

DÉCEMBRE 2012



Les changements de comportements à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs

PROPOSITIONS POUR LA PROGRAMMATION
DE LA RECHERCHE EN PRÉVENTION DES CANCERS

COLLECTION

État des lieux & des connaissances

RAPPORT DU GROUPE
DE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE
À L'INITIATIVE DE L'INSTITUT
NATIONAL DU CANCER (INCA)
ET DE L'INSTITUT
DE RECHERCHE EN SANTÉ
PUBLIQUE DE L'ALLIANCE
POUR LES SCIENCES DE LA VIE
ET DE LA SANTÉ (AVIESAN)

Agence sanitaire et scientifique de référence dédiée au cancer, l'Institut national du cancer stimule, soutient et met en œuvre une politique coordonnée de lutte contre la maladie. Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'INCa regroupe environ 150 collaborateurs en quatre entités opérationnelles : Recherche et innovation, Santé publique et soins, Recommandations et qualité de l'expertise, Communication et information.

Ce document est téléchargeable sur le site :

www.e-cancer.fr

**CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE
DU PLAN CANCER 2009-2013.**

Mesure 3

Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Ce document doit être cité comme suit : ©*Les changements de comportements à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs - Propositions pour la programmation de la recherche en prévention des cancers*. Collection État des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2012.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr

Les changements de comportements à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs

PROPOSITIONS POUR LA PROGRAMMATION DE LA RECHERCHE
EN PRÉVENTION DES CANCERS

Rapport du groupe de travail pluridisciplinaire (voir composition du groupe de travail en annexe 1)
à l'initiative de l'Institut national du cancer (INCa)
et de l'Institut de recherche en santé publique
de l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN)

TABLE DES MATIÈRES

Contexte et méthode.....	5
Quel contour pour l'étude du changement de comportement ?	7
1. POURQUOI UN PROGRAMME DE RECHERCHE DE CE TYPE EN FRANCE ?.....	7
2. INÉGALITÉS SOCIALES DE COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ	7
Quels types de recherche est-il possible de mener ?.....	10
1. LA RECHERCHE FONDAMENTALE.....	10
2. MÉTROLOGIE, EXPOLOGIE ET AUTRES NOUVELLES MÉTHODES DE MESURE : DES OUTILS À DÉVELOPPER, INVENTER OU VALIDER.....	24
3. LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE : LES MODÈLES D'INTERVENTION	27
4. LA RECHERCHE EN IMPLÉMENTATION DES MESURES : DE LA DÉCISION À LA MISE EN ŒUVRE À PARTIR DES PRATIQUES DES ACTEURS	37
Propositions pour une stratégie de programmation de la recherche en prévention	41
1. CONSTATS	41
2. INSERTION DANS LE CADRE DU SOUTIEN À LA RECHERCHE	41
3. AXES DE DÉVELOPPEMENT	42
4. STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT	44
Conclusion.....	48
Annexes.....	49
1. MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL.....	49
2. EXPERTS AUDITIONNÉS.....	50
3. LE MODÈLE INTÉGRATEUR DE GODIN.....	51
4. PLATEFORME DE SOUTIEN AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES EN PRÉVENTION DU CANCER.....	52
5. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LES ÉTUDES INTERVENTIONNELLES.....	54
6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS LE RAPPORT	57

CONTEXTE ET MÉTHODE

Lors de sa réunion d'octobre 2011, le Comité Scientifique international de l'INCa a formulé le souhait et la recommandation que l'INCa se dote d'une stratégie de programmation de la recherche en prévention des cancers, axée sur les changements des comportements liés à la santé. Afin de répondre à cette requête, un groupe de travail composé de chercheurs¹ a été mis en place autour de l'INCa et de l'ITMO Santé publique. L'objectif de ce groupe était, non pas d'effectuer une revue systématique de la littérature sur la question, mais de s'appuyer sur sa connaissance du domaine de recherche en prévention pour élaborer des propositions répondant à cette demande. L'INCa et l'ITMO Santé publique souhaitaient que le groupe propose des pistes pragmatiques, le lancement d'un simple appel à projets, même spécifique, ne constituant pas une réponse suffisante à l'ensemble des questions soulevées par la demande du Comité Scientifique international.

Le groupe de travail s'est réuni à quatre reprises au cours du premier semestre 2012. Un compte rendu de ces réunions était adressé pour validation aux membres du groupe, à l'issue de chacune d'elles. Il est rapidement apparu nécessaire de disposer d'éclairages plus spécifiques pour étayer les réflexions du groupe. Des auditions complémentaires ont été menées auprès d'acteurs identifiés par le groupe². Les comptes rendus de ces auditions ont été soumis aux personnes concernées puis transmis aux membres du groupe qui n'y avaient pas participé.

La première réunion du groupe a permis de définir le périmètre de la réflexion et les axes d'analyse structurants du présent rapport. Les réunions suivantes ont permis de préciser le plan du rapport, d'échanger sur les contributions de chacun des membres du groupe et sur les auditions effectuées. Le rapport a été élaboré par le département SHS-ESP de l'INCa, à partir des contributions des membres du groupe et des auditions d'experts et a été soumis pour validation finale aux membres.

Ce document reflète les réflexions et les propositions des membres de ce groupe d'experts, ainsi que des experts auditionnés. Les contributions spécifiques de certains membres à la rédaction de différentes parties se retrouvent dans les éléments de références bibliographiques en annexe. Fruit d'une commande du Conseil Scientifique international, ce document lui a été transmis afin qu'il en discute et qu'il propose des arbitrages entre les différentes pistes proposées. Les propositions du Conseil Scientifique international ont été transmises au Comité de direction de l'INCa, afin qu'il rende les arbitrages finaux relatifs aux actions à entreprendre.

Le groupe de travail était présidé par **Jean-Paul MOATTI**
Institut de recherche en santé publique

Le document a été coordonné par **Jean-Baptiste HERBET** et **Norbert AMSELLEM**
Direction de la Recherche et Innovation, INCa

¹ Cf. composition du groupe, en Annexe 1.

² Cf. liste des experts auditionnés, en Annexe 2.

QUEL CONTOUR POUR L'ÉTUDE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ?

Sont pris en compte, dans cette réflexion stratégique, les déterminants *tant individuels que collectifs* des changements de comportements liés à la santé. Le terme « collectif » recouvre l'écologie³ des changements de comportement, qu'il s'agisse d'économie, de réseaux sociaux, de cohésion sociale, d'architecture des choix, de prise de décisions, d'environnement géographique, social, communautaire, professionnel, culturel... et s'appuie aussi sur l'intégration des nouvelles technologies comme outils d'interventions en santé publique.

1. POURQUOI UN PROGRAMME DE RECHERCHE DE CE TYPE EN FRANCE ?

Divers aspects ont été déclinés par le groupe : pourquoi vouloir changer les comportements à risque pour la santé ? Pourquoi et comment la recherche peut-elle contribuer à ces modifications ? Il est reconnu que les principaux leviers pour améliorer l'état de santé et lutter contre les inégalités sociales de santé se situent en amont du soin, dans la prévention primaire et secondaire. Pourtant, dans le système de santé français, mais également à l'étranger, l'accent et les ressources sont à l'heure actuelle principalement mis sur la médecine curative, très peu sur la prévention. Il en est de même dans la recherche, ce qui limite notre capacité à identifier, tester et mettre en place des interventions efficaces dans ce domaine.

2. INÉGALITÉS SOCIALES DE COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ

Au cours des dernières décennies, l'amélioration de l'état de santé moyen de la population a été l'objectif central des politiques de santé publique en France. Cet objectif a été globalement atteint, mais ce gain recouvre de profondes disparités. Un tel constat est issu de travaux anglosaxons ayant mis au jour des formes d'inégalités diverses, par leur nature comme par leur forme d'expression [Mackenbach, 1995], mais aussi de travaux français convaincants, ayant mis en avant la « double peine » subie par les classes populaires, qui connaissent à la fois des existences plus courtes et des périodes de vie avec des incapacités ou des handicaps plus longues que les classes plus favorisées [Cambois et al., 2008]. Les comparaisons internationales ont par ailleurs montré une situation française relativement dégradée sur le plan des inégalités sociales de santé [Mackenbach et al., 2008 ; Menvielle et al., 2007 ; Jusot, 2010]. Aujourd'hui, rares sont les événements ou plans de santé publique qui, d'une manière ou d'une autre, n'appellent de leurs vœux la réduction des inégalités sociales de santé. Le Plan cancer 2009-2013, pionnier en la matière, en a même fait une priorité [Grünfeld, 2009].

Alors que le sens commun conduit souvent, face aux inégalités sociales de santé, à envisager des situations résumées à la grande précarité, cette question s'inscrit en fait dans un *continuum* qui n'oppose pas uniquement les plus démunis aux autres, mais implique l'ensemble de la société, avec une hiérarchie sociale au sein même des populations socialement intégrées. La notion de gradient social apparaît ainsi centrale dans la manière de penser les inégalités. Si elles ne sont pas quantifiées avec précision, celles-ci risquent de passer inaperçues, car moins paroxystiques que les situations de grande précarité. Il faut souligner la dimension multifactorielle des inégalités sociales de santé et les interactions entre leurs différents facteurs, souvent cumulatifs. Les inégalités

³ Cf. *Structuration des déterminants de la santé*. M. Whitehead, 1991.

sociales de santé résultent en effet d'événements de vie, du contexte environnemental (incluant la dimension socioéconomique, le soutien social, les conditions de travail), des comportements et modes de vie, et du recours aux soins.

Les recherches ont montré que les problèmes de santé sont assez différents selon les âges de la vie [Leclerc et al., 2008]. Si les études sur le différentiel de morbidité et de mortalité portent logiquement sur les personnes âgées et la fin de vie, les problèmes et pathologies n'en trouvent pas moins, en grande partie, leurs germes dans l'enfance ou l'adolescence, qu'ils relèvent d'exposition à des risques, de conditions de vie particulières ou de comportements individuels. Les travaux sur les adolescents ou les jeunes adultes se révèlent plus rares. Parmi les indicateurs fondamentaux à prendre en compte dans l'analyse de la survenue des cancers et de l'ensemble des maladies chroniques, figurent notamment les usages de substances psychoactives (en particulier le tabac et l'alcool), la nutrition et l'activité physique. Ces différents comportements occupent une place très importante en termes de facteurs de risques.

Les travaux récents menés en France comme dans le reste de l'Europe sur l'**obésité** et la surcharge pondérale ont montré une relative stabilisation de la prévalence de l'obésité au cours de la dernière décennie [Olds et al., 2011 ; Lioret et al., 2009]. Toutefois, ce constat encourageant doit être nuancé par le fait que, sur cet indicateur, les inégalités sociales se sont creusées dans le même temps. Le surpoids et l'obésité apparaissent de fait très marqués par les déterminants sociaux. Ils résultent de modes de vie dans lesquels une alimentation inadaptée, une activité physique insuffisante et un excès de temps consacré aux occupations sédentaires jouent un rôle majeur, avec notamment des temps passés face aux écrans (de télévision, d'ordinateur...) pouvant être très longs.

Sur d'autres facteurs de risque tels que le tabagisme et l'alcoolisation, les inégalités semblent également se creuser. Parmi les adolescents, la tendance qui se dégage montre ainsi des comportements d'expérimentation plus répandus dans les milieux plutôt favorisés alors que ces consommations régulières, voire addictives, sont plus fréquentes parmi les plus précaires et les moins diplômés. Depuis les années 1970 (loi Veil en 1976) mais surtout 1990, d'importantes actions de prévention du **tabagisme** ont été menées (nombreuses campagnes d'information et de prévention, loi Evin, augmentation des prix, interdiction progressive de fumer dans les lieux publics, loi Bertrand...). Il apparaît que les plus diplômés, après avoir été les bons élèves de l'institution scolaire sont souvent devenus ceux de la prévention. On peut également supposer que la réussite scolaire et l'arrêt du tabagisme sont deux phénomènes liés à une capacité d'autodiscipline, dans la mesure où, dans les deux cas, la conformation aux règles est une condition importante de la réussite [Peretti-Watel et al., 2007]. D'un point de vue opérationnel, il apparaît nécessaire d'étudier les résistances à l'arrêt du tabagisme dans les catégories sociales les moins éduquées, afin de proposer des actions de prévention adaptées. Enfin, les populations les plus défavorisées socialement, et notamment les personnes en situation de chômage, paraissent moins réceptives aux alertes informant de la nocivité du tabac. Les préoccupations concernant leur santé et les comportements à risque leur apparaissent comme secondaires et lointaines au regard des difficultés auxquelles elles se trouvent confrontées au quotidien ; en outre, le tabagisme est souvent invoqué comme une ressource pour faire face, le dernier plaisir qu'on s'autorise [Peretti-Watel et al., 2009]. La précarité professionnelle semble amoindrir la capacité de projection dans l'avenir et donc la prise de conscience des conséquences futures des conduites présentes.

Les pratiques d'**alcoolisation** apparaissent également très marquées selon les catégories sociales [Beck et al., 2007], les usages sociaux de l'alcool pouvant prendre des formes très diverses [Ancel et Gaussoit, 1998]. Ce lien entre mode d'alcoolisation et catégories sociales semble d'ailleurs prendre le pas sur les différences liées au genre, dans un domaine même où les hommes ont

toujours été, à tout âge, beaucoup plus concernés que les femmes [Beck et al., 2010]. Le rapport à l'alcoolisation ne se résume pas en effet à une simple caractéristique sexuelle, dans la mesure où les modes de consommation apparaissent liés au sexe des individus, mais aussi aux rôles sociaux qui modèlent les rapports entre hommes et femmes [Gmel et al., 2000 ; Bloomfield et al., 2006]. De plus en plus, les différences de comportements entre hommes et femmes s'avèrent moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, si elle peut gagner à prendre en considération le genre, se doit aussi d'accorder une place importante aux contextes sociaux de consommation.

Concernant l'accès au dépistage des cancers, le gradient social apparaît moins fort depuis quelques années en France, notamment grâce au dépistage organisé [Beck et Gautier, 2012], mais des questions se posent encore en termes d'inégalités concernant les populations les plus précarisées, et leur fidélisation (enquête INCa en cours).

L'un des objectifs de la politique nationale de santé publique est de réduire les inégalités sociales de santé. Cet objectif a été clairement énoncé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, puis réaffirmé dans la loi du 9 août 2004 en ces termes : « *L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* ». On le sait désormais, si une prévention n'est pas ciblée, elle est forcément inégalitaire [White et al., 2009]. Il apparaît donc primordial de tenir compte des aspects potentiellement inégalitaires de la mise en œuvre de la prévention et, en regard, d'encourager les initiatives d'actions et de recherches (observationnelles et interventionnelles) menées auprès des populations précaires, ou intégrant en amont une dimension de prise en compte des inégalités sociales de santé. L'étude fine des freins d'accès au dépistage, en particulier chez les plus précaires, semble ainsi primordiale. Les analyses d'enquêtes en population générale représentatives sont également nécessaires. Au-delà des indicateurs classiques, de nouveaux outils de mesure sont disponibles et leur utilisation doit être encouragée [Pornet et al., 2012]. Ces enquêtes permettent de mesurer à la fois le gradient social et son évolution dans le temps, mais aussi les écarts entre les situations extrêmes en termes socioéconomiques.

QUELS TYPES DE RECHERCHE EST-IL POSSIBLE DE MENER ?

1. LA RECHERCHE FONDAMENTALE

La recherche fondamentale a pour objectif de mieux comprendre les mécanismes déterminants et leurs médiateurs. Elle s'appuie sur une prise en compte et une analyse du contexte social. Il semble nécessaire de mettre en place une approche multiniveaux intégrée dans les projets de recherche, incluant le système nerveux (addictions), la personne et l'environnement, en analysant les interactions entre ces différents niveaux. Cette recherche multidisciplinaire se doit d'impliquer notamment les neurosciences, la génétique, la psychologie, la sociologie et l'économie.

1.1. Les modèles explicatifs

Quelle est la place des comportements dans les déterminants de la santé ? Le cadre classique en santé publique, issu du rapport Lalonde de 1974⁴, reposait sur quatre grands types de déterminants de l'état de santé, dont les « habitudes de vie » (« l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé »). Depuis, les recherches en santé des populations, dont les premières bases ont été synthétisées dans l'ouvrage « *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Population* »⁵, ont permis de montrer que les déterminants macrosociaux, économiques et culturels ont autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements personnels ou les soins médicaux. Une nouvelle classification des déterminants est alors proposée, dite socioenvironnementale et comprenant cinq types de déterminants : l'environnement social, l'environnement physique, la génétique, le système de santé, la réaction individuelle comportementale et biologique. Il est important de noter que la catégorie « habitude de vie » de Lalonde disparaît ici. *Le comportement n'est plus considéré seulement comme un facteur individuel, mais comme le fruit d'une interaction entre un environnement et des caractéristiques constitutionnelles.* Les comportements sont ainsi les maillons intermédiaires d'une chaîne causale allant de l'environnement social et physique à la santé. De nombreux travaux ont été menés pour identifier ces déterminants, objectiver les liens de causalité et proposer des interventions efficaces. Ces travaux ont notamment été synthétisés dans le cadre de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS⁶.

1.1.1. Les modèles psychosociaux du comportement

Par ailleurs, pour expliquer les comportements de santé, de nombreux modèles psychosociaux ont été développés depuis les années 1950 : le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*), la théorie sociale cognitive (*Social Cognition Theory*), la théorie de l'action raisonnée, la théorie des comportements interpersonnels, la théorie du comportement planifié, le modèle transthéorique de changement (*Trans-Theoretical Model*)... La capacité des principaux modèles à expliquer les comportements a été récemment analysée par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁷.

⁴ Lalonde M. *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens*. Ottawa, Gouvernement du Canada, 1974, 83 pages.

⁵ Evans RG, Barer ML, Marmor TR. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994, 368 pages.

⁶ Wilkinson R, Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Deuxième édition. Genève, OMS, 2004, 41 pages.

⁷ Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfied S, Newbould J, Rennie T. *A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model*

À titre de synthèse pragmatique, Gaston Godin a développé un « cadre intégrateur » (cf. annexe 3) qui mêle les facteurs psychosociaux issus des modèles précédents à la démarche de planification⁸. Ce cadre permet aux acteurs de questionner les facteurs les plus pertinents à travailler dans l'intervention. Il constitue ainsi une base largement utilisée pour déterminer les leviers d'intervention les plus pertinents dans une action d'éducation à la santé et pour choisir les modalités d'interventions les plus adéquates.

On peut d'ailleurs constater une évolution de la réflexion dans ce domaine : on est passé d'une étape où les états de santé sont la « variable dépendante », mettant sur le même plan plusieurs facteurs explicatifs (dont les perceptions et les comportements), à une autre étape où ce sont les comportements liés à la santé qui sont à expliquer, à partir de modèles psychosociologiques puis, à une phase plus récente, où il s'agit d'identifier des chaînes causales complexes (rétroactions, etc.) et où la santé redevient l'objet final et les comportements occupent des places différentes aux différents moments de cette chaîne.

S'intéresser aux modèles théoriques proposés pour expliquer la santé et la maladie n'est pas qu'une préoccupation académique : ces modèles conditionnent les modes d'intervention en santé publique. En particulier, ces éléments nous montrent qu'agir sur les comportements est une finalité. L'intervention ne peut pas se limiter, comme trop souvent en France, à une action individuelle ou collective de transmission d'information : « Ce n'est pas parce que l'on désire modifier un comportement qu'il faut opter pour une approche éducative, erreur qui a souvent été commise par le passé. Il y a des circonstances où des méthodes d'intervention telles que l'organisation communautaire, la réglementation et la présence d'un réseau de soutien social, auront plus d'influence sur l'adoption d'un comportement que celle que pourrait avoir un programme d'éducation basé sur une diffusion de l'information »⁹.

1.2. Quelques approches disciplinaires

1.2.1. L'apport des SHS à la prévention des conduites défavorables à la santé

Les ressorts des changements de comportements liés à la santé ne se limitent certes pas aux simples messages des campagnes d'information à visée préventive. Toutefois, l'analyse de ces ressorts comprend, parmi d'autres aspects, l'examen de ce champ cognitif ou communicationnel¹⁰. Ainsi, un message n'est jamais simplement « reçu » et ajouté à un « stock » d'informations. En général, pour qu'une personne assimile durablement un message, elle doit lui faire une place dans ses propres croyances et le valoriser selon ses propres arbitrages économiques, ce qui implique de l'adapter, voire de le modifier sensiblement. Le plus souvent, il n'y a donc pas d'assimilation d'un message sans déformation de celui-ci.

(TTM) to study and predict health related behaviour change. NICE 2006.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11868/44524/44524.pdf>

⁸ Godin G. Le changement des comportements de santé. In : G. F. Fisher (Éd.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod 2002 : 375-388.

⁹ Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé* 1991 ; 9 (1) :67-94.

¹⁰ Cf. aussi plus loin (D.), le modèle de la « communication engageante ».

Comment les individus « résistent » aux messages ?

Pour comprendre les difficultés rencontrées par la prévention, on doit s'intéresser d'abord à la façon dont ses messages sont accueillis par le public et, plus particulièrement, à la propension des individus à résister aux messages préventifs. Les « fausses croyances » permettent de mettre le risque à distance, de ne pas se sentir concerné par les risques pour sa santé pointés par les messages préventifs. Ce point est donc bien documenté, en particulier pour le tabagisme (cf. études australiennes notamment). En revanche, le terme même de « fausse croyance » révèle un déficit de travaux plus « compréhensifs », en particulier en France. L'apport des SHS serait ici de permettre de mieux comprendre pourquoi ces « fausses croyances » sont si difficiles à dissiper. On peut mobiliser la sociologie de la déviance, les travaux de psychologie sur la dissonance cognitive ou encore ceux portant sur les « pratiques compensatoires ». On peut également soulever le problème de la confiance à l'égard de ce que disent et font les pouvoirs publics en général et les autorités sanitaires en particulier. La forme et le contenu même des messages et les mesures incitatives qui les accompagnent peuvent se révéler ambiguës et parfois contradictoires, du fait même des enjeux économiques et des puissants *lobbies* bien connus (alcool, tabac). Ce thème de la confiance est récurrent en sociologie générale contemporaine, mais il n'a pas encore vraiment essaimé dans le domaine de la santé.

Pourquoi les individus « résistent » aux messages ?

En général, les conduites à risque sont fonctionnelles, elles satisfont des besoins et donc, pour certains, il n'est pas facile, ni même souhaitable, de s'en affranchir. Cet aspect est relativement mal connu en France et à l'étranger, et ce déficit de recherches tient sans doute beaucoup à la tendance actuelle à « médicaliser » les conduites à risque - ce qui justifie l'analyse du discours tenu par la prévention et la santé publique. Les recherches sur ces thèmes souffrent d'un « désavantage comparatif » du point de vue de leur accès aux sources de financement et de publication, même dans les pays anglosaxons. De même, les coûts associés par les individus aux changements de comportements semblent assez mal connus. De manière plus générale enfin, l'un des intérêts de l'apport des SHS est ici d'introduire les inégalités sociales de santé : en particulier, l'adhésion aux « fausses croyances », l'attitude des personnes à l'égard des autorités sanitaires, mais aussi les besoins satisfaits par les conduites à risque, dépendent beaucoup du milieu social et du niveau d'études.

La critique du discours préventif

Plutôt que de se demander comment les individus résistent aux messages préventifs, pourquoi ils ne changent pas leurs comportements, il convient de faire preuve de réflexivité, en questionnant le message préventif lui-même, qui n'est pas forcément bien adapté à ses objectifs. Le discours préventif reflète souvent des hypothèses implicites sur ses « cibles », il est aussi influencé et façonné par des valeurs, qu'il contribue à véhiculer [Lupton, 1995 ; Massé, 2003]. Cette dimension normative a été étudiée dans les pays anglosaxons et dans une moindre mesure en France ; elle est sans doute un facteur important pour comprendre les échecs de la prévention, en particulier lorsqu'elle s'adresse à un individu fictif qui ne correspond pas à ses « cibles » réelles [Peretti-Watel et Moatti, 2009]. Toutefois, au-delà de leur aspect critique, ces analyses ne sont pas forcément faciles à mobiliser de façon « positive » pour améliorer les actions de prévention. Un contre-exemple intéressant est fourni par le débat sur les effets potentiels de stigmatisation des campagnes de prévention, débat ouvert dans le monde anglosaxon, mais pas en France, avec l'idée que ces effets peuvent être efficaces et doivent alors être envisagés comme des leviers possibles [Bayer, 2008 ; Chapman et Freeman, 2008]. S'agissant des éventuels effets contre-productifs des

campagnes de prévention, ils restent assez peu étudiés, sachant que cette analyse doit se faire en lien avec l'étude des « résistances » aux messages préventifs (par exemple concernant les messages qui peuvent paradoxalement nourrir le déni du risque) [Peretti-Watel et Moatti, 2006].

