

Article original

"Un risque, ça va ! Trois risques, bonjour les dégâts?" Les difficultés de l'éducation pour la santé à prévenir des risques comportementaux multiples

Patrick Peretti-Watel^{1,2}, Yolande Obadia^{2,1}, Pierre Arwidson³ et Jean-Paul Moatti^{1,4}

Résumé: L'éducation pour la santé peut avoir des effets inattendus, voire des effets pervers, notamment lorsqu'elle s'attaque d'une part à des risques de pathologies multiples et d'autre part à un même facteur de risque qui peut être relié à plusieurs pathologies différentes. Certains effets inattendus peuvent être consécutifs à une information préventive trop abondante, ou trop ciblée. Dans le premier cas, l'information peut susciter un relativisme face à tel ou tel risque sanitaire, ou être utilisée par certains intérêts pour s'opposer à des objectifs de santé publique. Lorsque l'information est trop ciblée, elle peut alimenter des réactions discriminatoires à l'égard de groupes à risque, ce qui peut se traduire par un déni du risque chez ceux qui ne se considèrent pas concernés par cet étiquetage. Ensuite, des actions préventives ont parfois un effet inattendu, ou pas d'effet du tout, parce que la conduite visée est fonctionnelle pour l'individu. Lorsqu'on veut prévenir une conduite à risque, il faut donc prendre en compte les menaces qu'elle sert à éviter (les risques concurrents), ainsi que les autres conduites risquées qui permettent d'atteindre les mêmes objectifs (les risques substituables). Pour comprendre et éviter ces divers écueils, il faut admettre que le public a des connaissances et des croyances, souvent enracinées dans l'expérience quotidienne et donc difficiles à remettre en cause. Il faut aussi replacer la conduite à risque visée dans son contexte, en identifiant sa fonction, les risques concurrents et les risques substituables, ce qui requiert d'approfondir le dialogue avec les sciences sociales. A l'avenir, la nécessité d'une approche globale des problèmes de santé se fera de plus en plus sentir, puisque la prévention des risques comportementaux porte de plus en plus sur des facteurs de risque multiples d'une même pathologie ainsi que sur la prévention concomitante de pathologies multiples. (Promot Educ 2008;15(1): 40-45).

Mots clés: prévention, risques multiples, effets pervers, déni du risque.

Mots Résumés

- L'éducation pour la santé peut parfois avoir des effets pervers, notamment lorsqu'elle porte sur des risques multiples.
- Certains de ces effets peuvent être consécutifs à une information préventive trop abondante, ou trop ciblée, ou encore à l'existence de risques concurrents ou de risques substituables.
- Comprendre et éviter ces divers écueils requiert un dialogue approfondi avec les sciences sociales.

Introduction

Les manuels d'épidémiologie nous enseignent qu'en 1747 James Lind a pu éradiquer le scorbut de la *Royal Navy* sans connaître sa cause, en remarquant les effets bénéfiques des agrumes sur les marins scorbutiques, tandis qu'en 1854 John Snow stoppait l'épidémie de choléra à Londres en repérant la pompe responsable, trente ans avant l'identification du bacille responsable. Toutefois, cette démarche préventive appuyée sur l'épidémiologie, qui fait l'économie de la compréhension causale des phénomènes étudiés, se heurte à des difficultés redoutables lorsqu'elle aborde des risques pour la santé

induits au moins partiellement par des conduites individuelles: tabagisme, abus d'alcool, ou rapports sexuels non protégés avec des partenaires de statut sérologique inconnu. Manifestement, il est plus facile de fermer une pompe ou de donner des oranges aux militaires que de convaincre les fumeurs, les buveurs, ou les personnes hostiles au préservatif de changer leurs habitudes.

Si certains décideurs politiques, voire une partie des spécialistes de santé publique, partagent encore le paradigme naïf qu'une « bonne » communication sur les risques suffit à modifier les attitudes et comportements du public (1), il y a longtemps que les

1. INSERM UMR379, Marseille, France. Correspondance à Patrick Peretti-Watel: INSERM UMR 379 / ORS Paca 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille, France. (peretti@marseille.inserm.fr)

2. ORS Paca, Marseille, France.

3. INPES, Paris, France.

4. Université de Provence, Marseille, France.

(Ce manuscrit a été soumis le 27 janvier, 2006. Après évaluation par les pairs, il a été accepté pour publication le 7 novembre, 2007.)

