



CHAPITRE TROIS

Perception des risques

Lorsque l'on cherche à comprendre ce qui conditionne certains comportements et pourquoi certaines interventions sont plus acceptables et efficaces que d'autres, il faut considérer à la fois les risques et les avantages. Des facteurs sociaux, culturels et économiques jouent un rôle essentiel dans la manière dont les gens perçoivent les risques pour la santé. De même, des facteurs sociétaux et structurels peuvent influencer sur le choix des politiques de maîtrise des risques et sur l'impact potentiel des interventions. La prévention des facteurs de risque doit être planifiée dans le contexte de la société locale étant donné que le succès des interventions de prévention ne dépend que partiellement du cas particulier et du niveau d'instruction. Lors de la conception des stratégies d'intervention, on ne peut pas automatiquement supposer que les divers groupes composant le grand public pensent de la même façon que les professionnels de la santé publique et autres experts du risque. En outre, les estimations du risque et de ses conséquences, présentées en termes scientifiques sur la base d'une évaluation, doivent être communiquées avec beaucoup de soins et de précautions. Le mieux est de confier cette communication à des professionnels reconnus et considérés comme indépendants et fiables. Pour que les interventions soient adoptées et mises en œuvre avec succès, il est essentiel qu'un climat de confiance règne entre le gouvernement et tous les intéressés, tant dans le secteur public que dans le privé.

3

PERCEPTION DES RISQUES

EVOLUTION DES PERCEPTIONS DES RISQUES

Compte tenu des recherches sur la charge mondiale des risques pour la santé ainsi que de l'analyse qui sert de base au choix d'interventions rentables, quelles leçons devons-nous en tirer au sujet des perceptions des risques ? S'agissant des risques hautement prioritaires, comment pouvons-nous mettre en œuvre à l'avenir des politiques plus efficaces pour les éviter ou en réduire les effets ?

Le présent chapitre commence par examiner les travaux effectués sur l'analyse des risques depuis les années 70. Il attire ensuite l'attention sur la nécessité de se faire une idée générale de la manière dont les risques sont définis et perçus dans la société, tant par les individus que par différents groupes. L'accent y est mis enfin sur l'importance d'une meilleure communication sur les risques sanitaires afin que des stratégies efficaces soient adoptées pour les maîtriser. Toutefois, les perceptions du risque dans le monde sont de plus en plus influencées de trois autres manières. Premièrement, par des groupes de pression réunissant divers milieux d'affaires et par de nombreuses associations de défense de la santé publique. Deuxièmement, par les médias mondiaux dont l'influence va croissant. Troisièmement, par l'augmentation des facteurs de risque dans nombre de pays à revenu moyen ou faible sous l'effet de la mondialisation.

Jusqu'à une époque récente, les risques pour la santé étaient largement définis sur une base strictement scientifique, bien que l'on reconnaisse depuis quelque temps déjà qu'ils puissent être compris et interprétés très différemment par différents groupes de la société tels que les scientifiques, les professionnels, les gestionnaires, le grand public et les politiciens. L'évaluation et la gestion des risques pour la santé sont un domaine d'étude relativement récent qui se développe régulièrement depuis le début des années 70. Au début, on s'est attaché à mettre au point des méthodes scientifiques pour identifier et décrire les dangers ainsi que pour évaluer la probabilité d'issues défavorables et leurs conséquences. Une attention particulière a été accordée au type et à l'ampleur des conséquences néfastes, y compris les décès éventuels. A cette époque, l'analyse des risques, comme on l'appelait, était surtout considérée comme une nouvelle activité scientifique concernant l'environnement et les autres menaces extérieures pour la santé telles que les expositions à des substances chimiques, les accidents de la circulation routière, les irradiations accidentelles et les catastrophes nucléaires. Les premières études du risque ont eu lieu principalement aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe (1).

Au début des années 80, l'analyse des risques s'est scindée en deux branches principales : l'évaluation des risques et la gestion des risques, à mesure que l'on s'intéressait davantage à la manière dont les dangers ou facteurs de risque peuvent être maîtrisés au niveau

individuel aussi bien que par l'ensemble de la société. L'accent a été mis non plus sur la détermination d'une probabilité d'événements défavorables découlant de divers facteurs de risque mais sur l'évaluation de l'ampleur et de la diversité des conséquences éventuelles. Les décès sont généralement considérés comme la conséquence la plus grave. On a aussi tenté de lever certaines incertitudes concernant les estimations scientifiques (2). Cette évolution a eu une importante conséquence. On a en effet considéré que l'individu était responsable au premier chef de la maîtrise des risques pour sa propre santé étant donné que nombre d'entre eux ont une origine comportementale et dépendent donc dans une large mesure de la volonté de chacun. Ce point de vue a ensuite conduit à adopter une approche de la promotion sanitaire basée sur les modes de vie. C'est ainsi que l'on a cherché tout particulièrement à lutter contre les cardiopathies coronariennes par une promotion de la santé axée sur les individus à haut risque, auxquels on recommande par exemple un exercice physique accru et une alimentation moins riche en cholestérol, et que les politiques de lutte contre l'usage de la cigarette ont aussi souligné l'importance du choix individuel.

C'est également à cette époque que la nécessité d'un renforcement de la réglementation de l'Etat est apparue plus clairement à la faveur de deux évolutions importantes. Premièrement, les gouvernements de nombreux pays industrialisés ont considéré qu'il leur appartenait, en tant que responsables de l'exécution des lois, de mettre en place de nouveaux organismes publics de réglementation dotés d'importants pouvoirs, comme la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis d'Amérique, le Health and Safety Executive (HSE) au Royaume-Uni et l'INRS en France. Deuxièmement, on s'est attaché davantage à déterminer des doses d'exposition maximales admissibles et à adopter de nombreuses normes internationales de sécurité, en particulier pour les risques environnementaux et chimiques. Parmi ces risques figurent ceux qui sont associés aux polluants de l'air et aux rejets de matières polluantes par les véhicules à moteur ainsi qu'aux aliments et à l'usage de substances chimiques en agriculture.

DOUTES CONCERNANT LA VALEUR SCIENTIFIQUE DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

L'approche dite scientifique ou quantitative de l'évaluation des risques pour la santé vise à fournir aux responsables politiques les meilleures estimations numériques possibles de la probabilité d'issues sanitaires défavorables. Cette approche est généralement considérée comme tout à fait fiable, mais dans quelle mesure une telle opinion est-elle justifiée ? Pourquoi cette approche est-elle souvent considérée comme plus valable que le jugement du grand public ou des spécialistes des sciences sociales ?

Si l'évaluation des risques semble suivre un processus scientifique logique, il est très difficile en pratique de prendre des décisions « objectives » à chacune des étapes. Ainsi, le modélisateur du risque doit adopter une définition spécifique du risque et introduire dans le modèle une série de jugements et hypothèses subjectifs (3, 4) dont beaucoup font intervenir des valeurs implicites et subjectives telles que l'expression numérique du risque, la valeur pondérée de la vie à des âges différents, les taux d'actualisation et le choix des issues sanitaires défavorables à prendre en compte. Il faut par exemple exercer un jugement scientifique pour déterminer les effets de différents degrés d'exposition ou décider des issues, et notamment des épisodes morbides, qui doivent figurer parmi les événements défavorables.

Au cours des années 80, on estimait que les prévisions scientifiques étaient rationnelles, objectives et fiables alors que les perceptions du grand public étaient largement subjectives, insuffisamment étayées et donc peu fiables, ce qui a conduit à adopter des politiques de maîtrise des risques qui s'attachaient à corriger les « erreurs » du public et à lui enseigner des notions scientifiques plus valables en matière de risque et de gestion du risque.

Toutefois, cette démarche a été de plus en plus contestée par des associations de défense des consommateurs et des groupes de pression qui ont exigé des scientifiques qu'ils s'expliquent sur leurs méthodes et leurs hypothèses. Leurs critiques ont révélé le haut degré d'incertitude scientifique inhérent à de nombreux calculs. Ces groupes ont alors acquis une plus grande assurance qui leur a permis de défendre vigoureusement leurs propres évaluations et interprétations des risques.

IMPORTANCE NOUVELLE DES PERCEPTIONS DU RISQUE

Au début des années 90, notamment en Amérique du Nord et en Europe, il est apparu clairement qu'en se fiant essentiellement à des méthodes scientifiques d'évaluation et de gestion des risques, on n'obtenait pas toujours les résultats escomptés. On a aussi constaté qu'un même risque était interprété différemment par différents groupes de population et que tous les risques devaient être considérés dans un large contexte social, culturel et économique (5-7). En outre, les gens comparent les risques aux avantages qui peuvent y être liés et sont également conscients de toute une série d'autres risques à prendre en considération. On a argué que des notions de risque sont en fait ancrées dans les sociétés et leurs cultures et déterminent pour l'essentiel la manière dont l'individu perçoit les risques et sa capacité à les maîtriser (8). Par ailleurs, les perceptions, par le grand public, des risques pour la santé ne coïncidaient pas toujours avec celles des scientifiques de sorte que leur autorité a été alors de plus en plus contestée, tant par l'opinion publique que par les politiciens. Si les vues du grand public et des scientifiques convergeaient dans une large mesure au sujet de nombreux risques, elles divergeaient aussi nettement dans certains domaines comme l'énergie nucléaire et les pesticides (voir l'encadré 3.1). Ces différences de perception ont souvent donné lieu à de vives controverses publiques.