Il importe alors de prendre en compte les interactions ou combinaisons entre comportements et de mettre en place des actions qui ciblent les déterminants communs des conduites associées. Le risque est grand de multiplier les cibles sans cohérence, voire en concurrence. Trouver ou créer des substituts de comportements, des synergies, des incitations (*nudging*) pour diffuser et/ou soutenir des modes de vie sains, pourrait être une piste particulièrement prometteuse.

1.2.2. Assurance et prévention : des déterminants économiques pour les comportements de santé

Il importe de prendre en compte tous les paramètres de coût, essentiels dans les arbitrages économiques, c'est-à-dire les choix de comportement et de consommation que réalisent les individus : la transformation des comportements que l'on cherche à modifier doit être coût-efficace, car elle sera rarement prise en compte par des assurances privées, c'est l'État et/ou l'individu lui-même qui devront en supporter les coûts.

Les économistes ont depuis longtemps étudié les interactions entre la demande d'assurance et les attitudes des individus vis-à-vis du risque. Les modèles théoriques standards de demande d'assurance étudient le risque, qui combine la probabilité de réalisation de l'évènement indésirable avec le montant du dommage subi. Ces caractéristiques sont respectivement supposées « exogènes », ne dépendant pas de la personne assurée. Or l'individu, sensible à une modification du prix des soins et se sachant assuré, peut adopter des comportements susceptibles d'aggraver ou d'améliorer son risque *via* la probabilité de survenue et/ou le montant du dommage subi. Il peut, par exemple, adopter des comportements de prévention et réduire la probabilité de survenue de l'accident. Dans le cas de la santé, le plus souvent, l'assureur ne peut observer l'évolution du risque de l'assuré. Dans un contexte d'asymétrie d'information, l'assuré peut ainsi adopter des comportements susceptibles de modifier les caractéristiques de son risque, *a fortiori* sous l'hypothèse de sensibilité de la demande de soins au prix de ces soins.

L'analyse économique de la prévention s'est essentiellement intéressée aux comportements individuels de prévention, et notamment à l'impact de l'assurance sur ces comportements. L'apport principal d'Ehrlich et Becker, dans leur article fondateur (1972), est d'associer la prévention primaire à des comportements d'auto-prévention (appelés plus généralement par les économistes aléa moral *ex ante*), et la prévention secondaire à des comportements d'autoassurance (aléa moral *ex post*) où intervient l'effort consenti par le patient. Cet effort de prévention repose, dans ce modèle, sur un investissement du patient réduisant la probabilité de maladie ou le montant du dommage. Les exemples fréquemment cités qui justifient cette vision sont la vaccination, pour la prévention primaire, et le dépistage de maladies, pour la prévention secondaire.

Des modèles plus récents proposent des formalisations plus adaptées à la prévention : certains ont adapté le modèle d'Ehrlich et Becker à la santé, en ajoutant la composante temporelle : la prévention étant un phénomène intrinsèquement dynamique, Eeckhoudt *et al.*, puis Dervaux et Eeckhoudt (1998) par exemple, intègrent le caractère séquentiel de la décision du patient - les décisions de prévention étant prises *ex ante* et les quantités de soins curatifs étant déterminées de façon optimale *ex post*. La franchise, instrument clé pour remédier à l'aléa moral, n'est, selon les auteurs, pas toujours indispensable lorsque les individus internalisent les bénéfices de la prévention sur leur état de santé, *a fortiori* dans le cas de pathologies graves. La franchise induit une baisse de la richesse, qui rend les efforts de prévention plus coûteux. Dans ces approches théoriques

cependant, les rôles joués par le médecin et l'assureur sont ignorés : le médecin est soit occulté, soit supposé se comporter comme un agent parfait envers le patient. Le conflit d'intérêt qui peut exister entre le médecin et son patient n'est donc pas pris en compte. De plus, l'impact des actions que peut mener l'assureur afin d'influencer les comportements des prescripteurs n'est pas exploré (Franc et Lesur, 2004). Des travaux empiriques ont alors été menés pour comprendre l'ampleur des différents effets de l'assurance. Toutefois, la majorité de ces travaux a consisté à étudier un effet positif de l'assurance sur le comportement de consommation des assurés. Il y a aussi un effet positif de l'assurance sur la propension à consommer la toute dernière technologie. Ce dernier concept a fait l'objet de beaucoup moins d'analyses dans le domaine de la santé.

Des études récentes ont néanmoins étudié l'effet de l'assurance sur l'adoption de comportements de prévention et tendent à conclure que l'assurance favorise l'adoption de comportements de prévention. Par exemple, Trujillio et al. (2010) montrent que des individus diabétiques « mieux assurés » pour des soins de qualité ne réduisent pas leur effort de prévention, voire même ont tendance à accentuer leur effort par rapport à d'autres individus assurés par une assurance moins « couvrante ». Ces résultats semblent conformes à ceux obtenus au Royaume-Uni par Courbage et De Coulon (2004). Ces auteurs concluent en effet que le fait de souscrire une assurance rend les individus plus sensibles au risque auquel ils font face et les conduit à adopter des comportements plus « sains » et à faire davantage de prévention. Selon eux, « Thus it may be the case that a health care market with widespread insurance coverage may lead to more prevention than a market where coverage is low ». Peu (ou pas) d'évaluations comparables de l'effet de l'assurance (publique et/ou privée) sur les comportements de prévention des individus ont été menées en France ces dernières années.

1.2.3. L'apport de l'économie des interactions sociales

L'économie des interactions sociales est un champ disciplinaire qui a émergé au début des années 1990, avec notamment les contributions fondatrices de Manski (Manski, 1993; Manski, 1995; Manski, 2000). Si l'on s'intéresse aux politiques publiques visant à réguler les comportements, l'objectif principal de cette littérature est d'identifier des effets de multiplicateur social, dont l'existence dépend des effets d'influence qui peuvent exister à l'intérieur de groupes sociaux plus ou moins larges (amis, classe scolaire, collectif de travail, groupe social). Ainsi une politique publique, par exemple une taxation accrue du tabac, peut avoir un effet direct sur les comportements de consommation de chacun : lorsque les prix augmentent, je suis incité à ajuster à la baisse ma consommation. Si, en plus, mes amis sont influencés par mes décisions, alors ils auront eux aussi tendance à diminuer leur consommation au-delà de l'effet direct des prix sur celle-ci. La taxation a donc un effet indirect en plus de son effet direct : c'est ce que l'on désigne sous le nom d'effet de multiplicateur social. L'identification de ce dernier est cruciale pour l'analyse coût-efficacité des politiques de santé publique. Un multiplicateur social élevé peut être utilisé pour diminuer le coût de la prévention. Il peut impliquer également que les individus soient extrêmement sensibles aux comportements de quelques *leaders*, pouvant accentuer ou mettre en danger la réussite de la politique publique.

L'identification des effets d'influence pose cependant des difficultés méthodologiques considérables. En effet, des individus en relation peuvent exhiber des comportements similaires pour trois raisons au moins : (1) ils s'influencent l'un l'autre - c'est l'effet que l'on veut identifier; (2) leur relation s'est précisément construite à partir des affinités qu'ils avaient en termes de comportements ou d'autres caractéristiques, observables ou inobservables, affectant ces comportements (e.g. des adolescents s'alcoolisent ensemble parce qu'ils font face aux mêmes problèmes psychologiques); (3) ils partagent un environnement similaire (prix, campagnes d'information). Il est difficile d'évaluer les contributions respectives de ces trois mécanismes à l'émergence de similarités comportementales,

sans poser d'hypothèses sur la structure des relations entre individus. Pour des illustrations sur le cas des interactions dans le couple ou entre adolescents pour les comportements de santé, on pourra se référer à plusieurs exemples [Clark et Etilé, 2006; Clark et Lohéac, 2007; Cohen-Cole et Fletcher, 2008b; Cohen-Cole et Fletcher, 2008a; Clark et Etilé, 2010]. On note enfin qu'il n'est pas possible d'identifier des effets de norme sociale attachés aux positions des individus dans la structure sociale (la norme durkheimienne classique), en l'absence de mesure directe de cette norme : en effet, cette position détermine simultanément les représentations des individus et d'autres variables affectant leurs décisions (revenu, stress au travail etc.). [Voir Etilé, 2007, pour une illustration dans le cas de l'obésité].

Il importe donc de travailler à la fois sur la dynamique des représentations et des comportements, en lien avec la dynamique des relations sociales. Les questions qui se posent sont alors les suivantes : qu'est-ce qui explique la similarité des comportements dans les groupes sociaux ? Existe-t-il de véritables effets d'influence ? Quelles sont les asymétries en matière d'influence sociale ? Tous les individus sont-ils également influents ? Qui sont les *leaders* ? Les phénomènes d'influence jouent-ils plus dans l'adoption de conduite à risques que dans l'adoption de conduites de prévention ?

1.2.4. Epidémiologie : une perspective « vie entière » des déterminants sociaux des comportements de santé

Les facteurs liés à la santé, tels que les consommations de tabac, d'alcool, le surpoids et la sédentarité sont associés à diverses pathologies chroniques dont les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires¹¹. S'il s'agit de comportements individuels dans le sens où ils sont le fruit de l'action d'individus, leur fréquence et intensité sont liées non seulement à des caractéristiques propres aux personnes, mais aussi à des déterminants sociaux et familiaux. De plus, ces comportements sont associés à des problèmes de santé chroniques lorsqu'ils sont présents à l'âge adulte, mais la probabilité de leur présence et de leur intensité est aussi déterminée par des facteurs présents plus tôt dans la vie.

Dès l'installation des comportements de santé au début de la vie, voire *in utero*, on note d'importantes inégalités sociales dans ce domaine, c'est-à-dire que par rapport aux enfants, adolescents et jeunes adultes issus de milieux favorisés, ceux qui ont une situation sociale défavorable ont globalement des niveaux de consommation de tabac et d'alcool²⁻⁵, une probabilité de surpoids⁶⁻⁸ et de sédentarité plus élevés⁹. Par exemple, le poids à la naissance, le niveau d'études de la mère et le tabagisme ont été mis en relation. De manière plus générale, une relation forte se dégage entre états de santé adultes, comportements et événements psychoaffectifs autour de l'enfant. Le stress a été mis en relation avec des modifications moléculaires (altérations de l'ADN). Les comportements ont été étudiés chez de jeunes adultes, mais ils varient au cours de la vie. D'autre part, les inégalités sociales observées au début de la vie ont tendance à se creuser dans le temps, et les trajectoires sociales des personnes sont associées au risque de comportements de santé néfastes à l'adulte¹⁰⁻¹². Des recherches examinent le lien entre les événements pendant le développement fœtal, la petite enfance et la survenue des cancers (peu étudiés ici jusqu'à présent) à l'âge adulte, en s'appuyant sur la cohorte britannique 1958 (cf. *Annual Review of Public Health*).

Les inégalités sociales vis-à-vis des comportements de santé sont multifactorielles. Cependant, elles peuvent globalement être expliquées par deux phénomènes : d'une part la « sélection par la santé » (les comportements de santé à risque peuvent avoir un effet négatif sur la trajectoire sociale des

¹¹ Voir références en annexe 6.

personnes¹³ et d'autre part la « causalité sociale » (les conditions de vie et de travail défavorables peut induire ou aggraver des comportements néfastes). Si la « sélection par la santé » joue probablement un rôle particulièrement important dans les inégalités sociales en matière de consommation d'alcool, la « causalité sociale » semble être l'explication principale des inégalités sociales en matière de tabagisme, surpoids, et sédentarité.

Diverses caractéristiques de l'environnement social des personnes et qui dépendent en partie de leur situation sociale et économique, telles que l'isolement relationnel, l'absence de soutien social de la part de l'entourage, les contraintes organisationnelles au travail (longues heures, charge de travail importante, faible autonomie), ou les expériences de vie négatives (difficultés financières, insécurité alimentaire) sont directement associées à une augmentation du risque de mauvaise santé et de comportements de santé néfastes¹⁴⁻¹⁹.

La transmission intergénérationnelle des comportements de santé pourrait être particulièrement marquée en cas de situation socioéconomique défavorable, du fait d'un cumul de difficultés sociales et familiales, d'interactions gènes-environnement ou par l'intermédiaire de mécanismes épigénétiques²⁰⁻²³. La situation sociale des personnes n'étant pas indépendante de celle de leurs parents, ces processus se conjuguent pour aboutir à une accumulation de facteurs de risque, de caractéristiques socioéconomiques et de comportements de santé défavorables au sein de sous-groupes spécifiques de la population, contribuant ainsi à la reproduction des inégalités sociales de santé entre les générations. La question des déterminants de la construction, dans l'enfance et l'adolescence, des comportements adultes (alimentation, alcoolisme, etc.) est peu explorée en France.

Troisièmement, les personnes en situation sociale défavorable sont les plus vulnérables aux effets négatifs de l'environnement macrosocial, c'est à dire notamment des difficultés économiques structurelles. Par exemple, les personnes appartenant aux groupes sociaux les plus défavorisés semblent particulièrement susceptibles d'augmenter leurs niveaux de consommation de tabac ou d'alcool ou de modifier de façon négative leurs comportements alimentaires ou d'activité physique en cas de dégradation du marché de l'emploi ou de crise financière et économique^{24;25}. La construction sociale de la notion de contrôle sur sa vie devrait être explorée, à travers une collaboration de l'épigénétique, des biostatistiques et des sciences sociales.

Ainsi, les comportements de santé des personnes varient en fonction de facteurs de risque individuels (par exemple, la propension génétique à l'addiction ou à l'obésité, ou des caractéristiques personnelles pouvant rendre l'activité physique difficile) ; des comportements de santé de l'entourage proche (famille, amis, collègues de travail)^{26;27} ; et de normes collectives de comportement (qui sont elles-mêmes fonction, d'une part, de facteurs externes à l'individu, tels que l'offre en matière d'alcool, de tabac et d'alimentation et les infrastructures permettant une activité physique^{28;29} et, d'autre part, des représentations sociales construites au sein d'un groupe et/ou diffusées notamment par les médias³⁰). Il est important de noter que la prégnance de ces normes collectives varie en fonction de l'appartenance sociale des personnes. Par exemple, dans les pays où la consommation de tabac a diminué dans le temps, les fumeurs se sont concentrés dans des réseaux sociaux resserrés³¹. Même en France, où les niveaux de tabagisme sont relativement stables au cours des dernières années, les inégalités sociales dans ce domaine se creusent³².

La prévention, primaire ou secondaire, des comportements qui augmentent le risque de maladies chroniques doit donc tenir compte des déterminants sociaux, proximaux et distaux, de ces comportements. Les recherches interventionnelles menées à ce jour suggèrent que les changements de comportement chez les proches (par exemple, l'arrêt du tabac chez les parents ou le conjoint^{33;34}) ainsi que les modifications de l'offre de produits psychoactifs (par exemple,

augmentation du prix de l'alcool³⁵) ou alimentaires (par exemple. baisse du prix des fruits et légumes³⁶) sont associés à des changements de comportement individuels. En revanche, l'importance relative des interventions modifiant le contexte proximal ou distal ou leur durabilité, particulièrement lorsqu'elles interviennent à des moments différents des trajectoires des personnes (dans l'enfance, au cours de la transition entre l'adolescence et l'âge adulte lorsque les comportements de santé s'installent, à l'occasion d'événements de vie comme l'installation en couple, la naissance d'un enfant, la survenue d'une maladie grave ou la cessation de l'activité professionnelle) est encore mal connue. De plus, il apparaît maintenant que les interventions qui visent à améliorer globalement les comportements de santé ont souvent pour effet collatéral d'augmenter les inégalités sociales, ce qui induit la nécessité de tester des approches spécifiques adaptées à la situation sociale des personnes³⁷.

L'étude des enchaînements de causes et des comportements est à développer, en remontant plus loin dans le temps (jusqu'à la vie fœtale), en renforçant l'interdisciplinarité et en abordant de nombreuses difficultés méthodologiques, épidémiologiques, biostatistiques. La prospective en la matière laisse entrevoir des actions de prévention de plus en plus précoce, dans l'enfance. Au-delà de l'identification des facteurs de risque de certains cancers, les recherches en amont visent les comportements et leurs liens aux mécanismes de cancérogénèse. Des expérimentations animales et biologiques sont en cours. Certaines conditions de vie et des facteurs socioéconomiques et psychologiques peuvent engendrer un stress chronique (on parle de « charge allostatique »), dont l'expérience cumulée – « l'usure » – est repérée par des marqueurs biologiques (méthylations d'ADN). Ce domaine de recherche est en plein développement et justifie d'être soutenu (initiative DOHAD - Déterminants de santé durant le développement).

1.2.5. Les nouvelles approches en sciences comportementales, cognitives et en neurosciences

Il convient de se défier du schéma qui part d'un modèle *a priori* de comportement que l'on cherche à valider, et de développer plutôt de nouveaux instruments de mesure du comportement humain associant les différentes disciplines impliquées. Les travaux de recherche portent sur les questions de confiance, de cognition morale et d'économie incorporée. Les neurosciences complètent les sciences comportementales, en leur offrant une « fenêtre » sur les processus mentaux en jeu dans nos décisions. Il ne s'agit plus de développer des modèles abstraits par lesquels on tenterait tant bien que mal de prédire le comportement d'individus caricaturaux (de type calculateur rationnel), mais plutôt de comprendre le comportement d'êtres humains bien réels, afin d'élaborer des modèles explicatifs dans un second temps.

Les neurosciences permettent par exemple une mesure « quantitative » des zones du cerveau sollicitées lors de la réception de messages. Il est alors possible de rapprocher les zones sollicitées de celles déjà connues en termes de circuits de récompense, d'attention, de durabilité. On peut observer, par exemple, que l'utilisation d'images chocs active fortement des zones d'attention (ces images « choquent » efficacement), mais moins les zones de durabilité (elles « s'effacent » rapidement), au contraire d'images plus « douces ». De même, des images présentant la fin d'une séquence (comme un cendrier plein) stimulent les zones de dégoût, tandis que celles présentant des débuts de séquence (comme allumer une cigarette) stimulent les zones de la récompense. Le cerveau fonctionnerait selon un mode hybride, une forme d'« émorationalité », remettant en cause la dichotomie traditionnelle entre émotion et rationalité. En cela, les neurosciences permettent d'objectiver visuellement l'influence des leviers comportementaux utilisés dans les modèles théoriques explicatifs des comportements (la connaissance, la peur de la maladie ou de la mort, le plaisir, etc.)

Une seule équipe publique de recherche travaille sur ce sujet en France, alors qu'il y en a une trentaine au niveau mondial. Les équipes nord-américaines partagent pour l'instant volontiers leurs travaux. En revanche, les travaux menés par des entreprises privées, qui recrutent massivement parmi les titulaires de thèse en neurosciences, sont pléthoriques. S'ils ne font pas l'objet de publications scientifiques, ces travaux sont à l'origine d'investissements marketing massifs (mobilisation des cinq sens, *packaging*, messages, campagnes, plans médias,...), dont les enjeux peuvent être considérables.

Les expériences de « *nudging* » (orientation des choix, par l'organisation et l'environnement) menées outre-Manche restent encore peu évaluées. L'évaluation à long terme de leurs effets pose de véritables questions méthodologiques. Il faut faire attention aux « postulats » selon lesquels elles ne coûtent pas grand-chose ; elles sont simples à implémenter, tant il faut intégrer les différentes composantes des caractéristiques locales dans une démarche de la base au sommet, plutôt que l'inverse. Leur transposabilité d'un territoire à l'autre est en revanche loin d'être acquise, encore plus entre pays aux différences culturelles marquées.

Ces thématiques sont peu développées et peu connues, elles n'intéressent pas (encore) de grands financeurs comme l'ANR. C'est un sujet quasiment neuf au niveau mondial, sur lequel la France pourrait s'engager, notamment parce que les différences culturelles sont probablement majeures dans les applications qui peuvent être mises en place à l'issue de ces recherches. Les résultats pourraient permettre d'étudier les conditions du développement d'un « marketing social » adapté à ses cibles, d'ajuster les messages de prévention, d'éviter le cas échéant certaines erreurs de communication. Les conditions pour une utilisation éthique de ces techniques restent d'ailleurs encore à préciser, afin qu'elles soient mise en place dans le respect des libertés et des choix individuels, quand il s'agit de phénomènes aussi complexes et intimes que le sont les comportements liés à la santé.

1.2.6. Nutrition, activité physique et tabagisme/alcoolisme : des champs déjà bien explorés ?

Nutrition : alimentation et activité physique

Des changements majeurs sont intervenus dans les habitudes de vie (alimentation, activité physique, comportement sédentaire) au cours des trente dernières années dans les pays industrialisés, comme la France, et au cours des cinq dernières années dans de nombreux pays en développement. Or les recommandations (par exemple, 30 minutes d'exercice par jour) sont anciennes et le comportement global doit être pris en compte. En matière de nutrition (englobant les thématiques de l'alimentation et de l'activité physique), au niveau individuel, la plupart des recommandations de prévention reposent sur des arguments scientifiques convaincants et sont de mieux en mieux connues du public (cf. Rapport du WCCRF 2007 ; actions du PNNS, cf. par exemple, www.mangerbouger.fr). La prise en compte des facteurs d'environnement (par ex. les aspects physiques de l'environnement « l'environnement bâti ») pour favoriser des comportements favorables à la santé est plus récente et s'intègre dans le développement des modèles dit « socioécologiques » d'étude des comportements de santé, qui ont été décrits plus haut (cf. Chapitre sur « Les modèles explicatifs »). Dans le domaine de l'offre alimentaire et de son accessibilité, il peut s'agir, par exemple, du cas des cantines. Il est important de tenir compte ici des réseaux sociaux.

On peut distinguer trois niveaux de recherches sur les **pratiques alimentaires** et d'activité physique et les influences de « l'environnement » dans ce domaine : les comportements eux-mêmes et les questions autour de leur mesure ; les espaces de vie ou les contextes dans lesquels ils prennent

place ; et les opportunités de changement, qui renvoient à des études interventionnelles et/ou à des « expériences naturelles ». Ainsi, une approche multidisciplinaire doit être mise en place associant épidémiologistes, spécialistes de l'évaluation en santé, géographes, urbanistes, sociologues, voire écologues. Il s'agit en particulier d'articuler ou de tenir compte des relations entre les données objectives des environnements et leur perception par les usagers, comme facteurs des changements de comportement. On pourrait peut-être parler de « préférences spatiales », au même titre que les préférences temporelles évoquées dans d'autres champs de la prévention. Une revue de littérature sur les interventions et les espaces de vie (essentiellement australienne, nord-américaine et britannique, à un moindre degré hollandaise et belge) est mise à la disposition du groupe.

Des travaux novateurs portent actuellement sur la compréhension des comportements de consommation et de pratiques/préparations alimentaires. Les disparités sociales, culturelles mais aussi de représentations (prévention, rapports au corps) et de normes sont particulièrement explorées et constituent une thématique en développement. En regard des recherches sur les paquets de cigarettes neutres [cf. plus loin K Gallopel-Morvan] de nombreux travaux ont été menés sur l'étiquetage alimentaire. L'application de pastilles ou signaux colorés (rouge, neutre, vert, système dit « traffic light » outre-Manche) indiquant la qualité nutritionnelle sur les produits est mal vécue par les consommateurs, notamment les plus défavorisés ; elle est surtout vivement critiquée par les industriels de l'agroalimentaire. Cette signalétique pourrait accroître le sentiment de culpabilité concernant la consommation de certains produits et peut être ressentie comme une restriction de la liberté individuelle, du choix (pour certains, elles « tuent le plaisir » de manger). La dégradation de l'étiquette peut porter un coup à la « fierté » que certaines personnes (dans les CSP les plus défavorisées, principalement) peuvent apporter à « garnir la table » avec des produits de marque. Par ailleurs, il importe d'anticiper la réaction des industriels face à ces mesures : face à une baisse de consommation souhaitée par les pouvoirs publics, la stratégie peut consister à baisser les prix et/ou accroître le marketing afin... d'accroître la consommation, pour maintenir les bénéfices. Des investigations plus poussées seraient nécessaires dans ce domaine.

D'autres travaux portent sur les questions de liens entre nutrition et santé, ainsi que sur le comportement nutritionnel, dans une approche populationnelle. Ils cherchent à combiner les approches de différentes disciplines afin d'apporter des éléments d'information utiles à la décision publique. L'équipe impliquée est aussi fortement mobilisée par la mise en place et le suivi des Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS), ce qui permet un véritable continuum et un éclairage dans les deux sens entre les travaux de recherche et leur application (éventuelle) en termes de santé publique.

Les questions posées concernent notamment la recherche cognitive sur le rôle respectif et l'équilibre des différents déterminants de la nutrition (incluant l'activité physique) et leur impact sur la santé. Elles empruntent aux différents champs disciplinaires (sociologie, économie, épidémiologie...) afin de disposer d'une approche la plus large possible de la question en vue de fournir aux décisions politiques de santé publique, des éclairages sur les facteurs sur lesquels il importe d'agir. Cette recherche cognitive n'explore pas les mécanismes biologiques fondamentaux (avec des modèles animaux par exemples), mais plutôt des modèles épidémiologiques, complétés cependant de prélèvements biologiques (mise en place d'une biobanque) pour comprendre les mécanismes physiopathologiques. Par exemple, une recherche est en cours pour déterminer les liens entre la signature métabolique et les profils des consommateurs (profils de comportement alimentaire, profils pathologiques).

