ressources, s'avère un facteur clé d'intérêt.

**Intervenants**
La diversité des intervenants dans une même émission traitant de santé est un atout. Les répondants accordent cependant peu de crédit aux **simples citoyens** pour transmettre une information à caractère scientifique. Il en est de même des témoignages trop personnels et subjectifs, auxquels ils peuvent difficilement s'identifier, et qui manquent de crédibilité. On n'aime pas que les cas d'espèce soient mis à l'avant-plan. Selon les téléspectateurs, des spécialistes de toutes disciplines devraient être invités à transmettre l'information scientifique dans les émissions traitant de santé.

**Format**
Quelles sont les attentes des participants en ce qui a trait au format d'une émission ayant pour objectif la transmission d'informations santé ? Le reportage dans une émission d'actualité et le bulletin de nouvelles apparaissent plus pertinents pour mettre en lumière l'urgence d'agir dans un contexte de sensibilisation. On y répond essentiellement aux questions : « pourquoi » et « comment » une problématique existe-t-elle ? L'information utilitaire, quant à elle, semble davantage s'intégrer dans un magazine de consommation, spécialisé ou non en santé. On s'adresse alors tant à la dimension cognitive que psychosociologique de l'individu (voir tableau 2, p. 355).

## ANALYSE

**La télévision : un choix informatif parmi d'autres**
L'information en matière de santé est puisée à une multitude de sources, plutôt qu'à une seule. Sans doute faut-il voir là une volonté de valider l'information recueillie, pour s'assurer de sa véracité et de sa pertinence, ou encore, pour la

**Tableau 2**
**Formats télévisuels et information santé**

| Format télévisuel | Caractéristiques | Fonction | Rayonnement |
|---|---|---|---|
| Reportage dans un bulletin de nouvelles-actualités | Met en lumière l'actualité de la problématique et l'urgence d'agir<br>Des découvertes scientifiques | Sensibiliser sur le plan cognitif | Macrosociologique (société) |
| Magazine d'information scientifique (non spécialisé en santé) | Développe le « pourquoi et le comment » d'une problématique | Expliquer | Macrosociologique (société) |
| Magazine de services (non spécialisé en santé) | Informe sur les **choix** à faire<br>Influe au niveau du comportement | Informer au plan utilitaire et conscientiser | Microsociologique (individu) |
| Magazine de services (spécialisé en santé) | Informe sur le « pourquoi et le comment » et fournit des **choix santé** | Sensibiliser sur le plan cognitif et induire le comportement | Micro/psycho sociologique (individu) |

compléter et l'approfondir. La santé apparaît comme un sujet sérieux, lourd de conséquences, générateur d'émotions potentiellement vives et référant à une réalité intime : d'où l'importance de le traiter de façon éclairée et réfléchie.

Les expériences de complémentarité et de collaboration de différents médias (p. ex., la télévision, Internet, les imprimés et les médias sociaux) se sont révélées une avenue pertinente à exploiter pour la transmission et l'intégration de messages santé. Cette convergence des différentes plateformes médiatiques, dictée par leur évolution structurelle, permet entre autres de répéter l'information pour favoriser son assimilation, de la compléter, de la faire évoluer, et cela, pour des publics de plus en plus larges.

**Un téléspectateur critique et avisé**

Le téléspectateur s'avère, au fil des ans, de plus en plus actif, informé et critique dans sa recherche d'informations santé. Celui-ci relève les moindres incohérences, contradictions et imprécisions dans le visuel ou le propos. Cela est d'autant plus vrai que les informations sont sans cesse confrontées aux résultats des plus récentes études scientifiques et donc sujettes à être régulièrement réévaluées, réajustées, réactualisées.

Or la compétition féroce entre les médias de tous ordres, pour être à la fine pointe de l'actualité santé, oblige bien souvent à soumettre rapidement une information où les nuances, la crédibilité et l'approfondissement sont mis à mal au profit de la rapidité de production, de l'absence de preuves, du recours au sensationnalisme, au témoin unique et aux statistiques décontextualisées.

Les attentes des téléspectateurs à l'endroit des émissions de services et de santé (diffusées sur les chaînes généralistes et spécialisées) sont élevées et sensiblement les mêmes pour les deux sexes. Le déclencheur d'intérêt et le mode de réception, eux, peuvent cependant varier. Les producteurs s'adressent ici à deux types de récepteurs : les hommes qui affichent une attitude plus réactive et les femmes qui sont plus préventives ; ils ont donc avantage à adapter l'information en conséquence.

Hommes et femmes recherchent une information objective, descriptive et scientifique dans les émissions de services et de santé. Même si ces dernières demeurent prioritaires pour transmettre de l'information médicale, l'importance et le rôle des téléséries et téléromans dans cette tâche ne sont pas à sous-estimer (d'où l'exigence d'une information rigoureusement véridique et objective dans ces formats également). Le divertissement est souvent une porte d'entrée pour susciter l'intérêt du téléspectateur et établir un lien, un contact avec lui. La gratification hédoniste déborde ici la simple satisfaction et peut naître du sentiment de se sentir compétent, meilleur, performant et plus en contrôle de sa vie. Rappelons à cet effet que les personnages des productions dramatiques jouissent d'une grande popularité auprès de leur public cible et qu'ils peuvent s'avérer de bons véhicules d'informations et de sensibilisation, en plus de constituer des modèles percutants. Peut-être y aurait-il lieu aussi d'intégrer de l'information santé dans les émissions populaires auprès des hommes (émissions scientifiques, bulletins d'actualités, émissions sportives) de manière à mieux rejoindre cette clientèle cible.

Il convient qu'une conjonction entre l'information scientifique et profane, entre les faits objectifs et subjectifs, rationnels et émotifs, abstraits et concrets soit ici assurée.

### Un prérequis : bien connaître le téléspectateur dans son rapport à la santé

Il faut se rappeler que chaque individu récepteur d'informations détient un bagage spécifique, ancré dans un contexte de vie et un environnement local socioéco-politico-culturel, climatologique et religieux donné. Bref, le public ciblé par les producteurs d'émissions de services et de santé est diversifié sur le plan du sexe, de l'âge, de l'ethnie, de la culture, du milieu de vie et de l'état de santé. Si le producteur en tient compte, le téléspectateur s'identifiera plus aisément au propos et y trouvera une certaine résonance.

Afin d'éviter les redites inutiles et un éventuel désintéressement de certains téléspectateurs, le producteur d'émissions santé gagne à se poser une question préalable : que connaît déjà le téléspectateur sur le sujet ? Qu'aimerait-il savoir ? Même s'il peut être utile de rappeler certaines notions de base propres à situer le téléspectateur sur l'angle qui sera abordé, il est important de lui offrir des informations nouvelles qui l'enrichiront sur le plan de ses connaissances, de sa compréhension de la problématique et de sa sensibilisation.

Il semble parfois y avoir un phénomène de **mode** dans le choix des sujets santé traités à la télévision et dans les médias en général. Différents sujets au goût du jour demeurent à l'avant-scène pendant un certain temps, avant d'être éclipsés par de nouveaux. Il n'est que de penser aux acides gras oméga-3, aux probiotiques, aux suppléments vitaminiques, etc. C'est souvent la divulgation de résultats de recherches scientifiques, une découverte importante dans le domaine de la médecine ou de la nutrition, ou encore, une avancée thérapeutique qui explique ces brusques revirements d'intérêts et d'attention. Plusieurs téléspectateurs ne sont pas dupes de ces choix informatifs soumis aux diktats des **tendances de l'heure** et remettent en cause leur pertinence, leur sérieux et leur crédibilité. Il existe un **seuil critique** à ne pas franchir, un dosage adéquat à maintenir dans l'attention apportée à un même sujet pour éviter un tel écueil. À trop entendre parler d'un même sujet, le public cible peut être tenté de simplement le boycotter.

**La santé : un secteur régi par des impératifs économiques**

La perception selon laquelle la santé est un domaine régi, en bonne partie, par des impératifs économiques (où la loi du profit triomphe) circule au sein de la population. Les médias à leur tour y seraient assujettis, puisqu'ils sont financés par la publicité. Ce qui amène nombre de téléspectateurs à douter parfois de l'intégrité, de l'honnêteté et de l'impartialité de l'information santé qu'ils y captent. Le sentiment d'être manipulé, via les médias, par des entreprises ayant des visées lucratives, les habite. Les compagnies agroalimentaires, par exemple, auraient exploité à leur avantage le raz-de-marée informatif sur les aliments santé (sans mauvais gras, sans sucre ajouté, sans additifs alimentaires) et auraient grassement bénéficié de cette manne (conscientes du nouvel engouement des consommateurs pour ceux-ci, elles en ont développé une vaste panoplie, vendus parfois à fort prix). La validation de la valeur nutritive de ces nouveaux produits distribués et promus sur le marché constitue ici un exercice utile, dont pourraient se charger les médias, et plus précisément, la télévision.

Les téléspectateurs démontrent un intérêt marqué pour les découvertes de l'heure en matière de santé, notamment d'alimentation et d'activité physique, pour les recherches scientifiques en cours, pour la valeur et l'apport véritables des nouveaux produits et services sur le marché, etc. Actuellement, les médias ne rempliraient pas toujours adéquatement ce rôle de **mise à jour**.

L'indépendance et la volonté des médias d'informer la population s'avèrent deux impératifs **éthiques** à substituer à ceux d'ordre **économique**. La santé **n'a pas de prix**, ni au propre ni au figuré : et c'est là une balise que les téléspectateurs veulent sentir dans les lignes éditoriales des différentes émissions télévisées abordant, de près ou de loin, la thématique de la santé.

Une certaine image idéalisée (et faussée) de la santé, empreinte de recherche de perfection, notamment physique, semble s'enraciner dans l'imaginaire des gens et être entretenue, entre autres, par les médias. Les femmes y sont particulièrement sensibles. Avec une telle approche, le jugement de valeur et le sentiment de culpabilité les guettent. Une pression, parfois lourde à porter, d'être toujours performant, de n'avoir pas droit à l'erreur, de se comparer aux autres s'exerce par ailleurs, insidieusement. Les personnes risquent non plus d'adopter un bon comportement pour atteindre un bien-être, mais bien plutôt pour répondre aux diktats de la santé, être en accord avec ses critères de perfection et éviter d'être pointées du doigt, si elles se rendent coupables d'un comportement inadéquat. La raison d'être première de la saine hygiène de vie semble ici évacuée.

Les conseils, les outils et les **trucs** pratiques facilement intégrables au quotidien sont des contenus recherchés des téléspectateurs. Ils contribuent à accroître leur contrôle sur leur santé et à augmenter leur prédisposition à modifier certains comportements néfastes. Ces informations utilitaires peuvent aisément être intégrées tant aux émissions de services ou de santé, qu'aux téléséries ou aux téléromans, et concourir à établir une continuité entre la fiction et la vie réelle.

**À qui donner la parole ?**

La saine alimentation et le mode de vie actif semblent encore perçus comme l'apanage de personnes volontaires, bien informées (voire cultivées), non influençables, fortes, courageuses et déterminées. C'est là une perception un peu idéalisée et éloignée de la réalité, qui peut en décourager plusieurs. Or, mettre en scène dans les émissions télévisées des personnes « ordinaires », avec leurs limites physiques et psychologiques, simplement désireuses de profiter pleinement de la vie et d'exploiter au maximum leur potentiel santé, contribuerait à **démocratiser** ce concept et à en faire un bien accessible à tous.

Il est pertinent, dans les émissions de services notamment, de recourir à différents types d'intervenants, chacun y apportant sa couleur, sa compétence et son attrait informatif. Les simples témoins peuvent livrer des témoignages percutants, à condition que ceux-ci se prêtent à une possible identification chez les téléspectateurs. Les témoignages les plus pertinents sont ceux qui reflètent la diversité culturelle et sociale de la société québécoise. Ces derniers, cependant, ne peuvent supplanter en importance, en temps d'antenne notamment, les

interventions des spécialistes, le public ne leur accordant pas la même valeur objective et scientifique. Ils ajoutent néanmoins une dimension humaine et psychologique, essentielle lorsqu'il est question de santé.

Les spécialistes des diverses disciplines en lien avec la santé sont les personnes jugées les mieux habilitées et les plus crédibles pour transmettre une information à saveur scientifique. Leur talent de communicateur s'avère un atout de taille. Rappelons que l'on se situe dans le domaine de la santé et que l'information traitée peut contenir une certaine charge émotive, ce qui nécessite de la part de l'intervenant une compétence, une habileté et une empathie particulières. Le spécialiste peut contribuer, par son approche et son attitude, à réduire la distance et à adoucir l'aura d'autorité qui sépare parfois le professionnel de la santé du simple citoyen et altère leur collaboration mutuelle.

La diversité des intervenants dans une même émission permet entre autres d'exposer différents points de vue, d'illustrer plusieurs facettes d'une même réalité et d'approfondir celle-ci (pour traiter du cholestérol, par exemple, on pourrait inviter à l'émission un cardiologue, un nutritionniste, un pharmacien et un éducateur physique). Elle suggère aussi que la santé n'est pas un concept simple, dont on fait rapidement le tour et qui ne repose que sur des vérités et des dogmes établis et immuables. Par ailleurs, la diversité des opinions exposées encourage le téléspectateur à se forger sa propre opinion, à tirer ses propres conclusions.

## CONCLUSION

La télévision semble sans conteste un outil adéquat pour informer la population en matière de santé et, plus particulièrement, d'alimentation et d'activité physique. Mais les attentes des téléspectateurs à ce chapitre sont élevées, et cela, tant sur le plan du contenu, de l'approche et du format, que du traitement de l'information. Hommes et femmes, jeunes et aînés ont manifestement des intérêts qui se ressemblent, avec quelques nuances toutefois : ils composent de ce fait un public cible composite, dont les choix de production peuvent être tributaires.

De manière générale, les téléspectateurs recherchent une information **proche des gens**, qui s'incarne et s'actualise aisément dans leur quotidien. Celle-ci ne se contente pas de décrire une réalité, mais l'explique, propose des éléments de solution (s'il s'agit d'une problématique) ou tout au moins suggère des façons de composer, le mieux possible, avec elle. La proximité culturelle de l'information ayant trait à la santé favorise son intégration dans le quotidien du téléspectateur.

Grâce entre autres aux médias, la santé a quitté la sphère scientifique pour investir la sphère publique. Cela concourt à rendre la population plus responsable et plus en contrôle de sa santé. Mais cela ne va pas sans un risque accru

d'erreurs, de dérapages, de désinformation, puisque les professionnels de la santé ne sont plus les uniques **gardiens** de l'information et de la santé des collectivités. D'où l'exigence continue de la divulgation d'une information de qualité, crédible, objective, validée scientifiquement, et cela, dans les divers genres d'émissions télévisées abordant, de près ou de loin, cette thématique. Une perception perdure selon laquelle on parle beaucoup de santé à la télévision, mais que le contenu est parfois pauvre, superficiel, répétitif et insuffisamment développé. Rappelons que la socialisation médiatique de la santé n'est pas ici garante de scientificité.

Grâce à l'accessibilité des sources informatives complémentaires à la télévision (Internet, presse écrite, radio, etc.), le téléspectateur devient **acteur** de son éducation à la santé. Il met ici à profit sa compréhension **intelligente** de la santé, triant, traitant, intégrant l'information disponible en récepteur actif et critique. Il est vraisemblable qu'il ne continuera à puiser à la source d'informations télévisées que si celle-ci répond vraiment à ses attentes et s'inscrit en symbiose avec les différents dispositifs de médiation d'Internet, ceci afin d'établir une relation réelle entre lui et le message. Un défi pour le producteur, qui doit désormais subir une concurrence de plus en plus féroce, tout en offrant un produit répondant à des standards de qualité de plus en plus élevés.

## RÉFÉRENCES

Blumler, J.G. et E. Katz (dir.) (1974). *The Uses of Mass Communications : Current Perspectives on Gratifications Research*, Beverly Hills et Londres, Sage Publications.

Caron-Bouchard, M., L. Renaud *et al*. (2007). *Rapport synthèse d'entrevues de groupe sur la perception de la santé à travers les médias francophones québécois*, Montréal, Groupe de recherche Médias et santé (GRMS), Université du Québec à Montréal.

Caron-Bouchard, M., L. Renaud, C. Noiseux *et al*. (2007). *Rapport de recherche : entrevues de groupes sur les préférences des téléspectateurs en matière d'émissions de services télévisées portant sur l'alimentation et la santé*, Montréal, GRMS, Université du Québec à Montréal.

CDC (2005). *TV Drama/ComedyViewers and Health Information*, Porter Novelli Health Styles Survey, <www.cdc.gov/HealthMarketing/entertainment_education/healthstyles_2005.pdf>, (consulté le 25 juin 2009).

Charaudeau, P. (2005.) *Les meûdias et l'information, l'impossible transparence du discours*, Bruxelles, De Boeck, coll. « Médias recherches ».

Courbet, D.et M.-P. Fourquet (2003). *La télévision et ses influences*, Bruxelles, De Boeck, coll. « Médias recherches ».

EACA (2008). *L'enquête de 2008 sur les attitudes des Canadiens à l'égard de l'apprentissage sur la santé*, <www.ccl-cca.ca/CCL/Home/index.htm?Language=FR>.

Lang, A. et N.S. Yegegiyan (2008). « Understanding the interactive effects of emotional appeal and claim strength in health messages », *Journal of Broadcasting & Electronic Media,* septembre.

Murphy, S.T., H.J. Heather *et al*. (2008). *How Healthy is Prime Time ?*, Hollywood, The Kaiser Family Foundation et USC Annenberg, <www.kff.org/entmedia/mh091608pkg.cfm>.

Renaud, L. *et al*. (2007) *La perception de la santé à travers les médias francophones québécois*, Montréal, GRMS, Université du Québec à Montréal.

Rideout, V. (2008). *Television as a Health Educator : A Case Study of Grey's Anatomy*, Hollowood, The Kaiser Family Foundation Report, <www.kff.org/entmedia/tv.cfm>.

Romeyer, H. (2007). *La santé à la télévision : émergence d'une question sociale*, Groupe de recherche sur les enjeux de la communication, Université Grenoble 3, *Questions de communication*, vol. 11, p. 51-90.

Rossi, E. (2002). *Uses & Gratifications/ Dependency Theory*, <zimmer.csufresno.edu/~johnca/spch100/7-4-uses.htm>.

Rutger, C.M., E. Engels *et al*. (2009). « Alcohol and alcoholism affects actual drinking », *Behaviour in Oxford Journal*, vol. 44, nº 3, p. 244-249, <alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/agp003>.

Ruggiero, T.E. (2000). « Uses and gratifications theory in the 21st Century », *Mass Communication and Society*, vol. 3, nº 1, p. 3-37, <www.leaonline.com>.

The Kaiser Family Foundation and the Pew Research Center's Project for Excellence in Journalism (2009). *Coverage of Health News*, juin, Hollywood, The Kaiser Family Foundation.

Viswanath, K., D. Kelly *et al*. (2008). « Occupational practices and the making of health news : A national survey of U.S. Health and Medical Science Journalists », *Journal of Health Communication*, vol. 13, nº 8, p. 759-777.

Wise, K., S. Lee *et al*. (2008). « Responding to change on TV : How viewer-controlled changes in content differ from programmed changes in content », *Journal of Broadcasting & Electronic Media,* vol. 52, nº 2.

Zoller, H.M. et M.J. Dutta (dir.) (2008). *Emerging Perspectives in Health Communication : Meaning, Culture, and Power*, New York, Routledge.

## 4.9 Sur le terrain des jeunes : une étude de l'impact de l'émission *Tactik* sur le façonnement de la norme en matière d'activité physique chez les jeunes

Monique Caron-Bouchard, Ph. D., Lise Renaud, Ph. D., Colette Noiseux, M.Sc., et Sylvie Beaulieu, B.A.

**RÉSUMÉ**

L'activité physique est un important déterminant de la santé. Or, on enregistre dès l'adolescence une baisse de la pratique. Une émission télévisée (ciblant les neuf à douze ans) telle *Tactik* (diffusée à Télé-Québec), qui met en scène deux équipes de jeunes joueurs de soccer, ne pourrait-elle pas promouvoir un mode de vie actif chez ce groupe cible et contribuer au façonnement de la norme en matière d'activité physique ? Pour répondre à cette question, nous avons mené, au printemps 2009, une étude formative auprès de 64 jeunes de la 6e année du primaire (d'origine ethnique et de milieux géo-socioéconomiques variés). Les données recueillies lors de seize entrevues de groupe (incluant le visionnement d'un épisode de *Tactik*) ont révélé que la scène sportive (tant récréative que compétitive) y était perçue comme « une petite école de la vie », qui transmet des valeurs (la solidarité, l'empathie, l'esprit d'équipe, etc.) sous-jacentes à divers comportements à adopter. *Tactik* semble bien illustrer le plaisir à faire de l'activité physique (facteur de motivation primordial) et donner envie à certains jeunes de s'y adonner. Son effet miroir contribuerait à consolider les comportements actifs déjà acquis, à stimuler ces derniers et à éveiller l'intérêt de ceux qui hésitent à s'impliquer.

**ABSTRACT**

Physical activity is a major health determinant. However, there is a marked decline in physical activity as early as adolescence. Can a television program targeting children aged 9-12 such as *Tactik* (broadcast on Télé-Québec), which features two teams of young soccer players, promote an active lifestyle to the target audience and contribute to shaping the physical activity norm? To answer this question, we conducted in the spring of 2009 a formative study which included 64 Grade 6 youths from various ethnic and geo-socioeconomic backgrounds. Data collected through sixteen group interviews (including the viewing of a *Tactik* episode) revealed that sports (both recreational and competitive) was regarded as a *life lesson* that carries values (solidarity, empathy, team spirit, etc.) underlying various prescribed behaviours. *Tactik* seems to illustrate well the pleasure of engaging in physical activity (a paramount motivation factor) and inspires some youths to engage in it. Its mirror effect might contribute to consolidating already acquired active behaviours, stimulating these behaviours, and raising an interest among individuals who are reluctant to involve themselves.

## INTRODUCTION

L'activité physique est, au même titre que la saine alimentation, un déterminant de la santé. Or, la pratique de l'activité physique durant l'enfance et l'adolescence tend à favoriser la poursuite d'une vie active, à l'âge adulte (Thibault, 2000). Mais dans les faits, les adolescents ont tendance, avec le temps, à devenir de moins en moins actifs physiquement. Au banc des accusés figure entre autres la télévision. On lui attribue une influence négative sur le poids corporel ainsi qu'une responsabilité partielle, mais significative, de l'incidence de l'obésité (Statistique Canada, 2004*a* ; The Kaiser Family Foundation, 2004).