A cette même époque, l'approche « modes de vie » appliquée aux stratégies de promotion de la santé et d'éducation sanitaire en vue d'améliorer les connaissances et de corriger les idées reçues dans le domaine de la santé a commencé à montrer ses limites. Cette méthode ne permettait pas aux interventions en question de transformer suffisamment les comportements pour être considérées comme rentables. La rapide émergence du VIH/SIDA par exemple a montré que l'utilisation du modèle des croyances sanitaires pour modifier les comportements était pratiquement sans effet sur les comportements sexuels à haut risque favorisant la transmission de l'épidémie. De plus, à mesure que le grand public et les groupes de pression, notamment ceux qui se situent dans la mouvance écologique, étaient mieux organisés, ils ont commencé à s'interroger sur les motivations des grandes sociétés, comme celles de l'industrie du tabac (10).

Vers le milieu des années 90, l'amélioration de la communication des risques a été jugée essentielle pour résoudre les divergences entre ces diverses positions car on s'est alors largement rendu compte que les démarches scientifiques et les perceptions du grand public étaient également valables. On s'est accordé à reconnaître qu'il fallait comprendre et

Encadré 3.1 Perceptions du risque dans les milieux scientifiques et dans le grand public

« La principale leçon à tirer de ces recherches est peut-être que les attitudes et perceptions du grand public sont à la fois empreintes de sagesse et entachées d'erreurs. Il arrive que les non spécialistes ne disposent pas de certaines informations sur les dangers mais leur conceptualisation du risque est beaucoup plus riche que celle des experts et reflète des préoccupa-

tions légitimes qui sont généralement ignorées dans les évaluations de ces derniers. De ce fait, la communication du risque et sa gestion sont vouées à l'échec à moins qu'elles ne s'inscrivent dans un processus bidirectionnel. Chaque partie, experts et grand public, a quelque chose d'utile à offrir et doit respecter la perspicacité et l'intelligence de l'autre. »

Source : (9) p.285.

concilier les différentes perceptions des risques, ce qui a conduit à conclure que tant les gouvernements que les politiciens ont un rôle majeur à jouer dans la gestion des conflits que provoquent les politiques de maîtrise des risques en favorisant un dialogue franc et ouvert au sein de la société afin que le grand public leur fasse vraiment confiance. Une importante conclusion s'impose : pour réduire la future charge mondiale des risques, il est essentiel que toutes les parties dialoguent dans une atmosphère de confiance mutuelle (11, 12).

PERCEPTIONS DU RISQUE

On se fonde dans le présent rapport sur l'hypothèse que les facteurs de risque, les probabilités de risque et les événements défavorables peuvent être définis et mesurés. C'est là une base de départ utile pour la quantification des effets défavorables d'une série de facteurs de risque et pour la promotion de la santé. Toutefois, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il convient de se placer dans une perspective plus large pour comprendre la signification de la charge mondiale des risques sanitaires et appliquer les conclusions que l'on en tire à la conception de stratégies d'intervention. L'évaluation de ces risques doit se situer dans un contexte beaucoup plus large.

Les perceptions du risque sont basées sur des informations très diverses concernant les facteurs de risque (parfois appelés dangers), et les technologies ainsi que leurs avantages et leurs contextes. Les gens, par exemple, reçoivent des informations et acquièrent des valeurs qui se fondent sur leur expérience, sur des sources scientifiques et sur les médias ainsi que sur ce qui leur a été communiqué par leur famille, leurs pairs ou d'autres membres de leur entourage. Un tel transfert de connaissances et un tel apprentissage basé sur l'expérience s'opèrent aussi dans le cadre de la société et de la culture, y compris par référence à des croyances et à des modes de pensée. C'est en organisant tous ces savoirs, dont l'acquisition commence dès l'enfance, qu'un individu perçoit le monde qui l'entoure et lui donne un sens. De même, les perceptions des risques pour la santé sont profondément ancrées dans les divers milieux économiques, sociaux et culturels.

L'impulsion initiale de la recherche sur les perceptions est due en grande partie aux travaux novateurs de Starr (13) qui a cherché à mettre en balance les risques des technologies et les avantages perçus. Les premières études empiriques sur les perceptions individuelles du risque sont principalement l'œuvre de psychologues aux Etats-Unis d'Amérique (4, 14). Au départ, on a fait une découverte fondamentale : il s'agissait d'un ensemble de stratégies ou règles mentales, dites aussi heuristiques, dont les gens se servent pour concevoir les risques (15). L'une des méthodes utilisées au début pour étudier et représenter l'idée que les gens se font des risques consistait à leur demander d'estimer le nombre de décès entraînés par 40 dangers et à comparer leurs réponses aux estimations statistiques existantes (16, 17). On a alors constaté que les gens tendaient à surestimer le nombre des décès imputables à des risques rares et à beaucoup sous-estimer ceux qui résultent de causes fréquentes telles que le cancer et le diabète. Cette constatation doit manifestement être prise en compte dans les stratégies visant à maîtriser un grand nombre de risques pour la santé fréquents et largement répartis. Les causes rares mais bien définies sont quant à elles encore plus surestimées. La familiarité et la surreprésentation dans les médias tendent à renforcer ces perceptions. Toutefois, le classement d'après le nombre total de décès correspond en général assez bien, dans l'ensemble, au classement estimatif officiel.

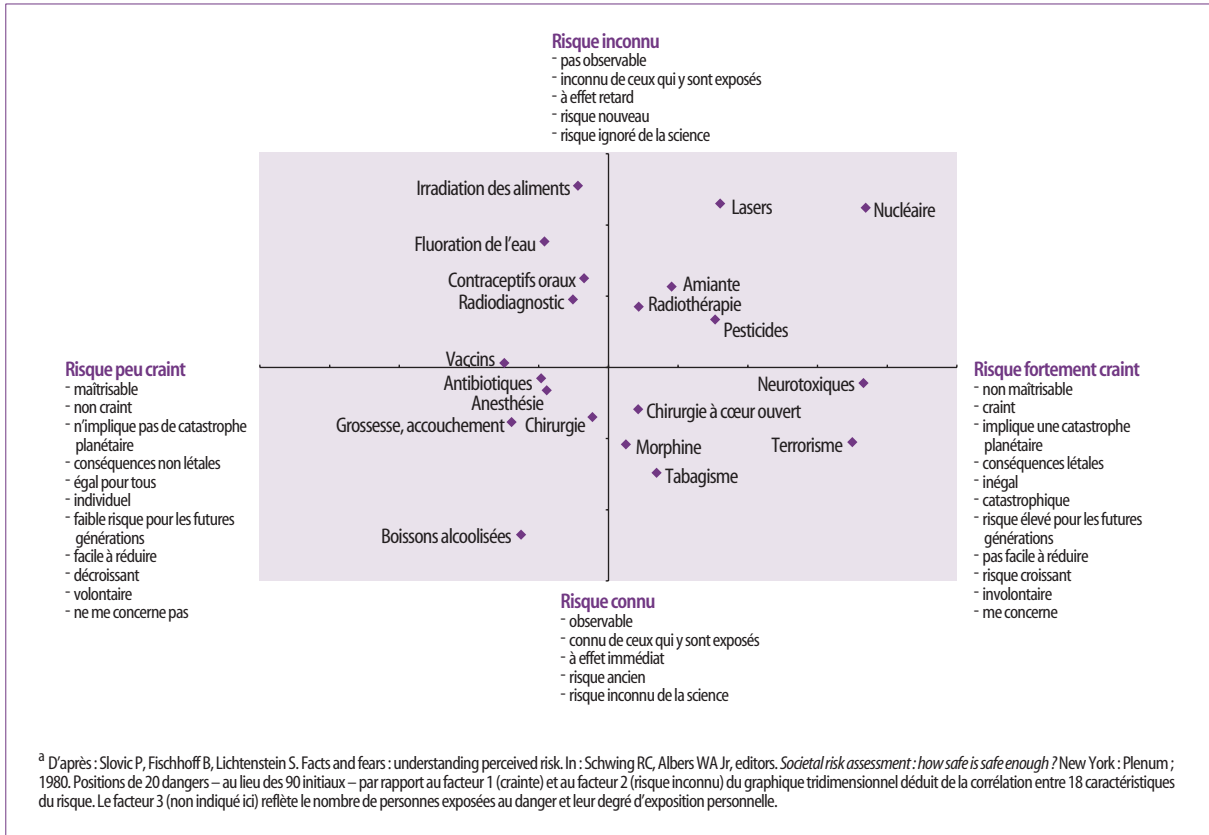
Les facteurs de risque ont de nombreuses dimensions, y compris divers avantages, et un risque est beaucoup plus, pour la plupart des gens, qu'un simple nombre de décès éventuels. Une autre recherche originale, qui intéresse la présente analyse des risques pour la santé dans le monde, utilise des tests psychométriques pour mesurer les perceptions de 90 dangers différents sur la base de 18 caractéristiques qualitatives (18). A la suite de l'analyse

