

Bernard Seytre

LA COMMUNICATION en **Santé** publique



ellipses

Qu'est-ce que la communication en santé publique ?

1

Ne cherchons pas la communication en santé publique dans l'« *invraisemblable fourre-tout* » de la communication, véritable « *mot-éponge*¹ ». La communication en santé publique n'est pas une discipline de la communication, mais de la santé publique.

Un expert en « communication », un « communiquant » dit-on souvent avec une pointe d'ironie, appliquera sensiblement les mêmes approches à l'industrie, qu'elle soit pharmaceutique ou autre, la politique, la culture, la science ou d'autres secteurs. Il tâchera de transmettre des informations de la façon la plus claire, intelligible et attractive possible à un public qui, selon les circonstances, sera large ou ciblé. Il défendra généralement une image, par exemple celle d'une personnalité politique, d'une marque commerciale, d'un laboratoire pharmaceutique ou d'un organisme public. À ces fonctions, la communication d'un organisme de recherche publique ajoutera un devoir de diffusion de l'information scientifique. Dans tous les cas, la communication est ce qu'on appelle « verticale », ce qui sous-entend du haut vers le bas. Informer est le but.

Le but de la communication en santé publique n'est pas d'informer, il est d'induire des changements de comportement. L'information est un moyen pour atteindre ce but. La verticalité, son fléau.

1. Qu'est-ce que la santé publique ?

Nous nous référerons aux définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec leurs limites car comme des auteurs l'ont souligné « *la santé publique ne dispose pas d'une définition admise de tous*² ». En 1952, l'OMS a proposé la définition suivante :

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective

concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité³.

En 2021, l'organisation internationale a formulé dans un glossaire une définition à la fois plus courte et plus générale :

Une activité organisée de la société pour promouvoir, protéger, améliorer et, si nécessaire, restaurer la santé des individus, de groupes spécifiques ou de l'ensemble de la population. C'est une combinaison de disciplines scientifiques, de compétences et de valeurs qui se rassemblent dans le cadre d'activités collectives et sociales, pour des programmes, des services et des institutions destinés à protéger et améliorer la santé de tous les individus⁴.

La seconde définition de l'OMS souligne que la santé publique est pluridisciplinaire. Si l'exercice de la médecine est l'apanage des médecins, des professions très diverses interviennent en santé publique, des professionnels de santé comme les médecins, les infirmiers ou les pharmaciens, mais aussi des éducateurs, économistes, gestionnaires, chercheurs et bien d'autres. À côté de ministères et d'organismes publics, des structures privées telles que les laboratoires pharmaceutiques, des cabinets de consultants ou des médias sont des acteurs de la santé publique. De nombreuses disciplines sont mobilisées, médecine, biologie, statistiques, épidémiologie, biostatistique, santé environnementale, sciences du comportement, anthropologie, sociologie ou encore, bien sûr, communication.

Maîtriser les risques est pour Aquilino Morelle et Didier Tabuteau une des trois ambitions de la santé publique, avec l'organisation du système de santé et le façonnage d'un homme nouveau⁵. La maîtrise des risques repose dans une large mesure sur la promotion de la santé, lors de périodes que nous pourrions qualifier de « routinières » (prévention des maladies chroniques, vaccination, éducation à l'hygiène, etc.) et lors de situations de crise (épidémies, conséquences de catastrophes industrielles ou naturelles).

La Conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'OMS à Ottawa en novembre 1986 a adopté une charte qui définit la promotion de la santé :

Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées. [...]

[Les interventions de promotion de la santé] ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. [...]

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. [...] Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. [...]

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains⁶.

La prévention des maladies est une composante de la promotion de la santé, qu'il s'agisse de prévention individuelle (diminution du tabagisme, vaccination, hygiène sanitaire et hygiène de vie...) ou collective (qualité de l'environnement ou de l'alimentation, infrastructures sanitaires...). William Dab estime que « *en tant qu'outil de santé publique, la communication représente le principal levier de la prévention⁷* ».

En 1948, l'OMS a proposé un découpage de la prévention en trois parties correspondant à l'évolution d'une pathologie :

- Prévention primaire : diminution ou suppression du risque de maladie (par exemple, vaccination, port d'un masque, hygiène).

- Prévention secondaire : action rapide après la survenue d'une maladie (par exemple, dépistage du diabète ou d'une infection).
- Prévention tertiaire : limitation des complications ou séquelles d'une maladie, souvent par l'éducation thérapeutique.

En 1982, Gordon a proposé une autre classification tripartite, basée sur une approche populationnelle⁸ :

- Prévention universelle : pour tous.
- Prévention sélective : pour des sous-groupes de la population (par exemple, femmes enceintes, personnes âgées).
- Prévention ciblée : pour des sous-groupes de la population présentant des facteurs de risque (par exemple, diabétiques, personnes à risque de maladies cardiovasculaires).

Dans les années 1970 est apparue la notion de santé communautaire que nous considérerons dans cet ouvrage comme une partie intégrante de la santé publique, même si certains la placent à côté de cette dernière⁹. La santé communautaire repose sur l'engagement communautaire, que l'OMS décrit ainsi¹⁰ :

Les quatre approches de l'engagement communautaire correspondent à différents niveaux d'engagement, de problèmes à résoudre et d'actions de promotion de la santé.

Niveau 1, orienté vers la communauté : la communauté est informée et mobilisée pour participer à la résolution de préoccupations immédiates, à court terme, avec un fort soutien extérieur.

Niveau 2, basé sur la communauté : la communauté est consultée et associée pour améliorer l'accès aux services de soin et aux programmes, grâce à l'implantation des interventions en son sein avec un soutien extérieur.

Niveau 3, géré par la communauté : collaboration avec les leaders communautaires pour que la population détermine les priorités et prenne des décisions, avec ou sans le soutien de partenaires extérieurs.