Mais la télévision ne pourrait-elle pas aussi, dans certains cas, avoir un impact positif sur le jeune public, par exemple, en suscitant chez lui une réflexion, en modifiant ses attitudes, en présentant des modèles de référence positifs et en favorisant une prédisposition pour la pratique de l'activité physique ? Bref, si la télévision ne peut prétendre modifier les comportements, elle pourrait à tout le moins permettre un éveil, une prise de conscience et participer de façon active au façonnement des normes en matière d'activité physique. C'est ce que nous allons tenter de vérifier à la lumière des résultats d'une étude de type formatif effectuée auprès de jeunes téléspectateurs de l'émission télévisée conçue pour les neuf à douze ans, *Tactik*, laquelle s'inscrit dans le contexte d'une équipe de soccer.

## PROBLÉMATIQUE

Depuis plus de quatre ans, le Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) se penche sur la relation entre les médias et les individus dans le façonnement des normes en matière d'activité physique. En particulier, des chercheures du groupe ont procédé à des analyses de contenu d'articles de la presse écrite et de rubriques de sites Web reliés au domaine de la santé, ainsi qu'à des évaluations de productions télévisuelles de types magazine et dramatique, en rapport avec le traitement de sujets sur la santé. Parallèlement, des consultations ont été menées auprès de jeunes de neuf à douze ans et de professeurs d'éducation physique, sur les expériences et attentes de ce groupe cible relativement à la pratique d'activités physiques (Gagnon *et al.,* 2007).

Les résultats de ces études ont été communiqués à diverses occasions et des contacts ont pu être établis avec la maison de production Vivavision œuvrant alors au développement d'une nouvelle série dramatique ciblant les préadolescents québécois et laissant une large place à la pratique de l'activité physique, notamment celle du soccer. La première saison de *Tactik* était ainsi télédiffusée sur les ondes de Télé-Québec, à partir du 5 janvier 2009.

Le lecteur trouvera ci-après un bref profil des neuf à douze ans, lequel permettra de mieux cerner les caractéristiques d'une émission télévisée bien ciblée sur ce groupe d'âge.

**Profil du jeune de neuf à douze ans en lien avec la pratique de l'activité physique**

Les jeunes de neuf à douze ans présentent des caractéristiques psycho-sociocognito-physiques et comportementales qui peuvent influencer entre autres leur rapport avec l'activité physique. Comme le décrit Morier (2007), il s'agit d'un âge où l'on apprécie de plus en plus se mesurer aux autres, où l'on est plus conscient de son corps, où la relation avec les pairs gagne en importance et où les modèles sont extrêmement influents. Parallèlement, le jeune de cet âge cherche de plus en plus à dépasser ses limites, utilise davantage l'humour comme mode d'expression, se montre de plus en plus influençable, mais maîtrise mieux son impulsivité. Il est friand de défis (lesquels contribuent à le valoriser) et il apprécie généralement les activités sportives où la compétition est balisée et contrôlée. On note une différence de maturité d'une année environ entre les filles et les garçons de cette classe d'âge.

Les deux principaux groupes d'appartenance des jeunes de neuf à douze ans sont la famille et les amis. Dans le contexte de l'activité physique, ceux-ci trouvent auprès de la famille l'occasion de vivre des découvertes, de nouvelles expériences et une transmission intergénérationnelle des modes et habitudes de pratique. Auprès des amis, ils expérimentent plutôt la complicité, la confiance, l'absence de gêne et la collaboration (Roy, 2005). L'enfant de cet âge-là explore de plus en plus de lieux extérieurs à la cellule familiale. Il traverse une période de recherche identitaire qui l'incite à chercher des modèles l'aidant à se définir comme individu, tant dans ses relations avec les pairs qu'avec l'autorité (Bee et Boyd, 2002).

Dans le contexte plus large du loisir (et notamment des camps de jeunes auxquels plusieurs participent), Caron-Bouchard (1997) et Maillé (1999) montrent que le moniteur (ou entraîneur sportif) occupe une place prépondérante dans l'échelle d'évaluation des jeunes. Ces derniers apprécient lorsque celui-ci fait preuve de gentillesse, d'intelligence, d'humour, de confiance et qu'il n'exerce pas de discipline de façon abusive. Un moniteur-entraîneur qui sait être un participant actif soucieux du désir de liberté et d'autonomie des jeunes gagne également en popularité.

**L'activité physique : déterminant de la santé des jeunes**

Le comité scientifique de Kino-Québec (Thibault, 2000) a émis un avis établissant l'activité physique comme déterminant de la santé et du bien-être des jeunes. Les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé des jeunes sont documentés, notamment au chapitre de la croissance, de la masse corporelle, de la condition physique, de la santé mentale et de l'adaptation sociale. Le Comité scientifique de Kino-Québec (2006) recommande la pratique d'activités physiques quotidiennes qui s'intègrent aisément aux habitudes de vie des jeunes.

Les campagnes de sensibilisation visant à accroître la pratique de l'activité physique chez ce public cible devraient par ailleurs accorder une attention particulière aux jeunes filles, surtout celles ayant un mode de vie sédentaire.

Nolin *et al.* (2002) identifient quatre types d'activité physique potentiellement incluse dans une journée : l'activité physique domestique (se laver, bricoler, etc.), l'activité physique de travail (classer du matériel, transporter des colis, etc.), l'activité physique de transport (se rendre au travail ou à l'école en marchant ou à bicyclette, etc.) et l'activité physique de loisir (sports, conditionnement physique, plein air, etc.). Cette dernière catégorie peut s'actualiser au quotidien dans le cadre du loisir ou de l'école, en solitaire ou en compagnie de membres de la famille ou d'amis.

**Une pratique en chute libre**

Voici déjà plusieurs années, différents organismes de santé publique sonnaient l'alarme (Desharnais et Godin, 1995). La pratique de l'activité physique des jeunes, fut-il en effet établi, chute significativement au cours de l'adolescence. La baisse entre l'âge de douze ans et la fin de l'adolescence est de l'ordre de 35 %, au Québec..

Parallèlement, à partir de l'âge de douze ans, la majorité des enfants présentent au moins un facteur de risque de développer une maladie cardiovasculaire : obésité, pression artérielle élevée, tabagisme, etc. Un enfant québécois sur cinq présente un excès de poids (Statistique Canada, 2004a). De 2003 à 2006, le nombre de jeunes obèses a augmenté de 35,7 % selon le Bulletin canadien de l'activité physique chez les jeunes (2007). Les données recueillies par Statistique Canada en 2004 révèlent par ailleurs que le taux d'obésité a triplé chez les douze à dix-sept ans, entre 1978 et 2004. Il s'agit là de l'accroissement le plus important du taux d'obésité, toutes classes d'âge confondues.

**Écoute télévisuelle et loisirs des jeunes de neuf à douze ans**

La télévision (aux côtés d'Internet et des jeux vidéo) a souvent été pointée du doigt comme responsable du mode de vie sédentaire des jeunes. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2004a) révèle en effet que chez les enfants de six à dix-sept ans le nombre d'heures passées devant l'écran (de télévision, de console vidéo ou d'ordinateur) constitue un déterminant de l'augmentation de **l'embonpoint ou de l'obésité**. Selon Morier (2007), les loisirs les plus populaires chez les neuf à douze ans sont les médias (Internet, jeux vidéo, télévision et cinéma), l'écoute de la musique, les prestations en amateur (musique, théâtre, danse, arts plastiques, etc.) et la pratique d'activités physiques.

Même si elle occupe une place moins importante que par le passé dans l'agenda des jeunes, la télévision demeure un média populaire auprès de cette classe d'âge. Les enfants québécois francophones âgés de deux à onze ans visionnent

la télévision en moyenne 14,3 heures par semaine (Statistique Canada, 2004b). Les émissions de sports occupent le 5e rang (sur un total de douze) des émissions les plus écoutées par les personnes âgées de deux ans et plus, au Canada (Statistique Canada, 2004c).

Si elle semble avoir un impact négatif sur la pratique de l'activité physique et sur la prévalence de l'obésité de certains jeunes, la télévision remplit certains rôles éminemment positifs, comme celui de les informer (Advocates For Youth, 2000 ; Kaiser Family Foundation, 2001). Ces derniers, en effet, y puisent, via une multitude de formats d'émissions (sports, actualités, téléromans, variétés, documentaires, publicité, etc.) des informations sur différents sujets (la santé, le tabac, le sida, la sexualité, l'activité physique, l'alcool, l'environnement, le réchauffement climatique, etc.). Un sondage effectué en France par l'institut IPSOS (2005) a par exemple révélé que 34 % des dix à quinze ans considèrent que c'est par la télévision qu'ils s'informent le mieux sur l'état de l'environnement et de la nature. La télévision serait même nettement en tête au chapitre des sources d'information des jeunes.

Si certaines émissions télévisées sont écoutées passivement, d'autres suscitent une réflexion chez les jeunes, qui donnent lieu parfois à des discussions en famille ou entre amis. L'influence de la télévision sur ce public, toutefois, varie en fonction de certains facteurs comme le nombre d'heures passées devant le petit écran, l'âge, la personnalité, le fait de regarder la télé seul ou avec des adultes, et enfin, les discussions suscitées par le contenu visionné.

Outre des informations de nature cognitive et sociale, la télévision produit beaucoup de contenus à teneur affective, qui sont susceptibles d'influencer l'affect et la motivation (Bartsch, 2006). Lebel *et al.* (2003) et Arkinson *et al.* (1998) notent à cet effet le pouvoir de la télévision à stimuler les émotions positives (telles que le sentiment de compétence) et négatives, mais aussi gratifiantes.

**Des modèles télévisuels positifs pour les jeunes**

L'enquête menée par Roy (2005) sur le plaisir associé à l'activité physique stipule que les principales sources d'inspiration des jeunes sont issues de la famille. La télévision et le cinéma constituent ensuite les banques de modèles les plus influentes. Viennent alors les amis, qui peuvent jouer un rôle important dans la découverte de nouveaux intérêts dans le domaine de l'activité physique et du sport. Les vedettes sportives et autres suscitent aussi l'intérêt et sont source de plaisir, d'inspiration et d'attrait. Celles-ci motivent les jeunes à persévérer dans leurs efforts, à expérimenter de nouvelles techniques et à hausser leurs objectifs de performance. L'influence des modèles est cependant relative, puisque la moitié des répondants déclare ne pas en avoir. Les médias, affirment-ils, peuvent aussi renforcer des valeurs et susciter un intérêt pour l'activité physique, dans la mesure où les jeunes protagonistes sont actifs et intégrés dans un contexte auquel ils peuvent s'identifier (Caron-Bouchard, 1997). La

télévision peut de ce fait offrir une sorte de miroir projectif de leurs désirs et aspirations, mais aussi de leurs éventuels tâtonnements et découragements en matière d'activité physique. Pasquier (1999) considère pour sa part que la télévision participe à la socialisation de codes divers et contribue à fabriquer des conventions collectives.

L'étude sur les *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec* menée par le Comité scientifique de Kino-Québec (2004) démontre que les médias, entre autres, influencent positivement la participation des jeunes. La publicité et les campagnes de sensibilisation rempliraient cette même fonction d'information et opéreraient la même influence que la télévision.

Le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) (2005) a identifié trois secteurs stratégiques à cibler pour une intervention liée aux problèmes de poids, dans la population générale, y inclus les jeunes : les secteurs agroalimentaire, socioculturel et celui de l'environnement bâti. Le secteur agroalimentaire comprend entre autres l'agriculture, la transformation et la distribution des aliments. Le secteur de l'environnement bâti réfère à l'aménagement du territoire, à l'organisation du transport, etc. Le secteur socioculturel, enfin, renvoie aux médias, à la publicité, aux industries « du corps », à la lutte contre la discrimination à l'égard du poids, etc. Le GTTP (2005) informe que les médias, la publicité, la mode et le show-business contribuent à la création des normes de beauté. On peut logiquement énoncer, dans la même lignée, que ces composantes du secteur socioculturel (au nombre desquelles figure la télévision) pourraient également favoriser l'intégration de normes de santé, en lien avec l'activité physique. Certaines études démontrent que les productions télévisuelles de type narratif ont un impact plus grand sur les attitudes, car elles s'inscrivent dans le registre du socioaffectif. D'autres suggèrent que les médias (télévision, Internet et jeux vidéo) constituent des sources importantes d'information et de transmission de modèles de comportement en lien avec la santé (My Thai *et al.*, 2009 ; Caron-Bouchard, 1997).

Un bémol s'impose cependant ici : « Savoir ne fait pas nécessairement changer » (ASPQ, 2005). Savoir que l'obésité et le tabagisme sont nocifs pour la santé, par exemple, n'incite pas pour autant à changer les comportements qui en sont la cause. En effet, le changement ne saurait être engendré par la seule connaissance ou bonne volonté.

Les théories classiques stipulent que l'acquisition d'une information (par la télévision ou la publicité) ne suffit pas à induire un changement de comportement. Caron-Bouchard et Renaud (2001) expliquent qu'elle peut néanmoins amorcer un processus de changement d'attitude du récepteur en permettant entre autres : l'exposition (au message), l'éveil (face à la problématique exposée),

la connaissance (des bienfaits et des méfaits d'une problématique), la mémoire (de bons et mauvais souvenirs), l'opinion ou la croyance (sur la problématique). Bref, le visionnement d'une émission télévisée peut prédisposer à un changement, mais sans pour autant le concrétiser. D'autres facteurs de motivation, notamment pour les jeunes, entrent ici en jeu.

**Un facteur de motivation prédominant : le plaisir**

Qu'est-ce qui motive un jeune de neuf à douze ans à faire de l'activité physique ? L'avis du Comité scientifique de Kino-Québec (Kino-Québec, 2006) explique que la recherche de bienfaits physiologiques ou la crainte de la maladie ne constituent pas des facteurs de motivation efficaces auprès de ce public cible. En fait, plusieurs facteurs de motivation entreraient en compte dans la décision d'être ou non actif physiquement. Une étude de Roy (2005) identifie quatre principaux facteurs encourageant la pratique de l'activité physique chez les jeunes : le plaisir retiré à pratiquer un sport, la sensation d'être en meilleure forme physique, le désir d'être avec des amis et le sentiment de se dépasser physiquement. La recherche du plaisir, se soldant par des bénéfices concrets et personnels à court terme, semble cependant constituer, dans toutes les études consultées, le principal facteur de motivation identifié.

Une brochure réalisée par Kino-Québec (2003) démontre que le plaisir éprouvé influence grandement la décision des jeunes de douze à dix-sept ans de pratiquer des activités physiques ou sportives. On y établit une distinction entre la pré-adolescence et l'adolescence. Avant l'adolescence, le plaisir expérimenté serait le principal motif évoqué pour justifier la décision de pratiquer ou non une activité physique. Au début de l'adolescence s'amorcerait un processus de désengagement, imputable non seulement à l'apparition de nouveaux intérêts chez les jeunes, mais aussi à la perte progressive de plaisir dans la pratique de l'activité physique.

La perte de plaisir n'est cependant pas toujours reliée à l'activité elle-même explique Roy (2005), mais bien plutôt au contexte et aux conditions de pratique (diminution du temps de jeu, accent mis sur la victoire, pression grandissante des parents et des entraîneurs, etc.). L'auteur révèle de surcroît que les activités physiques et sportives encadrées accordent, avec l'avancée en âge, de moins en moins de temps au plaisir et de plus en plus de temps à la formation, à l'apprentissage de techniques, de savoir-faire. Les valeurs telles que la performance et la victoire s'imposent alors avec de plus en plus de force, au détriment du plaisir et de la simple participation.

**Un plaisir à définir**

Mais en quoi consiste précisément le plaisir, ressenti et vécu par les jeunes, dans le contexte de l'activité physique ? Celui-ci présente une multitude de facettes et de manifestations complémentaires, qu'il est possible de regrouper

en diverses typologies. Roy (2005, p. 22) décrit le plaisir comme suit : « le plaisir d'être actif, de jouer, d'aller au bout de soi et de ses capacités, la satisfaction ressentie après la réalisation d'une activité, d'un geste bien exécuté, d'une participation au sein d'une équipe ». À ces dimensions s'ajoute le plaisir d'être avec des amis ou dans une équipe sportive, de participer à une compétition (ou à un tournoi), de se changer les idées, de s'améliorer, d'être reconnu (par ses pairs, par sa famille et par son entraîneur) et de se surprendre soi-même (en réalisant une performance, par exemple). L'activité physique et le sport procurent au jeune des occasions d'être, le temps d'un match, d'une pratique ou d'un exercice sportif, un « héros » à ses yeux et à ceux d'autrui et de vivre de petites « gloires ». Le plaisir expérimenté dans le contexte de l'activité physique peut être de nature individuelle ou collective.

Roy (2005) classifie les différents plaisirs en quatre sous-groupes : le plaisir de gagner, le plaisir de jouer, le plaisir d'être bon et le plaisir de « la première fois ». L'auteur identifie aussi les quatre pôles sociaux générateurs de plaisir associé à l'activité physique chez les jeunes : les amis, l'équipe, l'école et la famille. Chacun offre sa propre source de satisfaction.

Le plaisir vécu dans un cadre l'un récréatif et l'autre compétitif affiche de nombreuses similitudes, même s'il peut parfois différer sous certains aspects. Les principales sensations associées au plaisir sont la joie, l'énergie et l'excitation. Le souvenir du plaisir éprouvé au moment de la pratique de l'activité physique serait comparable à celui vécu lors de l'activité physique, ce qui donne à croire que celui-ci se poursuit et continue à habiter, pour une certaine durée, les pensées de la personne. Le plaisir apporterait du bonheur et du bien-être, et favoriserait une nouvelle façon, pour les jeunes, de concevoir leur vie et leurs problèmes.

L'activité physique est un facteur d'intégration sociale important. Ce qui explique qu'elle soit aussi fortement associée au plaisir. La préadolescence et l'adolescence sont des périodes où le besoin d'appartenance au groupe est grand. Les jeunes recherchent la présence d'amis partageant des intérêts communs et l'activité sportive peut venir combler efficacement ce besoin.

**En bref…**

Nous avons constaté qu'un problème grandissant d'inactivité physique et de surpoids sévit au sein de la population au Québec (et particulièrement des jeunes). La promotion de saines habitudes de vie (au nombre desquelles figure une activité physique régulière) doit dans un tel contexte devenir une préoccupation de tous les instants. Diverses approches peuvent être exploitées pour ce faire : interventions dans les écoles, propositions d'activités pour les familles dans les collectivités, campagnes de sensibilisation ciblées sur les jeunes dans les médias, etc. En un mot, il faut aller sur « le terrain des jeunes », là où ils vivent

et évoluent. L'émission jeunesse *Tactik* est une incursion concrète sur ce même terrain. Nous allons, dans les pages qui suivent, mesurer la perception de l'émission chez les jeunes, examiner l'intérêt qu'elle suscite ainsi que son influence sur leur pratique de l'activité physique.

## OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Avec l'accord des personnes responsables, nous avons réalisé au printemps 2009 – soit environ six semaines après le début de la diffusion de *Tactik* – une étude auprès de jeunes téléspectateurs. La démarche visait essentiellement à :

- Cerner la perception d'un contenu télévisuel dramatique sur l'activité physique, selon les variables suivantes :
  - le sexe,
  - la provenance géographique,
  - l'origine culturelle ;
- Relever le potentiel d'un tel contenu médiatique sur le façonnement des normes chez les jeunes visés.

Notons que le choix de la thématique abordée par l'émission, à savoir le soccer, s'inscrit dans la lignée des intérêts sportifs des jeunes canadiens. Une étude menée par Statistique Canada (2005) révélait en effet que le soccer est le sport de prédilection des enfants de cinq à quatorze ans, puisque 44 % d'entre eux y jouent. L'enthousiasme gagnerait autant les filles que les garçons. La popularité du soccer pourrait être imputable à la population canadienne de plus en plus multiculturelle et à l'équipement limité qu'une telle activité exige.

**Encadré 1**
**Tactik : une émission jeunesse qui fait la promotion de l'activité physique**

Offerte à la télévision de Télé-Québec, la série dramatique *Tactik* est une production québécoise de la compagnie de production médiatique Vivavision ; elle s'adresse spécifiquement aux préadolescents et aux préadolescentes de neuf à douze ans, et met en vedette des jeunes garçons et des jeunes filles qui font partie d'une équipe de soccer de calibre récréatif. On y présente des scénarios portant sur des problématiques touchant les relations interpersonnelles propres à la réalité des jeunes du groupe d'âge visé, que ce soit dans leur groupe de pairs, leur famille ou leur entourage immédiat. La pratique de l'activité physique apparaît toujours – de manière plus ou moins soutenue – en toile de fond. Un site Internet proposant diverses activités est également proposé aux jeunes.

## MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cette recherche consiste à mesurer la perception de l'émission *Tactik* et l'intérêt suscité par celle-ci chez les jeunes de onze-douze ans.

**Dispositif de recherche**

Comme dispositif de recherche, nous avons opté pour l'étude qualitative basée sur l'analyse des propos recueillis lors de rencontres avec des jeunes constituant le groupe cible de l'émission. Les entrevues, de type semi-structuré, ont eu cours entre le 11 mars et le 3 avril 2009. Dans tous les groupes, la démarche était identique : les jeunes remplissaient un bref questionnaire écrit sur leurs habitudes de pratique d'activité physique et sportive, puis ils participaient à la première partie de l'entrevue portant sur la connaissance, l'écoute et l'appréciation générale de la série *Tactik*. Par la suite, les répondants visionnaient un épisode de la série, selon le cas l'épisode nº 11 : *Passion impossible*[1], ou l'épisode nº 60 : *Jeu de confiance*[2]. La projection était suivie de l'administration d'un questionnaire d'appréciation individuelle et d'une discussion.

**Caractéristiques de l'échantillon**

Nous avons effectué seize entrevues réunissant chaque fois quatre garçons ou filles de 6e année, recrutés dans huit écoles différentes. Six des écoles visitées étaient situées sur l'Île de Montréal ou dans sa banlieue immédiate, et les deux autres en dehors de la région métropolitaine (Québec, Saint-Jérôme). Deux établissements de la région de Montréal avaient comme contrainte de recruter des jeunes nés dans un pays autre que le Canada, ou dont les parents étaient nés dans un autre pays que le Canada.