des facteurs, ces dangers ont été classés en fonction de la crainte qu'ils inspirent et de la perception de risques inconnus (voir la figure 3.1 qui indique 20 risques pris parmi les 90 initiaux). Un troisième facteur, non représenté sur la figure, est le nombre de personnes concernées. La figure 3.1 montre clairement que les risques les plus incertains, comme le nucléaire et les pesticides, sont les plus craints, alors que les risques associés à de nombreuses interventions et actes cliniques ont des valeurs plus acceptables. Les antibiotiques, les anesthésiques, l'accouchement et la chirurgie par exemple sont perçus comme étant beaucoup plus sûrs. Plus le degré de crainte objective et l'impression de risques inconnus sont importants, et plus les gens veulent que des mesures soient prises pour réduire ces risques, y compris par une réglementation plus stricte de la part des pouvoirs publics et par des mesures législatives. Il semble que souvent, les gens ne se contentent pas d'un simple compromis entre les avantages et les risques perçus et exigent une plus grande protection contre de nombreux risques.

Les risques qui sont à la fois très incertains et très craints sont aussi manifestement les plus difficiles à prévoir et à maîtriser. On a constaté que parmi les principaux facteurs de crainte figurent la catastrophe planétaire et les risques pour les générations futures. Le terrorisme mondial et la production d'aliments génétiquement modifiés sont deux exemples récents. Les risques les moins craints sont, en général, ceux qui sont individuels, maîtrisables et aisément réduits. Les plus acceptables sont ceux qui sont connus, observables et à effet immédiat. En outre, plus les risques sont équitables et plus ils sont acceptables pour le plus grand nombre.

Il est utile de tenir compte des perceptions d'une menace et de risques inconnus dans les interventions de santé publique visant à réduire les risques. Pour qu'elles atteignent leur

Figure 3.1 Dangers d'après le degré de crainte et le type de risque^a



but, ces interventions devraient aussi être perçues comme peu menaçantes et ne comportant qu'un faible risque d'issue défavorable. Des interventions très risquées ne seront normalement acceptées que par des individus appartenant à un groupe très exposé, et les mesures de réduction des risques à l'échelle d'une population doivent normalement s'appliquer à l'ensemble des gens, y compris les sujets peu exposés. Dès lors, les interventions des programmes de santé publique doivent susciter un faible degré de crainte objective et comporter un bas niveau de risques connus et acceptables, ainsi qu'un niveau de sécurité élevé. Les programmes de vaccination et de dépistage se situent en général dans cette catégorie, du fait notamment qu'ils s'adressent en général à des populations entières qui englobent de nombreuses personnes en bonne santé risquant peu de tomber malades et de décéder. La perception favorable, par exemple, qu'a le grand public des médicaments prescrits sur ordonnance a été attribuée à leurs avantages directs et à la confiance en leur innocuité, fondée sur des recherches et des essais menés à bien par des médecins et pharmaciens compétents.

DÉFINITION ET DESCRIPTION DES RISQUES POUR LA SANTÉ

L'évaluation et la maîtrise des risques est un processus politique autant que scientifique, et les perceptions du risque et des facteurs de risque dans le grand public font intervenir des valeurs et des croyances, ainsi que des influences et un certain degré de confiance. Pour les responsables politiques qui favorisent des stratégies d'intervention destinées à abaisser les risques sanitaires, il est donc important de comprendre les différentes perceptions des risques chez les profanes et les professionnels de la santé (19). Comme l'indique le chapitre 2, le terme « risque » a de nombreux sens, ce qui crée souvent des problèmes de communication. Le présent rapport utilise la notion de probabilité d'un événement sanitaire défavorable, suivi de sa conséquence qui est principalement une morbidité ou une mortalité.

Les scientifiques supposent souvent que les risques peuvent être vérifiés objectivement, alors que de nombreux spécialistes des sciences sociales soutiennent que les mesures des risques sont intrinsèquement très subjectives. En outre, des membres du grand public ont encore d'autres notions du risque. Comment les gens définissent-ils et décrivent-ils les facteurs de risque ? Comment estiment-ils les risques ? Les réponses à ces questions influent manifestement sur les perceptions. Il est donc nécessaire de recueillir de telles informations pour améliorer la communication et prévoir les réactions de la population aux interventions de santé publique, notamment à l'adoption de nouvelles technologies de la santé et de programmes de prévention des facteurs de risque et des maladies. L'encadré 3.2 illustre les perceptions par les hommes des risques pour la santé liés au comportement sexuel et de la nécessité de prendre des mesures préventives contre l'infection à VIH et la grossesse.

Le mode d'expression de la mortalité associée à un facteur de risque donné est une question complexe. Même le choix ou la présentation du décès comme l'issue finale pose un problème étonnamment délicat et peut considérablement modifier la perception et l'évaluation du risque. L'exemple bien connu ci-après, qui concerne la médecine du travail, montre comment le choix d'une mesure du risque peut faire qu'une technologie paraît plus ou moins dangereuse pour la santé (21). Entre 1950 et 1970, l'extraction de la houille aux États-Unis d'Amérique est devenue beaucoup moins dangereuse si l'on prend comme mesure du risque le nombre d'accidents mortels par million de tonnes de charbon produites, mais plus dangereuse si l'on se réfère au nombre d'accidents mortels pour 1000 mineurs employés. Quelle est ici la mesure du risque la plus appropriée pour la prise de décisions ? D'un point de vue national, et compte tenu de la nécessité de produire du charbon, les

décès de mineurs par million de tonnes de charbon produites semblent la mesure la plus appropriée, alors que du point de vue des mineurs eux-mêmes et de leurs syndicats, le taux de décès pour mille mineurs employés est manifestement beaucoup plus significatif. Etant donné la pertinence de ces deux mesures pour la présentation du risque, toutes deux doivent être prises en compte au cours du processus de décision concernant la gestion du risque.

Chaque mode d'expression des décès met en jeu toute une série de valeurs subjectives (7). C'est ainsi qu'une estimation basée sur la réduction de l'espérance de vie confère plus d'importance aux décès de jeunes qu'à ceux des personnes d'âge mûr car ces dernières ont moins d'espérance de vie à perdre, mais traiter de la même manière toutes les issues fatales revient à considérer comme équivalents les décès de jeunes et ceux de personnes âgées et à mettre sur le même plan les décès qui surviennent immédiatement après l'événement défavorable et ceux qui font suite à une longue et douloureuse maladie débilante. Tous les choix supposent des jugements de valeur. Si l'on utilise par exemple le «nombre de décès», on peut ne pas faire de distinction entre les décès de personnes qui s'adonnent de leur plein gré à une activité dont elles profitent directement et les décès de personnes exposées involontairement à un danger dont elles ne retirent aucun avantage direct. Toutes ces méthodes peuvent se justifier mais chacune repose sur des jugements de valeur concernant les décès jugés les moins souhaitables. Pour surmonter ces difficultés, il convient de formuler l'information de diverses manières afin que les décideurs soient conscients de la complexité des problèmes.

Encadré 3.2 Comportement sexuel des hommes relativement au risque de VIH/SIDA et de grossesse

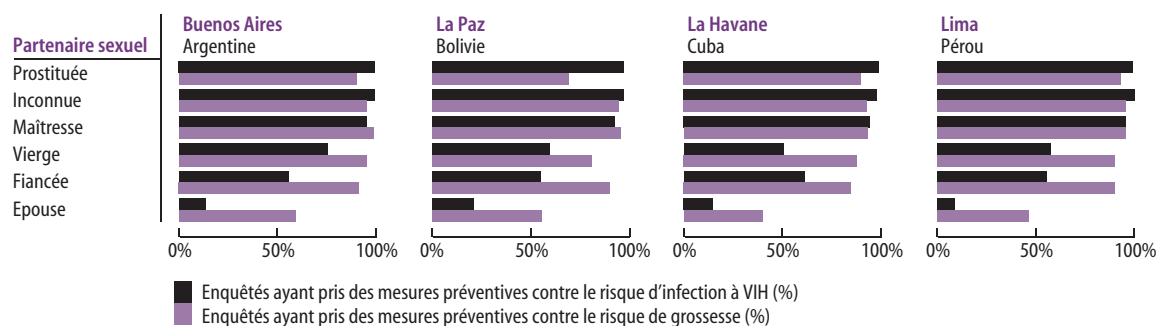
Pour que les interventions destinées à améliorer la santé génésique des hommes et des femmes soient plus efficaces, il faut mieux connaître la perception du risque sexuel et les comportements sexuels à risque chez les hommes. Lors d'une enquête par questionnaire sur les comportements sexuels à risque chez des jeunes hommes (âgés de 20 à 29 ans) des capitales de l'Argentine, de la Bolivie, de Cuba et du Pérou, on a demandé aux enquêtés s'ils prendraient des mesures pour éviter l'infection à VIH et la grossesse au cours de relations sexuelles avec différents partenaires. Un échantillon de 750 à 850

individus a été sélectionné au hasard dans chaque ville. Les pourcentages de ceux qui ont dit avoir pris des mesures préventives, généralement l'usage de préservatifs, pour réduire le risque de VIH ou de grossesse sont indiqués ci-après.