Niveau 4, mise en œuvre par la communauté : les ressources de la communauté sont pleinement mobilisées et la communauté dispose du pouvoir de développer sa propre gouvernance, d'établir des priorités, de mettre en place des interventions et de créer des mécanismes durables de promotion de la santé, en réseau avec des partenaires et des structures extérieures qui la soutiennent.

2. Objectifs de la communication en santé publique

Nous retiendrons des définitions citées précédemment que la santé publique enseigne, fait avancer des idées, promeut la santé, explique des mesures de prévention, apporte à l'individu l'information, les aptitudes et les possibilités qui lui permettront de faire des choix, favorise l'expression des besoins de santé, informe, consulte et mobilise les communautés, et même façonne un homme nouveau, en s'adressant à des catégories ou à l'ensemble de la population... toutes démarches dans lesquelles la communication joue, ou doit jouer, un rôle majeur.

Ceci nous amène à un premier constat : une singularité de la communication en santé publique, par rapport à la « communication » en général mentionnée au début de ce chapitre, est qu'elle ne se contente pas de communiquer sur des interventions mais qu'elle en est une composante, même si les acteurs de ces interventions n'en ont pas toujours pleinement conscience. Elle est davantage qu'un « outil ». C'est un partenaire. En l'absence de solution biomédicale la communication est parfois la principale composante d'interventions de santé publique, prévention d'une maladie infectieuse contre laquelle n'existe aucun vaccin ou promotion de changements d'habitudes de vie, par exemple¹¹.

Si la santé publique est « *une discipline tournée vers l'action* », quelle est l'action de la communication en santé publique, quels sont les objectifs de cette action⁵ ?

Distinguons la communication en direction des acteurs de la santé publique de celle destinée à ses bénéficiaires. Envers les acteurs de la santé publique (administration, personnel soignant...), la communication consiste généralement en la diffusion d'informations, comme des nouvelles recommandations ou réglementations, des données épidémiologiques, des renseignements techniques ou des orientations de la politique de santé, et peut alors être assimilée à la « communication » au sens général. Elle vise cependant aussi parfois des changements de comportement, comme le respect des bonnes pratiques d'hygiène, et rejoint alors la démarche abordée tout au long de cet ouvrage.

Les objectifs de la communication en direction des bénéficiaires des actions de santé publique, groupes spécifiques ou ensemble de la population, sont toujours des renforcements ou changements de comportement : port d'un préservatif, modifications de l'hygiène de vie, choix alimentaires, vaccination, arrêt du tabagisme, lavage des mains, dépistage, port d'un masque, respect d'un confinement... Les messages de santé publique entrent ainsi dans la catégorie des messages dits « stratégiques » (*strategic messages*) spécialement prévus, conçus et délivrés dans le but d'obtenir des effets spécifiques¹².

Les constats que la communication est une composante des interventions en santé publique et que son but est des changements de comportement sont les deux piliers sur lesquels appuyer toute réflexion sur la communication en santé publique.

3. La communication et les déterminants des comportements

Si le but de la communication en santé publique est d'obtenir des changements de comportement, les déterminants des comportements sont nombreux, pas toujours accessibles à la communication... et ceux que celle-ci peut avoir l'ambition de modifier ne sont pas nécessairement les principaux.

Les déterminants des comportements sont classiquement partagés en deux catégories : déterminants individuels et déterminants socio-structurels.

Les déterminants individuels sont les connaissances, les conceptions générales (par exemple, l'opinion sur la vaccination), les croyances, les émotions, les tendances comportementales, les compétences comportementales générales (par exemple, l'aptitude à résister à une tentation) et les habitudes^{*13}.

Des travaux ont montré que les connaissances sur les bénéfices des comportements en santé sont peu corrélées à l'adoption de ces

* Les expressions anglaises qui désignent les comportements individuels sont : *knowledge, general skills, general attitudes, beliefs, emotions, behavioral skills, behavioral attitudes et habits*.

comportements. Connaître les risques du tabagisme ne suffit pas à empêcher de fumer, sinon aucun médecin ne fumerait. Une bonne connaissance des nécessités de l'hygiène dentaire est faiblement associée à une plus grande fréquence des examens dentaires et celle des modes de transmission du VIH pas davantage à une augmentation du port du préservatif. Connaître les méfaits d'une consommation excessive d'alcool ne suffit pas à diminuer cette consommation. Recevoir des informations générales sur les vaccins ou des réponses à de fausses informations n'augmente pas la couverture vaccinale.

Une méta-analyse des interventions sur les déterminants individuels les a classées dans l'ordre d'efficacité croissante suivant : connaissances, compétences générales, conceptions générales, croyances, émotions, compétences comportementales, perceptions des comportements et habitudes. Tous ces déterminants peuvent être des cibles de la communication, mais la complexité pour atteindre ces cibles peut-être pourrait être rangée dans le même ordre croissant. Diffuser des connaissances est l'intervention la plus simple en communication, tandis que trouver des leviers pour modifier des habitudes anciennes est peut-être la plus complexe. Autrement dit, l'intervention de communication la plus simple, apporter des connaissances, est la moins efficace.

Classés dans l'ordre croissant d'efficacité des interventions par la méta-analyse citée précédemment, les déterminants socio-structurels sont les sanctions pénales et administratives, la confiance dans les institutions, les obligations, les accessoires de suivi et de rappel (par exemple, les montres avec indicateurs de santé), les normes sociales (fréquence d'un comportement dans la population), les incitations financières, le soutien social (par exemple, la promotion d'un comportement par des personnes respectées) et l'accessibilité des moyens permettant l'adoption d'un comportement (par exemple, accès à une nourriture équilibrée, disponibilité de traitements ou de centres de vaccination)^{*,13}.