experts et les praticiens en éducation pour la santé ont pris conscience des limites de cette approche. Cette prise de conscience s'appuie sur de multiples travaux en sciences sociales qui montrent comment des comportements à risque peuvent s'avérer parfaitement rationnels pour les individus et profondément enracinés dans leur environnement social et culturel (2). Sans forcément prétendre que l'éducation pour la santé, à travers la multiplication de grandes campagnes médiatiques, participe de l'émergence d'une « civilisation hypocondriaque » (3), ces travaux attirent l'attention sur certaines difficultés auxquelles elle peut se heurter, notamment du fait des résistances et des réactions, tant cognitives que comportementales, qu'elle suscite chez les individus qu'elle prend pour cible. On sait par exemple que les actions de prévention qui visent la population dans son ensemble ont tendance à accroître les inégalités sociales de santé (4), ce qu'illustre ces dernières années le cas du tabagisme, qui recule beaucoup moins vite en milieu populaire que parmi les strates sociales les plus aisées et les plus éduquées (5). Plus spécifiquement, la littérature internationale commence aussi à s'interroger sur les effets inattendus de l'éducation pour la santé, voire ses effets pervers (au sens de conforter justement les comportements qu'elle cherche à modifier), dès lors qu'elle s'attaque successivement ou simultanément, d'une part à des risques de pathologies multiples et d'autre part à un même facteur de risque qui peut être relié à plusieurs pathologies différentes (6-7).

A partir de notre expérience d'enquêtes sociologiques et psychosociologiques portant sur différents comportements à risque pour la santé, nous présenterons d'abord des exemples d'effets inattendus consécutifs à une information préventive trop abondante, ou trop ciblée. Dans le premier cas, à force de noyer le public sous les risques, l'information pourrait susciter un fatalisme, un relativisme face aux risques sanitaires. Dans le second cas, l'information préventive pourrait alimenter des réactions discriminatoires à l'égard de groupes à risque, ce qui pose déjà un problème en soi, mais ce qui peut aussi se traduire par un déni du risque. Nous examinerons ensuite les effets pervers possibles, ou l'absence d'effets, de différentes actions préventives, sachant que dans chaque cas l'effet inattendu ou l'absence d'effets procède du fait que la conduite visée par l'action préventive est fonctionnelle pour l'individu, puisqu'elle

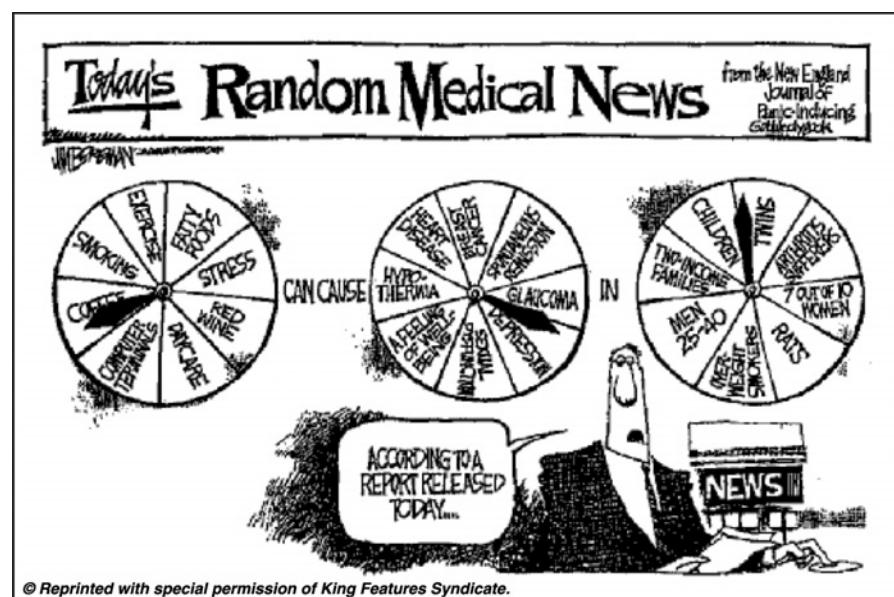


Figure 1. Un point de vue sur l'épidémiologie

permet d'atteindre des buts qu'il s'est fixés, ou de se soustraire à une menace qu'il craint. En conclusion, nous nous efforcerons d'en tirer quelques recommandations pour les acteurs en charge de l'information sanitaire à visée préventive, comme ceux que réunit l'UIPES (Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé).

Quelques effets pervers POTENTIELS de l'information préventive FACE A DES RISQUES MULTIPLES

Informer sur trop de risques peut nuire à la prévention

Dans les pays développés, nous vivons aujourd'hui dans un monde « objectivement » de moins en moins dangereux, mais paradoxalement ce monde est aussi de plus en plus risqué, au moins du point de vue subjectif. En effet, les progrès informatiques et les moyens investis dans le recueil et l'analyse de données statistiques ont contribué à une véritable explosion des facteurs de risque mis en évidence par l'épidémiologie: on compte plus de 300 facteurs pour les troubles cardiovasculaires (8), et les facteurs de risque pour le cancer deviennent si nombreux que certains auteurs prédisent le retour de l'ancienne théorie des miasmes (9).