Ces jeunes hommes percevaient clairement que les risques pour leur santé sexuelle diffèrent selon la partenaire, mais les résultats de l'enquête concernant la perception du risque et la nécessité d'une prévention ont été très semblables dans les quatre villes. Les enquêtés ont considéré que des mesures préventives contre l'infection à VIH sont tout à fait indispensables en cas de relations

sexuelles avec des prostituées, des inconnues et des maîtresses, mais beaucoup moins entre époux. Toutefois, un peu plus d'une moitié seulement de ces jeunes hommes ont dit qu'ils prendraient de telles mesures en cas de relations sexuelles avec une vierge ou une fiancée. Ces mesures ont été jugées plus nécessaires contre le risque de grossesse que contre celui d'une infection à VIH. Pour éviter une grossesse, elles étaient fréquemment utilisées avec toutes les partenaires sexuelles, et même avec la moitié des épouses.

Perception des risques pour la santé du fait de pratiques sexuelles, hommes de 20 à 29 ans



Source: (20).

INFLUENCES QUI S'EXERCENT SUR LES PERCEPTIONS DU RISQUE

Le sexe et l'opinion générale sont deux facteurs importants qui influent sur la perception du risque, mais l'affiliation, les affects et la confiance sont aussi fortement corrélés aux jugements des experts et des profanes sur ce sujet. L'influence du sexe est bien documentée : comparativement aux femmes, les hommes ont tendance à sous-estimer les risques et à les juger moins problématiques. Pour expliquer cette différence, on invoque principalement des facteurs biologiques et sociaux. Il a été suggéré, par exemple, que les femmes sont davantage incitées par la société à se préoccuper de la santé et, d'une manière générale, moins familiarisées avec les sciences et la technologie. Pourtant, on a constaté que chez les toxicologues, les femmes jugeaient les mêmes risques plus élevés que leurs collègues masculins (22, 23). Dans une autre étude portant sur la perception de 25 dangers, les notes attribuées par les hommes pour indiquer l'importance d'un risque étaient constamment beaucoup plus basses que celles données par les femmes (24). Dans la mesure où des facteurs sociopolitiques déterminent la perception des risques dans le grand public, les différences de sexe semblent avoir un effet important sur l'interprétation de ces risques.

L'influence de facteurs sociaux, psychologiques et politiques ressort aussi d'études sur la manière dont l'opinion générale influence les jugements sur le risque. L'opinion générale s'entend d'attitudes sociales, culturelles et politiques qui semblent conditionner le jugement des gens sur des sujets complexes (25). Elle s'inspire de sentiments tels que le fatalisme à l'égard des risques pour la santé, le respect de l'autorité qui conduit à faire confiance aux experts et à leur laisser prendre les décisions, et la conviction que l'individualisme est une caractéristique importante d'une société juste ou que le progrès technologique contribue largement à la santé et au bien-être social. On a constaté qu'elle est étroitement corrélée aux perceptions du risque dans le grand public (26). Elle a aussi fait l'objet de quelques études internationales, par exemple une comparaison entre les perceptions du risque nucléaire aux États-Unis d'Amérique et dans d'autres pays industrialisés (27).

COMMENT FORMULER L'INFORMATION SUR LES RISQUES

Après avoir défini un risque, déterminé qui y est exposé, mesuré les taux d'exposition et sélectionné les issues, il faut présenter toute cette information aux décideurs. La présentation diffère en général selon que l'on cherche à influencer des individus ou des organes de décision nationaux. La manière dont l'information est présentée s'appelle souvent la «formulation» (voir l'encadré 3.3).

Encadré 3.3 Choix du mode de présentation des risques pour la santé

- Présentation positive ou négative ? La préférence peut varier de façon frappante selon que le risque est présenté de façon positive ou négative, par exemple en indiquant des vies perdues ou sauvées, des taux de mortalité ou de survie, ou les moyens d'améliorer une bonne santé ou de réduire les risques de maladie.
- Risques relatifs ou absolus ? Si les risques relatifs sont généralement mieux compris, il peut être très important de présenter aussi les risques absolus.
- Pourcentages ou valeurs absolues ? Les probabilités sont mieux comprises lorsqu'elles sont données sous forme de changements en pourcentages plutôt qu'en valeurs absolues.
- Nombres entiers ou analogies ? Des nombres entiers peuvent être moins parlants qu'un exemple ou une analogie pour saisir l'ampleur d'un événement défavorable.
- Petits ou grands nombres ? Un petit nombre de décès est plus facile à appréhender qu'un grand nombre qui, souvent, n'évoque rien.
- Périodes courtes ou prolongées ? L'indication d'un petit nombre de décès survenant à un moment donné ou sur une courte période, comme lors d'un tragique accident, a souvent plus d'effet que la mention de nombreux décès se produisant imperceptiblement sur une période prolongée.

Source : (28).

De nombreux travaux de recherche montrent qu'appliqués à la même information sur les risques, des modes de présentation différents tout en étant logiquement équivalents peuvent conduire à des évaluations et à des décisions qui divergent. Un exemple fameux en est donné par une étude dans laquelle on a demandé aux enquêtés d'imaginer qu'ils avaient un cancer du poumon et de choisir pour leur traitement entre la chirurgie et la radiothérapie (29). Les choix différaient totalement selon que l'on avait formulé les résultats du traitement en termes de probabilité de survie pendant une période variable ou en termes de probabilité de décès. Dans le second cas, la proportion de ceux, tant spécialistes que profanes, qui optaient pour la radiothérapie passait de 18 % à 44 %.

Toutes les présentations de l'information sur les risques revêtent des formes qui peuvent fortement influencer les décideurs. Toutefois, du moment que toutes les informations sont d'une exactitude équivalente, il n'y a pas vraiment de mode de présentation juste ou faux mais simplement des modes différents. La manière dont l'information sur les risques est formulée et communiquée aux individus, aux responsables politiques, aux scientifiques ou encore au grand public peut revêtir une importance cruciale quand on souhaite influencer au maximum sur les perceptions. Elle peut aussi contribuer très largement à convaincre la communauté de la santé publique et les hauts dirigeants de l'importance des risques pour la santé et de la valeur des diverses interventions proposées.

INTERPRÉTATIONS SOCIOCULTURELLES DES RISQUES

Si l'approche cognitive a joué un grand rôle, elle a aussi été très critiquée parce qu'elle met trop l'accent sur des perceptions et interprétations individuelles du risque. Certains psychologues, anthropologues et sociologues ont estimé que puisque les individus ne sont pas vraiment libres, le mieux est de considérer les risques comme des notions sociales acquises non seulement au niveau individuel mais aussi dans des contextes historiques et culturels et dans des groupes et institutions particuliers (8). On part du principe que les risques ne doivent pas être traités séparément du cadre complexe social, culturel, économique et politique dans lequel les gens y sont exposés (30, 31). Différents groupes de personnes décèlent des risques différents et dans ces risques, des caractéristiques différentes selon la forme d'organisation sociale et le type de culture politique auxquels ils appartiennent (32).

S'il est largement reconnu que la situation politique et économique générale est un puissant déterminant de nombreux facteurs de risque, des études locales peuvent examiner comment ceux-ci sont perçus et interprétés rationnellement dans un contexte donné. Elles peuvent aussi être très utiles pour expliquer certains comportements apparents qu'un spécialiste de la santé publique les observant de l'« extérieur » juge irrationnels. C'est ainsi que des profanes peuvent être très conscients de facteurs de risque coronarien et avoir des raisons personnelles tout à fait valables et rationnelles pour ne pas suivre les conseils de prévention des experts (33). Ainsi, le contexte dans lequel les gens sont placés détermine aussi dans une large mesure les contraintes auxquelles ils se heurtent pour éviter les risques et la période au cours de laquelle ces risques peuvent être ignorés. Il est cependant curieux de constater que les gens qui vivent dans les sociétés les plus riches et les plus sûres, où le niveau de vie est le plus élevé et l'espérance de vie la plus longue, semblent se préoccuper davantage des risques pour la santé que les membres des communautés pauvres. Il en va notamment ainsi des risques hautement incertains et particulièrement craints.

