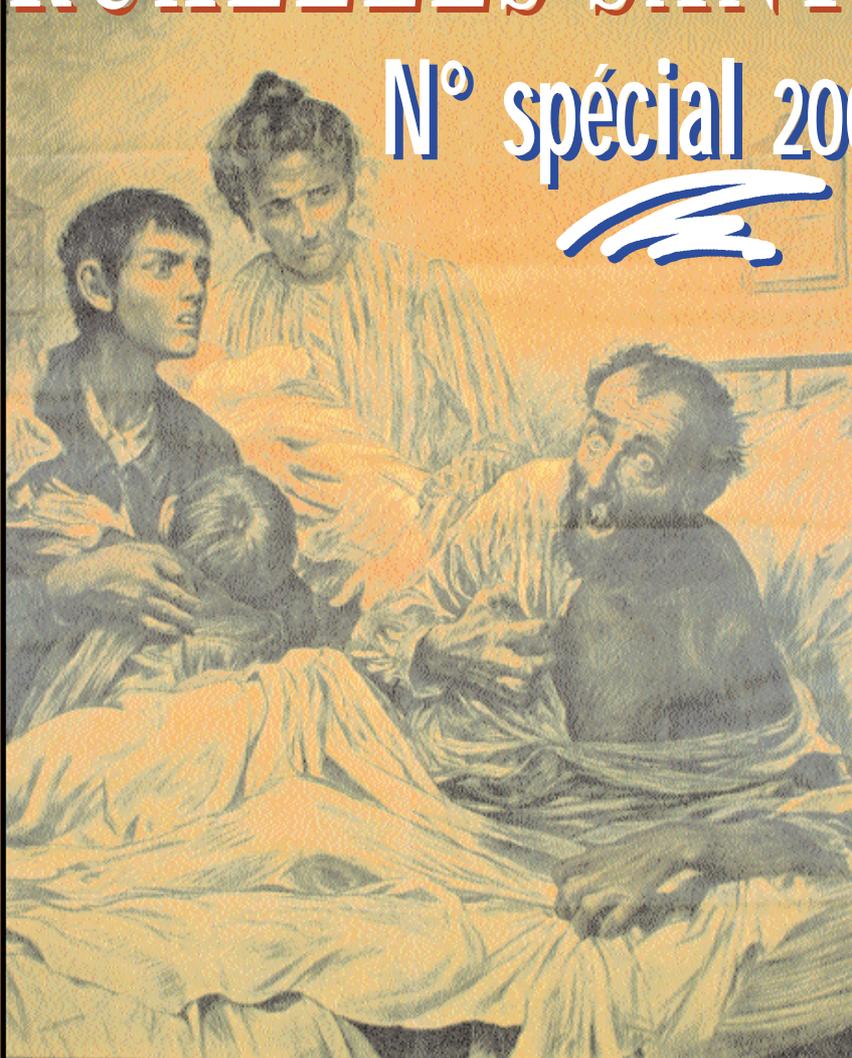


# BRUXELLES SANTÉ

N° spécial 2003



**L'ALCOOL TUE**

Impression BERGER LEVRAULT à Nancy

En vente à la Librairie BERGER LEVRAULT, 5-7, rue des Bœux-Gras, Paris

# Peur

et prévention



QUESTION  
SANTÉ



# Peur et prévention

Coordination de la publication : Alain Cherbonnier/Question Santé

Les affiches qui illustrent ce numéro spécial sont tirées de l'exposition «Images de la santé» (Question Santé asbl)  
L'analyse de ces images figure dans *100 ans d'affiches d'éducation pour la santé*  
(coordination rédactionnelle : Bénédicte Meiers/Question Santé)

Graphisme : Carine Simon/Question Santé

## Table des matières

Introduction .....	page 3
Faire peur et avoir peur Attitudes et comportements face à la maladie et à la mort, du Moyen âge à nos jours - <i>M.-S. Dupont-Bouchat</i> .....	page 5
L'usage de la peur - Une approche légitime en promotion de la santé ? - <i>P. Trefois</i> .....	page 19
Santé : les médias dans le vortex - <i>J. J. Jaspers</i> .....	page 31
La peur en question - <i>J. M. Besnier</i> .....	page 34
Peur, culture et prévention - <i>A. Cherbonnier</i> .....	page 40

# Introduction

Au départ de ce numéro spécial et de la journée de colloque dont il constitue les Actes, une question récurrente dans le champ de l'éducation pour la santé : *quid* de l'usage de la peur dans les messages de prévention ? En 2002, cette question était particulièrement d'actualité, suite notamment à des initiatives françaises. Elle se décline en termes de planification (est-ce efficace, dans quelle mesure, avec quels effets contre-productifs... ?) mais aussi en termes éthiques : qu'est-ce que les promoteurs de ces campagnes " ont derrière la tête " ? Sur quelles valeurs et représentations, explicites ou non, leur projet repose-t-il ? Ne jouent-ils pas les apprentis sorciers... ?

Dans le domaine de la santé, la prévention recoupe vite le souci de la sécurité. On l'a vu avec des problématiques aussi diverses que l'usage de drogues et le contrôle de la qualité des aliments. Et on débouche dès lors dans le champ politique, surtout à une époque qui décline sentiment d'insécurité, principe de précaution et tentation du " risque zéro ". En matière de santé, le discours politique ne se résume-t-il pas trop souvent à " n'ayez pas peur, tout est sous contrôle " ?

Un troisième champ concerné par la question de la peur est celui de l'information et des médias, auxquels font appel tant les politiques que les promoteurs des campagnes de prévention. Dans la presse elle-même, quelle est la place du recours – pas forcément sensationnaliste ni manipulateur – non seulement à la peur dans le domaine de la santé mais dans

les domaines social, économique, politique (peur de l'autre, peur du changement, peur de l'avenir...) ?

Plus largement, quel rôle joue la peur dans notre société ? Jadis, on avait peur de la famine, des phénomènes météorologiques, des animaux sauvages, et à ces angoisses quotidiennes s'ajoutaient périodiquement les paniques collectives causées par les épidémies, la guerre ou les bandes de pillards. Par comparaison, comment caractériser les grandes peurs collectives d'aujourd'hui ? L'Homme a-t-il, d'une certaine manière, " besoin d'avoir peur " ?

*Last but not least*, et traversant tous ces champs : ne faudrait-il pas enfin promouvoir et mettre en œuvre, plutôt qu'une " pédagogie de la peur ", une pédagogie du risque... ?

Pour développer ce questionnement, nous proposons en décembre dernier, à Bruxelles, avec le soutien de la Commission communautaire française, une journée de colloque avec plusieurs intervenants, qui ont éclairé différentes facettes de la problématique :

- Marie-Sylvie Dupont-Bouchat, historienne, professeur émérite de l'UCL ;
- Patrick Trefois, docteur en médecine, directeur de l'ASBL Question Santé ;
- Jean-Jacques Jaspers, journaliste, professeur à l'ULB ;
- Jean-Michel Besnier, philosophe, professeur à l'Université de Paris-Sorbonne.

On lira dans ce numéro spécial le texte de leurs interventions. S'y ajoutent deux éléments qu'il nous a semblé pertinent de publier : une (modeste) contribution à une approche plus anthropologique de la question

“ peur et prévention ” et une iconographie qui illustre l'usage qui est fait de la peur, au fil du temps, dans les affiches de prévention.

# Faire peur et avoir peur

## ATTITUDES ET COMPORTEMENTS FACE À LA MALADIE ET À LA MORT, DU MOYEN ÂGE À NOS JOURS

Marie-Sylvie Dupont-Bouchat

Le souci de la santé, lié à la prévention, est, à mon sens, un phénomène relativement récent aux yeux de l'histoire. Dans la mesure où ce souci implique une attention pour le corps et une conscience individuelle de la valeur et de la qualité de la vie, il me semble relativement étranger aux mentalités d'autrefois. D'autres auteurs ne partagent pas cette opinion et interprètent en termes de prévention les pratiques magiques, voire les pratiques d'exclusion des malades, dans les sociétés d'autrefois<sup>1</sup>. Que la notion de prévention soit une construction culturelle, qui ne peut être comprise qu'en relation avec les représentations de la mort, de la maladie, du corps, me paraît évident. Mais en tant qu'historienne, je pense que cette notion, éminemment contemporaine, ne peut être projetée, telle qu'elle est perçue aujourd'hui, dans le passé.

Ce que je voudrais tenter d'évoquer ici, brièvement et de façon peut-être un peu rapide, car il faudrait évidemment nuancer, c'est comment évoluent les attitudes face à la maladie et à la mort, en me fondant, non pas tellement sur l'histoire de la médecine, mais plutôt sur les travaux des historiens des mentalités. Je pense, pour l'Ancien Régime, à Jean Delumeau et à son histoire de la peur, du péché et de l'enfer<sup>2</sup>, aux travaux de François Lebrun, de Michel Vovelle et de Philippe Ariès sur la mort<sup>3</sup> et, pour le 19<sup>e</sup> siècle, aux travaux d'Alain Corbin sur la prostitution et l'hygiénisme<sup>4</sup>, enfin à un ouvrage récent à propos des peurs alimentaires<sup>5</sup>. Mais aussi à des travaux plus circonscrits, notamment sur la place du corps, le regard porté sur le corps et spécialement le corps des femmes, en tant que reproductrices de l'espèce et responsables de la santé des enfants<sup>6</sup>.

- 1 S. FAINZANG, Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention, in P. AIACH, N. BON, J.-P. DESCHAMPS (dir.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses universitaires de Nancy, 1992, pp.18-27 ; J.-P. DOZON, Quatre modèles de prévention, in J.-P. DOZON, D. FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp.23-46. A propos de ces auteurs, voir par ailleurs l'article d'Alain CHERBONNIER.
- 2 J. DELUMEAU, *La peur en Occident, XIV<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> s.*, Paris, Fayard, 1978 ; *Le péché et la peur. La culpabilisation en Occident, XIII<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles*, Paris, Fayard, 1983 ; *Rassurer et protéger. Le sentiment de sécurité dans l'Occident d'autrefois*, Paris, Fayard, 1989.
- 3 F. LEBRUN, *Les hommes et la mort en Anjou*, Paris, 1971 ; M. VOVELLE, *Mourir autrefois*, Paris, Archives Gallimard, 1974 ; Ph. ARIÈS, *L'homme devant la mort*, Paris, Seuil, 1977.
- 4 A. CORBIN, *Le miasme et la jonquille*, Paris, Champs, Flammarion, 1986 ; *Les filles de noce, misère sexuelle et prostitution*, Paris, Flammarion, 1982.
- 5 M. FERRIERES, *Histoire des peurs alimentaires, du Moyen âge à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Le Seuil, 2002.
- 6 M.-T. COENEN (dir.), *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*, POL-HIS, De Boeck Université, Bruxelles, 2002.

Ce qui me paraît distinguer notre époque de celles qui l'ont précédée, et cela jusqu'à la fin du 19e siècle, c'est d'abord l'importance nouvelle accordée à l'individu, à la personne, au corps, à la santé, parce que la vie humaine a acquis une nouvelle valeur à partir du moment où l'on ne postule plus qu'elle n'est qu'un bref passage qui prépare en quelque sorte à la " vraie vie " – la vie éternelle. Ceci est vrai pour les sociétés occidentales où l'influence de la religion a été marquante au moins jusqu'au 19e siècle. On pourrait faire l'hypothèse que, pour celles-ci, la déchristianisation a recentré l'intérêt sur la vie terrestre, sur le corps et donc sur la santé.

On doit aussi faire immédiatement remarquer que la préoccupation pour la santé individuelle est une affaire de riches. Les pauvres ne se soucient pas de leur santé parce qu'ils doivent d'abord se préoccuper de survivre et, pour cela, de se nourrir. C'est le cas des sociétés du tiers monde aujourd'hui ; ce fut le cas chez nous, pour la grande majorité de la population, jusqu'à la fin du 19e siècle. Un seul exemple : les médecins ne déclaraient-ils pas, lors d'une enquête sur la condition du travail des enfants dans les mines, en 1843, qu'il fallait que les enfants commencent à travailler le plus tôt possible pour s'adapter à leur milieu de vie, afin d'éviter qu'ils ne développent pas trop leur taille et leurs poumons pour pouvoir continuer à ramper dans les galeries...

Enfin, une troisième remarque sur laquelle je voudrais insister est la différence qui existe entre les peurs collectives, liées aux grandes épidémies, et la peur de la maladie pour sa santé individuelle. Seule la seconde peut justifier la responsabilisation et donc la prévention. On peut, à partir de là, s'interroger aussi sur l'interprétation donnée aux causes de la maladie ou de

l'épidémie aux diverses époques : châtement de Dieu dont il faut apaiser le courroux, ou responsabilité individuelle qu'il faut gérer par la prudence et la prévention ?

Ces quelques clés d'une lecture historique peuvent être utiles aux décideurs et aux praticiens d'aujourd'hui, dans la mesure où elles permettent de repérer comment se sont progressivement construites des politiques de santé publique et comment, parallèlement, se sont développés le souci de la santé individuelle et la conscience d'un " capital-santé " à protéger.

### **L'Ancien Régime : le châtement de Dieu et la peur de l'enfer**

Dans la société de l'Occident chrétien, que l'on soit catholique ou protestant, la peur qui domine toutes les autres, c'est la peur de la mort éternelle, la peur de l'enfer. La vie sur terre est si brève et si fragile, toujours menacée, qu'elle n'a guère de valeur. Un exemple : l'homicide, fréquent et banalisé, est le plus souvent pardonné par la justice, qui n'hésite pas, en revanche, à condamner à mort le voleur. La mort partout présente induit un rapport différent à la vie. Inutile de " s'économiser " puisque l'on sait que l'on ne va pas durer.

La mort omniprésente est, selon l'expression de François Lebrun, " *au milieu de la vie, comme le cimetière au milieu du village* ". L'espérance de vie est en moyenne de 35 ans pour ceux qui ont réussi à passer le cap des cinq premières années. Sur dix enfants qui naissent, deux restent en vie. Les épidémies meurtrières, liées aux guerres incessantes et aux famines, touchent d'abord les plus faibles, les enfants et les

vieillards. L'impuissance devant cette omniprésence de la mort induit un rapport différent à la vie, une sorte de détachement qui peut également expliquer l'omniprésence de la violence. Comme la vie terrestre n'a que peu de valeur, on mise sur l'importance de la vie après la mort, la vie éternelle. Les scènes de jugements de Dieu, partout présents dans les églises comme dans les tribunaux de justice, reflètent cette idéologie de la peur de l'enfer, qui doit contribuer à effrayer les pécheurs pour qu'ils se convertissent. La seule chose dont on peut tenter de se prémunir, c'est l'enfer.