Rappelons que les sciences sociales ont bien montré que ces risques qui prolifèrent sont socialement construits, qu'ils résultent d'une « mise en risque » du monde, du succès d'un mode de représentation des événements qui s'appuie à la fois sur les techniques actuarielles et sur une volonté de maîtriser l'avenir, sachant que ces risques acquièrent aussi une dimension culturelle et

morale, et peuvent devenir des leviers pour affirmer ou au contraire contester l'ordre social (10-14).

La prolifération des risques pose problème pour définir des priorités sanitaires, et peut aboutir à un arbitrage apparemment sous-optimal entre deux risques, à la fois aux niveaux individuel et collectif. Au niveau individuel, c'est le cas par exemple si des parents renoncent à faire vacciner leur enfant par crainte d'un effet secondaire pourtant très hypothétique, comme la sclérose en plaques pour le vaccin contre l'hépatite B en France, ou l'autisme pour le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole en Grande-Bretagne (15). Au niveau collectif, certains pays en développement ont par exemple renoncé à importer du lait, bon marché et riche en nutriments, à cause d'un lien statistique très controversé entre troubles cardiovaskulaires et consommation de lait (8).

Ne faut-il pas alors soigneusement sélectionner les conduites à risque sur lesquels communiquer, pour éviter de lasser, de saturer le public, et de nourrir involontairement une relativisation des risques? Le risque de lassitude et de scepticisme croissants du public à l'égard de résultats épidémiologiques qui se multiplient, et désignent comme dangereux pour la santé un nombre croissant d'aspects de nos existences quotidiennes jugés jusqu'ici anodins, est illustré par la Figure I, caricature parue dans la revue *International Journal of Epidemiology*.

La relativisation des risques induite par leur prolifération est aussi illustrée par la Figure II, qui reproduit une publicité que le cigarettier Philip Morris a fait paraître dans la presse au

LA FUMÉE DE TABAC DANS L'AIR AMBIANT EN PERSPECTIVE

La vie a toujours comporté certains risques. À vous de décider lesquels sont importants.

Presque tous les jours, nous avons le sentiment d'entendre parler d'une chose ou d'une autre dont on aurait découvert qu'elle pouvait représenter un risque pour la santé.

Ainsi, une étude scientifique a même été jusqu'à établir un lien entre la consommation du poivre et un risque pour la santé.

Mais comme le bon sens le suggère (et les scientifiques le confirment), tout ce qui est décrit comme étant statistiquement un risque ne représente pas pour autant un risque significatif pour la santé.

Par exemple, beaucoup de gens sont persuadés que le fait d'être soumis à la fumée de tabac présente dans l'air ambiant est nocif.

Cela vous étonne ?

Après tout, nous admettons que l'acte de fumer est un facteur de risque pour certaines maladies humaines et certaines personnes trouvent la présence de fumée de tabac dans l'air ambiant déplaisante et désagréable.

Mais qu'en est-il réellement de la fumée de tabac dans l'air ambiant ? Représente-t-elle un risque significatif pour la santé de ceux qui ont choisi de ne pas fumer ?

Si l'on considère l'ensemble des éléments, nous disons que non.

L'Environmental Protection Agency des États-Unis a récemment effectué une enquête à grande échelle sur les risques présentés par la présence de fumée de tabac dans l'air ambiant pour les non-fumeurs. Ces études portent typiquement sur des non-fumeurs vivant avec



des fumeurs durant une longue période, de l'ordre de 20 ans.

Le résultat ? Cette enquête place le risque de cancer du poumon lié à l'exposition à la fumée de tabac dans l'air ambiant bien en-dessous des risques liés à certains objets et activités ordinaires, mis en évidence par d'autres études.

Et inférieur, en fait, au risque pour la santé représenté par la consommation fréquente de poivre, dont une autre étude faisait état.

Comme le montre le tableau ci-dessous, nombre d'activités quotidiennes ont été un jour ou l'autre associées statistiquement à d'apparents risques pour la santé.

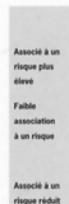
Mais d'après des scientifiques renommés, des associations faibles ne veulent pas nécessairement dire grand chose.

Il n'y a donc pas de grande campagne pour vous persuader d'arrêter de consommer du poivre.

Il n'existe pas davantage de justification raisonnable pour les campagnes contre la fumée de tabac présente dans l'air ambiant.

Si vous souhaitez vous faire une opinion par vous-même, contactez-nous en écrivant à : Philip Morris Europe S.A., c/o P.O. Box 107, 1000 AC Amsterdam, Pays-Bas, ou par fax au 19 31 20 671 98 89.