En ce qui concerne les outils développés, la web-cohorte NUTRINET-Santé permet un suivi très riche à partir de nombreux questionnaires, notamment sur l'alimentation (2 500 aliments possibles) auprès d'une large population (110 000 personnes incluses à ce jour). Elle apparaît comme très novatrice au niveau mondial. Les Pays-Bas ont mis en place depuis une vingtaine d'année la LASA (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*), qui a notamment testé le recueil des consommations alimentaires sur les dernières 24 heures. Le *National Cancer Institute* (États-Unis) développe actuellement un outil comparable (cohorte incluant un effectif prévisionnel de 200 000 personnes, à partir des adhérents de la Kaiser Assurance) avec des instruments de mesure similaires (e-recueil répété, notamment des consommations au cours des dernières 24 heures). La *Millennium cohort study* du *National Institute of Health* a inclus un instrument de mesure de la nutrition et des expositions alimentaires, mais plus fruste (6 minutes de questionnaire) par rapport à ceux de Nutrinet. Les pays du nord de l'Europe, riches en registres exhaustifs, envient la richesse en informations individuelles de nos instruments (caractérisation des expositions, des pathologies, multidisciplinarité des équipes...), couvrant un spectre pourtant plus étroit de la population. Cependant, la question de la représentativité de ces énormes échantillons doit être explorée, car elle n'est pas sans incidence sur la portée de leurs résultats, notamment sur la mesure de l'impact des inégalités sociales par exemple.

L'Étude Nationale Nutrition-Santé (ENNS) a été menée en 2006-2007 et comportait des estimations de consommation alimentaire (trois rappels des 24 heures ; analyse des apports en nutriments), des prélèvements biologiques et des mesures paracliniques. Plusieurs types d'exploitations ont pu être menés, par exemple, autour des leviers socioéconomiques des consommations, d'un score d'adhésion aux recommandations globales et à sa valeur prédictive, de l'activité physique, du statut en vitamine D... Cette étude incluait aussi un questionnaire court sur les fréquences de consommation des principaux groupes d'aliments, telles que perçues par les individus. Leurs réponses ont été comparées aux fréquences obtenues par les rappels des 24 heures, ce qui contribue à comprendre l'interprétation des messages simplifiés de prévention.

Concernant certaines populations spécifiques, l'enquête ABENA¹², menée en 2004-2005, portait sur les consommations des personnes défavorisées (recourant à l'aide alimentaire) et a débouché sur un plan interministériel d'amélioration de l'aide alimentaire. Les comportements et consommations alimentaires ont aussi été étudiés en 2004-2005 dans la population de Martinique et Guadeloupe (conclusions proches de celles sur les populations précaires en métropole). Une cohorte (EPIFANE) est actuellement en cours, sur l'alimentation pendant la première année de vie des nourrissons, avec un suivi d'un an ; enfin, une étude pilote s'est déroulée en 2011, auprès des personnes âgées hébergées en institution, sur la nutrition et les problèmes de santé mentale. Des enquêtes transversales de surveillance portant sur des thèmes complémentaires sont ainsi menées, sans visée directe d'explication des effets de l'alimentation sur la santé.

D'autre part, le réseau National Alimentation Cancer Recherche (NACRe) est un bon exemple de la structuration nécessaire et bénéfique des chercheurs sur ce domaine. On ne retrouve pas de structuration analogue dans le domaine cardiovasculaire ou le diabète. Le réseau NACRe est sans doute quasiment exhaustif en France sur le premier cercle de recherche fondamentale sur les liens entre nutrition et cancer. Il permet des approches différentes (mécanistique, épidémiologique, par pathologie...). Il est important que NACRe reste spécifique au cancer, mais attire aussi des disciplines connexes comme l'économie, la sociologie, les sciences sensorielles, cognitives.

¹² Cf. BEH, n° 11-12/2006.

Concernant les domaines de recherche à soutenir, il importe de développer des modèles économiques intégrés pour mesurer les effets positifs ou négatifs, en termes d'inégalités sociales, dans les champs de la nutrition. Par exemple, une taxe additionnelle peut aussi avoir comme conséquence une baisse des prix équivalente de la part des producteurs pour conserver le niveau de consommation, voire une baisse plus importante accroissant la consommation pour conserver leur bénéfice. Il faut aussi favoriser les études sur la convergence entre préoccupations de santé et préoccupations environnementales. Quelles sont les caractéristiques environnementales de l'offre alimentaire ? L'arbitrage des consommateurs se fait sur de nombreux critères (prix, mais aussi qualité environnementale, voire commerce équitable), quelles sont les divergences, comment sont-elles arbitrées, quelle est la place de la santé dans ces choix ? L'évaluation coût-efficacité des politiques publiques dans le domaine de la nutrition doit s'enrichir, notamment en termes de méthodologie à mettre en œuvre. La caractérisation de l'offre alimentaire de la part des producteurs, explorant les caractéristiques de prix, de sécurité, de composition nutritionnelle et les stratégies industrielles qui leur sont liées. L'idée est d'explorer l'intégration des nouveaux mécanismes de marché dans l'analyse coût/efficacité des stratégies de prévention. De vrais enjeux se trouvent dans l'agrégation macroéconomique des stratégies microéconomiques des acteurs, nettement plus complexes à étudier. Ce sont les démarches du haut vers le bas qui sont explorées, plutôt que les démarches inverses. Une autre démarche consiste à analyser les liens entre l'offre alimentaire et le comportement des consommateurs. Les mécanismes, les liens de causalité entre l'offre et la demande, mais aussi entre la demande et l'offre sont au cœur de ce type de préoccupations.

En termes de pratiques alimentaires, outre la poursuite de l'analyse des pratiques domestiques, il conviendrait aussi d'explorer les pratiques de restauration hors-domicile. Il s'agit d'un domaine émergent, en particulier en France, sur lequel il y a un véritable déficit de compréhension et sur lequel les différences culturelles jouent fortement.

L'étude approfondie du tabagisme et de la consommation d'alcool fait également partie des développements à venir, dans une perspective de cohérence des approches sur les différents comportements à risque, qui concernent fréquemment les mêmes groupes de population (*clusters*). L'USEN poursuivra ses travaux sur les inégalités sociales de santé (cf. expertise collective Inserm en cours, commandée par la DGS). Il manque aujourd'hui des évaluations d'interventions ciblées sur des groupes à risque. Enfin, la taille des échantillons est à augmenter. Par exemple, dans ENNS, les effectifs par strates sont insuffisants dès qu'il s'agit d'aller plus loin dans les analyses. Concernant les méthodes de recueil des données, des études de validation ont été publiées sur les biais des différents outils d'enquête (questionnaire papier / Internet / téléphone, etc.).

La pluridisciplinarité a fortement progressé ces dernières années, notamment sous l'impulsion d'appels à projets tels que ceux de l'ANR et de l'INCa, fonctionnant en *workpackages* et nécessitant une construction pluridisciplinaire des projets soumis. La pluridisciplinarité est une véritable nécessité pour permettre de véritables avancées. Les disciplines telles que la sociologie, l'économie, mais aussi les sciences sensorielles, cognitives ont permis de défricher et de mieux comprendre notamment les typologies de préférences alimentaires. L'épidémiologie a ensuite permis de développer conjointement des questionnaires de préférences alimentaires et de mesurer les expositions, afin de mettre à disposition du décideur public des analyses quantitatives. De nouveaux outils ont ainsi été développés de concert dans différentes disciplines complémentaires. Il convient de continuer à promouvoir, de façon encore plus incitative, cette multidisciplinarité.

La promotion de l'**activité physique** est reconnue comme un des éléments importants de la prévention des pathologies chroniques en général et des cancers en particulier (Rapport WCRF,

Expertise INSERM 2008). Le repère de santé publique le plus connu est celui des 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité au moins modérée (ou 30 minutes par jour 5 fois par semaine). Il a été plus particulièrement diffusé en France, dans le cadre des actions du PNNS à partir de 2001. En 2004, une première campagne grand public a été réalisée par l'INPES pour diffuser le message des 30 minutes par jour d'activité d'intensité modérée, en même temps qu'une information était donnée sur les dangers de la sédentarité. D'autres actions ont suivi, en particulier, en 2011, la campagne de signalétique de l'INPES pour favoriser les « déplacements actifs » et, plus spécifiquement, la marche en milieu urbain. L'un des intérêts des modèles socioécologiques de promotion de la santé est la place centrale accordée aux facteurs relatifs à l'environnement de vie, incluant la dimension physique autant que sociale du contexte de résidence, pour expliquer et faciliter des comportements individuels comme l'activité physique et les mobilités [Sallis 2012]. Un autre domaine original qui s'est développé au cours de la dernière décennie concerne le comportement sédentaire.

On inclut habituellement sous le terme d'environnement « physique » l'environnement dit construit (espaces bâtis, réseaux de transport, mode d'occupation des sols, espaces verts urbains...) et la disponibilité des services (commerces alimentaires et restaurants, services de proximité, équipements d'activité physique...) [Sallis, Circulation 2012]. L'étude des caractéristiques de l'environnement physique fait appel, soit à une approche objective s'appuyant sur des données obtenues par observation directe, par audit, ou à partir de bases de données géolocalisées, soit à l'évaluation des représentations de l'environnement par les résidents, à l'aide de questionnaires ou d'entretiens [Spittaels et al, 2009]. Dans le premier cas, ce sont les méthodes d'analyse spatiales, basées en particulier sur les systèmes d'information géographique (SIG) qui sont utilisées, pour mesurer l'accessibilité spatiale à certains services ou équipements [Charreire et al, 2010, Charreire et al 2012].

Les perspectives de recherche visent à saisir pourquoi et comment modifier les comportements liés à la santé et quel est le rôle des transformations de l'environnement bâti et social comme déterminants de la sédentarité. Le cadre d'analyse est constitué par le modèle socioécologique, élaboré il y a une dizaine d'années. Le principe est que les déterminants des changements de comportements sont à la fois individuels et socioorganisationnels (environnement ou support social perçu) et impliquent d'apporter aux sujets à la fois des connaissances, des compétences et une confiance en eux-mêmes.

La production scientifique dans le domaine des relations entre environnement construit et activité physique s'est considérablement accélérée au cours des dernières années, avec un intérêt particulier pour les transports actifs (marche, vélo). Les caractéristiques décrivant la « marchabilité » (ou le potentiel piétonnier) des quartiers sont l'objet d'un intérêt croissant [Moudon et al, 2003]. Ces caractéristiques sont souvent regroupées/combinées sous forme d'indices composites incluant la densité de l'habitat, les connections urbaines et l'utilisation du sol, associés à une plus forte probabilité de pratique de la marche [Charreire et al, 2012]. Des associations ont également été décrites entre l'accessibilité aux espaces verts et l'activité physique. La quasi-totalité des études disponibles sont de type transversal et une très grande majorité d'entre elles a été réalisée aux États-Unis et en Australie. Il pourrait être nécessaire de développer des études de ce type, en particulier en France, avec des traditions diverses concernant l'activité physique et des organisations urbaines contrastées selon les régions.

Tabagisme (et alcoolisation)

Le NCI a publié en 2008 une étude sur le tabac et les médias, notamment les stratégies des industriels à visée de normalisation du tabagisme. Il n'y a pas d'équivalent d'une telle étude en France. L'image du tabac y serait en effet encore positive. La perception des risques liés au tabagisme est noyée dans plusieurs risques non hiérarchisés. Les programmes de recherche et d'évaluation sur le tabac (cf. art. 20 de la Convention CLAT) sont parasités par les addictions (alcool, drogues) et il n'y a guère de coordination entre les différentes équipes (rares, de surcroît) et disciplines. *A contrario*, en Grande-Bretagne, un Centre de recherche en santé publique sur le tabac a été créé, regroupant 9 universités. En France, les chercheurs en SHS sur le tabagisme sont isolés et les tabacologues conduisent surtout des interventions, et non des travaux de recherche fondamentale ou de recherche interventionnelle.

La politique antitabac n'a pas atteint ses objectifs en France, même si la loi Évin est considérée comme un modèle par de nombreux autres pays, notamment européens. Il n'y a pas d'évaluation réelle des campagnes de prévention et la politique de prévention est générale, visant toute la population, alors qu'il y a des groupes plus particulièrement concernés, qui devraient être ciblés. L'augmentation des prix du tabac n'est pas synonyme, en France, de baisse de la consommation. D'après les baromètres santé de l'INPES, la consommation est en augmentation - sauf chez les cadres. Elle est forte en particulier chez les chômeurs et les jeunes.

Les recherches devraient porter sur les approches de la dénormalisation, sur l'arrêt différencié du tabagisme chez les hommes et les femmes, sur les jeunes adultes (cf. estime de soi et espérance de vie) par distinction avec les adolescents. Des études fines, devraient porter sur les consommations dans certains groupes (études ciblées, mais plus complètes). Par ailleurs, il y a une dimension culturelle de la prévention, qui appelle d'abord des approches de type anthropologique des groupes concernés, car on ne peut en France identifier la religion, l'origine ethnique, etc. par enquêtes quantitatives, comme aux États-Unis. Il faudrait améliorer les connaissances sur la consommation tabagique spécifique des groupes sociaux défavorisés. La littérature montre que les femmes sont plus sensibles au paquet neutre et aux émotions négatives suscitées par les avertissements visuels ou textuels ; la population jeune est aussi étudiée, mais pas les inégalités sociales.

Cependant le groupe de travail a jugé que les effets du tabac et de l'alcool sur la survenue des cancers sont bien documentés en termes de recherche fondamentale et étiologique. Il semble que l'on sache ce qu'il conviendrait de faire, mais que l'implémentation des mesures soit plus difficile à mettre en place. Le groupe de travail, dont le mandat s'intéresse aux changements de comportements, a jugé que c'était principalement la mise en place d'interventions spécifiques et la mesure de leurs conditions de réussite qui devait être visé. Ceci fait l'objet des développements de la recherche translationnelle en santé publique et en sciences politiques.

2. MÉTROLOGIE, EXPOLOGIE¹³ ET AUTRES NOUVELLES MÉTHODES DE MESURE : DES OUTILS À DÉVELOPPER, INVENTER OU VALIDER...

En termes de mesure des comportements on peut distinguer, comme cela a été évoqué plus haut, différents niveaux : tout d'abord, la mesure des comportements eux-mêmes (par exemple, le comportement alimentaire, l'activité physique, la sédentarité...) qui doivent être testés et améliorés ; ensuite, la mesure des environnements (ou espaces de vie) dans lesquels prennent place ces comportements (c'est l'apport de la géographie et de l'urbanisme, mais aussi de la sociologie) ; enfin, les aspects analytiques concernent l'étude des relations entre environnements ou espaces de vie, et les changements de comportement, qui constituent également des enjeux de recherche majeurs aujourd'hui.

Le premier enjeu identifié vise à accroître le volume mais aussi la qualité des informations à recueillir et exploiter. Il s'agit d'identifier (voire d'élaborer) de nouveaux outils, de nouvelles méthodes de recueil permettant d'objectiver la mesure des comportements d'intérêt, par exemple l'activité physique. Ces outils peuvent constituer en soi de véritables avancées de recherche (équipement en GPS et accéléromètres, caractérisations socio géographiques -contexte social, audit des magasins du quartier... - Systèmes d'Information Géographiques de plus en plus précis - microenvironnement du logement...). Les difficultés vont de l'existence et l'obtention à l'exploitation des données. Les méthodes statistiques de types modèles multiniveaux sont maintenant parfaitement intégrées par les travaux de recherche, mais elles ont montré leurs limites en termes de facteurs explicatifs à partir des données récoltées et disponibles. Il importe de disposer de mesures plus fines afin de tester de nouvelles hypothèses.

2.1. Développer des outils de mesure de l'écologie des comportements

Face à la complexité des objets d'étude et des inégalités sociales de santé dans toutes leurs dimensions, il convient de rappeler qu'une surveillance épidémiologique peut être réalisée avec des indicateurs très simples, comme les déciles de revenus - avec l'opposition des premiers aux derniers ou le suivi d'un gradient social -, et le niveau d'éducation en 4 ou 5 classes, qui permettent une mesure sommaire, mais objective, de l'évolution des inégalités sociales de la santé. Pour autant, les études prenant en compte leurs différentes dimensions, en particulier écologiques, impliquant le recours à des indicateurs plus complexes (par exemple, géolocalisation ou indices de défavorisation matérielle et sociale [Pampalon et al., 2009]), restent essentielles.

Il importe de prendre en compte des variables de psychologie sociale et cognitive (des modèles socioécologiques) permettant d'intégrer les valeurs, les connaissances et les représentations des individus dans les modèles explicatifs. La multidisciplinarité est une nécessité dans ce domaine.

Les enjeux de recherche concernent la mise en place de plateformes collaboratives multidisciplinaires effectives (associant recherches biomédicale, épidémiologique, géographique, sociologique...); la disponibilité de mesures détaillées des comportements individuels et leurs transformations, prenant en compte leur contexte de réalisation ; la disponibilité de données sur l'environnement physique/construit, géolocalisées, à une échelle assez fine ; la mise au point d'outils de mesure de la perception par les sujets des opportunités de nutrition/d'activité physique dans leur environnement de vie ; une meilleure définition du cadre des « expériences naturelles »

¹³ Métrologie de l'exposition environnementale

(schéma expérimental, évaluation) permettant de tester les interventions de changements de comportement en vie réelle ; la diffusion des approches d'analyse spatiale ; le développement de collaborations européennes et internationales autour de cette thématique comportement-environnement. Dans ce cadre de recherche multidisciplinaire, il conviendrait de tester et mettre en place des méthodes d'évaluation des changements de comportement ; par exemple, une description unifiée des variables de contexte, pour faciliter la répétition, la robustesse et la précision. Dans ce contexte, le développement de collaborations nationales (telles celles développées dans le cadre du projet ANR ELIANE (www.elianeproject.eu)) et le développement de collaborations internationales sont des priorités pour permettre à des recherches de qualité d'émerger.

2.2. S'appuyer sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour mieux décrire les comportements et leurs changements

De meilleures mesures des comportements (que par les seuls questionnaires) sont à explorer, par exemple, accéléromètres (mesure de la dépense énergétique, modèles d'activité et impact sur la santé), GPS... Les outils actuellement utilisés sont de deux types : très performants et précis, sur de petits échantillons d'étude, ou moins précis mais sur des échantillons de population plus larges (ex : étude cancer du sein et activité). Sur alimentation et cancer, les enquêtes disponibles sont lourdes et mal faites. Parallèlement à l'activité physique, il est nécessaire de s'interroger sur les comportements sédentaires (temps passé assis), encore trop peu étudiés. Les mêmes approches que celles développées pour l'activité physique peuvent être appliquées, mais elles doivent être adaptées à ce nouveau type de comportement de santé. Deux approches sont possibles : des mesures de sédentarité et des expérimentations ou études d'intervention. Les compteurs de mouvement de type accéléromètre permettent de mesurer l'intensité de l'activité, voire la dépense énergétique liée à l'activité, et de définir des profils d'activité en conditions de vie habituelle. Les instruments de géolocalisation comme le GPS permettent une localisation fine des lieux d'activité et permettent ainsi de décrire plus précisément les mobilités quotidiennes. Des outils très largement diffusés comme le téléphone mobile vont devenir des plateformes d'intégration de données de santé au niveau individuel. En parallèle, des interventions, par exemple en conditions de vie réelle, sont à développer pour mieux comprendre comment limiter la sédentarité tout en favorisant une activité physique quotidienne, les deux aspects correspondant à des cibles distinctes d'actions de santé publique.

2.3. S'appuyer sur des outils de mesure de la qualité nutritionnelle des produits

Le PNNS a permis la mise en place d'un observatoire des prix et de la qualité nutritionnelle de l'offre de produits alimentaires. Outre un suivi fin des prix, de l'offre et de la demande en produits alimentaires, cet observatoire permet aussi d'en connaître les caractéristiques nutritionnelles détaillées (apports en sucre, acides gras). Le niveau d'observation est le plus détaillé possible (grâce aux références – codes-barres – des produits). Les industriels participent au comité de direction de l'observatoire. Il permet d'étudier de façon détaillée les stratégies des firmes en termes d'incitation sur le marché, de réponse à des taxations ainsi que le rôle des variables nutritionnelles dans le jeu de concurrence qu'elles mènent.

2.4. Valider des outils de mesure

Des recherches métrologiques pourraient être poursuivies sur les instruments de mesure employés dans des outils épidémiologiques, avec un axe technologique important grâce à l'utilisation des nouvelles technologies de l'Information et de la communication, au premier rang desquels Internet.

La recherche en métrologie s'appuie sur les outils mis en place autour de cohortes en population générale. SUVIMAX a suivi pendant 8 ans, dans les années 90 une cohorte randomisée, en double aveugle, d'adultes français à l'aide de questionnaires et en utilisant la technologie du Minitel. Nutrinet-santé en reprend les principaux enseignements tout en développant de nouveaux aspects de recherche. Les instruments de mesure développés dans le cadre de ces études épidémiologiques permettent d'une part d'étendre et de tester auprès de larges populations des instruments validés et d'autre part d'en mesurer la transférabilité. Au sein de ces cohortes, il importe de collecter des informations détaillées les comportements liés à la nutrition (y compris l'activité physique), les expositions et les facteurs de confusion possibles ainsi que des mesures détaillées de l'état de santé des participants. Ce recueil permet de mettre par exemple en évidence des liens entre des comportements de santé et leurs changements, des biomarqueurs et des pathologies. Elles permettent aussi de caractériser des typologies de comportement alimentaires.

2.5. Disposer d'informations relatives aux interactions sociales

La littérature empirique montre qu'il est plus facile de travailler sur les effets d'interactions sociales lorsque : on dispose de données de panel ; on peut identifier la nature des liens entre individus ; on dispose de données sur les représentations ou les préférences des individus (e.g. le poids corporel qu'il faudrait avoir, le nombre de cigarettes que l'on pense pouvoir fumer sans être dépendant...) ; on mesure bien les variables d'environnement qui peuvent affecter simultanément les comportements des individus dans le groupe.

La réalisation de travaux quantitatifs dans ce domaine dépend donc crucialement des données disponibles. Pour la France, on peut par exemple imaginer que les enquêtes sur la santé des adolescents (ESPAD, ESCAPAD, HSBC) mettent à disposition des chercheurs des variables permettant d'identifier la proximité sociale des sujets (e.g. la classe et l'école à laquelle ils appartiennent, ainsi que la localisation géographique). Il faut également travailler sur les cohortes épidémiologiques (CONSTANCE, GAZEL, etc.) et recueillir si besoin des informations sur les relations sociales des individus, au-delà de leurs conjoints et enfants.

3. LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE : LES MODÈLES D'INTERVENTION

La recherche interventionnelle en santé des populations et les recherches en transférabilité des interventions de santé publique. Comment générer de la preuve en alliant les démarches qualitatives et quantitatives (méthodes mixtes) ? Des difficultés communes d'approche des acteurs de terrains.

Le développement de la recherche *interventionnelle* en vue d'améliorer la santé et de réduire les inégalités sociales de santé doit être favorisé. Il ne faut cependant pas s'attendre à ce que ce champ se développe aussi rapidement que d'autres, notamment car les recherches en ce domaine ont été par le passé difficiles à valoriser : il y a donc peu de chercheurs et d'acteurs de terrain sur ce domaine spécifique. Les interventions doivent porter sur les changements de comportements, avec le recours à des outils tels qu'Internet ou la téléphonie mobile pour en suivre les évolutions.

3.1. Exploration bibliographique

L'identification de travaux français de recherche interventionnelle visant à modifier les comportements de santé (recherche visant à démontrer l'efficacité d'une intervention, à en analyser la transférabilité et/ou l'implantation) a permis de mesurer l'ampleur de la tâche qui reste à faire dans ce domaine. Cette recherche a été menée à partir du *Web of Science* en trois étapes : présélection sur mots-clefs, sélection par lecture des titres et/ou des résumés, analyse. Les critères de présélection ont été les suivants Articles rédigés en français ou en anglais, publiés en 2005-2012, indexés dans les bases *Science Citation Index Expanded* (SCI-EXPANDED) ou *Social Sciences Citation Index* (SSCI), avec au moins un auteur ayant une affiliation en France.

Parmi les articles présélectionnés, ont été exclus les articles hors-champ, c'est-à-dire qui ne relevaient pas de la santé humaine, qui ne portaient pas sur une intervention réalisée en France, qui ne portaient pas sur une évaluation. De plus, n'ont pas été incluses les actions qui relevaient du soin (éducation thérapeutique, prévention secondaire...) ou d'une intervention de prévention non comportementale (chimioprévention, dépistage...). La présélection a permis d'identifier 674 articles (NB : en retirant la condition « France » on arrive à 23 998 articles, soit 2,8 % d'articles français). La sélection a permis d'identifier 50 articles potentiels (qui restent à analyser, certains sont possiblement hors-champ). *La liste se trouve en annexe 5*. Ces résultats confirment l'existence d'une recherche en France sur ce sujet, mais concentrée à quelques équipes seulement et de production relativement restreinte.