Le tableau 1 présente la composition du groupe des jeunes participants de notre étude, selon l'âge et le sexe.

**Tableau 1**
**Répartition des participants de l'étude selon l'âge et le sexe**

| | Garçon | Fille | Total |
|---|---|---|---|
| 11 ans | 16 | 10 | 26 |
| 12 ans | 16 | 22 | 38 |
| Total | 32 | 32 | 64 |

[1] Résumé de l'épisode nº 11 : avec la complicité de sa sœur Frida, Dalie a caché à ses parents qu'elle fait partie d'une équipe de soccer. Samuel croit que Diego, le capitaine de l'équipe adverse, a posé des affiches ridiculisant son équipe.

[2] Résumé de l'épisode nº 60 : L'Épik – l'équipe des héros de l'émission – rencontre ses rivaux de toujours, Les Crampons. Le joueur vedette de L'Épik, Mikaël, l'a quittée pour rejoindre les Crampons, ce qui n'a pas fait plaisir à ses amis, en particulier Dalie. Diego fait maintenant partie de L'Épik, mais il n'est pas en forme et Théo et Samuel s'en inquiètent. Enfin, Rose effectue sa première prestation de gardienne de but.

**Tableau 2**
**Répartition des participants selon le pays de leur naissance et selon le pays de naissance de leur père et de leur mère**

| | Pays de naissance du répondant | Pays de naissance du père du répondant | Pays de naissance de la mère du répondant |
|---|---|---|---|
| Canada | 48 | 30 | 34 |
| Pays du Maghreb (Algérie/Maroc/ Tunisie) | 8 | 9 | 9 |
| Autres | 8 | 25 | 21 |
| Total | 64 | 64 | 64 |

Nos objectifs de recherche impliquaient une représentation importante de répondants issus des minorités ethnoculturelles canadiennes. Cette information sur notre groupe d'analyse est contenue dans le tableau 2, ci-dessus. On y constate qu'environ les trois quarts (48/64) des jeunes consultés sont nés au Canada et les autres (16/64) dans un autre pays, notamment du Maghreb (8/16). Par ailleurs, au moins la moitié des répondants avaient au moins un de leurs parents – père, mère ou les deux – nés dans un autre pays.

## ANALYSE DES RÉSULTATS

### Perception de la série

D'entrée de jeu, les jeunes consultants qui connaissaient déjà la série *Tactik* la décrivent comme une émission destinée spécifiquement à leur groupe d'âge et dans laquelle ils se reconnaissent. Ils citent le réalisme des situations et des personnages, leur intérêt pour le contexte dramatique d'une équipe de soccer, les intrigues nées des relations entre les personnages. Ils ne font pas spontanément mention des interventions des parents ; cet aspect devra être abordé en assisté en cours d'entrevue.

Les raisons de non-écoute ont rarement trait au contenu de la série. Les jeunes invoquent un emploi du temps consacré à une autre activité que l'écoute de la télévision, l'absence de Télé-Québec dans le bouquet de chaînes disponibles à la maison (accès limité aux chaînes de langue anglaise ou arabe) et la méconnaissance de l'existence de la série, surtout chez les garçons. Plusieurs filles, pour leur part, mentionnent leur absence d'intérêt pour les problématiques préado, la recherche de problématiques portées par des personnages plus âgés et leur préférence pour d'autres séries de télévision.

> Ce que j'aime, c'est que les filles qui jouent dedans, leur caractère, ça nous ressemble beaucoup (fille, Montréal).

> *Tactik*, c'est des jeunes de notre âge, c'est exactement ce qu'on vit, j'aime les choses de sport et les tactiques de soccer (fille, origine culturelle autre que québécoise).
>
> Il n'y a pas beaucoup d'émissions qui parlent de la vraie vie, comme le sport. Puis en même temps, ça nous montre d'accepter les filles même si elles sont moins fortes, elles sont quand même bonnes […] (garçon, région).
>
> Les personnages sont *hot*, Mikaël, Dalie et Samuel. Mikaël il a changé d'équipe, Dalie, elle, est *hot*, elle est asthmatique, elle donne du punch, Samuel parce qu'il est compétitif (garçon, origine culturelle autre que québécoise).

**Perception des dimensions sous-jacentes aux principaux personnages préado de *Tactik***

L'analyse des propos recueillis auprès des participants sur les personnages principaux permet de dégager deux grandes dimensions – sportive et sociale – leur personnalité. Ces caractéristiques étaient portées avec une intensité variable, d'un protagoniste à l'autre. Ainsi, Théo représente-t-il le jeune moins compétent en sport, mais apprécié pour la qualité de ses relations avec ses pairs ; Samuel, quant à lui, est le joueur « mordu » de soccer pour qui gagner est primordial dans le cadre du sport.

***Personnalité sportive (comportements et attitudes liés à la pratique de l'activité physique ou sportive par les jeunes protagonistes)***

Les caractéristiques comportementales les plus souvent relevées par les jeunes répondants ont trait au dynamisme des personnages et à leur compétence sportive. Les attitudes sportives citées sont variées : court vite, a un bon jeu de pied, peut montrer des trucs, fort à l'attaque, fait des passes, aussi habile que n'importe quel autre joueur, bonne gardienne de but, souffre d'asthme tout en performant bien au soccer, a toujours une balle dans les mains. À maintes reprises, les participants soulignent le plaisir que semblent ressentir les personnages à jouer au soccer. On mentionne également différentes attitudes associées à l'esprit sportif : encourage les autres, s'implique, défend l'équipe, courageux, combattant, veut gagner, mais pas à tout prix, rassembleur.

***Personnalité sociale (attitudes liées aux autres aspects de la vie des jeunes protagonistes)***

Les mentions d'altruisme des personnages sont fréquentes dans les descriptions des jeunes consultants : ouvert aux autres, sympathique, *cool, hot*, veut aider les autres, loyal, accueillant, généreux, juste, solidaire, bienveillant. Parmi les

traits de personnalité qui ont suscité des commentaires chez les répondants, on retrouve : la timidité, l'impulsivité, l'émotivité, la maussaderie, l'assurance, l'impertinence, la bonhomie, l'affirmation de soi, la persévérance.

> (Au sujet de Dalie…) Dans les émissions, on voit toujours des filles maigres, maigres, maigres qui sont toujours fâchées ; mais elle, elle n'est pas maigre, pas grosse, elle est normale (fille, couronne de Montréal).
>
> (Quand je fais de l'activité physique, je ressemble à…) Samuel et Dalie, parce qu'elle est compétitive et aime faire du sport, moi aussi, et à Samuel parce qu'il s'entraîne et moi aussi j'aime ça m'entraîner (fille, origine culturelle autre que québécoise).
>
> (Je ferais de l'activité physique avec Dalie) Parce que moi aussi je suis très sportive et elle est très sportive, puis moi j'aime bien le sport, n'importe quel sport […] C'est une fille, c'est le fun, elle a l'air super gentille (fille, couronne de Montréal).
>
> (J'aimerais faire de l'activité physique avec…) Mikaël, il est sincère, il ressemble à un sportif, il courait assez bien sur le terrain. (Et avec…) Samuel parce qu'il a un bel esprit sportif, à la fin il a pris le temps de remercier, puis j'aime le sport (fille, Montréal).
>
> (Quand je fais de l'activité physique, je ressemble à…) Samuel, on dirait qu'il me ressemble, il se préoccupe de son équipe / À Diego, côté physique il me ressemble, il est plus petit, il est meilleur au soccer, Samuel est trop colérique / Des fois je suis un peu baveux comme Diego (garçon, couronne de Montréal).
>
> (J'aimerais faire de l'activité physique avec…) Diego, il est bon au soccer, il est drôle, le deuxième je prendrais le coach, il a l'air gentil et avoir de l'expérience (garçon, région).

***Perception des deux entraîneurs (Réda et Vallière)***

Dans *Tactik*, la conception antagonique de l'activité sportive – compétitive et récréative – est véhiculée par les entraîneurs, Réda Baptiste et Rick Vallière. Cela ressort clairement dans les descriptions qu'en font les jeunes participants.

Réda encourage et respecte ses joueurs ; il aime gagner, mais c'est le plaisir de jouer qui importe avant tout à ses yeux. On note chez lui de la persévérance, de la patience, de la souplesse dans ses directives à l'équipe et de l'intérêt pour son sport. À l'opposé, Vallière veut gagner à tout prix et ne semble pas vraiment aimer les jeunes ; on le juge sévère, exigeant, manipulateur et superficiel.

**Comment la pratique du sport dans l'émission est-elle perçue des téléspectateurs ?**

*Tactik* est perçue comme une émission qui transmet, par le biais du sport, certaines valeurs morales et humaines (la loyauté, l'amitié, la persévérance, la solidarité humaine, la confiance en soi, le respect de l'autorité, l'esprit d'équipe, la gentillesse, etc.). La scène sportive est présentée comme « une petite école de la vie en société » et comme une extension de la cellule familiale. On y retrouve en effet la vaste panoplie des relations interpersonnelles et on y expérimente diverses situations et problématiques. Le sport mettrait aussi en lumière les vraies forces et limites personnelles et obligerait chacun à se montrer sous son vrai jour, sans artifices.

> Moi j'ai aimé pour les techniques de soccer et l'esprit d'équipe, on s'entraide ensemble, les voir jouer (fille, région).

> Mikaël a quitté l'Épik, ça m'a fait comprendre que c'est lâche de quitter l'équipe qui est faible au lieu d'essayer de travailler avec cette équipe-là en devenant plus fort, en plus qu'il était capitaine (garçon, urbain).

Les garçons affirment que *Tactik* est aussi une émission qui divulgue certains **trucs** relatifs à la pratique du soccer, ce qu'ils apprécient beaucoup. Toutefois, se campant dans un cadre récréatif, l'émission attache tout autant d'importance sinon plus, au plaisir et au divertissement. Jouer est prioritaire à gagner. Si l'émission peut permettre aux téléspectateurs de s'améliorer, tant mieux, mais telle n'est pas sa mission première, nous a-t-on dit.

> Des trucs de soccer, j'ai appris comment il faut se tenir *goaler* (garçon, région).

> Il n'y a pas juste la victoire qui compte (fille, région).

> Moi, vu que je ne suis pas trop bon au soccer, des fois je les vois déjouer d'autres personnes, je vais regarder leurs techniques pour voir si je pourrais faire la même chose (garçon, région).

L'émission démontrerait que le sport est une façon de préserver son potentiel santé et de se sentir bien physiquement. Elle transmet d'ailleurs certaines informations sanitaires en lien avec le sport (p. ex., les boissons énergisantes ne sont pas un moyen adéquat pour accroître sa performance).

> Ce n'est pas en prenant des boissons énergisantes que tu vas bien jouer, puis il faut avoir un esprit d'équipe (fille, région).

Au dire des téléspectateurs, l'émission réussirait à démontrer que dans le domaine du sport, les filles sont autant **capables** que les garçons et qu'elles ont droit à la même place et considération, de la part des autres joueurs et de l'entraîneur.

> Le but de Dalie, ça démontre qu'une fille est capable de faire les mêmes affaires d'un gars (fille, urbain).

> C'est le fun qu'ils montrent des filles qui jouent au soccer, les filles aussi on est capable de jouer (fille, région).

Le sport est présenté et perçu comme une école d'apprentissage de la tolérance à l'égard des joueurs moins performants. Tout le monde a le droit de faire du sport et de joindre une équipe sportive, quels que soient ses talents et sa performance, semble-t-on retenir.

> […] ça nous montre d'accepter les filles même si elles sont moins fortes, elles sont quand même bonnes, on peut les accepter dans notre équipe quand même (garçon, région).

> Ça parle c'est un petit gars qui veut s'inscrire dans une équipe de soccer puis là l'équipe de soccer est pleine, mais il faut qu'il fasse les présélections […], puis il n'est pas choisi parce qu'il y en a qui le trouvent poche, mais il manque juste de pratique… (garçon, région).

Mais la pratique du sport n'est pas illustrée sous un angle exclusivement positif. Elle présente certains risques, parmi lesquels les blessures corporelles, les rivalités, les rapports d'autorité, le stress, etc. Mais ce sont ces **pierres d'achoppement** qui apportent du piquant au scénario et qui souvent, soutiennent l'intérêt. Les téléspectateurs sont curieux de voir comment les difficultés soulevées seront gérées et résolues, et ils s'identifient aisément aux personnages.

> [Diego était stressé] parce qu'il jouait contre son ancienne équipe. [S'il avait perdu] Il se sentirait humilié. L'autre coach il l'aurait bavé. Il a dit je vais me faire niaiser à vie (garçon, région).

> La bataille entre Mikaël et Samuel, Samuel ne pouvait plus jouer au soccer, il avait une foulure à la cheville (fille, urbain).

> Il y a eu une bataille, […] Mikaël était ami avec un joueur de l'Épik […], après il est allé avec les Crampons et là le joueur d'Épik il le poussait toujours et là il y a eu une bataille, il l'a frappé avec le crampon… (garçon, urbain).

Plusieurs téléspectateurs consultés semblaient penser que l'émission pourrait davantage insister sur le fait que le sport peut être une façon de résoudre des problèmes personnels (surplus de poids, ancienne blessure physique, manque d'estime de soi, solitude, etc.), et ainsi, d'être en meilleur contrôle de sa vie.

> On pourrait mettre quelqu'un qui a un problème et sa façon de le résoudre ça serait de jouer du sport, quelqu'un qui a un problème de poids, mais pas super gros, quelqu'un qui s'est fait mal à la jambe il y a des années et il avait peur de se refaire mal à la jambe puis là il s'est rendu compte qu'en faisant du sport ça développe son muscle ou sinon on pourrait mettre quelqu'un qui est triste à propos de quelque chose puis pour solutionner sa dépression, il faudrait faire du sport (Garçon, urbain)

De façon unanime, les répondants affirmaient qu'ils préféreraient faire partie de l'équipe de l'Épik plutôt que de celle des Crampons. C'est dire qu'ils valorisent invariablement dans le domaine du sport, le plaisir, l'esprit d'équipe, la participation, la tolérance et le respect d'autrui, à la performance et à la victoire. Ils semblaient donc en accord avec les valeurs humaines véhiculées dans l'émission.

## FAÇONNEMENT DES NORMES

Nul doute, les jeunes identifient des valeurs dans la pratique du sport, telle que présentée dans l'émission *Tactik*. Pour mieux cerner les normes de référence que ces valeurs sous-tendent, nous avons triangulé la perception de la série, la perception des faits et gestes des protagonistes, ainsi que la perception des répondants sur la pratique du sport.

### Les normes perçues par les jeunes : triangulation de leurs perceptions

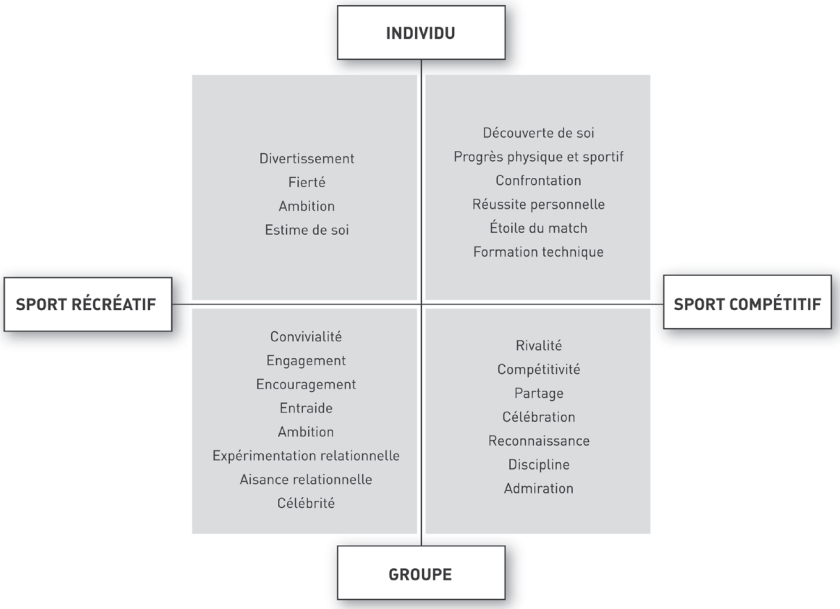
Les valeurs à l'origine des comportements à adopter façonnent certaines normes. Au nombre de celles-ci, on retrouve (dans un contexte de sport ou d'activité physique), entre autres, la solidarité, le respect, l'encouragement, l'empathie, l'esprit d'équipe. Les normes qui s'y greffent dictent et orientent les comportements à suivre. Celles-ci sont enchâssées et intégrées dans l'**agir**.

La figure 1, p. 379, rend compte de la typologie des valeurs mises de l'avant dans l'émission *Tactik*, telle que perçue par les jeunes consultés. Les valeurs permettent d'explorer les multiples facettes des normes en vigueur dans le domaine de l'activité physique. Elles s'articulent autour de deux pôles. Le premier, vertical, réfère aux composantes sociales et individuelles ; le second, horizontal, se rattache au sport et à l'activité physique. En les croisant, on obtient les quatre quadrants normatifs suivants :

- **Quadrant 1** (à gauche en haut)
  Primauté de l'individu/activité récréative : y sont placées les valeurs qui impliquent la satisfaction de besoins personnels dans un contexte sportif de jeu libre, mais encadré.

- **Quadrant 2** (à gauche en bas)
  Primauté du groupe (pairs, famille)/activité récréative : les valeurs situées ici touchent la communication et les relations sociales dans un contexte sportif de jeu libre, mais encadré.
- **Quadrant 3** (à droite en haut)
  Primauté de l'individu/activité compétitive : on y trouve les valeurs qui impliquent la satisfaction de besoins individuels, relativement à l'atteinte d'objectifs de performance sportive.
- **Quadrant 4** (à droite en bas)
  Primauté du groupe (pairs, famille)/activité compétitive : y sont présentées les valeurs concernant la communication et les relations sociales, relativement à l'atteinte d'objectifs de performance sportive de l'équipe.

**Figure 1**
**Perception des valeurs associées à la pratique sportive**




Des valeurs semblables peuvent se retrouver dans les différents quadrants. Mais certaines sont davantage mises en relief dans un quadrant que dans l'autre. La compétitivité, par exemple, peut animer tant les jeunes évoluant dans un cadre sportif récréatif que compétitif, mais elle est susceptible d'être davantage alimentée et encouragée dans le second contexte.

La valeur de la discipline peut transparaître à la fois dans une équipe sportive récréative et compétitive, mais il est vraisemblable qu'elle sera davantage imposée dans un contexte compétitif.

**L'émission donne-t-elle envie aux jeunes de faire de l'activité physique ?**
Notre étude sur l'impact de la série *Tactik* sur les jeunes a porté sur deux émissions dont le scénario n'accordait pas la même place à l'activité sportive. Alors que la première (nº 11) traitait d'un différend opposant l'un des personnages principaux à ses parents (les relations familiales constituaient donc ici la toile de fond du scénario), l'autre (nº 60) illustrait une joute de soccer (et abordait donc de façon directe ce sport). La réponse à la question soulevée « l'émission donne-t-elle envie aux jeunes de faire de l'activité physique ? » a été sensiblement la même pour les deux émissions visionnées.

Ainsi, les avis sont partagés sur ce point. Mais les garçons répondent un peu plus par l'affirmative que les filles, à la question. Personne n'a cependant déclaré que l'émission dissuadait de faire de l'activité physique. Quelques garçons avaient tendance à penser que pour avoir envie de faire une activité sportive, ils doivent l'**expérimenter,** dans la réalité. Le fait de voir des jeunes faire une activité sportive à la télévision aurait alors une influence mineure pour eux, et ce, peu importe l'origine ethnique ou le lieu de résidence.

Le visionnement de l'émission *Tactik* a assurément eu une influence positive sur certains jeunes. Si positive qu'ils se sont parfois spontanément levés pour imiter les personnages s'adonnant à un entraînement sportif à l'écran :

> Je fais les exercices d'entraînement en même temps qu'ils le font (fille, urbain).

L'émission, ont affirmé plusieurs, donne le courage (le petit coup de pouce nécessaire) pour faire de l'activité physique. Ici, l'effet contagieux opère. Le fait de voir à l'écran des jeunes pratiquer un sport donnerait envie de les imiter. Surtout que *Tactik*, semblait-on penser, expose bien le plaisir et le bonheur que le sport procure.

> On les voit alors nous aussi on veut le faire (fille, urbain).

> Oui, ça me donnerait le goût, je sortirais dehors faire un peu de soccer (garçon, urbain).

> … on voit comment on peut aimer ça faire un sport (fille, région).

*Tactik* démontre aussi que le sport est une occasion propice pour se faire de nouveaux amis, un aspect particulièrement attirant pour les jeunes :

> Oui, si quelqu'un voit tout le monde jouer au soccer, ça va lui donner le goût d'essayer, qu'il voit que quand il joue au soccer, il se fait plein d'amis (garçon, région).

La dynamique interrelationnelle, de facture harmonieuse, complice et conviviale, semble aussi séduire. Les téléspectateurs sentent que les personnages se témoignent de l'amitié et qu'ils sont bien ensemble. Plus : ils aimeraient jouer au soccer en leur compagnie !

Plusieurs garçons apprécient que l'émission donne des trucs et des stratégies techniques (même s'ils aimeraient en obtenir davantage) pour s'améliorer au soccer. Ils ont le sentiment qu'ils acquièrent des outils pour devenir plus performants, et ainsi accroître leur plaisir à s'adonner à ce sport.

Quelques filles semblaient considérer que l'émission poursuit un objectif non avoué, mais jugé louable : sensibiliser les jeunes au bien-être que procure l'activité physique et à ses bienfaits pour la santé.

> … comme un peu t'envoyer un message, dire bien là faudrait peut-être que je fasse du sport, faudrait pas que je passe toutes mes fins de semaine à rien faire (fille, urbain).

Dans un souci de réalisme et d'éducation, l'émission *Tactik* dévoile aussi certaines facettes négatives, qu'il faut parfois déplorer, de l'activité physique et du sport : le mauvais esprit d'équipe, les chicanes entre joueurs, la compétition exagérée, les blessures corporelles, la confrontation, l'agressivité, la sévérité des entraîneurs, etc. Mais ces évocations (non dramatisées) ne semblent pas avoir nui à l'intérêt éveillé pour l'activité physique. Les téléspectateurs apprécient que les scénarios proposent des éléments de solution à ces situations et les outillent advenant le cas où ils seraient confrontés à une semblable situation.