* Les expressions anglaises qui désignent les comportements socio-structurels sont : *legal and administrative sanctions, trustworthiness, injunctive norms, monitors and reminders, descriptive norms, material incentives, social support et access.*

Les déterminants socio-structurels sont des objets de la communication au même titre que les déterminants individuels. Par exemple, les sanctions applicables au non-respect de mesures de prévention doivent être soutenues par une communication adaptée. Une campagne de communication dont les promoteurs susciteraient la méfiance de la population serait contre-productive (voir *Études de cas 1, Gestion de la pandémie de grippe A(H1N1), 2009, 2, Covid-19, gestes barrières et vaccins, et 9, Vaccins du Programme Élargi de Vaccination*). La communication doit parfois cibler l'entourage des personnes dont on veut changer le comportement, pour modifier les normes sociales et susciter un soutien (voir *Études de cas 4, Dépistage de la tuberculose, et 6, Soutien aux femmes enceintes*).

4. Définition de la communication en santé publique

Le double constat que la communication est une composante des interventions en santé publique et que son but est des changements de comportement nous amène à proposer la définition suivante :

La communication en santé publique est une intervention de santé publique utilisant des stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à obtenir des changements de comportement*.

5. Marketing social

L'expression « marketing social » a été forgée en 1971 par le professeur américain de marketing Philip Kotler qui le définit comme « *l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser,*

* Nous reprenons ici en la modifiant la définition de la communication pour la santé de L. Renaud et C. Rico de Sotelo : « *La communication pour la santé se définit comme l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé* » (Communication et santé : des paradigmes concurrents, *Santé Publique*, 19(1), 31-38).

planifier, exécuter et évaluer des programmes dont le but est la modification du comportement d'une cible d'individus, afin d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société¹⁴». Le concept de marketing social est employé dans le secteur privé dans le cadre de la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE), ainsi que dans le public. Appliqué à la santé, on le connaît souvent sous le nom de COMBI, acronyme anglais de Communication pour un impact comportemental (*Communication for behavioural impact*), et a pour ambition de s'appuyer sur l'apport des sciences sociales pour concevoir un marketing au service de la santé.

La méthode COMBI dépend de la connaissance, de la compréhension et de la perception qu'ont les gens du comportement recommandé. Elle suppose une écoute attentive des gens et la prise en compte de leurs perceptions et de leur compréhension du comportement proposé ainsi que des facteurs réels et perçus susceptibles d'entraver ou de faciliter l'adoption du comportement¹⁵.

Les promoteurs du marketing social pratiquent des études de marché pour évaluer les objectifs à atteindre et les conditions d'adoption des comportements souhaités, segmenter éventuellement les cibles et déterminer le rôle de la communication. Pour l'OMS, « *COMBI s'inspire de l'expérience du secteur privé et des méthodes des études de marché, qui influent si efficacement sur le comportement des consommateurs* ».

Les déterminants des comportements en santé sont cependant très différents de ceux de la consommation. Le marketing peut être défini comme « *l'ensemble des actions ayant pour objectifs d'étudier et d'influencer les besoins et comportements des consommateurs et de réaliser en continu les adaptations de la production et de l'appareil commercial en fonction des besoins et comportements précédemment identifiés* », ce qui est très différent d'une démarche de communication en santé publique¹⁶. La santé publique ne propose pas des produits qui s'adapteraient aux besoins et comportements de la population. Nous pourrions même avancer que sa démarche est inverse : amener la population à adapter ses besoins et adopter des comportements imposés par la biologie pour prévenir la maladie et promouvoir la santé. Cette démarche doit s'appuyer sur des études des déterminants des comportements, différentes d'études de marché.

6. Communication des Risques et Engagement Communautaire (CREC)

Le concept de Communication des Risques et Engagement Communautaire (CREC, *Risk Communication and Community Engagement*, RCCE) a été formalisé après l'épidémie de maladie à virus Ébola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest, au cours de laquelle non seulement la méfiance mais l'hostilité de villages entiers envers les équipes d'intervention sanitaire a fait la une de l'actualité mondiale. Des actes hostiles identiques s'étaient déjà produits au cours d'épidémies précédentes, sans attirer grande attention au-delà du niveau national.

L'OMS définit la CREC comme « *une discipline technique et un pilier adapté à la culture pour la conduite des activités [...] avant, pendant et après des urgences de santé publique*¹⁷ ». La CREC n'a pas de limite temporelle puisqu'on est toujours « avant » la prochaine urgence sanitaire. Cette démarche est promue par l'OMS et l'Unicef et, semble-t-il, uniquement reprise par d'autres organismes internationaux et nationaux dans des pays en développement.

L'expression « communication des risques » héritée du monde de la communication s'applique parfaitement à la gestion de risques industriels, environnementaux ou politiques, mais semble mal adaptée à la santé. En effet, la communication en santé publique porte quasiment toujours sur un risque, même en dehors des urgences sanitaires : risque d'infection, de cancer, de diabète ou de maladie cardio-vasculaire, par exemple.

Si la CREC est une communication en période d'urgence sanitaire il aurait été plus exact de parler de « communication d'urgence » ou de « communication de crise sanitaire », plutôt que de « communication des risques ». Mais en réalité, au minimum en Afrique, la CREC est utilisée dans la communication de programmes et d'organismes de santé publique en dehors d'urgences sanitaires, contrairement à sa définition. L'expression « communication des risques » prête alors à confusion car il ne s'agit plus des risques collectifs d'une situation de crise, mais de risques individuels. Par exemple, la prévention lors d'une épidémie de maladie à virus Ébola répond à un risque collectif, alors que la sensibilisation à la vaccination pédiatrique dans le

cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) concerne le risque individuel de contracter diverses maladies infectieuses. L'auteur a observé des sensibilisateurs qui, pensant répondre aux exigences de la CREC, présentaient à des parents la vaccination du PEV comme un moyen d'empêcher les épidémies au lieu d'insister sur les bénéfices pour l'enfant.

