IReSP
Institut pour la Recherche en Santé Publique

Questions de santé publique

N°51 - octobre 2025
https://doi.org/10.1051/qsp/2025051

En tant que « processus conférant aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa, 1986), la promotion de la santé suscite de nombreuses questions éthiques en lien avec la santé, sa définition et sa place dans la société, mais aussi quant aux notions de choix et de liberté, aux rapports de pouvoir et à l'importance respective des déterminants individuels et collectifs de la santé. Les réponses apportées à ces questions essentielles ont un impact considérable sur le rapport que les acteurs de la promotion de la santé établissent avec les publics auxquels ils s'adressent.

Cet article explicite donc certaines questions éthiques en promotion de la santé. Il s'agit, d'une part, de questions liées aux interventions qui concernent les comportements (la moralisation des conduites, la stigmatisation, l'instrumentation de la peur), d'autre part, de questions liées aux interventions sociales et politiques (la transparence et l'honnêteté du débat public, l'association des personnes concernées, la responsabilité des décideurs).

Ces explicitations nécessitent de définir le sens donné dans cet article aux termes « promotion de la santé » et « éthique » dans le champ de la santé publique. Elles s'appuient également sur des exemples précis visant à illustrer, en référence à certaines valeurs en promotion de la santé, les questions qui se posent et la faisabilité d'actions respectueuses de ces valeurs.

Éthique et promotion de la santé

Jean-Christophe Mino* et Christine Ferron**

Définitions et concepts : promotion de la santé et déterminants de la santé

La promotion de la santé en tant qu'ensemble de pratiques spécialisées de santé publique

La santé publique est un champ pluridisciplinaire de recherche et d'actions de terrain, ou de politiques, visant la santé des populations, par la promotion et la protection de la santé, son amélioration et sa restauration [1]. Elle dépend d'autorités publiques (ou privées) à l'échelle d'un territoire allant de la commune à un pays tout entier, s'appuyant pour agir sur des normes, des métiers et des institutions. En son sein, la promotion de la santé correspond à « un ensemble de pratiques spécialisées visant le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des groupes sur leurs conditions de vie et de santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation pour la santé, l'organisation communautaire, l'action sur les environnements, le plaidoyer politique, et la réorientation du secteur du soin » (Charte d'Ottawa, 1986) [2]. Pour ceci, elle associe une variété de secteurs (sanitaire, social, éducatif, environnemental…) nécessitant d'inscrire « la santé dans toutes les politiques » (déclaration

*Médecin chercheur spécialiste en santé publique, Institut Siel Bleu, Institut Curie, et équipe « Recherches en éthique et en épistémologie » du CESP (Inserm, UPS, UVSQ)
**Docteure en Psychologie, Déléguée générale de Fédération Promotion Santé

CC BY SA

d'Adélaïde, 2010 [3]). En diminuant les risques de maladie et en agissant sur les facteurs qui menacent l'équilibre de la santé, la promotion de la santé sert également des objectifs de prévention.

À la base de la promotion de la santé : le modèle conceptuel des déterminants de la santé

Au cours des dernières décennies, l'évolution des connaissances, notamment en épidémiologie et en santé environnementale, a été marquée par la prise de conscience de l'importance des « déterminants de la santé » définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'espérance de vie en bonne santé des individus ou des populations » [4]. Comme le montre le schéma 1 ci-dessous, ces déterminants incluent les caractéristiques individuelles des personnes, dont leurs comportements et habitudes de vie, mais aussi les milieux dans lesquels elles évoluent, les « grands systèmes qui découlent des cadres politiques, des valeurs d'un pays ou d'une société dans son ensemble », et jusqu'au contexte global qui réfère aux dimensions « les plus macroscopiques de l'environnement qui conditionnent globalement l'organisation d'une société ».

Le croisement de différentes sources amène à considérer que les déterminants non biomédicaux représentent environ les deux tiers des facteurs influençant la santé à l'échelle d'une population [5]. En effet, au travers des facteurs socio-économiques (environ 45 %) et des facteurs environnementaux (environ 25 %), les conditions d'existence s'avèrent exercer une influence prépondérante sur l'état de santé. Ainsi les expositions à des facteurs environnementaux (non génétiques) tout au long de la vie, jouent un grand rôle dans l'état de santé et les maladies, à côté du rôle du génome, et elles peuvent être étudiées scientifiquement [6]. Plus récemment a été mis en évidence le poids des déterminants dits « commerciaux » de la santé, définis comme « les stratégies et les approches utilisées par le secteur privé pour promouvoir des produits et des choix défavorables à la santé » [7].

Autre point crucial, d'importantes inégalités sociales de santé sont largement documentées et peuvent s'expliquer du fait d'inégalités socio-économiques, d'éducation, de lieux de vie et d'accès aux soins, à l'intérieur d'un même pays et au niveau mondial entre les pays [8]. De même, les travaux d'histoire environnementale mettent en exergue le fait que les populations les plus défavorisées vivent plus souvent dans des milieux dégradés pourvoyeurs de problèmes de santé [9]. Tous ces éléments soulignent à nouveau le poids des conditions de vie dans l'exposition aux facteurs négatifs et/ou positifs pour l'état de santé.