Plusieurs répondants semblaient déplorer que l'émission n'aborde qu'un seul sport : le soccer. Cette approche est perçue comme limitative et pourrait avoir pour effet de restreindre le public cible de l'émission (surtout composé de jeunes fervents de soccer, semble-t-on penser).

Pour rendre le sport et l'activité physique encore plus attrayants, on juge important que les jeunes soient capables de rire des situations où ils ne performent pas, font des « gaffes », se trompent. L'humour joue ici un rôle essentiel.

**Ce qu'il faut retenir…**

Les répondants furent plus nombreux à penser que l'émission *Tactik* illustrait davantage de facettes positives que négatives de l'activité physique et du sport, et qu'elle pouvait réellement donner envie de s'y adonner. Filles et garçons

semblaient très sensibles à la manifestation de plaisir associé à cette activité. Montrer que les jeunes ont du plaisir dans un tel contexte : voilà qui serait le facteur d'influence et de motivation le plus important.

Certains téléspectateurs, par ailleurs, pensaient que cette influence pourrait être élargie si on intégrait et évoquait davantage d'autres sports (handball, vélo, planche à roulettes, etc.) dans l'émission. On démontrerait alors qu'il y en a pour tous les âges, tous les goûts, toutes les compétences et tous les environnements socio-géo-économiques.

> … si on ajouterait un autre sport, ça serait plus tentant (garçon, urbain).

> Si tu n'aimes pas le soccer je ne pense pas que ça donne le goût (fille, urbain).

## DISCUSSION

Comment la télévision façonne-t-elle la norme en matière d'activité physique, notamment ? Il importe ici de rappeler que le façonnement de la norme est tributaire d'un processus qui se décline en trois étapes : l'émergence, la cascade et l'internalisation (Caron-Bouchard et Renaud, p. 9). L'émergence survient souvent suite à la publication scientifique de résultats probants de recherches. Dans le cas qui nous occupe, ceux-ci peuvent porter sur la prévalence croissante de l'obésité au sein de la population mondiale et québécoise en particulier, ou encore, sur des activités de prévention et de promotion initiées par des instances politiques. La norme santé peut s'inscrire sur une plateforme politique, pour assurer le bien public. S'amorce alors un processus de consultation et de validation auprès de scientifiques, qui engendrera des démarches auprès d'intervenants et d'acteurs sociaux, pour développer des interventions terrain pertinentes. La cascade nécessaire pour établir un consensus social et la pénétration de nouvelles normes comportementales auprès de la population se déploie ensuite par l'intermédiaire de leaders terrain et d'opinion. Ceux-ci sont de tout ordre : économique, politique, social, culturel, sportif, religieux, etc. La synergie des rencontres et des actions latérales et collatérales des instances tant privées que publiques, favorise la mise en place de moyens d'action qui pourront entraîner l'internalisation de la norme. La famille, l'école et les médias jouent chacun un rôle important pour motiver la population à adhérer à des normes de saines habitudes de vie. C'est en présentant des comportements liés à la pratique de l'activité physique, que l'émission *Tactik* peut agir sur les attitudes des jeunes de neuf à douze ans.

En quoi *Tactik* rend-elle possible le développement d'attitudes susceptibles d'enclencher une internalisation de la norme en matière d'activité physique ?

**L'effet miroir de *Tactik***

L'analyse des propos recueillis a clairement démontré que le contenu de l'émission correspondait aux attentes et aux comportements réels des jeunes, tels qu'exprimés dans le cadre des diverses consultations menées auprès de ce public cible, antérieurement à la production de la série. Il en est de même des valeurs perçues relativement à la pratique de l'activité physique. Des valeurs telles que la famille, l'amitié, les pairs, l'esprit d'équipe, le plaisir, etc. L'effet miroir de la série peut avoir trois effets : consolider et renforcer des comportements déjà inscrits dans les habitudes de vie des jeunes, stimuler ces derniers et éveiller l'intérêt de ceux qui hésitent à s'impliquer (susciter l'envie, prédisposer). La diversité des protagonistes, des personnalités et des gabarits physiques permet aux téléspectateurs de développer de la complicité avec ces personnages et de nourrir de l'empathie à leur endroit. La fidélisation à la série porte en elle un potentiel d'intégration, voire d'internalisation de la norme en matière d'activité physique.

Par ailleurs, les études indiquent que les jeunes de neuf à douze ans se trouvent à un âge où le plaisir, l'entourage social, la présence et l'appui de la famille sont fortement recherchés dans la pratique de l'activité physique. Lors de l'adolescence, ces sources de motivation sont peu à peu supplantées par un cadre de pratique plus rigide où la discipline, la recherche de performance et la compétition gagnent en importance. Les jeunes en quête d'activité physique récréative, pratiquée pour le simple plaisir et le désir d'évoluer entre amis, y trouvent moins leur compte, de ce fait, lorsqu'ils entrent au secondaire.

Dans ce contexte, il serait sans doute approprié qu'une série télévisuelle s'adressant aux jeunes de neuf à douze ans présente, en plus des protagonistes de leur âge, des modèles un peu plus âgés auxquels ils pourront s'identifier et dans lesquels ils pourront se projeter. Ceci dans un but avoué d'encourager les futurs adolescents à demeurer actifs et de laisser sous-entendre que l'activité physique est importante à tout âge. Des protagonistes adultes (les parents, par exemple) pourraient aussi s'impliquer (tout au moins à l'occasion) dans ces activités physiques, non seulement pour témoigner de leurs bienfaits, mais aussi pour appuyer leurs enfants.

De nombreuses émissions télévisuelles mettent en relief le sport d'élite valorisant la compétence technique, la performance et la compétition. Ces émissions alimentent certes l'attrait pour ce type de sport et divertissent la population. Mais les scénarios dramatiques, ancrés dans le quotidien, reflétant la panoplie des relations interpersonnelles, tant amicales que familiales, et laissant une large place au plaisir, sont davantage susceptibles d'influencer les attitudes des jeunes téléspectateurs de neuf à douze ans, aux compétences physiques et aux intérêts variables. **La vie est dans le sport et il y a autre chose que le sport dans la vie** : tel pourrait être le message à véhiculer en filigrane.

**Façonnement des normes et médias**

Pour que les médias contribuent efficacement à façonner la norme, on doit faire appel à leur capacité de convergence. Les diverses applications Internet pourraient être exploitées et donner accès à de multiples plateformes de communication et de réseaux sociaux. Dans ces univers, on peut se situer, se reconnaître, apprendre, partager et interagir avec des pairs. Des attitudes, des modèles favorisant le façonnement de normes tant cognitives que comportementales peuvent ainsi s'entrecroiser et servir de point d'ancrage et de balise, en plus d'inciter à porter un regard critique sur l'environnement obésogène qui nous entoure.

La série *Tactik* se prolonge dans un site Internet. Il serait intéressant que des études ultérieures en analysent le contenu et l'impact sur le façonnement des normes. Il conviendrait aussi de s'attarder sur l'impact à moyen et long terme de la télévision, jumelée à Internet. La présente consultation a été effectuée quelque six semaines après le début de la diffusion de l'émission *Tactik :* on peut se demander si son impact sur le façonnement des normes en matière d'activité physique demeurera le même, au fil du temps, ou s'il se modifiera, peu à peu. Les médias sont souvent ciblés comme coupables en ce qui a trait à l'incidence de l'obésité, mais ne pourraient-ils pas plutôt servir à encourager la pratique de l'activité physique et devenir **le terrain où rejoindre le jeune** ? Seules des études ultérieures nous permettront de répondre à ces questionnements.

## RÉFÉRENCES

Advocates for youth (2000). *Television and the Internet : Important Sources of Sexual Health,* <65.55.175.119/att/GetAttachment.aspx?file=76abaa96-e476-4bea-a580-756>.

ASPQ (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à la mobilisation*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec.

Atkinson, D., D. Bélanger et S. Proulx (1998). « Les téléséries dans l'univers des émissions de fiction de la télévision généraliste francophone », *Cahiers-médias*, Centre d'études sur les médias, vol. 3, Québec, <grm.uqam.ca/textes/teleseries_CM3.pdf>.

Barstch, A. *et al*. (2006). « Emotional gratifications during media use : An integrative approach », *Communications,* vol. 31, nº 3, <www.reference-global.com/doi/abs/10.1515/COMMUN.2006.018?cookieSet=1>.

Bee, H. et D. Boyd (2002). *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain*, 2e éd., Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique.

Bulletin canadien de l'activité physique chez les jeunes (2007). *Peu en forme, les ados courent des risques prématurés pour la santé,* <www.quebechebdo.com/article-118390-peu-en-forme-les-ados-courent-des-risques-prematures-pour-leur-sante.html>.

Caron-Bouchard, M. (1997). *Perceptions et attentes à l'égard des camps. Rapport synthèse des entrevues auprès de campeurs, de moniteurs et de jeunes non-campeurs,* Montréal, Association des camps du Québec.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2001). *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé*, 2e éd., Québec, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Desharnais, R. et G. Godin (1995). *Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire*, Québec, Rapport de recherche, étude réalisée pour la Direction des sports (Kino-Québec), Université Laval.

Gagnon, S. *et al. (*2007). « Contribution des contenus télévisuels dans la formation de normes associées à la pratique de l'activité physique à l'adolescence », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 225-234.

Gagnon, S. et M. Caron-Bouchard (2001). « Moi j'lâche pas…je reste actif ! » et « Ma façon d'être actif », *Évaluation des interventions et du matériel de communication des campagnes,* Québec, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Kino-Québec.

Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTTP) (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec : un appel à l'action*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec.

IPSOS (2005). *Les jeunes face à l'avenir de la planète en 2025,* <www.ipsos.fr/CanaIIpsos/poll/8077.asp>.

Kino-Québec (2003). *Opération ados, des activités qui répondent à leurs goûts*, Québec, Kino-Québec.

Kino-Québec (2004). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec,* Québec, Kino-Québec.

Kino-Québec (2006). *L'activité physique et le poids corporel.* Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Québec, Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, <www.kino-quebec.qc.ca>.

Lebel, E. *et al.* (2003). *Publicité télévisée sur les aliments visant les enfants québécois*, Québec, Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales, Université Laval.

Maillé, J.-F. (1999). *Évaluation des besoins de la clientèle fréquentant les camps de jour de Ville de Laval,* Trois-Rivières, Rapport de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières.

Morier, J. (2007). Conférence présentée au *Colloque Camps de jour*, Montréal, Fédération québécoise des centres communautaires de loisirs.

My Thai, A. *et al.* (2009). *Game Changer : Investing in Digital Play To Advance Children's Learning and Health*, The Joan Ganz Cooney Center at Sesame Workshop, <www.joanganzcooneycenter.org/publications/indexhtml>, (consulté le 2 juin 2009).

Nolin, B. *et al*. (2002). « Activité physique », dans D. Daveluy *et al*., *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998,* Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, p. 171.

Pasquier, D. (1999). *La culture des sentiments, l'expérience télévisuelle des adolescents*, Paris, La Maison des sciences de l'homme, coll. « Ethnologie de France ».

Roy, B. *et al.* (2005). *En-quête de plaisir : Pour une définition du plaisir de pratiquer une activité physique chez les adolescentes et les adolescents du Québec*, Québec, Kino-Québec.

Statistique Canada (2004a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : obésité chez les enfants et les adultes,* <www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/050706/dq050706a-fra.htm>.

Statistique Canada (2004b). *Television Viewing, by Age and Sex, by Province,* <www.statcan.ca/english/freepub/87F306XIE/2003002/data.htm>.

Statistique Canada. (2004c). *Heures d'écoute de la télévision selon le genre d'émission,* <www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/arts22a-fra.htm>.

Statistique Canada (2005). *La participation aux sports organisés chez les jeunes,* <www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008001/article/10573-fra.htm#a8>.

The Kaiser Family Foundation (2001). *Teens and Sex : The Role of Popular TV,* Fact Sheet, Mento Park, The Foundation.

The Kaiser Family Foundation (2004). « The role of media in childhood obesity », *Issue Brief*, février, <www.kff.org/entmedia/upload/The-Role-Of-Media-in-Childhood-Obesity.pdf>.

Thibault, G. (2000). « Les actualités du cœur », *Bulletin du Forum québécois des intervenants en santé cardiovasculaire*, printemps-été.

# CHAPITRE 5

## Les interactions entre les acteurs sociaux

## 5.1 La gestion complexe des partenariats lors d'une campagne de promotion de la santé[1]

Lise Renaud, Ph. D., Monique Caron-Bouchard, Ph. D., Guillaume Martel, M.A., Louis Gagnon, M.D., et Marie-Claude Pelletier, B.Sc.

**RÉSUMÉ**

Notre analyse porte sur la gestion des partenariats dans un contexte de promotion de la santé. Nous utilisons une étude de cas, le *Défi Santé 5/30*, campagne québécoise de promotion de saines habitudes alimentaires, pour 1) décrire ces acteurs et la nature de leur implication durant l'élaboration, la conception et la diffusion de la campagne ; 2) relever l'interaction entre ces acteurs pendant le déroulement de l'élaboration et de la conception du *Défi Santé 5/30* ; 3) proposer un paradigme permettant de saisir les facteurs contribuant ou limitant les relations partenariales. Le cas du *Défi Santé 5/30* montre que la mise en œuvre de partenariats dépend de la concertation des partenaires et de l'organisme responsable de la campagne, de la participation des partenaires à toutes les étapes de la campagne, quel que soit leur nombre, et d'un temps suffisant alloué pour la conception du matériel de la campagne. Cette concertation des partenaires et de l'organisme responsable doit être garantie par un contrat de gestion établissant le rôle de chacun. Les actions de chacun dans la campagne doivent être régulées par une entente et un code d'éthique. L'efficacité d'une campagne est, entre autres, reliée à ces conditions. L'étude des partenariats entre organismes publics, parapublics et privés dans le cadre de campagnes de promotion de la santé mérite donc d'être poursuivie. Aussi, pour assurer le maintien des alliances avec les partenaires, il importe de rendre prégnant les bénéfices propres à chacun, et ainsi, assurer l'apport et la contribution des partenariats tant publics que privés, médiatiques que communautaires.

**ABSTRACT**

This article discusses an analysis of partnerships in the context of health promotion. The *5/30 Health Challenge,* or *Défi Santé 5/30*, is a campaign to promote healthy eating habits in Quebec. The authors employ this as a case study in order to 1) describe the actors and the nature of their involvement during the campaign's development, design and dissemination; 2) illustrate the interaction of these actors during the conception and rollout of the campaign; 3) propose a paradigm that supports the identification of factors that contribute to or impede partner relationships. The *5/30 Health Challenge* example demonstrates that the creation and maintenance of a partnership network depends on the following key factors: dialogue between partners and the organization responsible for the campaign; the participation of partners at every stage of the campaign (no matter how many there are); allocation of sufficient time for the conception of campaign materials. Dialogue between partners and the central organizer must be guaranteed through the establishment and use of a managerial contact that clearly outlines the role of each actor in the campaign. Further, the partners' activities during the campaign should be regulated through both a formal agreement and a code of ethics. Any campaign's efficiency is directly linked to these factors, among others.

[1] Cet article est paru dans la revue *Santé publique*, 2009, vol. 21, nº 3, p. 303-317.

The study of partnerships between public, public-private, and private organizations within the framework of health promotion campaigns, thus, merits further study. In addition, to maintain alliances with partners, it is important to demonstrate the benefits of such arrangements to each partner and to equally ensure the contributions of each, be they public, private, media, or community-based organizations.

## INTRODUCTION

Nombre d'acteurs des sociétés occidentales sont préoccupés par le problème de santé publique qu'est devenue l'obésité. Cette condition constitue un facteur de risque important des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2, entre autres (Lachance et Colgan, 2004 ; MSSS, 2003 ; OMS, 2004). De plus, certaines études démontrent un lien entre le poids corporel et la consommation de fruits et légumes et l'inactivité physique (Tjepkema, 2006 ; Perez, 2002). Le taux de personnes obèses ou en surpoids au Québec en 2004 était de 56 %, soit environ 3 millions de personnes (Audet, 2007 ; Shields et Tjepkema, 2006) et le pourcentage d'adultes canadiens obèses consommant moins de cinq fruits et légumes par jour et étant physiquement inactifs cette même année se chiffrait à 50 % et 30 % respectivement (Tjepkema, 2006). Dans ce contexte, le gouvernement québécois a examiné la possibilité de mettre sur pied une intervention de promotion de la santé visant les habitudes de vie au Québec en 2005. ACTIMENU, une société non gouvernementale œuvrant dans le domaine de la promotion et de la prévention de la santé, s'est insérée dans ce processus en proposant une campagne de promotion de la santé, le *Défi Santé 5/30*. Compte tenu de sa portée, ce projet a nécessité le développement de partenariats.

L'élaboration et la conception de cette campagne n'ont pas été le fait d'un unique organisme, mais de plusieurs acteurs des secteurs public, parapublic et privé. En effet, lorsqu'un organisme (responsable du projet) désire faire passer un message et montrer une crédibilité auprès d'une population hétérogène, il doit diversifier les moyens (financiers, médiatiques) et les types d'expertise pour atteindre les objectifs, les cibles et les milieux de diffusion visés. Le déroulement de ce type de campagne demande la contribution de nombreuses ressources, tant médiatiques que communautaires (Bouchard et Renaud, 1991 ; Caron-Bouchard et Renaud, 2007 ; Flay, Di Tecco et Schlegel, 1980 ; Hornik, 2002 ; Puska *et al.*, 1985). L'établissement de partenariats avec d'autres instances organisationnelles s'avère nécessaire en regard des contributions de chacune de ces instances, tant au plan du contenu, de la production, de la diffusion que de la gestion. Ces partenariats s'instaurent alors en fonction de la nature de l'instance organisationnelle approchée par l'organisme responsable du projet ou du besoin de ce dernier. Divers partenariats sont possibles, une même instance organisationnelle pouvant seconder de plusieurs façons l'organisme responsable : le partenariat financier (apport économique possible à différentes étapes du message), médiatique (apport technique possible aux plans du

contenu, de la mise en forme ou de la diffusion du message), de caution (apport d'une crédibilité au message ou à l'organisme initiateur) et de relais-terrain (apport du milieu institutionnel ou autre quant à la diffusion du message au niveau communautaire) en sont quelques-uns. Dans le cadre de leur partenariat avec l'organisme responsable, les instances organisationnelles approchées souhaitent également tirer parti de leur association au projet qui leur est présenté. Une synergie peut alors se développer entre l'organisme responsable et chacune des instances impliquées dans le projet. Dans le cas du *Défi Santé 5/30* (encadré 1, p. 393), l'organisme responsable a eu recours à différents types de partenariats, générant une dynamique particulière en fonction de la spécificité des instances impliquées. L'ensemble des composantes de la campagne a généré une gestion complexe de l'implication de chacun des partenaires sur les plans du contenu, de la diffusion du matériel médiatique et des enjeux de santé de la campagne. Le jeu des acteurs, les ressources partagées bien qu'inégales, le pouvoir inscrit dans les interrelations et la négociation retiennent notre attention, puisque nous nous inspirons de l'école de Crozier et Friedberg (Crozier et Friedberg, 1977 ; Amblard *et al.*, 1996).

L'objectif de cet article consiste à : 1) décrire les acteurs et la nature de leur implication durant l'élaboration, la conception et la diffusion de la campagne ; 2) relever l'interaction entre ces acteurs pendant l'élaboration et la conception du *Défi Santé 5/30* ; 3) proposer un paradigme permettant de saisir les facteurs contribuant ou limitant les relations partenariales. Dans le but de mettre en contexte cette analyse, une définition de la notion de campagne ainsi qu'une description du *Défi Santé 5/30* sont auparavant présentées.

**Notion de campagne et partenariats en promotion de santé**

Une campagne peut être définie comme un ensemble de moyens de communications (interpersonnels, groupaux, organisationnels ou médiatiques) mis en œuvre par un ou des organismes ayant un but précis pour rejoindre et influencer une population donnée. La notion de campagne renvoie au type de communication utilisé dans cette dernière. Dans le domaine de la promotion de la santé, la communication est souvent institutionnelle, c'est-à-dire que l'organisme responsable de la campagne n'est pas issu du milieu commercial et n'a pas de visées commerciales (tel que dans le cas présent). Elle peut également être collective lorsqu'elle nécessite l'action de plusieurs instances en vue de favoriser un produit ou service caractérisé ou non par une marque ; les entreprises qui offrent le produit ou service bénéficient par ailleurs de ce type de communication (Orenga, 1996). Quant aux objectifs d'une campagne de promotion de la santé, ils sont de trois natures non exclusives : 1) informer (transmettre des connaissances en lien avec la santé) ; 2) changer des attitudes (changer les perceptions face aux solutions à adopter pour, par exemple, atténuer ou régler un problème de santé) ; et 3) prédisposer à un changement de comportement (par exemple, pour atténuer ou régler un problème de santé).

La campagne *Défi Santé 5/30* emprunte à deux types de communications, soit les types institutionnel et collectif. Ses composantes institutionnelles tiennent en ce que l'organisme responsable n'était pas une entité commerciale (ACTI-MENU), que son message n'avait aucune visée commerciale (l'adoption de saines habitudes de vie en matière d'alimentation et d'activité physique) et que celui-ci bénéficiait à la population. Elle était collective par l'implication de partenaires venant des secteurs public, parapublic et privé, ayant des activités commerciales ou non commerciales. Cette campagne donnait lieu à une gestion complexe des partenariats à cause des objectifs parfois divergents des organismes impliqués.

Les partenariats ont le potentiel d'engendrer des bénéfices pour l'ensemble des participants, tant pour les partenaires eux-mêmes que la population ciblée. Les études en promotion de la santé examinant les partenariats entre organismes privés et publics sont peu nombreuses. En effet, on a davantage étudié les partenariats entre organismes publics et parapublics proposant un projet de santé bénéficiant à la population (Bilodeau, 2001). D'autre part, on trouve davantage de recherches dans le domaine économique sur la gestion de partenariats ayant notamment pour sujet la santé ; dans ce dernier cas, il ne s'agissait pas de campagnes, mais d'interventions (Schweyer, Levasseur et Pawlikowska, 2004). Néanmoins, certaines études ont discuté des multiples partenariats lors d'interventions et relèvent divers types de comportements partenariaux : la compétition, la coopération, la collaboration et la coalescence, c'est-à-dire la réunion ou l'intégration de deux ou de plusieurs éléments (Thompson et Sanders, 1998). La compétition prend place lorsque chacun des partenaires désire atteindre ses propres objectifs par l'intermédiaire de la campagne. Dans la coopération, les parties s'entendent sur le processus et la mise en œuvre de la campagne afin d'atteindre un but qu'ils partagent. Cette entente passe par la médiation ou le compromis de part et d'autre (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003). Dans le cas de la collaboration, l'avancement du projet passe par le travail d'équipe. Enfin, la coalescence réfère à un travail d'équipe où la confiance est assurée et permet la réingénierie du projet. Ainsi, le projet, tel qu'avancé par l'organisme responsable, se voit modulé par les interactions entre partenaires.