## La peur de l'enfer et l'assurance vie éternelle

Le trafic des indulgences, qui fut si violemment dénoncé par Luther, illustre cette forme de prévention, de même que les pèlerinages, cérémonies de réparation, prières et jeûnes, séances de flagellation et autres, destinées à apaiser le courroux de Dieu et à se préparer une place au paradis. L'impuissance face aux grandes épidémies de peste et aux maladies comme la lèpre conduit à recourir au seul " remède " possible : la prière et la conversion. On peut aussi penser que les " médias " de l'époque, l'Eglise et les monastères, utilisent ces épidémies comme des épouvantails destinés à obtenir la conversion des fidèles. " L'opium du peuple ", la religion, est le seul antidote aux catastrophes qui frappent l'humanité. Et cette forme de remède aura la vie dure puisque, en 1832, au moment de l'épidémie de choléra à Paris, les autorités religieuses invoquent le châtement de Dieu qui s'abat sur la ville corrompue, la ville de la Révolution, la ville sans Dieu. A titre plus individuel, la maladie est aussi un châtement de Dieu qui punit le pécheur. La guérison de celui-ci ne réside pas tant dans le rétablissement de sa

santé physique que dans sa conversion morale. Les campagnes d'exorcisme qui se déroulent à l'abbaye de Saint-Hubert au 17e siècle pour guérir les " enragés " (confondus avec les possédés du démon) commencent par le jeûne, la neuvaine de prière, la confession ; le patient qui se convertit est déclaré guéri (de ses péchés), après quoi le diable peut quitter son corps.

Toutes les maladies, qu'il s'agisse de la lèpre ou de la rage, comme les épidémies de peste sont interprétées comme des châtements divins, y compris par les médecins : Ambroise Paré lui-même déclare, au 16e siècle, que la peste est un châtement de Dieu. L'image du malade s'en trouve du coup très dévalorisée et son traitement se réduit le plus souvent à son exclusion.

## Les peurs collectives face aux grandes épidémies

Face aux grandes épidémies de peste, les peurs collectives s'expriment d'abord par la fuite, pour tenter d'échapper au fléau, et par des cérémonies expiatoires pour apaiser le courroux de Dieu. Face à la lèpre, qui constitue au Moyen âge la maladie " vedette ", c'est l'exclusion voire la " criminalisation " du malade qui sont prescrites pour éviter la " contagion ".

Du 12e au 16e siècle, la lèpre apparaît comme la maladie par excellence. Le lépreux, c'est " le malade ". La léproserie, la maladrerie, s'appelle l'hôpital des " grands malades ". Le traitement réservé aux lépreux, c'est l'exclusion de la société des vivants. S'il est riche, ses biens sont confisqués et vendus au profit de l'hospice qui l'accueillera. S'il est pauvre, il est

exilé dans une cabane, en dehors de la cité, et condamné à mendier, revêtu d'un habit spécial et muni d'une crécelle pour qu'on puisse l'identifier. Dans le contexte de la lutte contre la mendicité et le vagabondage, un règlement publié par Charles Quint en 1539 fixe très exactement le statut du lépreux, son habillement, ses " droits " – ou son non-droit –, le " marquage " pour pouvoir l'identifier (le chapeau, le manteau, la crécelle, l'écuelle, les gants). Pour éviter que de faux lépreux ne simulent la maladie, on exige la " reconnaissance " du lépreux par un jury (les échevins de la ville) qui lui accorde le statut de lépreux pour lui permettre de mendier. Le malade est non seulement exclu, mais " criminalisé " à une époque où la lèpre est déjà en net recul. A Bruges, entre 1500 et 1550, sur 1.192 lépreux suspects ainsi examinés, seuls 139 sont reconnus malades<sup>7</sup>. A cette époque pourtant, la lèpre est déjà détrônée par une maladie beaucoup plus meurtrière : la peste.

De la peste noire, qui dévaste l'Europe en 1348-1349, à la peste de Marseille en 1720, qui marque la fin des grandes épidémies en Occident, la peste sévit de manière endémique pendant quatre siècles en Europe et se rallume tous les vingt ans, faisant des milliers de morts<sup>8</sup>. Ces épidémies, sans commune mesure avec la lèpre, sont liées aux guerres et aux famines qui les accompagnent. Elles désorganisent complètement la société : les champs ne sont plus cultivés, les populations fuient et désertent les campagnes, la famine s'ensuit. La maladie s'abat sur des populations déjà affaiblies et ruinées par les guerres, les premiers touchés sont les enfants et les vieillards, et bientôt tous sont menacés. On a pu calculer que ces épidémies

tuaient en moyenne au moins un quart de la population. Dans le Luxembourg, la peste de 1636 aurait causé la disparition de 380 localités, hameaux ou villages, qui n'ont plus jamais été réoccupés par la suite. La peste de Londres (1666) fit 100.000 morts sur 460.000 habitants.

La première réaction face à la " contagion " est la fuite, les villes se vident vers les campagnes où l'air est réputé plus pur ; inversement, les paysans cherchent à se réfugier dans les villes. Celles-ci se barricadent pour éviter de laisser entrer la maladie. Dans un deuxième temps, lorsque tous sont menacés et que les victimes se multiplient, deux réactions contradictoires s'observent : certains se lancent dans de terribles orgies pour profiter de la vie tant qu'il en est encore temps, comme le rapporte le journal d'un bourgeois de Londres, en 1666. Mais la plupart sont surtout préoccupés de préparer leur mort et leur salut et tentent d'apaiser le courroux de Dieu par des séances de flagellation, des processions, des pèlerinages. De nombreux sanctuaires ont ainsi été érigés à cette époque, comme celui de Notre-Dame de la Miséricorde à Luxembourg, lors de la peste de 1636 : " *la foule fit un vœu, le vœu étant fait, le mal cessa* ", écrit le jésuite Bertholet. De même les " colonnes de peste " érigées par les souverains autrichiens à Vienne et à Prague en 1669, ou encore le culte de Saint-Roch, patron des pestiférés, qui se développe au 17<sup>e</sup> siècle.

A côté de ces grandes peurs collectives, qui ne s'éteignent qu'au 18<sup>e</sup> siècle, on voit cependant émerger, dans un milieu très privilégié, celui de la cour, un autre modèle de sensibilisation à la maladie, plus indi-

7 *La lèpre dans les Pays-Bas (XIIe-XVIIIe siècles)*, Archives Générales du Royaume, Bruxelles, 1989.

8 J. DELUMEAU, *La peur en Occident, la peste*, pp. 98-142.

viduel, mais qui sera immédiatement tourné en dérision par des auteurs comme Molière dans *le Malade imaginaire*.

Il me semble que l'on peut interpréter la farce de Molière comme une critique sociale de cette toute neuve individualisation de la maladie, ce souci nouveau de sa santé et de son corps. Certes aussi, comme une critique de la médecine de son temps. Incompétence des médecins d'une part, stupidité du malade " imaginaire " de l'autre... Ceci témoigne à la fois, aux yeux de l'historien, de l'émergence d'une nouvelle préoccupation, qui n'est bien sûr perceptible que chez les nantis, autant que d'une critique de cette illusion fallacieuse qu'il serait utile de se préoccuper de sa santé. Avant que ce souci ne gagne d'autres couches de la population, il faudra encore au moins un à deux siècles. Ici comme ailleurs, l'époque de la Révolution française semble marquer une rupture, qui est préparée par une amélioration générale des conditions de vie au 18e siècle. Ce qui ne veut pas dire pour autant que les grandes épidémies ont fini leur temps. La variole, au 18e siècle, puis le choléra, au 19e siècle, viennent remplacer la peste.

## **A la fin du 18e siècle : le début de la prévention Variole et vaccination**

Ce n'est vraiment qu'à la fin du 18e siècle, avec la découverte de la vaccine par l'anglais Jenner (1796), que naîtra un premier débat public sur la prévention. L'hostilité au vaccin est très vive. La Société de Médecine qui s'est constituée à Paris en 1795 jouera un rôle actif dans la propagande en faveur de la vac-

ination. Jusque là, la variole faisait de terribles ravages dans toutes les couches de la population : le roi Louis XV était mort de la variole en 1774 et cela avait causé en France un véritable traumatisme. Chez nous, c'est le régime français qui introduisit le concept de " santé publique ". La réorganisation des hospices et hôpitaux civils (1798), placés sous l'autorité de la commune, avec la laïcisation de la bienfaisance, préfigure la nouvelle organisation de l'assistance publique, telle qu'elle fonctionnera jusqu'en 1925. La réforme des études de médecine, la création des premières maternités (Bruxelles, 1798 ; Liège, 1805 ; Gand, 1828), la création de comités de la vaccine en 1801 qui militent pour la vaccination anti-variolique, contribuent au développement d'une politique de santé publique et d'une politique de prophylaxie des épidémies. Les communes installent des commissions de la santé, chargées de veiller à l'hygiène publique (prévention des épidémies, désinfection). La Société de Médecine qui s'est constituée à Bruxelles en 1795 s'occupe d'hygiène publique et invente un nouveau vaccin ; d'autres sociétés naissent ensuite à Anvers et à Gand<sup>9</sup>.

Cette nouvelle préoccupation pour la santé et l'hygiène publique s'inscrit dans le prolongement de l'idéologie des Lumières, grâce à un contexte économique plus favorable en Europe occidentale dans la deuxième moitié du 18e siècle. Mais c'est véritablement la Révolution française qui traduit cette préoccupation en politique et qui structure les institutions qui vont la prendre en charge. Néanmoins, le temps des épidémies meurtrières n'est pas fini et le choléra qui sévit au 19e siècle renoue avec les peurs anciennes, tout en suscitant un nouveau type de remède : l'assainissement urbain.

<sup>9</sup> *L'héritage de la Révolution française*. La santé publique, CGER, 1989, pp.155-165.

## Le 19e siècle : hygiénisme, moralisme et maintien de l'ordre

Si l'épidémie de choléra qui frappe Paris en 1832 est encore interprétée par certains comme un châtement de Dieu, celle qui sévit à Bruxelles en 1865-1866 va servir de prétexte aux autorités communales pour " assainir " la ville, en rasant les vieux quartiers du centre, en enterrant la Senne et en créant de grands boulevards pour lutter contre la corruption de l'air et de la rivière (un infâme cloaque), mais aussi contre la menace que représentent les quartiers pauvres et peuplés. Hygiénisme et maintien de l'ordre public marchent de pair.

Comme à Paris sous l'influence du préfet Haussmann, Bruxelles se transforme à partir de 1865 en capitale moderne avec le bourgmestre Jules Anspach, qui pratique ce que l'on a appelé par la suite " l'haussmanisation " de la ville. Il est puissamment soutenu par Léopold II, qui rêve de faire de Bruxelles, qui a encore l'allure d'une petite ville provinciale, une capitale à l'instar de Paris, Londres et Berlin. Urbanisme, hygiénisme, moralisme et maintien de l'ordre se confondent dans une campagne qui vise à assainir la ville et les mœurs, bien plus qu'à favoriser la santé publique.

### Le choléra (1865-1866)

L'épidémie de choléra qui frappe la Belgique en 1866 a fait deux mille morts à Bruxelles, dix mille dans le Brabant, 43.000 pour l'ensemble du pays. Elle avait pris naissance dans un taudis du Vieux Marché, au bord de la rivière (l'actuelle place Anneessens), et se

répandit rapidement ; pendant deux mois, on enregistra quotidiennement jusqu'à 80 nouveaux cas de maladie à Bruxelles. Les hôpitaux ne pouvaient plus faire face et les cadavres affluaient des faubourgs. Le bourgmestre Anspach attribuait le développement de l'épidémie aux inondations de la Senne et préconisait d'enterrer la rivière (voûtement de la Senne) et de raser les quartiers insalubres. La polémique fit rage, car beaucoup soutenaient que l'épidémie venait de France et s'opposaient à ces travaux. Il eut néanmoins gain de cause : on détruisit les moulins, les cabarets, les tanneries, les brasseries, et l'on canalisa la rivière ; les travaux durèrent de 1868 à 1871. Sur les ruines, on traça les grands boulevards dans l'axe nord-sud (boulevard Anspach, boulevard du Midi), on construisit la Bourse (1871-1873). Plus haut, on détruisit trois cents maisons dans le quartier Notre-Dame-des-Neiges (colonne du Congrès) qui " *regorgeait d'enfants malingres, scrofuleux, tuberculeux, impossibles à guérir parce que l'air qu'ils respiraient était trop corrompu* " (1880)<sup>10</sup>.

L'argument des taudis insalubres qu'il fallait raser pour cause d'hygiène publique recouvrait aussi (peut-être surtout) de substantielles opérations de promotion immobilière, dont certaines finirent par de retentissantes faillites, comme celle de la Société Notre-Dame-des-Neiges en 1885. C'était aussi une opération politique de prévention de la " fermentation " qui gagnait les quartiers populaires avec l'apparition du socialisme. La crainte des manifestations (les troubles de 1886) et de la révolte des pauvres militait aussi puissamment en faveur de la suppression des impasses et des " bataillons carrés ". Par ailleurs, on retrouve en cette fin de siècle la même préoccupation

10 M. VAN HAMME, *Bruxelles de bourg rural à cité mondiale*, Bruxelles, 1968.

# Le Petit Journal

ADMINISTRATION

11, rue Cassette, 11

111 ANNUAIRE DE 1912

111 ANNUAIRE DE 1912

111 ANNUAIRE DE 1912

5 CENTS

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

5 CENTS

ABONNEMENTS

27<sup>e</sup> Année

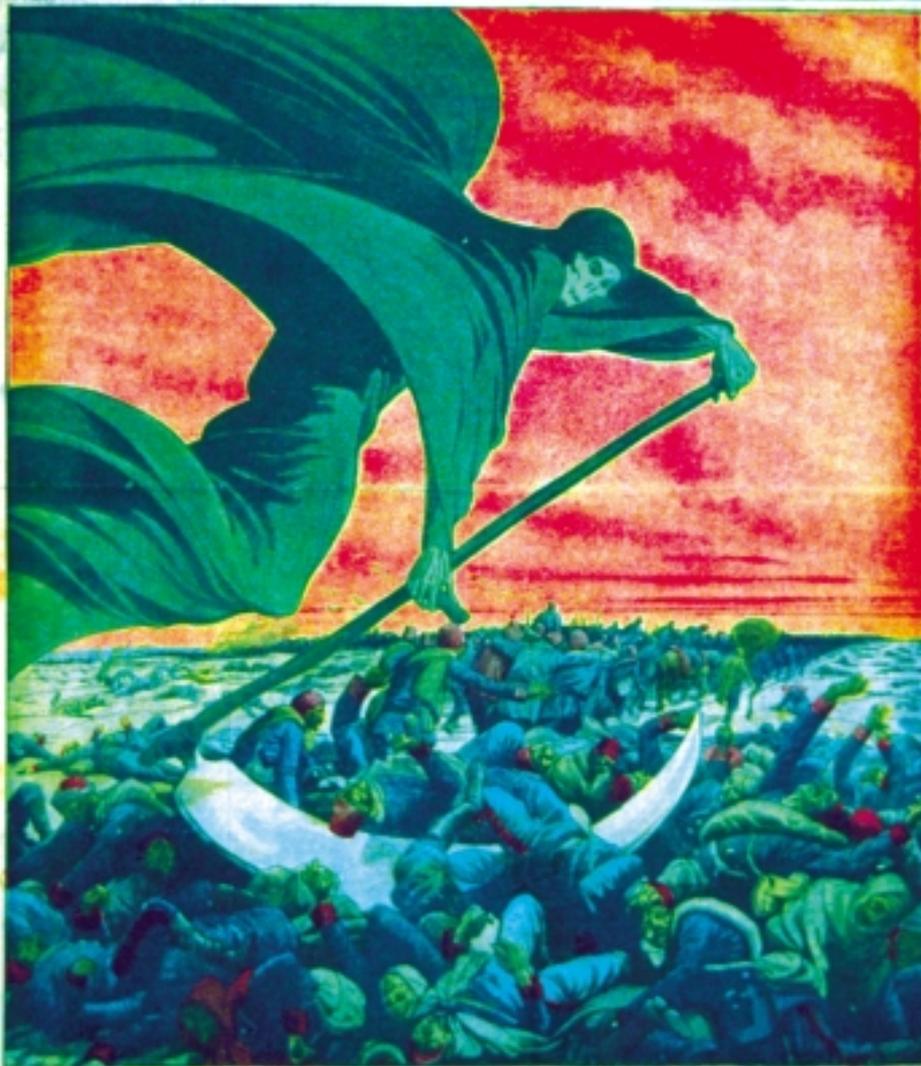
Numéro 1110

DIMANCHE 5<sup>e</sup> DÉCEMBRE 1912

111 ANNUAIRE DE 1912

111 ANNUAIRE DE 1912

111 ANNUAIRE DE 1912



LE CHOLÉRA

© Collection Musée de la Médecine/ULB

qui mêle hygiène publique et maintien de l'ordre à propos d'un autre fléau, présenté lui aussi comme une menace pour toute la société : la syphilis.