« Les situations d'urgence sanitaire ont révélé et renforcé le rôle central du soutien des communautés pour que la riposte soit efficace et durable », a estimé l'OMS à la suite de l'épidémie d'Ébola en 2014¹⁸. L'engagement communautaire est alors devenu une priorité de l'organisation internationale dans la réponse aux épidémies, d'où l'expression « engagement communautaire » dans Communication des Risques et Engagement Communautaire.

Des réseaux CREC ont été mis en place dans des pays en développement, avec l'avantage de préparer les services de communication des ministères de la Santé à de nouvelles crises sanitaires, mais l'inconvénient de risquer de détourner l'attention des maladies endémiques dont les ravages dans ces pays sont considérablement plus élevés que ceux de toutes les crises sanitaires des dernières décennies (en 2022, 580 000 personnes sont mortes du paludisme et 424 000 de la tuberculose en Afrique¹⁹). Par ailleurs, les maladies chroniques, qui sont en progression rapide, en sont exclues.

Malgré ces limites, retenons que la CREC a énoncé le principe qu'il faut placer les communautés au centre des préoccupations de la communication, l'enjeu étant de les mobiliser en période d'urgence sanitaire.

7. Place de la communication dans les interventions de santé publique

Si la communication est une composante des interventions en santé publique, elle doit être en mesure d'interagir avec les autres composantes et ne pas être reléguée, comme c'est trop souvent le cas, à un rôle de commentateur, de valorisateur ou d'instrument. En effet, l'identité des promoteurs d'une intervention, l'organisation et la temporalité de cette

intervention sont souvent des facteurs essentiels de sa perception par la population, perception qui est un des objets de la communication. Les spécialistes de la communication doivent être en position de proposer des modifications des modalités d'une intervention de santé publique s'ils anticipent ou constatent des perceptions négatives de cette intervention. Des chercheurs en sciences du comportement en santé ont avancé six recommandations dont la première est « *l'inclusion de la communication en santé très tôt dans la conception et la programmation des interventions*²⁰ ».

Prenons l'exemple de quatre interventions de santé publique, sur lesquelles nous reviendrons dans cet ouvrage, qui auraient pu être pensées différemment si le risque de perceptions négatives de la population avait été intégré dans leur conception.

L'organisation de la campagne mondiale d'éradication de la poliomyélite sous forme de Journées nationales de vaccination (JNV) a suscité dans deux régions du monde une méfiance qui empêche l'atteinte de la couverture vaccinale espérée par l'OMS. Une réorganisation de cette campagne supprimant les JNV dans ces régions pour intégrer la vaccination contre la poliomyélite au Programme Élargi de Vaccination infantile bien admis par la population aurait, au minimum, dû être testée (voir *Étude de cas 10, Échec de la campagne d'éradication de la poliomyélite*).

Les équipes sanitaires mobilisées sur le terrain pour le contrôle des épidémies de maladie à virus Ébola ont fréquemment été confrontées à l'hostilité de communautés qui ne comprenaient pas qu'on cloître les malades dans des « centres de traitement », tout en affirmant qu'il n'existe pas de traitement, et qu'on enferme les corps des défunts dans des sacs plastiques pour les emporter et les enterrer sans les rites funéraires traditionnels. Des protocoles d'enterrement « dignes et sécurisés » ont été adoptés et la communication sur les centres de traitement a été modifiée.

Lors de la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009, la communication du gouvernement français a exagéré la morbidité et la mortalité du virus H1N1, beaucoup moins pathogène que les virus des grippes saisonnières, suscitant la méfiance et contribuant au rejet de la vaccination par la population (voir *Étude de cas 1, Gestion de la pandémie de grippe A(H1N1), 2009*). La commission d'enquête parlementaire sur la gestion de la pandémie a recommandé : « *Au sein de la cellule interministérielle*

de crise, mieux associer le pôle “Communication” à la prise de décisions stratégiques ; intégrer dans la prise de décision les études engagées sur la perception du risque par la population ».

En 2020, lors de la pandémie de Covid-19 la communication en France a été personnalisée par le Président de la République, qui a multiplié des interventions martiales, à la première personne, appelant à la guerre contre le virus et infantilisant la population, ce qui a probablement contribué au rejet des gestes barrières et de la vaccination par des catégories de la population méfiantes envers le pouvoir (*voir p. 62, Un président qui confond la guerre et une pandémie*)²¹. Une communication inclusive, faisant appel à la fraternité de la devise nationale française, aurait été préférable pour gagner l’adhésion du plus grand nombre.

Les organisateurs des campagnes de santé publique se plient à des impératifs épidémiologiques, biologiques, logistiques, financiers, politiques et autres. Pour favoriser l’adhésion de la population à ces campagnes, ils doivent intégrer les impératifs de cette adhésion, identifiés par la communication.

Il serait impossible de passer en revue la vingtaine de théories évoquées dans des publications sur la communication en santé ou la promotion de la santé. Leur abondance suggère qu'aucune ne s'est imposée comme cadre reconnu. Pour aider à s'y retrouver, un site des Centers of Disease Control américains a conçu un algorithme, appelé TheoryPicker (choix d'une théorie), qui selon les réponses apportées à dix questions propose ce qu'il considère comme la bonne théorie pour la situation concernée, ce qui souligne à quel point le champ d'application de certaines de ces théories est limité²².

La plupart de ces théories sont des théories du comportement, souvent davantage descriptives qu'utilisables dans la conception d'une intervention. Elles relèvent souvent de la psychologie de la santé, définie comme « *l'étude des différents types de facteurs psychologiques, sociaux et biologiques intervenant dans le maintien de la bonne santé ou dans le déclenchement et l'évolution des maladies*²³ ». Nous abordons ici les plus souvent citées et reviendrons sur certaines d'entre elles dans le chapitre 7 consacré à l'apport de la psychologie à la communication en santé publique²⁴.