Ces différents types de partenariats sont soumis à un certain alignement de cultures d'opération ou de gestion des acteurs en jeu dans le projet : « l'alignement culturel est important dans des partenariats parce qu'il produit une compréhension mutuelle et une coopération entre les associés d'une part, et d'autre part, parce qu'il y a des différences significatives entre les cultures des associés pouvant créer des conflits et des barrières aux méthodes coopératives de travail » (Vassie et Fuller, 2003, p. 91 : traduction libre). Dans un partenariat en promotion de la santé de l'ampleur du *Défi Santé 5/30*, cette dimension de

cultures de gestion constitue un facteur important dans la mise en œuvre de la campagne. En effet, l'opération multipartite de partenariat sera plus ou moins efficace selon la qualité des apports, la nature des ententes partenariales et la rétroaction sur les résultats. L'efficacité d'une alliance partenariale repose, entre autres, sur les facteurs suivants : l'arrimage des modes de gestion et des cultures d'entreprises (respect des champs de compétences de chacune des instances), la formalisation des partenariats (passant par des ententes ou contrats), l'éthique dans la relation partenariale (dans l'utilisation de l'information et dans les communications entre instances), le partage de l'information (permettant l'alignement des objectifs des partenaires et de la campagne), l'interdépendance des partenaires (la complémentarité de leurs ressources) et l'investissement suffisant des ressources de chacun des partenaires (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003 ; Cully *et al.*, 2003 ; Kanter, 1994 ; Schweyer, Levasseur et Pawlikowska, 2004 ; Vassie et Fuller, 2003).

**Encadré 1**
**Présentation de la campagne *Défi Santé 5/30***

Le *Défi Santé 5/30* est une campagne québécoise multimédia de promotion de saines habitudes d'alimentation, d'activité physique et de maintien ou de modification du poids de douze semaines qui s'est déroulée du 30 janvier au 23 avril 2005. La population générale constituait le groupe-cible de la campagne et était encouragée à consommer quotidiennement cinq fruits et légumes et à faire 30 minutes d'activité physique par jour. Les personnes s'inscrivant au *Défi Santé 5/30* par le site Internet de la campagne pouvaient communiquer leurs objectifs personnels de consommation de fruits et légumes, d'activité physique et de maintien ou de modification du poids ; ceux-ci étaient réajustés selon le profil personnel du participant s'ils constituaient des cibles trop élevées. En y laissant également leur adresse de courriel au moment de l'inscription, ces personnes pouvaient ensuite recevoir par courriel de l'information en fonction de leurs objectifs de santé. Le site Internet donnait également de l'information sur l'alimentation, l'activité physique et la perte ou le contrôle du poids. Outre le site Internet, le matériel médiatique de la campagne se composait d'une émission télévisée hebdomadaire d'une demi-heure (quinze épisodes) ; de capsules télévisées ; de quatre encarts informatifs de quatre pages, 24 chroniques de deux pages, huit articles et 60 insertions de quelques lignes sur des conseils/trucs publiés dans des revues ou des journaux à distribution régionale. Le matériel contenait des entrevues avec des personnalités du monde artistique, des chroniques de spécialistes (nutritionniste, éducateur physique, psychologue, médecin), des trucs ou conseils, des tests et des outils d'échange ayant tous pour sujet des thèmes reliés à l'alimentation, à l'activité physique et à la réduction ou au maintien du poids. Enfin, le site Internet offrait une communauté virtuelle, d'une part, et d'autre part, des activités de mobilisation communautaire reliées aux thèmes de la campagne et organisées au plan local. Parallèlement aux contenus médiatiques, des opérations de relations publiques ont été réalisées où diverses personnalités reliées à la campagne ont effectué des interventions de promotion de la campagne, tant dans les médias que sur le terrain.

## MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cette recherche est d'examiner le processus de mise en opération des partenariats dans le contexte d'une campagne québécoise sur l'alimentation et l'activité physique. L'axe d'analyse porte sur les types de partenariats (description des acteurs et nature de leur implication) et les alliances partenariales (interactions et gestion des partenaires). La stratégie de recherche repose sur une triangulation de données provenant d'entretiens semi-structurés avec les principaux acteurs, d'analyse de contenu des productions médiatiques ainsi que de l'évaluation quantitative et qualitative de l'impact de la campagne. Cela a permis de recouper et de corroborer des données de différentes sources dans un contexte temporel défini afin de faire émerger les conditions de réussite d'une campagne. L'essentiel de l'analyse repose sur les données colligées en entretien. Cependant, la perception et l'interprétation des partenariats selon les instances rencontrées ont pu être modulées par les intérêts de chacun.

## RÉSULTATS : LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA CAMPAGNE

### Description des acteurs et nature de leur implication

Différents types d'acteurs sont intervenus durant la campagne : un organisme instigateur, un organisme responsable, un partenaire médiatique principal, des partenaires financiers, de cautionnement et de relais-terrain. Plusieurs partenaires se sont impliqués de façon ponctuelle à un moment ou l'autre de la campagne. Le tableau 1, p. 395, présente la liste des partenaires, leurs caractéristiques ainsi que le type de partenariat. Nous ne décrivons ici que les trois principaux partenaires : organisme supporteur, organisme instigateur et organisme médiatique.

***Organisme supporteur : Gouvernement du Québec***
*(Bureau du premier ministre, ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport et ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation).*

Le gouvernement du Québec a mis sur pied une opération ayant pour but de développer une campagne médiatique québécoise sur l'activité physique, puis les habitudes de vie, en mai 2004. Le Bureau du premier ministre exerce diverses fonctions spécifiques, mais, plus généralement, soutient les décisions des instances gouvernementales. Il est responsable de dossiers prioritaires et relève directement du premier ministre (BPM, 2008). Le service des communications du Bureau du premier ministre a joué un rôle dans la sélection d'une campagne lors de l'appel d'offre des ministères de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) pour une campagne nationale sur les habitudes de vie. Ces deux derniers ministères ont constitué les acteurs assurant le suivi de la campagne ; le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation s'est également joint à ces ministères lors de la révision de certains contenus du matériel médiatique. Ainsi, le gouvernement du Québec, par ses différents ministères, est intervenu comme principal partenaire financier et de cautionnement de la campagne.

**Tableau 1**
**Les partenaires et leurs activités**

| Institution | Caractéristiques | Domaine | Type d'acteur | Types de partenariat |
|---|---|---|---|---|
| **Ministère du Conseil exécutif** | Relevant directement du Bureau du premier ministre du Québec et responsable de dossiers prioritaires, ce ministère soutient les décisions des instances gouvernementales. | Politique et financier | Instigateur, sélection du premier appel d'offres | Financier et publique **PUBLIQUE** |
| **ACTI-MENU** | Organisation non gouvernementale (ONG) en promotion et prévention de la santé globale qui offre différents supports éducationnels pour la population générale ou les individus en milieux de travail. A effectué plusieurs campagnes d'éducation à la santé auprès du grand public. | Santé et économie | Concepteur et producteur | Contenu **ONG** |
| **Quebecor inc.** | Société de communication privée internationale : TVA (télévision), Canoë (site Internet) ; tabloïds et journaux régionaux | Médias | Producteur et diffuseur médias | Médiatique et soutien technique **PRIVÉ** |
| **Ministère de la Santé et des Services sociaux** | A pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. | Santé, promotion de la santé et prévention des maladies | Validation du contenu et révision | Contenu **PUBLIQUE** |
| **Directions de santé publique** | Constituent une direction de chacun des 18 Agences de Santé et des Services sociaux dans les 18 régions administratives du Québec | Santé et promotion de la santé | Cautionnement, recherche des acteurs relais et publicité sur leur site internet | Cautionnement et accessibilité aux cliniques médicales, entreprises, groupes communautaires, écoles **PARA-PUBLIQUE** |
| **Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation** | Favorise et influence l'industrie agroalimentaire.<br>Responsable de la recherche et du développement, des interventions en entreprises agricoles et de la formation | Produits agro-alimentaires | Transfert de contenu et révision | Contenu **PUBLIQUE** |

**Tableau 1**
**Les partenaires et leurs activités (*suite*)**

| Institution | Caractéristiques | Domaine | Type d'acteur | Types de partenariat |
|---|---|---|---|---|
| **Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport** | Responsable des programmes d'éducation et de divers établissements scolaires ainsi que de la promotion de la pratique des sports et des loisirs | Santé et promotion de la santé | Transfert de contenu et révision | Contenu **PUBLIQUE** |
| **Institut de cardiologie de Montréal** | Centre hospitalier prodiguant des soins et effectuant recherche, développement, prévention et évaluation de nouvelles technologies en cardiologie. | Santé et prévention des maladies | Cautionnement et publicité sur son site Internet | Cautionnement et accessibilité auprès de diverses clientèles : grand public, omnipraticiens **PARA-PUBLIQUE** |
| **Société canadienne du cancer** | ONG qui réalise de la recherche sur le cancer et des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé | Santé | Cautionnement, acteur relais-terrain et apport financier | Financier et de cautionnement **ONG** |
| **Association des distributeurs de fruits et légumes/ Loblaws** | Entreprises privées de distribution et de vente au détail de divers produits, notamment alimentaires | Économie et santé | Acteur de terrain et apport financier | Accessibilité à la population via des Interventions promotionnelles *in situ* (dégustation et distribution d'information nutritionnelle) et financier **PRIVÉ** |

***Organisme responsable et fédérateur : ACTI-MENU***

Concepteur et responsable du projet, ACTI-MENU, fondée en 1988, est une société à la base du concept de la campagne *Défi Santé 5/30* qui a joué un rôle important dans l'élaboration du contenu et la production de la campagne. Elle axe ses activités en promotion et prévention de la santé globale et offre différents types de support pour la population générale ou les individus en milieu de travail (ACTI-MENU, 2008). Elle a procédé à la recherche de partenaires de la campagne auprès du gouvernement durant la phase d'élaboration de celle-ci. Une fois le projet approuvé, cette société a développé l'axe promotionnel de la campagne et son contenu informatif, et a fédéré les partenaires autour des enjeux de santé. En ce qui a trait à la diffusion du matériel médiatique, ACTI-MENU a joué un rôle actif particulièrement dans la direction du site Internet.

***Partenaire médiatique principal : Quebecor inc.***
Quebecor inc. est une société de communications privée internationale œuvrant dans l'imprimerie commerciale et les médias électroniques ; elle possède de nombreuses filiales dans ces secteurs dont le réseau TVA (télévision), les publications TVA (presse et magazine), Videotron (câblodistribution), Canoë (hébergement de sites Internet) et la Corporation Sun Media (tabloïds et journaux régionaux). Quebecor inc. a participé à la production (contenu et mise en forme, par sa filiale JPL productions) et à la diffusion des émissions et des capsules télévisuelles et des interventions dans les médias imprimés (Quebecor inc., 2006). Elle a hébergé le site Internet de la campagne, pour lequel elle a obtenu un fonds de développement de site interactif, et a contribué à sa mise en forme. Quebecor inc. n'a pas mentionné sa participation au *Défi Santé 5/30* sur son site Internet ou celui de ses filiales, mais en a fait état par ses filiales télévisuelles dans l'émission télévisée de la campagne. En plus de son implication médiatique, elle a apporté une aide financière importante, ce qui en a fait un partenaire majeur de la campagne.

**Interaction et gestion des partenaires**
La structure partenariale de l'organisation de cette campagne, de même que les motifs de partenariats, a évolué au gré des phases de développement de la campagne. Ainsi, les trois phases de développement de la campagne ont généré des types d'interactions différents entre ACTI-MENU et ses partenaires. Le premier type de partenariat, un partenariat de démarrage, a été établi avec quelques instances lors de l'élaboration de la campagne québécoise qui a commencé en mai 2004. ACTI-MENU a contacté l'Institut de cardiologie de Montréal, la Société canadienne du cancer et les Directions de santé publique, dans un premier temps, puisqu'elle était garante de collaborations antérieures avec ces organismes. Elle a ensuite approché TVA (filiale de Quebecor inc.) et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le but de ces contacts consistait à examiner la possibilité de développement d'une campagne sur l'alimentation et l'activité physique en évaluant, d'une part, l'assurance d'un apport sur les plans du contenu (cautionnement) et, d'autre part, en sondant les possibles soutiens financiers.

Après avoir décidé d'entreprendre le développement d'un projet de campagne, ACTI-MENU a établi un second type de partenariat avec plusieurs organismes, partenariat qui était relié à la mise en œuvre de la campagne (financier et de cautionnement). Elle a fait appel à ses partenaires historiques (Société canadienne du cancer, Institut de cardiologie de Montréal et Directions de santé publique) afin de préciser concrètement la nature de leur contribution au projet de campagne (cautionnement). ACTI-MENU a approché d'autres organismes (l'Association québécoise des distributeurs de fruits et légumes – AQDFL – et une chaîne de marchands épiciers – Loblaws) pour évaluer leur intérêt et déterminer le genre de participation dans le *Défi Santé 5/30*. En septembre et octobre,

elle a monté une deuxième version du projet avec Quebecor inc et l'a soumise au Bureau du premier ministre pour être réévaluée (une première soumission d'une version antérieure du projet avait été refusée). En novembre 2004, Quebecor inc. et ACTI-MENU ont reçu un mandat du Bureau du premier ministre pour leur projet et, jusqu'au mois de décembre, ont procédé à la conception du *Défi Santé 5/30*. ACTI-MENU a travaillé à l'élaboration de la campagne en collaboration avec Quebecor inc. Plus spécifiquement, elle a contribué au contenu et à la mise en forme des produits télévisuels (avec la filiale JPL productions), des médias imprimés (avec la filiale Quebecor media) et à la mise en forme du site Internet avec Canoë ; le contenu du site Internet venait davantage d'ACTI-MENU et formait ainsi le principal lien d'ACTI-MENU avec le public. Le Bureau du premier ministre est également intervenu dans le contenu de la campagne en demandant à ACTI-MENU d'intégrer certains reportages sur la participation des régions et les capsules de la campagne « Vas-y » au *Défi Santé 5/30* (« Vas-y » est une campagne de promotion de l'activité physique élaborée par les MSSS et MELS qui a eu cours en parallèle avec le *Défi Santé 5/30*).

Pour la phase de diffusion de la campagne, qui a commencé en janvier 2005 et s'est poursuivie jusqu'en avril, ACTI-MENU a développé des partenariats complémentaires, surtout de relais-terrain. Les émissions et les capsules télévisuelles ont été diffusées par la chaîne TVA, le site Internet par Canoë et le contenu des médias imprimés dans les magazines *7 jours*, *Échos-Vedettes* et les journaux *24 heures* et *Journal de Montréal*. À ce moment, le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conjonction avec les ministères de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, et de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, étaient chargés de la révision du matériel médiatique de la campagne. La chaîne Loblaws a réalisé des interventions promotionnelles de même que d'autres partenaires mineurs non mentionnés ci-dessus. Au cours de ces trois phases, ACTI-MENU a rassemblé ses partenaires autour d'un projet mettant de l'avant la valeur « santé », valeur qui a fait consensus. Cependant, le positionnement de chacun des partenaires en regard de leur propre logique corporative a généré des attentes diverses. À cet effet, la gestion des partenariats autour des enjeux de santé s'est révélée complexe et exigeante.

La gestion des partenariats par l'organisme responsable suscite quelques questions. La nature différente des organismes en jeu (entreprises privées, organismes publics et parapublics, gouvernement et ONG), ce qui supposait des modes de fonctionnement et des langages différents, a entraîné une gestion de communications et de suivis complexes. En se référant aux études sur les relations partenariales mentionnées plus haut (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003 ; Cully *et al.*, 2003 ; Kanter, 1994 ; Vassie et Fuller, 2003), on peut observer que certains facteurs ont constitué des enjeux dans l'interaction entre les partenaires. Les objectifs semblaient partagés différemment,

l'arrimage des ressources était particulier à chacun des partenaires et l'investissement des ressources potentiellement disponibles des partenaires était inégal.

De surcroît, l'agenda serré et un cahier de charges bousculant la gestion quotidienne d'usage a influencé les relations partenariales lors de la production et de la diffusion des messages de la campagne et sur la circulation entre partenaires de l'information organisationnelle utile pour les décisions. La contrainte financière (posée par le gouvernement) agissant comme condition à la participation du partenaire médiatique principal de la campagne a peut-être infléchi le déroulement de cette dernière. L'important apport financier du partenaire médiatique et la culture d'entreprise de ce dernier ont pu exercer une influence sur la direction et les objectifs du projet. Un code d'éthique spécifique à cette campagne ne précisait pas les rapports entre partenaires, ce qui a potentiellement modulé les relations partenariales. Bien que ces contraintes aient conditionné le déroulement de la campagne, il n'en demeure pas moins que le *Défi Santé 5/30* a eu un impact certain sur la population ; l'évaluation quantitative et qualitative de cette campagne est rapportée dans une étude d'impact (Renaud *et al.*, 2007). On peut avancer que certaines zones de convergence des acteurs, c'est-à-dire des espaces de dialogue où des discussions, et les décisions qui s'en suivent, ont été conjuguées entre les instances, ont contribué au succès de la campagne, notamment, sur les plans du financement, du contenu et du terrain. Néanmoins, certaines zones d'incertitude, telles que les rendements économique, attitudinal, comportemental et médiatique ont pris place d'entrée de jeu. Notons qu'il s'agissait d'une première campagne en promotion mettant en collaboration de nombreux partenaires intersectoriels et agissant sur des interfaces diverses.

## DISCUSSION

Le cas de la campagne *Défi Santé 5/30* illustre bien qu'une direction de campagne doit fédérer l'agenda et les interactions des organismes partenaires, générant une gestion complexe d'intérêts contradictoires (Schweyer, Levasseur et Pawlikowska, 2004). Sans une gestion rigoureuse, l'organisme responsable peut se priver de la consolidation du projet tout au long de son cours et ne pas bénéficier des avantages de la collaboration, voire de la coalescence. La notion de partenariat suppose en effet que des organismes de missions sociales, d'importance et d'intérêts différents mettent en commun leurs spécialisations pour la création d'un projet, mais aient fait des concessions en vue d'atteindre leurs buts respectifs (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003). Ce jeu d'influences se règle lors d'une médiation (souvent assurée par l'organisme responsable) entre partenaires, cette dernière aidant à atténuer les désaccords et à se concentrer sur une action et des buts communs bénéficiant des ressources de chacun des partenaires. Dans le cas du *Défi Santé 5/30*, par exemple, le partenaire

médiatique principal, qui agissait également comme principal bailleur de fonds avec le gouvernement, semble avoir élaboré la mise en forme du matériel médiatique de la campagne de manière autonome ; celui-ci pouvait se permettre d'assumer cette direction informelle compte tenu des grandes ressources médiatiques (et financières) dont il dispose. Le rapport de pouvoir entre l'organisme responsable, ACTI-MENU, et Quebecor a donc été modulé selon une stratégie différente ; ACTI-MENU, en tant que médiateur entre partenaires, s'est parfois retrouvé dans une position de coopérateur plutôt que de gestionnaire assurant une certaine cohérence dans la campagne. Dans ce contexte, les relations partenariales se sont davantage situées dans un registre de coopération que de collaboration ou de coalescence.

**Gestion du fonctionnement**

La multiplicité des partenaires a également rendu complexe la gestion de la campagne, chacun des partenaires étant issus de domaines différents. Certes, un nombre élevé de partenaires peut avoir pour effet d'augmenter la crédibilité de l'opération auprès de divers publics, mais constitue une contrainte pour les partenaires. Si l'on prend les partenaires de cautionnement, ceux-ci sont issus du domaine de la santé et se sentent plus concernés, par conséquent, par les objectifs et le contenu sur la santé de la campagne. Dans ce type de partenariat, l'instance agit comme un « expert » sur la santé qui a avantage à être consulté lors de l'élaboration du contenu, sauf si ce partenaire a clairement manifesté son intention de ne pas collaborer à cette étape, pour diverses raisons (temps, ressources non disponibles, expertise limitée, etc.). Par exemple, un des partenaires de cautionnement du *Défi Santé 5/30* n'a pas été satisfait du matériel médiatique de la campagne une fois qu'il en a pris connaissance. Le matériel ayant déjà été élaboré pour être diffusé, il aurait été difficile de le modifier dans l'éventualité où il aurait voulu se retirer, compte tenu de l'agenda de la campagne. L'accessibilité à l'information de ce type de partenaires aurait pu assurer l'implication de ce dernier dans le processus décisionnel. Les partenaires financiers, pour leur part, viennent des domaines commercial, gouvernemental ou bancaire. Ainsi, leur vision est orientée dans une perspective de consommation et de rentabilité de l'opération ; dans cette optique, la logistique de production et de diffusion constitue une préoccupation importante puisqu'ils opèrent dans une structure où de multiples contraintes matérielles ou techniques ne sont pas sans influencer la gestion de leur participation à une campagne. Il importe qu'en promotion de la santé, un lien solide s'installe entre les partenaires financiers et l'organisme responsable (ici, entre le MSSS et Quebecor inc. et ACTI-MENU) afin que l'organisme responsable puisse coordonner l'implication de chacun des partenaires. Dans un contexte où l'on veut rejoindre une même cible, ce lien s'avère nécessaire pour que l'organisme responsable puisse tenir compte des attentes des entreprises et ainsi créer une plus grande force de frappe pour la diffusion du message.

Un court délai pour la conception de la campagne, compte tenu du processus de fonctionnement de certaines structures organisationnelles, a également pu jouer sur les relations entre les instances dans la gestion de la campagne. En effet, l'élaboration d'un projet de campagne et de son matériel médiatique doit tenir compte du temps nécessaire à la gestion des consultations entre les partenaires et l'organisme responsable, mais également entre partenaires. L'exemple donné plus haut de l'impossibilité de contribution d'un partenaire de cautionnement au matériel médiatique illustre que le temps insuffisant pour concevoir la campagne a produit une contrainte à la participation de ce partenaire. D'autre part, il est compréhensible que le partenaire médiatique et financier principal, autre que gouvernemental, ait agi de façon plutôt indépendante pour l'élaboration du contenu médiatique, compte tenu qu'il devait répondre à certaines contraintes d'ordre temporel ; la conception du matériel avait débuté en novembre 2004 et la diffusion du matériel devait commencer en janvier 2005. Dans ce contexte, elle ne pouvait attendre longtemps l'approbation de tous les partenaires de cautionnement.

