



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-huitième session**

Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008

Point 7 c) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC58/10
+EUR/RC58/Conf.Doc./5
28 juillet 2008
80817
ORIGINAL : ANGLAIS

**Stratégies de modification des comportements et santé :
le rôle des systèmes de santé**

Les facteurs de risque comportementaux sont les principales causes de maladies chroniques et de traumatismes, ainsi que de la morbidité et la mortalité qui en découlent, dans le monde et donc au sein de la Région européenne de l'OMS. Il existe des informations factuelles convaincantes qui indiquent que des comportements sains, y compris l'abstinence au tabac, le contrôle pondéral, la surveillance de la pression artérielle et la pratique régulière d'un exercice physique, sont associés à une longévité plus élevée et à une meilleure qualité de vie. Cependant, les activités de promotion de la santé, et particulièrement les grandes campagnes de santé publique, n'ont pas souvent permis d'obtenir les résultats escomptés sur les plans de la réduction de l'incidence des maladies et de la charge de morbidité, simplement parce qu'il est plus difficile de se conformer au message, c'est-à-dire de parvenir à la modification des comportements recherchée, que lors des précédentes initiatives de sensibilisation de l'opinion, de transmission de connaissances et de changement des attitudes.

Le présent document a pour but d'aider les États membres et leurs institutions à concevoir des interventions réalisables, acceptables, équitables et capables de provoquer une modification des comportements qui permettrait de vivre en meilleure santé. De ce fait, les objectifs de ce document sont :

- i) de regrouper des informations factuelles permettant de savoir quelles interventions se sont avérées efficaces (par rapport au coût), compte tenu des modifications qu'elles ont engendrées en termes de comportements sains ;
- ii) de présenter les facteurs essentiels de réussite et d'évaluer leur faisabilité, leur fiabilité et leur reproductibilité dans différents contextes dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS ;
- iii) d'étudier leurs conséquences pour les systèmes de santé et l'élargissement de l'intervention des pouvoirs publics.

Le document montre qu'une intervention ne peut être efficace si elle ne s'appuie pas sur une solide théorie relative aux causes et aux interventions, étayée par des informations factuelles sérieuses. En outre, la conception et la stratégie d'exécution des programmes doivent être solidement documentées si l'on veut atteindre l'ensemble de la population ciblée et garantir l'observance des impératifs du programme par l'équipe qui en est chargée et par la population. De ce fait, l'exécution en bonne et due forme des principales fonctions du système de santé, à savoir la direction, l'obtention de ressources, la prestation de services et le financement, constitue un facteur déterminant des objectifs intermédiaires des interventions comportementales, qui sont la définition de la cible, la prise en compte de l'ensemble des bénéficiaires et l'observance par les utilisateurs et les prestataires.

La discussion du Comité régional sur les stratégies de modification des comportements devrait être axée sur des informations factuelles à l'échelon des pays relatives à une liste d'interventions comportementales concernant l'ensemble des mesures préventives principales et secondaires destinées aux personnes et à la population, en tant que « témoins » des actions spécifiques menées au niveau du système de santé, conformément au modèle conceptuel proposé dans le présent document, aux fins d'une efficacité, d'une reproductibilité et d'une pérennité accrues dans différentes circonstances.

Un projet de résolution est soumis au Comité régional pour examen.

Sommaire

page

Pourquoi accorder une attention particulière à la modification des comportements ?.....	1
Que nous apprend la théorie ?.....	2
Que savons-nous de ce qui fonctionne dans la pratique ?.....	3
L'efficacité théorique, ou l'importance de disposer d'hypothèses fiables relatives aux causes et aux interventions.....	3
L'efficacité réelle, ou la fiabilité de l'hypothèse relative à l'exécution	3
Définition de la cible	6
Bénéficiaires	6
Observance par les prestataires.....	7
Observance par les bénéficiaires	7
La question de la modification des comportements dans le contexte du système de santé	8
Conclusions.....	11
Annexe 1. Examen des interventions relatives au comportement ; exemples d'application efficace.....	13
Annexe 2. Les facteurs communs qui influent sur la modification du comportement et ce qu'ils impliquent pour la conception des interventions.....	21
Annexe 3. Éléments d'une démarche globale à l'égard du changement de comportement de santé.....	22
Annexe 4. Méthodes, outils et agents probables de changement.....	23
Références.....	24

Pourquoi accorder une attention particulière à la modification des comportements ?

1. Les facteurs de risque comportementaux sont les principales causes de maladies chroniques et de traumatismes, ainsi que de la morbidité et la mortalité qui en découlent, à l'échelle mondiale. Le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives et le diabète font partie des maladies chroniques les plus répandues dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et comptent tous parmi leurs causes au moins un facteur de risque prédominant lié à une mauvaise hygiène de vie ou à de mauvaises habitudes. Ces facteurs comprennent, entre autres, le tabagisme, le manque d'exercice physique, des apports en calories élevés et une consommation excessive d'alcool entraînant l'obésité, ainsi que des taux de cholestérol et une pression artérielle élevés qui sont à l'origine de nombreuses maladies non transmissibles. La charge des maladies chroniques et des traumatismes, et par conséquent l'importance relative des facteurs comportementaux sur les plans de la santé, de la longévité, des dépenses de santé et de protection sociale, risquent d'augmenter avec le vieillissement de la population européenne et l'amélioration des soins qui entraîne une diminution du taux de létalité, et donc une prévalence plus élevée sur une durée de vie adulte plus longue, souvent accompagnée de pathologies comorbides qui exigent des soins médicaux continus et plus complexes.

2. Il existe des informations factuelles convaincantes qui indiquent que des comportements sains, y compris l'abstinence au tabac, le contrôle pondéral, la surveillance de la pression artérielle et la pratique régulière d'un exercice physique, ne sont pas seulement associés à une longévité plus élevée, mais aussi à une bonne santé et à de bonnes capacités fonctionnelles pendant la vieillesse (1). Inversement, les estimations de décès corrigées de la qualité attribuables à ces facteurs de risque varient, mais d'après une évaluation globale de la charge de tels facteurs de risque sur la qualité de vie, le tabac serait responsable de 11,7 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues dans les pays développés (les chiffres correspondants pour l'alcool et la sédentarité s'élèvent respectivement à 10,7 % et 4,3 %) (2).

3. Un grand nombre de ces facteurs de risque sont modifiables. En mettant davantage l'accent sur la prévention primaire, on évite des tentatives de traitement plus coûteuses ou, comme c'est souvent le cas, la prise en charge à long terme des maladies. Au Royaume-Uni, par exemple, chaque année de vie corrigée du facteur qualité (AVCQ) gagnée grâce à une intervention courte et ciblée en matière de sevrage tabagique coûte environ 500 livres, alors que le coût du traitement par AVCQ des patients atteints de cancer à un stade avancé se chiffre, selon les estimations, entre 40 000 et 50 000 livres. Toutefois, ce qui fonctionne de façon avérée dans des conditions idéales (comme lors d'essais d'efficacité) fonctionne rarement dans des conditions de vie réelles (efficacité réelle). Cela est dû au fait que, lorsqu'un projet expérimental passe au stade de programme, son efficacité (par rapport au coût) n'est pas déterminée par la nature de l'intervention, mais plutôt par sa capacité à cibler la population la plus vulnérable, à la prendre entièrement en compte et à veiller à l'observance de ses impératifs par cette population. En effet, les activités de promotion de la santé, et particulièrement les grandes campagnes de santé publique, n'ont pas souvent permis de parvenir aux résultats escomptés sur les plans de la réduction de l'incidence des maladies et de la charge de morbidité, simplement parce qu'il est plus difficile de se conformer au message, c'est-à-dire de parvenir à la modification des comportements recherchée, que lors des précédentes initiatives de sensibilisation de l'opinion, de transmission de connaissances et de changement des attitudes.

4. En effet, la modification des comportements ne se limite pas à la simple autonomisation des individus, communautés et populations ciblés grâce aux informations nécessaires. Par là même, l'argument selon lequel les individus devraient être plus responsables de leur santé et de leurs soins et adopter des comportements plus sains pour éviter d'être en mauvaise santé à un âge plus avancé de la vie est nécessairement simpliste, si ce n'est irréaliste voire quelque peu accusatoire. Si une sensibilisation et une connaissance accrues et un changement des attitudes sont indispensables à la modification des comportements, ils sont rarement suffisants, d'où le rôle de l'État et des organismes sociaux dans la création et la mise en œuvre d'un ensemble d'instruments législatifs et réglementaires, ou dans le recours à des mesures d'incitation financières ou non financières destinées à faire évoluer les comportements mauvais pour la santé vers des comportements sains, pour le bien de l'individu et de la société dans son ensemble.

5. Ce document a pour but d'aider les États membres et leurs institutions à mettre au point des interventions réalisables, acceptables, équitables et capables de provoquer une modification des comportements qui permettrait de vivre en meilleure santé. De ce fait, les objectifs de ce document sont :

- de regrouper des informations factuelles permettant de savoir quelles interventions se sont avérées efficaces (par rapport au coût), compte tenu des modifications qu'elles ont engendrées en termes de comportements sains ;
- de présenter les facteurs essentiels de réussite et d'évaluer leur faisabilité, leur fiabilité et leur reproductibilité dans différents contextes dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS ;
- d'étudier leurs conséquences pour les systèmes de santé et l'élargissement de l'intervention des pouvoirs publics.

Que nous apprend la théorie ?

6. Au cours des quatre dernières décennies, de nombreux modèles ont été établis afin d'expliquer ou de prévoir la modification des comportements et ces modèles s'inspirent tous largement de différentes disciplines, principalement la psychologie et la sociologie médicale. Dans le domaine de la santé publique en particulier, la théorie de modification des comportements est appliquée aux interventions réalisées par ceux qui travaillent à l'échelon de l'individu (par exemple les consultations et les conseils de santé individualisés), à l'échelon local (par exemple les services tels que les projets de développement local et d'éducation pour la santé, dans des contextes comme les « hôpitaux-santé » ou les programmes de revitalisation des quartiers), et à l'échelon de la population (par exemple les médias, les campagnes et programmes ciblés visant à sensibiliser l'opinion, la réglementation de l'offre de marchandises comme le tabac et la législation régissant les conditions environnementales favorables à la santé, comme la distribution d'eau ou les espaces réservés au jeu ou à l'exercice physique).

7. Il convient de distinguer les interventions qui ciblent les individus de celles visant les milieux, les collectivités ou les populations, et aussi d'observer et de mettre en évidence l'incidence sur les résultats escomptés des facteurs d'efficacité réelle plutôt que d'efficacité potentielle (c'est-à-dire cibler précisément la population la plus vulnérable, prendre en compte l'ensemble des bénéficiaires et veiller à l'observance des impératifs du programme par ces bénéficiaires et par l'équipe chargée du programme). Alors que la définition de la cible, la prise en compte de l'ensemble des bénéficiaires et l'observance par les prestataires sont elles-mêmes définies par des facteurs relatifs aux prestataires et directement liés à la conception et à l'exécution du programme, l'observance par les bénéficiaires du programme est plus complexe, car elle est définie par les intentions comportementales de l'individu, par ses propres capacités à entreprendre la modification des comportements (c'est-à-dire ses valeurs, attitudes et connaissances, ses habitudes et normes comportementales, l'image qu'il a de lui-même et sa faculté à se tenir à un changement ou un comportement, ainsi que ses attentes en termes de réussite ou d'échec avant de commencer un programme) et par des facteurs environnementaux externes (comme le statut socioéconomique, le cadre réglementaire, l'accès aux médias et aux campagnes publicitaires, et les attentes de la collectivité et des pairs).

8. Il faut aussi garder à l'esprit le fait que les modèles comportementaux sont mieux parvenus à expliquer ou à prévoir les intentions comportementales (qui sont les critères essentiels les plus courants de la plupart des essais d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle) qu'à garantir de meilleurs résultats au niveau de la santé (critère rare de mesure de l'efficacité réelle¹).

¹ L'efficacité réelle d'une intervention dans le domaine de la modification des comportements est l'impact « obtenu dans le monde réel, sous des contraintes de ressources, au sein de populations entières ou de sous-groupes de population ». Son efficacité potentielle est « l'amélioration des résultats sanitaires dans un contexte de recherche, par des mains expertes, dans des conditions idéales » (3).

Que savons-nous de ce qui fonctionne dans la pratique ?

L'efficacité théorique, ou l'importance de disposer d'hypothèses fiables relatives aux causes et aux interventions

9. Tout programme visant à modifier les comportements liés à la santé doit partir du principe que : i) le comportement ciblé est un facteur de risque causal avéré ; ii) ce comportement présente un risque relatif élevé d'être à l'origine de la maladie en cause ; et iii) le potentiel de réduction de l'excès de risque évitable est suffisamment élevé pour justifier cette intervention, car un programme établi sur une association causale ambiguë ou fautive a peu de chances d'aboutir.

10. Le second élément d'appréciation est la fiabilité de l'hypothèse relative aux interventions. Il doit exister des informations factuelles convaincantes prouvant que, du moins lorsqu'il a été testé dans des conditions idéales, le programme a permis de modifier le comportement ciblé et que ses activités peuvent être réalisées selon des modalités appropriées (quantité, qualité, dosage et séquence), susceptibles de conduire effectivement au résultat escompté. Les informations factuelles concernant l'efficacité théorique proviennent d'une série d'études épidémiologiques, principalement observationnelles, d'essais cliniques et d'essais dans le cadre de vie, ou de projets de démonstration.

L'efficacité réelle, ou la fiabilité de l'hypothèse relative à l'exécution

11. Alors que la solidité de la théorie sous-jacente – son efficacité théorique – est une condition nécessaire à tout programme, elle est souvent insuffisante aux fins de la prise de décisions concernant l'adoption, l'exécution ou l'élargissement du programme. En effet, plus un programme est conçu et testé de manière stricte, plus il est difficile de généraliser, ou de reproduire, son impact dans d'autres contextes sociaux, économiques et environnementaux. Cela s'explique soit par le manque de fiabilité de nombreux programmes, c'est-à-dire par le fait que leur efficacité varie dans des contextes différents, indépendamment de circonstances restrictives, soit parce que leur efficacité réelle est très sensible aux variations lors de l'exécution.

12. À titre d'exemple, il existe des informations factuelles convaincantes dans le domaine de la lutte contre le tabac prouvant que la consommation de tabac comporte non seulement un risque relatif très élevé de cancer du poumon et de maladies pulmonaires obstructives chroniques, mais aussi que, compte tenu de sa prévalence dans la société, le potentiel de réduction de l'excès de risque évitable est très élevé, et enfin que l'on dispose de suffisamment d'informations factuelles, fondées sur des études (efficacité théorique) comme sur des exemples réels à l'échelon national (efficacité réelle), montrant que la mortalité excessive attribuable au tabac peut être réduite grâce à la conception de programmes clairs ciblant les jeunes adultes avant qu'ils ne prennent l'habitude de fumer, les fumeurs dans le cadre de consultations d'aide au sevrage tabagique ou de traitements de substitution nicotinique, les écoles et les lieux de travail pour l'interdiction du tabac et la population dans son ensemble grâce à l'interdiction de la publicité et l'augmentation des taxes. Cependant, si la taxation des produits du tabac constitue une intervention très efficace indépendamment du contexte, l'étendue de son efficacité peut varier selon l'élasticité de la demande de tabac par rapport au prix, qui fluctue d'une économie à l'autre. De la même manière, l'efficacité de l'interdiction de fumer dans les lieux publics peut être moins importante, du simple fait que son application peut varier d'un pays à l'autre. Ces deux exemples témoignent de la nécessité d'accorder une attention complète aux déterminants des hypothèses relatives aux interventions et à l'exécution. L'encadré 1 ci-dessous décrit cinq cas de figure, dont un ne concerne pas la Région européenne de l'OMS, qui se réfèrent implicitement aux hypothèses relatives aux causes, aux interventions et à l'exécution de cinq programmes à grande échelle visant à modifier les comportements.

Encadré 1. Exemples de programmes de modification des comportements

Programme de prévention des accidents de la circulation chez les enfants, Harstad (Norvège) (4)

Objectifs : Mené dans le cadre d'un objectif de santé publique plus large visant à réduire les taux d'accidents de la route chez les enfants, ce programme avait pour but de sensibiliser les enfants et les familles aux risques d'accidents de la route et d'encourager l'adoption de comportements plus sûrs.

Moyens : Des rapports regroupant des informations au sujet des accidents de la circulation ont été distribués chaque trimestre à tous les foyers d'Harstad. Ces informations étaient axées sur des témoignages de victimes, des statistiques médicales et des données sur le lieu des accidents. Les informations pertinentes diffusées ciblaient en particulier une population locale, par le biais de messages personnalisés concernant les conséquences des accidents de la circulation et les lieux précis.

Résultats : 56 % des personnes interrogées ont déclaré avoir obtenu des informations ou de bons conseils sur la sécurité routière grâce à ces rapports. Entre les deux premières et les deux dernières années de ce programme s'étalant sur dix ans, on a observé une réduction importante (59 %) des taux d'accidents de la circulation chez les enfants vivant à Harstad. Les taux globaux pour tous les âges ont diminué de 37 %. Ce programme permet de penser que l'association de matériel éducatif général à des messages adaptés peut provoquer une prise de conscience suffisante pour parvenir à une modification des comportements.

Tabagisme pendant la grossesse, Angleterre (5)

Objectif : Réduire le nombre de femmes qui fument pendant leur grossesse à Sunderland.

Moyens : Destiné aux fumeuses, enceintes ou non, appartenant à un milieu défavorisé, ce programme ciblait les patientes et les professionnels de santé. Il a été fourni aux premières des informations axées sur les solutions plutôt que sur les risques, par exemple des conseils sur la manière de maîtriser et de limiter l'envie de fumer. Les seconds ont pris part à des jeux de rôle afin d'améliorer leur capacité à aider les fumeuses enceintes à arrêter le tabac.

Résultats : Le nombre de fumeuses inscrites au programme a été multiplié par dix, faisant apparaître un taux de recrutement bien supérieur à celui des services voisins lors d'interventions différentes. Ce programme permet d'envisager le potentiel de réussite d'autres initiatives qui impliquent directement des patients et des professionnels de santé, ainsi que des programmes éducatifs qui transmettent des messages complémentaires.

Breathing Space, Écosse (6)

Objectif : Modifier les comportements face au tabagisme à l'échelon local dans une population à faible revenu en milieu urbain (Wester Hailes, Édimbourg).

Moyens : Principes et pratiques du développement local. Autonomisation de la population locale grâce à des partenariats avec les principales parties prenantes, y compris des organisations non gouvernementales, l'administration publique locale et d'autres associations locales.

Résultats : Ce programme n'a eu aucun impact sur les comportements face au tabac ni sur les taux de tabagisme. Cela est dû à une incapacité des organisations partenaires à prendre des initiatives, à des inégalités de pouvoir entre les partenaires, à de fortes divergences d'opinion concernant la population ciblée, à des litiges sur la propriété du programme et enfin à des ressources et à des capacités insuffisantes dès le départ. Ce programme permet de penser que, même lorsqu'ils sont mis en œuvre à échelle réduite, les programmes peuvent manquer de souplesse pour surmonter une planification déficiente et un manque de délimitation claire des responsabilités grâce à l'adoption d'objectifs bien définis et partagés par tous dès le départ.

Action sanitaire locale, Kirghizistan (7)

Objectifs : Permettre aux villageois d'élaborer et d'exécuter leurs propres programmes dans l'optique d'une amélioration de la santé en général.

Moyens : Application d'un outil d'évaluation des besoins afin de déterminer ce qui, de l'avis des villageois, permet d'être en bonne santé et formation des individus à l'utilisation de cet outil. Ce programme prévoyait une recherche participative avec les villageois dans le but d'établir une hiérarchie des questions de santé les plus importantes pour le village. Création de mesures et d'instruments appropriés et mise en place d'infrastructures adaptées, les comités villageois pour la santé, chargés de les mettre en œuvre.

Résultats : L'évaluation montre des résultats positifs sur les plans du régime alimentaire (carences en micronutriments), de la consommation d'alcool, de l'assainissement et de l'hygiène. Cette action permet de penser que l'évaluation participative des besoins et la formation aux instruments permettant d'influer sur les comportements, qui sont en grande partie dictés par l'environnement, peuvent être efficaces lorsque le problème est admis et envisagé sous le même angle par tous et que les individus sont prêts à modifier leur comportement.

Projet HEAL (Healthy Eating, Active Lifestyles), États-Unis (8)

Objectifs : Ce programme d'éducation local dans un quartier socialement défavorisé (au sein d'une communauté afro-américaine d'East Harlem, à New York) vise à encourager une perte de poids par l'entraide et à diminuer la charge de l'obésité et du diabète.

Moyens : Conduit avec l'aide d'une église locale et fondé sur la mesure du poids avant et après le cours (durée du cours : un an), ainsi que sur les déclarations des participants concernant leur comportement et leur qualité de vie.

Résultats : A entraîné une perte de poids considérable et une modification durable des comportements chez les participants. Vingt-six adultes obèses de sexe masculin ont perdu 2 kg après 10 semaines, 3,8 kg après 22 semaines et 4,4 kg après 12 mois. Le projet HEAL permet de penser que des programmes ciblés et exécutés de manière adaptée (dans le cas présent, avec l'aide des pairs et à échelle réduite), destinés aux communautés les plus vulnérables ou les plus touchées par l'obésité et le diabète dans les pays développés, peuvent entraîner une modification des comportements sous l'impulsion de la collectivité.

13. Les bases théoriques de nos connaissances et des mesures concrètes efficaces résumées ci-dessus orientent invariablement le débat vers trois questions essentielles :

- i) Quels sont les principaux déterminants des trois « conjectures » (les hypothèses relatives aux causes, aux interventions et à l'exécution) qui font qu'un programme potentiellement efficace donne des résultats tangibles dans différentes conditions ?
- ii) Quels sont les déterminants contextuels pouvant avoir une incidence sur l'efficacité réelle d'un programme donné dans différentes circonstances ?
- iii) Que doit faire un prestataire de services pour que l'efficacité et la viabilité d'un programme soient garanties ou préservées dans tel ou tel ensemble de circonstances socioéconomiques et environnementales ?

14. Le reste de cette section s'appuie sur un examen approfondi de la littérature résumé à l'annexe 1 pour donner un aperçu des déterminants des trois critères d'efficacité ; la section qui suit, quant à elle, passera en revue les rôles et responsabilités d'un prestataire de programme, qu'il s'agisse d'un ministère de la Santé ou de tout autre organisme public ou non gouvernemental, vis-à-vis de l'efficacité, de la reproductibilité, de l'équité et de la viabilité du programme.

Définition de la cible

- Les interventions et programmes ont le plus de chances de réussite s'ils sont fondés sur une bonne compréhension des comportements visés et, par extension, des personnes qui présentent ces comportements et du contexte environnemental dans lequel elles se trouvent.
- Les problèmes comportementaux sur lesquels porteront les interventions doivent être clairement définis dès le départ, afin que les antécédents, les déterminants et les mécanismes associés puissent à leur tour être définis, ce qui permettra d'envisager des points d'intervention et des stratégies de changement à court et à long terme.
- La volonté de changement de la population visée, tant au niveau individuel que collectif, est importante. Des données de plus en plus nombreuses, parmi tous les comportements liés par exemple au tabagisme, à la nutrition et à l'exercice physique, semblent indiquer que la personnalisation (ou l'adaptation) des programmes et des interventions en fonction des caractéristiques du public visé donne généralement de meilleurs résultats.
- Certains comportements sont plus propres à avoir une influence que d'autres, et les informations factuelles résultant d'une analyse systématique des programmes efficaces indiquent que les meilleurs résultats sont obtenus dans les domaines de la prévention des traumatismes, de la prévention du VIH/sida, de la lutte antitabac, des actions dans le domaine de la nutrition et en faveur d'un poids santé, et de la promotion de l'exercice physique.
- Certains groupes ou populations sont apparemment moins aptes à modifier leurs comportements que d'autres (et les groupes ayant un niveau socioéconomique faible sont en plus souvent touchés par un ensemble de facteurs de risque). En revanche, comme ces groupes ont davantage tendance à avoir des habitudes de vie malsaines (suralcoolisation et tabagisme, promiscuité, etc.), ils constituent des cibles bien définies pour des interventions diversifiées.
- Il est important de connaître le groupe que l'on entend cibler. Les programmes de santé publique doivent permettre de mieux comprendre les attitudes et les motivations des individus, ainsi que les obstacles au changement (qu'ils soient réels ou simplement ressentis), afin de faciliter la mise au point des interventions. Parmi les techniques pouvant être utiles à cet égard, figurent le recours à des groupes de discussion, l'organisation d'entretiens et d'enquêtes sur les connaissances, les croyances et les attitudes, l'expérimentation de messages et de services sur un échantillon représentatif du groupe visé, et le renforcement de la participation des groupes visés à la mise au point et à la prestation des services.
- La plupart des études portent sur un comportement sanitaire unique ou s'intéressent à la façon d'aborder les problèmes au niveau des individus, alors que bien souvent, il existe un faisceau de facteurs de risque (par exemple, le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité font souvent partie d'un ensemble de comportements malsains adoptés par les personnes présentant une surcharge pondérale ou par les patients atteints d'une maladie chronique).

Bénéficiaires

- Théoriquement, pour qu'un programme soit efficace (par rapport au coût), il doit atteindre la totalité de la population visée et uniquement celle-ci. La plupart des programmes donnent lieu à un certain nombre de « faux positifs » (des personnes qui n'étaient pas ciblées mais qui ont quand même bénéficié du programme) et de « faux négatifs » (des personnes qui devaient être visées mais qui n'ont pas été prises en compte), et cela a une incidence sur leur intérêt économique. Ainsi, lorsqu'un programme de lutte antitabac destiné aux adolescents fait passer un message à la télévision pendant les heures de classe ou le journal du soir, il ne peut guère offrir un bon rapport coût-efficacité du fait des taux élevés de faux positifs et de faux négatifs. Cela est particulièrement vrai si le changement de comportement visé n'est pas le sevrage tabagique mais que l'objectif est d'éviter que les jeunes ne se mettent à fumer. Il est donc nécessaire de définir clairement l'effet recherché et le public visé.

- La notion de bénéficiaires varie en fonction de la vocation du programme, c'est-à-dire de l'objet qu'il vise (individu, environnement, segments de la population ou population en général). Si la prise en compte de l'ensemble des personnes ciblées ne demande généralement pas d'efforts particuliers dans une école ou un environnement de travail, des mesures spéciales doivent parfois être prises dans les zones éloignées, ou dans le cas de populations socioéconomiquement défavorisées ou appartenant à une minorité ethnique. Dans de tels cas, les obstacles culturels et linguistiques doivent être pris en compte lors de la préparation du message publicitaire, de la conception du produit, de la fixation du prix ou de la définition effective de la population visée (les quatre « P »).
- Les actions menées par le biais d'autres moyens de communication (imprimés, téléphone ou Internet) se sont montrées efficaces pour induire un changement de comportement à court terme. D'après les données disponibles, il semblerait qu'elles soient également efficaces à plus long terme. L'importance d'Internet comme moyen de communication ne cesse de croître ; parmi les exemples prometteurs, citons les programmes personnalisés de sevrage tabagique sur Internet proposés lors de l'achat de traitements de substitution nicotinique (9) et la fourniture de documents sur les comportements relatifs au sevrage tabagique en complément des services de conseil par téléphone (les documents imprimés étant adaptés en fonction des progrès provisoires accomplis, ce qui est utile pour éviter les rechutes) (10).
- Il est important d'être attentif au contexte local. Par exemple, utiliser des stratégies de modification des comportements sans prévoir de soutien adéquat en termes d'infrastructure ou d'intégration dans un cadre plus vaste peut avoir des effets néfastes dans d'autres domaines, par exemple renforcer les rôles et les stéréotypes sociaux et socioéconomiques, voire ceux relatifs aux hommes et aux femmes.

Observance par les prestataires

- La planification, qui consiste à estimer correctement et à constituer l'équipe chargée du programme en trouvant la meilleure combinaison d'effectifs, de qualités et de compétences, est essentielle au bon déroulement de la mise en œuvre de ce programme.
- Si certaines interventions verticales ou uniques disposent parfois de leur propre équipe, et donc de leurs mesures d'incitation – financières ou autre – intégrées, nombre d'autres interventions viennent s'ajouter au travail quotidien d'agents de santé surchargés et sous-payés, qui peuvent donc difficilement respecter pleinement les impératifs des programmes. Certes, l'encadrement, le suivi et l'évaluation formative permettent parfois de se rendre compte rapidement de la non-observance de ces impératifs, mais les interventions correctement conçues et planifiées prévoient des mesures efficaces incitant à une observance durable, afin de garantir l'efficacité à long terme et la pérennité.
- L'importance d'une formation et d'un encadrement adaptés ne doit pas être sous-estimée, car ce sont là des facteurs essentiels qui ont une incidence sur l'observance par le prestataire, et il en va de même de l'importance de l'exercice de l'autorité dans la motivation des professionnels de santé.

Observance par les bénéficiaires

- Une information adaptée, une sensibilisation accrue et de meilleures connaissances sont nécessaires mais rarement suffisantes pour entraîner des changements dans les attitudes et les intentions, notamment une modification durable des comportements, qu'il s'agisse de visites périodiques chez un professionnel de santé, de l'utilisation régulière d'antihypertenseurs, de l'arrêt du tabac, du port de la ceinture de sécurité, de la pratique de l'exercice physique ou du changement d'habitudes alimentaires.
- L'aide sociale et les réseaux jouent un rôle important dans la promotion et la pérennité de la modification des comportements. Cette modification a plus de chances de durer si l'on intègre des stratégies de soutien par les pairs et par la famille dans chaque programme de modification des risques.
- Il est nécessaire d'explicitier les hypothèses relatives aux causes et aux interventions et de recueillir des informations sur tous les facteurs de la chaîne causale, afin de montrer où l'observance est

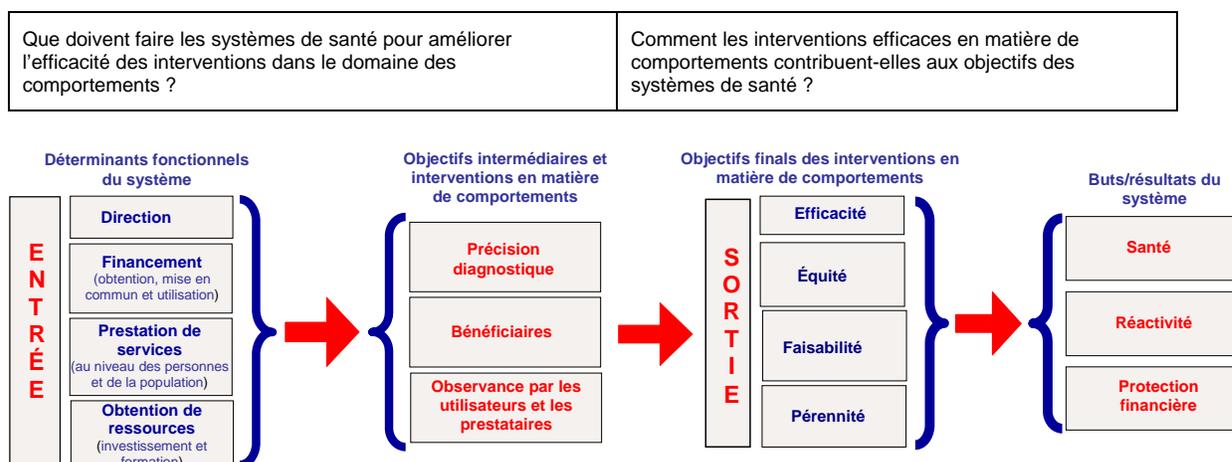
moins importante que prévue, comment elle évolue dans le temps et à quels indicateurs elle réagit le mieux. L'insuffisance de l'observance peut, par exemple, être liée à une pression de la part des pairs, d'une dissonance cognitive, d'une sous-évaluation des conséquences sur la santé susceptibles d'apparaître 20 ans plus tard, ou simplement d'un manque de dialogue avec le prestataire de services ou d'un manque de compréhension du message en raison d'obstacles culturels et linguistiques et d'autres obstacles sociaux.

15. L'annexe 2 décrit les facteurs les plus courants qui influencent la modification des comportements, en indiquant leurs conséquences sur la mise au point de l'intervention correspondante. Le National Institute for Health and Clinical Excellence du Royaume-Uni (11) a fait paraître une analyse systématique des théories relatives à la modification des comportements dans le contexte de la santé publique, et le ministère des Services de santé de la Colombie britannique (Canada) a publié une analyse des bases factuelles relatives à la prévention des maladies chroniques (12).

La question de la modification des comportements dans le contexte du système de santé

16. Alors que les systèmes de santé ont pour buts d'améliorer le niveau et la répartition de la santé, d'être plus réactifs face aux attentes de la population et de protéger les individus et la population de la charge financière excessive qui résulte de la mauvaise santé grâce à la bonne exécution des fonctions de direction, d'obtention de ressources, de prestation de services et de financement, on pourrait également conceptualiser ces fonctions en tant que déterminants des objectifs intermédiaires des interventions comportementales, à savoir la définition des objectifs, la prise en compte de l'ensemble des bénéficiaires et l'observance par les utilisateurs et les prestataires (voir fig. 1). En fait, nombre des problèmes auxquels se heurtent les stratégies et interventions en matière de modification des comportements (par exemple leur faisabilité et efficacité limitées, leur reproductibilité réduite et leur viabilité incertaine) proviennent de l'exécution imparfaite des fonctions du système de santé. Si l'on applique le cadre de l'OMS (13,14), la question devient alors : « Que doivent faire les systèmes de santé pour susciter une modification des comportements ? ». Ou, plus précisément, i) que doit faire le ministère de la Santé, en tant que gestionnaire du système de santé ? ii) Quelles ressources humaines et matérielles doivent être affectées ? iii) Quels services doivent être produits ? Quelles doivent être leur quantité, leur qualité et leur répartition ? iv) Et quel financement et quelles mesures d'incitation financières doit-on définir pour améliorer la « précision diagnostique », augmenter le nombre de bénéficiaires et garantir l'observance par les utilisateurs et les prestataires ?

Figure 1. La question de la modification des comportements dans le contexte du système de santé



17. La modification des comportements exige souvent une démarche intersectorielle, et le système de santé n'a ni le mandat, ni les ressources pour en être le principal acteur, car les mesures en matière de santé seront prises par des secteurs dont l'objectif premier n'est pas d'améliorer le niveau de santé – par exemple le système éducatif ou les autorités locales. La modification des comportements est donc principalement liée à la fonction de direction du ministère de la Santé, comme indiqué dans le document de travail de la cinquante-huitième session du Comité régional sur la fonction de direction des systèmes de santé (document EUR/RC58/9). Le ministère de la Santé et le système de santé au sens large devraient s'efforcer de promouvoir une « politique publique saine » et d'influencer les déterminants de la santé (cibles intersectorielles et comparaison des performances, interventions de nature réglementaire, etc.), et ils devraient être tenus responsables de l'exécution de ces mesures².

18. L'acceptation croissante de la législation instaurant l'interdiction de fumer dans les lieux publics et prévoyant des peines pour les contrevenants prouve que : i) le gouvernement a un rôle légitime à jouer en utilisant des instruments législatifs dans le but de promouvoir la santé lorsque la mission est claire, la solution est efficace et le public dispose de suffisamment d'informations pour comprendre pleinement le problème ; et ii) les interventions dans le domaine de la santé publique ont plus de portée lorsqu'elles sont appuyées par une législation bien établie. La responsabilité des mesures entraînant une modification des comportements sanitaires se répartit souvent entre différents niveaux des pouvoirs publics et des organismes de santé publique. La coordination des acteurs (du secteur public) impliqués est une responsabilité essentielle du gestionnaire du système de santé, mais la constitution d'alliances avec d'autres partenaires clés tels que le secteur privé est également indispensable. Ainsi, au Royaume-Uni, il existe des accords librement conclus entre l'industrie alimentaire et les pouvoirs publics, tels que ceux relatifs à la reformulation des aliments transformés dans l'optique de réduire leur teneur en graisses, en sel et en sucre, ainsi que des dispositifs visant à donner aux consommateurs des informations plus détaillées sur les niveaux de nutriments dans les produits. L'encadré 2 présente des exemples de collaboration intersectorielle avec le secteur industriel dans des États membres européens de l'OMS.

Encadré 2. Mobilisation en faveur d'une action gouvernementale dans le domaine de la santé et constitution de partenariats entre les gouvernements et entre les secteurs public et privé afin d'encourager la modification des comportements

- Au Royaume-Uni, la stratégie de marketing social contre l'obésité (Obesity Social Marketing Strategy) a mis à contribution de nombreuses chaînes de distribution qui ont apporté un éclairage intéressant sur les comportements de groupes de consommateurs ou de groupes cibles.
- Aux Pays-Bas, une campagne baptisée « Attention aux matières grasses » organisée en coopération avec des supermarchés et d'autres partenaires du secteur privé a donné lieu à une évolution favorable de la consommation de graisses saturées.
- En Slovénie, des partenariats avec les ministères de l'Agriculture, de l'Éducation et du Développement régional ont donné lieu à des synergies des politiques sectorielles et à des investissements relatifs à l'offre d'aliments bons pour la santé, à l'élaboration d'une politique en faveur de repas scolaires équilibrés et à la prise en charge des besoins en termes de mode de vie des groupes à risque.

Les organisations proches des groupes cibles peuvent jouer un rôle clé au regard de la transmission des messages ; au Royaume-Uni, par exemple, les campagnes antitabac ont été menées sous le nom d'une œuvre de charité, afin d'éviter qu'elles ne soient perçues comme de simples injections à arrêter le tabac.

² Toutes les interventions susceptibles d'avoir des résultats importants sur la santé, quel que soit leur objectif principal, devraient faire l'objet d'une direction avisée ; le responsable devrait être chargé : i) de comprendre tous les facteurs qui influencent la santé (c'est-à-dire avoir une compréhension totale des déterminants) ; ii) en ce qui concerne les facteurs extérieurs au système de santé, de pouvoir déterminer quels facteurs sont modifiables ; et iii) de pouvoir déterminer quelle personne est chargée de tel ou tel facteur, de sorte qu'il puisse ensuite prendre des mesures pour influencer les facteurs modifiables en orientant ses efforts vers cette personne.

19. Comme cela a été souligné dans la section précédente, il est souvent nécessaire de combiner des instruments relevant de la politique sanitaire, par exemple une législation, une réglementation, voire des mesures d'incitation financières (positives ou négatives) individuelles pour atteindre les objectifs de la politique définie, d'où la nécessité d'une conception équilibrée de chaque fonction du système de santé (direction, financement, prestation de services et obtention de ressources). Le système de santé peut également jouer un rôle de premier plan dans le regroupement des connaissances relatives aux stratégies de modification des comportements, dans la théorie comme dans la pratique. Comme nous l'avons expliqué, les données relatives aux stratégies efficaces dans ce domaine sont limitées et présentent souvent un caractère anecdotique, mais il semble néanmoins que l'on recense de plus en plus de facteurs de réussite dans l'élaboration des politiques. De toute évidence, il est nécessaire d'évaluer les effets relatifs des différents instruments utilisés dans le cadre des politiques et de suivre leurs effets dans le temps. Les activités visant à s'attaquer à des ensembles de comportements plutôt qu'à des tendances uniques et à comprendre le comportement des membres de la société les plus vulnérables et les plus socialement démunis pourraient également constituer des domaines de recherche prioritaires.

20. Les principes implicites dans le domaine des comportements en matière de santé mentionnés dans la première section (les individus devraient être plus responsables de leur santé et de leurs soins ; les individus devraient adopter des comportements plus sains afin d'éviter de tomber malades à un âge plus avancé de la vie ; et les comportements plus sains réduiront les futures dépenses de santé et profiteront non seulement aux individus mais aussi à la société dans son ensemble) ont tous des conséquences sur la gouvernance des stratégies de modification des comportements. L'intervention de l'État dans les choix individuels dépend d'un certain nombre de facteurs contextuels nationaux ou locaux, qui varient d'un pays à l'autre. Le degré d'acceptation d'interventions de plus en plus poussées est une question sensible pour les pouvoirs publics. Par conséquent, l'une des questions essentielles, du point de vue des stratégies de modification des comportements dans le domaine de la santé publique, est de déterminer comment les groupes de population ciblés participent à la prise de décisions et à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des stratégies qui l'accompagnent.