1. Modèle des croyances relatives à la santé

Le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Believe Model*, HBM), a été créé pour comprendre l'acceptation ou le refus de passer des tests de dépistage de maladies asymptomatiques, avant d'être étendu à l'attitude envers la prévention des maladies en général. Selon ce modèle, un individu adopte un comportement en santé, par exemple pour la prévention d'une maladie, selon ses croyances en matière de santé et l'importance qu'il accorde à celle-ci.

Le mot « croyances » (*believe*) introduit une confusion en désignant autant les connaissances, c'est-à-dire l'appropriation d'une réalité médicale, que les croyances, susceptibles d'être erronées. Par ailleurs, il est largement démontré que les connaissances ne sont pas un déterminant majeur des comportements en santé (*voir p. 8, La communication et les déterminants des comportements*).

2. Théorie sociale cognitive

Cette théorie a été formulée par le psychologue canadien Albert Bandura sous le nom de théorie de l'apprentissage social avant qu'il ne préfère celui de théorie sociale cognitive en 1986.

L'un de ses concepts est qu'un individu apprend en observant les autres (apprentissage vicariant) et que l'impact de l'environnement sur les comportements de chacun est majeur. Réciproquement, le comportement d'un individu influence ceux de son entourage.

À cela s'ajoute la notion d'auto-évaluation de l'efficacité potentielle d'un comportement, Bandura expliquant que *« l'auto-efficacité perçue concerne les croyances de chacun dans sa capacité à agir de façon à maîtriser les événements qui affectent son existence. [...] Les gens ont peu de raisons d'agir ou de persévérer face à des difficultés s'ils ne pensent pas que leurs actions produiront les résultats qu'ils désirent²⁵ »*.

3. Théorie de l'action raisonnée

Développée par Martin Fishbein et Icek Ajzen à la fin des années 1960, la théorie de l'action raisonnée analyse la motivation de base d'un individu à effectuer une action. Pour elle, l'intention d'adopter un comportement précède ce comportement et est déterminée par l'attitude de la personne à l'égard du comportement et l'importance qu'elle accorde à l'opinion de son entourage. Cette attitude regroupe les réponses cognitives et émotionnelles suscitées par la perspective d'un comportement et l'évaluation des conséquences de ce comportement. Les normes subjectives incluent le désir de se conformer à l'opinion de certaines personnes. Pour

certains comportements, la composante attitude détermine les intentions, tandis que l'influence de la composante normative est prépondérante pour d'autres.

Cette théorie se présente comme ayant un pouvoir prédictif des comportements, même si elle prédit en réalité davantage l'intention que le comportement.

4. Théorie du comportement planifié

En 1985, Ajzen a élargi la théorie de l'action raisonnée à la théorie du comportement planifié. Cette théorie modifiée prend en compte des situations où un individu a la volonté d'adopter un comportement, mais où celle-ci est neutralisée par des raisons subjectives ou objectives. Elle reflète donc la capacité d'une personne à adopter un comportement dans un contexte général ou quand elle doit surpasser des difficultés.

Comme son nom l'indique, elle postule qu'un comportement doit préalablement être planifié avant de devenir réalité, cette planification faisant intervenir les attitudes par rapport au comportement, les normes sociales et l'auto-évaluation de l'efficacité.

5. Théorie des comportements interpersonnels

En 1979, le psychologue américain Harry Charalambos Triandis a complété les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, estimant qu'un comportement résulte de trois facteurs : l'intention, l'habitude, les conditions facilitant son adoption.

L'intention dépend de facteurs sociaux, des conséquences perçues et de l'attitude. Elle est déterminante quand il s'agit d'un nouveau comportement, tandis que l'habitude l'emporte s'il n'est pas nouveau, avec un certain automatisme induit par la répétition du comportement. Les facteurs facilitant l'adoption d'un comportement sont très variés et incluent, par exemple, l'environnement social et les conditions matérielles.

6. Théorie de l'autodétermination

En 2017, les psychologues australien Richard M. Ryan et américain Edward L. Deci ont formulé la théorie de l'autodétermination qui est l'une des approches de la motivation les plus reprises aujourd'hui²⁶. Pour elle, le sentiment de choisir librement est central dans l'adoption d'un comportement, l'autonomie étant un besoin psychologique fondamental, facteur de développement et de bien-être.

Cette théorie se compose de six mini-théories :

- Évaluation cognitive : explique la manière dont les événements environnementaux, le contexte social et les événements personnels peuvent favoriser ou au contraire réduire la motivation intrinsèque.
- Intégration organismique : décrit le processus qui permet à l'être humain d'intégrer ses expériences et ainsi de développer son degré d'autodétermination dans le cadre d'activités extrinsèquement motivées (comme dans le cadre du travail par exemple), quand les conditions le permettent.
- Orientations causales : s'intéresse aux préférences individuelles et à la manière dont l'orientation vers l'autonomie, le contrôle ou la non-action conditionne le degré d'auto-détermination.
- Besoins psychologiques fondamentaux : explore la manière dont l'environnement, en nourrissant ou non les besoins psychologiques fondamentaux de l'individu, conditionne sa capacité à se développer psychologiquement, à expérimenter un sentiment de bien-être et à préserver sa santé à long terme.
- Contenu des objectifs : s'intéresse à la différence entre buts intrinsèques et extrinsèques et à la manière dont ceux-ci contribuent au sentiment de bien-être à long terme.
- Motivation des relations : examine l'importance des relations humaines. Cette mini-théorie propose que des relations de haute qualité contribuent à satisfaire l'ensemble des trois besoins fondamentaux décrits dans la théorie des besoins psychologiques fondamentaux²⁷.