Bref, selon le genre d'institution, ses caractéristiques structurelles, organisationnelles, ses ressources et son activité, les mécanismes et compétences de coordination nécessitent des ajustements mutuels (Crozier et Friedberg, 1977 ; Mintzberg, 1982). Il importe de développer un design de l'architecture relationnelle et une supervision identifiée reconnue des acteurs impliqués ; il s'agit de prévoir des mécanismes de coordination tout en tenant compte des facteurs de contingence des diverses organisations du travail.

**Facteur culturel**

La différence des cultures d'entreprise des nombreux partenaires peut avoir également influencé la gestion de la campagne. Cette variété de cultures d'entreprise ou de société pose également un défi à l'organisme responsable d'une campagne en ce qui a trait à l'organisation interne des organismes impliqués. Chaque entreprise a son histoire et ses traditions. Nul doute que l'expérience quotidienne va au delà des normes de comportement sur le lieu de travail. Elles alimentent, tout comme la famille et l'école, des représentations collectives et des valeurs communes qui dans ce cas-ci peuvent influencer l'engagement, la motivation ou interférer (Sainsaulieu, 1990). L'organisme responsable se retrouve devant des instances de structure hiérarchique, de régulation, de langage, de valeurs, d'échéanciers et de parcours de prise de décisions parfois dissemblables, ce qui peut résulter en un difficile arrimage de ces modes de fonctionnement au moment du partage des tâches, du développement, de la mise en œuvre ou de l'évaluation du projet. Aussi, ces divers organismes ne sont pas redevables aux mêmes groupes de population. Par exemple, dans le cadre du *Défi Santé 5/30*, le partenaire médiatique principal, en tant qu'entreprise privée, était redevable devant ses actionnaires, ce qui le rendait très sensible aux cotes d'écoutes, tandis que le gouvernement était redevable à la

population, aux électeurs. Enfin, l'organisme responsable doit garder à l'esprit que la charge de production du projet, dans l'ensemble de la production de l'entreprise, n'est pas la même pour tous les partenaires. Aussi, le recadrage de la valeur « santé » et des modalités d'intervention avec les divers partenaires s'avère nécessaire tout au long de la campagne.

**Facteur éthique**

On a mentionné, plus haut, que chacun des organismes partenaires possède des intérêts et des visées (commerciales ou non) parfois distinctes de ceux des autres. En ce qui concerne les partenaires œuvrant dans le secteur commercial ou privé, leur implication dans une campagne peut avoir des conséquences, d'une part, sur leur gestion d'ententes interpartenariales et commerciales, et d'autre part, sur leur relation avec la population ciblée dans la campagne (notamment en terme de crédibilité), et ce, davantage lorsque des données personnelles sont manipulées. Par exemple, lors de son inscription sur le site internet du *Défi Santé 5/30*, il n'était pas clair pour la personne intéressée si les données personnelles qu'elle fournissait resteraient confidentielles. Les données auraient pu, par la suite, être récupérées par un des partenaires pour être revendues à des fins commerciales. La participation de certains partenaires commerciaux soulève donc des questions d'ordre éthique qui devraient être élucidées par l'organisme responsable dans le cadre d'une entente formelle entre ce dernier et chaque partenaire commercial. De plus, compte tenu du contexte de diffusion de la campagne, un code d'éthique publicitaire devrait être institué par l'organisme responsable. Celui-ci pourrait garantir que les partenaires médiatiques ne consentent pas d'avantages en faisant la promotion d'un des produits-santé ou autre produit de leurs entreprises-clientes lors d'une publicité diffusée durant l'émission télévisuelle ou sur le matériel imprimé de la campagne. Ce code d'éthique viserait donc à assurer la crédibilité (de l'information) de la campagne aux yeux de la population. Ainsi, trois composantes éthiques méritent d'être considérées dans un code d'éthique : une composante ayant trait à la gestion des relations interinstitutionnelles, une visant la relation des acteurs avec la clientèle ciblée et une reliée à la diffusion médiatique.

**Facteur organisationnel et contractuel**

Pour que les partenaires s'impliquent dans la campagne en toute connaissance de cause, il est nécessaire de définir clairement le rôle de chacun dans la campagne dans le cadre d'un contrat entre le partenaire potentiel et l'organisme responsable. Dans ce contrat, les objectifs et l'agenda de la campagne, le rôle du partenaire envers l'organisme responsable, mais également envers les autres partenaires de la campagne, devraient être précisés. On pourrait aussi s'assurer de l'investissement suffisant de ressources des entreprises pour garantir leur participation efficiente à la campagne. Ensuite, le plan partenarial devrait être dévoilé par l'organisme responsable aux organismes partenaires, ce plan laissant une ouverture à l'inclusion de nouveaux partenaires en cours de campagne.

Ce faisant, on pourrait se rendre compte que d'autres partenaires dont les missions sont en lien avec la campagne et qui n'ont pas été approchés pourraient apporter leur contribution. Le plan partenarial aiderait ainsi l'organisme responsable à mieux négocier l'arrimage des sous-cultures d'entreprises des différents partenaires (gouvernemental, commercial, communautaire). Il devrait également prévoir des temps de consultation entre instances et la circulation de l'information sur la gestion de la campagne (sujet des rencontres entre instances, réorganisation de l'attribution de tâches). Enfin, le rôle des partenaires de cautionnement ne devrait pas être limité à un endossement sans autre intervention durant le processus de conception ; une charge, comme s'occuper d'une ligne téléphonique, devrait leur être attribuée.

### PERSPECTIVE

Le cas du *Défi Santé 5/30* montre donc que la mise en œuvre de partenariats dépend de la concertation des partenaires et de l'organisme responsable de la campagne – cette concertation résultant de la médiation dirigée par l'organisme responsable –, de la participation des partenaires à toutes les étapes de la campagne, quel que soit leur nombre, et d'un temps suffisant alloué pour la conception du matériel de la campagne. Cette concertation des partenaires et de l'organisme responsable doit être garantie par un contrat de gestion établissant le rôle de chacun dans la campagne. Les actions de chacun dans la campagne doivent également être régulées par une entente et un code d'éthique. L'efficacité d'une campagne est, entre autres, reliée à ces conditions. L'étude des partenariats entre organismes publics, parapublics et privés dans le cadre de campagnes de promotion de la santé mérite donc d'être poursuivie. Aussi, pour assurer le maintien des alliances avec les partenaires, il importe de rendre prégnant les bénéfices propres à chacun et, ainsi, assurer l'apport et la contribution des partenariats, tant publics que privés, médiatiques que communautaires.

## RÉFÉRENCES

Amblard, H., P. Bernoux, G. Herreros et Y.F. Livian (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Éditions du Seuil.

Audet, N. (2007). *L'évolution de l'excès de poids chez les adultes québécois de 1990 à 2004 : mesures directes*, Zoom Santé – Institut de la statistique du Québec, p. 1-5, <www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_juin07.pdf>, (consulté le 24 janvier 2008).

Bilodeau, A. (2001). *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en santé publique, le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre,* Montréal, Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Bilodeau, A., S. Lapierre et Y. Marchand (2003). *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*, Montréal, Direction de santé publique.

Bouchard, A.E. et L. Renaud (1991). *L'écologie de la santé par les médias*, Montréal, Éditions Agence D'arc.

Caron-Bouchard, M. et L. Renaud (2007). « Modèle dynamique interactif : un outil d'analyse du rôle des médias dans la construction de la norme en matière de santé », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 283-302.

Crozier, M. et E. Friedberg (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Points/Essais ».

Cully, M., S. Woodland, A. O'Reilly et G. Dix (1999). *Britain at Work : As Depicted by the 1998 Workplace Employee Relations Survey*, Londres, Routledge. Cité par : L.H. Vassie et C.W. Fuller (2003). « Assessing the inputs and outputs of partnership arrangements for health and safety management », *Employee Relations*, vol. 25, nº 5, p. 490-501.

Flay, B., D. Di Tecco et R. Schlegel (1980). « Mass media in health promotion : An analysis using an extended information-processing model », *Health education quarterly*, vol.7, nº 2, p. 127-147.

Hornik, R.C. (2002). *Public Health Communication*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates.

Kanter, R.M. (1994). « Collaborative advantage : The art of alliances », *Harvard Business Review*, juillet/août, p. 96-108.

Lachance, B. et J. Colgan (2004). *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques*, Cadre de référence, Document de travail, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Le programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.

Orenga, L. (1996). *La communication collective : l'atout produit*, Luçon, Éd. Jean-Paul Gisserot.

Organisation mondiale de la santé (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, 57e assemblée mondiale de la santé, point 12.6 de l'ordre du jour provisoire, Genève, OMS, 17 avril.

Perez, C. (2002). *Consommation de fruits et de légumes*, Rapports sur la santé – Statistique Canada, vol.13, nº 3, p. 25-34.

Puska, P., J. Wiio, A. McAlister, K. Koskela, A. Smolander, J. Pekkola *et al.* (1985). « Planned use of mass media in national health promotion : The "Keys to Health" TV program in 1982 in Finland », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76, p. 336-342.

Renaud, L., M. Caron-Bouchard, S. Beaulieu et G. Martel (2007). « Étude de l'impact de la campagne de sensibilisation aux bienfaits de la saine alimentation et de l'activité physique : le Défi Santé 5/30 », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 95-204.

Sainsaulieu, R. (1990). *L'entreprise une affaire de société*, Paris, PFNSP.

Schweyer, F.X., G. Levasseur et T. Pawlikowska (2004). *Créer et piloter un réseau santé*. Réédité, Paris, Éditions de l'ENSP.

Shields, M. et M. Tjepkema (2006). *Différences régionales en matière d'obésité*, Rapports sur la santé – Statistique Canada, vol. 17, nº 3, p. 65-71.

Thompson, P.J. et S.R. Sanders (1998). « Partnering continuum », *Journal of Management in Engineering,* vol. 14, nº 5, p. 73-78.

Tjepkema, M. (2006). *Obésité chez les adultes*. Rapports sur la santé – Statistique Canada, vol. 17, nº 3, p. 9-26.

Vassie, L.H. et C.W. Fuller (2003). « Assessing the inputs and outputs of partnership arrangements for health and safety management », *Employee Relations*, vol. 25, nº 5, p. 490-501.

**Description des partenaires**

- ACTI-MENU (2008). *Historique de l'organisme*, <www.actimenu.ca/historique.php>, (consulté le 23 janvier 2008).
- Association québécoise de distribution de fruits et légumes (2006). *Au sujet de l'AQDFL*, <www.aqdfl.ca/fr/indexfra.html>, (consulté en 2006).
- Bureau du premier ministre (2008). Ministère du Conseil exécutif, <www.premierministre.gouv.qc.ca/premier-ministre/ministere.shtml>, (consulté le 21 janvier 2008).
- Institut de cardiologie de Montréal (2006). *Portrait et mission de l'institut*, <www.icm-mhi.org/fr/portrait-institut.html>, (consulté en 2006).
- Loblaws (2006). *Qui nous sommes ?* et *Soutien à la collectivité*, <www.loblaws.ca/fr/default.aspx>, (consulté en 2006).
- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (2008). *Ministre et ministère*, <www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Ministere/>, (consulté le 4 mars 2008).

- Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport du Québec (2008). *Mission du ministère*, <www.mels.gouv.qc.ca/ministere/ministere/index.asp>, (consulté le 21 janvier 2008).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Mission du ministère*, <www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>, (consulté le 21 janvier 2008).
- Quebecor inc. (2006) *Descriptif de l'entreprise*, <www.quebecor.com/Quebecor/QuebecorAtAGlance.aspx>, (consulté en 2006).
- Société canadienne du cancer (2008). *Mission* et *Activités*, <www.cancer.ca>, (consulté le 21 janvier 2008)

# CHAPITRE 6

## La mobilisation et la valorisation des connaissances

## 6.1 Les démarches de circulation des connaissances : mobilisation et valorisation des connaissances

Jérôme Elissalde, M.Sc., et Lise Renaud, Ph. D.

**RÉSUMÉ**

Cet article présente la vision de la mobilisation et de la valorisation des connaissances, telle que développée par le Groupe de recherche Médias et santé (GRMS) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), à travers différentes stratégies d'échange, de transfert et de diffusion des connaissances ainsi que de mise en réseaux des acteurs. Au-delà de sa mission première de recherche, le GRMS s'est donné comme objectif de faire se rencontrer différents intervenants (issus du monde de la santé, des médias et de la recherche) intéressés par les communications médiatiques en matière de santé. Ainsi, depuis sa création, le GRMS déploie les processus de mobilisation des connaissances et de valorisation des connaissances issues des milieux de recherche et de pratiques, en vue, ultimement, d'encourager leur utilisation dans les différents milieux. Cet article définit les termes « mobilisation » et « valorisation des connaissances », en plus d'exposer les diverses stratégies et actions ici mises en œuvre par le GRMS.

**ABSTRACT**

This article presents the vision of knowledge mobilization and enhancement developed by Université du Québec à Montréal's Media and Health Research Group (GRMS) through different knowledge sharing, transfer, and circulation strategies as well as stakeholder networking. In addition to its primary research mission, the GRMS has taken on the objective of bringing together various stakeholders from the health, media, and research fields who are interested in health-related communication through media. Since its inception, the GRMS has engaged in the mobilization, enhancement, and circulation of knowledge produced through research and practice with a view to encouraging their use in different areas. This article defines the terms "knowledge mobilization" and "knowledge enhancement", and showcases the various strategies and actions implemented by the GRMS.

### MISE EN CONTEXTE

Avant de discuter des concepts de mobilisation et de valorisation des connaissances, il nous apparaît important de préciser les prémisses sur lesquelles repose la perspective de travail du Groupe de recherche Médias et santé (GRMS). Les objectifs poursuivis par ce dernier ainsi que sa philosophie d'action seront ainsi exposés et serviront de points d'ancrage à notre vision de la mobilisation et de la valorisation des connaissances.

La collaboration entre chercheurs, partenaires médiatiques et partenaires de santé prônée par le GRMS est née du constat selon lequel le monde de la santé et celui des médias fonctionnent bien souvent en silo, et que rares sont les

occasions qui leur sont offertes de se rencontrer et de trouver des points de jonction. Le GRMS a donc créé un espace de rencontre entre les partenaires suivants :

- **intervenants médiatiques** œuvrant au niveau de la conception, de la production, de la diffusion de contenus en presse écrite, télévision, radio et Internet ; télédiffuseurs, producteurs d'émissions, scénaristes, journalistes, etc. ;
- **intervenants de santé** concevant, implantant et évaluant des programmes de santé populationnelle (ministère, agences de santé, direction de santé publique, organismes non gouvernementaux [ONG], etc.) ;
- **chercheurs** intéressés par le domaine de la santé ou par celui des médias. Ils sont issus de diverses disciplines et exercent dans plusieurs universités, collèges ou organisations partenaires.

Cet espace de rencontre vise à connaître et à intégrer les préoccupations de ces personnes et de leur organisation, notamment aux différentes étapes de la recherche, soit la définition de l'objet d'étude et l'élaboration, la validation et l'utilisation des résultats. Ces personnes jouent ainsi un rôle déterminant dans les processus de mobilisation et de valorisation des connaissances.

**Objectifs**

Le GRMS conçoit le travail avec l'ensemble des partenaires comme un processus dynamique, planifié, continu et interactif visant notamment à :

- développer un capital d'échange et d'entraide entre les partenaires du groupe afin de générer un enrichissement mutuel ;
- développer une culture de collaboration et de coconstruction des connaissances entre les milieux de pratiques et universitaires ;
- améliorer les attitudes des chercheurs vis-à-vis des réalités et des préoccupations des milieux de pratiques ;
- améliorer les attitudes des partenaires quant à la réceptivité et à l'utilisation des connaissances scientifiques ;

Ainsi, le GRMS crée une collaboration entre trois groupes : recherche, média et santé. Il vise également à générer de nouvelles compréhensions des phénomènes émanant autant des expériences personnelles, des pratiques de terrain que des recherches ancrées dans les contextes de chaque organisation, ceci afin d'améliorer, si nécessaire, les pratiques.

**Philosophie d'action**

La philosophie de travail du groupe de recherche repose sur deux modèles de relation avec ses partenaires : le modèle collaboratif et le modèle interactionniste, avec pour préoccupation constante la pérennité des actions entreprises.

Le modèle collaboratif introduit l'idée d'allers-retours réguliers entre le monde de la recherche (chercheurs) et celui de la pratique (intervenants). Ces échanges visent, notamment, à insérer les préoccupations des partenaires terrain dans la définition des projets d'intervention et de recherche, suite à l'analyse et à l'intégration des données (Lyons et Warner, 2005 ; Faye *et al.*, 2007). Ces relations bidirectionnelles n'altèrent pas les spécificités propres à chacun des intervenants, qu'il soit issu du monde de la santé, de celui des médias ou du monde de la recherche.

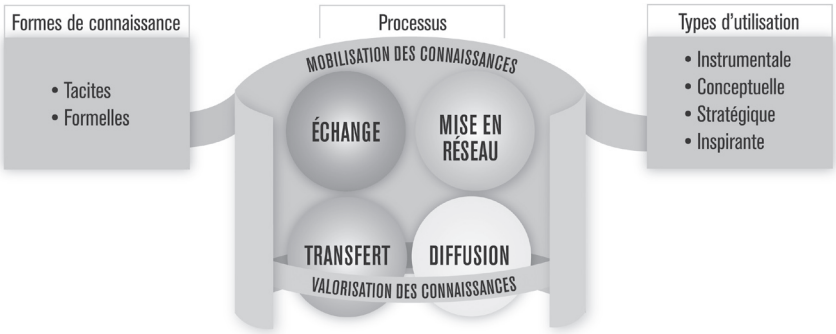
Le modèle interactionniste implique d'une part, l'existence de relations collaboratives entre les partenaires, et d'autre part, la prise en compte des contextes desquels sont issus chercheurs et intervenants. Les personnes impliquées dans ce type de processus découvrent les contextes de leurs interlocuteurs et sont plus à même de comprendre les besoins, les contraintes et les facilitateurs d'échanges (notamment en termes d'utilisation des connaissances à l'intérieur d'une organisation). Par exemple, les intervenants médiatiques et ceux de la santé sont sensibilisés au laps de temps nécessaire pour réaliser des études de qualité alors que les chercheurs le sont aux contraintes de disponibilité des institutions, pour interagir avec le personnel de celles-ci. De plus, le fait que plusieurs chercheurs aient été impliqués durant de nombreuses années dans les milieux de pratique (santé publique, production télévisée, ONG, etc.) renforce la prise en compte des contextes d'utilisation potentiels des connaissances.

Le GRMS est conscient que sa survie est tributaire des subventions de recherche. Il s'est donc donné comme objectif, dès sa création, d'assurer la pérennité de ses actions. Le défi est donc d'assurer que ses efforts de rapprochement entre les chercheurs et les intervenants survivent au-delà du retrait des subventions. Par conséquent, les liens entre le GRMS et ses partenaires sont tissés avec le souci d'intégrer les connaissances coproduites dans les organisations qui ont une durée de vie plus stable que le groupe de recherche. Ce dernier vise à ce que les acquis (tant scientifiques que relationnels) soient conservés et perpétués à long terme et il s'assure que tant les personnes travaillant en étroite collaboration avec le GRMS que les organisations se les approprient. Ainsi, la pérennité des actions est non seulement liée à l'intégration de concepts, de manières de penser et de travailler les réalités, mais également au développement conjoint d'outils ou d'instruments de recherche qui pourront « vivre » de manière indépendante.

**Démarches de circulation des connaissances**

Le tableau de la page 412 illustre le travail du GRMS dans la mise en dialogue entre les formes de connaissances de tous les intervenants et leurs types d'utilisation souhaités. Ceci se réalise par l'intermédiaire de processus de mobilisation et de valorisation des connaissances, qui se déploient à travers des stratégies

**Figure 1**
**Démarches de circulation des connaissances**




réalisées par le GRMS. Pour faciliter la lecture, chaque composante du tableau est explicitée séparément. Le tout synthétise la démarche entreprise pour intégrer les connaissances coproduites avec la collaboration des partenaires, à l'intérieur de leur pratique et de leur organisation.

## FORMES DE CONNAISSANCES : FORMELLES ET TACITES

Les connaissances dont il est question dans cet article sont de nature diversifiée. Il ne s'agit pas seulement des connaissances scientifiques issues des recherches, mais bien aussi de celles dérivant des pratiques et des expériences des partenaires du GRMS. Il s'agit de connaissances **formelles** acquises par des études et des recherches qui livrent avec précision des faits, des principes, des lois et des règles. Certains auteurs (Jones, 1979 ; Tardif, 1992) les appelleront connaissances « déclaratives ». D'autres connaissances, que nous avons nommées **tacites,** relèvent davantage du savoir-faire ou de mises en situation et sont acquises par l'expérience, l'émotion et la répétition (elles sont parfois appelées connaissances procédurales ou conditionnelles). Celles-ci nous apparaissent tacites, car elles sont souvent implicites, inexprimées et considérées, par les partenaires, comme allant de soi. Or, pour le GRMS, il apparaît important de les rendre explicites.

Ainsi, le GRMS mise non seulement sur les connaissances issues des recherches et des pratiques, mais également des expériences personnelles, émotionnelles et organisationnelles.

## TYPES D'UTILISATION DES CONNAISSANCES

Le GRMS souhaite, comme résultat final, que ces connaissances issues des recherches et des expériences des membres du groupe soient utiles et utilisables dans les milieux de pratiques. Par **utiles**, nous entendons que les connaissances mises de l'avant répondent aux préoccupations réelles de l'organisation et

qu'elles soient pertinentes pour nourrir les actions et les décisions. Les connaissances utiles varient selon ces contextes. Cela représente un défi, car une grande diversité d'intervenants sont membres du GRMS : des gestionnaires, des décideurs, des intervenants et des chercheurs. Par **utilisables** nous entendons que les connaissances soient disponibles, accessibles et adaptées à leurs destinataires, notamment en terme de format et de langage.