Or, les conditions de vie relèvent de décisions et de mesures politiques, et échappent pour une très grande part aux actions des individus et des groupes. Ainsi, il a été démontré [10] que même si toute la population adoptait des comportements plus favorables à la santé, les inégalités sociales de santé perdureraient selon le gradient social existant[1]. La promotion de la santé va donc

1 « Le gradient social sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite, jusqu'aux plus bas échelons. » The Black Report. (1980). Socialist Health Association. https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/

Schéma 1. Les déterminants de la santé
Source : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2010)

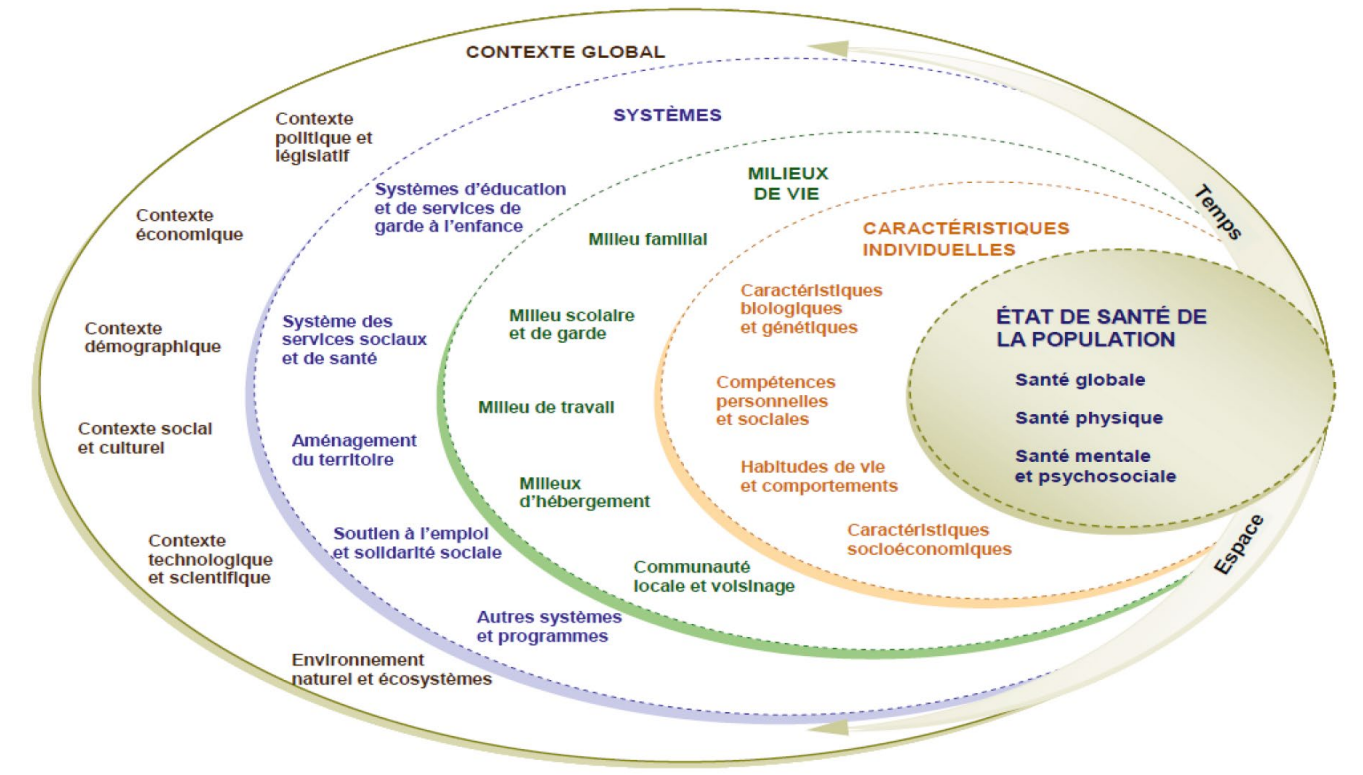
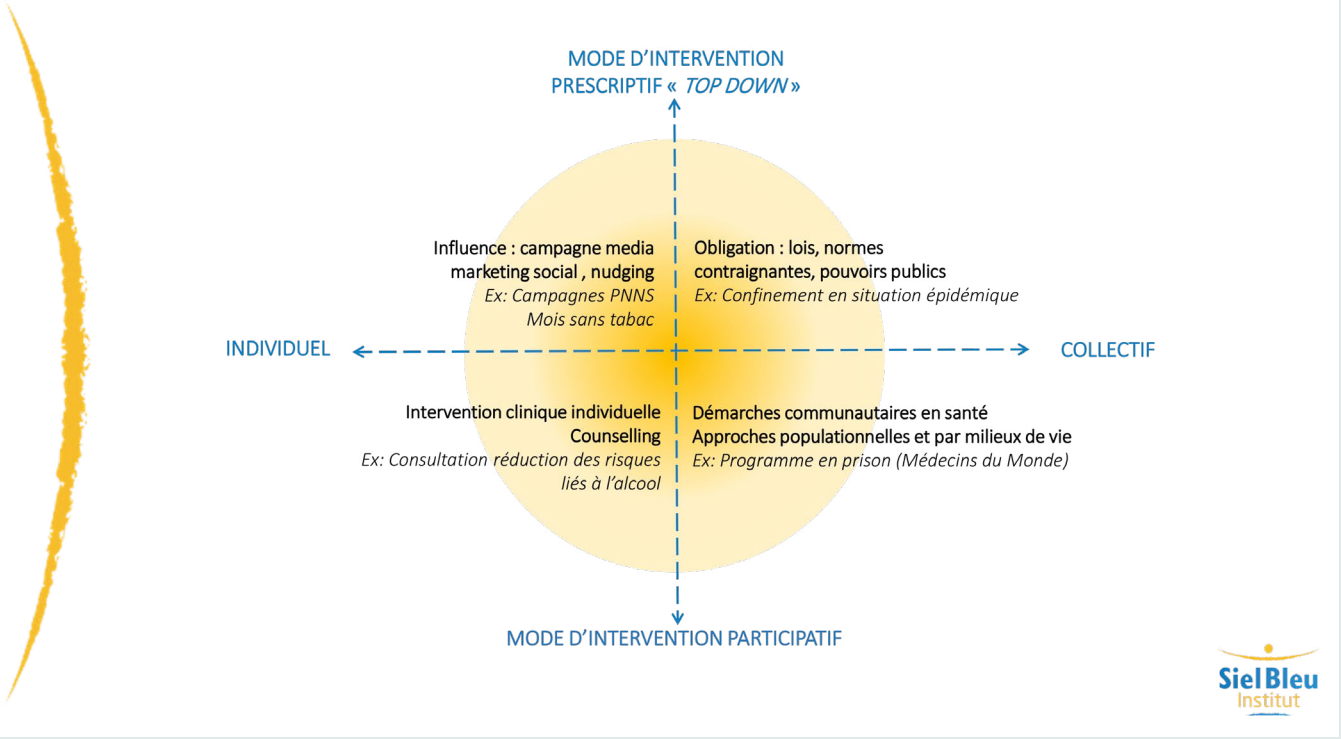


Schéma 2. Les interventions visant les comportements
Source : Institut Siel Bleu adapté de Nettleton (1999) [11]



devoir intervenir sur les déterminants socio-environnementaux et politiques de la santé.
Mais elle doit aussi intervenir sur les comportements et le soutien de la capacité d'agir des personnes et des groupes. En effet, si le poids des conditions de vie suffit à impacter la santé, ce que *font* les individus et les groupes, leurs pratiques, leurs comportements et leurs modes de vie y contribuent aussi, s'expliquant en partie par des facteurs psychologiques, sociaux, culturels et économiques. On peut ici souligner que les individus exercent peu de contrôle sur les informations transmises par leurs proches et par les media. Et pointer le fait qu'ils sont exposés tout au long de leur vie à des normes et à des valeurs de leurs groupes d'appartenance, familiaux, scolaires ou professionnels, qui vont exercer une influence sur leurs comportements.
Les interventions ayant pour objet les comportements peuvent être schématisées (voir ci-dessus schéma 2) selon leur caractère individuel ou collectif et selon leur dimension prescriptive-obligatoire ou facultative-participative. Ces interventions concernent les personnes dans leurs milieux de vie, et visent à agir sur leurs modes de vie et comportements, ainsi que sur les autorités publiques et les intérêts privés intervenant dans ces milieux.

Questions éthiques en promotion de la santé

L'éthique comme analyse et interrogation des valeurs en jeu

Dans cet article, la démarche éthique en promotion de la santé est définie à partir de trois caractéristiques : elle est réflexive, elle concerne l'action, et elle interroge les valeurs en jeu dans celle-ci. D'une part, c'est un processus ouvert et analytique *d'interrogation*, et non une approche normative voire prescriptive [12]. En santé publique, l'éthique a d'abord concerné la tension entre bien individuel et bien collectif. Historiquement, c'est cette tension qui a largement encouragé une conception normative liée à l'exercice d'un « biopouvoir » sur la santé des populations [13]. Mais avec le développement de la démocratie en santé, la relativisation de l'expertise médicale (notamment par les associations de patients), et la perte progressive de l'autorité du politique, une approche réflexive s'est faite jour, la conception normative relevant alors de la déontologie et de la loi.
D'autre part, la démarche éthique en promotion de la santé concerne l'*action* : *Comment peut-on faire du mieux possible ?* Elle interroge donc la justesse de ce que *font* les acteurs [14] : ceux qui interviennent dans la décision (institutions, décideurs, associations, experts, intérêts économiques, et parfois représentants des populations concernées) et ceux qui mettent en œuvre les pratiques, programmes ou politiques.
Enfin, il s'agit à ce propos de se poser de (bonnes) questions en réfléchissant aux *valeurs* au nom desquelles on intervient. Le philosophe John Dewey a défini la notion de valeur comme étant « ce à quoi nous tenons [15] ». En promotion de la santé, ces valeurs peuvent être relatives aux finalités des interventions, concerner la pratique professionnelle ou institutionnelle, engager le vivre-ensemble et la qualité des rapports humains, être liées à la dimension politique de la santé. Nous présenterons ici plusieurs problèmes éthiques transversaux au regard de valeurs importantes en promotion de

la santé comme (sans être exhaustif) : la conception positive et globale de la santé et le bien-être, l'accessibilité aux services et l'équité en santé, la rigueur méthodologique, l'utilité sociale, la non malfaisance et le soutien des personnes, le non jugement, la non stigmatisation et l'inclusion, la franchise et la non manipulation, la participation collective, la solidarité et la justice sociale, la démocratie et la transparence des décisions.

On a vu qu'il existe 2 niveaux d'actions principaux en promotion de la santé : les interventions sur les comportements, et les interventions sociales et politiques. Ces deux niveaux d'intervention soulèvent des questions de natures différentes.

Questions éthiques liées aux interventions sur les comportements

La promotion de la santé concerne des pratiques quotidiennes, c'est-à-dire les manières de vivre des personnes et des groupes. Comment agir sur ces comportements sans y attacher une injonction morale, sans stigmatiser ou discriminer, sans mobiliser des leviers manipulatoires ? Chaque décision ou intervention requiert une vigilance par rapport à ces risques éthiques.

La moralisation des conduites

La première question est consécutive à l'individualisation du risque. A partir du moment où l'état de santé est lié statistiquement à des modes de vie et des comportements, l'individu se trouve au centre de toutes les attentions. Massé [16] a montré que dans le champ de la santé publique, il existe un postulat selon lequel les personnes feraient des choix de comportements rationnels en faveur de la santé (telle que définie par les professionnels) [17]. Ainsi, il suffirait d'informer les personnes des méfaits du tabagisme sur la santé, pour qu'elles arrêtent de fumer. Or les travaux socio-anthropologiques montrent que les humains, s'ils agissent selon une certaine logique, ne le font pas toujours dans un sens favorable à leur santé physique [16]. Fumer peut par exemple permettre l'intégration à un groupe de pairs. Les êtres humains sont ainsi guidés par des logiques symboliques (amour, compétition, partage…), de conformité sociale, liées aux émotions. Ce sont d'ailleurs sur ces logiques que jouent les secteurs publicitaires et marketing pour influer sur les comportements individuels.
En plus du risque d'une efficacité limitée d'actions fondées sur un modèle éloigné du fonctionnement humain, un tel modèle fait porter la responsabilité essentiellement sur la personne alors implicitement considérée, par son comportement, comme responsable de son état. En creux, elle serait en surpoids, fumerait ou boirait car elle ne se maitriserait pas assez et ne prendrait pas soin de sa santé. Ainsi, au travers des discours, le comportement peut être moralisé et considéré comme une faute de la personne vis-à-vis de sa santé, dont on pourrait la blâmer [18].
Or à côté de la moralisation des comportements, le risque est aussi que la plupart des personnes ne se sentent pas concernées car elles ne se reconnaissent pas dans un tel portrait. Ainsi une récente recherche en promotion de la santé sur l'activité physique après un cancer [19] montre que les patients pointaient que les comportements sédentaires relevaient de sujets qui n'auraient « *pas de volonté* » ou qui « *s'ennuieraient* », se laisseraient aller, une description qu'ils ne s'appliquaient pas à eux-mêmes. Et ce alors même qu'ils étaient objectivement sédentaires.

La stigmatisation

La moralisation peut aussi déboucher sur la stigmatisation des individus à partir du moment où leurs comportements sont déconsidérés ou vus comme dangereux pour les autres. Par exemple, l'épidémie de VIH a mis clairement en évidence ce problème. En effet, au début de l'épidémie, le débat public était focalisé sur le risque de transmission de la maladie par les personnes atteintes dont certains acteurs politiques demandaient même l'enfermement dans des « sidatoriums ». Suite à la mobilisation d'associations de patients, les pouvoirs publics ont cherché à éviter la stigmatisation. Cela s'est fait par des campagnes d'information contre la stigmatisation des personnes séropositives, et via des campagnes promouvant un dépistage du VIH volontaire, anonyme et gratuit. Les décisions publiques ont alors permis de déployer des pratiques, des programmes, des politiques répondant à des valeurs de la promotion de la santé : la protection de la santé, la liberté et la responsabilité individuelles, l'accès aux ressources et la prise en compte des personnes atteintes.

L'instrumentalisation de la peur

La peur est une émotion puissante qui est souvent mobilisée dans le débat public et politique [20]. Dans le domaine de la santé, la peur est sous-jacente à la maladie et peut être perçue comme un levier. Cependant, elle peut entrainer des effets négatifs notamment en termes de santé mentale. La mobiliser va à l'encontre de plusieurs valeurs en promotion de la santé : le bien-être, la non malfaisance, la non stigmatisation, la solidarité. Cela renvoie plus largement à l'éthique de la communication en promotion de la santé.
Ici peuvent émerger des tensions entre les décideurs politiques et les spécialistes de promotion de la santé, comme on l'a vu à l'occasion de la récente épidémie de Covid où la communication officielle a été centrée sur le nombre de décès, sur la peur de la contamination, sur l'injonction et sur la contrainte, arguments vus par certains comme une forme d'infantilisation. Si cette politique a pu s'expliquer lors de la première vague de l'épidémie, en réponse à la surprise, l'impréparation et l'urgence, la poursuite d'une telle ligne d'action a joué dans le sens de l'émergence de fake-news et de théories complotistes et aussi occasionné de nombreuses prises de position contradictoires. C'était le signe d'un malaise éthique autour de décisions politiques de long terme qui allaient à l'encontre des valeurs promues en promotion de la santé avec une approche descendante voire autoritaire, tant dans la formulation que la mise en œuvre des décisions[2]. Par ailleurs, les spécialistes de ce champ craignaient que de telles mesures jouant sur la peur soient délétères pour la population [21]. D'autant plus que pendant cette période, on a observé une importante dégradation des indicateurs de santé mentale, particulièrement chez les jeunes. Cette dégradation s'est confirmée pendant les mois suivants jusqu'à aujourd'hui.

2 Pour un exemple voir la tribune publiée début 2021 dans la presse par des professionnels, chercheurs et enseignants, tous experts en prévention et promotion de la santé : https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/covid-19-une-communication-inadaptee-depuis-le-debut-20210215_EX3IPWGXEZEX3JTENJCGMI4TUU/

Questions éthiques liées aux interventions sociales et politiques

La transparence et l'honnêteté du débat public

Cette question renvoie aux stratégies de certaines entreprises visant à contourner l'encadrement de leurs produits nocifs pour la santé. Les pouvoirs publics sont confrontés à des intérêts privés très puissants qui mobilisent des techniques de marketing sophistiquées pour promouvoir leurs produits. Par exemple, des recherches ont montré que le marketing est l'un des facteurs d'influence de la consommation d'alcool chez les jeunes. Il existe ainsi un lien entre l'exposition à la publicité sur l'alcool et l'initiation à la consommation d'alcool chez les adolescents non-buveurs, puis l'augmentation de la consommation chez les jeunes déjà buveurs. L'OMS préconise de réduire le marketing qui cible les jeunes car les publicités et les techniques promotionnelles utilisées par les alcooliers valorisent leurs produits via des évocations positives autour du sport, des activités culturelles, etc. [22]

Ces acteurs privés sont aguerris aux relations publiques et au lobbying, conseillés par des agences de communication, et ils peuvent financer des experts portant un message qui leur soit favorable, que ceux-ci en soient conscients ou non d'ailleurs [23]. Ainsi des travaux scientifiques [24] ont montré que l'industrie du tabac, par ce type d'actions, avait influencé les débats scientifiques et médiatiques pour nier ou relativiser la nocivité du tabac sur la santé.

De même, pour éviter toute réglementation contraignante, les firmes agroalimentaires ont promu une stratégie mondiale d'explication, par le manque d'activité physique, de l'augmentation fulgurante de l'obésité dans le monde (avec un doublement chez les adultes et un quadruplement chez les enfants entre 1990 et 2022 [25]). Ceci alors que ce sont d'abord la composition et la valeur calorique des produits qui en sont à l'origine, et qu'il existe des outils tels que le Nutri-score[3]. Notons que la production alimentaire agro-industrielle bénéficie en France de très importantes subventions publiques [26]. Autres exemples, les enquêtes sur les *Monsanto Papers* et sur les PFAS (substances chimiques appelées « polluants éternels » très utilisées dans les produits du quotidien) ont dévoilé les pratiques des entreprises de la chimie pour masquer les risques sanitaires de certains de leurs produits [27]. De telles pratiques s'observent dans les secteurs économiques ayant un impact sur la santé ou l'environnement, comme l'agriculture, l'automobile ou la pétrochimie.

Il est donc impossible de s'arrêter à l'analyse des valeurs sans intégrer celle des intérêts économiques et des positions de pouvoirs, comme le font les travaux des sciences sociales. De telles pratiques doivent être connues et discutées, pointant la nécessité de créer les conditions éthiques de possibilité d'un réel débat démocratique. C'est d'autant plus important que la rigueur intellectuelle fait partie des valeurs de la promotion de la santé, et que ses acteurs s'appuient sur des expertises scientifiques et expérientielles. De telles manœuvres font fi de la rigueur et de l'honnêteté intellectuelles, centrales dans la recherche en santé. Et c'est un problème éthique majeur. Par ailleurs, les valeurs et les savoirs du grand public sont à prendre en compte et à analyser. Ceci d'autant plus dans un contexte où de nombreux travaux ont montré la méfiance d'une proportion de la population envers les messages officiels, la science et les médias.

3 Voir l'expérience de Serge Hercberg, inventeur avec son équipe du nutriscore, à propos du rôle du lobbying dans sa non généralisation : https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/a-voix-nue/la-saga-du-nutri-score-5052879

L'empowerment s'inscrit dans un contexte d'inégalité de pouvoir et d'inégalité d'accès aux ressources et aux services. Selon l'OMS[31], ces inégalités sont générées par :

– « l'existence de barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements d'autre part ». Ces barrières empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpeller directement les seconds.

– « un contrôle inégalitaire des ressources (matérielles, humaines, financières) ». Le pouvoir sur les individus ou les communautés s'exerce « au travers d'un contrôle direct ou indirect de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie, ou au moyen de systèmes politico-économiques favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes ».

– « un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) » qui « agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale », et « aussi de manière insidieuse, en plongeant les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir ». Ce contrôle idéologique s'inscrit dans « un maillage de discours et de pratiques existant dans les institutions, les communautés et les familles », et se concrétise par « des actions impactant très fortement les relations sociales ».

L'association des personnes concernées : empowerment et compétences psychosociales

Les problèmes éthiques liés à une vision strictement comportementaliste sont cruciaux car ils sont coextensifs à une vision qui attribue à l'individu toute la responsabilité de sa santé. Or il s'agit de faire la part des choses et de prendre en compte, à côté des comportements individuels, les conditions d'existence ainsi que les contraintes pesant sur les possibilités concrètes de choix des personnes. D'où l'importance, pour les acteurs de la promotion de la santé, du développement du pouvoir d'agir (*empowerment)* des individus et des groupes, inscrit dans un projet éthique où les pratiques partenariales de prise de décision et le rééquilibrage des dynamiques de pouvoir occupent une place centrale.

L'empowerment est défini comme un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie » [28].

Dans une perspective éthique, il est important de préciser que l'empowerment, qui vise à agir sur les inégalités de pouvoir, résulte d'une « interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes) ». Par exemple, le pouvoir d'agir peut être renforcé par le développement de compé-

tences dites psychosociales (CPS[4]) individuelles. Mais cela se fait à condition de s'inscrire dans la complémentarité avec des politiques publiques d'éducation favorables à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes. Ce qui nécessite la création d'environnements matériels et sociaux propres à soutenir leur épanouissement, et avec la réorientation des services de santé vers une prise en considération plus importante des déterminants de la santé des jeunes. On retrouve ici l'idée d'environnements capacitants, largement développée en sociologie, ergonomie ou sciences de l'éducation.

La responsabilité des décideurs

Les travaux des sciences sociales ont montré que les conditions de vie ainsi que le contexte social et culturel jouent un grand rôle dans des pratiques aussi quotidiennes que boire, manger, bouger, aimer, se réunir, se divertir... Or elles ont toutes un impact sur la santé. Si l'on prend une conduite comme le tabagisme, celle-ci est différenciée en fonction des situations socioprofessionnelles. Ainsi les cadres fument beaucoup moins (deux fois moins) que les ouvriers, et que les chômeurs [29]. Le tabac est plus associé au plaisir chez les premiers alors qu'il est plutôt vu comme un moyen nécessaire de lutter contre le stress chez les derniers. Cela expliquerait en partie que les politiques et programmes anti-tabac aient eu un effet plus marqué dans les catégories sociales plus favorisées, moins touchées par le chômage. Les mesures, décisions et actions politiques à impact sur la santé ne sont donc pas que sanitaires stricto sensu. Ainsi, pour le tabagisme, la politique de l'emploi et la lutte contre le chômage seraient des leviers. Ce fait illustre le principe de la promotion de la santé qui propose de prendre en compte la santé dans toutes les politiques, c'est-à-dire, les conséquences de ces dernières en positif et en négatif sur la santé.

Parmi une actualité foisonnante, on peut citer ici un exemple récent qui associe plusieurs enjeux déjà pointés : rôle des conditions socio-économiques dans les comportements, inégalités de santé, stratégie de lobbying et de communication des intérêts économiques, responsabilité politique des décideurs, importance de la recherche. C'est le refus par le parlement, pour des raisons économiques, d'interdire les sels nitrités dans la confection de la charcuterie. Ceci alors que des études ont montré qu'ils sont un facteur de risque de cancer colorectal, et que les produits qui en sont exempts sont facturés plus chers[5]. Pour un autre exemple, on pourra aussi se rapporter au débat sur l'interdiction des PFAS dans les ustensiles de cuisine. Ces exemples montrent que la décision de mobiliser des leviers législatifs et réglementaires permettrait d'agir sur les conditions de vie en limitant la mise sur le marché de produits dangereux pour la santé.

Enfin, les décisions politiques ont un effet sur la redistribution des ressources et les inégalités sociales pourvoyeuses d'inégalités de santé. Elles jouent aussi sur la configuration de milieux favorables ou défavorables à la santé (logement, urbanisme, accès à la nature, système éducatif, travail, système de soin...). Elles ont donc un impact sur la santé de la population. Ce constat ouvre la voie vers une éthique politique encourageant à considérer le poids de toutes ces décisions sur la santé.

Conclusion

L'état de santé est en grande partie configuré par des déterminants non biomédicaux : conditions de vie (sociales, économiques, professionnelles, matérielles...) et comportements (eux-mêmes liés aux conditions d'existence). L'éthique en promotion de la santé doit donc intégrer des niveaux individuels et collectifs, de modes de vie et de conditions de vie, de comportements et de politiques. Or avec les multiples crises environnementales en cours (réchauffement climatique, effondrement de la biodiversité, surexploitation des ressources), les risques deviennent existentiels à une échelle planétaire.

La santé des populations sera de plus en plus impactée par ces crises. À côté des soins médicaux, le modèle de la promotion de la santé apparait alors comme une ressource vitale, tant en termes de vision socio-écologique que d'actions à l'échelle individuelle et systémique. Afin de protéger la santé dans ce contexte, il est primordial d'approfondir la définition environnementale de la santé et les questions éthiques émergentes, et d'en tirer des conséquences pour les pratiques et politiques de promotion de la santé [30]. Envisager l'éthique en santé publique, non pas comme un cadre figé qui s'imposerait à tous, mais comme une démarche de capacitation collective pour faire face à ces défis, représente aujourd'hui un enjeu politique et démocratique majeur [31].

4 « Les compétences psychosociales constituent un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales) impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives ». in « Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. » Santé publique France, Saint-Maurice, 2022. Disponible à partir de l'URL : https://www.santepubliquefrance.fr

5 Voir le rapport de l'Assemblée Nationale https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-eco/l15b4967_rapport-fond.pdf

Directeur de publication : Robert Barouki **Rédactrice en cheffe :** Sandrine Saillet **Coordination :** Amélie Duché **Comité de relecture interne :** Rébecca Rotsen **Questions de santé publique** est une publication de l'Institut pour la Recherche en Santé Publique. **Éditeur :** EDP Sciences, 17, avenue du Hoggar, 91944 Les Ulis Cedex, France. Tél. : 06 09 34 98 84. E-mail : francois.flori@edpsciences.org. **Éditrice :** Martine Krief-Fajnzylberg. **Création/maquette :** Isabelle Benoit. **Infographie/mise en page :** Desk Dépôt légal : à parution – ISSN : 1967-5615

RÉFÉRENCES

1. Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. Traité de santé publique. Médecine Sciences Flammarion, 2007 ; Fassin D. Hauray B. Santé Publique, l'état des savoirs. Paris, La Découverte, 2015
2. Ferron, C. La promotion de la santé, in : Lambert H (coord.) Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.
3. Adelaide Statement on Health in All Policies. En ligne : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44365/9789241599726_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. 44 p.
5. Qu'est-ce qui détermine notre santé ? Mieux comprendre pour mieux agir ! Lyon : ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Préfecture de la Région Auvergne-Rhône-Alpes, ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Agences d'urbanisme en Auvergne-Rhône-Alpes, 2023, 4 p. En ligne : https://www.auvergne-rhone-alpes.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/02-epures_fiche_determinants_janv23-2023.pdf
6. Barouki R., L'exposome, un concept holistique et utile. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2020, 204 (3), p. 299-305 Doi : 10.1016/j.banm.2019.11.015 et Argentieri MA, *et al.* Integrating the environmental and genetic architectures of aging and mortality. *Nat Med.* 2025 Mar;31(3):1016-1025. doi: 10.1038/s41591-024-03483-9. Epub 2025 Feb 19. PMID: 39972219; PMCID: PMC11922759.
7. Kickbusch I., Allen L., Franz C., The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, Volume 4, Issue 12. e895-e896 December 2016 En ligne : https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30217-0/fulltext
8. Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Agir pour la réduction des inégalités sociales de santé. Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 2021, 64 p.
9. Quenet G., Qu'est-ce que l'histoire environnementale ? Paris, Champs Vallon, 2014
10. Marmot MG, Davey Smith G, Stanfield S, Patel C, North F, Head J, White L, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet* 1991;337
11. Nettleton S., The sociology of Health and Illness, Cambridge, Polity Press, 1999
12. Fournier E. Tentations de l'éthique. Paris, Éditions de l'Éclat, 2023.
13. Lecorps P, Paturet JB. Du biopouvoir à la démocratie. Rennes, Éditions de l'ENSP, 1999.
14. Voir le dossier spécial *Éthique, prévention et promotion de la santé* de « La Santé en action », n° 453, 2020 https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2020-n-453-ethique-prevention-et-promotion-de-la-sante
15. Dewey J., La formation des valeurs. Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond/La Découverte, 2011
16. Massé R, Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003
17. Rosenstock IM., Strecher VJ., Becker MH., « Social learning theory and the health belief model », *Health Education & Behavior*, vol. 15, no 2, 1988
18. McLeroy KR., Bibeau DL., McConnell TC., Ethical Issues in Health Education and Health Promotion: Challenges for the Profession. *Journal of Health education*, 1993, Vol 4 n°5
19. Aumaitre A. Étude exploratoire et interventionnelle sur les DÉterminants et Facteurs de l'ACtivité physique après les Traitements en Oncologie (DEFACTO). Thèse pour le doctorat en STAPS, Laboratoire LEPS, Université Sorbonne Paris Nord, 2024
20. Illiouz E, Les émotions contre la démocratie, Paris, Premier Parallèle, 2022 et sur la santé : *Health in the age of disinformation.* Volume 405 (10474): 173 (January 18, 2025). DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00094-7/
21. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2020/pandemic-fatigue-reinvigorating-the-public-to-prevent-covid-19,-september-2020-produced-by-whoeurope
22. http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf?ua=1
23. Horel S, Lobbytomie, Paris, La Découverte, 2018. Prix Éthique Anticor 2020
24. Oreske N, Conway EM. Les marchands de doute. Paris, Le Pommier, 2012
25. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. 403 (10431), 2024, 1027-1050, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2
26. Voir l'avis de Santé publique France. Avis d'experts relatif à la prévention de l'obésité dans le contexte des inégalités sociales de santé. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. Disponible à partir de l'URL : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/avis/avis-d-experts-relatif-a-la-prevention-de-l-obesite-dans-le-contexte-des-inegalites-sociales-de-sante
On pourra aussi se reporter à l'étude sur « l'injuste coût de l'al-imentation » en France menée à l'initiative de la Fédération Française des Diabétiques et du Secours Catholique : https://www.federationdes-diabetiques.org/federation/actualites/publication-de-letude-lin-juste-prix-de-notre-alimentation
27. https://www.lemonde.fr/planete/article/2017/10/04/monsanto-papers-desinformation-organisee-autour-du-glyphosate_5195771_3244.html enquête ayant reçu l'European Press Prize 2018 de l'investigation et l'enquête européenne sur les PFAS https://foreverpollution.eu/
28. Wallerstein N, What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report, 2006
29. Ardwidson P., La prévention, in Fassin D. Hauray B. Santé publique. L'état des savoirs *op. cit.* p. 351-360
30. Lefrançois T., Malvy D., Atlani-Duault L.,et. al. 2023. After 2 years of the COVID-19 pandemic, translating One Health into action is urgent. *Lancet* 2023 Mar 4;401(10378):789-794
31. Mino JC, Quand la santé devient publique. *in* Lefève C., Mino JC., (dir.) Soigner et tenir dans la pandémie. Paris, Presses Universitaires de France, 2022

Remerciements
L'IReSP remercie tout particulièrement le relecteur extérieur qui a accepté de mettre à profit son expertise sur la thématique développée afin de relire ce numéro.
Les auteurs remercient Marie-Odile Frattini et Pierre Lombrail pour leur relecture.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique (GIS) associant 13 membres. Depuis le 5 avril 2024, il est placé sous la direction de Robert Barouki.
L'IReSP a pour objectif le développement, la structuration et la promotion de la recherche française en Santé Publique afin de renforcer les interventions et politiques visant à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. L'Institut soutient notamment la recherche en promotion de la santé et prévention, la recherche sur les services et politiques de santé, la recherche en santé publique et sciences humaines et sociales relatives à l'autonomie en lien avec l'âge et en lien avec le handicap.
L'objectif général se décline au travers de 5 missions :
- développer et animer les échanges entre les décideurs publics, les institutions impliquées dans la recherche et la surveillance en santé publique, les chercheurs et les autres acteurs intéressés aux enjeux de santé publique ;
- contribuer à l'animation et à la coordination des communautés de recherche en santé publique ;
- élaborer et gérer des Appels à Projets ;
- accroître la visibilité et faciliter l'accès aux résultats de la recherche en santé publique à un large public ;
- promouvoir l'association des parties prenantes aux démarches de recherche notamment dans une perspective de recherche participative.

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un ou plusieurs chercheurs.

MEMBRES DU GIS IRESP

Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction générale de la Recherche et de l'Innovation (DGRI), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Institut National du Cancer (INCa), Institut National d'Études Démographiques (INED), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (Mildeca), Santé publique France.

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net

IReSP
Institut pour la Recherche en Santé Publique

Questions de santé publique

Bulletin d'inscription

La revue Questions de Santé Publique existe aussi en format numérique ! Si vous souhaitez continuer de recevoir la revue en format papier, veuillez-vous inscrire à l'aide de ce formulaire. Si vous souhaitez recevoir la revue en format numérique, veuillez-vous renseigner sur notre site internet www.iresp.net

☐ Oui je souhaite m'inscrire pour recevoir gratuitement en format papier* le bulletin de l'IReSP « Questions de Santé Publique »

Informations d'inscription :

NOM :……

Prénom :……

Institution :……

Fonction :……

Adresse :……

Ville :……Code Postal :……

Pays :……

Mail de contact :……

→ Bulletin à retourner par voie postale à cette adresse :

Questions de santé publique
EDP Sciences
17, avenue du Hoggar, PA de Courtaboeuf
91944 Les Ulis Cedex A, France

OU

→ Informations d'inscription à renvoyer directement par e-mail à l'adresse suivante : qsp@edpsciences.org

* Du fait de sa gratuité, l'abonnement papier est limité à une impression en 1 000 exemplaires. En cas de dépassement de ce nombre, les abonnements papiers pourront faire l'objet d'un tri avec priorité donnée aux inscrits appartenant à des institutions publiques de recherche ou prévention et établissements scolaires et limitation du nombre d'abonnés pour une même institution. L'abonnement à la revue en format numérique reste disponible sans limite de nombre d'inscrits directement depuis notre site internet.