Voici un peu plus d'une vingtaine d'années, des médecins et spécialistes de santé publique américains, britanniques et australiens ont avancé le concept de « *health literacy* » qui fait aujourd'hui l'objet de nombreux travaux et applications dans des pays anglophones mais est encore trop peu connu dans les pays francophones.

Ce concept est né du constat « *de l'échec de programmes antérieurs d'éducation à prendre en compte les déterminants sociaux et économiques de la santé [...] ce qui a conduit à sous-estimer le rôle potentiel de l'éducation à la santé* », a expliqué le professeur de santé publique australien Dan Nutbeam²⁸. « *Des campagnes qui se concentraient uniquement sur la transmission de l'information sans prendre en compte la condition sociale et économique des individus n'atteignaient pas leurs objectifs.* »

1. Définition

La définition généralement reprise de *health literacy* est celle formulée par l'OMS en 2009 : « *Cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health* », que nous pouvons traduire par « les compétences intellectuelles et sociales qui déterminent la motivation et la possibilité qu'ont les personnes à obtenir, comprendre et utiliser l'information de façon à favoriser et conserver une bonne santé²⁹ ».

Le nombre d'articles consacrés à la *health literacy* ou la mentionnant a explosé depuis une quinzaine d'années. Aux États-Unis, les universités de Harvard, de l'Arkansas, du Maryland, Emory, de l'Ohio et du Kentucky, pour ne citer que quelques exemples, ont des départements ou des laboratoires de *health literacy*, tandis que l'Académie nationale

des sciences, d'ingénierie et de médecine anime un bureau de la *health literacy*. Il en est de même dans des universités ou des instituts du Québec, de Sydney, de Maastricht, de Vienne, de Varsovie, de Dublin, d'Athènes, de Bilthoven (Pays-Bas), de Murcia (Espagne), de Sofia ou de Louvain. Des gouvernements ont mis en place des comités, des bureaux ou des programmes en charge de la *health literacy*, comme au Canada, en Australie, en Grande-Bretagne ou aux États-Unis.

Si des auteurs pouvaient écrire dès 2009 que « *la health literacy est devenue un phénomène international* », elle s'arrêtaient encore aux portes de la francophonie où elle a ensuite pénétré, d'abord en Suisse et en Belgique. Santé Publique France propose aujourd'hui une trentaine de documents sur cette thématique ou l'évoquant³⁰. Un Réseau francophone de « littératie en santé » regroupe une cinquantaine de chercheurs, tous rattachés à des organismes européens. Malgré cela, 364 seulement des 18 892 articles recensés par PubMed dont le texte contient « *health literacy* » ou « littératie » ont au moins un de leurs auteurs affilié à un organisme français³¹.

2. Health literacy et santé

Aux États-Unis, un faible niveau de *health literacy* a été associé à une fréquence plus grande des cancers du col de l'utérus, un diabète plus élevé, une mauvaise gestion de l'asthme, de plus longues durées d'hospitalisation, un mauvais usage des médicaments, un moindre recours aux services de prévention et un taux de mortalité supérieur³². Une étude menée pendant cinq ans sur 3 260 bénéficiaires du programme Medicare dans quatre agglomérations américaines a montré qu'une faible *health literacy* était associée à une augmentation de 50 % de la mortalité³³. Une méta-analyse a conclu que l'efficacité de l'auto prise en charge des diabétiques est liée à leur *health literacy* et émis des recommandations à l'usage du personnel de santé³⁴.

La démarche de *health literacy* est la « *base d'une nouvelle approche de la santé* », estiment les suisses Stutz Steiger et Spycher : « *Pour vivre sainement, bien se soigner en cas de maladie et prendre les bonnes décisions politiques dans le domaine de la santé, il est essentiel de disposer d'une*

solide culture sanitaire» («*health literacy*» est ici traduit par «culture sanitaire³⁵»). Les auteurs alertent sur le coût du manque de *health literacy* dans le contexte des pays développés où «*la palette de prestations, traitements et produits proposés dans le domaine de la santé s'est considérablement élargie*». Les personnes dont la *health literacy* «*est lacunaire sont plus souvent souffrantes et ont plus de difficultés à gérer la maladie*».

Extrapolant à la Suisse des études menées aux États-Unis, les auteurs estiment à 1,5 milliard de francs suisses* le surcoût global dû au manque de *health literacy* en 2004, dont 700 millions pour l'assurance maladie, surcoût qui inclut la perte de productivité et l'absentéisme. Les auteurs proposent de mesurer les lacunes en *health literacy*, puis de définir une méthode pour les combler et d'évaluer le coût des actions à entreprendre, les conséquences financières du manque de *health literacy* étant «*un thème négligé*» en Suisse³⁶.

Aux États-Unis ces conséquences financières ont été évaluées entre 106 et 238 milliards de dollars par an, sur la base d'une série de travaux portant notamment sur l'accroissement des hospitalisations, la mauvaise observance des traitements anti-diabétiques (1 point d'augmentation sur une échelle de *health literacy* allant de 1 à 6 multiplie par 1,8 à 2,7 la probabilité d'une bonne observance) ou la mortalité chez les personnes âgées^{37,38}. En ajoutant les coûts annuels actuels et à venir générés par des comportements résultant d'un faible niveau de *health literacy*, les auteurs de l'étude situent entre 1 600 et 3 600 milliards de dollars les conséquences annuelles totales de cette défaillance. Au Canada, le coût du niveau insuffisant de *health literacy* est évalué entre 3 et 5 % du budget de la santé³⁹.