Le type et la catégorie des risques, ainsi que l'aptitude à les maîtriser, dépendent donc du contexte culturel de l'intéressé. La perception des risques et leur importance peuvent notamment varier entre pays développés et en développement, ou en fonction de variables telles que le sexe, l'âge, le revenu du ménage, le groupe religieux ou culturel, l'habitat urbain ou rural et le lieu géographique ainsi que le climat (voir par exemple l'encadré 3.4).

PERCEPTIONS DES RISQUES POUR LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

En tant que domaine d'étude, les risques pour la santé ne retiennent l'attention que depuis peu dans les pays en développement. Or, la nécessité de les considérer dans leur contexte local est encore plus évidente lorsque l'on analyse les perceptions du risque dans ces pays, notamment lorsque les facteurs de risque concernent des maladies potentiellement mortelles comme la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA. Il existe des menaces quotidiennes telles que la pauvreté, l'insécurité alimentaire et l'absence de revenu, et certaines familles doivent en outre faire face à des risques « extérieurs » graves comme l'instabilité politique, la violence, les catastrophes naturelles et les guerres. Les individus et les familles doivent ainsi se préoccuper chaque jour de toute une série de risques.

Pourtant, c'est surtout dans les pays industrialisés, où les gens sont le plus autonomes et le plus libres d'agir, où ils ont le plus facilement accès à l'information sanitaire et sont le plus à même de faire des choix propres à améliorer leur santé, qu'ont été mis au point des modèles de perception individuelle du risque et de comportement à l'égard du risque. Ceux-ci peuvent donc être moins adaptés aux pays à revenu moyen ou inférieur où la morbidité et la mortalité sont étroitement associées à la pauvreté et aux maladies transmissibles (35). Dans les pays industrialisés, on a étudié le VIH/SIDA et, dans une moindre mesure, des maladies non transmissibles telles que le cancer (5) et les cardiopathies coronariennes (33) sous l'angle de l'anthropologie médicale appliquée et de la sociologie (36). Toutefois, dans les pays en développement où les maladies transmissibles sont encore responsables d'une forte proportion de décès évitables, ces disciplines ont été très fréquemment adoptées pour aider à évaluer l'efficacité des programmes de lutte contre la maladie. Parmi les sujets souvent étudiés figurent les perceptions de la maladie, l'utilisation des services de santé et les raisons de la non observance des traitements (37).

Encadré 3.4 Perceptions du risque au Burkina Faso

Les spécialistes des sciences sociales soutiennent fréquemment que les risques ne peuvent pas être considérés indépendamment de leur contexte social et culturel. Or, les recherches sur les perceptions des risques pour la santé et des comportements à l'égard de ces risques concernent souvent une maladie unique, comme le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme. Rares sont celles qui embrassent plusieurs domaines ou secteurs de développement. Pourtant, si l'on prend l'exemple des zones rurales du Burkina Faso, leurs habitants sont exposés non seulement à de nombreuses maladies mais aussi à la sécheresse, à l'insécurité alimentaire et à la pauvreté endémique, ainsi qu'aux insuffisances de la vulgarisation agricole, de l'enseignement et des services de santé.

Une étude passant en revue les perceptions des risques en matière de santé, de soins de santé, d'économie, d'agriculture et de climat a été menée dans 40 villages dont la population, ethniquement diverse, vit principalement d'une

agriculture de subsistance et du pastoralisme. À l'aide de méthodes de recherche qualitatives, on a identifié 12 risques principaux qui ont été étudiés au sein de groupes thématiques. L'évaluation a porté sur la gravité perçue de ces risques ainsi que sur la vulnérabilité de la population à leur égard, c'est-à-dire sur la probabilité de leur survenue au cours de l'année suivante.

Comme l'a souligné un membre d'un groupe thématique : « Nous avons deux sources de risque principales : la faim et la maladie. Pendant la saison sèche, de novembre à février, nous sommes exposés au « soumaya » (paludisme) dû au vent et au froid. La toux est due à l'harmattan (vent sec) et à la poussière. Au cours de la saison chaude, de mars à avril, nous souffrons de maux de tête dus à la chaleur. Pendant la saison des pluies, de mai à octobre, nous subissons les effets de la faim qui provoque diarrhées et maux d'estomac ».

L'infection à VIH occupait la tête du classement pour la gravité mais seulement le douzième rang pour la vulnérabilité à son égard. Pour la gravité,

les quatre risques suivants étaient l'absence de pluie, la maladie mentale, la foudre et le manque d'argent pour l'achat de médicaments. Quant au paludisme, il a été classé dernier pour la gravité mais premier pour la vulnérabilité des enquêtés au cours de l'année. Pour la vulnérabilité, le paludisme était suivi, dans l'ordre, du manque d'argent pour l'achat de médicaments, de la morsure d'un serpent, d'une maladie liée au tabagisme et de l'absence de pluie.

L'étude a révélé que la population locale connaissait bien les risques auxquels ses membres se sentaient personnellement exposés dans plusieurs domaines. Il a été conclu qu'en raison de la difficulté des conditions d'existence dans le Sahel, les risques pour la santé ne peuvent pas être envisagés séparément de ceux qui relèvent des autres domaines comme le climat, l'économie et la société. Ils doivent tous s'inscrire, au niveau local, dans une vaste réflexion sur les problèmes, les difficultés, les dangers et les risques de la vie en général.

Pour les maladies transmissibles, il importe de faire une distinction entre les perceptions selon qu'elles concernent le risque de maladie ou le risque de contracter une infection car toutes les infections ne se transforment pas en une maladie déclarée, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose, notamment, pouvant demeurer asymptomatiques. Interrompre la transmission des infections, par exemple au moyen du vaccin antirougeoleux ou de moustiquaires dans le cas du paludisme, est, dans les programmes de lutte, le principal moyen de réduire les risques. En pareil cas, les risques sont souvent déterminés en fonction de l'existence d'une riposte efficace. L'évaluation de l'efficacité est alors basée sur des indicateurs tels que le dépistage précoce des signes de maladie grave (par exemple, d'infection respiratoire aiguë) ou de symptômes obligeant le malade à consulter (par exemple, ceux de la lèpre ou de la schistosomiase), ou encore l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir la transmission du paludisme. Une grande partie de ces recherches anthropologiques pour l'évaluation de l'efficacité est soutenue par des institutions multilatérales et des donateurs bilatéraux, dont l'OMS et l'ONUSIDA.

En raison des transitions démographique et épidémiologique, les populations de nombreux pays en développement à revenu moyen ou inférieur font face à la fois aux risques encore posés par les maladies transmissibles et à la rapide augmentation des risques pour la santé dus aux maladies non transmissibles et à nombre d'autres facteurs. Si la prévention des risques d'infection, souvent perçus comme des risques de maladie, est inhérente à la plupart des modèles de lutte contre la maladie dans les pays en développement basés sur des notions biomédicales et de santé publique, il est manifestement nécessaire d'entreprendre davantage de recherches d'un point de vue anthropologique pour mettre ces risques en perspective avec une quantité d'autres potentiellement mortels. Étant donné qu'un choix doit être fait entre de nombreux risques concurrents, on ne peut pas considérer que si les gens sont mieux informés des menaces que font peser sur eux certains facteurs de risque, ils vont nécessairement agir pour modifier leurs comportements en matière de santé.

IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION DU RISQUE

Comme on l'a précédemment indiqué dans le présent chapitre, les risques et les facteurs de risque peuvent être étroitement définis à l'aide de certains procédés techniques ou plus largement à l'aide de paramètres sociopolitiques. Les experts tendent à préférer une approche restrictive et les organismes publics des définitions globales. La définition des risques et facteurs de risques dépend donc de l'objectif visé par la communication du risque. On peut considérer que la communication du risque comporte six éléments principaux : les buts et objectifs ; la formulation du contenu et des messages ; la population et les publics cibles ; les sources et la présentation de l'information ; la distribution et le flux des communications ; et les mécanismes de dialogue et de règlement des conflits. La communication du risque doit aller bien au-delà de la simple transmission d'une information, comme dans un message d'éducation sanitaire classique. Elle doit aussi favoriser un dialogue public entre les différentes parties prenantes ainsi qu'un règlement des conflits et refléter un accord sur la nécessité d'interventions pour prévenir les risques (38).