Nous vous enverrons des éléments concernant l'exposition à la fumée de tabac présente dans l'air ambiant. Nous sommes certains qu'ils vous convaincront qu'il y a là pour le moins matière à débat.



Activités Quotidiennes	Risque Relatif Rapporté*	Effet Rapporté sur la Santé	Référence des Études Scientifiques
Alimentation la plus riche en graisses saturées	6.14	Cancer du poumon	Journal of the National Cancer Institute, Vol. 85, p. 1906 (1993)
Alimentation non végétarienne par rapport à une alimentation végétarienne	3.08	Maladie cardio-vasculaire	American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 31, p. 519 (1978)
Utilisation fréquente d'huile de colza pour cuire	2.80	Cancer du poumon	International Journal of Cancer, Vol. 40, p. 604 (1987)
Consommation quotidienne d'un ou deux verres de lait entier	1.62	Cancer du poumon	International Journal of Cancer, Vol. 43, p. 608 (1989)
Consommation d'un biscuit par jour	1.49	Maladie cardio-vasculaire	Lancet, Vol. 341, p. 581 (1993)
Consommation d'eau traitée au chlore	1.38	Cancer du rectum	American Journal of Public Health, Vol. 82, p. 959 (1992)
Consommation Fréquente de poivre	1.30	Mortalité	American Journal of Epidemiology, Vol. 119, p. 775 (1984)
Exposition à la fumée de tabac dans l'air ambiant	1.19	Cancer du poumon	U.S. Environmental Protection Agency (1992)
Alimentation riche en légumes	0.37	Cancer du poumon	International Journal of Epidemiology, Vol. 25, Suppl 1, p. 32 (1996)
Alimentation riche en fruits	0.31	Cancer du poumon	American Journal of Epidemiology, Vol. 133, p. 643 (1991)

*Le risque relatif mesure mesure quelle la consommation d'un produit (ou l'exposition à celui-ci) sur l'augmentation ou la réduction du risque.

Philip Morris Europe S.A.

La fumée de tabac dans l'air ambiant : gardons le sens de la mesure.

Figure 2. La relativisation du tabagisme passif.

milieu des années 1990, en réponse à la montée des préoccupations sanitaires concernant le tabagisme passif. Cette publicité s'appuie sur une littérature scientifique de première main, pour relativiser le risque induit par le tabagisme passif, en montrant que tout compte fait il est plus faible que celui estimé pour d'autres comportements quotidiens généralement jugés anodins: boire du lait, poivrer son steak... La profusion des facteurs de risque peut donc être utilisée par certains intérêts pour s'opposer à des objectifs de santé publique.

En France, la relativisation du risque est également illustrée par la diversification des messages préventifs sur les drogues au cours des années 1990. En effet, les campagnes de prévention ciblant les usages de tabac et d'alcool à l'adolescence ont nourri au sein de cette population un discours de déni du risque, ce discours confortant l'usage de cannabis au motif que les autorités sanitaires elles-mêmes établiraient une hiérarchie de dangerosité qui situe ce produit à un niveau inférieur à celui auquel sont placées des substances licites (16).

Information préventive, stigmatisation et déni du risque

Une information trop ciblée peut nourrir le déni du risque. Dans le cas du sida, les messages préventifs développés en France ont pris soin d'éviter de stigmatiser les injecteurs de drogue et les homosexuels, qui ont d'abord été les plus touchés par l'épidémie. Pour cela, on a parlé de conduites à risque plutôt que de groupes à risque, pour ne pas cibler ces minorités. Malgré tout, plusieurs enquêtes ont montré que pour une fraction significative de la population, il n'est pas nécessaire de se protéger contre le virus tant que l'on ne fréquente pas ces victimes désignées que sont les toxicomanes et les homosexuels (17).

Par ailleurs, beaucoup de messages préventifs visent aujourd'hui à responsabiliser les individus, à leur faire prendre conscience de leur capacité à éviter certaines maladies en changeant leurs comportements. Toutefois cette promotion de la prévention individuelle peut involontairement alimenter le discrédit des victimes. Ainsi, après avoir regardé un film éducatif sur les modes de transmission du virus du sida et les moyens de protection, certains étudiants adoptent des attitudes de rejet plus marquées à l'égard des personnes déjà atteintes (18). En montrant aux gens qu'ils peuvent éviter le virus, il se pourrait donc qu'on les incite à blâmer les séropositifs. Plus généralement, l'accent mis par l'épidémiologie contemporaine sur les facteurs de risque individuels associés au mode de vie contribue à nourrir la stigmatisation des personnes qui ont de « mauvais » comportements de santé, et qui par là même font la preuve d'un relâchement coupable, d'un manque de volonté, d'une incapacité à maîtriser leur vie (12). Une maladie perçue comme plus contrôlable au niveau individuel serait donc aussi plus difficile à vivre pour ceux qui en sont atteints, et susciterait plus souvent sa dissimulation aux proches (19). Rappelons la désastreuse campagne de sensibilisation lancée en France il y a quelques années pour la lutte contre le cancer, qui relayait ce slogan faisant implicitement référence au sida: il n'y a pas de préservatif contre le cancer.