3. Une traduction impossible

Différentes traductions françaises de *health literacy* ont été proposées comme «culture sanitaire», restrictive car elle évoque l'hygiène davantage que la santé, «compétence informationnelle en santé», à la

* Environ 1,5 milliard d'euros en août 2024.

fois complexe et restrictive car il ne s'agit pas seulement d'information, ou encore « compétences en matière de santé », fidèle à l'anglais mais qui ne s'est pas imposée.

L'expression la plus utilisée est « littératie en santé », que Santé Publique France définit comme « *le résultat de l'interaction entre les capacités d'une personne à reconnaître son besoin d'information en matière de santé, à trouver cette information, à la comprendre et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées sur sa santé, et les exigences du système de santé* ».

Sur le plan sémantique, par sa racine commune avec « littérature », l'anglicisme « littératie » évoque la maîtrise de la lecture, ce qui a amené le Robert à la définir comme l'« *aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne* ». Or « *literacy* » a deux significations en anglais. Si l'une est la capacité à lire et écrire, l'autre est la connaissance ou les compétences dans un domaine donné (« *digital literacy* » désigne par exemple la familiarité avec l'informatique⁴⁰). « Littératie en santé » renvoie au premier sens de « *literacy* », qui ne correspond pas à la définition originelle de *health literacy* mais à son emploi dans un sens restreint, comme nous le verrons ci-dessous.

En l'absence de traduction à la fois fidèle et reconnue, nous préférons utiliser l'expression originelle anglaise, *health literacy*.

4. Deux conceptions de la *health literacy*

Le concept de *health literacy* connaît deux interprétations divergentes.

Alors que Nutbeam le considérait comme une façon de « *prendre en compte la condition sociale et économique des individus* » et que la définition de l'OMS mentionne « *les compétences intellectuelles et sociales* », un rapport du Comité sur la *Health Literacy* de l'Association médicale américaine publié en 1999 se concentrait uniquement sur « *la capacité à lire et comprendre les notices de médicaments, les ordonnances, les comptes rendus médicaux et tout le matériel médical nécessaire pour que le patient réussisse son parcours* », ce qu'on appelle la *health literacy* « *fonctionnelle*⁴¹ ». « *Cette définition étroite de la health literacy laisse de côté une grande partie de la signification et du but de la connaissance* »,

estime Nutbeam, car il existe « différents “types” de literacy et de son utilisation dans la vie quotidienne ». Cette définition « encourage une myopie concentrée sur le manque de maîtrise de la lecture et de l'écriture et ignore les barrières érigées par la culture, la langue et les conceptions du personnel de santé⁴² ». « La health literacy ne dépend pas des compétences en écriture et en lecture, comme cela a été démontré dans des pays où l'analphabétisme est élevé », ont souligné les professeurs d'éducation à la santé Diane Levin-Zamir et Jane Wills⁴³.

Voici 20 ans, les uns appréhendaient donc l'individu dans son contexte social, les autres dans sa relation avec les documents émanant du corps médical. Les nombreux programmes de *health literacy* lancés depuis relèvent le plus souvent de la seconde approche.

L'Institute for Healthcare Advancement anime ainsi, par exemple, un forum très actif sur lequel des intervenants en santé échangent leurs expériences de mise en œuvre de la *health literacy* dans les relations soignants-patients, l'éducation thérapeutique et la conception de documents d'information. Les problématiques portent, notamment, sur l'édition de documents, l'utilisation de schémas ou dessins, les mots à utiliser pour expliquer une notion, ou encore l'emploi des statistiques avec le grand public. La *health literacy* se rapproche ainsi de ce qu'on appelait la vulgarisation et qu'on désigne aujourd'hui par médiation scientifique, médiation appliquée aux explications médicales pour les patients.

2 500 000 personnes sont illettrées en France. 38 % des adultes africains sont analphabètes et probablement plus de la moitié, illettrés⁴⁴. Or, un employé de ferme français illettré ou un Lobi analphabète de la forêt ivoirienne possède des « compétences intellectuelles et sociales » en santé. La conception restreinte de la *health literacy* a amené à proposer d'intégrer « les méthodes de la lutte contre l'illettrisme et l'analphabétisme » aux programmes d'éducation des patients⁴⁵. Ce qui semble déjà difficile pour des programmes ciblés, menés dans des hôpitaux du Nord en direction d'un nombre restreint de patients, devient illusoire en santé publique, particulièrement dans les pays en développement.

Dans les pays francophones, la littératie en santé s'inscrit généralement dans le cadre de l'éducation thérapeutique, comme intervention

destinée à améliorer « *les conditions d'une interaction satisfaisante avec les malades*⁴⁶ ». Elle contribue ainsi à placer le malade au centre de l'organisation des soins et à transformer la passivité du « patient » en une gestion active de sa santé.

5. Utilité et limites de la *health literacy*

La conception restreinte de *health literacy*, la littératie en santé, est un apport incontestable pour une transmission efficace de l'information médicale aux patients et, plus généralement, pour l'éducation thérapeutique.

Le concept originel de *health literacy*, forgé en réaction aux échecs de campagnes de santé publique, allait cependant au-delà de la relation soignants-patients et des auteurs ont ultérieurement avancé une conception élargie qui « *inclut les actions sociales, politiques et individuelles* » et prend en compte « *à la fois les compétences des individus et des communautés et les caractéristiques des institutions et des professionnels qui peuvent renforcer ou inhiber les actions des individus ou des communautés*⁴⁷ ». Cette définition a été encore davantage ouverte avec l'introduction de la « *public health literacy* », « *la capacité qu'ont des individus ou des groupes à obtenir l'information nécessaire, se l'approprier, la comprendre, l'évaluer et agir sur elle afin de prendre des décisions de santé publique au bénéfice de la communauté* » ; « *la public health literacy est différente de la health literacy au niveau individuel et les deux types de literacy représentent, ensemble, un modèle plus complet de health literacy*⁴⁸ ».