3.2. Recherches en marketing social et prévention des comportements tabagiques

Ce type de recherche tend à démontrer la nécessité de contrer les stratégies marketing des industriels concernés. Le marketing social se définit comme « l'application des techniques utilisées en marketing commercial pour analyser, 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 société » (Kotler & Zaltman, 1971). Il est donc plus difficile de modifier les comportements des individus dans un contexte social (il est plus facile de faire acheter une lessive que de faire arrêter de fumer) : les individus à qui l'on s'adresse sont réticents et ont tendance à rejeter des messages qui parlent de mort ou de maladie, les budgets disponibles pour mettre en place les programmes sont plus faibles, les comportements à modifier sont très ancrés dans les habitudes et sont donc longs à changer. Le marketing social et le marketing commercial utilisent toutefois les mêmes outils (analyse de l'environnement et de la « concurrence », étude des publics

cibles, segmentation, positionnement, communication, évaluation, etc. De plus en plus d'organismes publics et privés ont intégré une démarche de marketing social : les organismes publics nationaux, internationaux et locaux (Centers for Disease Control et l'Institut national du cancer aux États-Unis, Santé Canada, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé, l'ONU, l'INPES, etc.) puis les ONG (Gallopel-Morvan, 2003, 2008).

La recherche en marketing social s'est beaucoup développée aux États-Unis dans les années 1980, en Grande-Bretagne (sous l'impulsion de Gerard Hastings, 2007) et en Australie. Des journaux académiques existent sur ce sujet, ainsi que des conférences scientifiques internationales. Les thèmes étudiés par les chercheurs en marketing social sont l'obésité, la lutte antitabac, la prévention des comportements alcooliques, la protection de l'environnement, la sécurité routière, le don de sang, d'organes, le dépistage, etc. **En France, quelques études académiques et thèses en marketing social voient le jour depuis la fin des années 1990, mais ces travaux restent rares et sont peu financés** (ANR, FP7, etc.). La prévention des comportements tabagiques a suscité l'intérêt de chercheurs, car le tabagisme entraîne environ 5 millions de décès prématurés dans le monde, près de 500 000 en Europe dont 73 000 en France. On présente d'abord, ci-après, le marketing et les techniques publicitaires déployés par les industriels du tabac sur le marché français et leur impact sur les réactions des individus. Ensuite, quelques pistes de recherches à mener pour contrer le marketing des industriels et aider à prévenir les comportements tabagiques dans le contexte culturel français.

Les pratiques de marketing et publicitaires de l'industrie du tabac en France et leur impact sur les réactions des individus

Depuis quelques décennies et afin de s'adapter aux restrictions publicitaires qui entrent en vigueur dans différents pays (comme la loi Évin en France), les industriels du tabac ont mis en place de nouveaux produits, de nouvelles techniques publicitaires et investi de nouveaux médias. Cela leur permet d'améliorer l'image de leurs marques, d'en lancer de nouvelles et d'assurer une présence forte sur les lieux de vente (Coombs *et al.*, 2011). De nombreux outils ont été investigués.

Le paquet de cigarettes remplit de multiples fonctions de communication (logos, couleurs, visuels, forme, etc.) [Wakefield *et al.*, 2002]. Leur objectifs sont nombreux : inciter à l'achat, toucher des cibles spécifiques (jeunes, femmes), attirer l'attention sur le point de vente, permettre de passer outre les lois d'interdiction de publicité, donner une image positive de la marque, du fumeur de la marque, informer sur les cigarettes (« légères », « fortes »). Les produits du tabac, aromatisés, au goût sucré, sont utilisés par les industriels du tabac, en particulier pour attirer encore plus tôt les jeunes vers la tabagie (Koh, Kelly et Comello, 2005 ; Manning, Kelly et Comello, 2009)¹⁴.

La présence des produits du tabac dans un film active inconsciemment des valeurs positives autour de la cigarette et prédispose les adolescents à fumer (Pechmann et Shih, 1999 ; McCool, Cameron et Petrie, 2001 et 2003 ; Distefan, Pierce et Gilpin, 2004). Aujourd'hui, si les industriels du tabac nient le placement payé de leurs produits dans les films, des études montrent pourtant des apparitions fréquentes des marques du tabac à l'écran (Gallopel-Morvan *et al.*, 2006 ; Dalton *et al.*, 2002 ; Mélihan-Cheinin *et al.*, 2003). Il en est de même des opérations de sponsoring et de parrainage d'activités sportives télédiffusées (Béguinot *et al.*, 2005).

Dans les 27 pays de l'Union européenne, 80 % des jeunes internautes âgés de 16 à 24 ans se sont connectés à des réseaux sociaux, des blogs ou des forums en 2010. Cette part est de 82% en France

¹⁴ Brown et Williamson, 1972, <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/wwq54a99>

(enquête Eurostat). Ces nouveaux médias sont largement investis par les industriels du tabac. Dans un contexte de prise de conscience croissante des risques du tabagisme pour la santé et de la responsabilité majeure jouée par l'industrie du tabac, les fabricants cherchent améliorer leur image et instaurer une relation de confiance avec ses différentes parties prenantes (pouvoirs publics, scientifiques, enseignants, citoyens, journalistes, etc.) grâce aux relations publiques et aux techniques de communication. Parmi ces outils, on trouve le mécénat et le lobbying (Altria est mécène de l'institut du Cerveau et de la moelle épinière (ICM) en France¹⁵).

Les techniques telles que le *merchandising*¹⁶ et la publicité sur le lieu de vente¹⁷ des produits du tabac ont un impact sur le comportement, c'est même leur raison d'être. Elles encouragent les jeunes à commencer à fumer, banalisent et normalisent les produits du tabac, dissuadent l'arrêt du tabac chez les fumeurs ou incitent à la reprise chez les ex-fumeurs et encouragent les achats d'impulsion des produits du tabac [Wakefield et al., 2002 ; Brown et al., 2011 ; Feighery et al., 2001]. En France, la loi Évin encadre strictement leur utilisation dans les points de vente du tabac. Pourtant des publicités et promotions illicites apparaissent dans une forte majorité des points visités (études 2006 et 2010 du Comité National Contre le Tabagisme).

Pistes de recherche en marketing social sur le tabac

Les chercheurs ont développé de nombreuses études aux États-Unis, en Australie et en Grande-Bretagne, afin :

- d'observer les pratiques de marketing des industriels du tabac sur un marché donné ;
- d'apprécier l'impact de ces pratiques marketing sur les attitudes et comportements tabagiques des individus ;
- de tester l'impact des mesures proposées par la CCLAT (Convention Cadre de Lutte AntiTabac) pour contrer ce marketing des produits du tabac.

La France reste peu présente dans les travaux académiques développés sur ces thèmes. Pourtant, le développement de recherches sur ces sujets permettrait certainement d'améliorer l'impact et la portée des politiques antitabac mises en place pour réduire la prévalence dans un contexte culturel différent du contexte anglosaxon. Le tableau ci-dessous présente quelques pistes de recherche qui mériteraient d'être développées dans un contexte français.

¹⁵ Cf. http://icm-institute.org/menu/aidez/ilsnoussoutiennent#Les_bienfaiteurs, le 21 octobre 2011.

¹⁶ Techniques d'implantation et de présentation des produits dans les magasins, en vue d'accroître les ventes.

¹⁷ Matériel de présentation des marques sur les lieux de vente.

Quelques pistes de recherche pour évaluer l'impact du marketing déployé par les industriels du tabac / des outils proposés par la CCLAT pour contrer ce marketing (« démarketing »)

Afin de contrer le marketing déployé autour de l'emballage des produits du tabac :

- Observation du *packaging* des produits du tabac et des produits aromatisés vendus en France
- Effet des avertissements sanitaires sur les attitudes et comportements des individus : contenu selon les cibles visées, taille, intérêt des informations sur l'aide à l'arrêt, fréquence de changement pour éviter la lassitude, effet contre-productif, effet sur des cibles spécifiques (populations défavorisées), effet des avertissements combinés aux campagnes antitabac dans les médias.
- Effet du paquet de cigarettes neutre standardisé et des cigarettes neutres (sur les jeunes, les femmes, les populations défavorisées).
- Effet de la vente « sous le comptoir » (non visible) des produits du tabac sur l'envie d'acheter des produits du tabac, sur l'image du tabac.

Afin de contrer la présence des produits du tabac dans les films et magazines :

- Observation de la présence des marques et des produits du tabac dans les films et magazines en France.
- Effet de cette présence sur les individus (image du tabac, attitude par rapport à l'envie de fumer, intentions comportementales).
- Effet de la création d'un sigle spécifique sur les films trop enfumés pour alerter les parents et protéger les enfants / effet de la diffusion d'un message antitabac avant la diffusion d'un film à la télévision, au cinéma et sur les DVD.

Afin de contrer le marketing responsable et les relations publiques de l'industrie du tabac :

- Observation des politiques de mécénat et de lobbying développées en France par l'industrie du tabac.
- Effet de ces outils sur les leaders d'opinion et sur l'adoption de lois antitabac, de décrets et sur l'application des lois.

Afin de contrer la présence des produits du tabac sur Internet :

- Observation de la présence des marques et des produits du tabac sur Internet (sites, médias sociaux)
- Effet de cette présence sur les individus (image du tabac, attitude par rapport à l'envie de fumer, intentions comportementales.)
- Effet de la diffusion de messages de santé publique sur les sites sociaux, effet de campagnes de marketing viral antitabac.

Les méthodes et mesures utilisées pour tester l'impact du marketing/« démarketing » des produits du tabac devront être variées, afin d'améliorer la validité des résultats : méthodes qualitatives, quantitatives, expérimentations, effets des stimuli sur les réactions affectives, cognitives, conatives et sur les réactions physiologiques, mesures implicites, etc.

3.3. Des exemples instructifs issus de la lutte contre l'alcoolisme

Des stratégies d'interventions sont reconnues internationalement comme efficaces pour lutter contre les effets dommageables de l'alcool. En conséquence, divers types de recherches sont proposés : d'abord des travaux visant une meilleure mise en œuvre de dispositifs existants ; ensuite des recherches plus générales sur les dispositifs, sur la construction de politiques publiques et sur leur acceptabilité sociale.

3.3.1. La situation actuelle

Un état des savoirs des spécialistes du monde entier sur la recherche et les politiques publiques a été dressé en 2003 et réactualisé en 2010 (Babor et al. 2010). Ces auteurs effectuent une comparaison internationale des politiques de prévention en matière d'alcool. Ils analysent toutes les recherches dont la qualité scientifique est indiscutable.

Des stratégies d'intervention sont répertoriées et caractérisées selon trois critères : l'efficacité de l'intervention qui se réfère à la force de la preuve établie quant à la réduction des consommations d'alcool et/ou des problèmes qui y sont associés ; l'étendue du corpus de recherche qui rend compte de la quantité et de la consistance des preuves disponibles dans plusieurs recherches ou dans des revues de littérature et des méta-analyses ; enfin, l'internationalité des recherches, en plusieurs pays ou dans de très nombreux pays, est relevée.

Les stratégies d'intervention donnant les meilleurs résultats pour les trois critères sont classées ci-après par domaine:

- *Prix et taxations* : les taxes sur l'alcool.
- *Régulation de l'accessibilité physique aux produits* : l'interdiction des ventes ; un âge légal minimum pour acheter de l'alcool ; le rationnement ; le monopole gouvernemental des ventes au détail ; des restrictions dans les heures et jours de vente ; la restriction de la densité des points de vente ; accessibilité différente selon la nature de l'alcool (fort ou non).
- *Modification de l'environnement de consommation* : renforcer la mise en œuvre des lois sur les premix et sur les exigences légales ; responsabilisation des serveurs.
- *Mesures contre l'alcool au volant* : contrôles de sobriété, contrôles préventifs (*Random breath testing*), baisse des seuils légaux, suspension de permis, seuils spécifiques d'alcoolémie pour les jeunes, accès graduel au permis de conduire.
- *Marketing* : Restriction légale de l'exposition.
- *Éducation et persuasion* (pour mémoire, car l'efficacité en ces domaines est très faible ou nulle) : programmes normatifs auprès d'étudiants (peu d'effets sur consommation) ; interventions brèves auprès d'étudiants à haut risque (peuvent changer la consommation).
- *Traitement et interventions précoces* : brèves interventions auprès de buveurs à risque, recours à des aides individuelles ou à des groupes de soutien (*mutual help/self-help attendance*) ; désintoxication médicale et sociale ; thérapies par la parole.

En conclusion, ces auteurs considèrent que l'efficacité des politiques publiques pourrait être accrue par leur intégration et leur coordination. Ainsi, un système de stratégies complémentaires visant à restructurer l'ensemble de l'environnement des consommations alcoolisées a plus de chances d'être efficace que des stratégies isolées. De même, des stratégies institutionnalisées sur le long terme sont plus efficaces que celles dont la durée est limitée. Pour modifier les comportements en ayant un fort impact sur la population, il faut développer un large spectre d'interventions en combinant les niveaux : local, national voire international.

3.3.2. Des recherches fondamentales et appliquées nécessaires

En matière de stratégie de recherche sur les interventions répertoriées (Babor et al. 2010), deux types d'objectifs scientifiques peuvent être poursuivis : une recherche plus appliquée visant à améliorer la santé publique ; une recherche sur des pistes encore à valider. Selon le premier objectif, la synthèse présentée permet de proposer des pistes d'intervention. Une stratégie directement applicable en France concerne les interventions ou conseils brefs en matière de délits d'alcoolisation au volant. Pour suivre le second objectif, il conviendrait de repérer les interventions qui présentent des résultats encourageants, dans la typologie de Babor et al. Par ailleurs, il faudrait des recherches prospectives portant sur la mise en œuvre de politiques adoptées, mais rencontrant des obstacles à identifier et des recherches sur la construction de dispositifs et de politiques ainsi que sur leurs effets.

1. Agir sur les gros buveurs débutants grâce au dispositif d'intervention sur l'usage d'alcool au volant : les interventions ou conseils brefs

L'objectif de soigner massivement les conducteurs alcoolisés n'est toujours pas réalisé, malgré les intentions de la loi de 1958, incriminant l'alcool au volant. En 2006 et 2007, moins d'un quart des conducteurs ayant commis un délit d'alcoolisation au volant ont fait l'objet d'une procédure soit d'obligation de soins, soit de « sensibilisation » (stages, etc.) au problème de l'alcool (Pérez-Diaz, 2009).

Une piste d'action efficace et peu coûteuse consisterait à agir sur les buveurs d'habitude débutants repérés grâce à des délits, en particulier routiers. En effet, l'essentiel des conducteurs ayant une alcoolémie délictuelle dépasse largement le seuil légal (0,8 g d'alcool par litre de sang). Ces alcoolémies expriment une relation problématique à l'alcool et il y a un risque de récurrence. Ces gros buveurs débutants pourraient bénéficier d'un mode de soins léger (« intervention brève », « conseils brefs », par exemple), avant qu'ils ne s'engagent dans l'usage habituel et vers la maladie. Ce type de soins a fait l'objet d'évaluations internationales (Diaz Gomez and Milhet, 2005; Miller and Wilbourne, 2002). Il donne de bons résultats, notamment en séances de groupe peu coûteuses (du type des séances consacrées à l'addiction au tabac). Ces éléments de réflexion réunis pour la Commission des lois ont été largement repris (Commission des lois Assemblée Nationale, 2009) et ont fait l'objet de propositions (n° 30 et n° 31). Au delà de la sécurité routière, la sécurité face aux accidents de la vie courante et la santé, en général, bénéficieraient de ces soins.

Seules les réticences de certains acteurs des systèmes pénal et de santé pourraient freiner leur mise en place ; celles-ci pourraient être recueillies et analysées en tant que problèmes de communication systémique afin d'être levées (Pérez-Diaz, 2003) selon une méthode inspirée de celles de l'École de Palo Alto (*Witzezele and Garcia, 2006*). La recherche du changement prend alors en compte l'individu et ses comportements dans un système d'action (le couple, la famille, l'entreprise...), intégrant des éléments d'ordre contextuel et environnementaux. La focalisation sur des facteurs causaux n'est alors plus indispensable, c'est simplement le changement au niveau de l'action qui est visé. Il faut rechercher le vecteur de motivation de l'acteur et identifier un élément de son système relationnel pour faire levier afin d'obtenir le changement. Chaque problème est encodé par l'acteur, d'où l'importance du langage des messages préventifs qu'il faut adapter à la cible. En décodant une situation à partir des conceptions d'un réseau relationnel, il est possible de proposer un nouveau jeu relationnel. En modifiant les perceptions du problème, il devient possible d'appliquer des solutions nouvelles. Cette modification de logique entraîne un changement de système. C'est justement parce que le véritable changement individuel est très difficile à obtenir, qu'il est plus efficace de tenter simplement de mettre l'individu sur une trajectoire plus favorable. Cette méthode s'applique à des patients comme à des acteurs de systèmes (institution, entreprise...). Ces exemples marquent bien l'importance d'analyser les perceptions et les représentations des problèmes sur lesquels on veut intervenir.

2. Étudier la mise en œuvre de politiques publiques sur l'alcool

Il s'agit de travaux qui pourraient s'inscrire dans le futur, au moins en partie, dans des stratégies d'intervention identifiées comme efficaces : soit parce qu'elles interviennent en modifiant l'environnement de consommation, soit sur le marketing, en tentant de réduire l'exposition à l'alcool par des lois. En France des lois ont été adoptées. En 2007, l'alcool est déconseillé pendant la grossesse et fait l'objet d'un avertissement sur les bouteilles, tout de même 20 ans après la démonstration scientifique de ses nuisances, même à dose modérée (Expertise collective 2001). Exclusivité mondiale (Babor et al. 2010), la loi Evin a été adoptée en 1991. D'autres mesures viennent renforcer les restrictions de cette loi de 1991 en matière de marketing, surtout à l'égard

des jeunes gagnés par les pratiques de « *binge drinking* » : une Charte des bonnes pratiques en 2008, la loi Bachelot en 2009. Pourtant, en 2010, 25 % des soirées entre étudiants ne respectent pas cette loi (enquête CREDOC). En 2011, une loi nouvelle est à l'étude. Des analyses devraient porter sur la mise en œuvre de ces lois, sur leur acceptabilité dans la population et sur des contre-mesures mises en place par des acteurs collectifs opposants (alcooliers, organisations étudiantes, etc.). Leur évaluation devrait faire l'objet de travaux, simultanés ou connexes.

3. Analyser la construction, le fonctionnement, l'acceptabilité et les effets des dispositifs et des politiques

Les revues internationales invitent à la comparaison des politiques et des dispositifs nationaux. Les différences entre systèmes et contextes ne sont pas rédhibitoires car, en dépit d'outils différents, les gouvernances nationales convergent vers des objectifs communs, souvent désignés par des organismes internationaux (Pérez-Diaz 2002). Une politique publique est souvent légitimée par un contenu basé sur le savoir, même si d'autres éléments interviennent dans la décision. Il faut donc concevoir et entretenir un dispositif de diffusion du savoir et de communication pour la faire accepter tant par ceux qui doivent la faire appliquer à tous les niveaux que par ceux qui doivent s'y conformer. L'absence de succès de stratégies axées sur l'éducation et la persuasion (Babor et al. 2010) doit-il alors faire abandonner ces efforts ? La question reste pendante et une évaluation comparative des actions scolaires en matière d'alcool et des actions du continuum éducatif adopté en sécurité routière serait utile.

Un moyen de lutter contre l'influence des lobbies est l'argument de la rationalité. En France, l'analyse coût-bénéfice a été largement délaissée, alors qu'elle est une obligation légale aux États-Unis dans de nombreux domaines. L'analyse coût-efficacité cherche à minimiser les coûts pour atteindre un objectif fixé à l'avance. Pourtant, ce type d'analyse ne donne pas à voir comment le choix de cet objectif est opéré, ce que permet l'analyse coûts-bénéfices. Celle-ci rend explicite le calcul des coûts et des bénéfices sociaux, particularité appréciable en matière de prévention. Cette transparence permet de limiter les captures politiques de décisions par des lobbies (Treich 2005). Toutefois, l'argument du coût-efficacité, calculé en DALY ou QUALY, est largement utilisé dans les comparaisons internationales avec une capacité de conviction importante (Anderson and Baumberg 2006).

Des intérêts économiques pèsent sur les décisions, mais cette pression est régulièrement confortée par des réactions politiques et culturelles au prohibitionnisme et aux mouvements de tempérance. La consommation d'alcool est devenue un style de vie et le déni individuel de gros buveurs se trouve conforté par des dénis collectifs et institutionnels. Ainsi, l'outil de rationalisation des décisions ne suffit pas. Lorsque le jeu politique domine, il demeure nécessaire d'identifier les obstacles, de façon à responsabiliser les décideurs. En France, il existe une responsabilité pénale des décideurs. Ce dispositif risque d'être utilisé avec parcimonie, comme c'est généralement le cas pour des lois jugées trop sévères. Les Anglais ont un dispositif plus souple : d'une part, des *Guide Lines* reflétant l'état de la science à un moment donné (*scientific advice*) ; de l'autre, le *Government's Principles of Scientific Advice* qui rassemble les règles des interactions entre les départements du gouvernement et des conseillers scientifiques indépendants. Le gouvernement et les ministres doivent suivre l'état des savoirs prouvés en matière d'intérêts publics ou justifier publiquement une décision qui s'en affranchirait. Cette institutionnalisation des relations entre la recherche et l'expertise en santé publique d'une part, et d'autre part les décideurs publics mériterait d'être étudiée par des politistes.

Pour fonder de tels travaux, il faut rassembler ou renouveler des recherches fondamentales sur les représentations, en population générale et surtout spécifiques (populations cibles, acteurs des systèmes concernés). Pour modifier les comportements des individus dans la société ou ceux des acteurs d'un système d'action, il faut étudier leurs représentations, afin d'identifier des attitudes et des valeurs qui fondent des choix de comportements, des systèmes relationnels qui rendent compte des contextes et des environnements de ces comportements, ainsi que des langages spécifiques qui révèlent les conceptions des réseaux relationnels par l'encodage des situations qu'ils effectuent. Des travaux sur des représentations sont donc nécessaires à l'analyse des politiques publiques et de leur mise en œuvre, tout comme des recherches sur des dispositifs, leurs fonctionnements concrets et leurs acteurs. L'état des lieux actuel ouvre des perspectives de méthodes plus économes en moyens et en temps pour changer des comportements. Depuis longtemps, les modèles de choix de comportement issus de la théorie de la décision préconisent de réformer les comportements en transformant les valeurs et les savoirs. Une nouvelle approche tente de modifier les trajectoires de comportement par des thérapies brèves initiées par l'École de Palo Alto, méthodes plus rapides et plus simples que celles visant à transformer l'individu. Dans une certaine mesure, la communication engageante ou le « nudging » relèvent de courants analogues, leur objectif étant de modifier la trajectoire d'un comportement.

3.4. Un cadre d'intervention psychosociologique : la « communication engageante »

Une conception dominante de l'homme conduit à considérer qu'il suffit de modifier les idées d'autrui pour le voir adopter des comportements attendus. Aussi table-t-on volontiers, à la radio, à la télévision, mais aussi à l'école, en famille ou ailleurs, sur l'information et sur la persuasion pour inciter enfant et adultes à adopter les idées requises par le fonctionnement social. La plupart des grandes campagnes de communication relèvent de ce présupposé. Beaucoup, en dehors des professionnels de la prévention, de l'éducation, de la communication pensent d'ailleurs, que si l'information « passe » et/ou si les arguments « portent », les comportements effectifs suivront. Les campagnes de prévention fonctionnent à partir d'une démarche d'information, de sensibilisation ou de persuasion, dans le but de modifier les attitudes et comportement des individus. Certaines campagnes atteignent leur objectif en termes d'audience, de mémorisation de l'argumentation, de changement d'opinion. Mais, le plus souvent, les effets attendus ne sont pas à la hauteur des attentes. Ces campagnes d'information ne sont pourtant pas dénuées d'intérêt. Elles servent, au fil du temps, à modifier les savoirs, les idées et les représentations du public, mais elles ne sont guère efficaces pour changer, en temps réel, les comportements. À titre d'exemple, on peut être convaincu de la nécessité de moins boire ou de moins fumer, sans réduire pour autant sa consommation d'alcool ou de tabac.