## Fin du XIXe siècle, nouvelles peurs, nouvelles cibles : le sexe et l'alcool, la syphilis et la prostitution

En 1902, un congrès international réunit à Bruxelles des médecins, des philanthropes et des politiques autour du problème de la prostitution et des maladies vénériennes. Deux ans plus tôt, l'ex-ministre de la justice, Jules Lejeune, ministre dans le gouvernement catholique d'Auguste Beernaert de 1887 à 1894, avait déposé une proposition de loi qui visait l'éradication de la prostitution par la criminalisation, l'enfermement et les soins obligatoires aux prostituées. Cette campagne en faveur de l'abolition du réglementarisme – qui mettait le contrôle de la prostitution à charge des autorités communales et qui créait de nombreux abus – avait débuté près de vingt ans plus tôt avec la fameuse affaire des petites Anglaises (traite des blanches, prostitution des mineures, 1881)<sup>11</sup>. A la fin du siècle, la peur de la syphilis était devenue une véritable obsession, au moment même où la maladie était en recul (1890-1914)<sup>12</sup>. Un médecin déclarait en 1902 : *“ la syphilisation de toute l'espèce humaine est inéluctable ”*, et un confrère renchérisait : *“ le mariage est de toute évidence le plus sûr abri contre le péril vénérien. La lutte contre ce péril et les préceptes de la religion sont indissociables ”*. Propos dont on retrouvera l'écho par la suite, lors des débuts de l'épidémie

de sida. Certains auteurs n'ont d'ailleurs pas manqué de faire le rapprochement<sup>13</sup>. Hygiène publique et moralisation vont donc de pair. La Société de Moralité publique créée en 1881 réunissait des notables, des médecins et des hommes politiques de tous bords, catholiques, juifs, protestants, libéraux et même socialistes (Vandervelde) pour lutter contre la prostitution, au nom de la défense de la moralité publique, avec comme argument la peur de la dégénérescence de l'espèce.

Dans le même temps, d'innombrables ligues anti-alcooliques se constituaient pour lutter contre un autre fléau – l'alcool – aux mêmes conséquences : la dégénérescence de l'espèce. La criminalisation de la prostitution, de la pornographie et de l'alcoolisme s'inscrivait dans un contexte de crise économique, sociale et morale, qui assimilait dans une même crainte la peur de la maladie, de la violence, la peur de l'ouvrier, du gréviste, du socialiste. Au nom de la *“ défense sociale ”*, c'est-à-dire du maintien de l'ordre, il fallait éradiquer toutes les pathologies urbaines pour construire une société saine : *“ un citoyen sain, dans une société saine ”*, selon la formule du productivisme social inventé par les sociologues de l'ULB (Waxweiler).

Ces préoccupations, qui auraient pu avoir un lien avec le souci de la santé publique, étaient bien davantage des mesures de contrôle social, accompagnées d'une répression sévère : enfermement des prostituées pour prévenir la syphilis, enfermement des alcooliques pour prévenir la violence et les grèves. A partir de 1900, on

11 Sur cette affaire et la prostitution à Bruxelles, cf. L. KEUNINGS et C. HUBERTY, La prostitution à Bruxelles, *Cahiers de la Fonderie*, n° 2, 1987.

12 A. CORBIN, *Les filles de noce*, op. cit.

13 J.-N. JEANNENEY, Syphilis et sida, in *Concordances des temps. Chroniques sur l'actualité du passé*, Paris, Le Seuil, 1987, pp.11-18.

# LA SYPHILIS

MALADIE HÉRÉDITAIRE ASSASSINE LA RACE



**FEMMES  
COMBATTEZ LA!**

**60000 ENFANTS**

DANS LE SEIN DE LEUR MÈRE

(COMMISSION DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES)

**36000 ENFANTS**

DE LA NAISSANCE A 15 ANS

(LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN)

(Statistique de 1934)

**MEURENT CHAQUE ANNÉE EN FRANCE**

PARCE QU'ILS

**ONT HÉRITÉ DE LA SYPHILIS DE LEURS PARENTS**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE

◀ COMITÉ D'ÉDUCATION FÉMININE ▶

48, RUE DU DOCTEUR BLANCHE, PARIS (XV<sup>e</sup>)

© Société française de prophylaxie sanitaire, 1925/Collection Thérabel sa

vit se multiplier en Belgique la création d'asiles d'aliénés pour accueillir tous ces " dégénérés " qui menaçaient la bonne santé du développement économique et de l'ordre public. Le souci n'était pas tant de protéger la santé des individus que l'ordre social bourgeois, en éliminant tous ceux qui étaient considérés comme dangereux.

Dans un même ordre d'idées, pour des raisons démographiques et économiques – faire des enfants sains et lutter contre la mortalité infantile –, on vit se développer à la même époque les premières politiques de protection à l'égard de la petite enfance et des mères.

### **L'enfant : premier enjeu des politiques publiques de prévention au début du 19e siècle**

La plupart des initiatives développées au 19e siècle en matière de protection de l'enfance et de lutte contre les fléaux liés à la pauvreté, relevaient de la philanthropie et de la charité privées. Toutes les associations que j'ai mentionnées – ligues anti-alcooliques, ligues de moralité, crèches, consultations de nourrissons, sociétés protectrices de l'enfance telle la Société protectrice des enfants martyrs de Bruxelles (1892), les comités de défense des enfants traduits en justice, la Société protectrice de l'enfance anormale (Decroly, 1901), la Ligue pour la Protection de la Petite Enfance (1904) – mais aussi les œuvres de secours aux pauvres et aux malades à domicile, les cliniques, les maternités, avaient été créées par l'initiative privée, avec, dans certains cas, des subsides de la commune. Les vingt crèches fonctionnant à Bruxelles en 1900 sont toutes privées, la moitié seulement sont partiellement subventionnées par la commune ou la province. Aucune législation protectrice n'est votée avant la fin

du siècle. On ne peut donc pas parler de politique publique en matière de prévention ou de protection. L'Etat est totalement absent de cette sphère jusqu'à la première guerre mondiale. La loi de 1912 sur la protection de l'enfance et la création, en 1919, de l'Oeuvre Nationale de l'Enfance (ONE), seront les premières manifestations de l'intervention de l'Etat en faveur de la protection de l'enfance.

### **Naissance des politiques de la santé : l'Entre-Deux-Guerres**

L'influence de la première guerre mondiale dans le processus de l'intervention de l'Etat en matière de secours alimentaires et de politiques de prévention renforce les efforts, jusque là essentiellement privés, consentis avant 1914. Mais, sur le plan politique, c'est avec le suffrage universel masculin (1919-1921) et l'arrivée au pouvoir des socialistes dans les premiers gouvernements de coalition que l'Etat, le gouvernement, le parlement vont véritablement prendre en charge les problèmes sociaux et, parmi ceux-ci, la santé publique, les assurances, les mutuelles. Sur le plan législatif, les premières lois datent des années 1920 : assurance pension (1924), maladies professionnelles assimilées aux accidents de travail (1927), allocations familiales (1928).

Les politiques natalistes, soucieuses de combler le vide démographique imputé à la guerre, placent l'enfant et la mère au centre des préoccupations. Le travail féminin est fortement décrié comme incompatible et nuisible au développement harmonieux de la famille. Tous prônent le retour de la mère au foyer avec comme mission essentielle et exclusive l'élevage et l'éducation des enfants. C'est ainsi qu'il faut comprendre la

généralisation des allocations familiales, versées dès 1921 par certains patrons à leurs ouvriers pour compenser la perte du salaire de l'épouse. La loi de 1928 généralise le système, étendu en 1930 à tous les salariés et en 1937 aux indépendants<sup>14</sup>. Être mère au foyer devient une véritable profession : il faut fréquenter les consultations de nourrissons, s'initier à la pédagogie, veiller à la santé de l'enfant. Si l'on fait désormais moins d'enfants, il faut garantir à ceux-ci les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation et le meilleur développement possible. L'éducation des mères et leur formation à ce " nouveau " métier constituent un atout privilégié dans le développement des politiques de santé publique, désormais fortement encouragées et soutenues par l'État. La loi de 1923 qui réprime l'avortement et interdit toute publicité sur la contraception consacre cette politique nataliste<sup>15</sup>.

La période de l'Entre-Deux-Guerres correspond, en matière de prévention, à une diffusion étendue et à une généralisation, par l'éducation, du souci de la santé et du bien être de la population. Les politiques publiques y jouent désormais un rôle important par le biais des nouvelles législations sociales, même si l'on compte toujours sur l'initiative privée, et notamment sur les mères de famille, pour en assurer le suivi.

## Les nouvelles peurs de la fin du 20e siècle

Il est difficile à l'historien de reconstituer l'histoire récente, faute de recul, mais plus encore à défaut

d'analyses de synthèse sur les nouvelles peurs de la fin du 20e siècle et les comportements que celles-ci induisent en matière de santé publique, mais aussi de prévention à l'échelle individuelle. Force lui est donc de renvoyer aux spécialistes de la question, médecins ou sociologues, experts de la santé publique ou anthropologues<sup>16</sup>. Mon propos n'est pas de reprendre ici tous les problèmes liés à l'apparition de nouvelles maladies, le sida, les campagnes anti-tabac, les nouvelles peurs alimentaires, les campagnes de prévention, les mesures appliquées à l'échelle mondiale lors de l'apparition du SRAS tout dernièrement. Dans un contexte de socialisation des risques et des responsabilités individuelles, la prévention est devenue, comme l'écrit J.- P. Dozon, le thème dominant de la santé publique, où se mêlent inextricablement l'appel à la responsabilité individuelle et la contrainte imposée de l'extérieur par ce qu'il était convenu d'appeler " l'Etat Providence ". L'auteur distingue quatre modèles-types de prévention – le modèle traditionnel magico-religieux, celui de la contrainte sociale, le modèle plus récent de type " pastorien " et enfin le modèle " contractuel " contemporain. Il constate cependant que ces différents modèles coexistent toujours aujourd'hui dans le champ de la santé publique contemporaine, s'additionnant plutôt que s'excluant<sup>17</sup>.

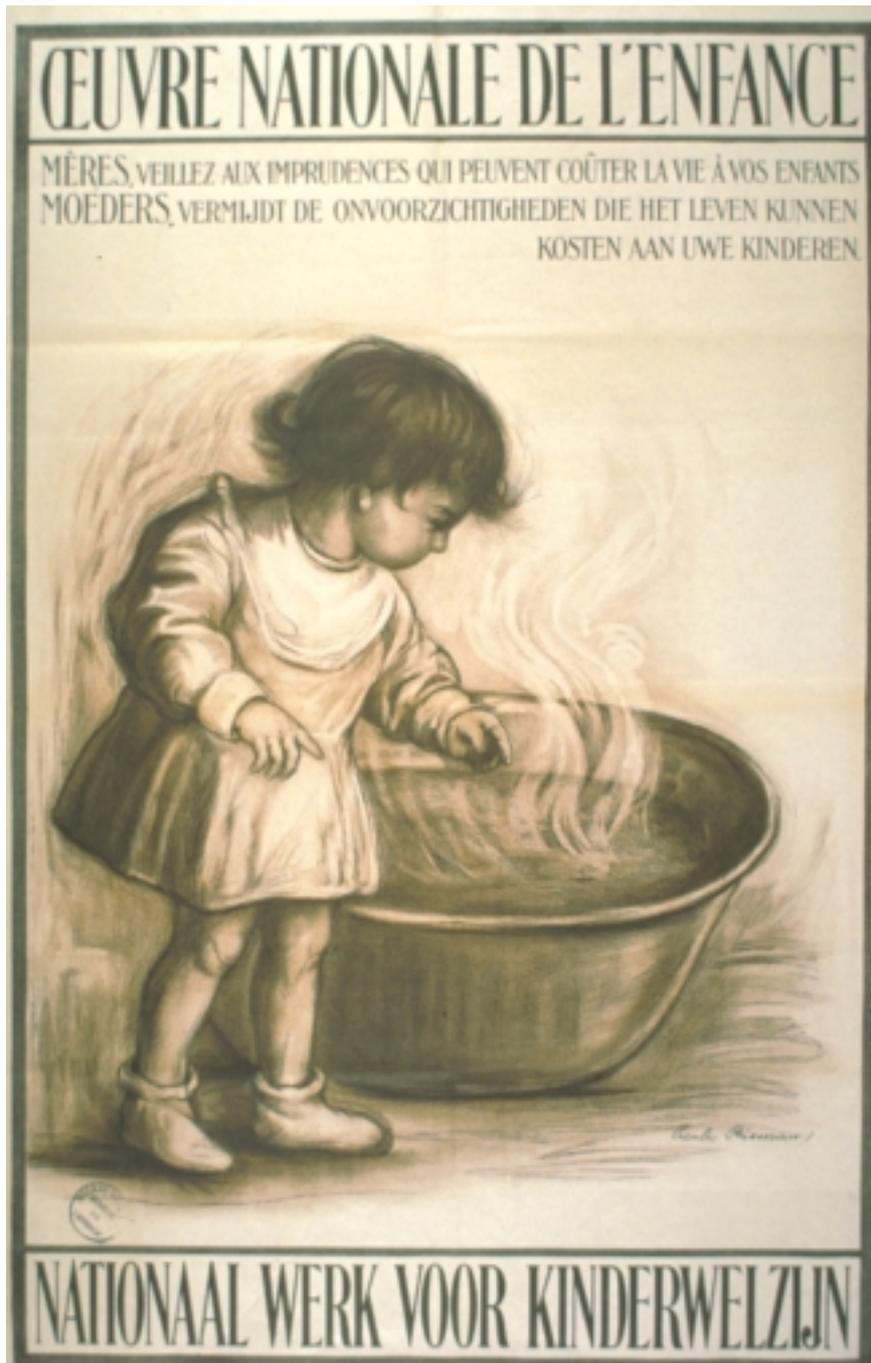
Sa démonstration le conduit à conclure que le modèle contractuel contemporain, qui se fonde à la fois sur la contrainte imposée par le pouvoir biomédical et les autorités publiques, d'une part, et la prise de cons-

14 M. DE KOSTER, *Chers enfants. Les allocations familiales en Belgique 1921-1945*, Lanoo-ACAF, 2001.

15 V. PIETTE et E. GUBIN, La politique nataliste de l'Entre-Deux-Guerres ; in *Le corps des femmes*, pp.115-130.

16 Je me bornerai ici à renvoyer à deux ouvrages à caractère historique : M. D. GRMEK, *Histoire du sida*, Médecine et société, Payot, 1989 ; M. FERRIERES, *Histoire des peurs alimentaires*, Paris, Le Seuil, 2002.