Certains auteurs (Landry *et al*., 2000 ; Amara *et al*., 2004 ; Milner *et al*., 2005) proposent différents types d'utilisation des connaissances : instrumentale, conceptuelle et stratégique. Nous en ajoutons une quatrième, la forme inspirante.

Par **forme instrumentale**, nous entendons que les connaissances issues des recherches (instruments de recherche, grilles d'analyse ou d'évaluation, résultats de recherche, recommandations, etc.) et des pratiques (processus de scénarisation, outils d'intervention validés, etc.) servent à modifier les pratiques tant de recherche, de gestion que d'interventions médiatiques ou sociosanitaires. En d'autres termes, l'utilisation instrumentale réfère à des situations où les connaissances sont la source d'une décision ou d'une action. Ainsi, les membres d'une organisation emploient dans le milieu des résultats de recherche, des outils, des compétences pratiques ou des concepts afin de modifier une action ou de prendre une décision. Par exemple, la recherche évaluative d'une campagne multimédia permet d'ajuster les actions pour l'année suivante ; une grille d'analyse de contenu est récupérée par une ONG pour analyser son propre matériel.

La **forme conceptuelle** réfère à une modification et à une adaptation de ces acquis théoriques et conceptuels dans la pratique, c'est-à-dire à un changement de vision et de mentalité enregistré dans un groupe de travail, suite aux nouvelles connaissances sur un sujet. Les membres de l'organisation concernée interprètent alors différemment leurs enjeux et leur réalité. Tous les auteurs s'entendent pour dire que la forme conceptuelle est plus informative que prescriptive. Par exemple, la recherche démontrant la faible activité physique chez les jeunes dans les téléromans québécois (Renaud *et al*., 2007) incite un producteur à créer une série ayant pour thème central une équipe sportive[1] ; une recherche sur les processus de prise de décision lors du traitement d'un thème de santé par les médias (Maisonneuve et Renaud, 2007) modifie la vision des intervenants en santé et leur offre une meilleure connaissance de l'univers médiatique.

La **forme stratégique** (Landry *et al*., 2000 ; Amara *et al*., 2004 ; Faye *et al*., 2007 ; Sudsawad, 2007) réfère à l'utilisation des connaissances comme argument d'autorité pour légitimer et justifier des positions. Ici, la forme stratégique

[1] Série jeunesse *Tactik* sur la chaîne Télé-Québec.

légitime des actions ou des prises de position. Par exemple, les recommandations favorables liées à une intervention médiatique permettent d'appuyer une demande de financement gouvernemental pour la poursuivre.

La pratique du GRMS incite à ajouter une autre dimension, la **forme inspirante** : celle de la transposition des données de recherche à un domaine complètement différent. Par exemple, les connaissances sur les perceptions de l'alimentation en fonction du genre engendrent l'idée de réaliser une étude sur les perceptions des problématiques environnementales en fonction du genre. Ou encore, le GRMS est sollicité pour siéger à une table de concertation (sur les jeux de hasard et d'argent) non reliée directement à ses sujets de recherche (l'alimentation et l'activité physique) afin d'y partager ses connaissances sur le façonnement des normes par les médias. Les faits saillants dérivant de collaborations avec certains de nos partenaires peuvent inciter une organisation à développer les siens en lien avec d'autres thématiques.

## DÉFINITION DES CONCEPTS : MOBILISATION ET VALORISATION DES CONNAISSANCES

Notre démarche de mise en dialogue entre les formes de connaissances (tacites et formelles) et leurs types d'utilisation (instrumentale, conceptuelle, stratégique et inspirante) se réalise par deux processus : la mobilisation des connaissances et la valorisation de celles-ci. Les réflexions qui suivent reposent d'une part sur une revue de la littérature, et d'autre part, sur un modèle développé empiriquement par le GRMS depuis sa création. Ce dernier désire s'approprier les termes les plus adéquats pour témoigner des initiatives qu'il développe avec ses membres (partenaires médiatiques, partenaires de santé et chercheurs). Pour ce faire, nous exposons ci-dessous les concepts que le groupe juge les plus pertinents pour la réalisation de ses missions d'intégration de la recherche et d'intervention.

Un premier constat s'impose : une **multitude de termes** désignent l'interaction entre la production des connaissances et leurs utilisations. Selon Graham (2006), qui a mené une enquête auprès de 33 organismes de financement en recherche appliquée sur la santé dans neuf pays, il y aurait plus de 29 termes relatifs à ce concept uniquement dans la littérature anglophone. Il évoque notamment ceux de *Knowledge mobilization, Knowledge translation, Knowledge transfer, Knowledge exchange, Research utilization, Implementation, Dissemination, Diffusion,* etc. Dans la littérature francophone, les termes qui reviennent le plus souvent sont « transfert des connaissances », « valorisation de la recherche », « application des connaissances », « échange de connaissances », etc.

Le deuxième constat révèle que la terminologie est largement élaborée par des **auteurs anglophones**. Ainsi, la traduction de certains termes peut leur faire perdre des nuances et également entraîner des glissements de sens.

Enfin, le troisième constat amène à préciser que ce champ est principalement développé dans le **secteur technologique**, dans une optique de rationalisation des coûts. Il est donc nécessaire d'adapter les concepts et les stratégies qui peuvent en découler aux sciences humaines et sociales.

L'absence de consensus sur les termes incite à définir précisément les concepts sur lesquels le GRMS base ses actions et le sens qu'il leur donne, afin de lever les ambiguïtés. Les définitions qui suivent sont donc teintées d'une double préoccupation : tenir compte à la fois des retombées économiques, mais également des retombées sociales en termes de santé des populations.

Le GRMS retient divers concepts sous-tendant ses actions.

Deux d'entre eux sont liés aux processus, c'est-à-dire à la démarche de mise en dialogue :

- mobilisation des connaissances ;
- valorisation des connaissances.

Quatre autres concepts sont associés aux stratégies, c'est-à-dire à l'agencement des actions pour atteindre un but :

- échange ;
- mise en réseau ;
- diffusion des connaissances ;
- transfert des connaissances.

**Mobilisation des connaissances**

La mobilisation des connaissances est définie comme le moyen de « transformer les connaissances en actions concrètes dans l'intérêt du plus grand nombre d'acteurs possible » (description du programme *Impact du savoir dans la société* du Conseil de recherche en sciences humaines, cité par Fitzpatrick, 2008 ; Brodeur *et al*., 2009).

La mobilisation des connaissances fait écho à la philosophie du GRMS dans le sens où le groupe se positionne comme un incitateur et un facilitateur de l'échange, du partage, et ce, sans privilégier exclusivement les connaissances issues de recherches universitaires. La mobilisation des connaissances considère importantes toutes les formes de connaissances, qu'elles soient le fruit de la recherche ou de l'expérience de pratique. L'objectif ultime est l'intégration de celles-ci dans les divers milieux. La mobilisation des connaissances passe par différentes étapes d'identification, d'analyse, d'organisation et de partage des besoins et des ressources. Elle ne fonctionne pas exclusivement selon un modèle d'offre et de demande, visant plutôt à créer des points de jonction entre les acteurs afin que les échanges et les rencontres suscitent une reconnaissance mutuelle des expertises et impulsent l'évolution des pratiques. La mobilisation des connaissances existe seulement si celles-ci sont accessibles et circulent.

Le GRMS considère que la mobilisation des connaissances est un processus large, qui englobe leur valorisation. Le groupe soutient la **mobilisation des connaissances** non seulement par des processus de **valorisation de celles-ci**, mais également par des stratégies d'**échange des connaissances** et de **mise en réseaux des acteurs**.

**Valorisation des connaissances**

La valorisation des connaissances est un processus mis de l'avant par le GRMS pour optimiser l'identification, et ultimement, l'utilisation de celles-ci dans les différentes organisations participantes (médiatiques, de recherche, de santé).

> La valorisation de la recherche peut être définie comme l'ensemble des actions et des activités ayant pour but d'augmenter la valeur des résultats de recherche et, plus généralement, de mettre en valeur les connaissances […] elle réfère plus globalement à l'ensemble des activités qui mettent en relation le monde de la recherche et la sphère économique et sociale […] à l'évidence la valorisation ne se résume pas à l'exploitation commerciale des résultats de la recherche ; elle s'appuie, de façon générale, sur le déploiement et l'échange de connaissances et ce, dans tous les domaines de développement du savoir (*Politique québécoise de la science et de l'innovation : savoir changer le monde*, ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, 2001, p. 86).

La valorisation des connaissances correspond à leur mise en valeur afin que des individus et leur organisation puissent avoir accès aux données pertinentes dans le cadre de leurs projets, se les approprient et les incorporent dans leurs pratiques en tant que décideurs, intervenants, producteurs, gestionnaires, cliniciens (Beaudry *et al*., 2006 ; Mathieu, 2007 ; ARUC, 2007).

La valorisation des connaissances est importante pour le GRMS, car il ne suffit pas que celles-ci existent pour qu'elles soient identifiées et donc ultimement utilisables. Il est nécessaire de penser à leur adaptation dans les milieux, de travailler à leur mise en forme dans un format familier pour leurs destinataires, d'identifier les canaux par lesquels il serait le plus judicieux de les faire transiter. Dans la logique de leur valorisation, le GRMS fait office de catalyseur entre les connaissances et leurs utilisateurs potentiels. Il œuvre alors à trouver les mécanismes favorisant la mise en valeur de certaines données de recherche et de certaines pratiques et initiatives de terrain.

La **valorisation des connaissances** se décline en différentes stratégies appelées notamment **transfert** et **diffusion des connaissances**.

**Différences entre la mobilisation et la valorisation des connaissances et complémentarité de celles-ci**

Il est important de souligner que la mobilisation des connaissances ainsi que leur valorisation sont des processus distincts, quoique tous deux soient mis de l'avant par le GRMS. La mobilisation des connaissances est plus large que leur valorisation. La mobilisation des connaissances insiste sur le fait que celles qui peuvent être partagées sont de natures et de sources diverses. Dans la valorisation (un exercice qui a d'abord été pensé dans une optique de rentabilité économique, par la suite dans une perspective sociale), ce sont bien souvent les données dites « probantes » des recherches scientifiques qui sont mises de l'avant : il s'exerce donc une certaine forme « d'exclusivité », de tri, de préférence, de choix, de hiérarchisation des connaissances. La mobilisation des connaissances, en insistant sur l'intérêt du partage de toutes formes de connaissances, vise leur accessibilité et compte sur leur hybridation et leur sélection par les acteurs eux-mêmes. Dans le processus de mobilisation, le GRMS est un facilitateur et ce ne sont pas les seules connaissances scientifiques qui sont promues, mais bien celles des différents milieux de pratique en présence. Les activités du groupe ne se résument pas à des duos avec ses partenaires ; l'objectif est aussi de créer un lien entre les acteurs, de leur offrir des espaces de rencontre, de partage et d'élaboration de nouvelles compréhensions sans se positionner comme un intermédiaire.

**Stratégies de mobilisation des connaissances : échange et mise en réseau**

***Échange***

Dans une démarche de mobilisation des connaissances, le GRMS crée des espaces de rencontres et de partage entre différents univers professionnels (médias, santé, recherche). C'est par les échanges que les différents intervenants se découvrent et échangent l'information, confrontant leurs points de vue, leurs réalités, leurs contraintes et leurs objectifs. Des liens se tissent alors entre les partenaires participant aux activités du GRMS, lors de contacts interpersonnels ou encore lorsque le groupe se fait le relayeur de leurs activités. Les temps d'échange permettent aussi aux partenaires et aux chercheurs d'évaluer les besoins de chacun, d'offrir des témoignages des pratiques de chacun, d'orienter les questions de recherche et de partager des intérêts. Les échanges font émerger autant les connaissances formelles que tacites, ainsi que les besoins en recherche. Les échanges favorisent le partage et la motivation à s'approprier les connaissances et à les « disséminer » et « repartager » avec des membres de leur propre organisation ou d'autres organisations. Un exemple de l'application de cette stratégie de partage des connaissances est la rencontre de partenaires que le GRMS a organisée en février 2009 : un scénariste de téléromans est venu témoigner de la manière dont la santé peut être abordée dans le cadre des fictions télévisées (construction des personnages, courbes dramatiques, suggestion des problématiques de santé…). Les stratégies de partage des connaissances

visent également l'amélioration des attitudes des partenaires à l'égard des connaissances scientifiques et de leur motivation à se les approprier, voire à les utiliser dans leur milieu.

***Mise en réseau des acteurs***

Les rencontres de partenaires en présence sont un temps privilégié pour encourager le réseautage des intervenants et pour créer des ponts entre eux, cerner les contraintes et exposer les objectifs de chacun. Le réseautage vise l'établissement de liens de confiance et la circulation fluide des informations, y compris de manière informelle (p. ex., lors de l'élaboration d'un devis de production, un partenaire médiatique a besoin d'informations supplémentaires sur des notions de santé : il sera donc mis en relation avec les partenaires de santé concernés). La prise en compte des réseaux de diffusion de l'information et la création de nouveaux sont indispensables à la circulation des connaissances, à la création de nouvelles informations, et ultimement, à l'intégration de celles-ci dans les organisations et dans les pratiques. L'expérience du GRMS a montré que les conférences téléphoniques ou les vidéoconférences sont essentielles, mais insuffisantes pour la formation de réseaux d'intervenants. Les rencontres en présence offrent de meilleures retombées.

**Stratégies de valorisation : diffusion et transfert**

***Diffusion des connaissances***

Selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales, le mot « diffusion » signifie « répandre, propager, semer de façon uniforme dans toutes les directions, propager dans un large public ». Étymologiquement parlant, dès le XVe siècle, le mot « diffuser » signifie répandre, distribuer un ouvrage.

L'Alliance de recherche Université Communauté en économie sociale (2007, p. 7) mentionne que « la diffusion des connaissances consiste à rendre accessibles et à faire connaître à des auditoires susceptibles d'y être intéressés l'existence et les résultats d'une recherche, qu'ils soient préliminaires ou finaux ». On ajoute ici que la diffusion peut être une action ciblée en fonction des intérêts des destinataires.

À la différence du transfert, la diffusion fonctionne davantage selon un mode unidirectionnel c'est-à-dire que, dans un premier temps, il y a peu d'interaction entre le GRMS et son destinataire : les informations sont transmises et le GRMS en assure la circulation.

Il est à noter que certaines activités de diffusion suscitent la mise en réseau, l'intérêt pour les données de recherche et le désir de collaboration. En ce sens, les activités de diffusion sont complémentaires et intimement liées aux activités de transfert.

***Transfert des connaissances***

Le Centre national de ressources textuelles et lexicales définit la notion de transfert comme le fait de « déplacer, transporter d'un lieu à un autre selon des modalités précises ». Il y a ici un effort précis et actif envers le destinataire. Au sens étymologique du terme, « transférer » signifie « porter de l'autre côté » ou « porter au-delà ».

Faye *et al*. (2007) mentionnent que la notion de transfert est de nature imprécise et de caractère flou. Selon le champ disciplinaire auquel il fait référence (sport, droit, psychanalyse, transport…), le mot transfert revêt des sens très divers. Dans le domaine socio sanitaire, il s'agit d'une démarche systémique, articulée et structurée, autour des données probantes, pour générer des changements de pratique, de compétences ou de comportements. Les différentes connotations de ce mot à travers différents champs disciplinaires génèrent donc une confusion possible.

Perrenoud (1999) précise que la notion de transfert (voire déplacement) associée à celle de connaissances est trompeuse, car ces dernières ne sont pas nécessairement un produit ou une substance transportable et détachable de leur source. En effet, les connaissances sont nécessairement reconstruites en fonction des récepteurs et de leur contexte. Il y a une réappropriation des connaissances en fonction des contextes de chacune des organisations en présence.

Le GRMS considère que les connaissances sont obligatoirement reconstruites et que leur transfert vise à « l'intégration des connaissances dans la pratique des individus et des organisations, et ultimement, un changement dans les comportements individuels ou organisationnels ou des décisions d'ordre institutionnel ou politique » (ARUC, 2007, p. 8)

Pour le GRMS, le transfert des connaissances est une démarche continue, ponctuée par des allers-retours entre chercheurs, intervenants de la santé et des médias. Cette démarche n'arrive donc pas seulement une fois la formalisation des connaissances effectuée. Le mot processus prend donc toute sa dimension en ce sens que le transfert n'est pas l'ultime étape qui viendrait s'appuyer sur des connaissances « finalisées, figées », mais une interaction continue générant en soi des changements constants dans la compréhension des connaissances. Ainsi utilisons-nous le mot transfert dans sa dimension active, voire interactive (Clark et Kelly, 2005).

Il est à noter que le transfert des connaissances n'est pas une démarche unidirectionnelle (des recherches vers les pratiques). En effet, une étude qui ne tiendrait pas compte des connaissances des partenaires de terrain aurait peu de chances d'intéresser les milieux de pratiques et de leur être utile.

## MOYENS DÉPLOYÉS PAR LE GRMS

Les moyens mis en place pour opérationnaliser les diverses stratégies sont présentés ci-après. Signalons que certains moyens pourraient se retrouver dans plus d'une stratégie, car celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives. La classification a été réalisée en fonction des dominantes. Il faut remarquer également que les moyens liés aux stratégies de mise en réseaux des acteurs et de partage des connaissances ne sont pas spécifiquement décrits, car ils se trouvent inclus dans les autres moyens.

### Moyens de diffusion

Les premiers modes de diffusion des connaissances implantés sont la publication d'articles scientifiques, l'édition de rapports de recherche, les présentations lors de colloques et l'enseignement. Il est cependant important de mentionner aussi les autres moyens de diffusion mis en place par le GRMS. La divulgation des résultats de recherche et des pratiques novatrices n'est pas forcément le gage d'une utilisation des connaissances : elle favorise l'accessibilité physique, mais l'accessibilité conceptuelle nécessite souvent des processus d'accompagnement que seules permettent les activités de partage et de transfert des connaissances. Voici différents moyens de diffusion mis en place par le GRMS :

- **Recueil de textes** : Par la publication de recueils de textes qui rassemblent et contextualisent ses principales études, le GRMS propose un outil qui, en plus d'offrir un éclairage théorique sur les médias et le façonnement des normes en matière de santé, présente des pistes d'action et des recommandations. Ainsi, le dernier recueil de textes du GRMS (Renaud *et al.*, 2007) proposait-il des « pistes d'action pour les praticiens en santé publique ». Cet ouvrage a suscité des réactions très positives chez nos partenaires qui l'ont utilisé dans leur pratique. Il est désormais cité comme une référence (Janzyk, 2009).
- **Site internet** : le site Internet du GRMS (<www.grms.uqam.ca>) est un espace de présentation du groupe et de mise à disposition des productions. Y figurent notamment les articles et les rapports de recherche. Ce site (plus de 5000 visites/an provenant de plus de 30 pays) offre un lieu de consultation des recherches, d'information sur les médias et la santé (section actualité). Diversifiant ses moyens de communication, le GRMS s'assure également d'une présence dans le réseau social Facebook avec une page à son nom (<www.facebook.com/grms.uqam>). En guise de préparation à la conférence *Internet et santé*, le groupe de recherche opère également un blogue (<www.internetsante.uqam.ca>) qui se veut un espace multimédia d'échanges, de discussions et de formation en ligne. Il y présente des initiatives d'intervention en ligne liées à la santé, des études, mais également des outils destinés aux intervenants de santé qui souhaitent exploiter les possibilités des médias sociaux dans leurs interventions.

- **Service de veille :** une veille médiatique et scientifique est réalisée en fonction des intérêts et des préoccupations des partenaires et des chercheurs et celle-ci est acheminée aux personnes intéressées. Ce service permet notamment d'attirer l'attention des praticiens sur des données probantes, d'enrichir les recherches, de demeurer à la fine pointe de l'actualité du secteur en question, de faire circuler des informations via les réseaux qui ne possèdent pas toujours l'accès aux mêmes sources (bases de données, fils de presse, etc.) et donc d'assurer une meilleure circulation de l'information. La veille assure aussi le suivi de l'actualité des intervenants et collaborateurs du GRMS, l'entretien et la stimulation des liens, l'identification de partenaires potentiels, la diffusion des recherches, d'expériences novatrices, de pratiques développées dans d'autres domaines et transposables au nôtre, et enfin, la recherche de financement. Les activités de veille du GRMS passent par l'utilisation d'outils informatiques de gestion de l'information et par la participation à des événements scientifiques ou organisés par nos partenaires.

**Moyens de transfert**

Le GRMS utilise quelque huit moyens de transfert, qui se déclinent en plusieurs activités. Nous en donnons quelques exemples :

- **Rencontres de partenaires** : depuis sa création, le GRMS organise deux à quatre rencontres-partenaires par année. Celles-ci réunissent des partenaires de terrain, des chercheurs et des étudiants. Elles ont pour objectifs la programmation de la recherche, le partage des connaissances, la présentation de recherches en cours ou complétées et la discussion des données. Elles permettent aussi aux partenaires de se rencontrer, de se connaître davantage, d'échanger sur le traitement médiatique des sujets de santé, sur leur expertise, mais aussi de présenter leurs organisations, expériences et pratiques. Les partenaires témoignent ainsi des préoccupations des différents milieux et sont parfois à l'origine de projets de recherche ou de collaboration avec le GRMS. Ces rencontres en présence sont indispensables, car elles maintiennent et activent les liens, et stimulent la convivialité, terreau nécessaire à la création de liens de confiance et de relations durables. Le GRMS a par exemple discuté d'une recherche sur les représentations de la santé dans différentes émissions télévisées qui a eu pour conséquence d'amener les producteurs à effectuer quelques changements dans leur travail.
- **Présentation de résultats de recherche personnalisés** : certains retours sur les recherches effectuées se font en présence de plusieurs partenaires alors que d'autres sont plus individualisés, notamment dans le cas de producteurs et de télédiffuseurs en compétition les uns avec les autres. Certains de nos partenaires font par ailleurs appel aux chercheurs du GRMS pour présenter leurs travaux lors de leurs événements spéciaux.