Les psychologues sociaux savent depuis longtemps les limites d'un tel présupposé. Informer et convaincre ne suffisent pas, car il ne suffit pas toujours d'avoir les « bonnes idées » pour avoir les « bons comportements ». Sheeran (2002) a montré, dans le domaine de la prévention, que le pourcentage médian des individus ayant l'intention de se protéger, mais ne l'ayant pas fait, s'élève à 47 %. Ainsi, presque la moitié des participants ayant l'intention, par exemple, d'utiliser un préservatif, de passer un test de dépistage, de pratiquer un sport, ne le font-ils pas. Par exemple, Albarracín, Durantini et Earl (2006) ont montré, dans le domaine de la prévention du sida, à l'aide d'une méta-analyse portant sur 350 campagnes de prévention réalisées dans un intervalle de huit années, que ces campagnes sont plus efficaces pour changer les connaissances en matière de sida que pour modifier les comportements pour s'en protéger. Dans le domaine du tabagisme, il ressort par exemple d'une étude longitudinale réalisée aux États-Unis (Peterson, Kealey, Mann et Sarason, 2000) que la probabilité d'être fumeur à 17 ans n'est pas plus faible chez des élèves ayant pourtant suivi 65 séances de sensibilisation entre 8 ans et 17 ans (condition expérimentale) et

donc informés des méfaits du tabac, que chez des élèves n'ayant pas suivi ces séances (condition contrôle). Cela ne signifie pas qu'informer ou qu'argumenter ne sert à rien. L'information et l'argumentation servent, au fil du temps, à modifier les savoirs, les attitudes et à provoquer des prises de conscience (Brown & Albarracin, 2005). L'information et l'argumentation sont donc nécessaires, mais non suffisantes (cf. Webb & Sheeran, 2006).

En résumé, la littérature montre que même lorsque les campagnes de prévention sont en mesure de changer la connaissance qu'ont les individus d'une menace particulière, cette connaissance n'a, le plus souvent, que peu d'impact sur le changement des comportements. Il existe un décalage entre les idées et les actes des individus (Dorn et South, 1985). L'information seule ne suffit pas. Dès lors, une question se pose aux chercheurs et acteurs du changement social : comment parvenir à modifier les comportements et pas seulement les connaissances et les opinions ? Les recherches récentes sur la communication engageante montrent qu'il suffit de peu de choses pour passer des idées aux actes. Ce peu de choses passe notamment par l'obtention d'actes préalables peu coûteux et donc relativement faciles à obtenir (Girandola, 2005 ; Joule et Beauvois, 1998, 2002).

Le paradigme de la communication engageante

La communication engageante établit un lien entre deux champs classiquement disjoints de l'influence sociale : le champ de la communication persuasive d'une part et le champ de l'engagement comportemental d'autre part. Dans ce paradigme, l'enjeu est de conférer un statut d'acteur à la cible. Ainsi, si dans une action de communication, les questions centrales à traiter restent : « quelle sont les bonnes informations à transmettre ? », « quels sont les meilleurs arguments à mettre en avant ? », « quels sont les meilleurs canaux, outils, supports et médias ? » (Communication persuasive classique), il s'en ajoute une autre dont la prise en compte est déterminante : « quel acte préparatoire doit-on obtenir de la part de celles et ceux dont je recherche le concours ? » (Engagement comportemental). C'est la prise en compte de cette dernière question qui, en dotant la cible d'un statut d'acteur, distingue une démarche de communication « engageante » d'une démarche de communication « classique » (Joule, Girandola et Bernard, 2007).

Un message persuasif a plus de chance de déboucher sur les effets escomptés s'il a été précédé par un ou des actes préparatoires engageants consistants avec lui (Girandola et Joule, 2012). Des travaux montrent qu'on a plus de chance d'être entendu lorsque les arguments que l'on avance ou les informations que l'on donne ont été précédés par l'obtention d'un comportement préparatoire consistant avec les arguments ou les informations véhiculés par le message persuasif. La communication engageante se définit comme une communication qui passe par la recherche d'un engagement comportemental adéquat. Il s'agit d'obtenir de la part des sujets la réalisation d'actes préparatoires dans un contexte de libre choix, d'absence de promesse de récompense et de menace de punition, afin que la personne puisse tisser un lien entre ce qu'elle fait et ce qu'elle est. D'une manière plus générale, l'analyse des relations entre communication, cognition et conduite, en psychologie sociale, nous invite à nous interroger sur les conditions d'optimalité des campagnes de communication mises en œuvre dans les problèmes de société. Jusqu'à présent, la communication engageante a permis d'augmenter la probabilité qu'une personne accepte de réaliser des comportements socialement utiles très divers : port du préservatif, acceptation de signer une carte de donneur d'organes, comportements d'entraide, maîtrise de l'énergie, protection de l'environnement et de façon plus générale, des comportements citoyens.

Répondre à la question « comment passer des idées aux actes ? » en matière de santé, implique d'identifier les bénéfices d'une politique de communication engageante sur les perceptions, opinions et comportements. L'ambition est double :

- participer à un débat *fondamental* jusqu'alors essentiellement anglosaxon et contribuer à la recherche et à la publication au niveau national et international dans un domaine qui connaît un fort développement européen. L'objectif est ici de diffuser les résultats expérimentaux saisis dans le cadre du programme de recherches à un public de chercheurs experts en matière de prévention et de communication ;
- participer à la recherche *appliquée* au domaine de la santé, dans le but d'identifier les bénéfices d'une technique de communication engageante. La littérature anglosaxonne en matière de persuasion est d'un grand secours dans cette démarche, mais ne peut suffire, principalement pour trois raisons : a/ cette littérature et les solutions pour l'action ne sont pas toujours accessibles à l'ensemble du public professionnel concerné ; b/ de nombreuses controverses tant théoriques qu'empiriques sont encore vivaces ; c/ les effets parfois délétères des campagnes de sensibilisation actuelles. L'objectif est ici de proposer, dans le cadre émergent de la communication engageante, des solutions concrètes pour l'application dans un domaine de la santé publique fortement sollicité en matière de changement : préciser quelles sont les variables sources de succès dans les campagnes de sensibilisation et d'information (cf. références bibliographiques en Annexe 6).

Objectifs spécifiques des recherches et travaux en cours

En matière de communication persuasive seule, dégager les principales variables et paramètres susceptibles d'agir sur le traitement de l'information persuasive, les opinions, intentions et comportements des individus en faveur de la prévention du cancer. Par exemple, développer les recherches portant sur le cadrage de l'information (positive vs. négative) dans un message de prévention, prendre en compte les variables différentielles participant à la réception et au traitement de l'information (style Blunter vs. style monitor).

Identifier les engagements permettant une optimisation des actions de sensibilisation et de changement comportemental en matière de santé publique et d'éducation à la santé. Mesurer les effets à court, moyen et long terme de la communication engageante (engagement + persuasion), au niveau implicite (ce qui ne peut être verbalisé), au niveau explicite (ce qui est verbalisé) et au niveau comportemental, comparativement à une démarche de communication plus classique (persuasion seule).

Les travaux réalisés jusqu'à présent dans le cadre de la communication persuasive, de l'engagement comportemental et de la communication engageante sont prometteurs et encourageants, car axés spécifiquement sur le changement des connaissances, opinions, intentions et surtout des comportements (Girandola et Joule, 2012 pour une synthèse). Ils appellent d'autres recherches fondamentales et appliquées au service de la prévention, prenant en compte les derniers développements en matière d'influence sociale.

4. LA RECHERCHE EN IMPLÉMENTATION DES MESURES : DE LA DÉCISION À LA MISE EN ŒUVRE À PARTIR DES PRATIQUES DES ACTEURS

Les recherches en méthodologie de la transférabilité des interventions de santé publique sont à encourager. Les actions expérimentales locales, qui constituent une mine d'informations d'intérêt scientifique, sont à recueillir, à faire remonter. Les agences régionales de santé (ARS) par exemple financent des actions. Les appels à projets *d'actions* lancés par l'INCa (hors recherche) pourraient sans doute ici être exploités avec profit et des retours ou partages d'expériences pourraient être organisés. Les porteurs de projets ou les organismes promoteurs n'ont souvent pas le temps de rédiger et publier le bilan des actions menées.

Concernant *l'implémentation* de politiques publiques, l'évaluation de leur efficacité, les questions se posent le plus souvent sur les mesures les plus dispendieuses : il importe alors de fournir un niveau de « preuve » suffisant peut-être plus important que pour les autres. Les décideurs publics doivent cependant veiller à ne pas élever des barrières trop difficiles à franchir pour mettre en place des actions de santé publique. L'évaluation est souvent nécessaire, mais il serait dangereux de l'ériger en dogme, au risque de stériliser toute initiative. La construction du PNNS peut à cet égard être porteuse d'enseignements intéressants. Le niveau de preuve des actions à mettre en œuvre n'a pas posé de difficultés particulières vis-à-vis des politiques : le travail scientifique « préparatoire » du WCRF (*Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of cancer*) a été un formidable atout. En revanche, la mesure des effets de telle ou telle action spécifique, demandée par les différentes inspections (Cour des comptes, IGAS...) est en lui-même problématique, le plan étant conçu comme un ensemble. Une réponse peut être donnée en termes de suivi de la mise en place des actions locales. Un guide de mise en place d'initiatives locales dans le cadre du PNNS est en cours d'élaboration. Il s'agit de l'évaluation d'un processus (par exemple, avons-nous touché les bonnes personnes ?), plus que de l'évaluation de l'efficacité des mesures, tant celles-ci est multifactorielle. La méthodologie de mise en place des plans de santé publique peut aussi être explorée. Le PNNS-I a été mis en place autour d'un panel d'experts, le PNNS-III croise les regards de sociétés savantes, de profanes et d'experts.

4.1. Asseoir les fondements éthiques des interventions

La réflexion éthique en santé publique est déficiente en France. Dans la recherche, l'éthique n'est souvent appréhendée que dans une logique de guichet, par rapport aux autorisations des protocoles de recherche, voire comme une caution. Alors qu'elle doit être une réflexion et un principe accompagnant la recherche et l'action. Il convient de distinguer trois niveaux dans la recherche en éthique : les questions posées par les différents terrains, au sens ethnographique, de santé publique (prévention) ; les règles au sein des équipes ou des institutions (comités d'éthique) ; et les principes de la décision (niveau philosophique). **Les questions d'éthique ont besoin d'espaces de discussion, y compris avec des non-spécialistes ou « profanes ».**

Relativement aux recherches en prévention et sur les comportements à risque, il est nécessaire de distinguer plusieurs questions.

La finalité ou le sens de la prévention : la santé est de plus en plus le motif principal de la justification des actions publiques, mais il s'agit d'éviter que la santé ne devienne un écran par rapport à d'autres questions importantes.

Les moyens : jusqu'où peut-on aller, quelle est la légitimité des interventions, notamment coercitives ou manipulant les émotions, la menace, le stigmata, etc., menées au nom de la santé collective ? Cette question reste ouverte. Il y a d'une part le rapport ou les interférences entre liberté individuelle et santé collective, mais il y a aussi des questions de justice auxquelles articuler ce rapport (justice distributive ou justice relationnelle). L'équité consiste à prendre en compte les inégalités sociales dans la distribution des biens. Les épidémies ou les facteurs de risque constituent des justifications d'interventions normatives, intrusives, voire répressives sur les comportements (selon le schéma utilitariste classique). Une tension existe ainsi entre efficacité (au niveau populationnel comme au niveau individuel) et équité. Les questions d'éthique soulèvent celles des choix sociaux existants ou possibles, à expliciter, en matière de santé.

Un champ en émergence, la « neuroéthique », examine les questions liées au libre-arbitre dans les neurosciences. Utiliser, pour la santé publique, les mêmes armes que les industriels (sciences cognitives, neuromarketing, etc. Cf. *Rapport du Centre d'Analyse Stratégique sur la prévention*), alors même que leur répartition est largement inégale, soulève en effet des questions éthiques importantes de « manipulation » possible des personnes exposées. La puissance des outils du marketing privé n'est pas une raison suffisante pour les utiliser à notre tour. La question de la pertinence de leur implémentation reste encore à explorer compte tenu de cela.

S'il s'agit de réaliser le bien des personnes selon leur propre conception du bien, il est nécessaire de mener des enquêtes pour recueillir leurs préférences et de les discuter dans des espaces de délibération critique, des comités de pilotage non exclusivement composés d'experts de la santé publique, des « forums hybrides »¹⁸, dispositifs à inclure dans les interventions de santé publique, afin de ne pas préjuger de la manière dont les publics vont se réapproprier les dispositifs testés. C'est la question de savoir qui évalue le bénéfice des interventions de prévention, à laquelle on doit nécessairement associer les individus concernés. On peut y inclure les outils d'évaluation des effets non prévus des interventions (comme « l'évaluation réaliste » qui tient compte des contextes des processus évalués). De plus les controverses publiques (les questions d'acceptabilité sociale) soulevées par les interventions en amont sont à intégrer dans le processus même de la recherche interventionnelle. On trouve peu d'exemples de ce type de recherches « participatives » en France, mais plutôt sur le continent américain. Un mouvement général se dessine pourtant aujourd'hui, qui tend à désenclaver la notion d'*evidence*. Ce chantier de recherches participatives est à ouvrir en France et il y aurait d'abord un travail de synthèse de l'existant à faire.

Les problèmes de reproductibilité ou plutôt transposabilité ou transférabilité des interventions relèvent de questions épistémologiques de validité externe, par opposition à la validité interne des dispositifs de recherche expérimentaux. Les choix épistémologiques à la base des décisions de santé publique ont aussi une dimension éthique. Une réflexion est nécessaire enfin sur santé publique et démocratie, de même que des approches comparatives internationales. La littérature sur toutes ces questions est essentiellement anglosaxonne.

¹⁸ Cf. M. Callon, Y. Barthe, P. Lascoumes, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001

4.2. Les déterminants de la décision de santé publique, regard des sciences politiques

Les recherches en sciences sociales sur les politiques de santé¹⁹ ont mis en évidence des biais dans la construction ou la définition des problèmes de santé publique : certaines questions sont laissées dans l'ombre, confinées dans des arènes de spécialistes - or leurs réponses ne vont pas de soi (par exemple, le problème de l'amiante, d'abord défini comme risque professionnel puis, dans les années 90, comme problème de santé publique, concernant donc l'ensemble de la population et appelant une intervention publique plus large). Il n'y a donc pas de définition en soi ou absolue des problèmes ; leur forme est fonction des mobilisations collectives. Un problème public est souvent défini en fonction des leviers qui sont d'abord privilégiés par les pouvoirs publics comme réponses. C'est moins le problème qui débouche sur des solutions, que les instruments d'intervention disponibles et privilégiés par des groupes professionnels qui contribuent à la construction des problèmes.

L'exemple des cancers professionnels suggère de se méfier d'une définition trop restrictive des comportements comme « individuels » et de les isoler des stratégies des industriels, comme de la volonté politique. Le comportement des employeurs est notamment à prendre en compte, en l'occurrence. Il y a une invisibilité sociale des cancers professionnels (notamment, en dehors de ceux dus à l'amiante) et des études épidémiologiques sont nécessaires en vue de leur prévention. L'intérêt de cet exemple est aussi de montrer que la mise en œuvre des politiques publiques, souvent discrète, restreinte à des cercles de spécialistes, appelle des investigations pour mieux comprendre les logiques d'acteurs et les pratiques réelles de prévention (cf. par exemple, les études toxicologiques aux États-Unis).

Les entreprises ou les employeurs devraient être intégrés comme promoteurs de prévention, à côté des médecins, des associations et des pouvoirs publics. Il en va de la responsabilité sociale des entreprises. Il existe un lobbying industriel en faveur de l'abstention en matière de recherche et d'études qui, ajouté à un faible intérêt du grand public, aboutit à un masquage de la nocivité des produits. Des études sont donc nécessaires sur les différentes industries concernées : tabac, alcool, industries agroalimentaires. On peut aussi se demander quels leviers de réglementation permettraient d'accroître la transparence des entreprises à cet égard. Le nombre des agents de contrôle de la mise en œuvre des politiques publiques est trop faible et leur dispersion trop importante.

4.3. Tabagisme : quelques pistes de recherche à renforcer

L'image du tabac est encore positive. Le rapport du NCI sur les médias et le tabac (2008) décrit l'ampleur et les différentes stratégies employées par l'industrie du tabac pour maintenir une image positive et s'insérer dans le tissu économique comme une industrie normale : publicité dans les médias de masse, autres communications marketing, marketing grand public, marketing des parties prenantes; la perception des risques du tabac est par ailleurs noyée dans une masse de risques non hiérarchisés [cf. Baromètre cancer].

¹⁹ Cf. C. Gilbert, E. Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* Paris, La Découverte, 2009.

La CCLAT recommande de lancer un programme de recherche et d'évaluation (article 20). La recherche sur le tabac est concurrencée par la recherche sur les addictions. La coordination est insuffisante entre les différentes équipes travaillant sur le tabac (universitaire vs. terrain) et entre les disciplines concernées (neurosciences, recherche clinique, épidémiologie, sciences humaines et sociales). La visibilité de la recherche sur le tabac en France est faible.

4.4. La diffusion par une agence sanitaire nationale (INPES) d'une intervention efficace mis en lumière par un programme de recherche (ICAPS²⁰)

Le programme ICAPS a mis en lumière plusieurs enseignements : une augmentation de la pratique d'activité physique et une diminution de la sédentarité ; un effet bénéfique sur le poids et le risque de maladies cardiovasculaires ; des effets collatéraux bénéfiques; des effets qui se maintiennent avec le temps

Le développement et la diffusion de *méthodologies*, ainsi que l'aide au *déploiement* (transfert et généralisation) d'interventions ou d'expérimentations locales réussies, sont deux démarches nouvelles, à l'INPES. Il s'agit de « labelliser » les processus qui se sont révélés efficaces, afin de les mettre en œuvre à plus large échelle. Le guide sur le « développement de projets de type Icaps » (2011) est un exemple.

Le modèle théorique socioécologique, prenant en compte l'ensemble des déterminants et des intervenants, est l'un des facteurs de succès de l'étude Icaps. Un second appel à projets a été lancé, sur l'activité physique des jeunes (au-delà des adolescents). Parmi les déterminants des comportements visés figure le développement psychosocial, *i.e.* de compétences en éducation à la santé. Développer l'estime de soi (des enfants - et des parents) et d'autres compétences psychosociales, par exemple, à l'école, permet de résister aux (incitations de) comportements à risque.

Plusieurs « recherches-actions » sont ainsi engagées (auprès de parents, à Aubervilliers ; avec les ASV, sur les compétences des jeunes ; sur les inégalités sociales de santé...) et comportent des partenariats avec des équipes de recherche universitaires. Sur la nutrition et l'activité physique, il y a beaucoup d'actions menées localement, sur lesquelles on n'a pas forcément une vue complète. Or il est nécessaire de bien connaître les contextes et les acteurs. L'un des freins au déploiement des études et des actions est la diversité des acteurs concernés et des intérêts en jeux. Ainsi, par exemple, n'y a-t-il jusqu'à présent aucune action dans le monde du travail (accès aux entreprises).

Un autre objectif est le développement de la démocratie sanitaire, à travers la lutte contre les inégalités sociales de santé, sur lesquelles il n'y a pas non plus de recherche-action. Deux approches sont en débat, au sein même de l'INPES : l'approche « gradient social », qui implique un traitement global et permet d'éviter la stigmatisation (par exemple, agir dans la petite enfance et la parentalité) ; et/ou des actions plus ciblées sur certains publics/groupes (liées aux problématiques de la précarité et de la pauvreté, comme par les Ateliers Santé-Ville).

²⁰ Cf. Simon C., Wagner A., Platat C., Arveiler D., Schweitzer B., Schlienger J. L., et al., "Icaps: a multilevel program to improve physical activity in adolescents". *Diabetes & metabolism*, 2006, vol. 32, n°1: p. 41-49.

PROPOSITIONS POUR UNE STRATÉGIE DE PROGRAMMATION DE LA RECHERCHE EN PRÉVENTION

La vision qui sous-tend cette stratégie est de contribuer à améliorer la santé des Français en favorisant une meilleure recherche en prévention sur les changements de comportements de santé et un transfert plus rapide entre les résultats de ces recherches et les décisions de santé publique. L'objectif que se fixe cette stratégie pour y parvenir est de construire un milieu favorable aux recherches en prévention et sur les changements de comportement, afin d'en accroître la quantité et la qualité. L'opérationnalisation plus rapide des résultats de cette recherche par les décideurs et les praticiens est aussi un objectif majeur qu'il importe d'atteindre.

1. CONSTATS

Selon la charte d'Ottawa (1986) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel, ainsi qu'une dimension importante de la qualité de la vie. Divers facteurs – économiqueq, politiques, sociaux, culturels, comportementaux et biologiques – peuvent la favoriser ou au contraire lui porter atteinte. La promotion de la santé a justement pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé. »²¹ La santé y est ainsi avant tout perçue comme une ressource de la vie quotidienne, mettant à contribution les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Elle a pour but de conférer aux individus une plus grande maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. La promotion de la santé repose aussi en grande partie sur le changement d'attitudes, de croyances et de comportements des différents acteurs impliqués et de leur environnement : l'individu bien sûr, mais aussi ceux qui l'entourent (proches, communauté, personnels de santé) et la société elle-même (système de santé, législation, économie...).

2. INSERTION DANS LE CADRE DU SOUTIEN À LA RECHERCHE

D'autres outils de soutien à la recherche en sciences humaines et sociales sont développés, notamment par l'INCa, mais aussi par l'IRESP / ITMO SP, l'INPES, l'EHESP... Il convient de ne pas instaurer de concurrence entre ces organismes, mais de fédérer les différentes actions menées par chacun, afin que l'ensemble s'insère dans une stratégie cohérente. Une coordination doit ainsi être mise en place, afin de faire émerger les complémentarités entre les différentes initiatives, plutôt que de les mettre en concurrence.

Par ailleurs, les innovations tendent souvent à renforcer les inégalités sociales : les catégories les plus aisées, les plus diplômées et les mieux intégrées sont le plus souvent les premières informées (de par leur réseau social), les plus à même d'en comprendre les intérêts (de par leur niveau d'éducation) et les plus enclines et les plus aptes à mettre en œuvre les innovations offertes (de par leur aisance financière). Le Plan cancer 2009-2013 a fait de la réduction des inégalités sociales de santé l'un des axes majeurs de la lutte contre le cancer. Il importe de combiner les objectifs de cette lutte (modification des comportements et réduction des inégalités sociales de santé) afin de progresser dans les deux directions, mais aussi en complémentarité (afin notamment de lutter contre les inégalités).

²¹ OMS 1995, charte d'Ottawa. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf

De manière récurrente depuis 2010, l'INCa lance un appel à projets de recherche interventionnelle pour réduire des inégalités sociales de santé, qui devra être maintenu et amplifié, parallèlement aux outils mis en place dans le cadre de cette stratégie.

3. AXES DE DÉVELOPPEMENT

Face aux difficultés rencontrées par la recherche en prévention en France et afin de déboucher sur des propositions d'actions de santé publique à implémenter en France, il apparaît nécessaire de soutenir et développer les travaux de recherche dans plusieurs directions.

Développer la recherche fondamentale et la métrologie

Il importe d'abord de développer une recherche fondamentale qui permette de mieux mesurer et comprendre les ressorts individuels, collectifs et institutionnels (notamment ceux relatifs au système de soins) des comportements liés à la santé et de leur modification :

- mettre en place des outils de mesure, s'appuyant notamment sur l'essor des technologies de l'information et de la communication (métrologie, « expologie ») ;
- développer des recherches en sociologie, en psychologie, économie, anthropologie, géographie, sciences politiques, afin de mieux comprendre les effets des actions de santé publique sur les populations visées ;
- soutenir des recherches en sciences cognitives et marketing social, en lien avec des experts en éthique de la santé publique, afin d'identifier les ressorts sur lesquels s'appuyer pour faciliter l'adoption d'attitudes favorables à la santé.

Concernant les comportements à risques (tabac, alcool, exposition UV, par exemple), de nombreuses recherches ont déjà été menées sur les déterminants de ces comportements et les facteurs permettant de les modifier, en particulier chez des populations spécifiques (alcoolisation des jeunes, tabagisme en population précaire, chez les femmes...). Il ne s'agit pas ici de suggérer que ce type de recherches n'est plus d'actualité, mais de susciter des projets de recherche plus en « aval », qui concernent par exemple l'implémentation d'interventions dont on a démontré par ailleurs l'efficacité. Les résultats de ces recherches translationnelles, de nature plus politique ou organisationnelle, pourront alors bénéficier ensuite aux actions sur d'autres facteurs de risque, moins avancées. Un groupe de travail *ad hoc* pourrait utilement être constitué pour dresser un état des lieux de la recherche en France dans ce domaine et proposer une stratégie coordonnée sur ces facteurs de risque majeurs de cancer. La recherche sur les déterminants des comportements sains (nutrition, activité physique) est quant à elle moins avancée et les instruments de mesure correspondants moins développés. Il importe de soutenir aussi le développement d'outils de métrologie (notamment d'expologie) dans ces domaines, ainsi que la recherche fondamentale, sociologique, psychologique ou anthropologique, sur les déterminants de ces comportements.

Déployer une recherche translationnelle sur les modifications de comportement

Il convient de soutenir la mise en place d'interventions visant à modifier les comportements en matière de prévention. La recherche translationnelle en santé des populations doit être structurée et soutenue dans ses deux composantes :

- recherche interventionnelle, permettant d'apprécier dans quelle mesure et sous quelles conditions les interventions de santé publique sont efficaces ;
- recherche en implémentation, permettant de mieux définir les conditions de mise en place, dans un environnement politique, institutionnel et géographique donné, des interventions jugées efficaces pour le plus grand nombre.