17 J.-P. DOZON, Quatre modèles de prévention, *op. cit.*



© Collection Archives de la Ville de Bruxelles

cience de la responsabilité personnelle de chaque individu dans le souci de sa santé, d'autre part, n'empêche pas de renouer avec des pratiques appartenant aux modèles magico-religieux traditionnels : *“ Ce n'est pas un hasard si aujourd'hui la plupart des mouvements religieux, anciens ou plus récents, font de la santé, de la prévention, comme de la guérison, leur thème de prédilection ”.*

Notre désir de devenir immortels serait-il si grand qu'au delà de l'allongement de l'espérance de vie, déjà acquis par les progrès médicaux dans les sociétés dites avancées, nous tentions de cumuler les bénéfices du modèle “ pastorien ” et ceux des religions ? A moins que ce ne soient les religions elles-mêmes qui, par souci de s'adapter aux sociétés laïcisées, n'aient décidé de réinvestir dans la vie terrestre ?

## Faut-il faire peur ? Et peur de quoi ?

On ne cesse de nous faire peur : l'information, les campagnes de prévention, la médiatisation à outrance de toutes les calamités qui s'abattent sur la terre entière, depuis les confins de la Chine jusqu'au cœur de l'Afrique, ont largement de quoi nous faire réfléchir aux risques qui nous menacent. Sans compter les risques “ naturels ”, liés aux désordres de la planète, qui s'avèrent de plus en plus préoccupants. Ce n'est plus l'individu, mais l'humanité entière qui paraît menacée dans sa survie. Les risques sont tellement disproportionnés par rapport aux moyens mis en œuvre qu'il semble que le monde coure à sa fin, à plus ou moins brève échéance.

Terreurs millénaristes qui renouent avec les peurs savamment orchestrées par l'Eglise au Moyen âge

pour annoncer la fin du monde et inciter à la conversion ? Hélas, ce ne sont plus les mêmes risques qui sont dénoncés, et la peur de l'enfer ne mobilise sans doute plus grand monde. Ne serait-ce pas plutôt la peur de la mort, dont on nous parle si peu, qui nous hante ? L'immortalité – sur terre – n'est-elle pas devenue le rêve des sociétés modernes ? A l'échelle individuelle, chacun a tendance à se vivre comme immortel et, selon son angoisse ou son indifférence, il se soucie plus ou moins de se prémunir contre ce qui pourrait augmenter le risque de la maladie, non seulement pour prolonger sa vie, mais surtout pour préserver sa qualité de vie. La qualité de la vie, au demeurant extrêmement variable selon les lieux et les milieux, est devenue l'argument décisif du modèle “ contractuel ” de prévention auquel s'ajoutent les préoccupations bien plus concrètes de l'augmentation du coût des soins de santé. Dès lors, le “ contrat ” a tendance à se réajuster en termes de “ privatisation ” de la sécurité sociale, où chacun sera amené à assumer lui-même le coût de son confort et de sa qualité de vie... Paradoxe des sociétés nanties où l'individu s'était accoutumé à bénéficier, récemment il ne faut pas l'oublier, de l'assistance de l'Etat Providence, aujourd'hui en voie de disparition. Brève parenthèse dans l'histoire de l'humanité, et assez strictement localisée dans l'hémisphère nord, cette émergence de l'Etat Providence a pu conjuguer intérêt individuel et politiques publiques de santé pour fournir aux populations les plus favorisées une amélioration de leurs conditions d'existence.

Les politiques de prévention ne doivent pas, à mon sens, reposer sur la peur mais plutôt sur les moyens concrets à mettre en œuvre pour promouvoir de véritables politiques de la santé. D'autant que la peur, “ mauvaise conseillère ”, peut tout aussi bien déres-

ponsabiliser, infantiliser et renvoyer aux pratiques magico-religieuses qui retrouvent une certaine vogue aujourd'hui, non seulement dans les sociétés non

industrialisées, mais encore dans les sociétés considérées comme les plus " avancées " .

*Marie-Sylvie Dupont-Bouchat est historienne  
et professeur émérite de l'UCL  
(Centre d'Histoire du Droit et de la Justice)*

# L'usage de la peur

## UNE APPROCHE LÉGITIME EN PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Patrick Trefois

Occasionnellement, des campagnes de prévention (par affiches ou moyens audiovisuels) ont recours à des images ou des situations effrayantes. L'intention est clairement d'éveiller la peur<sup>1</sup> chez le spectateur. On peut citer l'exemple français récent d'un spot télévisé de prévention du tabagisme, montrant de dos une personne cachectique, pratiquement nue, perfusée, assise sur un lit d'hôpital ; une voix nous signalait qu'à cause du tabac, il ne restait à cette personne que quelques jours à vivre tandis qu'une succession d'images surimposées nous illustraient divers âges de sa vie.

Les professionnels de l'éducation pour la santé ont, depuis bien longtemps, des perceptions diverses du recours à une méthode de persuasion comme la peur. En caricaturant, on peut schématiser les points de vue respectifs en deux " camps ". Le premier regrouperait ceux qui justifient l'usage de la peur en terme d'efficacité et d'efficience. Le deuxième, lui, rassemblerait les tenants de la cohérence des méthodes de communication avec les valeurs de la promotion de la santé. Dans un premier temps, nous allons donc aborder cette question avec l'œil de chacun de ces clans.

### Les partisans du " bon usage " de la peur

Le recours à la peur est une technique utilisée depuis bien longtemps dans le champ de la santé (cf. les affiches illustrant cette brochure). Seuls les thèmes et les déclinaisons varient, en fonction des évolutions de la médecine, de l'économie, des modes culturelles et artistiques ainsi que des perceptions sociologiques. Depuis les années cinquante, de nombreux chercheurs (principalement anglo-saxons) se sont intéressés à l'usage des *fear appeals* (messages persuasifs cherchant à provoquer la peur) dans les campagnes de santé publique.

Les conclusions d'une méta-analyse<sup>2</sup>, reprenant une centaine d'articles précédemment publiés, ont été communiquées en 2000 dans la revue *Health Education and Behavior*. Pour le détail de l'analyse, le lecteur pourra se référer à l'article en question<sup>3</sup>. A la lecture de cette méta-analyse, ce qui apparaît comme élément essentiel est le fait que les auteurs proposent une modélisation de l'usage de messages provoquant la peur ainsi qu'une série de recommandations. Cette modélisation repose sur des concepts fort proches de

1 Le dictionnaire Larousse nous propose deux définitions de la peur :

- «sentiment de forte inquiétude, d'angoisse en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace» ;
- «état de crainte, de frayeur, dans une situation précise».

Le Robert propose «émotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace».

2 Procédé d'analyse basé sur un regroupement de données d'études différentes, selon une méthodologie *ad hoc*.

3 Witte K., Allen M. A meta analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education and Behavior* 2000; 27 (5): 591-615.

ceux développés par le *Health Belief Model* (modèle des croyances relatives à la santé) et la théorie sociale cognitive.

Quelle est cette modélisation ? Elle peut être schématisée comme suit (page 23).

Le *Health Belief Model* (...) est né vers 1950. A l'origine, il est destiné à comprendre pourquoi les gens ne font pas les démarches souhaitées par le médecin (comme passer un test de dépistage, se faire vacciner...). Par la suite, on l'a étendu à l'étude des comportements liés à la santé. Les facteurs déterminants identifiés sont d'une part la perception de la menace ou du risque encouru et d'autre part celle du rapport coût/bénéfice du (des) comportement(s) préventif(s) relatif(s) à ce risque.

Exemple:

- je suis susceptible de contracter une MST (vulnérabilité), et celle-ci aurait des conséquences pénibles pour ma santé et mes relations (gravité);
- utiliser systématiquement des préservatifs ou cesser d'avoir des relations sexuelles multiples sont deux possibilités de prévenir le risque de MST: je choisis la première, qui est moins coûteuse pour moi.

Les limites de ce modèle appliqué à l'adoption de comportements préventifs ont maintes fois été soulignées:

- le lien causal entre perception, décision et comportement n'est pas démontré;
- le modèle repose sur un rationalisme (c'est une sorte d'analyse du rapport qualité/prix) qui escamote ou sous-estime tous les facteurs intrapsychiques, relationnels et culturels antagonistes au comportement désiré.

Le *Health Belief Model* a été adapté par Bandura (théorie sociale cognitive). Les facteurs à prendre en compte deviennent en outre:

- la croyance en l'efficacité du comportement pour obtenir le résultat souhaité (si je cesse de fumer, cela diminuera effectivement le risque de maladies du système respiratoire);
- la croyance en la capacité personnelle d'adopter ce comportement (je suis capable de laisser tomber la cigarette).

Avec la théorie sociale cognitive (1977), nous restons dans le domaine des croyances. Mais l'image de soi et le caractère "volontaire" de l'individu jouent un rôle important dans l'adoption de comportements favorables à la santé. Cette théorie attire l'attention sur un aspect plus subjectif et moins rationnel du comportement humain et invite à prendre en compte la confiance en soi.

(Extrait de *Communication et promotion de la santé*, Bruxelles, Question Santé, 1998 (épuisé), nouvelle édition complétée prévue en 2004).

## MODÉLISATION DE L'ACTION DE LA PEUR

Message de menace



Sujet

### 1ÈRE ÉVALUATION

Menace faible → Message  
Non porteuse de sens ignoré

Menace sérieuse → Peur  
Implication

### 2ÈME ÉVALUATION

Réponse recommandée  
perçue comme efficace

ET

Sentiment d'être capable  
de la mettre en œuvre



Motivation  
et passage à  
l'action

Réponse recommandée  
perçue comme non efficace

ET/OU

Sentiment d'être incapable  
de la mettre en œuvre



Tentative  
d'élimination  
de la peur  
(déni, évitement défensif  
rejet)

Modèle proposé par Witte K., coauteur avec Allen M. de *A meta analysis of fear appeals : implications for effective public health campaigns*. Health Education and Behavior 2000; 27 (5) : 591-615.

Le message de menace atteint l'individu " ciblé ", qui procède à une première évaluation. La perception qu'il a de la menace est dépendante d'une part de la *susceptibilité perçue* vis-à-vis de cette menace (suis-je concerné ?) et d'autre part de la *sévérité perçue* (est-ce vraiment grave?). Soit l'individu considère la menace faible, ou non porteuse de sens pour lui : dans ce cas, il ignore le message. Soit, au contraire, la menace est ressentie comme sérieuse et impliquante ; elle éveillera la peur.

L'individu procède alors à une deuxième évaluation. Il examine la réponse qui lui est recommandée pour éviter la menace. S'il la perçoit comme *efficace* (est-elle crédible, me paraît-elle efficace ?) et s'il a le sentiment d'être *capable* de la mettre en œuvre, il sera motivé à agir. Par contre, si la réponse proposée est considérée comme non efficace et/ou s'il a le sentiment d'être incapable de la mettre en œuvre, l'individu tentera d'éliminer la peur par un déni, un évitement défensif ou un rejet du message.

Les auteurs concluent leur méta-analyse en insistant, logiquement, sur les propositions suivantes :

- Il faut développer des messages provoquant la peur en augmentant les références d'une part à la sévérité de la menace et d'autre part à la susceptibilité de la population vis-à-vis de la menace.
- Les messages induisant une peur forte ne fonctionnent que s'ils sont accompagnés de messages traduisant une efficacité forte (perception d'une efficacité forte de la solution proposée et sentiment fort de capacité d'agir).

De nombreuses limites sont opposées à ce modèle. Un article de Florence Chauvin<sup>4</sup> les présente de manière assez complète. Reprenons-en quelques-unes :

- Ce modèle est théorique, les messages ont été testés en laboratoire ou en expérimentation: le sujet " doit " participer, ce qui représente un biais (le spectateur en conditions réelles ne détourne-t-il pas le regard d'une affiche, ne zappe-t-il pas vers un autre programme télévisé ?).
- Le récepteur du message peut contrôler sa peur par d'autres voies que la recommandation de l'émetteur. Il peut notamment s'appuyer sur de fausses croyances (par exemple, " se laver les parties génitales au savon prévient une MST et l'usage d'un préservatif est donc inutile ").
- Généralement, le recours à des situations chargées émotionnellement et aux messages de menace éveille des sentiments mêlés. La peur coexiste par exemple avec l'étonnement, la colère, la tristesse, le désarroi, etc. On sait peu de choses de la résultante de cet éveil d'émotions multiples et on ne maîtrise certainement pas ce domaine
- L'usage de messages persuasifs provoquant la peur dans des campagnes médiatiques qui touchent un large public pose un autre type de questionnement. Parmi les spectateurs de ces campagnes, une partie seulement ressentiront une menace et se sentiront vulnérables par rapport à celle-ci. Parmi ces personnes que l'on aura insécurisées, comment

4 F. Chauvin. L'usage de la peur en prévention. *La Santé de l'Homme* n° 356, novembre-décembre 2001.

évaluer le sentiment de capacité de chaque individu concerné de mettre en œuvre la réponse recommandée ? On sait que l'estime de soi et la confiance en ses capacités d'agir dépendent de multiples déterminants : contexte social, financier, psychologique, culturel, etc. N'agit-on donc pas en aveugle ?

En guise de conclusion, on peut dire que les professionnels favorables à l'usage de messages persuasifs provoquant la peur préconisent une méthodologie de travail. Celle-ci présente l'incontestable avantage de fixer un cadre qui peut réduire des effets inacceptables sur les plans déontologique et éthique :

- le risque d'éveiller, au delà de la peur, des angoisses pénibles et inutiles, liées, comme l'écrit Jean Maisonneuve, à l'imprécision de la menace communiquée : *“ L'angoisse se distingue de la peur : tandis que la peur implique la présence et la connaissance du danger qui nous menace, l'angoisse est la crainte, l'attente d'un danger encore vague et parfois inconnu ; elle présente donc un caractère plus pénible, car aucun mécanisme de parade ou de défense ne peut s'ébaucher en face d'une menace imprécise ”*.<sup>5</sup>
- l'éclosion de sentiments de déni, de rejet et d'impuissance (liés à l'absence de propositions de réponses au problème posé).

Dans ce cadre référentiel, le recours à la peur comme technique de persuasion implique que l'on visualise avec précision l'existence et la nature d'un danger et de ses conséquences et que l'on suggère des solutions accessibles et crédibles. Ceci permet d'exclure a priori des campagnes mettant en scène de manière “ gra-

uite ” des images à forte charge émotionnelle ou stigmatisant certains groupes de population, sans qu'aucun message positif permette au spectateur d'orienter son malaise vers une proposition de réponse. On peut citer comme exemple de ce type d'avatar des affiches produites il y a quelques années par une société de publicité et montrant des consommateurs de drogues délabrés, édentés ou hagards ; si la menace liée à un certain type d'usage de certaines drogues était présentée (de manière théâtrale, repoussante et méprisante), aucune piste n'était donnée pour décrypter les suites à donner à cette interpellation.

Se pose ici la question des dangers potentiels où l'on manque de connaissances et de données établies (par exemple OGM, prion, etc). Nous y reviendrons plus loin.