Vers le milieu des années 80, le sujet de la communication du risque a revêtu une importance particulière lorsqu'on s'est rendu compte que les politiques de maîtrise du risque proposées par les experts et les institutions spécialisées n'étaient pas nécessairement acceptables pour le grand public (9). La prévention des risques a donc évolué de manière à englober une meilleure prise en charge basée sur une communication plus efficace. Toutefois, l'expression « communication du risque » est encore souvent utilisée pour désigner le rôle restreint habituellement dévolu à cette communication dans la gestion des risques, notamment par les scientifiques qui désirent faire passer leurs recommandations

techniques. Dans ce sens plus étroit, la communication du risque est souvent conçue pour un programme de santé dont l'application sera confiée à un organisme de réglementation composé d'experts, qui est destiné à une population ou un groupe cible déterminés, et qui a pour objectifs certaines issues souvent comportementales (39). Or, l'expérience montre que l'approche basée sur les avis d'experts ne donne pas toujours les résultats escomptés. En outre, elle n'est pas applicable aux produits de certaines technologies nouvelles, tels que les aliments génétiquement modifiés, dont les risques et effets potentiels sont encore mal connus de la science. Ces technologies incitent à la prudence et, dans certains cas, obligent à adopter le principe dit «de précaution» (une explication approfondie de ce principe figure au chapitre 6). Il en va particulièrement ainsi lorsque les risques potentiels et les conséquences sont hautement incertains, lorsque le degré de crainte suscité dans le grand public est particulièrement élevé et lorsque les générations futures pourraient en souffrir.

Chacun s'accorde aujourd'hui à reconnaître que pour améliorer la communication du risque, il faut instaurer un dialogue plus efficace et une atmosphère de confiance entre toutes les parties, notamment entre les fonctionnaires de l'Etat, les experts reconnus et d'autres groupes compétents dans la société et dans le grand public (6, 7). En raison de ce changement d'optique, la communication du risque s'inscrit davantage dans le processus démocratique et politique et la prise de décisions sur les risques, particulièrement au niveau de l'Etat, est maintenant plus ouverte, transparente et démocratique. Il en résulte que pour donner de bons résultats, la gestion des risques doit impliquer bien d'autres groupes de la société et nécessite un partage plus équitable du pouvoir politique ainsi qu'une plus grande transparence dans l'usage des ressources publiques et privées. Cette évolution soulève enfin d'importantes questions concernant par exemple la confiance du public dans le gouvernement et les organismes d'experts, la liberté de l'information et sa disponibilité dans le grand public, les mécanismes de consultation publique et le rôle des experts scientifiques et des comités consultatifs (voir encadré 3.5).

INFLUENCE DE CERTAINS GROUPES DE PRESSION SUR LA PERCEPTION DES RISQUES

La perception, la compréhension et la façon de présenter des risques sont influencées, positivement ou non, par de puissants groupes de pression autres que publics et comprenant des sociétés privées à but lucratif et des associations de défense de la santé publique. Par ailleurs, l'information scientifique étant souvent hermétique, des groupes de pression peuvent jouer un rôle essentiel en l'interprétant et en façonnant ainsi les perceptions des risques et des facteurs de risque dans le grand public. Ces groupes cherchent ainsi à influencer le débat public et les politiques nationales dans un sens favorable ou défavorable à la maîtrise et à la prévention des risques connus.

Si la communication d'informations exactes sur les risques est indispensable à leur perception et à une meilleure gestion, l'information scientifique et les résultats de la recherche

Encadré 3.5 Enquête sur l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) au Royaume-Uni

« L'expérience acquise au cours de cette enquête prolongée nous a conduit à la ferme conclusion que la franchise et la transparence sont de mise en pareille circonstance. En répondant aux questions que lui posent les membres du public ou les médias, le gouvernement doit résister à la tentation de paraître tout savoir alors que l'incertitude règne. Nous pensons que l'effet des nouvelles alarmistes concernant certains aliments et vaccins est

exacerbé par l'impression que le gouvernement dissimule certaines informations. Si l'on exprime ouvertement les doutes et si l'on s'engage à mettre tous les problèmes sur le tapis, le public est capable de réagir rationnellement et se sent plus disposé à accepter les apaisements et les conseils qui lui sont éventuellement prodigués ».

constituent la base de l'évaluation des risques. Toutefois, cette information sur des faits connus est aussi sujette à diverses interprétations et repose sur une certaine présentation sociétale de la situation, qui détermine dans une large mesure la manière dont les risques sont définis, perçus, formulés et communiqués dans la société (30, 41). En outre, les doutes des scientifiques font que des sens différents sont donnés aux mêmes informations et permettent notamment des interprétations tendancieuses qui servent les intérêts de certains groupes de pression. Les sociétés privées à but lucratif et les associations de défense de la santé publique ont souvent recours aux mêmes tactiques, mais les entreprises créent souvent une polémique pour éviter que l'Etat ne se mêle davantage de la maîtrise des risques. Cette stratégie peut être coûteuse, comme en témoignent les vastes sommes que des groupes de pression commerciaux consacrent souvent à de telles activités. Les tactiques des groupes de pression d'industries telles que celles de l'amiante et du tabac ont été portées à la connaissance de tous lorsque des sociétés ont dû publier nombre de documents internes après avoir été assignées en justice par des associations de victimes cherchant à établir qu'elles ont subi un préjudice (42, 43) (voir l'encadré 3.6).

Les groupes de pression, publics ou privés et à but lucratif ou non, sont essentiellement voués à la promotion et à la défense de leurs propres intérêts et il faut donc s'attendre à ce qu'ils recueillent et présentent des données sur les risques pour la santé qui soient favorables à leurs positions et intérêts (44). Les groupes de pression de l'industrie cherchent surtout à protéger des produits ou services lucratifs et tendent par conséquent à présenter et communiquer les risques de manière à dissimuler ou à minimiser leurs manifestations nocives. Ils sont donc opposés à toute mesure visant à renforcer la réglementation ou à imposer des restrictions au commerce extérieur. Les litiges concernant la réglementation des risques, notamment industriels et environnementaux, donnent lieu fréquemment à des poursuites pénales au niveau national (45), tandis que de nombreux risques liés au commerce international peuvent être du ressort de la procédure de règlement des litiges de l'Organisation mondiale du Commerce.

Les groupes de défense de la santé publique ont, en revanche, la difficile tâche de faire naître, dans la société, un consensus propice aux politiques publiques de maîtrise des risques. Ils présentent et communiquent les risques de manière à faire ressortir leurs manifestations nocives et favorisent ainsi les politiques et stratégies destinées à les réduire, y compris

Encadré 3.6 Stratégies pour susciter une polémique

L'existence d'un consensus dans la société facilite l'élaboration des politiques ; or, la recherche scientifique se distingue souvent par le caractère incertain des données disponibles, des méthodes et des conclusions. Dès lors, les débats scientifiques auxquels donnent lieu les données, les méthodes et l'analyse utilisées pour définir les risques, en particulier si elles reposent sur des suppositions, ralentissent en général le processus de décision après l'achèvement de l'évaluation des risques. Des sociétés et des groupes de pression privés à but lucratif ont donc souvent avantage à susciter une polémique. Pour y parvenir, ils mettent souvent en évidence la qualité discutable des données initiales ou des conclusions scientifiques.

Par ailleurs, les associations de défense de la santé publique qui font campagne pour une

meilleure maîtrise des risques invoquent des considérations d'éthique et soulignent la nécessité d'un renforcement des politiques et réglementations officielles. Les deux types de groupes de pression ont recours à un certain nombre de stratégies similaires pour défendre leur point de vue, par exemple :

- en mettant en place des groupes de réflexion et des organisations de financement de la recherche prétendument indépendants mais acquis à leur cause ;
- en encourageant et en soutenant les experts qui défendent leurs positions ;
- en finançant et en publiant des travaux de recherche qui appuient les intérêts du groupe ;
- en faisant paraître dans des publications scientifiques les résultats d'études favorables à leur point de vue ;

- en critiquant les recherches défavorables à leur cause et en empêchant leur diffusion ;
- en diffusant des interprétations positives ou négatives des données sur les risques dans les médias, et notamment dans la presse grand public ;
- en recourant aux lobbies et aux campagnes publicitaires pour gagner l'appui du public ;
- en communiquant des conclusions favorables directement aux politiciens, aux représentants du gouvernement et aux fonctionnaires de l'Etat ;
- en appelant l'attention sur des avantages politiques et économiques, par exemple les voix d'électeurs potentiels ou le développement de l'emploi ou des exportations.

Source : (43).

par une réglementation plus appropriée. S'ils tendent à agir séparément et si leur coordination nationale et internationale est moins efficace que celle des groupes commerciaux, ils sont aussi davantage comptables de leurs actions auprès du grand public. En outre, ils ont généralement moins de moyens financiers.

L'industrie du tabac offre un exemple frappant de la manière dont des multinationales peuvent encourager l'usage de la cigarette tout en déformant la perception par le public des risques qui en découlent (42, 46). De nombreux groupes antitabac s'opposent à elles et appuient l'action internationale coordonnée que préconise la convention-cadre pour la lutte antitabac dont l'Organisation mondiale de la Santé assure la promotion (voir encadré 3.7).

