



L'utilité sociale de l'éducation à la santé est source de bien des interrogations dans notre pays. Il est de bon ton de déclarer que les messages n'atteignent pas les populations les plus concernées. L'évaluation des effets d'une campagne d'éducation sanitaire est difficile, ses résultats ne peuvent en effet s'observer qu'à terme, et il est impossible de dissocier l'action de la communication spécifique de celle des autres mesures sanitaires mises en jeu. La dispersion des instances responsables de l'éducation à la santé (ministère de la Santé, ministère de l'Éducation nationale, autres départements ministériels comme le travail, le transport ou l'environnement, organismes de protection sociale) ne joue pas en faveur de sa cohérence. Enfin et surtout, l'absence d'une reconnaissance universitaire de la discipline et l'indigence des moyens de recherche consacrés à ce thème laissent libre le terrain pour les appétits des acteurs de la communication publicitaire. La santé est ainsi assimilée à un bien ordinaire de consommation. Dans ces conditions, il n'est guère étonnant que la communauté scientifique émette des doutes et des critiques, ils ne sont pas toujours dénués d'arrière pensées. Il est légitime de poser la question des fondements scientifiques de l'éducation à la santé et d'aller au-delà du concept vague des sciences de la communication. Certes, tout peut se réduire à un émetteur, un récepteur et un message. Remarquons que la crédibilité de l'émetteur accroît la force de persuasion du message, que le contenu du message et son accord avec les attitudes et les croyances du concepteur ne sont pas sans influence sur les modifications éventuelles de comportement. Enfin l'approche individualiste de la communication du message, en méconnaissant la dimension sociale, apparaît singulièrement réductrice. L'analyse sémiologique des messages

(R. Barthes, 1985) distingue les messages verbaux et non verbaux, définit leur code de construction et d'organisation, tient compte de ce qui est dit (la dénotation) et de ce qui est raconté simultanément (la connotation). Le tri des informations selon les attitudes et les conduites préexistantes s'appuie sur la théorie de la dissonance cognitive (L. Festinger, 1957) : si les conduites ne sont pas en harmonie avec les cognitions, une réduction de la dissonance est susceptible de créer une dynamique qui peut induire le changement. Les approches individualistes de gestion de la santé font appel à différents modèles. Celui de la croyance à la santé (I. M. Rosenstock, 1974) admet que l'adoption d'un comportement particulier permet de réduire la menace sur la santé d'une personne. La théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) combine les composantes cognitives, les données d'attitude et de comportement et intègre les effets de l'environnement. La notion de locus de contrôle (J.-B. Rotter, 1966) permet de distinguer les individus à locus de contrôle externe ou interne, selon qu'ils pensent que les renforcements concernant leurs comportements sont induits par des facteurs externes ou sont sous leur propre contrôle. Enfin, la théorie de l'efficacité personnelle et comportementale (A. B. Bandura, 1977) combine la croyance en l'efficacité d'un comportement et la possibilité propre de résoudre un problème. Ce rappel de quelques-uns des fondements des sciences de l'éducation à la santé milite fortement en faveur d'une discipline à intégrer aux différents niveaux de la société. L'éducation à la santé doit être enseignée à l'école, elle doit acquérir une dimension universitaire permettant la progression de la connaissance, enfin elle doit être relayée par tous les acteurs intervenant dans le champ de la santé. Un courant se des-

sine pour que l'éducation à la santé soit inscrite dans les programmes scolaires. Il s'agit, plutôt que d'individualiser une matière spécifique, d'intégrer son champ aux programmes en place. Pour cela, les maîtres doivent être formés dans le cadre des Instituts universitaires de formation des maîtres. Le ministère chargé de la Santé et des Affaires sociales doit avoir l'initiative sur les actions d'éducation à la santé en milieu professionnel et à l'âge adulte. Plus qu'une augmentation des moyens, il faut reconsidérer l'affectation de ceux-ci aux différents thèmes selon leur importance sociale, les populations concernées et l'évaluation des résultats des actions d'éducation à la santé. Il ne faut pas enfin négliger l'apport des très nombreuses associations, dont certaines ont démontré, ces dernières années, sur certains thèmes particuliers (sida, diabète) leur efficacité. À l'heure de la transition épidémiologique, qui porte les maladies chroniques et dégénératives au premier rang des préoccupations sanitaires et sociales, et qui démontre l'importance insoupçonnée des comportements et des conditions de vie, alors que la gestion des risques apparaît de plus en plus inégalitaire, nous plaidons fortement pour fonder les bases d'une éducation à la santé. Il n'est plus possible d'émettre des doutes sur ses possibilités : l'utilisation des données recueillies dans les nombreuses enquêtes effectuées dans notre pays sur les comportements sexuels, a permis d'observer indiscutablement une progression de l'utilisation du préservatif. Loin de se contenter de ce résultat, il faut pour les maladies sexuellement transmissibles diversifier les thèmes éducatifs de prévention primaire, et étendre cet effort aux grands facteurs de risques et d'inégalités sociales de notre époque.

**Pr Albert Hirsch**

Membre du Haut Comité de la santé publique