Mieux outiller les acteurs de la santé publique

Le plus urgent semble être d'outiller les acteurs de la santé publique (décideurs politiques et administratifs, acteurs de terrain, professionnels de santé, de l'éducation...) face aux difficultés que pourrait susciter la mise en place d'« interventions innovantes » (réticences face à l'utilisation de techniques jugées intrusives ; freins administrativo-politiques qui pourraient se faire jour dans la mise en place de ces interventions) :

- soutenir des recherches sur l'éthique de la prévention. Associer des éthiciens aux autres projets de recherche développés dans le cadre de ce programme global ;
- soutenir des recherches juridiques et en sciences politiques sur les conditions d'efficacité des interventions en santé publique ;
- développer le transfert de connaissance entre les chercheurs et les acteurs de santé publique ;
- identifier et lever les freins à la diffusion des innovations, notamment ceux qui relèvent de la culture professionnelle ou de l'organisation des acteurs de la prévention.

4. STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT

Plusieurs axes ont été identifiés pour déployer cette stratégie de programmation de la recherche.

Formation

- Dresser un état des lieux des formations existantes sur la thématique des changements de comportements à risque (santé publique, éthique, métrologie, neurosciences et marketing social, sciences politiques et juridiques, méthodologie de recherche interventionnelle) et identifier leurs objectifs communs afin de combler les lacunes qui semblent exister.

Indicateurs : cartographie des formations existantes en 2013-T1
Acteur : Mission spécifique commandée par l'INCa

- Établir, à partir de cet état des lieux, des priorités entre les différentes thématiques à aborder.

Indicateurs : choix des thématiques disponibles en 2013-T2
Acteurs : INCa et ITMO SP

- Mettre en place des chaires universitaires de recherche, à l'attention de chercheurs engagés dans ce domaine, leur permettant d'aborder les différents sujets concernés par la recherche en prévention et sur les changements de comportement. Cette chaire pourrait être alternante : les différentes thématiques identifiées préalablement seraient abordées par l'intervention de titulaires « tournant » tous les ans, car il paraît difficile de nommer un titulaire qui assurerait à lui seul l'ensemble des composantes. Il importe cependant d'assurer une continuité dans le recrutement et dans les thématiques poursuivies par la chaire.

Indicateurs : Chaire mise en place pour l'année 2014-2015
Acteurs : INCa et partenaires

- Mettre en place un séminaire méthodologique annuel à destination des chercheurs en prévention et sur les changements de comportement, éventuellement combiné au séminaire annuel INCa sur la recherche interventionnelle.

Indicateurs : Premier séminaire mis en place en 2013-T2
(lien avec l'annonce de la mise en place de la chaire)
Acteurs : ITMO SP

Promotion de la recherche en prévention auprès des financeurs

- Faire prendre conscience aux Comités d'évaluation des appels à projets en santé des différents organismes (ANR, IReSP, INCa, ANSES, INSERM, ITMO...), de l'importance de l'enjeu et susciter des projets de recherche en prévention et changement de comportements.

Indicateurs : Nombre et taux de sélection des projets de recherche « prévention » retenus aux différents appels à projets
Acteurs : Membres du groupe de travail

- Mettre à la disposition de ces comités des listes d'experts pour les aider à évaluer ces projets, qui peuvent passer parfois pour iconoclastes.

Indicateurs : Liste mise à disposition des financeurs pour les appels à projets de la session 2013
Acteurs : INCa

- Développer des méthodes d'évaluation spécifiques et reconnues, pour les comités de ces appels à projets

Indicateurs : « Outil » mis à disposition des comités d'évaluation pour les appels à projets de la session 2014
Acteurs : Plateforme de transfert

Soutien aux projets

Soutien financier

Deux types de projets de recherche peuvent être soutenus. Au travers des appels à projets libres tels que ceux déjà mis en place par l'INCa, l'ANR ou l'IReSP, seront soutenus des projets dont le sujet est laissé à l'initiative des chercheurs, quitte à appeler leur attention sur des thématiques jugées encore en friche dans ce rapport. Afin de répondre à des questions de recherche plus précises que se posent les acteurs de la santé publique, des commandes pourront être passées par le biais d'appels à projets de recherche fléchés sur les sujets que les financeurs souhaitent voir développer.

- Introduire dès 2012 dans les appels à projets libres de l'INCa, notamment l'appel à projets en SHS, épidémiologie et santé publique, un axe transversal de recherche fondamentale en prévention et sur les changements de comportement (éthique, métrologie, neurosciences et marketing social, économie, sciences politiques et juridiques, méthodologie de recherche interventionnelle, histoire...).

Indicateurs : au moins 15 projets déposés et 5 retenus sur la thématique « prévention » sur l'ensemble des appels à projets INCa
Acteurs : INCa

- Mettre en place un programme commun de commandes de recherche sur des questions spécifiques.

Indicateurs : au moins 50 % des commandes de recherches trouvent une équipe pour y répondre
Acteurs : INCa, INPES, ITMO Cancer et ITMO Santé publique

- Afin que la communauté des chercheurs en prévention se rassemble, mettre en place un programme d'actions intégrées de recherche en prévention, incluant des recherches dédiées à des thématiques ciblées (1. éthique, politique, économie ; 2. métrologie, expologie, sociologie, sciences cognitives et marketing social ; 3. recherche interventionnelle et en transférabilité). Ce programme devrait être commun aux différents financeurs de la recherche en santé publique. Les équipes répondant à ces appels à projets devront être multidisciplinaires.

Indicateurs : au moins 10 projets de recherche financés chaque année
Acteurs : INCa ou ITMO SP, 4-5 ans

- Inclure la thématique de recherche en changement des comportements de santé dans l'agenda de recherche européen. Le Réseau de recherche translationnelle sur le cancer, financé par la Commission européenne au titre du septième programme cadre (TransCan), s'apprête à développer un appel à projets de recherche en prévention des cancers. Il serait opportun d'orienter certains des objectifs de cet appel à projets européen vers les changements de comportements manifestant des stratégies de prévention efficaces.

Indicateurs : problématique incluse dans les axes de l'appel à projets TransCan
Acteur : INCa

Soutien humain

- A l'instar de la procédure adoptée pour les projets de recherche interventionnelle INCa, mettre en place une procédure d'accompagnement (séminaire annuel pour les lettres d'intention sélectionnées), pour en accroître collectivement la qualité et la multidisciplinarité.

Indicateurs : hausse de la qualité des projets soumis (taux de sélection + 5 pts.)
Acteurs : INCa et partenaires, soutien de la plateforme (4-5 ans)

Soutien logistique

- Mettre en place des conditions de bonne réalisation de projets de recherche - qui peuvent être par nature hétérodoxes face à l'état actuel de l'art, du point de vue tant méthodologique que méthodologique. Il s'agit de partager les outils de mesure des comportements, de rapprocher chercheurs et acteurs de terrain (élaboration et/ou conduite de projets de recherche), d'échanger sur les méthodologies mises en place...

Indicateurs : hausse de la qualité des projets soumis (taux de sélection + 5 pts.)
Acteurs : ARS, cancéropôles, soutien de la plateforme (4-5 ans)

- Développer des partenariats industriels et financiers avec les entreprises des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, pour donner les moyens financiers et technologiques aux nouveaux enjeux de la métrologie.

Indicateurs : part des financements privés dans les projets retenus
Acteurs : INCa et financeurs de la recherche

Valorisation : développer la reconnaissance de ce domaine de recherche

- Intensifier les liens entre recherche, action et décision. Il est important de disposer de supports de publications francophones, à côté des nécessaires revues anglophones. Les décideurs de santé publique n'ont pas toujours l'occasion de suivre la littérature scientifique anglo-saxonne et encore moins le loisir d'y repérer les articles les plus pertinents, y compris ceux des chercheurs français. Il s'agirait alors de porter à leur connaissance une synthèse périodique (trimestrielle par exemple) des avancées majeures susceptibles de les intéresser. Les revues scientifiques francophones indexées relevant du champ de la prévention sanitaire sont principalement « *Santé publique* » et la « *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* ».

Indicateurs : au moins 3 synthèses par an dans l'une des revues
Acteurs : revues « Santé publique » et « *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* »

- Organiser un colloque international annuel sur la recherche en prévention sur les changements de comportement.

Indicateurs : un colloque annuel, réunissant une centaine de personnes
Acteurs : INCa, INPES et partenaires, soutien de la plateforme

- Renforcer la visibilité de la thématique. Le groupe *International Cancer Research Partnership* (ICRP), qui rassemble de nombreux organismes s'intéressant aux cancers afin de renforcer la collaboration mondiale et la coordination stratégique de la recherche, s'est emparé du sujet, notamment pour ce qui concerne la codification des projets de recherche (*Common Scientific Outline - CSO*). Cette classification permet d'assurer une visibilité accrue des différents axes de recherche, dans les comparaisons internationales des thèmes traités ou délaissés.

Indicateurs : développement de l'axe prévention de la classification CSO de l'ICRP
Acteur : INCa

Coordination

- Mettre en place une structure de coordination. Une telle stratégie, bien qu'initiée par l'INCa, dépasse les frontières du cancer, tant la prévention et les changements de comportement qui y sont liés, sont de nature à préserver la santé dans son ensemble. L'INCa souhaite que ses partenaires en santé publique soient autant que possible associés à la poursuite et à l'amélioration des éléments présentés dans ce document. L'ensemble de ces missions doit être partagé entre les différents acteurs qui y consacrent des moyens humains et financiers. Une coordination pourrait ainsi être mise en place, associant l'INCa et l'ITMO Santé publique. Les autres outils de recherche existants, bases de données, centres de traitement (Cohortes, BCB, CTD...) devront être intégrés dans cette coordination, afin de contribuer aux nécessaires progrès en métrologie. L'ensemble des outils mis en place par les partenaires de l'INCa sur cette thématique (appels à projets, formations, actions...) sera recensé, afin de les coordonner dans le cadre de la recherche en prévention sur les changements de comportement. Le principe n'étant pas de centraliser le pilotage, mais bien de fédérer les initiatives.

Indicateurs : mise en place d'un comité de pilotage opérationnel début 2013
Acteurs : INCa / IReSP / ITMO SP

Transfert

- Mettre en place une plateforme de soutien au transfert. Le transfert des connaissances entre les chercheurs et les acteurs de la santé publique doit être soutenu, dans une démarche d'échange mutuel et partenarial, contribuant à la production de données de recherche utiles et à leur exploitation dans la pratique et la décision de santé publique. Une telle plateforme pourrait être installée, pour commencer, dans le champ de la prévention du cancer. Ses objectifs seraient de favoriser les interactions entre chercheurs et acteurs en matière de recherche ; de renforcer l'observation, l'analyse et la communication de données probantes et leur transférabilité ; de soutenir la production de ressources et d'accompagner les acteurs dans le transfert de connaissances.

Indicateurs : Plateforme mise en place au premier semestre 2013
Acteurs : INCa, INPES

CONCLUSION

Le groupe de travail n'avait pas le mandat et encore moins la disponibilité, ni les moyens, de réaliser une expertise collective sur le sujet de la recherche sur les changements des comportements liés à la santé. Toutefois ses travaux ont permis de faire un premier état des lieux de la recherche en ce domaine en France. Il apparaît clairement qu'à l'instar d'autres grands pays, celle-ci est parcellaire et mériterait largement d'être soutenue.

L'INCa n'a pas vocation à développer une coordination de la recherche en santé publique sur la prévention. Cependant, sa position particulière en tant qu'agence dédiée à une pathologie, le poids de cette pathologie dans les dépenses de santé, le nombre de personnes touchées ou qui pourraient l'être au cours de leur vie, font de ces enjeux de prévention une question majeure dans les années à venir.

Les pistes proposées dans ce rapport et soumises à la sagacité du conseil scientifique et du comité de direction de l'INCa devraient permettre d'engager une coordination des acteurs de la santé publique dans deux directions : d'une part, entre les agences de soutien à la recherche, pour fédérer les différents financeurs et attirer les chercheurs dans une direction pour l'instant peu empruntée ; d'autre part, entre les acteurs de la recherche et ceux de la santé publique, afin de développer une démarche intégrée qui rencontre au mieux les aspirations des premiers et les besoins des seconds.

Le groupe a conscience que le rapport ne propose pas de sujets précis de recherche, même si plusieurs pistes sont envisagées dans les différentes parties de ce rapport. Cependant, le lancement des appels à projets évoqué dans le soutien financier feront l'objet, comme il est usuel, de groupes de travail thématiques qui détermineront les pistes à explorer, au regard des enseignements de ce rapport. De même, les « commandes » de recherche éventuelles devront faire l'objet d'une coordination des financeurs pour la détermination des questions à poser.

ANNEXES

1. MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Experts

François ALLA, Professeur de santé publique, Inserm, Centre d'Investigation Clinique - Épidémiologie Clinique, CHU Nancy

François BECK, sociologue, Responsable du Département « Observation et analyse des comportements de santé », INPES, chercheur associé, CERMES3 - EHESS/CNRS/Inserm/Sorbonne Paris Cité

Franck CHAUVIN, PU-PH santé publique, Centre Hygée, Institut de Cancérologie de la Loire, Saint-Etienne

Andrew CLARK, économiste, Paris School of Economics

Carine FRANC, économiste, Inserm U988-UMR 8211 CNRS (CERMES3)- EHESS

Maria MELCHIOR, épidémiologiste, Inserm U1018, CESP (Centre d'Epidémiologie des Déterminants Socioprofessionnels de la santé), Villejuif

Jean-Paul MOATTI, économiste, professeur à l'Université de Méditerranée, Marseille, ITMO Santé publique, Paris

Jean-Michel OPPERT, PU-PH Nutrition, Université Paris VI, Institut Cardiométabolisme et Nutrition, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Patrick PERETTI-WATEL, sociologue, Inserm UMR 912, Marseille

Claudine PEREZ-DIAZ, sociologue, EHESS/CNRS/Inserm (CERMES3), Villejuif

Alfred SPIRA, PU-PH santé publique, Université Paris 11, IReSP, Paris

Membres de l'INCa

Norbert AMSELLEM, département Recherches en SHS, santé publique et épidémiologie

Dominique BESSETTE, département prévention

Fabien CALVO, pôle recherche et de l'innovation

Carla ESTAQUIO, département Recherches en SHS, santé publique et épidémiologie

Jean-Baptiste HERBET, département Recherches en SHS, santé publique et épidémiologie

Martine LEQUELLEC-NATHAN, pôle santé publique et soins

2. EXPERTS AUDITIONNÉS

Chantal SIMON-BERTRAND, PU-PH, Unité 1060 INSERM (CarMeN : Cardiovasculaire, Métabolisme, Diabétologie & Nutrition) / Université Lyon1 / INRA 1235, Faculté de Médecine Lyon Sud

Georges-Louis SOLER, économiste, Directeur de l'unité Alimentation et Sciences Sociales, INRA

Nicolas LECHOPIER, MCF de philosophe des sciences, Université et ENS Lyon / Institut Français d'Education

Katia CASTETBON, épidémiologiste, Responsable de l'USEN (Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle), INVS/Paris 13

Serge HERCBERG, PU-PH, Directeur de l'USEN (Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle), INVS/Paris 13

Catherine DUMONT, Directrice de l'Animation des Territoires et des Réseaux, INPES, Saint-Denis

Antoine DEUTSCH, économiste, département Prévention, INCa

Olivier OULLIER, enseignant-chercheur en neurosciences à l'université de Provence, Laboratoire de psychologie cognitive (UMR 6146), conseiller scientifique au Centre d'Analyse Stratégique

Thierry LANG, épidémiologiste, UMR 558 Inserm, Toulouse

Fabien GIRANDOLA, psychologue, Aix-Marseille Université, Laboratoire de Psychologie Sociale (EA 849), Sciences du Comportement

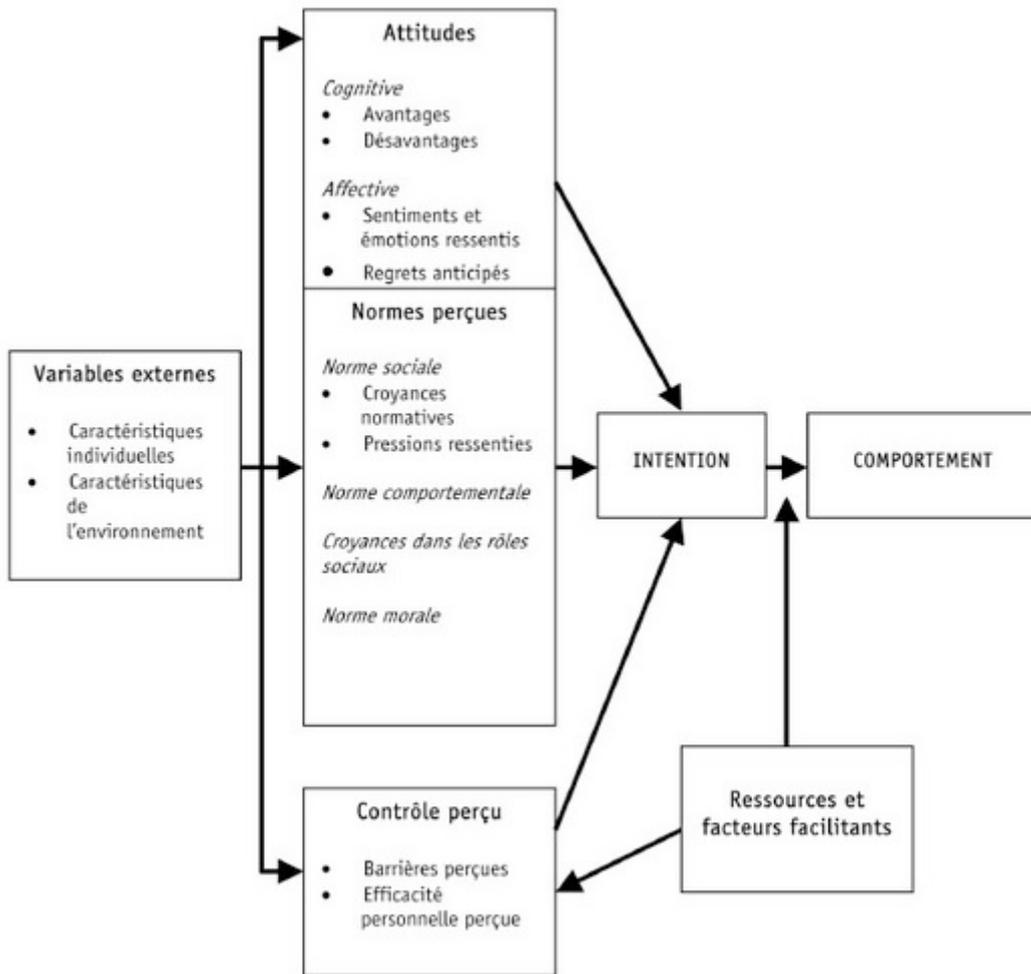
Emmanuel HENRY, sociologue, MCF de sciences politiques, IEP de Strasbourg

Karine GALLOPEL-MORVAN, MCF de sciences de gestion, EHESP, Rennes

Pierre ARWIDSON, médecin de santé publique, Directeur des Affaires Scientifiques, INPES, Saint-Denis

Basile CHAIX, Chargé de recherche, UMRS 707 INSERM (Épidémiologie, Santé publique), Paris

3. LE MODÈLE INTÉGRATEUR DE GODIN



4. PLATEFORME DE SOUTIEN AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES EN PRÉVENTION DU CANCER

Linda Cambon, François Alla
Université de Lorraine

Dans le domaine de la prévention des cancers, il est aujourd'hui largement admis la nécessité de mettre en place des interventions d'efficacité prouvée, incitant ainsi au développement de l'*evidence based health public health (EBPH)*. Ce développement doit s'appuyer sur deux dimensions : une recherche adaptée aux besoins des acteurs, une utilisation facilitée des données produites. Cependant, en raison de la diversité des déterminants des comportements et parce que les résultats sont fortement dépendants du contexte, la démarche de recherche dans le domaine est complexe²². De plus, en France, les acteurs et décideurs utilisent peu les données issues de la recherche dans leurs décisions et interventions. Les raisons en sont multiples : ces données leur sont parfois difficilement accessibles et ne leur semblent pas toujours pertinentes ou opérationnelles ; les chercheurs n'appuient pas toujours leurs questions de recherche et leurs projets sur les besoins et réalités des acteurs ; les données produites par les acteurs - pourtant très nombreuses - servent rarement à établir de la connaissance ; les collaborations entre chercheurs et acteurs existent trop rarement pour produire des données probantes contextualisées à la France., etc.

Ce constat souligne l'intérêt qu'il y a à développer en France une démarche de transfert de connaissances contribuant à la production de données de recherche utiles et à leur réelle utilisation dans la pratique et la décision politique. Dans cette perspective, le transfert de connaissances ne peut se limiter à une diffusion unidirectionnelle des chercheurs vers les acteurs, mais doit être envisagé de manière plus symétrique, partenariale, basée sur une inter-influence entre chercheurs et acteurs dans la production comme dans l'utilisation des connaissances produites. Ceci implique un apprentissage mutuel entre ces deux mondes : les acteurs apprennent des chercheurs, les chercheurs apprennent de l'expérience des acteurs de terrain^{23,24}.

Aujourd'hui en France, différents organismes se penchent sur cette question, par exemple l'Inpes dans le domaine de la prévention. Les exemples étrangers^{25,26,27}, en particulier canadiens, nous montrent que la mise en place d'une stratégie de transfert de connaissance nécessite de coordonner les initiatives liées à la production de données de recherche, à leur diffusion et à leur utilisation et, par conséquent, de mutualiser les compétences. Cette démarche pourrait prendre appui dans le domaine de la prévention des cancers sur une plateforme (ou centre de ressources) dédiée, à construire en lien avec les autres structures et organismes concernés. Cette plateforme pourrait contribuer à répondre aux objectifs suivants :

- favoriser les inter-influences en matière de recherche : analyser les attentes et besoins des acteurs et des chercheurs ; accompagner les collaborations acteurs/chercheur/décideurs ; soutenir la recherche interventionnelle dans le domaine ;

²² Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'*Evidence Based Health Promotion* dans le contexte français. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2010 ; 58(4) : 277 - 283.

²³ Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. Animer un processus de transfert des connaissances. Québec : Institut national de santé publique du Québec 2009.

²⁴ Lapaige V. Integrated knowledge translation for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2010;3:33-47.

²⁵ *The Netherlands Organization for Health Research and Development* (<http://www.zonmw.nl/en/>)

²⁶ Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/about-fra.html>)

²⁷ La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (<http://www.fcrss.ca/Home.aspx>)

- renforcer l'observation, l'analyse et la communication des données probantes et leur « utilisabilité » : réaliser une veille des « produits » de la recherche en prévention et ceux issus de l'évaluation des politiques publiques et actions de terrain ; transformer ces données afin de les rendre accessibles et acceptables aux acteurs et décideurs ; diffuser ces données à travers les canaux utilisés par les acteurs ;
- soutenir la production de ressources et accompagner les acteurs dans le transfert de connaissances : développer la recherche méthodologique ; développer des modalités de formations et d'accompagnement des acteurs à l'utilisation des données probantes de manière intégrée aux démarches de planification ; produire et diffuser des outils d'aide au transfert.

Une telle démarche s'inscrit dans une nécessaire évolution de la recherche en matière de prévention vers une recherche dite translationnelle en santé publique²⁸. Ce type de recherche, parce qu'elle associe chercheurs, acteurs et décideurs, parce qu'elle articule démarche fondamentale et appliquée dans une perspective multidisciplinaire, parce qu'elle s'efforce de prendre en compte la multiplicité des déterminants des comportements dans un environnement complexe, peut contribuer à faire progresser la connaissance et évoluer les pratiques en la matière. En ce sens, une telle démarche s'inscrit dans les enjeux actuels de santé publique, en ce qu'elle favorisera la mise en œuvre d'interventions plus efficaces et efficientes.

²⁸ Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. A translational framework for public health research. *BMC Public Health* 2009;9:116.

5. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LES ÉTUDES INTERVENTIONNELLES

(par François Alla)

1. Aguer C, Gavarry O, Gole Y, Bousuges A, Doyard P, Falgairrette G. A 5-month weight reduction programme has a positive effect on body composition, aerobic fitness, and habitual physical activity of severely obese girls: A pilot evaluation study. *Journal of Sports Sciences*. 2010;28(3):281-9.
2. Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP, Beard J, Benetos A, Berrut G, et al. IAGG Workshop: Health promotion program on prevention of late onset dementia. *Journal of Nutrition Health & Aging*. 2011;15(7):562-75.
3. Bazex H, Thomas A, Combalbert N, Lignon S. Implementing a pluridisciplinary network of intimate partner violence prevention. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*. 2010;36(1):62-8.
4. Berard A, Brechat PH, Rymer R, Lonsdorfer J. Construction-cost assessment of a program designed to promote physical and sports activities and prevent doping behaviors: PN-APSD -on 2002-2007. *Revue D Epidémiologie Et De Sante Publique*. 2009;57(1):11-5.
5. Bertin M, Lafay L, Calamassi-Tran G, Volatier JL, Dubuisson C. Schools meals in French secondary state schools: Compliance to national recommendations and schools catering patterns. *Revue D Epidémiologie Et De Sante Publique*. 2011;59(1):33-44.
6. Botelho R, Wassum K, Benzian H, Selby P, Chan S. Address the gaps in tobacco cessation training and services: Developing professional organisational alliances to create social movements. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28(5):558-66.
7. Brechat PH, Vogel T, Berard A, Lonsdorfer J, Kaltenbach G, Berthel M. What prevention programmes and which organizations are needed to support healthy ageing? *Sante Publique*. 2008;20(5):475-87,
8. Brechat PH, Vogel T, Berthe' M, Kaltenbach G, Le Divenah A, Segouin C, et al. Analysis of fourteen French national programmes on physical activity and sports as determinants of health from 2001 to 2006. *Santé Publique*. 2009;21(1):101-18.
9. Briançon S, Bonsergent E, Agrinier N, Tessier S, Legrand K, Lecomte E, et al. PRALIMAP: study protocol for a high school-based, factorial cluster randomized interventional trial of three overweight and obesity prevention strategies. *Trials*. 2010;11.
10. Cambon L, Ridde V, Alla F. Reflections and perspectives on evidence-based health promotion in French environment, *Revue d'Epidémiologie Et De Sante Publique*. 2010;58(4):277-83.
11. Combalbert N, Fayard AM, Bardouil-Lemaire N. Evolution of evaluation and prevention services provided for targeting psychosocial occupational risks. *Sante Publique*. 2008;20:5129-536.
12. de La Blanchardiere A, Depieds D, Gueyffier F. Smoking cessation counseling center in a French hospital: effectiveness at one year and predictors of outcome. *Presse Médicale*. 2006;35(10):1447-52.
13. Dechamps A, Gatta B, Bourdel-Marchasson I, Tabarin A, Roger P. Pilot Study of a 10-Week Multidisciplinary Tai Chi Intervention in Sedentary Obese Women. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2009;19(1):49-53.
14. Dechamps A, Quintard B, Lafont L. Effects of a short-term tai-chi-chuan mind-body approach on self-efficacy, anxiety and mood among sedentary lifestyle students. *European Review of Applied Psychology- Revue Européenne De Psychologie Appliquée*. 2008;58(2):125-32.
15. Dumaret AC, Constantin-Kuntz M, Titran M. Early Intervention in Poor Families Confronted With Alcohol Abuse and Violence: Impact on Famines' Social Integration and Parenting. *Families in Society-the Journal of Contemporary Social Services*. 2009;90(1):11-7.
16. Dupuy A, Dunant A, Grob JJ, Réseau Epidemiol D. Randomized controlled trial testing the impact of high-protection sunscreens on sun-exposure behavior. *Archives of Dermatology*. 2005;141(8):950-6.
17. Gollub EL, Leray V, Gilbert R, Chene G, Wallon M. Effectiveness of health education on Toxoplasma-related knowledge, behaviour, and risk of seroconversion in pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;136(2):137-45.
18. Greacen T, Jouet E. Community psychology and research: The example of the EMLIA project. *Pratiques Psychologiques*. 2009;15(1):77-88.
19. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van der Feltz-Cornelis C, et al. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against

- depression and suicidality. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2008;9(1) :51-8.
20. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*. 2009;24:45-55.
 21. Honta M, Haschar-Noe N. Preventive public health policies put to the test by territorialisation: the obscure regional governance of the National Programme on Nutrition and Health in Aquitaine. *Sciences Sociales Et Sante*. 2011;29(4):33-62.
 22. Jourdan D, McNamara PM, Simar C, Geary T, Pommier J. Factors influencing the contribution of staff to health education in schools. *Health Education Research*. 2010;25(4):519-30.
 23. Jourdan D, Pommier J, Quidu F. Practices and representations of health education among primary school teachers. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;38(1):86-94.
 24. Jourdan D, Stirling J, McNamara PM, Pommier J. The influence of professional factors in determining primary school teachers' commitment to health promotion. *Health Promotion International*. 2011;26(3):302-10.
 25. Jouret B, Ahluwalia N, Dupuy M, Cristini C, Negre-Pages L, Grandjean H, et al. Prevention of overweight in preschool children: results of kindergarten-based interventions. *International Journal of Obesity*. 2009;33(10):1075-83.
 26. Kennedy RD, Behm I, Craig L, Thompson ME, Fong GT, Guignard R, et al. Smoking cessation interventions from health care providers before and after the national smoke-free law in France. *European Journal of Public Health*. 2012;22:23-8.
 27. Le Garjean N, Ferron C, Pommier J. Attitudes of professionals towards prevention practices and guidelines. *Sante Publique*. 2011;23(5):371-84.
 28. Lecky DM, McNulty CAM, Adriaenssens N, Herotova TK, Holt J, Touboul P, et al. What are school children in Europe being taught about hygiene and antibiotic use? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2011;66:V13-V21.
 29. Masset G, Monsivais P, Maillot M, Darmon N, Drewnovsk A. Diet Optimization Methods Can Help Translate Dietary Guidelines into a Cancer Prevention Food Plan. *Journal of Nutrition*. 2009;139(8):1541-8.
 30. Minary L, Martini H, Wirth N, Thouvenot F, Acouetey DS, Martinet Y, et al. TABADO: "Evaluation of a smoking cessation program among Adolescents in Vocational Training Centers": Study protocol. *BMC Public Health*. 2009;9.
 31. Moisan S, Caroly S, Juret I, Brinon C, Josselin V, Guiho-Bailly MP, et al. Prevention of musculoskeletal disorders in hospital workers: Exposure assessment and assistive devices for patient handling. *Archives Des Maladies Professionnelles Et De L'Environnement*. 2009;70(1):13-27.
 32. Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill A, van den Putte B, Willemsen MC, et al. Comprehensive smoke-free policies attract more support from smokers in Europe than partial policies. *European Journal of Public Health*. 2012;22:10-6.
 33. Parienti JJ, Kuss O. Cluster-crossover design: A method for limiting clusters level effect in community-intervention studies. *Contemporary Clinical Trials*. 2007;28(3):316-23.
 34. Pommier J, Guevel MR, Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*. 2010;10.
 35. Prazuck T, Compte-Nguyen G, Pelat C, Sunder S, Blanchon T. Reducing Gastroenteritis Occurrences and Their Consequences in Elementary Schools With Alcohol-based Hand Sanitizers. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2010;29(11):994-8.
 36. Quereux G, Nguyen JM, Volteau C, Dreno B. Prospective trial on a school-based skin cancer prevention project. *European Journal of Cancer Prevention*. 2009;18(2):133-44.
 37. Reinhardt CH, Lopker N, Noack MJ, Klein K, Rosen E. Peer Tutoring Pilot Program for the Improvement of Oral Health Behavior in Underprivileged and Immigrant Children. *Pediatric Dentistry*. 2009;31(7):481-5.
 38. Reinhardt CH, Lopker N, Noack Mi, Rosen E, Klein K. Peer teaching pilot programme for caries prevention in underprivileged and migrant populations. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2009;19(5):354-9.
 39. Romand R, Gourgou S, Sancho-Garnier H. A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation. *Addiction*. 2005;100(10):1546-54.
 40. Roman M, Lommez A, Taffiet M, Basdevant A, Oppert JM, Bresson JL, et al. Downward trends in the prevalence of childhood overweight in the setting of 12-year school- and community-based programmes. *Public Health Nutrition*. 2009;12(10):1735-42.

41. Shankland R, Salas T, Friboulet D. From prevention to health promotion: A community-based approach. *Pratiques Psychologiques*. 2009;15(1):65-76.
42. Shankland R, Lamboy B. Importance of theoretical models in conceiving and assessing health prevention and promotion programmes. *Pratiques Psychologiques*. 2011;17(2):153-72.
43. Simon C, Schweitzer B, Oujaa M, Wagner A, Arveiler D, Tribay E, et al. Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. *International Journal of Obesity*. 2008;32(10):1489-98.
44. Tessier S, Chauillac M, Latscha BD, Pol D. Nutrition education in schools: evaluation of a teaching method "La Main a la Pate", *Santé Publique*. 2010;22(2):229-38.
45. Thibault H, Corriere C, Langevin C, Atchoarena S, Delmas C, Baratchart BA, et al. Morning snack offer in primary school: Outlook and practices in Aquitaine, France, between 2004 and 2008. *Archives de Pédiatrie*. 2010;17(11):1516-21.
46. Tissier J, Bouchouchi A, Glaude C, Legge A, Desir S, Greacen T, et al. A perinatal mental health promotion intervention. *Pratiques Psychologiques*. 2011;17(2):107-17.
47. Tubert-Jeannin S, Lecuyer MM, Manevy R, Pegon-Machat E, Decroix B. Evaluation of an oral health promotion programme after one year of implementation in a nursery school. *Santé Publique*. 2008;20(1):7-17.
48. Vanhelst J, Marchand F, Fardy P, Zunquin G, Loeuille GA, Renaut H, et al. The CEMHaVi Program CONTROL, EVALUATION, AND MODIFICATION OF LIFESTYLES IN OBESE YOUTH. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2010;30(3):181-5.
49. Vereecken C, Huybrechts I, van Houte H, Martens V, Wittebroodt I, Maes L. Results from a dietary intervention study in preschools "Beastly Healthy at School". *International Journal of Public Health*. 2009;54(3):142-9.
50. Vincent-Baudry S, Defoort C, Gerber M, Bernard MC, Verger P, Helal O, et al. The Medi-RIVAGE study: reduction of cardiovascular disease risk factors after a 3-me intervention with a Mediterranean-type diet or a low-fat diet. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;82(5):964-71.

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS LE RAPPORT

Références sur les inégalités sociales de comportement et l'apport des SHS à la prévention des conduites défavorables à la santé (F. Beck et P. Peretti-Watel)

- Ancel P., Gaussoit L., *Alcool et alcoolisme, pratiques et représentations*, Logiques sociales, 1998.
- Bayer R. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Soc Sci Med* 2008; 67:463-72.
- Beck F., Gautier A., (dir.) *Baromètre cancer 2010*, Saint-Denis : Inpes, 2012, 272 p.
- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, St Denis.
- Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G., 2010, Femmes influentes sous influence ? Genre, milieu social et usages de substances psychoactives *Médecine/science*, 26(1), 95-97.
- Bloomfield K., Grittner U., Kramer S., Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Suppl.* 2006 Oct-Nov;41(1):i26-36.
- Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, *Population et sociétés*, N° 441, Janvier 2008.
- Chapman S, Freeman B. Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tob Control* 2008; 17(1):25-31.
- Gmel G., Bloomfield K., Alhström S., Choquet M., Lecomte T. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four European countries. *Substance Abuse*. 2000;21(249-64).
- Grünfeld J.-P., *Rapport au président de la république, recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan*, 2009.
- Jusot F., 2010. "Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe" In Potvin L., Moquet M.-J., et Jones C., *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, Inpes, p. 73-88.
- Leclerc A, Kaminski M, Lang T, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, La Découverte, 2008.
- Lioret S, Touvier M, Dubuisson C, Dufour A, Calamassi-Tran G, Lafay L, et al. Trends in Child Overweight Rates and Energy Intake in France From 1999 to 2007: Relationships With Socioeconomic Status. *Obesity*. 2009;17(5):1092-1100.
- Lupton D, *The imperative of health: public health and the regulated body*. Londres: Sage, 1995.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5;358(23):2468-81.
- Mackenbach JP. Tackling inequalities in health. *BMJ*. 1995 May 6;310(6988):1152-3.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008 Nov. 8;372(9650):1661-9.
- Massé R, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2003.
- Menvielle G., Leclerc A., Chastang J.F., Melchior M., Luce D., 2007. Changes in socioeconomic inequalities in cancer mortality rates among French men between 1968 and 1996, *American Journal of Public Health*, 97(11), p.2082-2087.
- Olds T, Maher C, Zumin S, Péneau S, Lioret S, Castetbon K, Bellisle, de Wilde J, Hohepa M, Maddison R, Lissner L, Sjöberg A, Zimmermann M, Aeberli I, Ogden C, Flegal K, Summerbell C. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *Int J Pediatr Obes*. 2011 Oct;6(5-6):342-60.
- Pampalon, R. Hamel, D. & Gamache, P. (2009). A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 29(4): 178-191.
- Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, Lang T, Launoy G. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Apr 27. [Epub ahead of print]
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F, Cigarettes and social inequalities in France: is tobacco use increasingly concentrated among the Poor? *Addiction*, 2009, Oct;104(10):1718-28.

Peretti-Watel P, Moatti JP. *Le principe de prévention*. Paris, Seuil, collection La République des Idées, 2009.

Peretti-Watel P, Moatti JP. Understanding risk behaviours: how the sociology of deviance may contribute? The case of drug-taking. *Social Science & Medicine*, 2006, 63 (3), pp. 675-679.

Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.-P. (2007) Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tobacco Control* ; 16: 351-356.

White M, Adams J, Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In Babones S (Ed.). *Health, inequality and society*. Bristol: Policy Press (2009).

Références sur les modèles explicatifs (F. Alla)

1. Lalonde M. *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens*. Ottawa, Gouvernement du Canada, 1974, 83 pages

2. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why Are Some People Healthy and Others Not? *The Determinants of Health of Populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994, 368 pages

3. Wilkinson R, Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Deuxième édition. Genève, OMS, 2004, 41 pages

4. Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfied S, Newbould J, Rennie T. *A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change*. NICE 2006. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11868/44524/44524.pdf>

5. Godin G. Le changement des comportements de santé. In : G. F. Fisher (Éd.), *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod 2002 : 375-388.

6. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé* 1991 ; 9 (1) :67-94.

Références sur les déterminants économiques de comportements de santé (C. Franc)

Aucun article directement lié avec « prévention » et « assurance » dans *ScienceDirect* ni dans *Pubmed* sur la période 2005-2012 en France.

COURBAGE C., DE COULON A. (2004). « Prevention and private health insurance in UK ». *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, Vol. 29, No. 4, p 719-727.

DERVAUX B., EECKHOUDT L. (2004), « Prévention en économie et en médecine - à propose de quelques malentendus ». *Revue économique*. Vol 55, n°5, p 849-856.

EECKHOUDT L., GODFROID Ph., MARCHAND M. (1998), « Risque de santé, médecine préventive et médecine curative », *Revue d'économie politique*, 108, p. 321-327.

EHRlich I., BECKER G. (1972), « Market insurance, self-insurance and self-protection », *Journal of Political Economy*, p. 623-648.

FRANC C. LESUR R. (2004). « Système de rémunération des médecins et incitations à la prévention », *Revue Economique*. Septembre 2004, n°5, pages 901-922.

TRUJILLO AJ., ORTIZ AIV., GOMEZ FR., STEINHARDT LC. (2010) « Health Insurance Doesn't Seem To Discourage Prevention Among Diabetes Patients In Colombia ». *Health Affairs*, 29, no.12, p. 2180-2188

WU S. (2003), « Sickness and preventive medical behavior », *Journal of Health Economics*, 22, p. 675-689.

ZWEIFEL P., MANNING WG. (2000), « Moral hazard and consumer incentives in health care ». in *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, chap. 8, pp. 407-459.

Références sur l'économie des interactions sociales (A. Clark, M. Melchior)

Clark, A. E. et F. Etilé (2006), "Don't give up on me baby: Spousal correlation in smoking behaviour", *Journal of Health Economics*, 25(5): 958-978.

Clark, A. E. et F. Etilé (2011), "Happy House: Spousal Weight and Individual Well-Being", *Journal of Health Economics*, 30(5): 1124-1136.

Clark, A. E. et Y. Lohéac (2007), "It wasn't me, It was them! A Study of Social Influence in Risky Behaviour by Adolescents", *Journal of Health Economics*, 26(4): 763-784.

Cohen-Cole, E. et J. M. Fletcher (2008a), "Detecting implausible social network effects in acne, height, and headaches: longitudinal analysis", *BMJ*, **337**(dec04_2): a2533-.

Cohen-Cole, E. et J. M. Fletcher (2008b), "Is obesity contagious? Social networks vs. environmental factors in the obesity epidemic", *Journal of Health Economics*, **27**(5): 1382-1387.

Etilé, F. (2007), "Social norms, ideal body weight and food attitudes", *Health Economics*, **16**(9): 945.

Manski, C. (1993), "Identification of Endogenous Social Effects: The Reflection Problem", *Review of Economic Studies*, **60**(3): 531-542.

Manski, C. (1995), *Identification Problems in the Social Sciences*, Boston: Harvard University Press.

Manski, C. (2000), "Economic Analysis of Social Interactions", *Journal of Economic Perspectives*, **14**(3): 115-136.

Références sur les déterminants sociaux des comportements de santé (M. Melchior)

(1) World Health Organization. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. [<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>] [2008]

(2) Legleye S, Janssen E, Beck F, Chau N, Khlal M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction* 2011; **106**(8):1520-1531.

(3) Tjora T, Hetland J, Aaro LE, Overland S. Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development. a longitudinal latent curve model analysis. *BMC Public Health* 2011; **11**(1):911.

(4) Redonnet B, Cholet A, Bowes L, Melchior M. Tobacco, alcohol and drug-use among young adults in France: the socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence* 2012; **121**(3):231-239.

(5) Melotti R, Heron J, Hickman M, Macleod J, Araya R, Lewis G. Adolescent alcohol and tobacco use and early socioeconomic position: the ALSPAC birth cohort. *Pediatrics* 2011; **127**(4):e948-e955.

(6) Dupuy M, Godeau E, Vignes C, Ahluwalia N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; **11**:442.

(7) Thibault H, Conrand B, Saubusse E, Baine M, Maurice-Tison S. Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition* 2010; **26**(2):192-200.

(8) Leal C, Bean K, Thomas F, Chaix B. Are associations between neighborhood socioeconomic characteristics and body mass index or waist circumference based on model extrapolations? *Epidemiology* 2011; **22**(5):694-703.

(9) Peneau S, Salanave B, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. Correlates of sedentary behavior in 7 to 9-year-old French children are dependent on maternal weight status. *International Journal of Obesity* 2011; **35**(7):907-915.

(10) Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically-disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A lifecourse study. *American Journal of Epidemiology* 2007; **166**(8):966-974.

(11) Estaquio C, Druésne-Pecollo N, Latino-Martel P, Dauchet L, Hercberg S, Bertrais S. Socioeconomic differences in fruit and vegetable consumption among middle-aged French adults: adherence to the 5 A Day recommendation. *Journal of the American Dietary Association* 2008; **108**(12):2021-2030.

(12) Novak M, Ahlgren C, Hammarstrom A. A life-course approach in explaining social inequity in obesity among young adult men and women. *International Journal of Obesity* 2006; **30**(1):191-200.

(13) Leclerc A, Zins M, Bugel I, Chastang J-F, David S, Morcet J-F et al. Consommation de boissons alcoolisées et situation professionnelle dans la cohorte GAZEL (EDF-GDF). *Archives des Maladies Professionnelles* 1994; **55**(7):509-517.

(14) Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine* 2000; **51**:843-857.

(15) Croezen S, Picavet HS, Haveman-Nies A, Verschuren WM, de Groot LC, Van't Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health* 2012; **12**:65.

(16) Surkan PJ, Miller R, Melchior M. Parental relationship satisfaction in French young adults associated with alcohol abuse and dependence. *Addictive Behaviors* 2012; **37**(3):313-317.

(17) Sanderson DM, Ekholm O, Hundrup YA, Rasmussen NK. Influence of lifestyle, health, and work environment on smoking cessation among Danish nurses followed over 6 years. *Preventive Medicine* 2005; **41**(3-4):757-760.

- (18) Schulte PA, Wagner GR, Ostry A, Blanciforti LA, Cutlip RG, Krajnak KM et al. Work, obesity, and occupational safety and health. *American Journal of Public Health* 2007; 97(3):428-436.
- (19) Gooding HC, Walls CE, Richmond TK. Food Insecurity and Increased BMI in Young Adult Women. *Obesity* 2011.
- (20) Agrawal A, Lynskey MT. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction* 2008; 103(7):1069-1081.
- (21) Melchior M, Choquet M, Le Strat Y, Hassler C, Gorwood P. Parental alcohol dependence, socioeconomic disadvantage and alcohol and cannabis dependence among young adults in the community. *European Psychiatry* 2011; 26:13-17.
- (22) Laucht M, Blomeyer D, Buchmann AF, Treutlein J, Schmidt MH, Esser G et al. Catechol-O-methyltransferase Val(158) Met genotype, parenting practices and adolescent alcohol use: testing the differential susceptibility hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012; 53(4):351-359.
- (23) Lagou V, Liu G, Zhu H, Stallmann-Jorgensen IS, Gutin B, Dong Y et al. Lifestyle and socioeconomic-status modify the effects of ADRB2 and NOS3 on adiposity in European-American and African-American adolescents. *Obesity* 2011; 19(3):595-603.
- (24) Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Review* 2011; 4(1):4-27.
- (25) Deb P, Gallo WT, Ayyagari P, Fletcher JM, Sindelar JL. The effect of job loss on overweight and drinking. *Journal of Housing Economics* 2011; 30(2):317-327.
- (26) Melchior M, Chastang J-F, MacKinnon D, Galéra C, Fombonne E. The intergenerational transmission of tobacco smoking: the role of parents' longitudinal smoking trajectory. *Drug and Alcohol Dependence* 2010; 107(2-3):257-260.
- (27) Pachucki MA, Jacques PF, Christakis NA. Social network concordance in food choice among spouses, friends, and siblings. *American Journal of Public Health* 2011; 101(11):2170-2177.
- (28) Herttua K, Makela P, Martikainen P. The effects of a large reduction in alcohol prices on hospitalizations related to alcohol: a population-based natural experiment. *Addiction* 2011; 106(4):759-767.
- (29) Block JP, Christakis NA, O'Malley AJ, Subramanian SV. Proximity to food establishments and body mass index in the Framingham Heart Study offspring cohort over 30 years. *American Journal of Epidemiology* 2011; 174(10):1108-1114.
- (30) Stoolmiller M, Wills TA, McClure AC, Tanski SE, Worth KA, Gerrard M et al. Comparing media and family predictors of alcohol use: a cohort study of US adolescents. *BMJ Open* 2012; 2:e000543.
- (31) Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine* 2008; 358(21):2249-2258.
- (32) Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction* 2009; 104(10):1718-1728.
- (33) Rosen LJ, Noach MB, Winickoff JP, Hovell MF. Parental smoking cessation to protect young children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129(1):141-152.
- (34) Sterba KR, Rabius V, Carpenter MJ, Villars P, Wiatrek D, McAlister A. Dyadic efficacy for smoking cessation: preliminary assessment of a new instrument. *Nicotine and Tobacco Research* 2011; 13(3):194-201.
- (35) Stockwell T, Auld MC, Zhao J, Martin G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction* 2011. [Epub ahead of print]
- (36) Waterlander WE, Steenhuis IH, de Boer MR, Schuit AJ, Seidell JC. The effects of a 25% discount on fruits and vegetables: results of a randomized trial in a three-dimensional web-based supermarket. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2012; 9(1):11.
- (37) Breton E. Examining tobacco control strategies and aims through a social justice lens: an application of Sen's capability approach. *Public Health Ethics* 2011; 4(2):149-159.