Certains professionnels, implicitement ou explicitement, considèrent donc que le recours à la peur est “ de bonne guerre ”. Leur conviction est que l'usage de la peur est efficace. Le réveil d'émotions, même négatives comme l'est la peur, est de nature à “ secouer ” les personnes dans leurs habitudes et ainsi les amènerait à adopter des changements de comportements. Néanmoins, d'autres professionnels émettent des réserves vis-à-vis de cette vision “ scientiste ” et rationaliste du recours à la peur.

## Les opposants à l'usage de la peur

Pour certains professionnels, la recherche *in fine* du bien d'un individu ou d'un groupe de population n'autorise pas l'utilisation de n'importe quel moyen.

5 J. Maisonneuve, *Les sentiments*, PUF, coll. Que sais-je ?



© Publicis - 1995/Collection Question Santé



© CFES (France)/Collection Question Santé

Ils relèvent que le fait d'influencer habilement une personne pour la faire penser et agir comme on le souhaite correspond exactement à la définition du mot " manipuler ", que c'est là une application de l'adage " la fin justifie les moyens ". Où est alors la limite du propagandiste : dans sa bonne foi ? On sait que la recherche du " bien " de l'autre peut être un piège redoutable : de nombreuses dictatures ont été justifiées sur ce type d'argumentation. Faut-il rappeler que " l'enfer est pavé de bonnes intentions " ?

Pour tenter d'y voir plus clair, on peut aborder la réflexion par divers angles successifs.

Lorsqu'on évoque le " bien " d'un individu ou d'un groupe de population, on a évidemment une représentation de ce qui le constitue. Cette représentation est bâtie sur des normes collectives faisant l'objet d'un consensus (implicite ou explicite) au sein d'une société. Des normes qui ne sont cependant valables que dans un espace géographique et un temps historique donnés : elles évoluent constamment. Ainsi, le fumeur de 2003 ne rencontre certainement pas la même acceptation sociale que le fumeur de 1950. Autre exemple : pour des populations originaires de certaines régions, l'excès de poids chez les enfants est considéré comme un signe de bonne santé et d'une alimentation correcte... un avis qui n'est plus partagé dans nos sociétés occidentales.

Quoi qu'il en soit de la variabilité de ces normes, la responsabilité morale de chaque individu est de vivre conformément à celles-ci : celui qui transgresse les normes du groupe est considéré comme immoral. La

conséquence ultime d'un tel jugement d'immoralité peut aller jusqu'à exclure le " coupable " de ses droits de citoyen. Un exemple déjà connu est la non priorité (voire le refus) d'accès à certaines opérations chirurgicales essentielles pour des fumeurs ; cette position repose évidemment sur une priorité conférée par une " bonne moralité ", c'est-à-dire une adhésion aux normes édictées par les experts de santé publique.

On peut considérer que la santé publique, à côté d'autres finalités<sup>6</sup>, représente également une norme morale : c'est la quête du Bien, de tout ce qui est favorable à une santé définie par des experts, donc de l'extérieur de l'individu. Cette quête est imposée comme une valeur absolue pour tous. La finalité serait de vivre plus vieux et moins malade. Mais cette finalité n'est-elle pas souvent détournée vers l'imposition autoritaire de modes de vie (sains bien entendu) et la condamnation de comportements (malsains ou " à risque pour la santé ") ? Ce code se décline alors en commandements multiples: " tu ne fumeras point " ; " tu boiras de l'alcool avec modération " ; " trois fruits par jour tu mangeras " ; " ta ceinture de sécurité tu attacheras " ; " tes dents trois fois par jour tu brosseras " ; etc. Ce glissement n'est pas innocent, car il focalise l'attention et les moyens sur la correction de comportements individuels, au détriment des actions nécessaires sur les milieux de vie, le contexte économique et social, les choix politiques, etc.

L'adhésion aux méthodes persuasives provoquant la peur apparaît donc inséparable d'une position de moraliste attaché à la recherche d'un " bien " pour les autres.

<sup>6</sup> Bien sûr, l'action de santé publique a un tout autre sens quand elle combine des actions visant l'environnement (égouts, eau potable, sécurité des lieux de travail, etc.), l'accessibilité aux soins, etc.

Se référer au concept de la promotion de la santé peut également être éclairant. On sait que la Communauté française a adopté, après débats et approbation par son Parlement, un Décret organisant la promotion de la santé. Le choix d'une telle approche de la santé a des conséquences considérables. En effet, la promotion de la santé recourt à des stratégies telles que, notamment :

- favoriser la participation des populations ;
- soutenir le développement des aptitudes de l'individu ;
- donner les moyens d'agir sur les déterminants de la santé ;
- créer des environnements de vie favorables à la santé ;
- améliorer l'accessibilité des services (préventifs, éducatifs, curatifs, etc.).

Cette approche repose sur des valeurs comme le bien-être, la santé considérée comme la recherche d'un équilibre dynamique par la personne dans son environnement de vie, le respect de l'individu et de ses choix, etc. Nous sommes ici loin des normes dictées de l'extérieur de l'individu.

Ce rappel des concepts de la promotion de la santé nous amène aussi à aborder la notion " d'efficacité " et à démontrer la signification multiple que peut recouvrir ce terme. Rappelons-nous que la motivation principale des professionnels qui font appel aux messages persuasifs utilisant la peur est la recherche d'efficacité. Celle-ci ne se mesure, pour eux, qu'à partir d'objectifs prédéfinis généralement en termes de santé publique (réduire la mortalité, la morbidité,

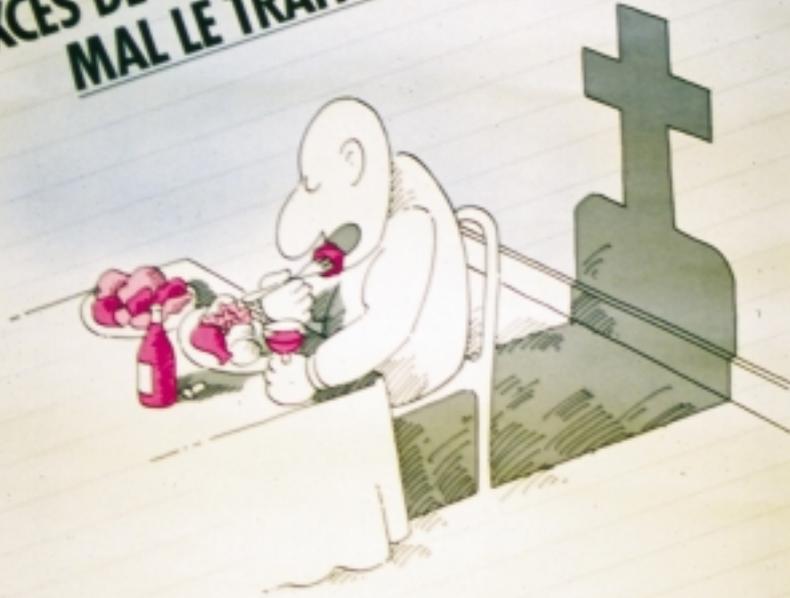
accroître l'espérance de vie) et/ou de changement de comportements.

Par contre, les objectifs d'une démarche de promotion de la santé doivent être cohérents avec les stratégies de cette approche : participation des populations, etc. L'efficacité se mesure ici notamment en terme de mise en place de processus, d'acquisition de compétences, de capacité d'analyse et de choix personnels, etc. Un critère d'efficacité est atteint si l'individu définit, après réflexion, sa propre attitude vis-à-vis d'un problème, même si ce faisant il rejette le comportement dicté par les experts. En conclusion, ni les partisans ni les opposants à l'usage de la peur ne peuvent se targuer d'avoir le monopole de la recherche d'efficacité...

Le cadre référentiel de la promotion de la santé pose également la question du rôle des pouvoirs publics. Leur souci de la santé de la population devrait également impliquer des actions sur les multiples déterminants de la santé (aspects socio-économiques, habitat et environnements de vie, culture, etc.) pour accroître le bien-être. Les actions visant l'individu passeront, en toute logique, non par la persuasion ou la manipulation, mais bien par l'éducation et le développement des aptitudes de chacun. Comme l'écrivent Philippe Lecorps et Jean-Bernard Paturet<sup>7</sup>, il s'agit de " *construire les conditions du possible pour que la santé des sujets puisse se déployer* ". Cette approche est à l'opposé de celle qui, face à des problématiques complexes, fait porter la responsabilité au seul individu en éludant les causes sociétales et collectives.

7 Ph. Lecorps et J.-B. Paturet. *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*. Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique. 1999.

**L'EXCES DE POIDS EST UN RISQUE,  
MAL LE TRAITER EST DANGEREUX...**



**consultez votre médecin  
pour adopter le traitement adéquat**

CONSEILLE	À EMPLOYER AVEC PRÉCAUTION	À ÉVITER
A collection of icons representing healthy food choices: a teapot, mushrooms, a fish, a lamb, a chicken, and various vegetables.	A collection of icons representing foods to be consumed with caution: a bottle of wine, a duck, a pig, a cow, and various fatty meats and cheeses.	A collection of icons representing foods to be avoided: a soft drink, a burger, a pizza, an ice cream cone, and various high-fat, high-sugar snacks.

© Euthérapie Benelux - 1995/Collection ULB/Promes

## Que faire ?

Les deux points de vue, présentés de manière un peu schématique, sont-ils condamnés à ne jamais se rencontrer ? La pratique éducative ouvre une piste de réflexion.

L'éducateur a évidemment une visée sur celui qu'il éduque : il veut accroître les compétences (cognitives, psychoaffectives, etc.) de son " élève ", ses capacités d'adaptation et idéalement son estime de soi. L'importance de transmettre prioritairement des messages positifs et valorisants est reconnue. Il arrive parfois à l'éducateur de recourir à l'éveil de la peur des conséquences de certains actes pour obtenir les comportements souhaités. Il transmet aussi une connaissance sur certains dangers, sur certaines menaces. Mais il est essentiel de se rappeler que l'éducateur a pour objectif ultime de rendre son élève assez autonome pour se passer de lui et pour devenir *in fine* un homme ou une femme responsable. Pour ce faire, l'éducateur va veiller notamment à développer des potentialités, des capacités de choix chez son élève.

Nous pouvons aussi nous référer à Jacques Bury<sup>8</sup>, qui distingue trois groupes de méthode : l'information, l'éducation et la persuasion. Son analyse détaillée de chacun de ces trois pôles reste toujours d'actualité. Contentons-nous de rappeler le constat que le degré de respect de la liberté s'amenuise au fur et à mesure que l'on progresse sur cet axe information – éducation – persuasion.

Quelles applications pourrions-nous tirer de ces réflexions dans le domaine des messages en faveur de la santé ?

D'abord, que les messages positifs, valorisant des attitudes favorables à la santé, pourraient être une première piste à explorer systématiquement. L'argument de leur prétendue inefficacité devrait être soumis à une analyse critique avant de poser le choix alternatif d'un recours à la peur. Ensuite, lorsque le communicateur veut amener une information contenant une menace (si vous avez tel comportement, vous risquez telle conséquence), ne devrait-il pas se fixer systématiquement un objectif pédagogique ? Qu'apportera à son public la connaissance de cette menace, que pourra en faire celui-ci ? Ce public disposera-t-il de l'information et des capacités nécessaires à la construction d'une réponse personnelle face à la menace ? L'objectif est ici d'aider l'individu à faire un " choix éclairé ".

On peut ainsi dessiner les contours d'une approche, que l'on pourrait qualifier de " communication pédagogique du risque ", qui repose sur des éléments qui peuvent être classés tant dans le courant informatif que dans le courant éducatif (cf. Bury), mais certainement pas dans le courant persuasif :

- le souci de transparence : dire ce que l'on sait d'un risque, mais également ce qu'on ignore ; présenter le risque et l'ensemble des solutions alternatives de manière honnête, lisible (c'est-à-dire en éclairant les enjeux, la signification des données statis-

8 Jacques A. Bury. *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. De Boeck Université, 1988.

tiques et épidémiologiques dans un contexte global, etc.) ;

- la prise en compte des effets non recherchés de l'information : la transmission d'une information éclairant un risque peut évidemment éveiller une peur, dont il faut assumer les conséquences possibles ;
- le droit de chacun à une information rigoureuse vis-à-vis de sa santé ;
- la préoccupation de créer les conditions favorables à un choix responsable vis-à-vis du risque (ce qui implique une action publique cohérente sur les déterminants du risque) ;
- l'acceptation du choix *in fine* posé par l'individu, même si ce choix n'est pas celui privilégié par les experts.

Cette approche pourrait s'appliquer dans des domaines où les connaissances scientifiques sont bien établies : la définition du risque repose alors sur un modèle probabiliste et on est dans le domaine de la prévention. Mais elle est également exploitable en présence de problématiques moins bien connues, lorsqu'il y a incertitude quant à la gravité du risque et de ses conséquences potentielles (dioxine, prion, OGM, ondes électromagnétiques, etc.). On est alors dans le domaine de la précaution... et de grands thèmes de l'actualité récente.

*Patrick Trefois  
est docteur en médecine  
et directeur de l'ASBL Question Santé*

# Santé : les médias dans le vortex

Jean-Jacques Jaspers

Dans tous les débats sur la prévention en matière de santé, on incrimine les médias. A juste titre, car aujourd'hui l'écrasante majorité des contenus informatifs ou formatifs passe par leur canal, les autres canaux, comme l'école, la famille, les associations, ayant perdu beaucoup de leur importance. Il est donc essentiel de se livrer à une analyse critique du discours médiatique, surtout en matière de représentations sociales, puisque les médias (et en particulier la télévision) pénètrent dans tous les foyers et atteignent littéralement tout le monde (96,8 % des Belges francophones sont reliés au câble).

## Un long cheminement

Un peu de recul historique est nécessaire pour bien comprendre la situation actuelle. Jusqu'au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, la presse était un véhicule d'opinions plus que d'informations. C'est d'ailleurs dans cet esprit qu'a été inscrit le principe de la liberté de la presse dans les Constitutions des États industrialisés : il s'agissait de garantir aux éditeurs le droit de publier des opinions sans censure de l'État. " Liberté de la presse " n'est donc pas, au départ, synonyme de " liberté d'informer ", une notion qui a un corollaire, à savoir le devoir de diffuser une information exacte, loyale et significative.

Vers 1850, Emile de Girardin découvre que – grâce à l'alphabétisation des masses et à la découverte de la

rotative – le journalisme peut désormais être une industrie rentable ; il fonde le premier journal populaire à sensation, *La Presse*. C'est le début de la réification de l'information. Celle-ci est désormais fabriquée comme un produit manufacturé dont la fonction est de faire vivre une entreprise, de fidéliser une vaste clientèle, donc d'entretenir le besoin compulsif de consommer le média. Pour ce faire, la nouvelle ne doit pas nécessairement être exacte, loyale et significative : elle doit surtout provoquer des réactions affectives (joie, peur, etc.) et répondre de manière fantasmatique aux pulsions du public : voyeurisme, sadisme, libido, besoin de se rassurer ou de s'identifier à des personnes prestigieuses. Girardin avait ainsi posé les fondations de l'industrie moderne des médias.

A côté de cette presse populaire subsistera une presse dite " de qualité ", dont la fonction est de fournir aux classes dominantes le savoir qui leur est utile : informations politiques et économiques. Enfin, le mouvement culturel issu de l'éveil de la classe ouvrière entraînera la création de médias de mobilisation et d'éducation populaire, bien oubliés aujourd'hui.

De nos jours, cette répartition des médias subsiste plus ou moins : il existe toujours des médias populaires à vocation essentiellement socio-économique et d'autres à vocation socioculturelle. La fonction d'éducation populaire a été relayée, après la Deuxième guerre mondiale, notamment par l'État et par le mou-

vement associatif. Mais la domination de la télévision sur le paysage médiatique (aujourd'hui, nous la regardons en moyenne 3h30 par jour !) a changé totalement la perspective.

Dans un premier temps (années 1950-1970), en Europe occidentale, la télévision est un instrument socioculturel aux mains de l'État démocratique, lequel affiche des objectifs d'éducation, de maintien du pluralisme et de lutte contre la propagande. On sort de la période hitlérienne et on veut " élever le peuple " pour l'écarter de la tentation communiste ; c'est l'ère de l'État éducateur. Mais, à la fin des années 1970, de grands groupes financiers enrichis dans l'industrie lourde, qu'ils ont laissé périr, conquièrent ce marché porteur, créé avec des fonds publics, et en chassent presque totalement l'État. D'immenses consortiums se constituent (Murdoch, Bertelsmann, Vivendi-Universal, AOL-Time-Warner), qui intègrent tous les médias : presse, cinéma, radio, télévision, publicité, Internet. Une nouvelle forme de marchandisation de l'information apparaît. La compétition pour les parts de marché est rendue plus âpre par la télécommande, qui change aussi notre manière d'appréhender le réel : on recherche des séquences de plus en plus courtes, on fuit la lassitude, le temps est de plus en plus découpé. La concurrence télévisée devient acharnée et tous les coups sont désormais permis pour éviter le coup de pouce sur la " zapette ".

## Le marketing détermine l'info

La nouvelle marchandisation de l'information se caractérise par de nouvelles techniques d'accaparement et de fidélisation de l'auditoire. Dans ce domaine, c'est la télévision qui lance les modes, et les autres médias l'imitent (tabloïdisation de la presse quoti-

dienne). Aujourd'hui, la politique rédactionnelle est dictée par le marketing, qui impose aux journalistes des priorités : le " pratico-pratique ", la " proximité ", le " vécu ". C'est le triomphe de l'information miroir (qui nous montre inlassablement notre propre image) sur l'information fenêtre (qui nous ouvre sur le monde), c'est le règne du " fait divers ". Désormais, la télévision fixe l'agenda de la vie publique et, par ce qu'on a appelé le " cercle vertueux des médias " (tout le monde copie tout le monde, le consensus médiatique est identifié à " la " vérité), elle fixe aussi l'agenda des autres médias. Dans ce cadre, la santé est évidemment une priorité éditoriale, car elle préoccupe beaucoup le public. Les thèmes liés à la santé apparaissent fréquemment en manchette des journaux et dans les titres des journaux télévisés, liés à des anxiétés et à des peurs (pensez aux crises alimentaires, aux épizooties, au sida, etc.). Des revues spécialisées font leur apparition, qui ne diffusent pas une information sérieuse et utile, mais qui dramatisent les thèmes liés à la santé.

Le modèle socioculturel, ou ce qu'il en reste, cède donc progressivement le pas au modèle socio-économique. La principale raison de cette mutation, c'est la modification des modes de production induite par un nouvel avatar du capitalisme, dominé par l'actionnariat. Les actionnaires exigent une rentabilité à deux chiffres, on " rationalise " la production, le rôle du capital intellectuel se réduit au profit du capital fixe amortissable (machines, informatique). Le résultat, c'est que les journalistes ont de moins en moins de temps pour *traiter l'information* (l'analyser, la recouper, l'approfondir), ils ont tout juste le temps de *la mettre en forme*. L'information est de plus en plus homogène, de plus en plus consensuelle (pour ne heurter aucun client potentiel) et de moins en moins

autonome par rapport à la communication, c'est-à-dire aux messages fournis par les services de propagande des entreprises ou des institutions.

Car, si les moyens des rédactions diminuent, en revanche les services de communication bénéficient d'investissements et de moyens sans cesse croissants. La confusion s'installe entre information et communication. Simultanément, les États réduisent leurs dépenses dans les médias et forcent les services publics à recourir à des sources alternatives de financement liées au marché. Régis Debray parle d'un État séducteur (et non plus éducateur), qui utilise la communication comme méthode d'accès au pouvoir et de gestion du peuple.

## Santé et sécurité comme paradigmes

La société industrialisée est, par comparaison avec d'autres ou avec des époques plus anciennes, extrêmement sûre. Chaque être humain y est précieux, on y dépense des sommes astronomiques pour créer ou sauver des vies, et la souffrance y est tabou. Par un paradoxe qui n'est qu'apparent, dans cette société hyper-sécurisée, le sentiment d'insécurité s'aggrave, car on se rend compte que sécurité (de vie, d'emploi, etc.), santé et confort sont fragiles et que nous les payons un prix très élevé. Les médias exploitent cette crainte de l'insécurité et en font un argument de vente. Une forme pervertie du principe de précaution s'impose un peu partout. Tous les risques sont mis en

exergue et parfois sciemment exagérés pour susciter des comportements de consommation " paniques ". Il faut remarquer que les médias mettent surtout en avant les risques individuels – maladies cardio-vasculaires, sida, cancer du fumeur – et non les risques liés au travail, qui sont considérés comme relevant de la fatalité...

Il reste cependant quelques îlots de résistance à la marchandisation : des magazines imprimés ou audiovisuels, de service public ou associatifs, qui continuent leur mission d'éducation permanente. La pédagogie du risque existe, mais elle est minoritaire, et l'influence du marketing, là aussi, se fait sentir : cette presse-là aussi recourt de plus en plus au témoignage, à l'affectif, au détriment d'une information plus rigoureuse, qui laisse place à l'incertitude. Elle n'échappe pas au " cercle vertueux " ni à l'influence de plus en plus déterminante des services commerciaux sur le rédactionnel. Dans la presse féminine, par exemple, la ligne éditoriale, dictée par le marketing, consiste à rendre " positive " toute information liée à la santé et à atténuer les mises en garde. L'exemple récent des traitements hormonaux contre la ménopause en témoigne : la presse féminine a tout fait pour discréditer les études épidémiologiques américaines sur les effets secondaires nuisibles de ces traitements, affirmant – contre toute vérité – que les produits administrés en Europe étaient radicalement différents.

*Jean-Jacques Jespers  
est journaliste et professeur à l'ULB*

# La peur en question

Jean-Michel Besnier

Il est toujours plutôt humiliant d'avoir peur. Nos sociétés modernes le savent bien. Elles se croyaient adultes et s'imaginaient en avoir fini avec les frayeurs anciennes – celles des " primitifs " et des ignorants. La civilisation, c'était pour nous, modernes, le triomphe des Lumières et de la raison qui expliquent et rassurent. Grâce à elle, nous avons posé des garde-fous contre le retour de l'archaïque, nous avons établi des institutions pour que l'ordre et la confiance règnent durablement. C'était cela, " être moderne " : être engagé dans la dynamique d'un progrès toujours plus sécurisant. On pouvait se féliciter d'avoir pu donner aux peurs primordiales un dépassement rationnel. Toute notre culture nous enjoignait de rejeter ce sentiment, cette affection qui habite les animaux et les enfants. Grandir, c'était en finir avec la peur et ses objets imaginaires. Notre philosophe national, Descartes, définissait la peur dans des termes qui la mettaient définitivement au ban de la raison : " *un trouble et un étonnement<sup>1</sup> de l'âme qui lui ôte le pouvoir de résister aux maux qu'elle pense être proches* ". La peur tétanise et précipite vers le mal qui la suscite. C'est donc le comble de l'irrationalité. Freud la décrira aussi comme cela dans son évocation de la tête de la Méduse de la mythologie – tête de Méduse aux cheveux de serpents qui symbolise selon lui cette décapitation/castration qui hante les enfants, avant qu'ils ne soient capables de surmonter les conflits œdipiens. La Méduse " *pétrifie d'effroi, transforme*

*en pierre celui qui la contemple* ". Bref, la peur est toujours réactionnelle, facteur d'inertie, et il faut s'en débarrasser pour pouvoir avancer.

Quelques grands philosophes nous avaient appris que la société était née lorsque les hommes s'étaient ligüés pour échapper à la peur de mourir de mort violente, dans l'état de nature. On avait compris que cette passion pouvait donc engendrer de la sagesse ou, en tous les cas, de la vertu. Hobbes avait en effet montré comment la raison était née de la peur, comment les hommes avaient fait de la crainte des uns des autres l'instrument même de leur sociabilité. C'est la peur qui les avait rendus finalement inventifs et leur avait dicté les subtilités de leur organisation politique, celle du Léviathan. A partir de là, il devenait possible de penser l'humanité comme le résultat d'une conjuration de la peur. Je dis bien " conjuration " et non pas " disparition ", car cette humanité n'a certes pas cédé à l'illusion d'être toute-puissante : elle s'est seulement pénétrée de la conviction qu'elle pouvait mobiliser ses forces pour amortir ou ruser avec ce qui la menace toujours. La science, la technique, l'organisation politique étaient des produits sublimés de la peur.

Un grand penseur de la peur, Machiavel, incarne sans doute la version la plus authentique de l'humanisme en mettant en évidence le rôle joué par la *virtù*, c'est-

1 Au sens fort.

à-dire le " courage ", cette vertu que Descartes oppose à la lâcheté à quoi la peur conduit souvent. Être humaniste devenait, avec Machiavel, la détermination à affronter le destin (la *fortuna*), sans l'illusion de croire qu'on pourra jamais dissiper les sources d'instabilité qui angoissent l'être humain. La peur est sans doute inscrite en l'homme, mais au titre d'un stimulant pour la " force " qui l'endigue. En ce sens, elle avait acquis une certaine positivité : l'ordre et la prospérité des hommes pouvaient apparaître comme l'effet rationnel produit par la réponse au défi de la peur.

Je me suis exprimé pour l'instant à l'imparfait, pour résumer l'attitude que notre culture a adoptée depuis les temps modernes à l'égard de cette " affection pathologique " qu'est la peur, selon l'expression de Kant qui, lui, se refuse à l'imaginer en continuité avec la raison. J'y reviendrai. L'homme accède à sa " majorité ", comme le dit encore Kant, en prenant ses distances par rapport à ce sentiment caractéristique des animaux et des enfants.

Il faut à présent parler au présent ou, en tout cas, au passé composé. Le 20ème siècle n'a pas été un siècle euphorique, loin s'en faut. Il a réveillé bien des monstres et encaissé bien des régressions. Ce qui paraissait le gage d'un progrès infini s'est révélé, avec lui, source des plus grandes inquiétudes : la science s'est mise au service des puissances de destruction, dès la première guerre mondiale, et on a découvert que les scientifiques pouvaient jouer les apprentis sorciers. Les démocraties se sont révélées d'une grande fragilité et la culture – celle de Mozart ou Goethe – s'est trouvée compromise dans les pires barbaries. Bref, nous héritons d'un siècle de désillusions et, aujourd'hui, il n'est plus question pour nous que de risques, d'incertitude, d'appel à la précaution sinon au moratoire.

Il y a bien eu un moment d'exaltation, mais qui n'a trompé personne. Lorsqu'on a cru que le tournant du millénaire sonnait l'heure de la fin de l'Histoire, l'extension des valeurs occidentales (la croyance dans les bienfaits du progrès, la confiance libérale dans les idéaux de justice et de liberté...) a laissé croire que la pacification de la planète était imminente. La chute du Mur de Berlin et la fin de la guerre froide ont conforté cette illusion : désormais, il n'y avait plus de raison de redouter l'ennemi, pour la bonne raison que l'ennemi s'était rallié au camp occidental. Sans ennemi, plus de peur. Les petites guerres qui secoueraient encore le monde seraient larvées et archaïques. Elles s'essoufferaient bientôt. Par ailleurs, les technologies d'information et de communication qui réalisent la mise en réseaux de la planète tout entière rendraient inévitable la proximité idéologique des hommes. La peur de l'autre était annoncée comme appartenant à un passé révolu.

Pourtant, certains ont dit que, dans cette homogénéisation des valeurs et des peuples, un sentiment inquiétant pourrait bien nous ramener à la réalité : le sentiment de l'ennui, mais aussi la peur du rien (puisque'il n'y a plus d'altérité à redouter), c'est-à-dire l'angoisse. Et puis, sont revenues sur le devant de la scène plusieurs figurations de ce " rien " terrifiant : les épidémies insidieuses et immaîtrisables, les embardées peu compréhensibles du climat, les atteintes irréversibles à l'environnement, et surtout l'explosion d'un terrorisme aveugle et inargumentable. On en est donc là. Nous sommes aux mains du prophète Jérémie, contraints d'éprouver l'humiliation des pécheurs menacés d'extermination pour expier leurs fautes. L'irrationalisme reprend barre sur nous, et on se demande aujourd'hui comment y remédier, si la confiance est ruinée, si aucun modèle de salut n'est

plus disponible. Nous voilà obligés de satisfaire à des principes proprement humiliants au regard des idéaux du siècle des Lumières : “ *Accorder la préférence en vue de la décision aux pronostics de malheur sur les pronostics de salut* ”, comme le recommande Hans Jonas, et miser ainsi sur la peur pour ancrer le sentiment de responsabilité à l’égard de l’humanité à venir, que l’on voudrait sauvegarder. Il s’agit donc, maintenant, de se confier à cette affection pathologique qu’on pensait pourtant avoir expulsée. Cela sera-t-il efficace et pourra-t-on surmonter l’humiliation ?

## L’usage de la peur

Le philosophe allemand Hans Jonas semble se résigner à solliciter ce niveau infra-humain en élaborant ce qu’il nomme une “ *herméneutique de la peur* ”, cette prétendue intelligence du risque aiguisée par le sentiment d’une catastrophe imminente<sup>2</sup>. Mais qui dit “ *herméneutique* ” dit “ *compréhension* ”, et que comprend-on sous l’effet de la peur ? Réponse, inspirée par Jonas : d’abord, que nous ne sommes pas des dieux, que notre espèce est fragile, que l’humanité est souvent arrogante et qu’il est bien meilleur de s’en remettre à l’ordre spontané qui nous invite à cesser de vouloir l’impossible dans la nature. Nous comprenons en réalité que nous sommes vecteurs de désordre, égoïstes en diable et même suicidaires. On voit donc que, d’après Jonas, la peur est une faculté d’auto-réflexion et de connaissance, qu’elle est l’objet d’un devoir moral, qu’elle est un sentiment moral, qu’elle est enfin un pis-aller politique (une utile

contrainte) là où la responsabilité est trop faible. Et notre responsabilité est en effet trop faible car nous ne pouvons pas prévoir les effets à long terme de notre action technique ; et nous ne savons pas, ou plus très bien, ce qui a vraiment besoin d’être protégé et sauvegardé dans la situation actuelle.<sup>3</sup>

*“ Tant que le péril est inconnu, écrit Jonas, on ignore ce qui doit être protégé et pourquoi il le doit : contrairement à toute logique et à toute méthode, le savoir à ce sujet procède de ce contre quoi il faut se protéger. C’est ce péril qui nous apparaît d’abord et nous apprend, par la révolte du sentiment qui devance le savoir, à voir la valeur dont le contraire nous affecte de cette façon. Nous savons seulement ce qui est en jeu lorsque nous savons que cela est en jeu ”* (p. 49).

Voilà aussi ce qui humilie la raison humaine : le mal est beaucoup plus lisible, beaucoup mieux connu que le bien. C’est donc notre peur du danger qui va d’abord nous apprendre quelque chose. Le sentiment précède, suscite et donc accroît le savoir. Ainsi, explique encore Jonas, “ *c’est seulement la prévision d’une déformation de l’homme qui nous procure le concept de l’homme qu’il s’agit de protéger, et nous avons besoin de la menace contre l’image de l’homme – et de types tout à fait spécifiques de menace – pour nous assurer d’une image vraie de l’homme grâce à la frayeur émanant de cette menace* ” (p. 49).

Les maux réels dont notre technologie menace l’humanité future, nul ne les connaît ; nous devons donc les imaginer, c’est la première obligation de l’éthique

<sup>2</sup> Voir *Le Principe responsabilité*. Flammarion, coll. Champs, 1998.

<sup>3</sup> Voir la présentation de Jonas par Bernard Sève dans *Esprit*, octobre 1990.

de la responsabilité (p. 50) ; et comme cette imagination à elle seule n'est rien (réduite à une pure représentation, elle tomberait dans la science-fiction), il faut mobiliser des sentiments qui soient l'expression de ces maux imaginés : c'est la seconde obligation morale (p. 51). Bernard Sève commente cette obligation en disant que " nous devons nous faire peur, non comme les gosses avec des histoires de fantômes, mais avec d'inquiétants futurs possibles. La peur est le vrai sentiment moral ( elle joue chez Jonas le rôle du respect chez Kant) – mais c'est une peur délibérée " qui se révèle donc instructive et mobilisatrice.

Notre question pourrait donc se poser de la façon suivante : cette heuristique de la peur est-elle convaincante pour nos contemporains ? Est-elle susceptible de réveiller l'altérité pour nous obliger à réagir afin de sauvegarder notre intégrité et notre identité ? Je parle bien de l'heuristique de la peur, et non pas de la peur elle-même qui habite de plus en plus les citoyens des sociétés modernes. Car la peur de mourir reste vivace chez eux, d'autant plus que l'espérance de vie va croissant, que les biotechnologies font germer des fantasmes d'immortalité. L'individualisme frileux aiguise la peur, mais peut-être pas l'intelligence des moyens à mettre en œuvre pour conjurer des risques qui se montrent de plus en plus illimités, au fur et à mesure de l'extension de notre pouvoir technique.

La question est de savoir si un usage raisonné de la peur est encore possible aujourd'hui, qui engagerait des mesures rationnelles et pondérées. Peut-on éviter d'imposer seulement un moratoire à nos recherches et de provoquer un acte de contrition, afin de préserver les chances d'une vie tolérable pour les générations à venir ? Cette heuristique de la peur est résolument réfractaire à l'humanisme conquérant, cela ne

la qualifie guère pour entreprendre. Elle est même chez certains propice à l'obscurantisme ou, du moins, au retour de quelque métaphysique naturaliste. Elle avoue d'ailleurs se situer dans un contexte intellectuel critique à l'égard des philosophies de type cartésien qui ont accompagné le prométhéisme des modernes. A tort ou à raison, le livre de Hans Jonas, *Le Principe responsabilité*, est devenu le manifeste des adversaires du progrès technique, alors même qu'il aurait aussi bien pu servir à une prise de conscience de la nécessité dans laquelle nous sommes de maîtriser, grâce à la technique elle-même, les effets nocifs engendrés par l'extension de notre volonté de maîtrise. Mais l'inconvénient d'en appeler à la peur, c'est qu'on se trouve engagé dans une logique du tout ou rien : le naturalisme ou bien la technique, la transcendence (celle d'un dieu comme celle constituée par l'espèce humaine qui dépasse l'individu) ou bien l'humanisme (celui de l'homme sans dieu comme celui du " libertin ").

Mais les choses peuvent avoir leur revers : si la peur prise en elle-même n'est pas bonne conseillère pour l'homme qui entend demeurer homme, sa méconnaissance totale ne l'est pas davantage. Saint Thomas le disait déjà : l'absence de peur est quelquefois un vice, si elle traduit une absence totale d'amour de la vie. Soyons juste et reconnaissons que l'" heuristique de la peur " de Hans Jonas a le mérite de braver le nihilisme des nantis, de ceux pour qui la jouissance des profits est un dû, de ceux qui s'enivrent de suffisance et vont répétant que les désastres créés par la technique trouveront toujours leurs remèdes avec davantage de technique. Il n'y aurait donc que les sots pour avoir peur. Le sage mâtiné de cynisme, lui, l'ignorerait. Il est, dit-on, " sans idée " – c'est-à-dire sans appréhension. C'est ainsi que l'on voit parfois

l'arrogance de la modernité faire cause commune avec les versets d'une sagesse néo-bouddhiste ou, en tout cas, avec un quiétisme esthétisant. Je rappelle en commençant nos vieilles convictions occidentales : l'humanité a triomphé de ses craintes ancestrales (le ciel ne saurait plus nous tomber sur la tête) ; elle dissipe ce qui lui est étranger grâce à son intelligence (la raison intègre l'autre et supprime son caractère menaçant) ; elle s'accomplit avec le développement d'institutions émancipatrices et la conviction de la liberté (la dialectique décrite par Hegel s'achève avec le savoir absolu) ; à son terme, elle autorise la sagesse du citoyen universel qui ne demande plus qu'à jouir, qui n'a plus d'adversaire et, du coup, n'a plus même à penser pour être celui qu'il est. L'absence d'idée (le " non-savoir absolu ") devient le régime d'une humanité qui a touché son terme. Tout est bien ; " la mort n'est plus ", comme le dit Ivan Illitch, le mourant réconcilié avec le monde décrit par Tolstoï. Cette idéalisation du sage achevant la modernité culmine donc bien avec la suppression de la peur. Mais c'est justement contre ce quiétisme du " dernier homme " qu'Hans Jonas est fondé à s'opposer. L'heuristique de la peur est l'électrochoc dont nous aurions besoin, nous que la peur tétanise ou bien abrutit dans l'imaginaire d'une fin de l'histoire.

C'est à présent que les questions posées par cette journée prennent pour moi tout leur relief.

## Quelle confiance accorder à la peur ?

Est-il efficace de recourir à la peur dans les campagnes de prévention (contre le tabagisme, pour la sécurité routière...) ? A quelles conditions " faire peur " permettra-t-il de " faire face " ? Réponses possibles : dans

la mesure où l'on échappera à la fascination qu'exerce sur nous l'objet menaçant, dans la mesure où l'amour de la vie en nous sera entier, dans la mesure où la spectacularisation du message pourra susciter l'empathie et non pas la neutralisation des affects si souvent constatée par les psychologues des médias... Il faudrait que Jonas ait raison et que la peur instruisse. Il faudrait que Descartes ait tort et qu'elle ne conduise pas à s'aveugler et à fuir.

L'expérience pourra peut-être seule dire les ressources de la peur : tel témoignage de fumeur invétéré, condamné à mort par cancer, est-il porteur de leçons ou de pitié ? Invite-t-il à se tourner vers soi-même ou à se projeter sur l'autre que soi ? Appelle-t-il la compréhension et l'auto-réflexion ou le tremblement et la diversion ? Quand tel spectacle de carcasses de voitures enchevêtrées cesse-t-il d'être abstrait au regard des enfants qui rêvent de " Formule 1 " ? Par quel mécanisme imagineront-ils l'extraction des cadavres de leurs père et mère de cet amas de tôles ?

Ce sont là des questions que l'on ne cesse de se poser, au vu des insuffisances en résultats tangibles des campagnes de prévention. Et si les spots publicitaires avaient une vertu paradoxale et presque perverse, celle de cristalliser une angoisse structurelle chez les hommes ? Et s'ils étaient l'occasion pour nous de fixer cette angoisse en " peur de quelque chose " ? Et si, ce faisant, ils satisfaisaient un besoin d'être soulagés de l'indicible ? C'est pour le coup qu'ils seraient contre-productifs. La peur est structurante, je l'ai rappelé. Elle est un salutaire mécanisme de défense – un mécanisme qui ne s'embarrasse pas trop de la différence entre l'imaginaire et le réel. C'est bien par là que les psychanalystes expliquent le goût pour les films d'horreur et pour les spectacles violents.

Appliqué aux démarches des messages de prévention, le constat des psychanalystes pose évidemment un grave problème. Si l'on soulage de l'angoisse du rien en suscitant la peur du quelque chose, comment faire pour enseigner à refuser le danger ?

Autre terrain d'expérimentation : celui ouvert par les politiques dites sécuritaires et qui devraient recourir à la répression (au " faire peur ") pour assurer la quiétude des citoyens. S'il est incontestable qu'on obtient des résultats électoraux avec l'argument de la sécurité, les citoyens en sortent-ils grandis et instruits ? Certainement pas. L'amour de la tranquillité, comme disait Tocqueville, rend lâche et appelle le despotisme d'un Etat tutélaire, puis de plus en plus tentaculaire et finalement tout-puissant. La peur est à l'origine de l'asservissement et non pas de l'émancipation.

Dernier terrain d'expérimentation : celui de l'information et des médias : c'est celui qui m'a le plus retenu, ces derniers temps. Parce qu'on y laisse dire qu'Internet nous ouvre à tous les délices, qu'il entretient la proximité et abolit l'étrangeté d'où surgissaient jusqu'à présent tous les dangers. Internet : le mythe d'une planète pacifiée et peuplée de neurones (entendre : d'internautes) interconnectés dans le cyberspace. Je me suis aventuré à dire que le risque le plus grave est d'entretenir ici les sentiments lénifiants, en l'occurrence la disparition de l'altérité, la fusion des identités et l'abolition des frontières. Sur ce terrain, la peur me semble requise, pour ne pas

céder à l'irrationnel et à la déréalisation du réel – autre expression pour désigner l'aliénation. Il y a des peurs qui sont salutaires, parce qu'elles alertent et ramènent à soi celui qui s'abandonnait aux vertiges de l'insignifiant. Je ne sais pas si elles peuvent toujours faire l'objet de stratégies pédagogiques, si elles peuvent s'enseigner. Au moins doivent-elles inciter à braver les discours euphoriques, du type de ceux que tiennent bruyamment les " prophètes de l'Internet ".

Y a-t-il donc, en définitive, un bon usage de la peur ? Au final, je ne le crois pas. En revanche, il y a toujours lieu d'être courageux. Et le courage, sur le terrain de la pédagogie, est souvent l'expression d'une certaine intempestivité. C'est là une condition nécessaire et peut-être pas suffisante à la transformation des comportements. L'intempestivité n'est jamais démagogique (ce qui lui évite de conforter les attentes de ceux auxquels elle se destine) et elle est souvent instructive (dans la mesure où elle oblige à mettre en perspective ce qu'elle dénonce, à décaler le regard, à disqualifier le pathos). Je ne sais si c'est elle qui doit inspirer une pédagogie du risque, mais je crois que le décentrement auquel elle oblige est sans doute à la clé de la juste évaluation des dangers contre lesquels on doit vouloir se prémunir.

*Jean-Michel Besnier  
est philosophe et professeur  
à l'Université de Paris-Sorbonne*

# Peur, culture et prévention

Alain Cherbonnier

Au départ, cette question apparemment simple : pourquoi " peur et prévention " ? Pourquoi ces deux concepts sont-ils si fréquemment – mais non si aisément – associés ? Une association qui semble presque inévitable (c'est au moins une tentation permanente), et en même temps extrêmement ambivalente : on est tenté, mais on hésite. D'où la question subsidiaire : pourquoi sommes-nous tentés de *faire peur* ?... La réponse est peut-être dans les ambiguïtés du lien entre peur et prévention.

D'abord, comme dans une bonne dissertation, définissons les concepts. De quoi parlons-nous ? " Peur " peut être assez aisément défini, ne serait-ce que par comparaison avec " anxiété " ou " angoisse ", concepts plus médico-psychologiques, sentiments dont l'objet est souvent moins précis (voire totalement imprécis : l'angoisse sans objet, l'angoisse d'être). Tandis que l'on a toujours " peur de " quelque chose ou quelqu'un. La peur est l'un des ressorts humains fondamentaux, avec la colère, la tristesse, la joie. Dès lors, faire peur volontairement apparaît comme une des manipulations fondamentales, de même que provoquer délibérément la colère ou la tristesse. C'est ainsi que les enfants " jouent à se faire peur ". Le jeu de la disparition/réapparition (l'adulte se cache puis se dévoile) qu'adorent les tout petits est sans aucun doute un moyen d'appivoiser la peur ; la réapparition de l'adulte déclenche *le rire*, marque de soulagement et de maîtrise de la peur. Chez les plus grands, le jeu avec la peur (regarder des films de ter-

reur, par exemple) peut également être vu comme un apprentissage, et le rire comme un antidote. Dans les campagnes de prévention anglo-saxonnes, le recours à la peur (beaucoup plus fréquent que chez nous) se double presque toujours d'humour noir. Le clin d'œil de l'humour désamorce ce que la peur pourrait avoir de paralysant ; il dit implicitement : " tu peux maîtriser cela ".

Pour définir la prévention, on peut bien sûr évoquer la triade désormais familière : prévention primaire, secondaire et tertiaire. Mais cette définition est culturellement et historiquement datée : la prévention n'est pas une spécificité occidentale ni une invention des Temps modernes. De ce point de vue, le modèle inventé en Occident au XIXe siècle apparaît comme l'avatar médico-scientifique (Jenner et Pasteur sont passés par là) de pratiques qui existent et ont existé dans toutes les sociétés et toutes les cultures. Sous des formes certes différentes, puisque ce sont la tradition, la religion, les normes sociales qui font alors référence. Ce sont elles qui imposent et organisent les rites à observer, les démarches à entreprendre : " *Dans de nombreuses sociétés africaines, on peut ainsi entendre par comportement de prévention toute volonté d'agir conformément à la Loi sociale, dans la mesure où la maladie peut être conçue comme une sanction infligée par une puissance surnaturelle, la résultante d'un manquement à ses devoirs ou d'une transgression d'interdit (accomplie par le sujet malade ou par un individu socialement responsable de lui).*

*Recourir à l'institution divinatoire pour savoir si "tout va bien" chez soi et si la maladie ne risque pas de "venir dans la famille", c'est adopter un comportement de prévention. (...) la volonté de se prémunir (ou de prémunir un proche) contre la maladie conduit à l'adoption de comportements sociaux spécifiques contribuant au respect des normes sociales. (...) A cet égard, l'anthropologue ne peut lire qu'avec une grande stupéfaction sous la plume de certains médecins que la prévention est une chose que les Tsiganes ignorent et notamment que la prévention de la maladie n'entre pas dans le cadre de leurs préoccupations, parce qu'ils sont insouciants de l'avenir et habitués à vivre au jour le jour. Si la prévention est une attitude prospective par quoi les individus cherchent à se prémunir contre la maladie, on doit bien admettre que certaines conduites, non recensées comme des pratiques de type médical par la bio-médecine mais néanmoins attestées par l'observation ethnographique, puissent être considérées par les intéressés comme relevant d'une logique de prévention ".<sup>1</sup>*

On pourra objecter que ces pratiques sont inefficaces. Mais, globalement parlant, " notre " prévention démontre-t-elle toujours une si grande efficacité ?... En outre, à côté d'une majorité de rites et de pratiques magiques, on trouve des prescrits sociaux et des " remèdes de bonne femme " non dépourvus d'efficacité. Si l'on prend le cas de la contraception, une pratique comme la séparation prolongée des conjoints après un accouchement doit être comprise comme un moyen d'espacer les naissances – même si

ce n'en est peut-être pas la raison explicitement alléguée (cette pratique est toujours connue aujourd'hui en Afrique centrale). Dans l'Antiquité, des méthodes de contraception vaginale relativement efficaces étaient parfois connues des sages-femmes et se transmettaient de bouche-à-oreille<sup>2</sup>. Il reste, bien entendu, qu'avant le XVIIIe siècle et les progrès de la biologie et de la médecine, l'homme, face à la maladie, aux accidents et à la mort, s'en remet finalement au destin ou à Dieu. Ce qui naît il y a trois siècles en Occident est un projet de maîtrise de la santé et de la maladie.