Outre l'industrie privée et les associations de défense de la santé publique, de nombreux autres types de groupes de pression cherchent à influencer les politiques de maîtrise des risques. A la faveur du rapide essor des médias et des moyens de communication, notamment l'Internet, à l'échelle de la planète, de nombreux réseaux informels, reliant notamment des groupes de spécialistes et des organisations communautaires, se sont mis en place. Or, on court en permanence le risque d'une mainmise d'organisations privées sur ces groupes et réseaux publics dont les activités seraient ainsi détournées de leurs objectifs initiaux. Si les groupes de pression des pays industrialisés sont généralement mieux organisés, ceux des pays en développement peuvent maintenant bénéficier de liaisons internationales plus rapides, d'un meilleur accès aux informations publiées et de l'adhésion à des organisations commerciales ou professionnelles apparentées. Les multinationales pharmaceutiques cherchent ainsi à régir le développement, l'homologation, la distribution et le prix de nombreux médicaments brevetés ; des associations nationales de planification familiale et la Fédération internationale de planning familial (FIPF) diffusent des informations sur les risques pour la santé génésique et favorisent les méthodes modernes de régulation de la fécondité ; des groupes spéciaux protègent les personnes atteintes de maladies particulières comme le VIH/SIDA, le diabète et le cancer, et d'autres visent à éviter des risques nouveaux tels que ceux résultant, par exemple, de l'essor considérable du commerce mondial de produits manufacturés comme les aliments industriels et les pesticides.

Un autre aspect important de l'élaboration des politiques se situe au niveau international. En dehors des groupes de pression spéciaux qui peuvent agir à l'échelle du monde, il existe des organisations internationales ayant clairement pour objectif d'exercer une influence en santé publique, notamment l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organismes multilatéraux et spécialisés des Nations Unies ainsi que des institutions

Encadré 3.7 Comment on fait fi de la science pour promouvoir l'usage du tabac

« La stratégie dite scientifique de l'industrie du tabac a pour but non d'établir la vérité mais d'éviter des pertes de revenu et d'empêcher les pouvoirs publics d'adopter des mesures antitabac efficaces. Les efforts déployés par cette industrie dans les instances internationales en vue de faire régner le doute et la controverse et de faire retomber la charge de la preuve sur la communauté de la santé publique ont réussi à empêcher que les politiques antitabac ne soient appliquées aussi rapidement qu'elles le devraient, compte tenu de l'état actuel des connaissances scientifiques sur les dangers du tabac.

Ce scénario évolue cependant au fur et à me-

sure que progressent les négociations sur la convention-cadre pour la lutte antitabac. L'adoption de cette Convention est la première occasion où l'OMS a fait usage de son pouvoir de conclure des traités pour aider les Etats Membres à mettre en place un instrument juridiquement contraignant dans l'intérêt de la santé publique. Les négociations évoluent de façon satisfaisante et il est probable que les Etats Membres voteront la ratification de la Convention d'ici à la mi-2003.

Quelles peuvent être les incidences, sur la politique de santé publique, des révélations relatives aux agissements de l'industrie du tabac ? D'une manière générale, elles doivent inciter les responsa-

bles politiques à réclamer une complète transparence des affiliations et des liens entre des scientifiques prétendument indépendants et les sociétés qui commercialisent le tabac. La naïveté des universitaires au sujet des véritables intentions de ces sociétés n'est plus défendable. Il convient de dévoiler leurs manœuvres sans aucune retenue et de communiquer aux étudiants de nombreuses disciplines (santé publique, sciences politiques, sciences morales, droit et bien d'autres encore) les preuves de plus en plus nombreuses de leurs interventions qui figurent dans leurs propres documents (Minnesota and Guildford archives). »

donatrices bilatérales. En outre, de nombreuses organisations internationales non gouvernementales jouent un rôle majeur en recueillant des éléments d'appréciation, en diffusant des informations et en recommandant des politiques de maîtrise des risques dans des domaines tels que le travail des enfants, les substances chimiques dangereuses et l'élimination des déchets.

IMPORTANCE DES MÉDIAS POUR LA PERCEPTION DES RISQUES

La connaissance des risques sanitaires courants est indispensable pour le bien-être futur de nombreuses personnes dans tous les pays, mais il est difficile, par définition, de communiquer des informations sur les risques, les facteurs de risque et les degrés d'incertitude. Il va de soi cependant que les médias exercent une puissante influence sur les perceptions des risques et dans le « village planétaire », les données sur les risques peuvent être diffusées très rapidement par satellite. Si dans les pays industrialisés, on accuse souvent les journaux, les revues, la radio et la télévision d'être inexacts et tendancieux, ils n'en demeurent pas moins les sources les plus efficaces d'informations courantes sur les risques pour la santé (12). Le rapide essor de ces médias dans les pays en développement, associé aux progrès de l'alphabétisation, fait que la situation des pays à revenu inférieur ou moyen est de plus en plus comparable à celle des pays riches.

Comment les médias doivent-ils évaluer et communiquer l'information sur des risques sanitaires tels que le VIH/SIDA ou sur les nouveaux vaccins, notamment si cette information est sujette à des controverses scientifiques ou éthiques ? Ils doivent faire preuve d'un sens des responsabilités d'autant plus aigu que les problèmes techniques sont complexes et les buts politiques contradictoires (47). Quelle information faut-il transmettre ? Jusqu'à quel point faut-il expliquer au grand public le détail des incertitudes et des controverses ?

À l'égard des problèmes de santé, les médias exercent deux fonctions principales : ils peuvent interpréter l'information scientifique et les politiques publiques et simultanément refléter les préoccupations du public auprès des responsables. Les différents médias font partie intégrante de l'ensemble de la société dans laquelle ils opèrent (47) mais la manière dont ils rendent compte des risques pour la santé est influencée par leurs orientations et leurs contraintes organisationnelles selon qu'il s'agit de sociétés privées ou de services publics, et selon qu'ils sont libres ou liés à des intérêts politiques ou commerciaux particuliers.

Les médias étant conçus pour rapporter des faits présentant un intérêt journalistique, ils s'intéressent souvent à des événements sanitaires sensationnels et dramatiques tels que des accidents chimiques, des découvertes spectaculaires de la recherche, des épidémies de maladies transmissibles et des problèmes d'innocuité posés par de nouveaux médicaments. Des controverses, comme le débat qui oppose l'industrie pharmaceutique à la profession médicale au sujet de l'accès au traitement du VIH/SIDA, retiennent souvent l'attention sur le plan international. Les médias vont aussi donner la préférence à des reportages et nouvelles concernant des maladies qui inspirent la crainte et s'intéresser moins aux risques courants et chroniques dont les effets évoluent à bas bruit comme le tabagisme passif et le manque d'exercice. En outre, ils tendent à éviter les sujets qui risquent d'aller à l'encontre des normes sociales et culturelles ou des valeurs morales et économiques en vigueur.

En raison de la complexité de nombreux risques pour la santé, les comptes rendus des médias reposent sur les déclarations d'experts très divers ainsi que sur celles des représentants de ministères, de sociétés privées et de groupes de pression. Les communiqués de presse officiels, les scientifiques nationaux et les revues scientifiques internationales sont souvent les principales sources d'information des médias qui utilisent de préférence les mieux organisées et celles qui communiquent l'information technique sous une forme simplifiée et accessible à un large public. En outre, les agences de presse internationales

autorisent souvent dans le monde entier la publication de nouvelles ayant trait à des risques. Des groupes de pression et associations de défense visent à influencer sur les perceptions des risques et sont donc souvent bien placés pour « assister » les médias sur des sujets complexes comme l'usage de l'alcool et du tabac. Il a été établie une liste de questions destinées à permettre aux médias de mieux comprendre le problème des risques (28).

IMPORTANCE DES PERCEPTIONS POUR UNE PRÉVENTION EFFICACE DES RISQUES

Les discussions sur la perception des risques sont encore souvent compliquées par des opinions simplistes qui se polarisent, par exemple, entre le point de vue des experts scientifiques et les perceptions du grand public, entre les évaluations quantitatives (objectives) et qualitatives (subjectives) des risques, et entre l'analyse rationnelle et les réactions émotives et « irrationnelles ». Or, des clichés de ce genre – tels que ceux qui ont été énoncés au cours du débat sur le nucléaire des années 70 et 80 – ne sont d'aucune utilité aujourd'hui s'agissant des risques pour la santé et des moyens de prévenir les facteurs de risque. En outre, il est probable que les recommandations des décideurs se heurteront à des résistances si elles cherchent à imposer les « bonnes » définitions des risques et des mesures des facteurs de risque prétendument « vraies » et objectives. L'acceptabilité des risques dépend de nombreux aspects de la perception des risques et avantages des technologies et des interventions. Il faut donc tenir compte à la fois de ces risques et de ces avantages lorsque l'on cherche à comprendre ce qui motive certains comportements à risque et pourquoi certaines interventions sont mieux acceptées et plus fructueuses que d'autres.

Par ailleurs, certains facteurs sociaux, culturels et économiques jouent un rôle essentiel dans la perception et la compréhension des risques pour la santé. Des facteurs structurels peuvent aussi influencer sur le choix des politiques de maîtrise des risques qui sont adoptées et sur les résultats que les mesures de prévention des facteurs de risque permettent finalement d'obtenir. En mettant l'accent sur les perceptions individuelles, notamment à l'égard des maladies transmissibles dans le monde en développement, on se concentre sur les services de santé personnels et sur les individus. Cette approche ignore cependant les contraintes qui s'exercent sur l'autonomie des individus ou sur leurs possibilités d'action au sein de la société. La prévention des facteurs de risque doit donc être planifiée dans le contexte de la société locale et le succès des interventions ne dépend qu'en partie de la situation et du niveau d'instruction des individus. En raison, d'autre part, de la rareté des recherches sur la perception des risques dans les populations de pays en développement, il convient de faire preuve de la plus grande prudence lorsque l'on extrapole les résultats de travaux entrepris sur ce sujet dans des sociétés industrialisées. Il pourrait être nécessaire, à cet égard, de mettre au point un programme concerté de recherches internationales.

Il est largement reconnu qu'avant d'interpréter les risques et de planifier toute communication ou intervention sanitaire, on doit bien comprendre les perceptions de base des gens ainsi que leur état d'esprit et leur système de valeurs et ne pas supposer qu'ils pensent de la même manière et en fonction des mêmes schémas que les professionnels de la santé publique et autres cindynéticiens dans le cadre de leurs activités courantes. Cela paraît évident, mais il n'empêche qu'une telle erreur est fréquente lors de la conception des stratégies d'intervention. D'ailleurs, la démarcation entre les « experts » et le « grand public » n'est pas aussi nette qu'on pourrait le penser à prime abord. Le grand public se compose en fait de nombreux « publics » différents : jeunes et vieux, femmes et hommes, pauvres et personnes vulnérables, etc. Chaque groupe peut avoir des perceptions des risques et des cadres de référence valables mais différents pour des facteurs de risque similaires. C'est donc avec une prudence particulière qu'il faut communiquer les estimations du risque numérique et de ses conséquences, présentées en des termes scientifiques sur la base d'une

évaluation des risques. Il est donc préférable que la communication de l'information sur les notions de risque et sur la prévention des risques soit confiée à des professionnels de haut rang indépendants et dignes de foi. Ceux-ci peuvent contribuer à instaurer entre les pouvoirs publics et toutes les parties intéressées, tant dans le grand public que dans le secteur privé, le climat de confiance sans lequel les interventions ne peuvent pas être adoptées et appliquées avec succès.

RÉFÉRENCES

1. Kates RW, Kasperson JX. Comparative risk analysis of technological hazards: a review. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1983; 80:7027-7038.
2. Royal Society. *Risk analysis, perception and management*. Londres : Royal Society; 1992.
3. Carter S. Boundaries of danger and uncertainty: an analysis of the technological culture of risk assessment. In: Gabe J. *Medicine, health and risk: sociological approaches*. Oxford (Royaume-Uni) : Blackwell; 1995. Chapitre 7, p. 133-150.
4. Slovic P. *The perception of risk*. Londres : Earthscan; 2000. p. 473.
5. Gifford S. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. In: Stall R, Janes C, Gifford S. *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht (Pays-Bas) : Reidel Publishing; 1986. p. 213-246.
6. Pidgeon N. Risk perception. In: Royal Society. *Risk analysis, perception and management*. Londres : Royal Society; 1992. p. 89-134.
7. National Research Council, Committee on Risk Characterisation. Stern PC, Fineberg HV. *Understanding risk. Informing decisions in a democratic society*. Washington, D.C. : National Academy Press; 1996.
8. Douglas M, Wildavsky A. *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Los Angeles (Etats-Unis d'Amérique) et Londres : University of California Press; 1982.
9. Slovic P. Perception of risk. *Science* 1987; 236:280-285.
10. Saloojee Y, Dagli E. Manœuvres de l'industrie du tabac pour résister aux politiques de santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles*, 2001; 4: 19-27.
11. Fischhoff B, Managing risk perception. *Issues in Science and Technology* 1985; 2:83-96.
12. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis* 1986; 6:403-415.
13. Starr C. Social benefit versus technological risk. *Science* 1969; 165:1232-1238.
14. Slovic P. *Understanding perceived risk*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Document de référence pour le *Rapport sur la santé dans le monde 2002*.
15. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. *Judgement under uncertainty: heuristics and biases*. New York : Cambridge University Press; 1982.
16. Lichtenstein S, Slovic P, Fischhoff B, Layman M, Combs B. Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory* 1978; 4:551-578.
17. Fischhoff B, Lichtenstein S, Slovic P, Derby SL, Keeney RL. *Acceptable risk*. New York : Cambridge University Press; 1981.
18. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Facts and fears: understanding perceived risk. In: Schwing RC, Albers WA. *Societal risk assessment: how safe is safe enough?* New York : Plenum; 1980. p. 181-214.
19. Fischhoff B, Watson S, Hope C. Defining risk. *Policy Sciences* 1984; 17:123-139.
20. Pantelides EA. *Convergence and divergence: reproduction-related knowledge, attitudes and behaviour among young urban men in four Latin American cities*. 2001 (document non publié).
21. Crouch EAC, Wilson R. *Risk-benefit analysis*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) : Ballinger; 1982.
22. Barke R, Jenkins-Smith H, Slovic P. Risk perceptions of men and women scientists. *Social Science Quarterly* 1997; 78:167-176.
23. Slovic P, Malmfors T, Mertz CK, Neil N, Purchase IF. Evaluating chemical risks: results of a survey of the British Toxicology Society. *Human and Experimental Toxicology* 1997; 16:289-304.
24. Flynn J, Slovic P, Mertz CK. Gender, race and perception of environmental health risks. *Risk Analysis* 1994; 14:1101-1108.
25. Dake K. Orienting dispositions in the perception of risk: an analysis of contemporary worldviews and cultural biases. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1991; 22:61-82.
26. Peters E., Slovic P. The role of affect and worldviews as orienting dispositions in the perception and acceptance of nuclear power. *Journal of Applied Social Psychology* 1996; 26:1427-1453.

27. Jasper JM. *Nuclear politics: energy and the state in the United States, Sweden and France*. Princeton, New Jersey (Etats-Unis d'Amérique) : Princeton University Press; 1990.
28. Fischhoff B. Risk perception and communication unplugged: 20 years of experience. *Risk Analysis* 1995; 15:137-145.
29. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC, Tversky A. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal of Medicine* 1982; 306:1259-1262.
30. Nelkin D. Communicating technological risk: the social construction of risk perception. *Annual Review of Public Health* 1989; 10:95-113.
31. Ogden J. Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine* 1995; 40:409-415.
32. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres et New York : Routledge; 1992.
33. Davison C, Davey Smith G, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox. *Sociology of Health and Illness* 1991; 13:1-19.
34. Sommerfeld J, Sanon M, Kouyate BA, Sauerborn R. Perceptions of risk, vulnerability and disease prevention in rural Burkina Faso: implications for community-based health care and insurance. *Human Organization* 2002: sous presse.
35. Manderson L. *Reducing health risks in resource-poor settings: The relevance of an anthropological perspective*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Document de référence non publié pour le Rapport sur la santé dans le monde 2002.
36. Manderson L, Tye LC. Condom use in heterosexual sex: a review of research, 1985-1994. In: Sherr L, Catalan J, Hedge B. *The impact of AIDS: psychological and social aspects of HIV infection*. Chur (Suisse) : Harwood Academic Press; 1997. p. 1-26.
37. Pelto PJ, Pelto GH. Studying knowledge, culture and behaviour in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1997; 11:147-163.
38. Renn O. The role of risk communication and public dialogue for improving risk management. *Risk Decision and Policy* 1998; 3:5-30.
39. Plough A, Krinsky S. The emergence of risk communication studies: social and political context. *Science, Technology and Human Values* 1987; 12:4-10.
40. Phillips, Lord, Bridgeman J, Ferguson-Smith M. *The Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) Inquiry (the Phillips Inquiry): findings and conclusions (Volume 1)*. Londres : The Stationery Office; 2000. p. 263.
41. Krinsky S, Golding D. *Societal theories of risk*. New York : Praeger; 1992.
42. Ong EK, Glantz AG. Constructing «sound science» and «good epidemiology»: tobacco, lawyers and public relations firms. *American Journal of Public Health* 2001; 91:1749-1757.
43. Bero L. *The role of special interest groups in influencing data on risk*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2001. Document de référence non publié pour le Rapport sur la santé dans le monde 2002.
44. Jasanoff S. Is science socially constructed: and can it still inform public policy? *Science and Engineering Ethics* 1996; 2:263-276.
45. Jasanoff S. *Science at the Bar: law, science and technology in America*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) : Harvard University Press; 1995. p. 69-92.
46. Yach D, Bialous SA. Junking science to promote tobacco. *American Journal of Public Health* 2001; 91:1745-1748.
47. Nelkin D. AIDS and the news media. *The Milbank Quarterly* 1991; 69:293-307.