Références sur les nouvelles approches comportementales, cognitives et les neurosciences (O. Oullier)

- Camus M., Halelamien N., Plassmann H., Shimojo S., O'Doherty J., Camerer, C. *et al.* (2009), « Repetitive transcranial magnetic stimulation over the right dorsolateral prefrontal cortex decreases valuations during food choices », *European Journal of Neuroscience*, 30, p. 1980-1988.
- Charron S., Fuchs A. et Oullier O. (2008), « Exploring brain dynamics in neuroeconomics », *Revue d'économie politique*, n° 118, p. 97-124.
- Cialdini R. (2005), « Don't throw in the towel, use social influence research », *Observer*, 18, 4-4.
- Heshmat S. (2006), « Applying behavioral economics to changing health behavior: The case of weight-loss management », *Californian Journal of Health Promotion*, 4, p. 21-29.
- Holland R. W., Hendricks M. and Aarts H. (2005), « Smells like clean spirit: Nonconscious effects of scent on cognition and behavior », *Psychological Science*, 16, p. 689-693.
- McCabe D. P. and Castel A. D. (2008), « Seeing is believing: The effect of brain images on judgments of scientific reasoning », *Cognition*, 107(1), p. 343-352.
- McClure S. M., Li J., Tomlin D., Cypert K. S., Montague L. M. and Montague P. R. (2004), « Neural correlates of behavioral preference for culturally familiar drinks », *Neuron*, 44, p. 379-387.
- E. Michel-Kerjan, P. Slovic, *The irrational economist: Making decisions in a dangerous world*, Public Affairs Books, New York, 2010.
- O. Oullier, F. Basso, *Embodied economics: How bodily information shapes the social coordination dynamics of decision making*, in *Philosophical Transactions of the Royal Society: B. Biological Sciences*, vol. 365 (15-38), pp. 291-301, 2010.
- Oullier O., Kirman A. P. et Kelso J. A. S. (2008), « The coordination dynamics of economic decision-making: A multi-level approach to social neuroeconomics », *IEEE Transactions on Neural and Rehabilitation Systems Engineering*, 16(6), p. 557-571.
- Oullier O. (2008), « Neuroéconomie et neuroéthique », in A. Claeys et J.-S. Vialatte (éds.), *La Loi bioéthique de demain*, tome 2, Paris, Assemblée nationale, p. 196-202.
- Plassmann H., O'Doherty J., Shiv B. and Rangel A. (2008), « Marketing actions can modulate neural representations of experienced pleasantness », *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105, p. 1050-1054.
- R. Thaler, C. Sunstein, *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, Penguin, 2009. Trad. Fr. M.-F. Pavillet (2010), *Nudge : la méthode douce pour inspirer la bonne décision*, Paris, Vuibert.
- Sauneron S. (2009), « Impacts des neurosciences : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ? », *La Note de veille*, n° 128, Centre d'analyse stratégique, mars.
- Schmidt C. (2010), *Neuroéconomie : comment les neurosciences transforment l'analyse économique*, Paris, Odile Jacob.
- Wansink B., Geier A. B. and Rozin P. (2009), « Packaging cues that frame portion size: The case of the red potato chip », *Advances in Consumer Research*, vol. 36, p. 196.
- Weisberg D. S., Keil F. C., Goodstein J., Rawson, E. and Gray J. R. (2008), « The seductive allure of neuroscience explanations », *Journal of Cognitive Neuroscience*, 20(3), p. 470-477.
- Wicker B., Keysers C., Plailly J., Royet J. P., Gallese V. and Rizzolatti G. (2003), « Both of us disgusted in My insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust », *Neuron*, 40, p. 655-664
- Zaltman G. (2003), « How customers think: Essential insights into the mind of the market », Harvard Business School Press.

Références sur la mesure des comportements et de leurs changements et l'expologie (J-M. Oppert)

- Charreire H, Weber C, Chaix B, Salze P, Casey R, Banos A, Badariotti D, Kesse-Guyot E, Hercberg S, Simon C, Oppert JM. Identifying built environmental patterns using cluster analysis and GIS: Relationships with walking, cycling and body mass index in French adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 May 23;9(1):59.
- Chaix B, Bean K, Daniel M, Zenk SN, Kestens Y, Charreire H, Leal C, Thomas F, Karusisi N, Weber C, Oppert JM, Simon C, Merlo J, Pannier B. Associations of supermarket characteristics with weight status and body fat: a multilevel analysis of individuals within supermarkets (RECORD study). *PLoS One.* 2012;7(4):e32908.
- Casey R, Chaix B, Weber C, Schweitzer B, Charreire H, Salze P, Badariotti D, Banos A, Oppert JM, Simon C. Spatial accessibility to physical activity facilities and to food outlets and overweight in French youth. *Int J Obes (Lond).* 2012 Feb 7.
- Charreire H, Kesse-Guyot E, Bertrais S, Simon C, Chaix B, Weber C, Touvier M, Galan P, Hercberg S, Oppert JM. Associations between dietary patterns, physical activity (leisure-time and occupational) and television viewing in middle-aged French adults. *Br J Nutr.* 2011 Mar;105(6):902-10.
- Salze P, Banos A, Oppert JM, Charreire H, Casey R, Simon C, Chaix B, Badariotti D, Weber C. Estimating spatial accessibility to facilities on the regional scale: an extended commuting-based interaction potential model. *Int J Health Geogr.* 2011 Jan 10;10:2.
- Billaudeau N, Oppert JM, Simon C, Charreire H, Casey R, Salze P, Badariotti D, Banos A, Weber C, Chaix B. Investigating disparities in spatial accessibility to and characteristics of sport facilities: Direction, strength, and spatial scale of associations with area income. *Health Place.* 2010 Sep 17
- Charreire H, Casey R, Salze P, Simon C, Chaix B, Banos A, Badariotti D, Weber C, Oppert JM. Measuring the food environment using geographical information systems: a methodological review. *Public Health Nutr.* 2010 Nov;13(11):1773-85.
- : Charreire H, Casey R, Salze P, Kesse-Guyot E, Simon C, Chaix B, Banos A, Badariotti D, Touvier M, Weber C, Oppert JM. Leisure-time physical activity and sedentary behavior clusters and their associations with overweight in middle-aged French adults. *Int J Obes (Lond).* 2010 Aug;34(8):1293-301.
- Touvier M, Bertrais S, Charreire H, Vergnaud AC, Hercberg S, Oppert JM. Changes in leisure-time physical activity and sedentary behaviour at retirement: a prospective study in middle-aged French subjects. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010 Feb 4;7:14.
- Jacobi D, Caille A, Borys JM, Lommez A, Couet C, Charles MA, Oppert JM; FLVS Study Group. Parent-offspring correlations in pedometer-assessed physical activity. *PLoS One.* 2011;6(12):e29195.
- Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, Clemes SA, De Cocker K, Giles-Corti B, Hatano Y, Inoue S, Matsudo SM, Mutrie N, Oppert JM, Rowe DA, Schmidt MD, Schofield GM, Spence JC, Teixeira PJ, Tully MA, Blair SN. How many steps/day are enough? For adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011 Jul 28;8:79.
- Spittaels H, Verloigne M, Gidlow C, Gloanec J, Titze S, Foster C, Oppert JM, Rutter H, Oja P, Sjöström M, De Bourdeaudhuij I. Measuring physical activity-related environmental factors: reliability and predictive validity of the European environmental questionnaire ALPHA. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010 May 26;7(1):48
- Spittaels H, Foster C, Oppert JM, Rutter H, Oja P, Sjöström M, De Bourdeaudhuij I. Assessment of environmental correlates of physical activity: development of a European questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009 Jul 6;6:39.
- Jacobi D, Charles MA, Tafflet M, Lommez A, Borys JM, Oppert JM. Relationships of self-reported physical activity domains with accelerometry recordings in French adults. *Eur J Epidemiol.* 2009;24(4):171-9.
- Rapport WCRF (World Cancer Research Fund) American Institute for Cancer Research, Washington DC: AICR, 2007, Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective
- Expertise INSERM. « Activité physique - Contextes et effets sur la santé » Éditions Inserm, mars 2008, 832 pages, 60 €, Collection Expertise collective Expertise INSERM Activité physique et santé
- Charreire H, Casey R, Salze P, Simon C, Chaix B, Banos A, Badariotti D, Weber C, Oppert JM. Measuring the food environment using geographical information systems: a methodological review. *Public Health Nutr.* 2010 Nov;13(11):1773-85.
- Charreire H, Weber C, Chaix B, Salze P, Casey R, Banos A, Badariotti D, Kesse-Guyot E, Hercberg S, Simon C, Oppert JM. Identifying built environmental patterns using cluster analysis and GIS: Relationships with walking, cycling and body mass index in French adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 May 23;9(1):59.
- Moudon AV, Lee C. Walking and bicycling: an evaluation of environmental audit instruments. *Am J Health Promot.* 2003 Sep-Oct;18(1):21-37.

Sallis JF, Floyd MF, Rodriguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012 Feb 7;125(5):729-37.

Spittaels H, Foster C, Oppert JM, Rutter H, Oja P, Sjöström M, De Bourdeaudhuij I. Assessment of environmental correlates of physical activity: development of a European questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009 Jul 6;6:39.

Références sur la recherche en marketing social et prévention des comportements tabagiques (K. Gallopel-Morvan)

Amos A, Currie C, Gray D et al (1998) Perceptions of fashion images from youth magazines: does a cigarette make a difference? *Health Education Research* 13: 491-501.

Andreasen A. R. (2005), *Social Marketing in the 21st century*, Sage publications.

Andreasen A. R. (1995), *Marketing Social Change*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Beguinet E., Gallopel-Morvan K., Wirth N., Spinosa A., Martinet Y. (2010), Tobacco advertising through French TV in 2005: frequent illicit broadcasting; its impact on teenagers and young adults, *Journal of Public Health*, 32, 2, 184-190.

Brown A, Boudreau C, Moodie C, Fong GT, Li GY, McNeill A, Thompson ME, Hassan LM, Hyland A, Thrasher JF, Yong HH, Borland R, Hastings G, Hammond D. (2011), Support for removal of point-of-purchase tobacco advertising and displays: findings from the International Tobacco Control (ITC) Canada survey. *Tob Control*; 15 October: doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050153.

Carter OBJ, Donovan RJ, Weller NM et al (2007) Impact of smoking images in magazines on smoking attitudes and intentions of youth: an experimental investigation. *Tobacco Control* 16: 368-72.

Charlesworth A & Glantz SA (2005) Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics* 116: 1516-28.

Coombs J, Bond L, Van V, Daube M. "Below the Line": The tobacco industry and youth smoking. *Australasian Medical Journal*, 2011, 4, 12, 655-673

Dalton, M.A., Tickle, J.J., et. al (2002) The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988 to 1997. *Preventive Med*. 34 : 516-523

Distefan JM, Pierce JP & Gilpin EA (2004) Do favorite movie stars influence adolescent smoking initiation? *American Journal of Public Health* 94: 1239-44.

Feighery EC, Ribisl KM, Schleicher N, Lee RE, Halvorson S. (2001), Cigarette advertising and promotional strategies in retail outlets: results of a statewide survey in California. *Tobacco Control*, June, 10(2), 184-188.

Gale J, Fry B, Smith T et al (2006) Smoking in film in New Zealand: measuring risk exposure. *BMC Public Health* 6: Article Number 243

Gallopel-Morvan K. et Rieunier S. (2008), Le marketing social, in *Le management des organisations : fondements et renouvellements*, ouvrage coordonné par G. Schmidt, Editions Sciences Humaines, 82-90.

Gallopel-Morvan K. (2003), Le marketing social : un outil au service de la prévention des comportements tabagiques des jeunes français, in *Tabagisme, prise en charge chez les étudiants*, ouvrage collectif Expertise Collective INSERM, éditions scientifiques, 81-194

Gallopel-Morvan K., E. Béguinet, Y. Martinet, P. Mourouga, C. Nieraad et S. Ratte (2006), Le placement des produits du tabac dans les films, *SEVE* (revue de santé publique), 11, 81-87.

Gallopel-Morvan K., Gabriel P., Le Gall-Ely M., Rieunier S. et Urien B. (2011a), The use of visual warnings in social marketing: the case of tobacco, *Journal of Business Research*, 64, 1, 7-11.

Gallopel-Morvan K., Béguinet E., Eker F., Martinet Y. et Hammond D. (2011b), Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un contexte français, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 20-21, 244-247

Gallopel-Morvan K., Moodie C., Hammond D., Eker F., Béguinet E., Martinet Y. (2011c), Consumer perceptions of cigarette pack design in France: A comparison of regular, limited edition and plain packaging, *Tobacco Control* (doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050079).

Gray D, Amos A & Currie C (1996) Exploring young people's perceptions of smoking images in youth magazines. *Health Education Research* 11: 215-30.

Gray D, Amos A & Currie C (1997) Decoding the image - consumption, young people, magazines and smoking. An exploration of theoretical and methodological issues. *Health Education Research* 12: 505-17.

- Hanewinkel R & Sargent JD (2007) Exposure to smoking in popular contemporary movies and youth smoking in Germany. *American Journal of Preventive Medicine* 32: 466-73.
- Hastings G (2007), *Social Marketing: Why Should the Devil Have all the Best Tunes?* Butterworth-Heinemann.
- Hastings G. et Liberman J. (2009), Tobacco corporate social responsibility and fairy godmothers: the Framework Convention on Tobacco Control slays a modern myth, *Tobacco Control*, 18, 73-74.
- Koh H, Connolly G. New cigarette brands with flavors that appeal to youth: tobacco marketing strategies. *Health Affairs*. 2005; 24(6):1601-1610.
- Kotler P., Lee N. (2008), *Social Marketing : Influencing behaviours for Good*, Sage Publications, 3rd edition.
- Kotler P. et G. Zaltman, Social marketing : an approach to planned social change, *Journal of Marketing*, 35, 1971.
- MacFaden L, Amos A, Hastings G et al (2003) 'They look like my kind of people' - perceptions of smoking images in youth magazines. *Social Science and Medicine* 56: 491-9.
- Manning K., Kelly K., Comello L. (2009), Flavoured cigarettes, sensation seeking and adolescents' perceptions of cigarette brands, *Tobacco Control*, 18, p.459-465.
- McCool JP, Cameron LD & Petrie KJ (2003) Interpretations of smoking in film by older teenagers. *Social Science and Medicine* 56: 1023-32.
- McCool JP, Cameron LD & Petrie KJ (2001) Adolescent perceptions of smoking imagery in film. *Social Science and Medicine* 52: 1577-87
- Melihan-Cheinin P., Mourouga P., Loiseau S., Larochette N., Martin D., Ratte S., David C., Cocq E. (2003), Enquête sur la valorisation des produits du tabac sur les films à grand succès en France : 1982-2001, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 22, 103-104.
- Pechmann, C. et Shih C.F. (1999), Smoking scenes in movies and antismoking advertisements before movies: effects on youth, *Journal of Marketing*, 63 (July), 1-13.
- Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM and al. Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):1183-91.
- Sargent JD, Dalton MA, Beach ML et al (2002), Viewing tobacco use in movies: does it shape attitudes that mediate adolescent smoking? *American Journal of Preventive Medicine* 22: 137-45.
- Sargent JD, Beach ML, Dalton MA et al (2001) Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *British Medical Journal* 323: 1394-7.
- Sargent JD, Stoolmiller M, Worth KA et al (2007) Exposure to smoking depictions in movies: its association with established adolescent smoking. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 161: 849-56.
- Shmueli D., Prochaska J.J., Glantz S.A. (2010), Effect of Smoking Scenes in Films on Immediate Smoking: A Randomized Controlled Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 38 (4), p. 351-358.
- Tickle JJ, Sargent JD, Dalton MA et al (2001) Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control* 10: 16-22.
- Titus-Ernstoff L, Dalton M, Adachi-Mejia A, Longacre M, Beach M, Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children. *Pediatrics*. 2010; 121:15-21.
- Wakefield M, Morley C, Horan JK et Cummings KM. (2002), The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tob Control*. 11(1):173-180.
- Watson NA, Clarkson JP, Donovan RJ et al (2003) Filthy or fashionable? Young people's perceptions of smoking in the media. *Health Education Research* 18: 554-67.
- Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR et al (2006) The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 160: 1285-96.

Références d'exemples issus de la lutte contre l'alcoolisme (Claudine Pérez-Diaz)

- Anderson, P., and B. Baumberg. 2006. "L'alcool en Europe. Une approche de santé publique. Rapport à la Commission Européenne.". Londres: Institute of Alcohol Studies.
- Babor, TH., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giebrecht, K. Graham, J. Grube, L. Hill, H. Holder, R. Homel, M. Livingston, E. Österberg, J. Rehm, R. Room, and I. Rossow. 2010. *Alcohol No Ordinary Commodity Research and public policy*. New York: Oxford University Press.
- Commission des lois Assemblée Nationale. 2009. "Juger et soigner : lutter contre les pathologies et addictions à l'origine de la récidive." in *Documents d'information*, edited by Assemblée Nationale. Paris: Assemblée Nationale,.
- Diaz Gomez, C., and M. Milhet. 2005. "Repérage Précoce Intervention Brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes." in *Evaluation des politiques publiques*. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Expertise collective. 2001. "Alcool. Effets sur la santé." Paris: INSERM.
- Miller, W., and P. Wilbourne. 2002. "Mesa Grande : a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders." *Addiction* 97:265-77.
- Pérez-Diaz, C. 2002. "Quelles convergences rechercher dans le contrôle de la circulation routière en Europe?" *Annales des Ponts et Chaussées* 101:66-70.
- . 2003. "Postface." Pp. 197-201 in *La politique de sécurité routière. Les systèmes locaux de contrôle-sanction*, edited by Instance d'évaluation présidée par Michel Ternier. Paris: La Documentation Française.
- . 2009. "L'alcool au volant : prise en charge pénale et sanitaire." *Archives de politique criminelle* (31):155-72.
- Treich, N. 2005. "L'analyse coût-bénéfice de la prévention des risques." Pp. 1-52: LERNA-INRA, Université de Toulouse.
- Wittezaele, J.J., and T. Garcia. 2006. *A la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris: Editions du Seuil.

Références sur l'éthique des interventions en santé des populations (N. Lechopier)

- Anon. 2007. *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics. <http://www.nuffieldbioethics.org/public-health>.
- Bayer, R. 2008. « Stigma and the ethics of public health: not can we but should we ». *Social science & medicine* 67 (3): 463''C472.
- Bayer, Ronald, et Amy L. Fairchild. 2004. « The Genesis of Public Health Ethics ». *Bioethics* 18 (6): 473''C492. doi:10.1111/j.1467-8519.2004.00412.x.
- Blumenthal-Barby, J S, et Hadley Burroughs. 2012. « Seeking better health care outcomes: the ethics of using the "nudge" ». *The American Journal of Bioethics: AJOB* 12 (2): 1''C10. doi:10.1080/15265161.2011.634481.
- Callahan, Daniel, et Bruce Jennings. 2002. « Ethics and public health: forging a strong relationship ». *American Journal of Public Health* 92 (2): 169''C176.
- Childress, James F., Ruth R. Faden, Ruth D. Gaare, et al. 2002. « Public Health Ethics: Mapping the Terrain ». *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 30 (2): 170''C178. doi:10.1111/j.1748-720X.2002.tb00384.x.
- Crawford, R. 1977. « You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming ». *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 7 (4): 663''C680.
- Dawson, Angus, et Marcel Verweij, éd. 2007. *Ethics, prevention, and public health*. 1 vol. Issues in biomedical ethics. Oxford/: Clarendon Press/; New York: Oxford University Press. <http://www.sudoc.fr/117741728>.
- Doucet, Hubert, Sylvie Gravel, Alex Battaglini, Danielle Laudy, Marie-Ève Bouthillier, Laurence Boucheron, et Michel Fournier. 2011. « Éthique et santé publique/: Quelle place pour l'autonomie/? » Éd. Jean-Marc Larouche et Florence Piron. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale* (vol. 12, n° 1) (janvier 28): 227''C250. doi:10.4000/ethiquepublique.176.
- Faden, Ruth, et Sirine Shebaya. 2010. « Public Health Ethics ». Dans *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, éd par. Edward N. Zalta. Summer 2010. <http://plato.stanford.edu/archives/sum2010/entries/publichealth-ethics/>
- Ferron, Christine, et Linda Cambon. 2011. « Opinion de la Fédération nationale de l'éducation et la promotion de la santé sur le Rapport «/Nouvelles approches de la prévention en santé publique/» ». *Santé Publique* Vol. 23 (2) (juin 23): 143''C149.

- Førde, O. H. 1998. « Is imposing risk awareness cultural imperialism? » *Social science & medicine* 47 (9): 1155-1159.
- Kass, Nancy E. 2001. « An Ethics Framework for Public Health ». *American Journal of Public Health* 91 (11) (novembre): 1776-1782.
- Jarvis. 2004. « Public Health Ethics From Foundations and Frameworks to Justice and Global Public Health ». *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 32 (2): 232-242. doi:10.1111/j.1748-720X.2004.tb00470.x.
- Kenny, Maureen E., Arthur M. Horne, Pamela Orpinas, et LeRoy E. Reese. 2009. *Realizing Social Justice: The Challenge of Preventive Interventions*. 1^{ère} éd. American Psychological Association.
- Korp, Peter. 2010. « Problems of the Healthy Lifestyle Discourse ». *Sociology Compass* 4 (9): 800-810. doi:10.1111/j.1751-9020.2010.00313.x.
- Lee, L. M. 2012. « Public Health Ethics Theory: Review and Path to Convergence ». *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 40 (1): 85-98.
- Massé, Raymond. 2012. « Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique/: dés et enjeux pour une éthique de la discussion ». *Santé Publique* Vol. 24 (1) (avril 1): 49-61.
- Massé, Raymond, et Jocelyne Saint-Arnaud. 2003. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Sociétés, cultures et santé. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Mishra, Amrita, et Janice E. Graham. 2012. « Risk, choice and the 'girl vaccine': Unpacking human papillomavirus (HPV) immunisation ». *Health, Risk & Society* 14 (1) (février): 57-69. doi:10.1080/13698575.2011.641524.
- Mosavel, Maghboeba, Rashid Ahmed, Doria Daniels, et Christian Simon. 2011. « Community researchers conducting health disparities research: Ethical and other insights from fieldwork journaling ». *Social Science & Medicine* (1982) 73 (1) (juillet): 145-152. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.029.
- Pagliarani, Giovanna, et Caterina Botti. 2011. « Prevention, communication and equity in environmental epidemiology: ethical issues ». *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità* 47 (3): 266-272. doi:DOI: 10.4415/ANN_11_03_05.
- Pentz, Rebecca D. 1998. « A Code of Ethics and Prevention: What Should Be Said and Why ». *Cancer Prevention International* 3 (2): 123-129. doi:10.3727/108399898791829081.
- Peretti-Watel, Patrick, et Jean-Paul Moatti. 2009. *Le principe de prévention/: Le culte de la santé et ses dérives*. Seuil.
- Schwartz, Jonathan P., Sally M. Hage. 2009. « Prevention: Ethics, responsibility, and commitment to public well-being. » Dans *Realizing social justice: The challenge of preventive interventions.*, éd Maureen E. Kenny, Arthur M. Horne, et al., Washington: American Psychological Association. <http://psycnet.apa.org/books/11870/006>.
- Séradour, Brigitte, Pascal Bonnier, Jocelyne Jacquemier, L. Ceugnart, S. Taieb, et P. Vennin. 2012. « Dépistage et surdiagnostic/: sommes-nous victimes du progrès technologique? » Dans *Cancer du sein/: surdiagnostic, surtraitement*, 44-52. Springer Paris. <http://www.springerlink.com/content/x7864tnr55466727/abstract/>.
- Tauber, Alfred I. 2002. « Medicine, public health, and the ethics of rationing ». *Perspectives in Biology and Medicine* 45 (1): 16-30.
- Trickett, Edison J. 1992. « Prevention ethics: explicating the context of prevention activities ». *Ethics & Behavior* 2 (2): 91-100. doi:10.1207/s15327019eb0202_2.

Synthèses et recherches réalisées par F. Girandola dans le domaine de la santé Publique

- Girandola, F. (2003). *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*. PUF.
- Girandola, F. (2002). Persuasion et santé publique. In C. Bonardi., F. Girandola, N. Roussiau., & N. Soubiale (Eds.), *Psychologie sociale appliquée* (pp. 121-139). In Press.
- Girandola, F., & Joule, R.-V. (2012). La communication engageante : aspects théoriques, résultats et perspectives. *L'Année Psychologique*, 112, 117-144.
- Joule, R.-V., Bernard, F., Geissler, A., Girandola, F., & Halimi-Falkowicz, S. (2010). Binding Communication and organ donation. *International Review of Social Psychology*, 23, 211-238.
- Girandola, F., & Michelik, F. (2008). Engagement et persuasion par la peur : vers une communication engageante dans le domaine de la santé. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 40, 69-79.
- Girandola, F., & D. Atkinson (2003). Prévention, détection et traitement de l'information en situation de peur. *Revue Canadienne des Sciences du comportement*, 35, 197-209.

Souchet, L. & Girandola, F. (2010). *Communication engageante et représentation sociale : le cas du dépistage du cancer du sein*. 2^{ème} Colloque International Cancer et Sciences Humaines, 21-22 juin, Université de Franche-Comté, Besançon.

Références sur les déterminants de la décision de santé publique, et de sa mise en œuvre - Le regard des sciences politiques (E. Henry)

Claude Gilbert, Emmanuel Henry (dir.) (2009), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, Paris.

AFSSET - Réseau Risques et Société (2009), Actes du colloque « Gouverner l'incertitude. Les apports des sciences sociales à la gouvernance des risques sanitaires environnementaux »,

http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/153325251762428992282730453788/actes_gouverner_incertitude_fr.pdf

Olivier Borraz, Virginie Guiraudon (2010), *Politiques publiques 2, Changer la société*, Presses de Sciences Po, Paris.

Olivier Borraz (2008), *Les politiques du risque*, Presses de Sciences Po, Paris.

F. de Maria, I. Grémy, (2008), « Apports des collectivités territoriales à la politique de santé publique. Bilan depuis la loi du 9 août 2004 », ORS Ile-de-France. <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/AppCollPolSP.pdf>

F. Jabot, P. Loncle (2007), « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé publique*, 19 S1, pp. S21-S35.

Cour des Comptes, *La prévention sanitaire*, Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Octobre 2011.

http://www.assemblee-nationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf



Édité par l'Institut National du Cancer
Conception/Réalisation : Institut National du Cancer
Tous droits réservés – Siren: 185 512 777
Illustrations: DR

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations
sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

RÉF. : ETARECHPREV12

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr