

PRÉVENTION
ET PROMOTION
DE LA SANTÉ

SEPTEMBRE 2018

MÉTHODES

REPÈRES THÉORIQUES
ET PRATIQUES POUR LES ACTIONS
DU SERVICE SANITAIRE
DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

Prévention et promotion de la santé.

Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé

Coordination

Pierre Arwidson et Emmanuelle Hamel (Santé publique France, Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé), avec la contribution de Maryse Karrer (Santé publique France, DPPS), Marie-Claude Lamarre (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé) et Sandie Sempé (Santé publique France, DPPS).

Remerciements

Nos chaleureux remerciements aux différents relecteurs de ce document, pour leurs propositions et leur regard critique, et à tous ceux et celles avec qui nous avons échangé tout au long de la rédaction, pour leurs précieux avis et retours de terrain.

Citation suggérée : Prévention et promotion de la santé. Repères théoriques et pratiques pour les actions du service sanitaire des étudiants en santé. Saint-Maurice : Santé publique France, coll. Méthodes, 2018 : 44 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

MOTS CLÉS : SERVICE SANITAIRE, PRÉVENTION, MÉTHODES, FORMATION, PROMOTION DE LA SANTÉ

Présentation

Le présent document rassemble des repères théoriques et pratiques en lien avec les objectifs de formation du service sanitaire. Celui-ci « *contribue à la promotion de la santé, notamment à la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il répond aux enjeux de santé publique de promotion des comportements favorables à la santé et contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Il permet la formation des futurs professionnels de santé et renforce leur sensibilisation à ces enjeux en assurant leur maîtrise des compétences et connaissances nécessaires* » (Article D 4071-1 du code de la santé publique).

Ces repères en prévention et promotion de la santé sont proposés pour donner des éléments synthétiques utiles aux étudiants, aux organismes d'accueil et aux formateurs. Élaborés dans une perspective d'aide à l'action, ils fournissent un socle de base, fondé sur les travaux et les ressources mis à disposition par Santé publique France. Ils ne sont pas exhaustifs et s'inscrivent en complémentarité avec les enseignements, les ressources et les apports proposés par les établissements d'enseignement et les organismes d'accueil des étudiants. La formation et l'accompagnement des étudiants sont des éléments clés pour un bon déroulement du service sanitaire des étudiants.

Les besoins en prévention et le poids des principaux facteurs de risque, les succès de la prévention et les gains potentiels espérés sont décrits en début de la partie 1. Puis sont abordés les définitions, les concepts et les principes généraux des interventions en prévention et en promotion de la santé. La partie 2 donne des repères pratiques concernant les interventions de prévention.

Sommaire

1. REPÈRES THÉORIQUES	4
1.1 Le poids des différents facteurs de risque au niveau international	4
1.1.1 L'impact de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des maladies transmissibles	5
1.1.2 L'impact de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des maladies non transmissibles	5
1.2 Le poids des différents facteurs de risque en France	6
1.2.1 La situation française en termes de santé publique	6
1.2.2 Inégalités sociales : vue d'ensemble	8
1.3 Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?	18
1.3.1 Le concept de santé, les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé	18
1.3.2 Les concepts de promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé	22
1.3.3 Principes de l'intervention en prévention et en promotion de la santé	26
 2. REPÈRES PRATIQUES	 29
2.1 Importance d'associer les publics concernés par l'action	29
2.2 Méthodologie et gestion de projet	31
2.2.1 Analyser la situation	32
2.2.2 Préparer et planifier l'intervention	33
2.2.3 Mettre en œuvre l'intervention	33
2.2.4 Évaluer	37
 Glossaire	 39
Références bibliographiques	40

1. REPÈRES THÉORIQUES

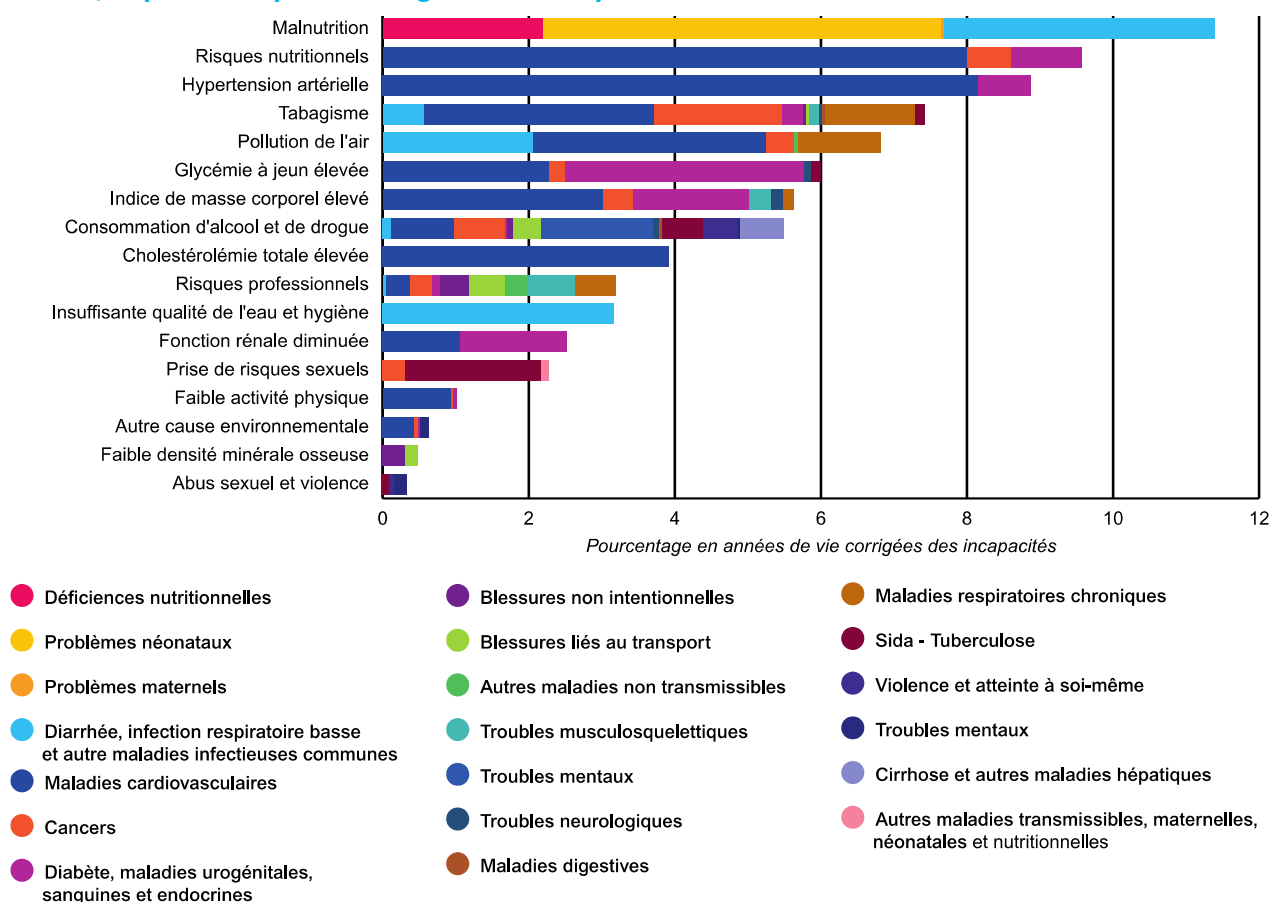
1.1 Le poids des différents facteurs de risque au niveau international

Les études épidémiologiques ont permis d'établir une liste des facteurs de risque de survenue de nombreux problèmes de santé. Parmi ces facteurs de risque, certains sont accessibles à la prévention et d'autres ne le sont pas. Parmi les facteurs de risque non modifiables, on peut noter le sexe, l'âge et certaines prédispositions génétiques, bien que l'expression ou non de certains gènes soit en interaction avec l'exposition environnementale (*interaction gene environment – GxE*) (1).

La figure ci-dessous représente la contribution des dix-sept principaux facteurs de risque à la charge de morbidité au niveau mondial pour l'année 2016, exprimés en années de vie en bonne santé perdues, nommées DALYs (*disability adjusted life years*). Cet indicateur synthétique de santé, utilisé par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1990, représente la somme des années de vie perdues (mortalité) et des années de vie vécues avec incapacité (morbidité).

I FIGURE 1 I

Contribution des différents facteurs de risque à la charge de morbidité en 2016 (Monde, exprimé en pourcentage de DALYs)

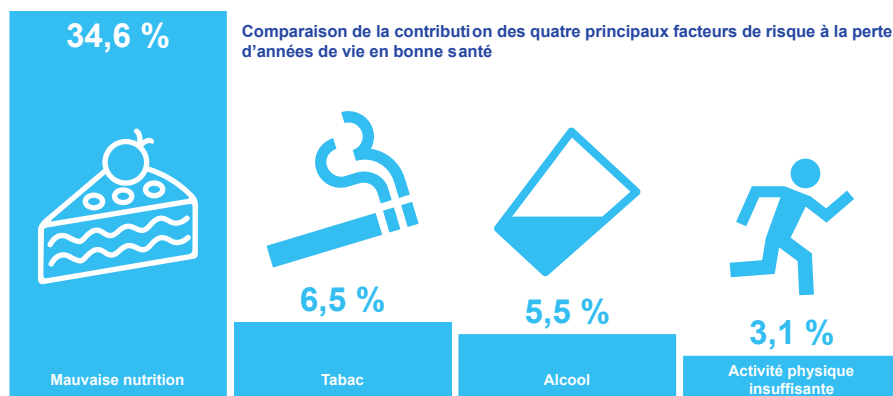


Source : IHME. <http://www.healthdata.org>

Simon Capewell a schématisé la contribution relative des principaux facteurs de risque de maladie à partir des travaux de Lim pour l'année 2010 (2). Il met en avant l'importance des facteurs nutritionnels dans la santé.

I FIGURE 2 I

Principaux déterminants de la charge de morbidité (Monde, en pourcentage de DALYs)



Source : d'après S. Capewell, 2017.

1.1.1 L'impact de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des maladies transmissibles

Selon les estimations, 2 à 3 millions de décès d'enfants sont évités chaque année par la vaccination et 1,5 million de plus serait évitable si les couvertures vaccinales étaient améliorées.

Les décès mondiaux liés à la rougeole ont décliné de 84 %, passant de 550 000 décès en 2000 à 89 780 en 2016. Il est estimé que 24,6 à 25,8 millions de décès sont évitables avant 2020 (3).

Depuis 2000, 2,5 milliards d'enfants ont été vaccinés dans le monde et le nombre de cas de poliomyélite a baissé de plus de 99 %, descendant jusqu'à 22 cas en 2017. Une éradication est espérée.

Whitney a estimé que 730 000 décès ont été évités grâce à la vaccination, entre 1994 et 2013, aux États-Unis (4).

1.1.2 L'impact de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des maladies non transmissibles

Moolgavkar *et al.* ont estimé que 800 000 décès par cancers du poumon ont été évités de 1975 à 2000, aux États-Unis, par toutes les mesures de la prévention anti-tabac (5).

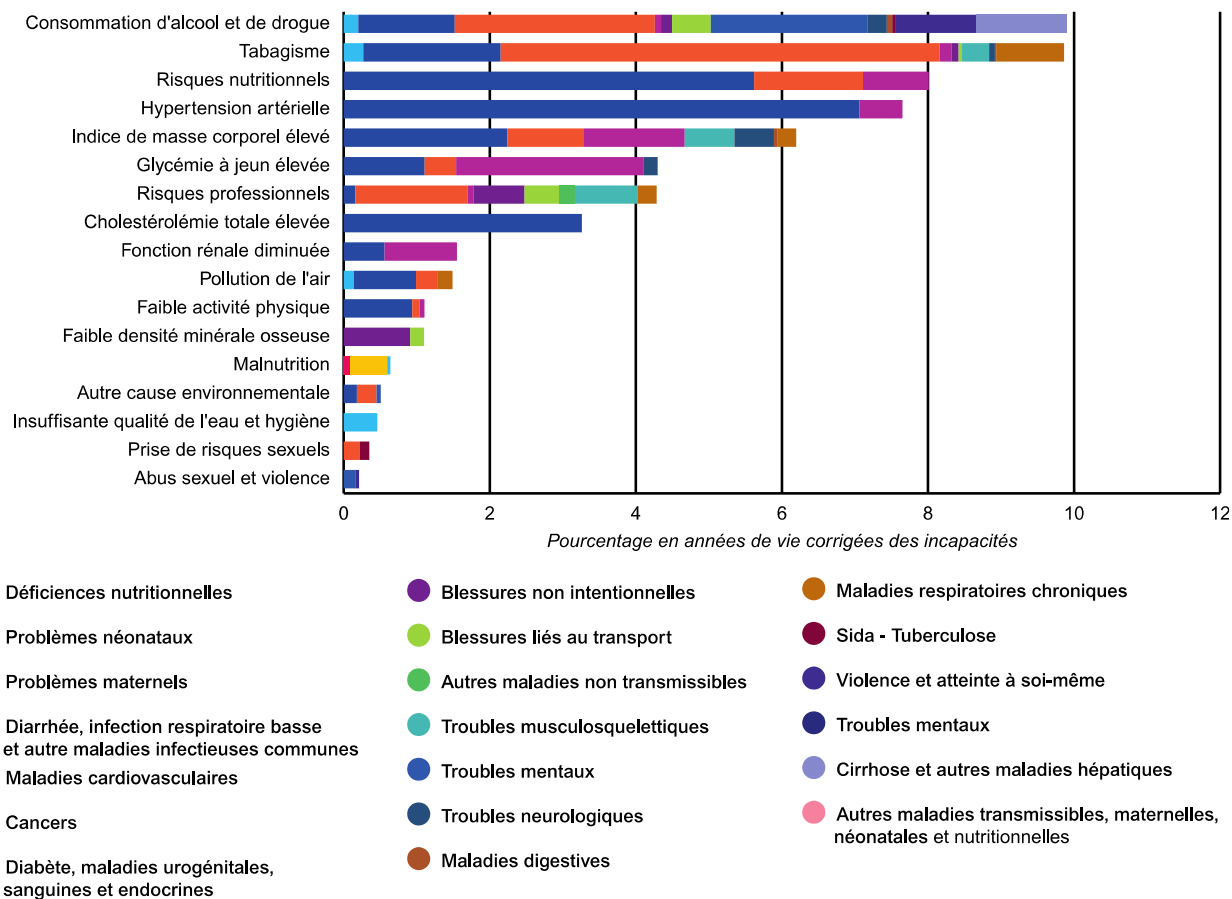
Capewell a mis en place le modèle IMPACT, qui permet d'estimer la part attribuable à la réduction des facteurs de risque (prévention) et la part attribuable à l'amélioration des soins dans la réduction des maladies cardio-vasculaires. Près de la moitié de la baisse de la mortalité cardio-vasculaire aux États-Unis, entre 1980 et 2000, serait attribuable à la réduction des facteurs de risque, et l'autre moitié aurait été liée à l'amélioration des traitements (modèle IMPACT) (6). 58 % de la baisse de la mortalité cardio-vasculaire, entre 1981 et 2000, en Angleterre et dans les pays de Galles seraient dus à la réduction des facteurs de risque et 42 % à l'amélioration des traitements (7).

1.2 Le poids des différents facteurs de risque en France

1.2.1 La situation française en termes de santé publique

I FIGURE 3 I

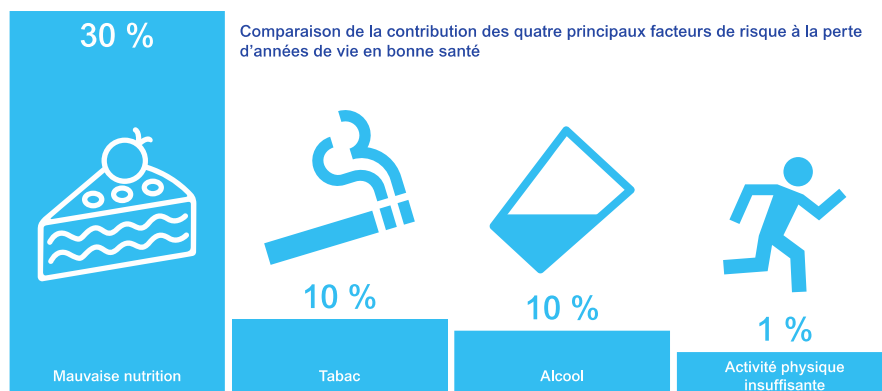
Profil de la France, principaux facteurs de la charge de morbidité (exprimé en pourcentage de DALYs)



Source : IHME. <http://www.healthdata.org>

I FIGURE 4 I

Principaux déterminants de la charge de morbidité (France, en pourcentage de DALYs)



Source : d'après S. Capewell, 2017.

Les auteurs du dernier rapport sur l'état de la santé de la population française font les constats suivants (8).

- L'état de santé continue de s'améliorer mais à un rythme moins soutenu :
 - l'espérance de vie est élevée ;
 - une réduction de la mortalité toutes causes, de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et une amélioration de la durée de vie des personnes souffrant de maladies chroniques sont observées ;
 - les deux premières causes de décès restent les cancers et les maladies cardio-vasculaires.
- Le poids des décès prématurés reste néanmoins important et la morbidité par maladies chroniques progresse :
 - le taux de décès prématurés est élevé, et plus important chez les hommes que chez les femmes ;
 - l'incidence des maladies chroniques ne régresse pas, avec une prévalence importante et en forte hausse ;
 - la fréquence des troubles mentaux est importante.
- Les déterminants de santé : enjeux de la prévention :
 - la proportion de fumeurs quotidiens a diminué entre 2016 et 2017, mais reste très importante en comparaison des pays de développement économique similaire ;
 - la consommation quotidienne d'alcool semble en diminution ;
 - le surpoids et l'obésité ont cessé d'augmenter (*voir infra*) ;
 - un fort impact des conditions de travail sur l'état de santé a été constaté et, réciproquement, l'état de santé a un effet sur les trajectoires professionnelles ;
 - les expositions environnementales (polluants, etc.) concernent un grand nombre de personnes.

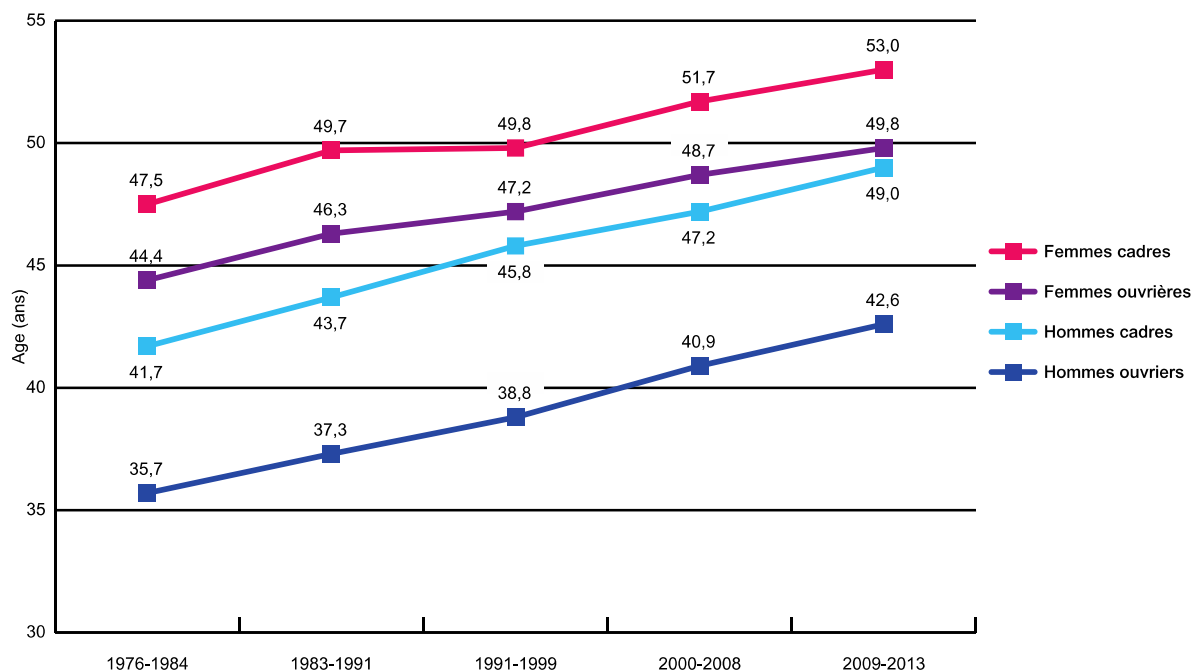
Ces auteurs constatent également des inégalités sociales de santé importantes et des disparités territoriales de santé en lien avec les inégalités sociales.

1.2.2 Inégalités sociales : vue d'ensemble

L'espérance de vie à 35 ans des cadres et des ouvriers a progressé au cours des quarante dernières années (8) (Figure 5), mais les inégalités sociales face à l'espérance de vie ont persisté, comme le montre le parallélisme de courbes. On constate un écart d'environ sept ans pour les hommes et quatre ans pour les femmes.

I FIGURE 5 I

Évolution de l'espérance de vie à 35 ans, par sexe, pour les ouvriers et les cadres, en France métropolitaine, entre 1976 et 2013

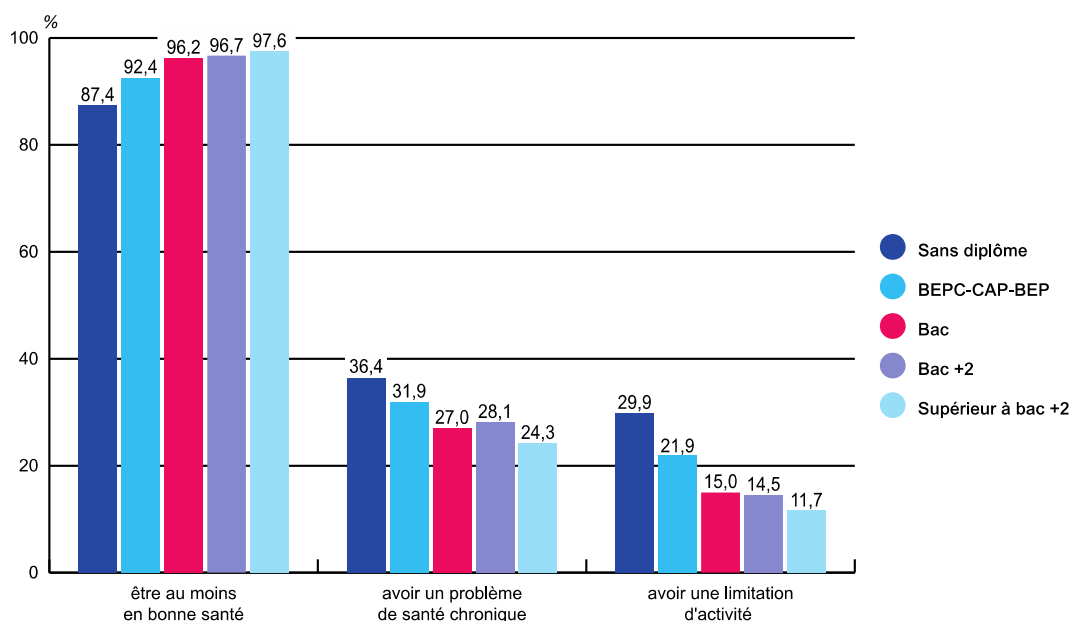


Source : Drees, Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. (Données Insee, échantillon démographique permanent).

L'enquête de l'Insee « Statistiques sur le revenu et les conditions de vie » (*Statistics on income and living conditions*) dans l'Union européenne (SRCV/EU-SILC) permet de constater que la morbidité déclarée des Français, en 2013, était d'autant plus importante que le niveau d'études était faible (Figure 6). On note que les personnes sans diplôme sont 87,4 % à déclarer être au moins en assez bonne santé *versus* 97,6 % pour les personnes ayant un diplôme supérieur à bac +2, soit un écart de 10 points. On note un écart de 12 points sur le fait d'avoir un problème de santé chronique (36,4 % *versus* 24,3 %) et un écart de 18 points sur le fait d'avoir une limitation d'activité (29,9 % *versus* 11,7 %).

I FIGURE 6 I

Indicateurs relatifs à la morbidité déclarée selon le niveau d'étude, en France métropolitaine, en 2013



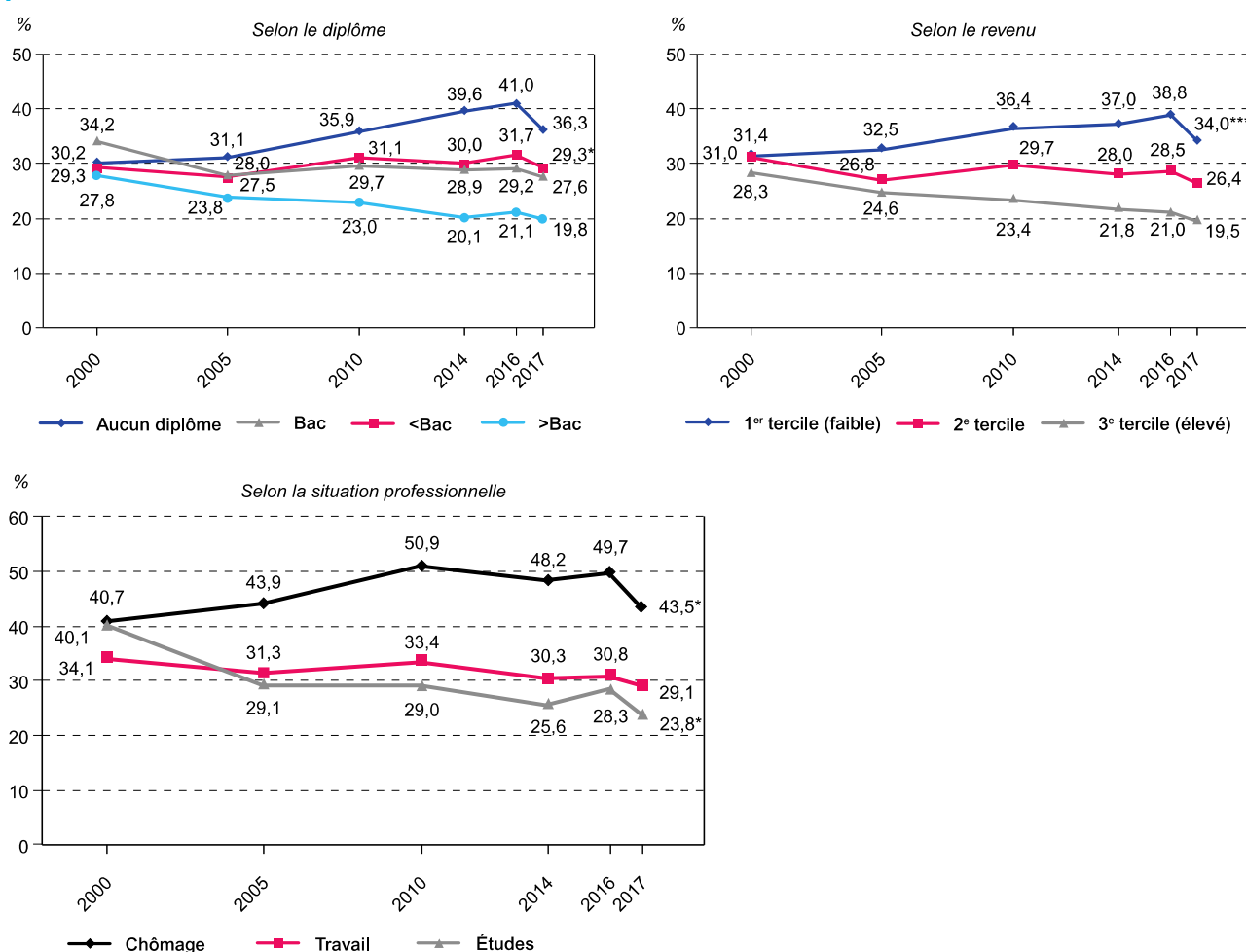
Source : Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. (Données de l'Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC).

1.2.2.1 Tabagisme et inégalités sociales de santé

Le tabagisme en France est distribué selon le niveau de diplôme, le niveau de revenus et l'activité professionnelle (9). La prévalence a sensiblement baissé entre 2016 et 2017 (Figure 7). On constate que la prévalence du tabagisme quotidien a baissé significativement pour les populations qui ont les plus faibles revenus, les plus faibles niveaux de diplôme et les personnes qui sont sans emploi, mais l'écart reste important (entre 15 et 20 points). Cet écart justifie de prioriser et de mobiliser plus de moyens pour agir vers les populations les moins favorisées (universalisme proportionné).

I FIGURE 7 I

Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme, le revenu et la situation professionnelle, en France, de 2000 à 2017



Source : Santé publique France. BEH. 2018 ; (14-15) : p. 240.

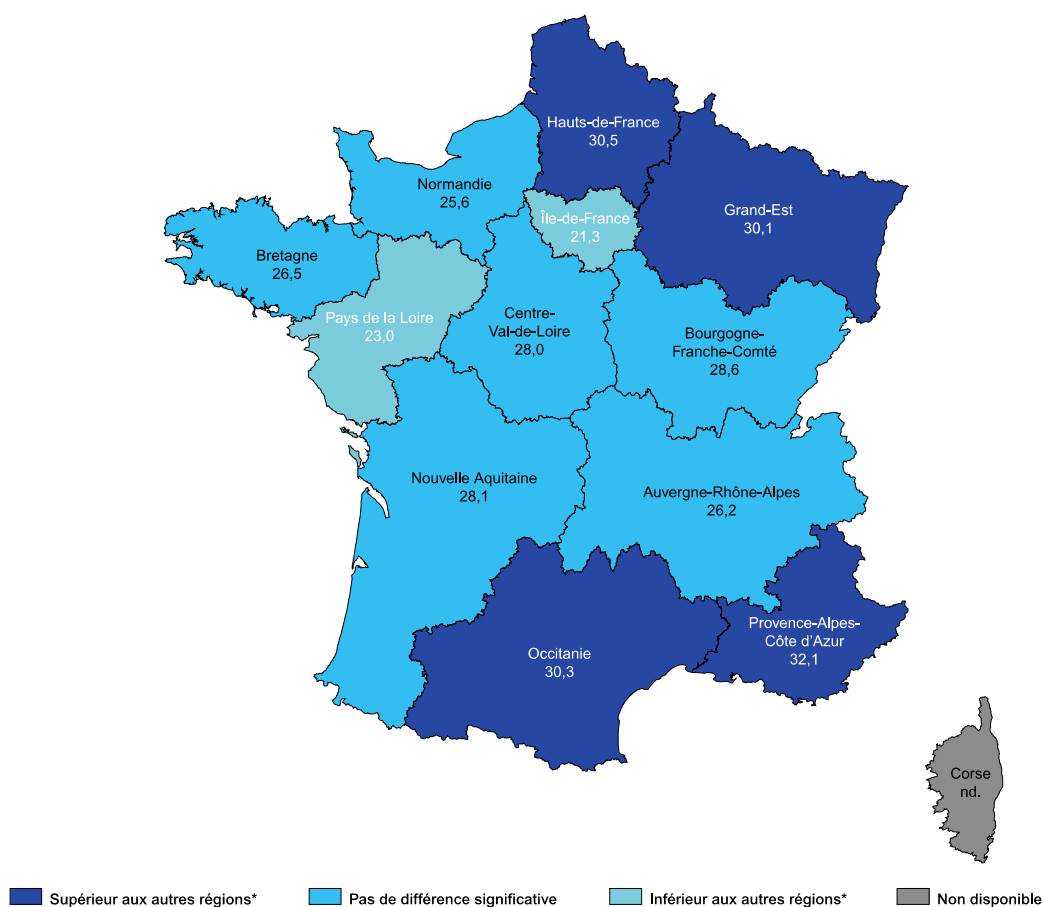
(Données des Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.)

Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

La prévalence du tabagisme varie également selon les régions, allant, en 2017, de 21,3 % en Ile-de-France à 32,1 % en région Paca (9), ce qui fait plus de 10 points d'écart. Les régions dans lesquelles on compte le plus de fumeurs devront probablement investir davantage que les autres dans la lutte contre le tabagisme.

I FIGURE 8 I

Prévalence du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans, en France métropolitaine, en 2017



Source : Santé publique France. *BEH*, 2018 ; (14-15) : p. 269. (Données du Baromètre santé 2017, Santé publique France).

* Différences significatives au seuil de 5% pour la comparaison de chaque région au reste de la France métropolitaine.

Les taux sont standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national.

On constate, d'après l'enquête Escapad de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), que les inégalités sociales face au tabagisme s'installent très tôt, dès l'entrée dans le tabagisme. Les jeunes des familles défavorisées sont 28,2 % à fumer *versus* 20,1 % des jeunes des familles très favorisées. Les jeunes sortis du système scolaire sont plus fréquemment fumeurs (57 %), en comparaison des jeunes apprentis (47,3%) et des jeunes scolarisés dans les filières générales (22 %). On constate également que les jeunes vivant dans des familles monoparentales (31,7 %) ou recomposées (34,9 %) fument plus que ceux appartenant à des familles nucléaires (20,8 %) (10).

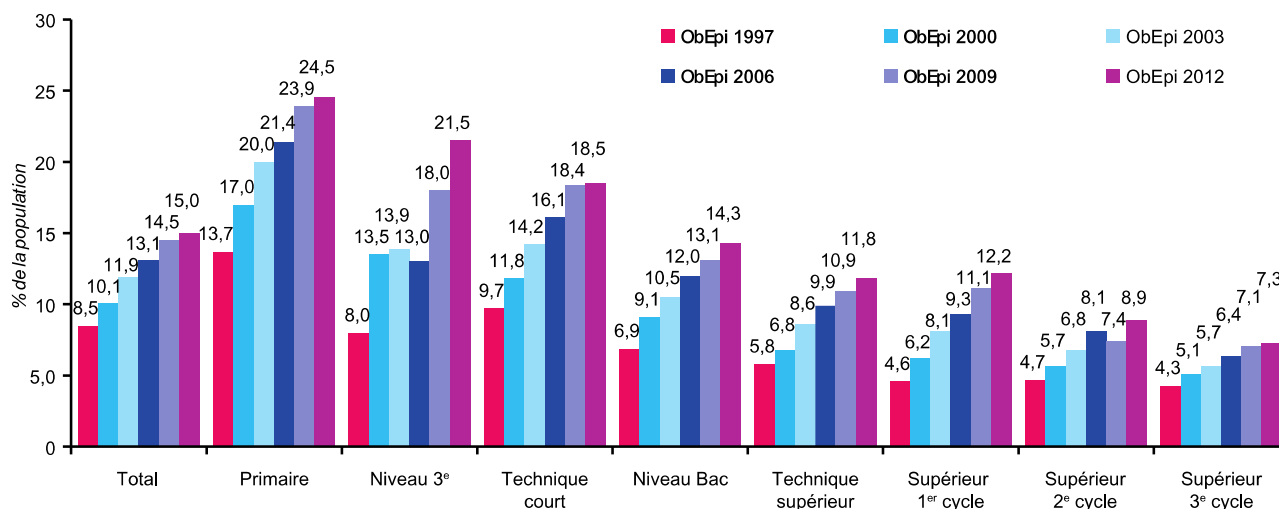
Cette installation précoce des inégalités sociales face au tabagisme est confirmée par l'étude DePict (enquête auprès de 14-17 ans) : le tabagisme est plus fréquent dans les filières d'enseignement technique ou professionnel et dans les familles d'ouvriers et d'employés (11). Elle est également retrouvée dans l'étude des cohortes de naissance des fumeurs à partir des données du Baromètre santé (12).

1.2.2.2 Surpoids, obésité et inégalités sociales de santé

Les résultats de l'enquête répétée ObÉpi permettent de constater que la prévalence de l'obésité, estimée à partir de données déclarées de poids et de taille, s'est accrue progressivement entre 1997 et 2012. Un ralentissement de la progression est observé entre 2009 et 2012 (ObÉpi 2012¹). Par ailleurs, il est possible de constater que la prévalence est sensible au niveau de qualification (Figure 9) et au niveau de revenus (Figure 10).

I FIGURE 9 I

Surpoids et obésité déclarés selon le niveau d'éducation ObÉpi

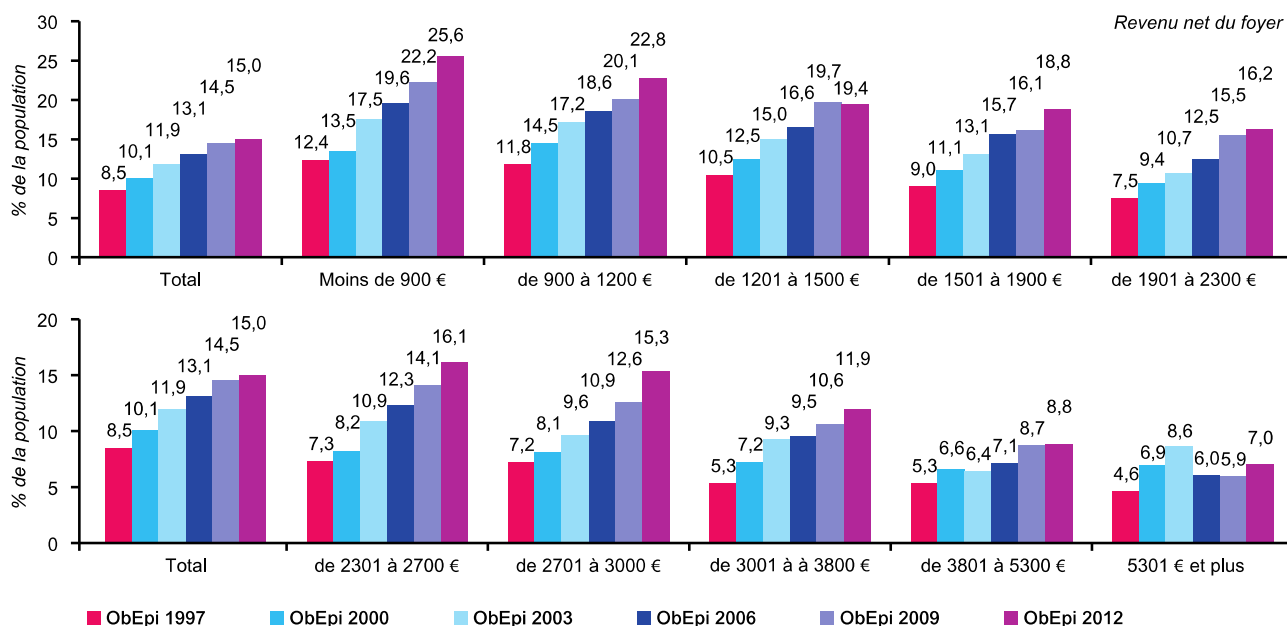


Source : Enquête ObÉpi.

1. <http://www.rocche.fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>

I FIGURE 10 I

Surpoids et obésité déclarés selon le niveau de revenus

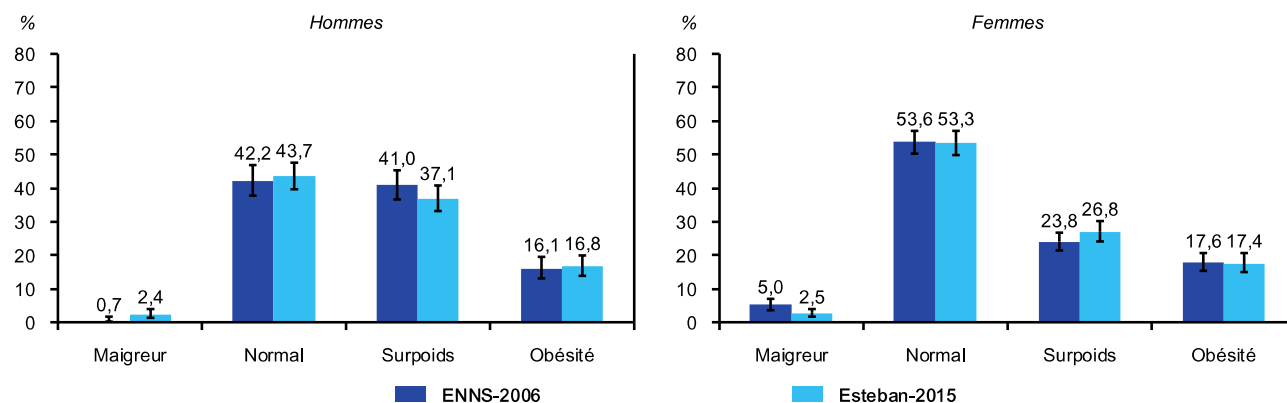


Source : Enquête ObEpi.

On observe une stabilisation du surpoids et de l'obésité, à partir de données mesurées sur dix ans (Figure 11). Néanmoins, leur prévalence reste importante, ce qui requiert des politiques publiques ambitieuses pour en inverser la tendance et réduire ses effets sur la santé.

I FIGURE 11 I

Évolution de la corpulence des adultes de 18-74 ans, selon le sexe, en France, entre 2006 et 2015



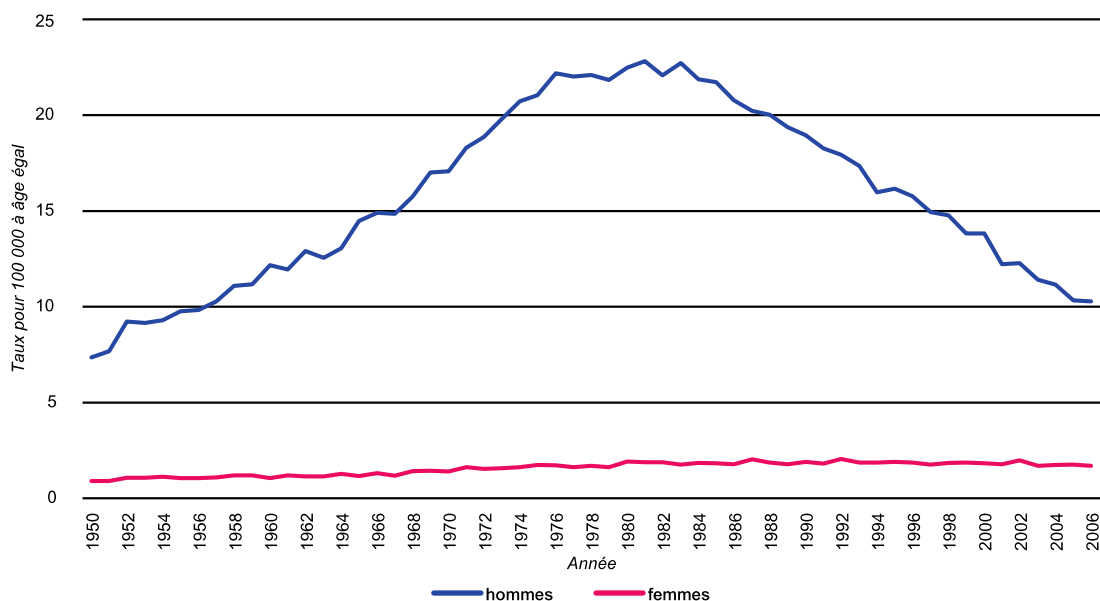
Source : BEH. 2017 ; (13) : p. 237. (Données de l'Étude Nationale Nutrition Santé - ENNS 2006 et de l'Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition-Esteban 2015). La corpulence rend compte de l'indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigreurs (IMC <18,5), normal (18,5 ≤ IMC <25,0), surpoids (25,0 ≤ IMC <30,0) et obésité (IMC ≥30,0).

1.2.2.3 Impact avéré ou potentiel lié à la prévention en France

La réduction de la consommation de tabac et d'alcool chez les hommes a permis de diminuer de façon importante en France, depuis 1983, les décès par cancers de la cavité buccale et du pharynx (13) (Figure 12).

I FIGURE 12 I

Évolution de la mortalité liée aux cancers de la cavité buccale et du pharynx, selon le sexe, entre 1950 et 2006, en France



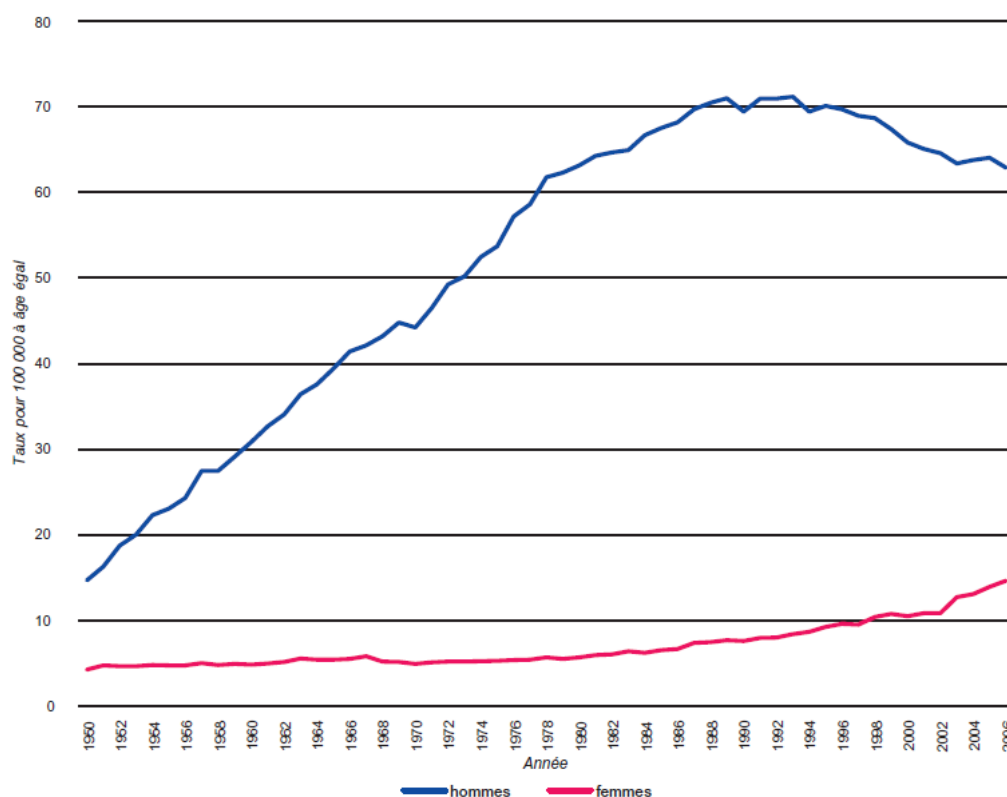
Source : InVS, 2009.

	Variations annuelles	%
Hommes	1950-1976	4,05
	1976-1983	NS
	1983-1996	-2,77
	1996-2006	-4,37
Femmes	1950-1982	2,19
	1983-2006	NS

Si l'on observe également une baisse importante des décès par cancer du poumon chez les hommes à partir de 1991 (13), la mortalité augmente chez les femmes, de façon rapide, depuis 2001 (Figure 13). Ce sont les différences de dynamique dans l'épidémie de tabagisme selon le genre, qui expliquent cette différence.

I FIGURE 13 I

Évolution de la mortalité liée aux cancers de la trachée, des bronches et du poumon, selon le sexe, entre 1950 et 2006, en France



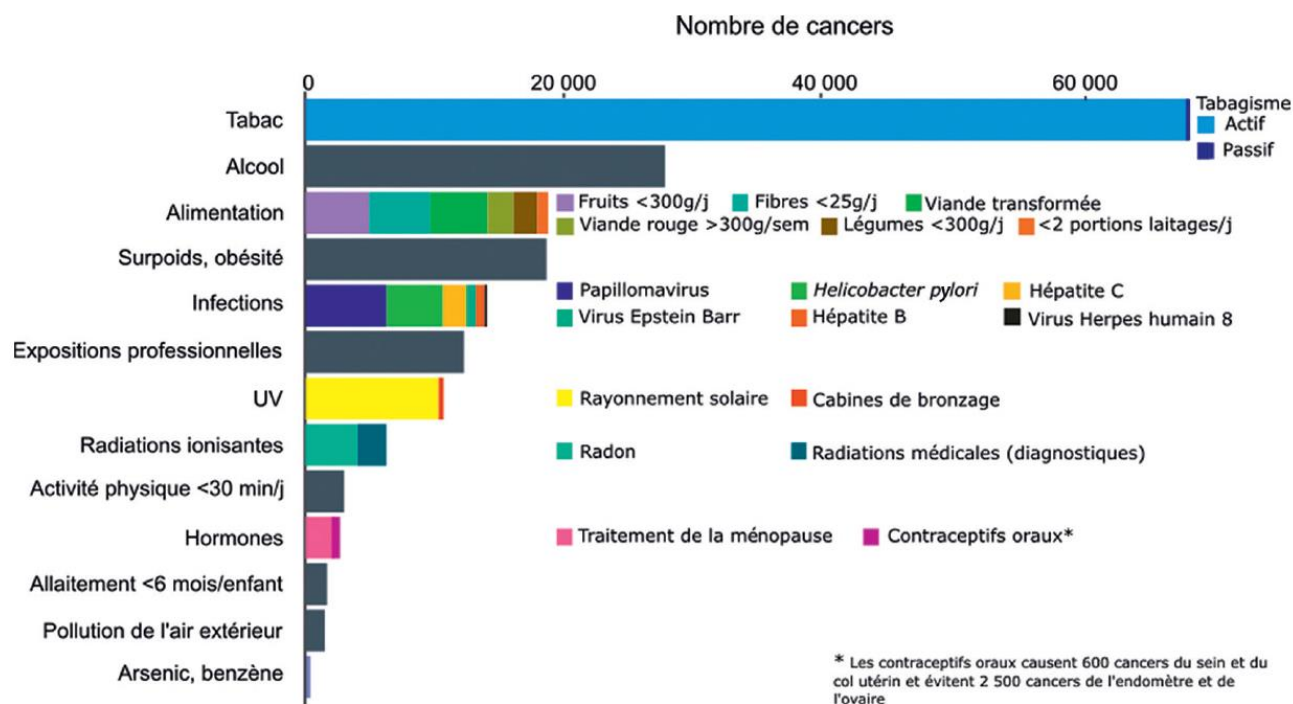
Source : InVS, 2009.

	Variations annuelles	%
Hommes	1950-1957	9,11
	1957-1978	3,85
	1978-1991	1,20
	1991-2006	-0,93
Femmes	1950-1965	1,25
	1965-1977	NS
	1977-2001	3,14
	2001-2006	6,07

Les travaux du Centre international de recherche sur le cancer (Circ) ont permis d'estimer le nombre de cancers évitables (14), soit près de 40 % des cancers. La Figure 14 indique le nombre de cas de cancers évitables selon les facteurs de risque, au premier rang desquels on retrouve le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation, le surpoids et l'obésité.

I FIGURE 14 I

Nombre de cancers évitables selon les facteurs de risque, en France



1.2.2.4 La prévention, axe principal de la nouvelle Stratégie nationale de santé

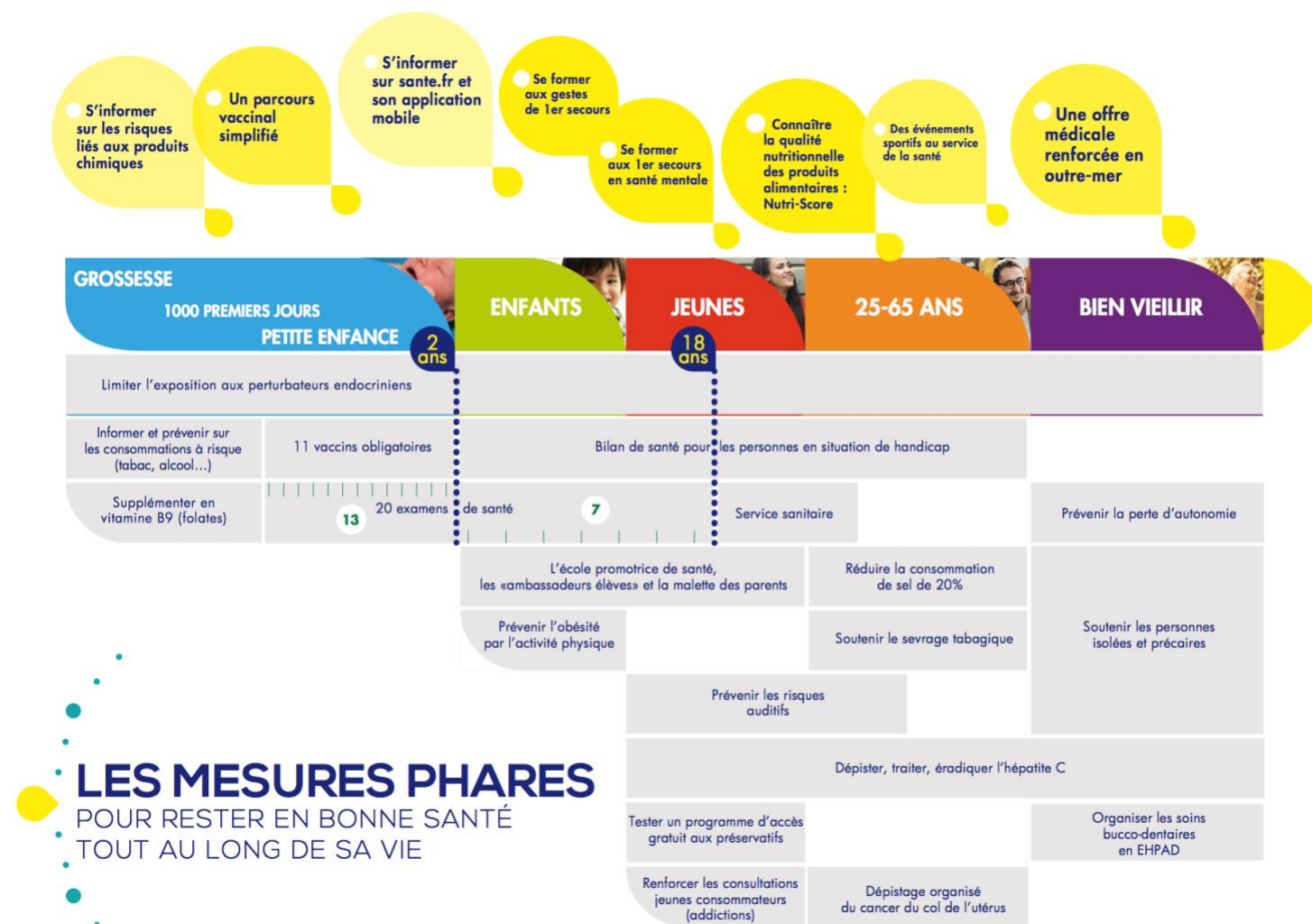
« Ces données expliquent l'objectif de prévention affiché par la nouvelle Stratégie nationale de santé de sauver cent mille vies » (15). La Stratégie nationale de santé 2018-2022² comprend un ensemble d'actions et prend en considération l'individu et son environnement dans son parcours de vie, pour « rester en bonne santé tout au long de sa vie » (Figure 15). C'est ainsi que sont déclinés les objectifs spécifiques suivants :

- une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours ;
- la santé des enfants et des jeunes ;
- la santé des adultes de 25 à 65 ans : vivre en bonne santé ;
- bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie.

2. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

I FIGURE 15 I

Les mesures phares de la Stratégie nationale de santé



1.3 Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?

1.3.1 Le concept de santé, les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé

Le terme santé peut recouvrir deux réalités d'ordre différent : d'une part, un concept de santé large, positif et avant tout social (perception, qualité de vie, capacités) ; d'autre part, un concept de santé biomédical, plutôt orienté vers la maladie ou le risque de maladie.

1.3.1.1 Les définitions de la santé

Parmi les nombreuses définitions de la **santé**, on peut retenir les suivantes :

- celle du préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est libellée ainsi : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 1946) ;
- celle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé rajoute la notion que la santé n'est pas qu'un état mais que c'est aussi une ressource : « *La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.* » (OMS, 1986).

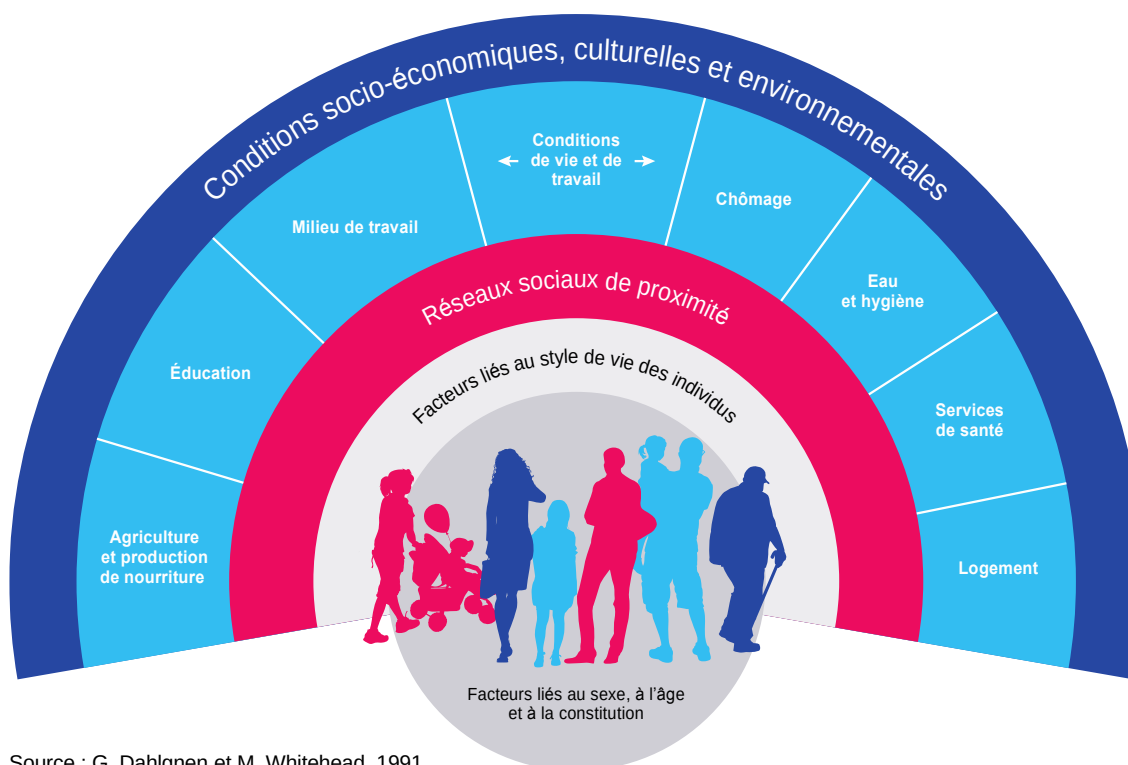
Un bon état de santé est lié à des facteurs individuels génétiques, biologiques ou comportementaux, mais aussi à l'environnement et aux conditions socio-économiques dans lesquels vivent les personnes. Ces facteurs peuvent être protecteurs et favoriser un bon état de santé ou, au contraire, contribuer à le dégrader. Par exemple, il a été démontré que l'accès à un logement salubre et à une alimentation saine, ou encore le fait de vivre dans un environnement qui facilite le déplacement actif et les réseaux d'entraide, ont une influence importante sur l'état de santé d'une population. Ces facteurs sont appelés des déterminants sociaux de la santé.

1.3.1.2 Les déterminants sociaux de la santé

L'OMS définit les **déterminants sociaux de la santé** comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

I FIGURE 16 I

Les déterminants sociaux de la santé



Source : G. Dahlgren et M. Whitehead, 1991.

Dans le schéma de Göran Dahlgren et Margaret Whitehead (16) ci-dessus, les déterminants sont présentés selon quatre niveaux en interaction :

- le niveau « **Facteurs liés au style de vie des individus** » recouvre les comportements et les styles de vie personnels, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité ;
- le niveau « **Réseaux sociaux et communautaires** » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs ;
- le niveau « **Facteurs liés aux conditions de vie et de travail** » se rapporte à l'accès au travail, aux services et aux équipements essentiels : l'eau, l'habitat, les services de santé, la nourriture, l'éducation, mais aussi les conditions de travail ;
- le niveau « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail, ont une incidence sur toutes les autres strates.

Si le secteur de la santé a pour missions principales de soigner, de prévenir et de promouvoir la santé de la population, il ne détient pas tous les leviers d'action puisque la plupart des déterminants de la santé sont influencés par les décisions prises dans d'autres secteurs comme celui du transport, de l'urbanisme, de l'éducation, de l'agriculture, du revenu, etc.

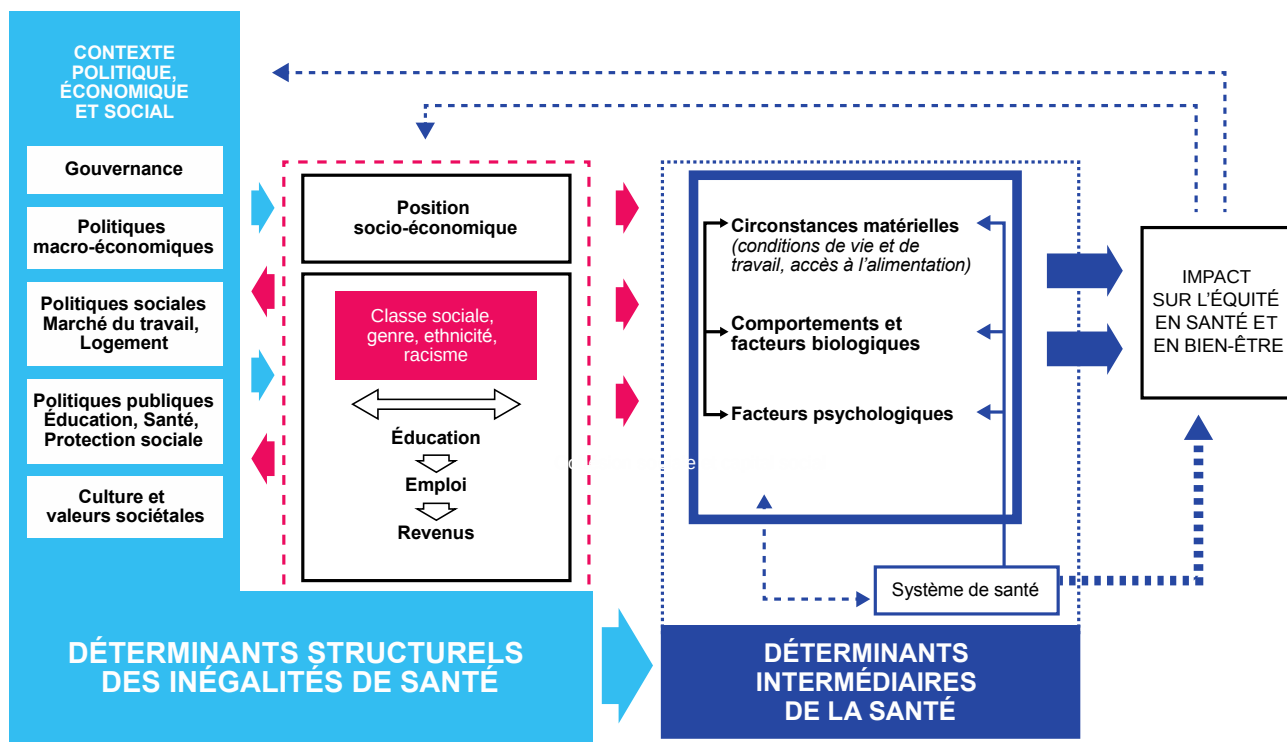
C'est la raison pour laquelle il est important de veiller à :

- la prise en compte de la personne dans sa globalité : ses besoins, ses intentions, ses interactions et ses environnements de vie (familial, professionnel, social, etc.) ;
- une approche pluridisciplinaire permettant à des intervenants de différentes disciplines ou professions de travailler ensemble pour, d'une part, obtenir une compréhension globale et commune d'une situation et, d'autre part, mener des interventions concertées et adaptées à la complexité de la réalité ;
- une approche intersectorielle ou partenariale impliquant la mise en commun des ressources de divers secteurs d'activité ;
- un développement local ou communautaire.

De nombreux facteurs sont en cause dans la fabrication des inégalités sociales de santé (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (17)). Il peut s'agir du contexte politique et économique (chômage, crise économique, climat sociétal), de la position économique dans une hiérarchie sociale, des comportements de santé parfois adoptés dans le cadre de normes de ses groupes de référence et des conditions de vie et de travail, plus ou moins générateurs de stress aigu ou chronique qui ont des effets sur l'adoption de certains comportements de santé.

I FIGURE 17 I

Modélisation des déterminants structurels, sociaux et individuels des inégalités de santé



Source : O. Solan et A. Irwin, 2007.

1.3.1.3 Les déterminants commerciaux de la santé et leur régulation

Le Pr Gerard Hastings a proposé de tenir compte, en plus des déterminants sociaux de la santé mis en avant par Michael Marmot et présentés précédemment, des déterminants commerciaux de la santé qui influencent de façon tout aussi puissante (18) la santé de la population. Stuckler et al. estiment que les multinationales qui vendent et promeuvent des produits de consommation courante néfastes pour la santé (tabac, alcool et produits alimentaires sans intérêt nutritionnel) sont responsables des épidémies dites industrielles (19, 20), de maladies non transmissibles. En effet, il est nécessaire de tenir compte d'un environnement qui est lié à l'ensemble des produits et services disponibles pour les individus, de même qu'à l'environnement informationnel autour de ce marché. Les individus consomment ce qui est mis à leur disposition. Ils sont également exposés à tous les dispositifs d'influence mis en place (publicité, sponsoring, placements de produit, etc.).

Toute une partie de l'action de prévention consiste à intervenir pour corriger ces déterminants commerciaux de la santé. Il peut s'agir d'interdire totalement ou partiellement la publicité pour certains produits (la loi Evin par exemple). Il peut s'agir de taxer certains produits (tabac, alcool, boissons sucrées). Il peut s'agir d'imposer des avertissements sanitaires (apposer le « pictogramme femmes enceintes » sur les contenants d'alcool) ou de promouvoir une information nutritionnelle simplifiée (Nutri-Score).

1.3.1.4 Un déterminant émergent : la littératie en santé

Dans une société caractérisée par le développement de l'information et des médias, on reconnaît de plus en plus d'importance à la **littératie en santé** comme déterminant de la santé. Selon Sorensen et al (21), la littératie en santé est « *la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie* ».

En France, 58 % de la population ont un niveau de littératie générale inférieur ou égal à 2, le niveau 3 étant considéré comme le niveau minimum pour faire face aux exigences de la vie quotidienne (22). En ce qui concerne la littératie en santé, en Europe, 12 % ont un niveau inadéquat et 35 % un niveau problématique, soit un total de 47 % ayant un niveau insuffisant (23).

De faibles compétences en littératie en santé ont un lien avec une moindre adoption de comportements favorables à la santé (24), une moindre participation à des programmes de dépistage (25, 26) ou des recours plus nombreux à des hospitalisations et des soins d'urgence (27). On note également une moins bonne gestion des maladies chroniques et de suivi des traitements (28). Il est donc essentiel de prendre en compte ces données pour concevoir des stratégies de communication et d'intervention qui s'adressent au plus nombre en s'appuyant sur les bonnes pratiques identifiées.

1.3.2 Les concepts de promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé

Promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé ont en commun leur finalité d'améliorer la santé d'une population, à l'échelle d'un pays, d'un quartier... ou d'un groupe de personnes.

La promotion de la santé a été conceptualisée dans la charte d'Ottawa de 1986 et les déclarations ultérieures. Ses stratégies d'actions sont dirigées prioritairement vers :

- les milieux de vie, le contexte ou le système global (voir carte de la santé et de ses déterminants). Promouvoir la santé signifie agir sur les conditions ou déterminants qui favorisent la santé optimale de tous ;
- les dynamiques sociales. Une action de promotion de la santé se caractérise essentiellement par :
 - un haut niveau d'implication des personnes (élèves, résidents, usagers, habitants, etc.) depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation de l'action,
 - le développement de forces collectives (*empowerment* collectif, lien social, etc.). « *Le principal critère qui devrait permettre de déterminer si une initiative est une initiative de promotion de la santé est l'ampleur avec laquelle elle s'engage dans un processus d'autonomisation ou de développement de capacités d'une communauté* (29) ;
- le développement chez les individus de facteurs protecteurs de la santé comme la confiance en soi, la capacité à gérer son stress, le pouvoir d'agir (« *empowerment* »), etc.

La prévention s'applique à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents. De nature « probabiliste », elle se définit par rapport à des facteurs de risques. Elle est traditionnellement scindée en trois parties calquées sur l'histoire naturelle d'une maladie, dans un continuum allant de l'absence de symptôme jusqu'à l'invalidité (OMS, 1948) :

- la prévention primaire a pour but de soustraire à un risque, de réduire l'incidence d'une maladie ;
- la prévention secondaire a pour but de réduire la phase de latence et la prévalence d'une maladie (c'est-à-dire le nombre de personnes malades) ;
- la prévention tertiaire a pour but de réinsérer, compenser, éviter rechute et récurrence.

Gordon a proposé, en 1982, une autre classification (30), qui n'est plus organisée par une approche clinique comme la précédente mais par une approche populationnelle. Elle distingue :

- la prévention universelle (pour tous) ;
- la prévention sélective (pour des sous-groupes de populations spécifiques, comme les femmes enceintes par exemple) ;
- la prévention ciblée (pour des sous-groupes de population spécifiques présentant des facteurs de risque). Cette dernière définition a été adoptée par l'Inserm dans le cadre de ses expertises collectives.

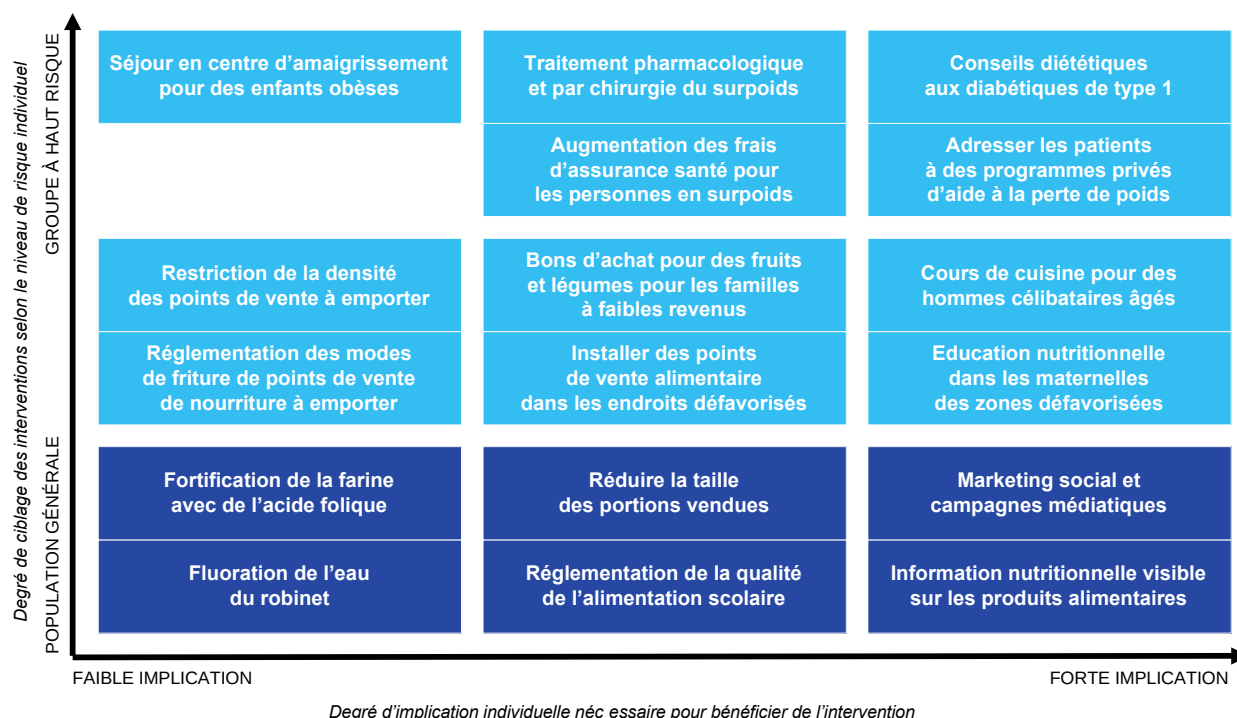
L'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose (31) a distingué deux approches préventives, celle qui s'adresse uniquement aux personnes à haut risque et celle qui s'adresse à la population entière. Son argument théorique est que l'impact de santé publique est plus important si on obtient de petits changements sur l'ensemble de la population que si l'on se contente d'intervenir auprès des personnes malades. Par exemple, réduire de quelques grammes la consommation de sel de toute la population aura plus d'impact que de se contenter de soigner les hypertendus diagnostiqués. Les deux approches ne s'opposent pas et sont en fait sur un continuum.

Le deuxième axe d'analyse est celui qui distingue le niveau d'effort demandé aux individus (32, 33). Par exemple : rajoute-t-on de l'acide folique dans la farine ou distribue-t-on des dépliants d'information sur l'acide folique ? Dans le premier cas, c'est une mesure de prévention structurelle ; dans le deuxième cas, un grand nombre de conditions doivent être remplies pour que la mesure ait un effet : accès à l'information, compréhension de l'information, capacité et volonté à la mettre en œuvre.

En croisant les deux axes, il est possible de classer les actions de prévention selon qu'elles s'adressent plus ou moins à des populations à haut risque ou à toute la population, et selon que l'effort de prévention est porté plus ou moins par la collectivité par des changements structurels et d'environnement ou bien porté par les individus.

I FIGURE 18 I

Classification d'interventions dans le domaine de la nutrition, selon le niveau de ciblage et selon le niveau d'effort demandé aux individus



Source : d'après Adams 2016.

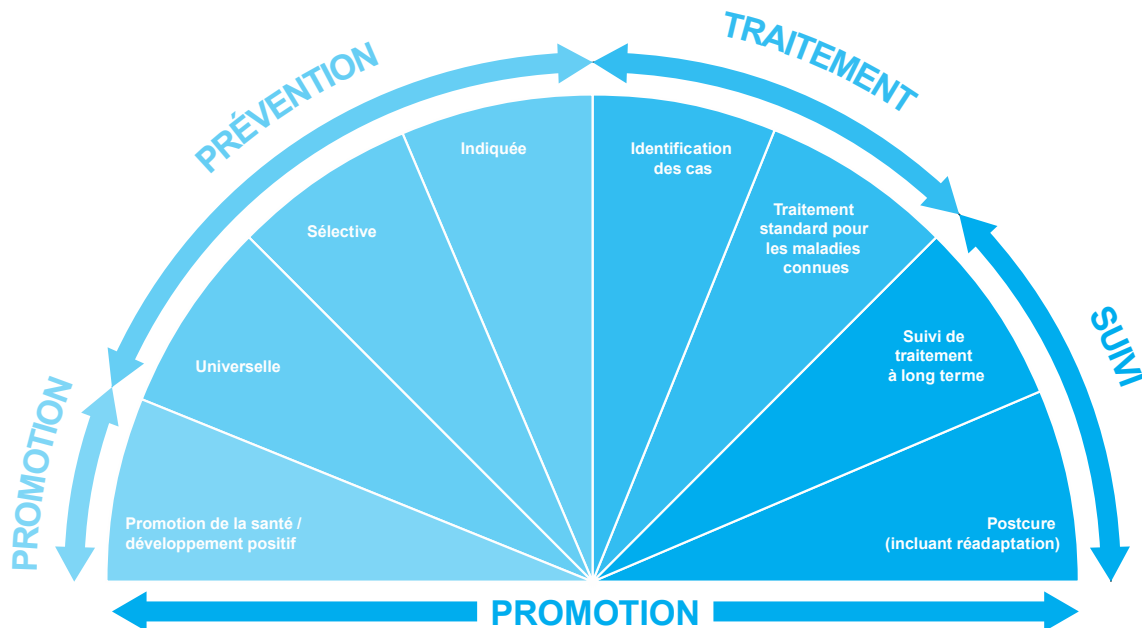
Cette nomenclature à deux axes est extrêmement utile quand il est nécessaire de sélectionner des actions de prévention qui ont le potentiel d'avoir un effet important tout en réduisant les inégalités sociales de santé.

Pearson-Stuttard *et al.* (34) ont modélisé plusieurs scénarios pour améliorer la santé cardiovasculaire tout en réduisant les inégalités sociales dans ce domaine : des campagnes médiatiques de prévention, une taxe nationale de 10 % sur les boissons sucrées, une réduction de 30 % sur les prix des fruits et légumes pour les bénéficiaires de l'aide alimentaire (SNAP), une réduction pour l'ensemble de la population de 10 % des prix des fruits et légumes. Les auteurs ont établi que c'est la réduction nationale des prix des fruits et légumes qui a le plus d'impact sur le nombre de décès évités (150 000 décès évités ou retardés entre 2015 et 2030 ; que c'est la réduction de 30 % des prix pour les bénéficiaires de l'aide alimentaire qui a le plus d'impact sur la réduction des inégalités sociales (réduction de 8 % de la différence de décès évités entre les personnes éligibles à l'aide alimentaire et celles qui ne le sont pas) ; et que, in fine, c'est une combinaison des deux qui est le plus efficace pour les deux objectifs (230 000 décès évités ou retardés et 6 % de réduction de l'écart de décès évités entre éligibles et non éligibles).

L'Institut de médecine américain (35) a proposé un schéma d'ensemble (Figure 19) permettant de situer promotion de la santé, prévention, dépistage et soins comme étant dans un continuum.

I FIGURE 19 I

Continuum promotion – prévention – dépistage – traitement



Source : Institute of Medicine, 1994.

L'éducation pour la santé vise à donner les capacités aux personnes de faire des choix favorables à leur santé. Elle s'appuie sur une conception émancipatrice de l'éducation, c'est-à-dire favorisant l'autodétermination, autrement dit la liberté de choix des personnes. Elle repose sur des actions :

- d'information des personnes et d'explication des messages sanitaires, pour faire connaître et comprendre des enjeux (l'intérêt d'arrêter de fumer par exemple). Un effort pour rendre l'information compréhensible et utilisable par tous est primordial ;
- d'accompagnement des choix et de soutien de la motivation ;
- de prise de conscience de tout l'implicite qui peut orienter les comportements de chacun : les normes sociales et culturelles, les expériences antérieures, l'influence des pairs, etc.

Les actions d'éducation pour la santé peuvent être menées lors d'entretiens individuels ou en groupe.

1.3.3 Principes de l'intervention en prévention et en promotion de la santé

Les interventions sont sous-tendues par des valeurs et principes qui guident leur conception et leur mise en œuvre.

1.3.3.1 Principes : les 4 E

Quatre principes fondamentaux sont identifiés : éthique, équité, efficacité, efficience.

Éthique. Il est essentiel de respecter les choix et libertés individuelles, de porter sur les personnes et les groupes un regard et un accueil exempt de critique ou de jugement. Ceci suppose de ne pas utiliser certains leviers d'action tels que la stigmatisation, l'injonction, la culpabilisation, l'infantilisation ou la menace.

Équité. Il est nécessaire de choisir des interventions ou des stratégies qui ont été conçues pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit en général d'adapter la quantité et l'intensité des interventions en fonction des besoins ou des difficultés des différentes populations. Michael Marmot a proposé les termes **d'universalisme proportionné** (36), c'est-à-dire qu'il existe une offre de prévention pour tous mais qu'elle est proportionnée aux besoins des populations. Sur ce dernier point, la littérature sur les solutions existantes est encore émergente, mais cela doit être néanmoins une préoccupation de premier plan. Les effets sur la réduction des inégalités de différentes interventions de lutte contre le tabagisme ont fait l'objet de nombreux travaux (36-43), mais c'est l'un des rares domaines.

Efficacité. Il est nécessaire de prendre la prévention dans le domaine de la santé aussi sérieusement que les soins, pour des raisons éthiques et économiques. La littérature scientifique a montré qu'une proportion importante d'interventions de prévention et de promotion de la santé n'avait pas d'efficacité et qu'une minorité avait des effets inverses à ceux espérés, ou des effets secondaires indésirables (44-46). Il est donc indispensable de s'appuyer sur des approches robustes. Il n'est pas non plus souhaitable d'utiliser l'argent public pour conduire des actions de prévention sans effet. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur les données probantes et sur le patrimoine de près de cinquante ans de travaux de recherche dans l'évaluation des interventions en prévention et en promotion de la santé, publiés dans des revues scientifiques. Le nombre de travaux d'évaluation est considérable. Par exemple, il y a eu 134 essais de prévention du tabagisme en milieu scolaire conduits en quarante ans et impliquant en tout près de 430 000 élèves (46). Il est donc important de partir des résultats des recherches déjà menées, certaines sur une très longue durée (47-49), pour utiliser le savoir accumulé, éviter de repartir de zéro et ainsi gagner en temps et en qualité.

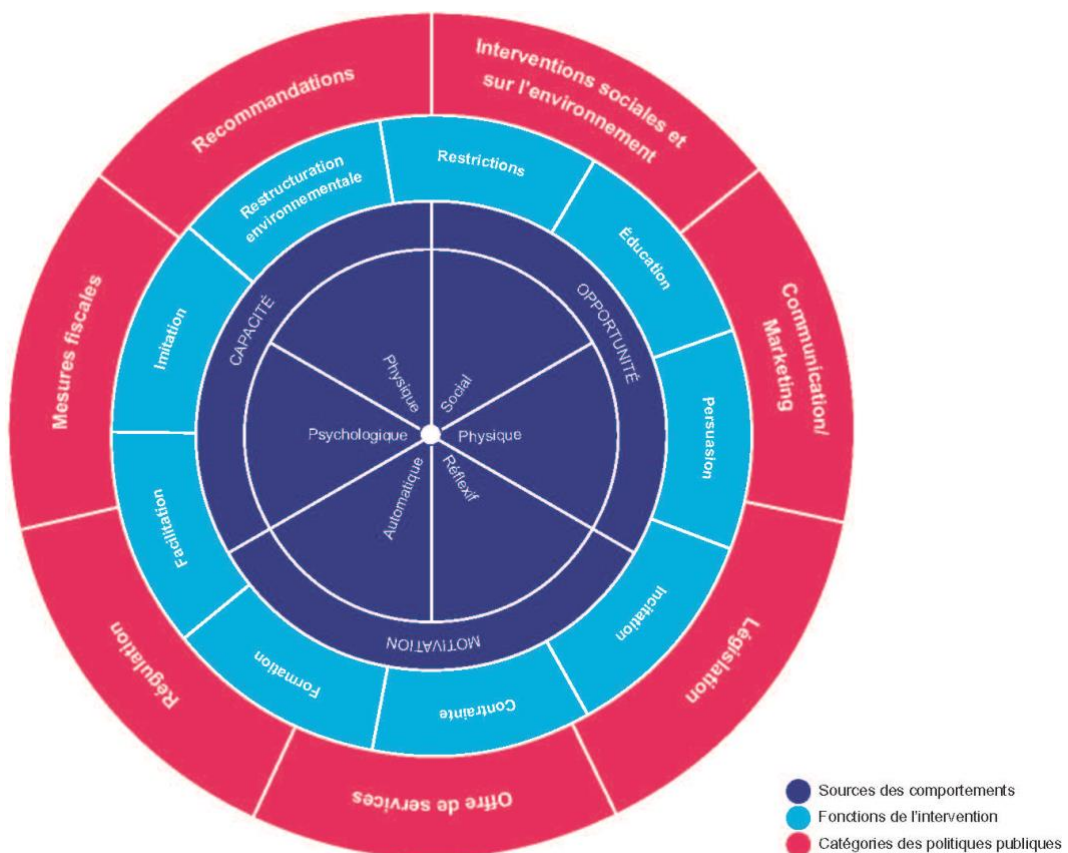
Efficience. La recherche de l'efficience consiste à choisir les interventions efficaces qui sont les moins coûteuses par rapport aux résultats attendus comparativement à d'autres interventions poursuivant le même objectif (efficience). Des sites étrangers ont commencé à comparer l'efficience de différentes interventions.

1.3.3.2 Agir sur les déterminants individuels ET environnementaux

The Behavior change wheel, « la roue du changement de comportement », développée par Susan Michie et al. (50), constitue certainement aujourd'hui le cadre le plus intégrateur pour appréhender la conception et l'évaluation des interventions (Figure 20). Cette équipe a analysé les nombreuses théories explicatives des comportements de santé et a travaillé à proposer un modèle très simple. Il repose sur l'idée que le changement de comportement met en jeu des capacités, une motivation et une opportunité de mise en œuvre. Ces trois dimensions sont influencées par des facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux, conscients ou plus automatiques. Plusieurs types d'interventions peuvent être envisagés et combinés en fonction des objectifs recherchés : éducation, récompense, restructuration de l'environnement, coercition, etc. Cela correspond à sept grandes catégories de politiques possibles.

I FIGURE 20 I

Liens entre psychologie personnelle, moyens d'actions et catégories de politique publique



On voit, sur ce schéma, l'éventail des catégories d'actions de prévention et de promotion de la santé. En voici des exemples.

- **Offre de services** (« service provision ») : offre d'aide à l'arrêt du tabac, offre de prévention des chutes chez les personnes âgées par des exercices d'équilibre et renforcement musculaire (51).
- **Incitation** : examens et soins bucco-dentaires gratuits pour les jeunes (M'T Dents). Tous les enfants et adolescents peuvent effectuer un examen de prévention bucco-dentaire gratuit à l'âge de 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans. Pour les enfants de 6 ans et 12 ans, il est obligatoire³.
- **Législation** : interdiction de fumer dans les lieux publics, interdiction de la publicité, mise en place des paquets de cigarettes neutres.
- **Mesures fiscales** : taxation de l'alcool, du tabac et des boissons sucrées.
- **Recommandations** (guidelines) : recommandations nutritionnelles, sur l'activité physique, sur la consommation d'alcool.

3. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F243>. L'examen bucco-dentaire, les soins conservateurs (traitement des caries, détartrage), les actes chirurgicaux et radiographiques sont pris en charge à 100 %. Les tarifs de ces soins ne peuvent pas faire l'objet de dépassement d'honoraires. De plus, les parents bénéficient d'une avance de frais pour l'examen, ainsi que pour les soins qui suivent les examens de 6 et 12 ans (ils n'ont pas à payer d'abord pour être ensuite remboursés).

- **Communication et marketing** : campagnes de communication en prévention ou actions de marketing social (Moi(s) sans tabac, Semaine de la vaccination).
- **Environnement physique et social** : aménagement de pistes cyclables, parcs de loisirs, urbanisme favorable au déplacement actif, offre alimentaire en restauration collective.
- **Régulation** : régulation ou chartes d'engagement des partenaires économiques comme par exemple le Nutri-Score.

1.3.3.3 Focus sur quelques actions développées par Santé publique France

Les trois actions présentées ci-dessous illustrent la diversité des stratégies et des niveaux d'intervention.

- **Nutri-Score** est une signalétique développée par une équipe de recherche française qui a montré sa capacité à orienter les choix des consommateurs vers des aliments de meilleure qualité nutritionnelle. Cette vérification expérimentale a été faite dans des situations virtuelles et dans des lieux réels d'achat. Un certain nombre de producteurs et de distributeurs ont accepté de les apposer sur les emballages de leurs produits.

- **Moi(s) sans tabac**, opération qui encourage les fumeurs à s'abstenir de fumer pendant un mois en novembre, tente d'agir sur les trois composantes du changement de comportements : la motivation, l'opportunité et les capacités. Moi(s) sans tabac, au moyen de spots publicitaires et d'une campagne d'affichage, vise à augmenter la motivation des fumeurs souhaitant arrêter. Le coaching en ligne a pour objet de maintenir cette motivation. En outre, ce dispositif crée une « opportunité » sociale en proposant d'arrêter « ensemble » au même moment, en mobilisant les proches, les entreprises et les internautes pour soutenir les personnes tentant d'arrêter. Il renforce leurs « capacités » par l'apport de savoirs (on a XX plus de chance d'arrêter si...) et savoir-faire (information sur les substituts nicotiniques, partage d'expérience pour gérer le manque, etc.).

- **Icaps (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité)** est un programme validé pour développer, en France, l'activité physique et lutter contre la sédentarité des jeunes. Développé à partir d'une expérimentation évaluée, il a été déployé dans de nombreux territoires. Icaps repose sur une approche socio-écologique combinant des actions à trois niveaux : les jeunes, leur entourage et leur environnement. Par exemple : 1) une initiation ludique à différentes activités a été proposée sur place aux élèves pour renforcer leur motivation; 2) des cycles d'activité physique en famille ont été organisés le samedi dans les collèges ; 3) dans certains projets, les abords des collèges ont été aménagés pour faciliter l'accès à vélo, dans d'autres cas, les horaires des transports scolaires ont été décalés, en lien avec les collectivités locales, pour faciliter la pratique après les cours.

2. REPÈRES PRATIQUES

Les actions de prévention et de promotion de la santé s'appuient sur des compétences, une durée suffisante, des méthodes ayant fait la preuve de leur efficacité et des outils adaptés. Leur maîtrise s'acquiert progressivement et nécessite du temps, de la formation et un accompagnement afin de se réaliser dans de bonnes conditions tant du point de vue des étudiants en service sanitaire que des publics concernés. Aussi, chaque étudiant a un référent pédagogique de l'établissement d'inscription et un référent de proximité dans la structure d'accueil qui l'accompagne lors de la réalisation de l'action de prévention. En particulier pour les actions collectives, où il est recommandé d'observer préalablement plusieurs séances et de commencer par une co-animation avec un professionnel expérimenté.

Un travail conjoint entre l'établissement d'inscription des étudiants et le responsable de la structure d'accueil est effectué préalablement à la réalisation des actions concrètes de prévention. Ces actions s'inscrivent dans les priorités définies aux niveaux national et régional. Pour ce qui concerne le milieu scolaire, il convient d'inscrire les interventions des étudiants en santé dans un continuum éducatif du parcours éducatif de santé, inclus dans le projet d'école et d'établissement et dans le programme du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) inter-degré quand il existe. Les activités doivent être articulées avec le parcours éducatif en santé (PES).

Un des enjeux est de proposer des contacts et des mises en situation des étudiants directement auprès des populations concernées afin de favoriser leur expression et leur participation.

2.1 Importance d'associer les publics concernés par l'action

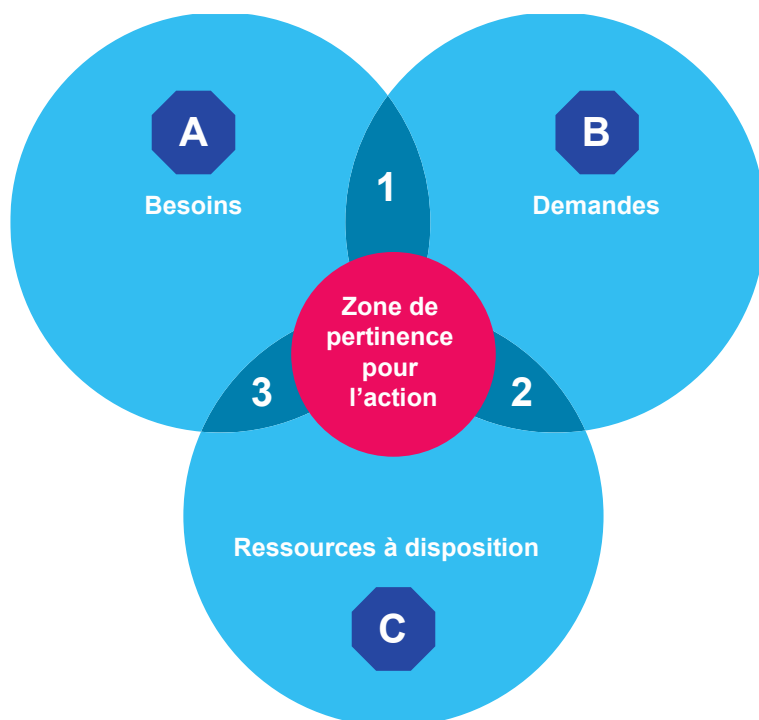
Il est important d'associer des représentants des personnes concernées (les parties prenantes) en amont et tout au long de la mise en place des actions.

La pertinence d'une intervention de prévention/promotion de la santé, comme toute autre action de santé publique, repose sur la rencontre :

- 1) des besoins en santé d'une population ;
- 2) des demandes et attentes de la population par rapport à leur santé ou leur environnement de vie ;
- 3) des caractéristiques de l'action ou des services mis en place (lieux, fréquences, outils, etc.) (Figure 21).

Les besoins de santé sont objectivés par des données scientifiques (épidémiologie, études longitudinales, enquête démographique, etc.) et des remontées de terrain. Les demandes et les attentes de la population peuvent être identifiées par les professionnels de proximité, ou exprimées lors de réunion de concertation si la structure en met en place, ou recueillies via des enquêtes.

Zone de pertinence pour l'action

**1. Zone de frustration**

Quand les besoins sont identifiés et que les demandes correspondent, mais que rien n'est mis en place en C.

2. Zone d'épuisement des ressources

Quand les ressources sont mises en place pour répondre aux demandes, mais que le besoin de santé n'est pas identifié.

3. Zone d'inefficacité

Quand des services sont mis en place en fonction uniquement des besoins sans prendre en compte les demandes : les messages ne passent pas, les services ne sont pas utilisés par la population cible.

La recherche de la participation de représentants des personnes concernées par le projet sera particulièrement nécessaire en phase d'analyse de situation et en phase d'évaluation de l'action. En effet, en faisant émerger les idées des usagers ou du public sur les actions proposées ou à proposer, les actions répondent davantage aux demandes et besoins (ex : adapter les messages de prévention aux codes sociaux du groupe concerné, adapter les horaires de permanence d'accueil aux disponibilités des parents des enfants concernés par l'action, etc.). Cela peut permettre à la structure d'augmenter son impact car mieux ajustées, les actions sont plus fréquentées et utilisées.

Cette activité pourra également faire émerger des nouveaux besoins et des idées de nouvelles actions à mettre en place pour y répondre. Enfin, pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux accueillant des étudiants en service sanitaire, cette activité pourrait rejoindre les dispositions concernant la participation des usagers (cf. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients ou Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale).

Pour favoriser la participation des populations, rien de mieux que d'aller à la rencontre des usagers des actions de prévention dans les locaux de la structure qui les accueille ou lors des interventions en extérieur. Des espaces sont particulièrement favorables à l'écoute de la parole des usagers : les réunions avec les représentants d'usagers, les temps de convivialité organisés par la structure permettant les échanges informels. Pour aller vers le public qui ne fréquente pas encore l'action, on peut se rendre dans des « espaces » extérieurs à la structure : intervention de rue pour discussions et recueil informel d'avis, enquête de quartier via un porte-à-porte, questionnaires sur les réseaux sociaux d'internet, etc.), diagnostic collectif sous forme de démarche exploratoire, etc., afin de collecter, compiler et analyser la « parole » de la population et découvrir pourquoi elle ne fréquente pas encore l'action.

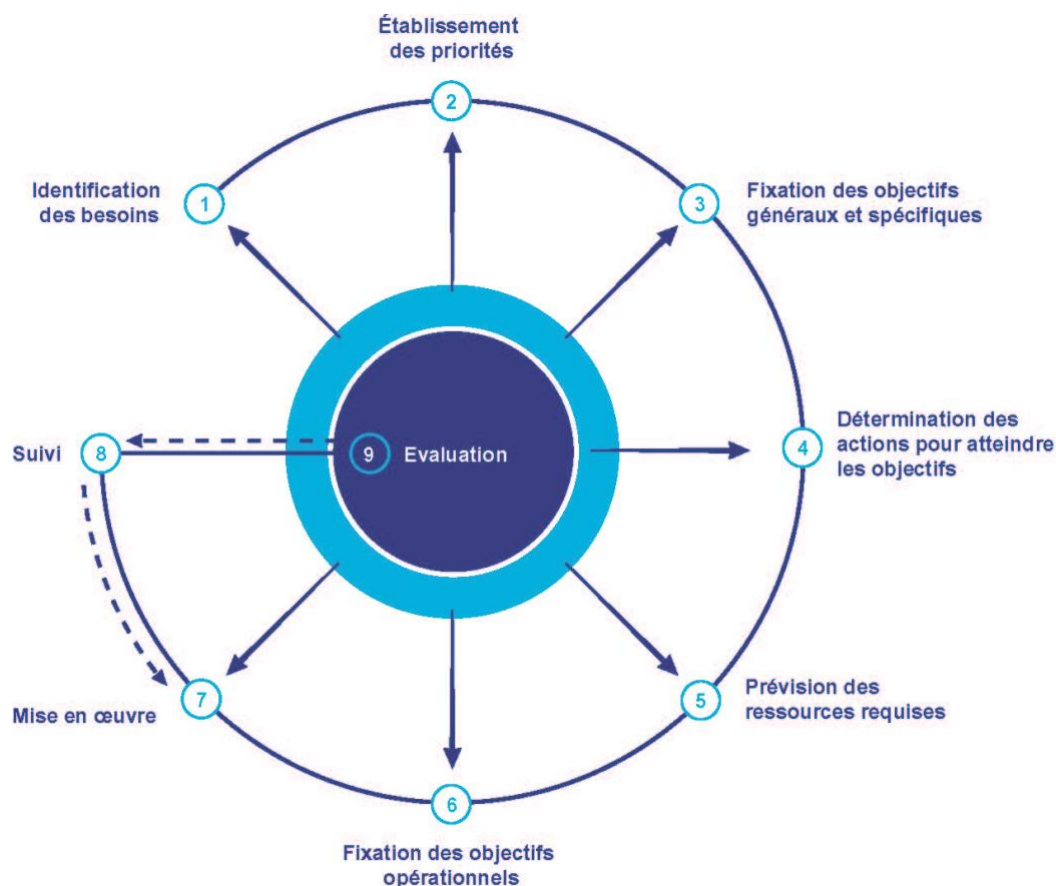
2.2 Méthodologie et gestion de projet

Le projet de prévention et promotion de la santé auquel participeront les étudiants n'est pas une action ponctuelle. Comme tout projet, il s'inscrit dans le temps (de plusieurs mois à plusieurs années) et repose sur **une méthodologie structurée et une gestion de projet**. On peut distinguer quatre phases comprenant chacune plusieurs étapes, représentées schématiquement ci-dessous (52) qui ne sont pas aussi cloisonnées dans la pratique (Figure 22) :

- l'analyse de situation (1, 2, 3),
- la planification (4, 5, 6),
- la mise en œuvre et le suivi (7, 8),
- l'évaluation (9).

I FIGURE 22 I

Le cycle de projet



Source : d'après Pineault et al., 1995

Il faut y ajouter la communication à chaque étape, pour faire circuler l'information entre les parties prenantes et valoriser les avancées du projet.

Il convient également de s'assurer que les inégalités sociales de santé sont bien prises en compte à chaque étape du projet de façon à ce que les interventions menées ne soient pas un facteur d'aggravation de ces inégalités.

2.2.1 Analyser la situation

L'analyse de situation est un diagnostic global et structuré qui mobilise différentes approches et sources de données quantitatives et qualitatives. Elle combine plusieurs disciplines : épidémiologie, sciences sociales, psychologie, etc. Elle associe étroitement l'ensemble des parties prenantes et identifie les acteurs en présence, leurs différentes représentations, leurs besoins et demandes. Elle analyse les ressources et les manques, les atouts et les faiblesses. Elle s'appuie sur les données probantes et les interventions validées identifiées dans la littérature scientifique.

Des outils pour l'analyse de situation

Le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (53) est un des modèles les plus utilisés. La partie PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling constructs in Educational / environment Diagnosis and Evaluation*) correspond à l'analyse de situation⁴.

Preffi est un outil élaboré par le NIGZ (*Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention*) et traduit en français par Santé publique France. Le guide Preffi⁵ propose des séries de questions en plusieurs rubriques, qui peuvent utilement guider la préparation du projet. La fiche 2 « Analyse du problème » comprend un questionnaire détaillé qui aborde les principaux points de l'analyse de situation. Les fiches 3 « Déterminants » et 4 « Population concernée » sont également pertinentes. Elles peuvent être utilisées en totalité ou en partie.

Les sources de données

Les données nécessaires pour mettre une action en place sont de nature très variée. Il existe de nombreuses données disponibles, par exemple :

- plans régionaux de santé publique ou de prévention ;
- contrats locaux de santé (CLS), ateliers santé-ville (ASV), etc. ;
- données administratives recueillies en routine (par exemple : taux d'absentéisme dans une entreprise ou une école, nombre de visites auprès des infirmières scolaires, activité des services de secours (SDIS)) ;
- enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements (Baromètres santé, enquêtes en milieu scolaire (HBSC, Espad), enquête lors de la journée de préparation à la défense (Escapad), enquête auprès des personnes âgées (SHARE) ;
- données médico-administratives recueillies aux urgences hospitalières, en hospitalisation (PMSI, Sniiram, résumé de passage aux urgences) ;
- données de morbi-mortalité nationales ou locales (registres du cancer, registres cardio-vasculaires) ;
- données sociodémographiques du territoire.

Il peut aussi être nécessaire de procéder à une enquête auprès de personnes ou mettre en place des protocoles d'observation. Il est important de travailler avec des personnes expérimentées dans le domaine. Une enquête peut sembler simple à construire, mais un certain nombre d'étapes sont nécessaires pour que ses résultats soient vraiment utilisables. Il faut dans tous les cas obtenir un consentement libre et éclairé des personnes interrogées et respecter l'anonymat des répondants (www.cnil.fr)

Il peut s'agir d'une *enquête quantitative* reposant sur un questionnaire standardisé composé majoritairement de questions fermées. Cette enquête peut être passée en face-à-face, au téléphone, en ligne sur Internet ou smartphone. La qualité principale d'une enquête est sa représentativité qui est obtenue en général par un tirage au sort d'un échantillon des personnes interviewées pour éviter l'auto-sélection de personnes motivées, différentes du reste de l'échantillon. L'échantillon doit être de taille suffisante pour les analyses souhaitées, en particulier s'il est nécessaire de comparer des sous-groupes. Il peut être nécessaire d'effectuer des tirages à plusieurs degrés (école puis classe) et de tenir compte des effets de grappe ou cluster. Le questionnaire doit être construit avec précaution et prétesté (est-il compréhensible ?). Il est recommandé d'utiliser des questionnaires existants déjà éprouvés.

Il peut s'agir d'une *enquête qualitative*. Il s'agit d'interroger de façon approfondie des individus (entretiens individuels) ou groupes (environ 8-10) ou mini-groupes (3-4) sur des durées prolongées d'une à trois heures.

4. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/ressources-methodologiques/outils/precede.asp>

5. http://inpes.santepubliquefrance.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf

Il est nécessaire de construire un guide d'entretien ou un guide d'animation. Les personnes sont choisies par hasard, si c'est possible, ou pour remplir un certain nombre de caractéristiques nécessaires (sexe, tranche d'âge, profession, niveau socio-économique, etc.). Il est nécessaire de transcrire et/ou enregistrer les éléments recueillis. Le codage se fera dans l'idéal par deux analystes indépendants qui pourraient se servir d'un logiciel ad hoc (exemple NVivo).

Si l'on travaille à un dispositif existant dans le but de l'améliorer ou de vérifier l'impact d'un changement, il peut être utile de faire de l'*observation* (le fonctionnement de l'accueil du public, d'une intervention, comptage de personnes qui utilisent un dispositif, un parcours usager, etc.).

2.2.2 Préparer et planifier l'intervention

La planification permet de définir les objectifs et de prévoir les modalités opérationnelles pour les atteindre. La définition de la logique d'intervention (aussi appelée théorie de l'action) permet d'explicitier les buts et fait les liens avec les processus pertinents pour y parvenir.

Des outils pour la planification de projet

De nombreux modèles et méthodes de planification existent, le modèle PRECEDE-PROCEED (53) peut être utilisé dans son volet PROCEED, qui permet de définir le plan d'action opérationnel. Les fiches 5 « Objectifs » et 6 « Conception de l'intervention » de Preffi peuvent aussi être utilisées.

Plusieurs méthodes et outils sont présentés dans l'espace ressources méthodologiques⁶ du site Santé publique France.

Pour planifier l'ensemble du projet, il existe aussi des outils de gestion de projet qui ne sont pas spécifiques au domaine de la santé et dont certains sont en ligne, comme par exemple : diagrammes de Gantt, cycle PDCA, méthodes Agiles ou Kanban, etc.

2.2.3 Mettre en œuvre l'intervention

La mise en œuvre est la réalisation concrète des interventions auprès des publics. Un suivi régulier à l'aide de carnets de bord, tableaux, etc., permet de collecter au fur et à mesure des informations permettant de réajuster l'action et pouvant ensuite être utilisées pour l'évaluation. C'est dans cette phase qu'il convient d'être particulièrement attentif à la qualité des pratiques des professionnels et aux inégalités sociales de santé, de nombreuses actions laissant au fur et à mesure de côté les populations les plus fragiles.

Des outils pour la mise en œuvre du projet

Des outils opérationnels sont proposés dans plusieurs ouvrages élaborés par Santé publique France. On citera notamment :

- le guide d'aide à l'action pour la promotion de l'activité physique des jeunes⁷;
- le guide pour les actions collectives en direction des personnes âgées⁸ ;
- le référentiel de promotion de la santé en milieu pénitentiaire⁹.

Des outils d'intervention pour animer les séances sont également disponibles et sont présentés dans la rubrique Ressources pour l'action¹⁰.

6. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/ressources-methodologiques/index.asp>

7. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf>

8. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1548.pdf>

9. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1545.pdf>

10. <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Service-sanitaire>

2.2.3.1 *Intervenir auprès d'un public*

La préparation et le débrief

L'animation d'une action de prévention quelle qu'elle soit nécessite quelques prérequis. Prendre le temps, avant la séance, de faire le point sur ses connaissances et ses propres représentations sur les sujets abordés tout en clarifiant les intentions pédagogiques est indispensable pour mener à bien ce projet.

Se préparer psychologiquement

Le vécu des personnes peut faire écho à celui des intervenants (relation avec leurs propres parents, leurs propres prises de risques, etc.) et les oblige à se confronter à leurs propres valeurs, à leurs représentations des addictions, du plaisir, de la sexualité, de l'adolescence, des populations précaires, etc. Ainsi, la relation avec le public peut être empreinte d'une tonalité affective qui peut affecter la capacité à garder un cadre serein d'entretien ou perdre en objectivité. Avant les premières interventions auprès du public, les intervenants sont invités à s'auto-questionner sur ce qu'évoque pour chacun d'eux la thématique abordée, sur les stéréotypes qu'ils peuvent avoir concernant les populations qu'ils vont rencontrer, et les raisons qui les poussent à prendre des risques. En identifiant à l'avance leurs représentations, les intervenants pourront plus facilement se méfier des idées préconçues qui peuvent interférer dans les réflexions menées avec les populations rencontrées et parfois les placer en situation de difficultés durant l'intervention.

Se préparer méthodologiquement

En plus de la littérature scientifique, la lecture des rapports d'activité de la structure accueillant le stage ou des guides de bonnes pratiques qu'elle a produits, peut être très précieuse afin que les étudiants s'intègrent facilement dans les actions existantes.

Chaque public et chaque type d'action fonctionnent différemment. Il est recommandé de se familiariser avec les caractéristiques psychosociales du public qui va être rencontré en intervention.

Se préparer matériellement

Le briefing permet de recueillir les consignes et les horaires à respecter, de disposer des autorisations légales, du bon matériel ou de la tenue adéquate. Il convient également de bien connaître les supports et outils utilisés par la structure d'accueil pour mieux les présenter ou s'en servir.

Débrief

Il s'agit de prendre le temps de faire le point sur les réussites et les difficultés rencontrées dans les relations avec les usagers ou le public rencontré. Décider de ce qui sera partagé avec les autres intervenants lors du débriefing de l'intervention.

La participation aux réunions de débriefing ou de supervision permet de faire le point sur des éléments techniques mais également sur les émotions positives et négatives que certains échanges peuvent avoir créées chez les étudiants et qui peuvent nuire à leur aisance lors des prochaines interventions. C'est également un temps pendant lequel chaque étudiant pourra remplir les grilles de recueil de données en vue de l'évaluation de l'action.

Mettre en place des échanges inter-individuels adaptés

On trouvera des conseils opérationnels et détaillés dans le chapitre 5 du guide mis à disposition par Santé publique France (54) « Communiquer pour tous : pour une information accessible »¹¹.

Les points clés sont résumés ci-dessous :

- créer un environnement et des conditions favorables (se présenter, préciser les objectifs, aménager un cadre adapté, se rendre totalement disponible) ;
- porter attention à la communication non verbale (attitude générale, postures corporelles, déplacements dans la salle, etc.) ;
- favoriser l'expression et la prise de parole de l'interlocuteur ;
- transmettre l'information de façon adaptée en sélectionnant les informations importantes et en utilisant un langage et des exemples appropriés ;
- répéter, résumer et renforcer le message ;
- renforcer le message verbal à l'aide de supports variés ;
- vérifier la compréhension de l'information.

Il est possible d'utiliser des documents d'information (brochures, flyers, affiches) ou des outils numériques (vidéos) lors des interventions. La rubrique Ressources pour l'action¹² rassemble les ressources mises à disposition par Santé publique France.

S'il est envisagé d'utiliser d'autres supports, il convient de s'assurer que les informations sont actualisées et que ces supports ont été élaborés sur la base de données scientifiques validées par des organismes reconnus dans le champ de la santé publique, indépendants de liens commerciaux.

Dans tous les cas, s'assurer que les supports sont bien adaptés aux personnes concernées (âge, sujets abordés, accessibilité, etc.).

Animer des échanges en groupe

La prévention ou l'éducation pour la santé passe souvent par l'animation d'ateliers collectifs. Le groupe, s'il est bien animé, peut être un puissant vecteur de prise de conscience et de changement. Toutefois, plusieurs études mettent en évidence des effets contre-productifs de certaines activités collectives (44, 45, 55). Par exemple, certaines activités de type débat sur le sujet des addictions auprès de jeunes, peuvent même inciter à expérimenter des comportements inconnus par certaines personnes présentes, avoir des effets de normalisation (leader à imiter), etc. (56, 57). Le Groupe en charge des revues systématiques Cochrane dans le domaine des drogues et de l'alcool a fait, en 2013, la synthèse des 67 revues publiées représentant 906 études sélectionnées parmi 3 061. 90 % des évaluations étaient des essais randomisés, 41 % des interventions pouvaient être reproduites, 15 % étaient à ne pas reproduire (not to do) et 44 % étaient à ne faire qu'en condition de recherche.

Il convient donc d'être vigilant dans la mise en œuvre de telles actions et de s'inscrire dans des programmes validés, avec des techniques et des outils fiables et bien maîtrisés. Les objectifs (acquisition de connaissances, résolution de problèmes, débat, etc.) doivent être précis et conformes à l'approche développée dans les programmes. De plus, l'observation puis la co-animation en binôme, sont des phases indispensables pour acquérir progressivement les compétences nécessaires pour ce type d'activité en étant accompagné par un intervenant expérimenté.

11. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/pdf/communiquerpourtous.pdf>

12. <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Service-sanitaire>

Les attitudes des animateurs

En groupe, certaines attitudes peuvent être adoptées pour faciliter l'expression des participants et ainsi leurs apprentissages :

- avoir confiance dans le potentiel du groupe et croire en sa capacité et sa motivation à apprendre ;
- avoir une attention positive inconditionnelle pour chaque membre du groupe : une attitude chaleureuse, positive et réceptive ;
- valoriser chacun des participants en apprenant et en utilisant son nom, en donnant la parole de façon équitable à chacun, en reformulant aussi bien les « bonnes » idées que les idées « incorrectes », en n'employant pas un ton méprisant ou des expressions dépréciatives ;
- laisser chaque participant contrôler ce qu'il veut faire connaître aux autres de son intimité ou de sa personne. Par exemple, les laisser se présenter comme ils le souhaitent, même si on les connaît très bien ; poser avec le groupe des règles de fonctionnement permettant à chacun de se sentir à l'aise ; afficher au mur ces règles pour qu'elles soient visibles en permanence.

Le rôle des animateurs

Ils sont les garants des règles et du cadre de fonctionnement du groupe. Ceci ne veut pas dire qu'ils sont responsables de tout, car ils sont en présence d'autres personnes responsables de ce qu'elles font et disent. Cependant, ils gèrent le temps et rappellent les règles si nécessaire ; ils favorisent les échanges entre participants en faisant circuler la parole. Pour cela, les animateurs peuvent, en première intention, proposer aux participants de répondre aux questions posées par d'autres, avant d'éventuellement apporter eux-mêmes la réponse. Ils peuvent également demander aux participants de donner leur avis sur ce qui vient d'être dit par un autre, plutôt que de commencer par commenter eux-mêmes. Enfin, ils synthétisent (ou font synthétiser par le groupe) les débats pour rendre visibles et compréhensibles les éléments à retenir.

Les techniques et les outils d'animation

On peut avoir recours à des techniques d'animation très simples comme le tour de table pour distribuer la parole. Des techniques plus élaborées, par exemple le jeu de rôle, le brainstorming, le Métaflan®, visent des objectifs plus complexes : explorer des représentations, créer des liens entre les participants, développer des savoir-faire, etc.

Le choix d'une technique d'animation est lié aux objectifs de la séance qui doivent être soigneusement définis au préalable et s'appuyer sur des stratégies validées. Ensuite seulement, parmi les différentes techniques disponibles, on choisira la technique la plus appropriée aux objectifs, au public (âge, conditions de vie, niveau scolaire, etc.) et au contexte d'intervention. L'animateur doit se sentir à l'aise avec la technique qu'il retiendra et l'avoir déjà expérimentée.

Tout type de support peut être utilisé pour animer un « atelier » ou une séance collective sur la santé. Par exemple, une affiche ou une brochure d'information peuvent servir de base à une discussion avec un groupe. Il existe aussi des outils pédagogiques spécialement conçus pour faciliter et soutenir l'animation et l'apprentissage. Ils se présentent sous forme de documents papier (coffret, classeur, jeu de plateau, etc.), audio ou numérique (vidéo, *serious game*, etc.).

L'intérêt d'un outil d'animation¹³

Attractifs et ludiques : ils permettent d'acquérir des informations ou des compétences dans un contexte détendu et convivial.

Participatifs : le destinataire est acteur de son apprentissage et mobilise des capacités d'autonomie et de responsabilité

Interactifs : ils suscitent l'échange et le débat, permettant d'instaurer une dynamique de groupe.

L'utilisation de l'outil ou de la technique n'est pas une fin en soi et ne doit pas se faire au détriment de l'objectif de l'intervention et de la démarche pédagogique. Il faut éviter la perte de sens ou la dérive ludique.

Comment sélectionner la bonne technique d'animation en fonction de ses objectifs ?

Quelques documents de référence

- Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. Technique d'animation en éducation pour la santé [Fiches descriptives pratiques sur différentes techniques d'animation]. Janvier 2009.

<http://education-sante-patient.edu.umontpellier.fr/files/2011/05/Techniques-danimation.pdf>

- Comité régional d'éducation pour la santé de Picardie, Pôle régional de compétences en éducation pour la santé de Picardie, Inpes. Fiches animations [Trentaine de fiches descriptives pratiques sur différentes techniques d'animation avec des exemples, conseils, variations possibles].

http://www.educsantepicardie.org/_admin/Repertoire/documents/610_101014061801.pdf

2.2.4 Évaluer

L'évaluation d'efficacité s'attache aux résultats : elle va s'appuyer sur les objectifs préalablement définis afin d'en mesurer leur réalisation effective.

L'évaluation de processus porte sur la façon dont se déroule le projet, en mettant en perspective ce qui était prévu, ce qui est effectivement réalisé et de quelle façon. Lorsqu'elle est associée à des financements, l'évaluation vise également à rendre compte de l'utilisation des ressources allouées et va s'intéresser à l'efficacité, autrement dit au rapport entre les résultats et les moyens mobilisés.

L'évaluation peut être interne (par les porteurs du projet), externe (une autre structure, un consultant) ou mixte. Dans tous les cas, elle gagne à être participative, c'est-à-dire à associer les parties prenantes et les publics, afin que ses résultats soient utiles et utilisables par les acteurs.

Des outils pour l'évaluation

Des techniques et outils spécifiques à chacune des phases sont disponibles, comme le manuel francophone de promotion de la santé de la chaire Santé publique France de l'EHESP (58) (voir en particulier les pages 371-372) ou les guides méthodologiques thématiques développés par Santé publique France (Icaps, actions collectives personnes âgées, milieu pénitentiaire etc.).

13. <http://www.lecrips-idf.net/miscellaneous/choisir-un-outil-education-sante.htm>

Pour les associations, le « Guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé »¹⁴ permet d'évaluer les points forts et les points à améliorer pour chacune des phases de l'action.

En pratique

Dans le cadre du service sanitaire, les étudiants seront amenés à remplir un formulaire concernant l'action via [mesdemarches.gouv](https://mesdemarches.gouv.fr/). Ces éléments contribueront à la description des actions et comportent des éléments quantitatifs et qualitatifs d'évaluation.

14. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf>

Glossaire

Pour en savoir plus sur les termes utilisés en prévention et promotion de la santé, voir notamment :

- Glossaire multilingue en ligne, qui présente plus de 400 concepts et notions : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

- Glossaire en promotion de la santé : http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/35/voir-le-document_doc.pdf

Références bibliographiques

1. Caspi A., Hariri A.R., Holmes A., Uher R., Moffitt T.E. Genetic Sensitivity to the Environment: The Case of the Serotonin Transporter Gene and Its Implications for Studying Complex Diseases and Traits. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(5): p. 509-527.
2. Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H., *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): p. 2224-2260.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020. OMS, 2013 : 149 p.
En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79315/1/9789242504989_fre.pdf?ua=1
4. Whitney C.G., Zhou F., Singleton J., Schuchat A., Centers for Disease Control and Prevention. Benefits from immunization during the vaccines for children program era - United States, 1994-2013. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2014; 63(16): p. 352-355.
En ligne : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6316a4.htm>
5. Moolgavkar S.H., Holford T.R., Levy D.T., Kong C.Y., Foy M., Clarke L., *et al.* Impact of reduced tobacco smoking on lung cancer mortality in the United States during 1975-2000. *J Natl Cancer Inst*. 2012; 104(7): p. 541-548.
6. Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B., Critchley J.A., Labarthe D.R., Kottke T.E., *et al.* Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *New England J Med*. 2007; 356(23): p. 2388-2398.
7. Unal B., Critchley J.A., Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*. 2004; 109(9): p. 1101-1107.
8. Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Paris : Drees ; 2017 : 436 p.
En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
9. Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., *et al.* La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull épidémiol hebdomadaire*. 2018 ; (14-15) : p. 265-273.
En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf
10. Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., *et al.* Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017. *Bull épidémiol hebdomadaire*. 2018 ; (14-15) : p. 274-282.
En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_2.pdf
11. El-Khoury Lesueur F., Bolze C., Melchior M. Les adolescent.e.s face au tabac : émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale DEPICT (2016). *Bull épidémiol hebdomadaire*. 2018 ; (14-15) : p. 283-290.
En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_3.pdf
12. Bricard D., Jusot F., Beck F., Khlal M., Legleye S. L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Economie et statistique*. 2015 ; (475-476) : p. 89-112.
En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1377658/ES475F.pdf>

13. Hill C., Doyon F., Mousannif A. Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire, 2009 : 272 p.
En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2009/evolution_mortalite_cancer_france_1950_2006/rapp_sci_cancer_mortalite_web.pdf
14. Marant-Micallef C., Shield K.D., Vignat J., Hill C., Rogel A., Menvielle G., *et al.* Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bull épidémiol hebd.* 2018 ; (21) : p. 442-448.
En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/pdf/2018_21_2.pdf
15. République française. Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris : Premier ministre. 2018 : 47 p.
En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf
16. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier; 1991. Version revue 2007: 69 p.
En ligne : <http://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
17. Solar O., Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: World Health Organization. 2007: 79 p.
En ligne : http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
18. Hastings G. Why corporate power is a public health priority. *BMJ.* 2012; 345: e5124. En ligne : <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e5124>
19. Stuckler D., McKee M., Ebrahim S., Basu S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. *PLoS Med.* 2012; 9(6): e1001235.
En ligne : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001235>
20. Stuckler D., Nestle M. Big food, food systems, and global health. *PLoS Med.* 2012; 9(6): e1001242.
En ligne : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001242>
21. Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12: p. 80.
En ligne : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
22. OCDE. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013 : premiers résultats de l'évaluation des compétences des adultes. Paris : Éditions OCDE, 2013 : 484 p.
En ligne : <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204096-fr>
23. Sorensen K., Pelikan J.M., Rothlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015; 25(6): p. 1053-1058.
24. Kaufman H., Skipper B., Small L., Terry T., McGrew M. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Med J.* 2001; 94(3): p. 293-296.
25. Dolan N.C., Ferreira M.R., Davis T.C., Fitzgibbon M.L., Rademaker A., Liu D., *et al.* Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *J Clin Oncol.* 2004; 22(13): p. 2617-2622.

26. Lindau S.T., Tomori C., Lyons T., Langseth L., Bennett C.L., Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5): p. 938-943.
27. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Viera A., Crotty K., *et al.* Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2011; (199): p. 1-941.
28. Margat A., Gagnayre R., Lombrail P., de Andrade V., Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de littérature. *Santé Publique.* 2017 ; 29(6) : p. 811-820.
En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-811.htm>
29. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. *WHO Reg Publ Eur Ser.* 2001; (92): p. 7-38.
30. Gordon R.S. Jr. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983; 98(2): p. 107-109.
En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>
31. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985; 14(1): p. 32-38.
32. Adams J., Mytton O., White M., Monsivais P. Why Are Some Population Interventions for Diet and Obesity More Equitable and Effective Than Others? The Role of Individual Agency. *PLoS medicine.* 2016; 13(4): e1001990.
En ligne : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001990>
33. McLaren L., McIntyre L., Kirkpatrick S. Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *Int J Epidemiol.* 2010; 39(2): p. 372-377.
En ligne : <https://academic.oup.com/ije/article/39/2/372/679008>
34. Pearson-Stuttard J., Bandosz P., Rehm C.D., Penalvo J., Whitsel L., Gaziano T., *et al.* Reducing US cardiovascular disease burden and disparities through national and targeted dietary policies: A modelling study. *PLoS medicine.* 2017; 14(6): e1002311.
En ligne : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002311>
35. Institute of Medicine. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, DC: National Academy press; 1994: 476 p.
36. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London; 2010: 242 p.
En ligne : <https://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
37. Thomas S., Fayter D., Misso K., Ogilvie D., Petticrew M., Sowden A., *et al.* Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control.* 2008; 17(4): p. 230-237.
En ligne : <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/17/4/230>

38. Durkin S.J., Biener L., Wakefield M.A. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *Am J Public Health*. 2009; 99(12): p. 2217-2223.
En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775761/>
39. Brown T., Platt S., Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2014; 24(4): p. 551-556.
En ligne : <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/4/551/2837329>
40. Brown T., Platt S., Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tob Control*. 2014; 23(e2): e98-105.
En ligne : <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/e2/e98>
41. Brown T., Platt S., Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 138: p. 7-16.
En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871614007741?via%3Dihub>
42. Arwidson P., Guignard R., Nguyen-Thanh V. Conception et évaluation d'une intervention d'aide à l'arrêt du tabac visant à la réduction des inégalités de santé. L'exemple du site Internet StopAdvisor en Grande-Bretagne. *Bull épidémiol hebd*. 2016 ; (16-17) : p. 321-325.
En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/pdf/2016_16-17_7.pdf
43. Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand M.-C., Blanchoz J.-M., Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. *Santé publique*. A paraître. 2018.
44. Amato L., Davoli M., Vecchi S., Ali R., Farrell M., Faggiano F., *et al*. Cochrane systematic reviews in the field of addiction: what's there and what should be. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 113(2-3): p. 96-103.
En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871610002905?via%3Dihub>
45. Foxcroft D.R., Ireland D., Lister-Sharp D.J., Lowe G., Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*. 2003; 98(4): p. 397-411.
46. Thomas R.E., McLellan J., Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (4): CD001293.
En ligne : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001293.pub3/full>
47. Puska P., Nissinen A., Tuomilehto J., Salonen J.T., Koskela K., McAlister A., *et al*. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annu Rev Public Health*. 1985; 6: p. 147-193.
En ligne : <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.06.050185.001051>
48. Puska P., Tuomilehto J., Nissinen A., Vartiainen E. The North Karelia Project. 20-year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute; 1995: 363 p.
49. Puska P., Vartiainen E., Laatikainen T., Jousilahti P., Paavola M. The North Karelia Project: From North Karelia to national action. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2009: 298 p.
En ligne : <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80109/731beafd-b544-42b2-b853-baa87db6a046.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

50. Michie S., van Stralen M.M., West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science : IS*. 2011; 6: p. 42.
En ligne : <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-42>
51. El-Khoury F., Cassou B., Latouche A., Aegerter P., Charles M.A., Dargent-Molina P. Effectiveness of two year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomised controlled trial. *BMJ*. 2015; 351: h3830.
En ligne : <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h3830>
52. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Editions Nouvelles ; 1995 : 480 p.
53. Green L.W., Costagliola D., Chwalow A.J. Diagnostic éducatif et évaluation des stratégies éducatives (modèle PRECEDE) : méthodologie pratique pour induire des changements de comportements et d'état de santé. *Journ Annu Diabétol Hôtel Dieu*. 1991 : p. 227-240.
54. Ruel J., Allaire C. (dir.). Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint Maurice : Santé publique France, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2018 : 112 p.
En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/pdf/communiquerpourtous.pdf>
55. Wu-Zhou X., Brouard C., Embersin C., Chardon B., Grémy I. Évaluation sur trois ans du programme CAPRI de prévention des addictions. Suivi des collégiens de la cinquième à la troisième. (Rapport). Paris : ORS d'Ile-de-France ; 2004 : 152 p.
En ligne : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportCapri.pdf>
56. Amato L., Mitrova Z., Davoli M., Cochrane Drugs and Alcohol Group. Cochrane systematic reviews in the field of addiction: past and future. *J Evid Based Med*. 2013; 6(4): p. 221-228.
57. Faggiano F., Allara E., Giannotta F., Molinar R., Sumnall H., Wiers R., *et al.* Europe needs a central, transparent, and evidence-based approval process for behavioural prevention interventions. *PLoS medicine*. 2014; 11(10): e1001740.
En ligne : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001740>
58. Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W. (dir.). Promotion de la santé dans le monde francophone : comprendre pour agir. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Références Santé Social ; 2017 : 544 p.