- **Formation de la relève :** certains chercheurs du GRMS ont déjà offert dans leur propre établissement d'enseignement (niveau collégial, baccalauréat, maîtrise et doctorat) des cours sur les communications et la santé, afin que la relève soit préparée et adéquate pour cerner les univers de la santé et des médias et pour insuffler un leadership dans ce domaine. Ces étudiants poursuivent pour la plupart une carrière dans le domaine des communications, pour des organismes publics ou privés, et certains se destinent à la recherche. Ainsi, plusieurs chercheuses du GRMS enseignent-elles au programme court de deuxième cycle en communication et santé de l'Université du Québec à Montréal.
- **Codéveloppement d'outils et d'événements** : le GRMS souhaite rayonner au-delà de la diffusion traditionnelle des résultats de recherche (articles scientifiques, rapports de recherche, présentations lors de colloques). Cette démarche s'inscrit dans une volonté de rejoindre les publics non naturels des productions universitaires. Elle implique un travail important de sélection et d'adaptation des résultats de recherche (qu'ils soient préliminaires ou finaux) pour les rendre accessibles et les faire connaître à des auditoires susceptibles d'y être intéressés. De plus, cette démarche assure un ancrage des dynamiques dans les milieux et prépare leur pérennité. Voici des exemples de réalisations que le GRMS conçoit en partenariat :
  - **Faits saillants de recherche** : développés en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre, les faits saillants visent à mettre en lumière et à rendre accessibles des ressources (articles, rapports de recherche) parfois peu consultées, mais de grande qualité. Les faits saillants rédigés par des communicateurs scientifiques sont mis à disposition sur les sites Internet du GRMS et des partenaires participants au projet. Deux types de documents ont été rédigés à ce jour : certains adaptés aux professionnels de l'information (journaliste, chroniqueur, recherchiste, chef de pupitre ou de section, animateur, réalisateur, directeur de l'information ou de la programmation, etc.) et d'autres destinés aux professionnels de la fiction (scénaristes pour la télévision et l'Internet).
  - **Guides de pratiques** : Deux guides de pratiques, l'un à l'usage des intervenants en santé et l'autre des artisans des médias sont en cours de production. Ceux-ci entendent offrir à ces deux publics des outils pour développer des actions de communication qui intègrent une réflexion sur les normes de santé. De facture interactive et disponible sur l'Internet, le guide à l'intention des professionnels de la santé a été conçu avec des partenaires provenant de quatre organismes différents (hôpital, direction de santé publique, organisation non gouvernementale, établissement d'enseignement). Le second guide, destiné aux scénaristes, est réalisé avec des scénaristes et des personnes travaillant pour des maisons de production. Ce dernier utilise davantage la vidéo ; les témoignages des

gens du domaine de la production y expliquent notamment l'impact des images santé sur l'auditoire. De plus, leur élaboration et leur mise à jour impliquent une collaboration étroite avec les milieux concernés.

- **Conférence *Internet et Santé : nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*** : organisée en collaboration avec l'Association pour la santé publique du Québec, cet événement permet de mieux comprendre en quoi Internet transforme les pratiques de communication en santé. En plus de présenter des résultats de recherches et d'interventions, cette conférence propose des ateliers pratiques qui permettent aux participants de développer les compétences requises pour mettre Internet à profit pour développer des actions de communication dans le domaine de la santé.
- **Blogue Internet et santé** : développé en collaboration avec l'Association pour la santé publique du Québec, ce blogue (<www.internetsante.uqam.ca>) vise à comprendre, partager et s'inspirer pour mieux intervenir sur Internet en matière de santé. Ce site propose de nombreux exemples d'intervention en ligne ainsi que des outils et des ressources sur l'utilisation des médias sociaux dans le domaine de la santé.

■ **Mentorat et expertise conseil** : à la demande des partenaires ou sur proposition du GRMS, un soutien peut être accordé pour le développement de projets ou la réalisation d'études (rédaction-révision de projets, accès à la documentation, évaluation, etc.) afin de soutenir les intervenants dans leur travail. Certaines ONG sollicitent l'expertise d'intervention ou d'évaluation de certains chercheurs du GRMS afin de peaufiner leur propre projet.

■ **Formations** dans les milieux de pratique : les chercheurs du GRMS adaptent leurs résultats aux besoins des partenaires et offrent des angles d'analyse ou des cadres théoriques différents selon que la demande provient du milieu médiatique ou de celui de la santé. Par le passé, il a offert des formations sur mesure à des partenaires, des rédacteurs scientifiques, des scénaristes et des intervenants-santé notamment sur l'impact des médias sur la santé des populations. Ces formations sur mesure sont particulièrement adaptées dans le contexte de la production médiatique, où la confidentialité des projets est souvent de mise.

■ **Recherches élaborées avec les milieux :** le GRMS conçoit avec des partenaires des recherches issues de demandes spécifiques des divers milieux. De plus, tous les partenaires, tant chercheurs qu'intervenants, se concentrent sur la définition des projets de recherche, la co-interprétation et la transposition des résultats à leur pratique. Par exemple, l'organisme Kino-Québec désirait une étude sur l'évolution de sa pratique et de son discours, sur une période de vingt ans. Cette étude lui a permis de porter un regard critique sur ses actions passées et futures.

■ **Études en lien avec les préoccupations des milieux** : Au delà des recherches sur les modèles théoriques du façonnement des normes, le GRMS procède à des analyses de contenu, des études de cas et des études

de réception directement en lien avec les préoccupations de ses partenaires. Par exemple, l'étude de réception d'une campagne multimédia de promotion de la santé, le Défi 5/30, a ainsi été réalisée à la demande d'une organisation membre du GRMS.

## DISCUSSION

Depuis sa création, le GRMS a développé différentes stratégies de collaboration entre intervenants médiatiques, intervenants de santé et chercheurs. Les démarches de mobilisation et de valorisation des connaissances entreprises procurent au groupe de recherche une occasion unique d'être en lien constant avec les milieux d'études et leurs intervenants d'une part, et d'autre part, elles permettent de développer des échanges, des collaborations et des projets ancrés aux préoccupations et aux réalités des milieux avec lesquels il travaille. L'expérience des dernières années a démontré la faisabilité d'un tel mode de fonctionnement. Dans un premier temps, les initiatives de mobilisation des connaissances ont notamment permis de faire se rencontrer des intervenants qui en ont peu l'occasion. Ainsi, le GRMS offre un espace où se côtoient plus d'une dizaine de chercheurs de différentes disciplines (communication, éducation, kinanthropologie, nutrition, sciences infirmières, sociologie…), dix partenaires de santé (ACTI-MENU, Association pour la santé publique du Québec, Centre Épic, Direction de santé publique de Montréal, ÉquiLibre, Fondation des maladies du cœur du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Kino-Québec, Objectif Mouvement Santé) ainsi que sept partenaires médiatiques (Société Radio-Canada, Télé-Québec, Téléfiction, Vivavision, Pixcom, Alliance pour l'enfant et la télévision, Passeport Santé). La mobilisation des connaissances permet dans un deuxième temps d'échanger sur les intérêts de chacun et de participer activement aux travaux de mise en circulation de celles-ci afin de générer une perspective commune et d'appréhender de manière novatrice la recherche sur les médias et la santé.

### Retombées de la mobilisation et de la valorisation des connaissances

La mobilisation, la valorisation, le transfert et la diffusion des connaissances à travers le partage de celles-ci, ainsi que la mise en réseaux des acteurs, constituent une mission possible pour un groupe de recherche. Pour le GRMS, elle génère diverses retombées en termes d'utilisation des connaissances, parmi lesquelles :

- L'**utilisation directe** des données de recherches. Par exemple, une de nos études démontrant la quasi-absence d'activité physique dans les téléromans incite certains producteurs à y intégrer des personnages actifs ;
- Le **changement d'éclairage** ou de vision. Par exemple, les médias ne sont plus perçus comme une simple courroie de transmission des messages, mais bien plutôt comme éléments structurant l'environnement social. Il s'agit ici de comprendre que toute communication médiatique participe au façonnement des normes sociales en matière de santé.

- La **réflexion sur les pratiques**. Par exemple, suite à notre analyse de l'évolution du discours de Kino-Québec de 1984 à 2005, cette organisation a fait le point sur la nature de ses actions ;
- La **transposition** des acquis théoriques ou pratiques à d'autres réalisations. Par exemple, nos partenaires réalisent l'importance d'évaluer leurs interventions parce qu'ils en voient les bénéfices concrets à partir d'études de cas qui leur sont présentées.

De plus, la création d'un espace de rencontre où les intervenants médiatiques, les intervenants de santé et les chercheurs se côtoient permet :

- une **meilleure compréhension** des dynamiques, des réalités, des contextes et des contraintes de chaque milieu de travail (santé, médias, recherche) ;
- un **partage facilité** des connaissances tacites et formelles qui offre à chacun l'occasion de faire valoir son expertise aux fins d'une plus grande reconnaissance des autres membres du groupe, en d'autres mots, d'un enrichissement mutuel et d'un respect des compétences de chacun.

Après quatre années d'existence, notre philosophie d'action basée sur un modèle collaboratif et interactionniste, c'est-à-dire sur un souci constant d'impliquer les partenaires dans le processus de mobilisation des connaissances, d'une part, et d'autre part, une préoccupation soutenue de cerner les contextes organisationnels des différents acteurs en présence semble favoriser un espace de collégialité et d'échange. La participation croissante des intervenants de terrain à nos activités serait-elle le signe de la pertinence d'une telle façon de faire ?

**Mobilisation des connaissances et changements de pratiques**

Les dynamiques décrites dans cet article sont conditionnelles à la présence de ressources humaines et financières dédiées à la mission de mobilisation des connaissances. Le GRMS emploie ainsi un agent de recherche dont les tâches se centrent autour de cette mission. Cette personne est notamment membre de la communauté de pratique ValoRIST (Valorisation de la recherche et de l'innovation sociale et technologique) et du Réseau québécois en innovation sociale (RQIS), des plates-formes mises en place par le réseau de l'Université du Québec. Ces implications, nos activités de veille, ainsi que la participation régulière à des temps de réflexion sur ce sujet permettent au GRMS d'être à l'affût des nouveaux modèles, stratégies et façons de faire pour améliorer nos propres activités auprès de nos partenaires, tant comme membre individuel qu'organisationnel.

Enfin, le GRMS a déployé des efforts pour rechercher du financement directement lié à ce type d'actions. Force est de constater l'intérêt croissant des organismes subventionnaires pour ce genre d'initiatives. Notons cependant que ces initiatives auraient tout intérêt à faire partie de manière systématique des protocoles de recherche.

La mobilisation des connaissances est un processus qui nécessite une évolution des pratiques ainsi que du temps, autant pour les chercheurs que pour les partenaires.

Les chercheurs du groupe modifient leurs habitudes de travail afin de tenir compte d'une part des allers-retours avec les partenaires tant pour la définition des projets de recherche que pour l'analyse des données, et d'autre part, du déploiement particulier des actions liées à la mobilisation des connaissances (présentations aux partenaires, disponibilité pour les journalistes, relecture de contenus vulgarisés, codéveloppement d'outils, etc.). Notons que ces tâches visant le partage des connaissances avec les utilisateurs potentiels de la recherche (autre qu'universitaire) sont encore peu considérées au sein de la communauté scientifique. Les chercheurs prennent d'ailleurs conscience de la nécessité d'adapter la formulation des résultats en fonction des utilisateurs potentiels des recherches.

De leur côté, les partenaires réalisent le temps nécessaire à l'élaboration des recherches et conçoivent de manière plus précise ce que peuvent apporter celles de facture universitaire à leurs pratiques. Le fait de participer à des rencontres où ils font part de leur réalité, de leurs expériences et de leurs besoins engendre une reconnaissance de leur savoir d'intervenants. Ils sont invités à partager leurs connaissances des milieux, leur savoir-faire, mais aussi leurs questionnements du moment. Cette participation aux temps d'échanges est ainsi essentielle dans la formulation des questions de recherche. Par ailleurs, des résultats de recherche les amènent parfois à poser un regard critique sur leurs propres pratiques et invitent à modifier certaines stratégies d'action. Enfin, quelques partenaires ont entrepris un plus grand nombre de recherches dans leur propre organisation et ont sollicité par la suite l'expertise des chercheurs du GRMS pour développer de nouvelles interventions.

Le fait de réunir trois groupes issus d'univers différents (médias, santé et recherche) offre une grande richesse, génératrice cependant d'une certaine complexité qui soulève des défis importants de communication. Les intervenants qui se côtoient sont issus de disciplines très variées et leurs champs d'expertise sont souvent bien distincts. Diverses cultures organisationnelles se croisent alors et l'intérêt pour le traitement médiatique des thématiques de santé est motivé par des logiques différentes. Cela nourrit un terreau riche en défis de communication. Le GRMS est privilégié de réunir autant de collaborateurs et de partenaires organisationnels importants, qui l'appuient et travaillent avec lui. Cette confiance est le fruit d'un travail patient : il faut du temps aux intervenants pour se découvrir, reconnaître leurs expertises mutuelles, et enfin, envisager l'intérêt des collaborations. Elle permet par la suite de dépasser les limites des milieux de travail et de trouver des solutions à des problèmes complexes en matière de santé collective et individuelle.

Nous croyons que le fait de prendre du temps pour connaître les contextes de travail de chacun (en accord avec notre philosophie d'action collaborative et interactionniste) est gagnant. Les relations interpersonnelles, les relations de confiance, l'atmosphère de collégialité, le respect, la crédibilité des participants, la confidentialité de certains propos, la connaissance des contextes représentent, sans l'ombre d'un doute, des facteurs qui ont favorisé la formation de réseaux et la collaboration. La mobilisation des connaissances nécessite des ressources humaines et financières dédiées. Il ne s'agit pas seulement d'animer les réunions de travail, mais également d'écouter les besoins et les demandes qui peuvent surgir entre les réunions. Les échanges informels sont nombreux et nécessaires pour permettre aux savoirs tacites de s'exprimer et pour développer le sentiment de complicité entre les membres.

### CONCLUSION

La mobilisation et la valorisation des connaissances développées par le GRMS et qui se sont concrétisées à travers diverses modalités d'action semblent prometteuses. Ces modalités permettent d'une part de maximiser la circulation et l'utilisation des connaissances issues tant des recherches que des pratiques, et d'autre part, de créer des liens dans le cadre des recherches menées et de favoriser une meilleure compréhension de chaque univers (santé, médias et recherche). Cette dynamique procure des occasions de se familiariser avec les contextes d'appropriation et d'utilisation des connaissances. Le GRMS œuvre ainsi à améliorer le capital d'échange et d'entraide entre tous les partenaires, en créant des ponts entre des univers professionnels qui ont peu d'occasions d'interactions. Ces modalités favorisent le décloisonnement de ces univers en incitant ceux-ci à travailler non plus en parallèle, mais en collaboration. Les moyens de mobilisation et de valorisation des connaissances mis en place rendent accessibles les données de recherche et l'information pertinente en matière de communications médiatiques relatives à la santé. Les partenaires affirment être plus réceptifs aux données de recherches sur le rôle joué par les médias dans le façonnement des normes en matière d'alimentation et d'activité physique et plus sensibilisés à leur impact sur la santé des populations. Le GRMS souhaite ainsi poursuivre à long terme cette tâche de conscientisation face au rôle des médias et contribuer à une utilisation et à une gestion plus efficaces de ces derniers comme stratégie d'intervention pour la santé et le bien-être de la collectivité.

## RÉFÉRENCES

Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale (ARUC-ÉS) et Réseau québécois de recherche partenariale en économie sociale (RQRP-ÉS) (2007a). *Guide pour la valorisation des connaissances en contexte de recherche partenariale*, Montréal, Bibliothèque et archives nationales du Québec, <www.aruc-es.uqam.ca/Portals/0/docs/pdf/Guide_Valorisation.pdf>, (consulté en août 2009).

Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale (ARUC-ÉS) et Réseau québécois de recherche partenariale en économie sociale (RQRP-ÉS) (2007b). *La recherche partenariale : le modèle de l'ARUC-ÉS et du RQRP-ÉS*, Montréal, Bibliothèque et archives nationales du Québec, <www.aruces.uqam.ca/Portals/0/docs/pdf/Guide_Recherche_partenariale.pdf>, (consulté en août 2009).

Amara, N., M. Ouimet et R. Landry (2004). « New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies », *Science Communication,* vol. 26, nº 1, p. 75-106.

Beaudry, D.N., L. Régnier et S. Gagné (2006). *Chaîne de valorisation de résultats de la recherche universitaire recelant un potentiel d'utilisation par une entreprise ou par un autre milieu*, Québec, Conseil de la science et de la technologie.

Brodeur, M. *et al*. (2009). *L'UQAM : une mission particulière de mobilisation des connaissances*, Montréal, Université du Québec à Montréal, <www.uqam.ca/vrrc/rapports/mobilisation.pdf>, (consulté en février 2009).

Centre national de ressources textuelles et lexicales (2009). *Ressources,* <www.cnrtl.fr/>, (consulté en avril 2009).

Clark, G. et L. Kelly (2005). *New Directions for Knowledge Transfer and Knowledge Brokerage in Scotland. Research Findings*, Édimbourg, Scottish Executive Social Research, <www.chsrf.ca/brokering/pdf/scotland-KT-KB_e.pdf>, (consulté en avril 2009).

Faye, C., M. Lortie et L. Desmarais (2007). *Guide sur le transfert des connaissances*, Québec, Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

Fitzpatrick, J. (2008). « Mobilisation des connaissances », *Affaires universitaires,* <www.affairesuniversitaires.ca/mobilisation-des-connaissances.aspx>, (consulté en avril 2009).

Graham, I.D. *et al*. (2006). « Lost in knowledge translation : time for a map ? », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions,* vol. 26, nº 1, p. 13-24.

Groupe de recherche Médias et santé (2009). Département de communication sociale et publique, Université du Québec à Montréal, <www.grms.uqam.ca/>.

Janzyk, V. (2009). « Comment les médias façonnent les normes en matière de santé ? », *Éducation Santé*, nº 242, <www.educationsante.be/es/imprarticle.php?id=1092>, (consulté en février 09).

Jones, A.S., L.W. Bagford et E.A. Wallen (1979). *Strategies for Teaching*, New Jersey, Scarecrow Press.

Landry, R., M. Lamari et N. Amara (2000). *Évaluation de l'utilisation de la recherche sociale subventionnée par le CQRS*, Québec, Département de science politique de l'Université Laval, <kuuc.chair.ulaval.ca/francais/pdf/apropos/publication7.pdf>, (consulté en février 2009).

Lyons, R. et G. Warner (2005). *Demystifying Knowledge Translation for Stroke researchers : a Primer on Theory and Praxis,* Atlantic Health Promotion Research Centre, <www.ahprc.dal.ca/pdf/Demystifying_KT_Final.pdf>, (site consulté en avril 2009).

Maisonneuve, D. et L. Renaud (2007). « Influences entre les professionnels des médias dans le traitement de sujets touchant la santé au Québec », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 95-107.

Mathieu, M. (2007). *La chaîne de valorisation de l'innovation psychosociale du CLIPP*, Québec, <www.clipp.ca/1/attachments/chaine_valorisation_mmathieu-mai07.pps>, (site consulté en août 2009).

Milner, F.M., C.A. Estabrooks et C. Humphrey (2005). « Clinical nurse educators as agents for change : increasing research utilization », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 42, nº 8, p. 899-914, <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16210028>, (site consulté en février 2009).

Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie (2001). *Politique québécoise de la science et de l'innovation : savoir changer le monde*, Québec, Gouvernement du Québec, <www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/sites/internet/documents/publications/pdf/science_technologie/fr/pqsi/mrst_savoirchanger.pdf>, (site consulté en août 2009).

Perrenoud, P. (2000). « D'une métaphore l'autre : transférer ou mobiliser ses connaissances ? », dans J. Dolz et E. Ollagnier (dir.), *L'énigme de la compétence en éducation*, Bruxelles, De Boeck, p. 45-60.

Renaud, L. *et al*. (2007). « Quelle réalité ''santé'' les téléromans façonnent-ils ? Une étude exploratoire », dans L. Renaud (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 131-151.

Renaud, L. (dir) (2007). *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, <www.grms.uqam.ca/Pages/docs/Livres/Medias_faconnement_normes_S.pdf>.

Sudsawad, P. (2007). *Knowledge Translation : Introduction to Models, Strategies, and Measures*, National Center for the Dissemination of Disability Research, University du Wisconsin–Madison, <www.ncddr.org/kt/products/ktintro/ktintro.pdf>, (site consulté en février 2009).

Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*, Montréal, Éditions Logiques.

Collection
SANTÉ ET SOCIÉTÉ
Sous la direction de Danielle Maisonneuve

Décideurs et intervenants de santé publique s'interrogent sur le rôle joué par les médias dans la construction des normes en matière de santé. Comment les médias contribuent-ils à la naissance et au renforcement de ces normes sociales ? C'est à cette question encore peu étudiée que cherchent à répondre les auteurs de cet ouvrage, fruit du travail du Groupe de recherche Médias et santé.

Nourri d'une réflexion théorique sur les normes et la santé, ainsi que sur la façon dont les médias contribuent à les façonner, un nouveau modèle dynamique interactif est d'abord proposé.

Les chapitres suivants sont consacrés aux principaux acteurs engagés dans le processus de construction de la norme : les émetteurs initiaux, les émetteurs-relais, soit les médias, et les récepteurs. Les interactions entre ces acteurs sont également examinées.

Enfin, le lecteur en apprendra davantage sur la vision du Groupe de recherche Médias et santé en matière de mobilisation des connaissances, telle qu'elle est réalisée avec ses partenaires de santé et des médias.

La majorité des études présentées porte sur les normes relatives à l'alimentation et à l'activité physique ; cependant, d'autres préoccupations de santé publique y sont également abordées (périnatalité, cessation tabagique, etc.).

---

LISE RENAUD, Ph. D., est professeure au Département de communication sociale et publique de l'Université du Québec à Montréal, où elle dirige le Groupe de recherche Médias et santé.

Ont collaboré à cet ouvrage

Sandra Aubé
Sylvie Beaulieu
Monique Caron-Bouchard
Xiaoye Chen
Serge Chevalier
Catherine Des Rivières-Pigeon
Sylvie Louise Desrochers
Laurette Dubé
Sahar El Shourbagi
Jérôme Elissalde
Louis Gagnon
Judith Gaudet
Alain Girard
Mauricio Gomez-Zamudio
Marie Claude Lagacé
Jean-Philippe Laperrière
Danielle Maisonneuve
Guillaume Martel
Karl J. Moore
Colette Noiseux
Marie-Claude Pelletier
Geoffroy Renaud-Grignon
Carmen Rico de Sotelo
Pierre Sercia
Christine Thoër

ISBN 978-2-7605-2423-1
9 782760 524231

Groupe de recherche
Médias et santé
www.grms.uqam.ca

www.puq.ca