Nous proposons d'inclure cette conception élargie de la *health literacy* dans le cadre théorique de « culture en santé » présenté au chapitre suivant.

Théorie de la culture en santé

4

Nous avons évoqué dans le chapitre précédent quelques théories du changement de comportement, plus souvent descriptives qu'interventionnistes. Se situant au niveau de l'individu dont elles décrivent ou tentent de prédire les comportements, si leurs apports doivent être pris en compte elles ne sauraient proposer un cadre théorique pour la communication en santé publique.

La *health literacy* s'inscrit dans une perspective de santé publique, surtout dans son acception élargie. Le champ de la communication en santé publique est cependant plus vaste que celui de l'éducation à la santé ou de la promotion de la santé, auquel la *health literacy* fournit un cadre conceptuel. L'éducation à la santé s'adresse à un public circonscrit, généralement rencontré en face à face dans des structures de santé, quand la communication en santé publique est le plus souvent une communication de masse. La première se situe dans le temps long, quand la seconde intervient fréquemment dans des situations d'urgence sanitaire.

Comme l'ont souligné Albarracin et collaborateurs, « *la connaissance et les croyances* », sur lesquelles portent l'éducation, sont des déterminants « *très visibles mais peu décisifs des comportements* ». Pour agir sur les comportements, la communication en santé publique doit prendre en compte bien d'autres déterminants individuels et sociaux de ces comportements.

Nous proposons pour la communication en santé publique le cadre théorique de la « culture en santé », dans lequel les théories du changement de comportement et la *health literacy* trouvent leur place, « culture en santé » désignant la culture de la population cible, sur la question de santé concernée. La culture en santé prend en compte l'ensemble des déterminants individuels et socio-structurels des comportements, pour définir une communication adaptée à ces déterminants.

1. Déterminants de l'adhésion à des campagnes de santé publique

Pour définir le champ de la culture en santé, nous commencerons par identifier quelques déterminants de l'adhésion ou la non-adhésion à des recommandations de santé publique, au cours de crises sanitaires récentes ou sur des thématiques de santé récurrentes.

Nous avons vu que des auteurs listent huit catégories de déterminants des comportements : connaissances, compétences générales, conceptions générales, croyances, émotions, compétences comportementales, perceptions des comportements et habitudes (*voir p. 8, La communication et les déterminants des comportements*). Nous présentons ci-dessous des expériences de campagnes de santé publique qui ont mis en relief le rôle de divers déterminants de l'adhésion aux comportements que ces campagnes promouvaient, déterminants que nous regroupons par une simplification arbitraire en cinq catégories.

Les situations évoquées brièvement ici sont développées dans la seconde partie de cet ouvrage, Études de cas.

a – Les connaissances

La population possède des connaissances en santé, la *health literacy* que nous avons vue au chapitre précédent, connaissances parfois sous-estimées par le personnel de santé et les autorités sanitaires, et qu'elle actualise dans des situations évolutives comme lors d'une épidémie de maladie émergente. Nous prenons ici trois exemples.

Pandémie de grippe A(H1N1), France, 2009

L'épidémie de virus grippal A(H1N1)₁ en 2009 est un premier exemple de connaissances susceptibles de décrédibiliser des messages de santé publique qui les contredisent (*voir Étude de cas 1, Gestion de la pandémie de grippe A(H1N1), 2009*).

Lors de son identification au début de l'année 2009, la nouvelle souche de virus grippal A(H1N1) provoquait une morbidité et une mortalité inhabituelles pour un virus grippal, laissant craindre le début d'une pandémie de la gravité de celle de grippe espagnole qui avait tué une cinquantaine de

millions de personnes en 1918-1919. Cependant, aux mois d'avril et mai il apparut que cette souche était en réalité beaucoup moins pathogène que les virus grippaux saisonniers habituels, ce qui fut relayé par des communiqués rassurants de l'OMS et par les médias qui s'appuyaient sur les déclarations de médecins français réputés.

Le gouvernement français décida de poursuivre dans la direction d'une mobilisation massive qu'il avait très vite tracée : il commanda une grande quantité de vaccins qui seraient disponibles à l'automne et mit en place un vaste programme de vaccination. En octobre, la vaccination commença dans des gymnases, même si ce déploiement de moyens apparaissait désormais surdimensionné par rapport au risque posé par la pandémie. Le ministère de la Santé tenta de nier cette inadéquation en exagérant la pathogénicité du virus, ce qui suscita la méfiance d'une majorité de la population bien informée de la réalité.

La campagne de vaccination fut un échec. Des rumeurs prospérèrent sur des intentions cachées des promoteurs de la vaccination et entachèrent la vaccination antigrippale. La couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans chuta pendant plusieurs années, passant de 64 % en 2008 à un minimum de 48,5 % en 2015. Avec 56,2 % pour la saison 2022-2023, elle n'a jamais retrouvé son niveau antérieur à 2009.

Prévention du Covid-19

Deux études menées par l'auteur en Afrique de l'Ouest ont montré que le mélange de connaissances et d'idées erronées qui amenait une grande partie de la population à ne pas adhérer aux gestes barrières ou à la vaccination contre le Covid-19 était différent de ce qui était souvent supposé (*voir Étude de cas 2, Covid-19 : gestes barrières et vaccins*).

Les résultats d'une enquête socio-anthropologique au Burkina Faso, au Cap Vert, en Côte d'Ivoire, en Guinée Bissau et en Sierra Leone ont été surprenants⁴⁹. Alors que très peu de gens portaient le masque dans ces pays, y compris dans des lieux comme les transports en commun, la grande majorité considérait le masque comme utile pour se protéger contre le Covid-19. Contrairement à ce qui était fréquemment avancé, la rareté du port du masque n'était pas due à une incompréhension de son utilité.