De même, concernant la relation entre stigmatisation de certains groupes et déni du risque, des travaux mettent en cause les politiques de prévention des usages de drogues menées en Angleterre dans les années 1980. Dans un contexte marqué par le développement de la consommation d'héroïne, ces politiques ont dressé un portrait très stigmatisant de l'héroïnomane, et auraient contribué à convaincre la nouvelle génération de

l'innocuité relative de ses propres consommations (alcool, cannabis, ecstasy) (20). Il arrive même que des jeunes qui estiment avoir un problème avec leur consommation d'ecstasy refusent de consulter un centre de soins spécialisés, pour ne pas être confondus avec « les vrais drogués, ceux qui se piquent » (21). Ajoutons que les adultes de la population générale qui stigmatisent le stéréotype du « camé » sont les moins enclins à penser que l'alcool et le tabac posent des problèmes de santé publique (22).

Quant aux messages préventifs qui luttent contre le déni du risque fondé sur la distinction entre drogues « douces » et « dures », ils pourraient s'avérer inefficaces, voire contre-productifs. Ainsi, comparant divers messages relatifs aux dangers du cannabis, une étude américaine montre que les messages qui relataient la thèse de l'escalade entre cannabis et drogues plus dangereuses seraient inefficaces, et pourraient produire l'effet inverse de celui attendu, en conduisant les adolescents à rejeter plus nettement cette thèse (23). De même, une enquête française suggère que la propension à juger que seules les drogues dures sont mauvaises pour la santé n'est pas affaiblie mais au contraire renforcée par le fait d'avoir assisté à une conférence anti-drogue en milieu scolaire qui a justement présenté le cannabis comme un sas vers l'héroïne (24).

Les difficultés de l'éducation pour la santé face à des risques concurrents ou substituables

Risques concurrents, risques substituables

Selon la théorie économique standard, en matière de risque-maladie, traitement et prévention seraient des biens substituables: l'augmentation de la consommation des quantités de l'un conduirait à réduire d'autant la consommation de l'autre, plus un individu est informé qu'il existe un traitement curatif pour une pathologie à laquelle il est exposé, meilleure est sa couverture assurantielle face au risque qu'il soit victime de cette maladie, et moins il sera incité à adopter des comportements préventifs pour réduire sa probabilité de la contracter (c'est ce que les économistes appellent un « risque moral *ex ante* ») (25). De la même façon, on peut se demander en quoi l'attention portée par la prévention à un comportement à risque donné n'est pas rendue inefficace par la perception et le comportement vis-à-vis d'autres risques.

Dans le cas du sida, pour expliquer les obstacles rencontrés par les actions visant à inciter à l'usage du préservatif, de nombreuses recherches ont montré l'importance des risques concurrents: négocier l'usage du préservatif, c'est prendre le risque d'essuyer un refus du partenaire ou de susciter sa méfiance, voire une réaction violente, « risques » auxquels certaines personnes sont particulièrement sensibles (26-28). L'incitation à utiliser des préservatifs peut donc se heurter à l'existence de risques concurrents à celui de l'infection: le rejet par le partenaire et la solitude affective et sexuelle (29).

Autre exemple: de nombreuses personnes utilisent le tabac pour gérer leur stress et leur anxiété (30), ou pour garder la ligne (31). Fumer serait alors vécu comme un moyen d'éviter deux risques concurrents: craquer nerveusement et grossir. Cela expliquerait pourquoi la hausse du prix des cigarettes n'a pas suffit à réduire en France le tabagisme au cours des années 1990 (pour la forte hausse initiée depuis 2002, on manque encore de recul pour en apprécier les conséquences, même si les résultats à court terme semblent encourageants). En effet, entre 1965 et 1999 la prévalence du tabagisme s'est avérée peu sensible aux variations du prix réel des cigarettes, en particulier chez les jeunes (24). Cet impact très relatif du prix des cigarettes sur la prévalence du tabagisme a également été observé aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, et en Russie (32).