Néanmoins, la définition de la prévention donnée ci-dessus par Sylvie Fainzang – " une attitude prospective par quoi les individus cherchent à se prémunir contre la maladie " – nous invite à relire le concept sous un angle moins médical et plus culturel. On peut associer étroitement culture (le " vivre ensemble " propre aux humains) et prévention. Ainsi Jean-Pierre Dozon<sup>3</sup> : " on peut effectivement dire que toute société ne s'est construite culturellement qu'en mettant tout particulièrement en forme des procédures de prévention ". Car, si l'homme se donne des valeurs et des règles de vie communes, c'est pour mieux survivre en tant que collectivité : " puisque les cultures ont toutes au moins ce dénominateur commun de façonner à l'usage individuel et collectif des modalités intellectuelles et pratiques d'anticipation du malheur, lier, comme on le fait si souvent aujourd'hui, culture et prévention n'est finalement qu'une façon, sans doute involontaire, de redécouvrir tout ce qui, depuis toujours, les a intimement associées ". Dozon distingue quatre modèles de pré-

1 Sylvie FAINZANG, Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention, in P. AÍACH, N. BON, J.-P. DESCHAMPS (dir.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses Universitaires de Nancy, 1992, pp. 18-27.

2 Norman E. HIMES, *Medical History of Contraception*, New York, Gamut Press, 1963. Une pièce de collection !

3 Quatre modèles de prévention, in J.-P. DOZON, D. FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp. 23-46.

vention qui, loin de s'exclure les uns les autres, ont coexisté et coexistent aujourd'hui encore.

1) **Le modèle magico-religieux**, *“ le modèle de référence qui met d'emblée en scène le tout de l'esprit humain, quelles qu'en soient les réalisations concrètes, dans son aptitude à anticiper l'avenir ”*. A noter que *“ les sociétés traditionnelles, contrairement à un stéréotype courant, ne baignent pas dans le magico-religieux ou le sacré comme si tout en elles, y compris les actes et les événements les plus quotidiens, basculait constamment du côté des ancêtres ou des dieux. Des conceptions plus profanes ou plus prosaïques y sont tout aussi bien à l'œuvre, notamment sur le terrain du malheur et de sa prévention ”*.<sup>4</sup>

2) **Le modèle de la contrainte profane**, qui s'est *“ davantage déployé à l'intérieur de sociétés structurées autour d'un principe de souveraineté ou d'un dispositif étatique. (...) il se développa à la mesure du souci et des possibilités qu'avaient les gouvernants de lutter contre tout ce qui menaçait leur territoire et leurs populations, et particulièrement contre les épidémies ”* (ségrégation des lépreux, des pestiférés).

3) **Le modèle pastorien**, *“ étroitement lié à la constitution de nouvelles disciplines scientifiques et aux performances inédites, tant théoriques que pratiques, de celles-ci ”*.

4) **Le modèle contractuel**, qui *“ fonctionne idéale-*

*ment sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé ”*. On voit sans peine le paradoxe que recouvre ce *“ devoir de santé ”*<sup>5</sup>.

Ceci étant précisé, revenons à la question de départ : pourquoi *“ peur et prévention ”* ? La première réponse qui vient à l'esprit, c'est que nous cherchons à nous prémunir seulement de ce qui nous fait peur. Le débat pourrait s'arrêter là si l'on ne rappelait qu'il s'agit ici, non de se demander pourquoi on *a peur*, mais pourquoi on *veut faire peur*. Tant le modèle magico-religieux que celui de la contrainte profane cherchent à éloigner ou conjurer la peur, certes pas à la provoquer. Ainsi, par exemple, dans le Maghreb, l'accouchement traditionnel combine divers rituels : on brûle de l'encens pour faire fuir les *djnoun*s (mauvais génies) de la pièce où se déroule l'accouchement ; la parturiente est soutenue par les femmes de la famille et du voisinage (qui, à cette occasion, se pardonnent mutuellement leurs fautes) ; des rites prophylactiques sont exécutés par la matrone ; etc. *“ L'ensemble de ces représentations symboliques, de ces pratiques et de ces rites ont pour but de conjurer le malheur, la maladie et l'angoisse. Sans pour autant les nier, ils permettent aux femmes d'exprimer et d'extérioriser en commun leur anxiété. ”*<sup>6</sup>

4 Pour se déprendre de ce stéréotype, on peut lire Michael SINGLETON (p. ex. *“ De l'Ethnopsychiatrie à des «ethnopsychiatries» en passant par la Psychiatrie tout court*», intervention lors du 40e anniversaire de la Fondation Julie Renson en 1997) ou, sur un mode plus littéraire, Nigel BARLEY, *Un anthropologue en déroute*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2001.

5 L'expression est de Dozon, qui relève *«d'un côté, un droit à la santé dont seraient garants les pouvoirs publics et la recherche scientifique, de l'autre, un devoir de santé auquel seraient tenus l'ensemble des citoyens»*.

6 Anne JOTTERAND, *Esquisses d'une psychosociologie de la puerpéralité chez les femmes maghrébines*, Bruxelles, UCL, Psychologie médicale, 1991.

Dans le modèle pastorien, au contraire, la peur apparaît non seulement comme une cause mais comme un *moyen* de la prévention. En d'autres termes, il y a ceux qui savent où est le danger, et ceux qui courent des risques mais ignorent ou négligent ceux-ci : il s'agit donc pour les premiers (médecins, scientifiques, moralistes) d'alerter les seconds (masses populaires pauvres et ignorantes), de les *prévenir*, y compris, si nécessaire, en leur faisant peur. Mais on a vu<sup>7</sup> que l'hygiénisme est tant social que médical, que l'ordre public compte autant sinon plus que la santé dans les préoccupations des politiques, des philanthropes et autres réformateurs du XIXe siècle.

Aujourd'hui, le lien entre peur et prévention a peut-être encore évolué. Les " négligents du risque " sont moins vus comme des ignorants (comment pourrait-on ignorer les dangers dans une société qui a fait de l'information une valeur, et de la communication, une obligation ?) que comme des irresponsables, uniquement préoccupés de jouir – en fumant, en mangeant gras, en buvant de l'alcool, en baisant sans préservatif. Il faudrait *leur faire* peur puisqu'ils *n'ont plus* peur ! Leur faire peur pour qu'ils " se rendent compte ". Cela paraîtrait légitime si l'individualisme ne fondait aujourd'hui la mesure de toute chose : ainsi tout choix est admissible, tous les comportements se valent *a priori* (à la seule exception de ceux que sanctionne le droit pénal). Deux valeurs phares sont donc en

conflit : la santé et la liberté individuelle. On hésite à manipuler par la peur.<sup>8</sup>

Par ailleurs, la confusion entre prévention sanitaire et prévention des troubles sociaux tend peu à peu – non sans conflits ni incertitudes – à s'atténuer. On tend à médicaliser les problèmes de santé. Même la prévention du sida est parvenue à échapper au moralisme et à la stigmatisation sociale qui se sont manifestés au début de l'épidémie. Exception de taille : la prévention de l'usage de drogues fait toujours l'objet de cette confusion, et d'autant plus nettement que la consommation est pénalisée. Le concept de prévention lui-même est, dans ce domaine, tellement proche du sécuritaire que l'on a pu parler du " couple infernal prévention-répression "<sup>9</sup>. Mais le modèle de la réduction – ou gestion – des risques liés à l'usage de drogues tente de s'imposer, l'enjeu étant clairement la dé-moralisation du problème, la dé-stigmatisation des usagers.

Il n'est pas indifférent de rappeler que l'usage de drogues (illicites) est justement l'un des problèmes socio-sanitaires pour la prévention desquels on a le plus recouru aux émotions " négatives " : peur – voire angoisse<sup>10</sup> – mais aussi dégoût, rejet, répulsion. La consommation de drogues a maintes fois été décrite (comme jadis la syphilis ou l'alcoolisme) en termes de " fléau social ". La figure du toxicomane peut être considérée comme l'équivalent contemporain de

7 Cf. par ailleurs l'article de Marie-Sylvie DUPONT-BOUCHAT.

8 Mais on n'hésite pas à le faire par la séduction (cf. la publicité en général) ou par la provocation (cf. Benetton en particulier). Peut-être tout simplement parce que ce sont des stratégies « vendeuses » et en phase avec les valeurs du temps – érotisme, « impertinence » – tandis que la peur est une stratégie « dissuasive » et qui menace nos valeurs de confort et de sécurité. Et de consommation.

9 Bernard DE VOS, interviewé dans *Bruxelles Santé*, numéro spécial 2002, p. 76, employait cette expression de façon plus générale.

10 Voir l'affiche sur l'ecstasy reproduite par ailleurs à la page suivante.



© CCAD - 1994/Collection Question Santé

celles du syphilitique et de l'alcoolique dans les premières décennies du XXe siècle : l'image de la déchéance. Aujourd'hui, avec le caractère très polémique du dossier tabac, le recours à la peur pour lutter contre le tabagisme semble pertinent et légitime à certains. Car on n'utilise pas la peur pour promouvoir une alimentation saine ou un bon sommeil ! On l'utilise quand il s'agit d'une " cause ", quand le problème est jugé grave à l'échelle de la population (drogues, accidents de la route<sup>11</sup>). Faut-il dire : quand on se sent angoissé, dépassé, voire impuissant ? Est-ce l'angoisse qui suscite le désir de faire peur, autrement dit de " contaminer " les autres ?... N'étant ni psychologue clinicien ni psychanalyste, je n'irai pas plus loin, mais la question mérite d'être retenue.

Pour terminer, j'aimerais prendre du champ par rapport à la notion de prévention. La santé est certes devenue une valeur en soi, ce dont la notion de " capital santé " rend compte de manière à la fois naïve et inquiétante – toute valeur, aujourd'hui, semblant devoir être capitalisée<sup>12</sup>. A quand réduite à une marchandise<sup>13</sup> ? La perspective de vivre de plus en plus vieux et de survivre longtemps aux maladies semble confondre " santé " et " vie " (ce dont témoigne peut-être le succès grandissant du terme " bien-être ") et faire de la santé une valeur non plus instrumentale – un moyen de vivre bien – mais finale. Et justifier par là toutes les manipulations.

La prévention, au sens moderne du terme (depuis Pasteur), s'inscrit dans la santé publique et s'intéresse

aux grands nombres, aux populations, aux statistiques épidémiologiques. Sa finalité est l'éradication des maladies. L'éradication de la variole en est le paradigme. De ce point de vue, l'éducation pour la santé constitue un moyen, une stratégie parmi d'autres : hygiène publique, mesures réglementaires, communication médiatique, recherche, etc. Du point de vue éducatif, cependant, on peut soutenir que l'éducation pour la santé a aussi, comme l'éducation familiale, l'éducation scolaire, l'éducation permanente, une finalité d'autonomisation des individus et des collectivités.

L'éducation pour la santé peut se limiter à informer sur les maladies, les soins, les services, etc. – appelons cela " vulgarisation médicale ". Ce qui n'a rien de péjoratif et marque au contraire le souci très honorable de rendre accessibles au profane des savoirs de plus en plus complexes et spécialisés, des ressources dont l'accès – économique mais aussi culturel – est de plus en plus difficile à un nombre croissant d'individus, voire de groupes sociaux. Et informer la population, par exemple, des stratégies " addictives " de l'industrie du tabac n'est certes pas négligeable.

L'éducation pour la santé, non en tant que pur et simple moyen de prévention mais en optant résolument pour une visée d'autonomie, doit-elle ou peut-elle recourir à la peur ? On est tenté de répondre non, tant ces deux notions paraissent de prime abord antithétiques. Pourtant, la réponse n'est pas si simple. En tant que parent, on n'hésite pas, pour éduquer son

11 La sécurité routière a été désignée par Jacques Chirac comme une priorité de son second mandat présidentiel.

12 Voir l'affiche page 48.

13 «*Il est probable que, d'ici moins de dix ans, chacun des cent mille gènes qui constituent le patrimoine génétique de notre espèce sera breveté et réduit au statut de propriété industrielle*» (Jeremy RIFKIN, 1998, cité par J.-C. GUILLEBAUD, *La Refondation du monde*, Paris, Le Seuil, 1999).



© Communauté française - 1994/Collection Question Santé

enfant, à utiliser la peur face à un danger patent (“ ne traverse pas la rue sans regarder... n’accepte pas un cadeau d’un inconnu... ne monte pas sur le toit — *sinon...* ”). A bon droit : l’importance du danger justifie d’agiter la menace. De même que la position d’adulte justifie de *s’autoriser* à le faire. Et même d’empêcher physiquement un enfant de courir un danger grave.

Mais sommes-nous ici dans le même cas de figure ? Il s’agit moins de danger que de *risque*, notion relative issue de la statistique. En outre, l’éducateur se positionne-t-il ici comme l’adulte face à l’enfant, le savant face au profane, le sage face à l’ignorant ? L’éducation pour la santé consiste-t-elle à décider à la place des autres ce qui est bon pour eux ? A les inciter, de toutes les façons efficaces, à se conformer à cette décision ? A stigmatiser et condamner ceux d’entre eux qui ne s’y conforment pas ?

Ce qui précède peut paraître réducteur voire simpliste. C’est pourtant ce qui se passe déjà aux Etats-Unis avec la consommation de tabac : les attaques légitimes contre l’industrie (dans les médias mais aussi devant les tribunaux, avec de gros dommages et intérêts à la clé) se doublent de la stigmatisation des consommateurs. C’est l’une des dérives les plus anciennement identifiées de l’éducation pour la santé : le *victim blaming* (reprocher à la personne malade d’avoir, en quelque sorte, “ collaboré ” avec la maladie, d’en être non seulement responsable – ce qui peut se soutenir – mais coupable). Le jour où l’on se rendra compte que l’obésité est un problème de santé publique monnayable en justice et que l’industrie alimentaire aura des comptes à rendre, MacDonald pourra trembler autant que Philip Morris ! Et “ les ronds, les joufflus, les obèses ” chers à Brassens<sup>13</sup> verront peut-être l’opprobre... grossir encore à leur endroit.

*Alain Cherbonnier*

13 «Le Bulletin de santé», chanson publiée en 1966 sur le 33t *Supplique pour être enterré sur la plage de Sète*.

Une réalisation de l'asbl Question Santé  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02 512 41 74 - Fax : 02 512 54 36  
E-mail : [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be)  
<http://www.questionsante.org>



Avec le soutien de la  
Commission Communautaire Française  
de la Région de Bruxelles-Capitale



Supplément à Bruxelles Santé N° 31  
Septembre 2003

Editeur responsable : Dr. P. Trefois  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles  
D/2003/3543/15