L'exemple du tabagisme nous amène à souligner que les conduites à risque sont souvent fonctionnelles: pour l'individu qui s'y adonne, elles répondent à des besoins. Dès lors, outre les risques concurrents, il faut prendre en compte les risques substituables. Autrement dit, lorsque la prévention s'attaque à une conduite à risque, il importe de savoir à quels besoins cette conduite répond, et de quels autres moyens, éventuellement risqués eux aussi, l'individu dispose pour les satisfaire. Par exemple, les personnes qui renoncent à utiliser le tabac pour gérer leur stress ou garder la ligne pourraient lui substituer de nouvelles conduites, en prenant des médicaments psychotropes sans suivi médical, ou en développant des carences alimentaires. Bien prévenir une conduite à risque, c'est donc aussi se demander comment éviter qu'une autre conduite à risque ne s'y substitute pour satisfaire le même besoin.

Par exemple, à l'adolescence le tabac et le cannabis sont tous les deux consommés pour se relaxer, mais le tabac est jugé plus addictif et plus dangereux pour

la santé, tandis que les effets du cannabis sont considérés plus puissants (33). Dès lors, le prix du cannabis restant relativement stable, puisqu'il échappe aux pouvoirs publics, il est permis de se demander si l'augmentation du prix des cigarettes ne va pas finir par inciter certains jeunes fumeurs à substituer au moins partiellement le cannabis au tabac.

Ajoutons que persister dans une conduite qui fait l'objet de mesures répressives peut exposer à des risques supplémentaires, du fait même de la répression. Ainsi, le statut illicite du cannabis conduit les consommateurs à fréquenter des dealers qui vendent aussi des produits plus dangereux (34). De même, les adolescents qui veulent boire malgré l'interdiction légale ont tendance à consommer l'alcool qu'ils ont réussi à se procurer dans des endroits échappant à la vigilance des adultes, mais ce faisant ils s'exposent à des risques d'agressions ou de vols plus élevés (35).

La prise de risque tend-elle à être homéostatique?

Enfin, les individus ne recherchent pas forcément le risque zéro. Ils peuvent être prêts à s'exposer à un risque qu'ils jugent acceptable, pour en retirer un bénéfice. Dès lors, dans certaines situations une action visant à réduire de l'extérieur les risques pris par ces individus leur permettra d'augmenter leurs bénéfices tout en neutralisant le gain de sécurité. C'est ce que postule la théorie du risque homéostatique, popularisée dans le cas de la conduite automobile (36).

Pour Wilde, en fonction des coûts et bénéfices attendus, l'individu définit un niveau de risque acceptable optimal qu'il est prêt à courir. Par exemple, conduire en excès de vitesse, ce qui procure un gain de temps et le plaisir de la vitesse. Supposons que lorsque le conducteur roule à 110 km/h, il estime un risque perçu égal au risque qu'il est prêt à courir. Imaginons maintenant qu'une action de prévention sécurise le véhicule ou transforme la route en autoroute. Le conducteur va comprendre que le risque d'accident a baissé, et s'y ajustera en roulant plus vite, jusqu'à ce que le risque perçu retrouve son ancien niveau, par exemple à 140 km/h. A l'issue de cet ajustement, le risque d'accident est revenu à son niveau antérieur, le conducteur a augmenté les bénéfices qu'il tire de sa conduite, et les effets de l'action de prévention ont été neutralisés. La théorie du risque homéostatique a trouvé des échos empiriques dans le domaine de la conduite automobile (37). Dans le champ

sanitaire, cette théorie peut aussi être illustrée par la controverse survenue suite à l'apparition des trithérapies, qui en réduisant les risques de décéder des suites d'une infection au VIH auraient suscité une recrudescence des rapports sexuels à risque (38-39).

Conclusions pour le futur de l'éducation pour la santé

En résumé, la prévention des risques comportementaux multiples, par de l'information, de l'incitation, de la réduction des risques, voire de la coercition (comme l'interdiction du tabac dans les lieux publics) peut avoir des effets inattendus, ou pas d'effet du tout, d'une part parce que les individus ciblés ont souvent élaboré des mécanismes cognitifs de déni du risque qui permettent de filtrer le message préventif, d'autre part parce que les conduites à risque visées s'intègrent généralement dans des stratégies fonctionnelles. Autrement dit, elles satisfont des besoins, procurent des bénéfices, protègent d'autres risques. De plus, comme on l'a signalé plus haut, certains secteurs économiques (industrie du tabac, industrie agro-alimentaire, lobby vinicole, etc.) peuvent avoir de puissants intérêts à s'opposer à la promotion de certains comportements individuels de prévention et, pour ce faire, à renforcer les mécanismes de dénégation et de relativisation de tel ou tel risque.

Cependant, la multiplicité des risques auxquels s'attaque l'éducation pour la santé ne doit pas déboucher sur un pessimisme excessif quant à son inefficacité potentielle. Certains des travaux les plus récents en économie de l'assurance et de la santé suggèrent que traitement et prévention ne sont pas forcément substituables, mais au contraire pourraient être complémentaires, donc susceptibles de synergies positives, sous certaines conditions, par exemple, lorsque la perspective d'un traitement efficace renforce l'incitation au dépistage précoce d'une maladie (40-41). De même, une abondante littérature suggère que des interventions d'éducation pour la santé capables d'aborder globalement un ensemble de comportements de risques et de prévention, et de réduire la vulnérabilité sociale de certains groupes, peut favoriser une amélioration d'ensemble de l'état de santé des populations visées (42-44).

Pour comprendre et éviter les effets pervers de certaines actions d'éducation pour la santé, il apparaît nécessaire d'admettre que le public a des connaissances (ou croit en avoir), qu'elles sont souvent

enracinées dans l'expérience quotidienne et qu'il est donc difficile de les remettre en cause. Il faut également replacer la conduite à risque visée dans son contexte global pour l'individu, en trouvant quelle est sa fonction, quels sont les risques concurrents et quels sont les risques substituables. Bref, l'épidémiologie doit, pour fonder une plus grande efficacité de l'action en éducation pour la santé, approfondir son dialogue avec les sciences sociales, en tout cas celles qui adoptent une conception élargie de la rationalité des comportements. C'est par exemple ce que tente aujourd'hui de réaliser l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), organisme chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention en France, et en particulier les campagnes d'information. L'INPES s'appuie pour cela sur de grandes enquêtes épidémiologiques qui identifient les facteurs associés à diverses conduites à risque, mais qui désormais étudient aussi les croyances susceptibles de nourrir un déni du risque pour le tabagisme (par exemple considérer que fumer n'est pas plus dangereux que de respirer l'air pollué des villes), l'abus d'alcool (par exemple penser que l'alcool n'est nocif que lorsque l'on est ivre), ou encore l'exposition non protégée au soleil (par exemple penser que le bronzage artificiel protège la peau). Ces croyances pourront ainsi constituer des cibles pour les campagnes préventives à venir (45).

La tendance actuelle, liée aux exigences croissantes des politiques en matière de prévention et de gestion des différents risques sanitaires, conduit (notamment au plan de la communication médiatique) à multiplier des actions d'information et des campagnes sur des thèmes spécifiques. Or il est de moins en moins évident que la résultante de ces actions soit cohérente et qu'il n'y ait pas plus d'effets soustractifs qu'additifs. Le point de vue classiquement défendu par les spécialistes et les praticiens de l'éducation pour la santé, qui consiste à insister sur l'approche globale des problèmes de santé, retrouve toute sa pertinence dans le contexte d'une multiplication de risques et de facteurs de risque à prévenir et à prendre en charge, même s'il faut admettre qu'il est parfois délicat de trouver comment rendre opérationnelle cette approche « holiste » de l'éducation pour la santé. A l'avenir cette nécessité d'une approche globale et cohérente se fera néanmoins de plus en plus sentir, puisque la prévention des risques comportementaux portera de plus en plus sur des facteurs de risque multiples d'une même pathologie et sur la prévention concomitante de pathologies multiples qui

tendent à devenir chroniques. Ceci devrait conduire les responsables de l'éducation pour la santé à rechercher un meilleur équilibre entre campagnes médiatiques à grande échelle et actions de proximité, ces dernières étant mieux à même de résister l'information et l'intervention sur un risque spécifique dans le contexte global d'une recherche d'acquisition de la « bonne » santé.

Références

- Grier S, Bryant C. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 319-339.
- Morin M. Parcours de Santé. Paris: Armand Colin; 2004.
- Hours B. Des objets et des sujets. *Sci Soc Sante* 2002; 20: 15-20.
- Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé: santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promot Educ* 2007; 14 (2): 111-114.
- Pampel FC. Age and education patterns of smoking among women in high-income nations. *Soc Sci Med* 2003; 57(8): 1505-1514.
- Atkins D, Clancy C. Multiple risk factors interventions. Are we up to the challenge? *Am J Prev Med* 2004; 27: 102-103.
- Gotay C. Behavior and cancer prevention. *J Clin Oncol* 2005; 23: 301-310.
- Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C. The confused Milky Way. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 369.
- Vandenbroucke JP. Is « the causes of cancer » a miasma theory for the end of the twentieth century? *Int J Epidemiol* 1988; 17: 708-709.
- Giddens A. Modernity and Self-Identity, Stanford: Stanford University Press; 1991.
- Douglas M. Risk and Blame, Essays in Cultural Theory, London: Routledge; 1992.
- Lupton D. The imperative of health. London: SAGE Publication Ltd; 1995.
- Ewald F. Histoire de l'Etat providence, Paris: Editions Grasset et Fasquelle; 1996.
- Peretti-Watel P. Sociologie du risque, Paris: Editions Armand Colin; 2000.
- Bellaby P. Communication and miscommunication of risk: understanding UK parents' attitudes to combined MMR vaccination. *BMJ* 2203; 327: 725-728.
- Peretti-Watel P. Cannabis, ecstasy: du stigmate au déni. Paris: L'Harmattan; 2005.
- Peto D, Rémy J, Van Campehoudt L, Hubert M. Sida, l'amour face à la peur. Paris: L'Harmattan; 1992.
- Berrenberg JL, Rosnik D, Kravcisin NJ. Blaming the victim: when disease-prevention programs misfire. *Curr Psychol* 1991; 9, 415-420.
- Senior V, Weinman J, Marteau T. The influence of perceived control over causes and responses to health threats. *Br J Health Psychol* 2002; 7: 203-211.
- Parker H, Alridge J, Measham F. Illegal Leisure: the normalization of adolescent recreational drug use. Londres: Routledge; 1998.
- McElrath K, McEvoy K. Heroin as Evil: ecstasy users' perceptions about heroin. *Drugs: education, prevention and policy* 2001; 8: 177-189.
- Peretti-Watel P. Heroin users as 'folk devils' and French public attitudes toward public health policy. *Int. J. Drug Policy* 2003; 14: 321-329.
- Yzer MC, Cappella JN, Fishbein M, Hornik R, Ahern RK. The effectiveness of gateway communications in anti-marijuana campaigns. *J Health Commun* 2003; 8: 129-143.

24. Peretti-Watel P. Pricing policy and some other predictors of smoking behaviours. *Int. J. Drug Policy* 2005; 16: 19–26.
25. Pauly M. Taxation, market insurance, and market failure in the medical economy. *J Econ Lit* 1986; 24: 629–675.
26. Moatti JP, Bajos N, Durbec JP, Menard C, Serrand C. Determinants of condom use among French heterosexuals with multiple partners. *Am J Public Health* 1991; 81: 106–109.
27. Holland J, Ramazanoglu C, Sharpe S, Thompson R. Pressured pleasure: young women and the negotiation of sexual boundaries. *Sociol Rev* 1992; 40: 645–674.
28. Rhodes T, Cusick L. Accounting for unprotected sex: stories of agency and acceptability. *Soc Sci Med* 2002; 55: 211–226.
29. Moatti JP, Beltzer N, Dab W. Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: Une conception trop étroite de la rationalité. *Population (Paris)* 1993; 5, 1505–1534.
30. Le Houezec J. Nicotine: abused substance and therapeutic agent. *J Psychiatry Neurosci* 1998; 23, 95–108.
31. Boyd TC, Boyd CJ, Greenlee TB. A means to an end: slim hopes and cigarette advertising. *Health Promot Pract* 2003; 4: 266–277.
32. Kenkel D, Lillard D, Mathios A. Tobacco control policies and smoking cessation: a cross-country analysis. National Longitudinal Surveys site, US Department of Labor; 2002. Available from: URL:<http://www.nlsinfo.org>
33. Bentlin A, Slovic P, Moran P, Severson H, Mertz CK, Gerrard M. Adolescent health-threatening and health-enhancing behaviours: a study of word association and imagery. *J Adolesc Health* 1995; 17: 143–152.
34. Lenton S. Cannabis as a gateway drug. *Addiction* 2001; 96, 511–513.
35. Parker RN, Auerhahn K. Alcohols, drugs and violence. *Annual Review of Sociology* 1998; 24, 291–311.
36. Wilde G. Target Risk. London: PDE Publications; 1994.
37. Grant BA, Smiley A. Driver response to antilock brakes: a demonstration of behavioural adaptation. Proceedings, « Canadian Multidisciplinary Road Safety Conference VIII ». Saskatoon, Saskatchewan: 1993.
38. Van de Ven P, Kippax S, Knox S, Prestage G, Crawford J. HIV treatments optimism and sexual behaviour among gay men in Sydney and Melbourne. *AIDS* 1999; 13, 2289–2294.
39. Dukers NH, Goudsmit J, de Wit JB, Prins M, Weverling GJ, Coutinho RA. Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS* 2001; 15, 369–378.
40. Courbage C. Demande de soins curatifs et préventifs; une étude dans le cadre de la théorie duale du risque. *Rev Econ Polit* 2000; 110: 381–393.
41. Wu S. Sickness and preventive medical behavior. *J Health Econ* 2003; 22: 675–689.
42. McBride N. A systematic review of school drug education. *Health Educ Res* 2003; 18: 729–742.
43. IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. Brussels; 2003.
44. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004; 31: 143–164.
45. Guillet P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A (eds.). Baromètre cancer 2005, Saint-Denis: INPES; 2006.