21. D'après les constats établis dans d'autres secteurs tels que l'environnement et le commerce, le recours à des stratégies complètes (un ensemble d'interventions ou de programmes simultanés ou séquentiels qui fonctionnent en synergie ou en se renforçant mutuellement) est plus efficace que la mise en œuvre séparée de stratégies individuelles. Ces méthodes intégrées peuvent comprendre la réglementation, l'éducation (notamment les campagnes dans les médias, Internet et les télécommunications), la fixation des objectifs personnels et le suivi du comportement, les techniques de motivation et l'aide sociale, les conseils individuels ou en groupe, les brèves interventions réalisées par les médecins généralistes et les professionnels de santé, les partenariats, le renforcement des capacités au niveau local, le changement d'environnement, l'utilisation de signaux ou d'indicateurs à certains niveaux de la prise de décision en matière de santé et les programmes coordonnés en population. Il est important de constater que ces méthodes exigent toutes un « responsable » chargé de coordonner les activités, d'aider à la mise au point des mécanismes appropriés et de procéder à l'évaluation. Les annexes 3 et 4 décrivent les éléments essentiels indispensables à la planification et à la mise en œuvre d'une intervention complète en matière de modification des comportements, ainsi que les différents outils et méthodes utilisés à différents niveaux. Enfin, l'encadré 3 ci-dessous donne un exemple de démarche globale efficace.

Encadré 3. Une démarche globale en matière de lutte antitabac en Australie (15)

Modification des comportements : méthodes et outils utilisés

L'Australie dispose probablement des politiques et programmes de lutte antitabac les plus complets et les plus évolués au monde ; elle s'appuie notamment sur :

- des cigarettes parmi les plus chères au monde, au deuxième rang derrière Hong Kong ;
- des avertissements pour la santé parmi les plus visibles sur les paquets de cigarettes ;
- une interdiction totale de toute publicité ou promotion pour les cigarettes ;
- des campagnes nationales de lutte antitabac imitées dans le monde entier ;

- un service spécial par téléphone (« Quitline ») que les personnes candidates à l'arrêt du tabac peuvent appeler pour obtenir des conseils et un soutien ;
- une importante sensibilisation à la lutte antitabac grâce aux médias ;
- une législation interdisant de fumer dans les grands bâtiments, les transports publics et les restaurants ;
- la généralisation des maisons non fumeur ;
- des procès intentés par des fumeurs actifs et passifs contre les cigarettiers, qui ont eu un très grand retentissement dans les médias.

Résultats

De 1973 à 1984, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes a augmenté en moyenne de 1,3 % par an, mais il a baissé depuis de 1,9 % par an. Chez les femmes, ce taux a augmenté de 3,9 % par an de 1973 à 1993, mais il est ensuite resté stable, à l'image de la tendance suivie au fil des ans par les taux de tabagisme dans cette partie de la population. Le cancer du poumon reste la principale cause de décès par cancer en Australie. Les taux de mortalité due aux cardiopathies coronariennes ont baissé de 59 % chez les hommes et de 55 % chez les femmes entre 1980 et 2000, essentiellement en raison de la modification des facteurs de risque, par exemple du tabagisme.

En Nouvelle-Galles du Sud, les appels au numéro spécial « Quitline » ont doublé entre 2005 et 2006, et 58 000 personnes au total ont composé ce numéro. Le pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus fumant « tous les jours » ou « occasionnellement » est passé de 20,1 % en 2005 à 17,7 % en 2006 ; cette baisse de 2,4 % représente une diminution relative de 12 %, un chiffre encore jamais atteint en Australie.

Conclusions

22. Si plusieurs modèles élaborés au cours des quatre dernières décennies ont, dans une certaine mesure, permis de prévoir et d'expliquer la modification des comportements, ils ont été beaucoup moins utiles lorsqu'ils ont été utilisés comme base théorique des interventions en population en matière de comportements, dont le principal résultat intéressant a été une amélioration de la santé plutôt qu'un certain changement dans le comportement fondamental. En revanche, de nombreuses données résultant de l'expérience sur le terrain, si elles étaient utilisées comme lignes directrices générales, pourraient être très utiles pour améliorer l'efficacité globale, l'équité, la reproductibilité et la pérennité des interventions en matière de comportements. Voici quelques-unes de ces lignes directrices :

- Il est d'une importance capitale que les éléments suivants soient réunis : un encadrement solide, une appropriation des objectifs du programme et un engagement vis-à-vis de ces objectifs, ainsi qu'une réelle volonté pendant l'exécution.
- Les interventions diversifiées portant sur la législation, la réglementation, l'éducation du public, le conseil, etc., ont plus de chances d'être efficaces que celles se limitant à un objectif.
- Les interventions à plusieurs niveaux comprenant des politiques, des changements dans les programmes et l'organisation, et un dispositif d'informations exploitables intégré sont plus fructueuses que les initiatives isolées.
- Il est essentiel de fixer le moment ou de trouver une période favorable pour garantir l'adhésion des responsables des programmes, des prestataires de services, des parties prenantes et, avant tout, des bénéficiaires potentiels.
- Sans financement suffisant, la plupart des programmes risquent d'échouer quelle que soit la solidité de la théorie sur laquelle ils s'appuient.
- Il est impératif d'analyser en profondeur les mesures incitatives (ou dissuasives) et les motivations, afin d'influencer le comportement des prestataires et des bénéficiaires des services.

23. Le principe selon lequel l'encadrement est assuré par le ministère de la Santé, au titre de son rôle de direction dans le domaine de la santé, est particulièrement déterminant au regard des interventions intersectorielles. Il est naïf de penser que les ministères des Finances pourraient proposer d'eux-mêmes d'instaurer une nouvelle taxe sur le chiffre d'affaires visant à réduire la consommation de cigarettes, et donc des recettes fiscales potentielles ; que les ministères de l'Éducation pourraient changer leurs programmes du cycle primaire pour y introduire un enseignement sur l'alimentation saine, peut-être au détriment de ce qui serait perçu comme une matière plus importante (par exemple l'histoire ou les mathématiques) ; que les ministères des Transports pourraient rendre obligatoires l'installation et l'utilisation d'airbags ; ou que les ministères de l'Énergie pourraient réglementer la qualité du gaz afin de réduire la pollution de l'air intérieur, entraînant ainsi une augmentation des prix. Par conséquent, le ministère de la Santé ne pourra assumer efficacement sa fonction de direction que si les éléments suivants sont réunis :

- i) une analyse approfondie de l'étendue du problème et de ses conséquences sanitaires et socioéconomiques, par exemple le nombre attendu de décès imputables au tabagisme d'ici 2020, et le coût en termes de soins de santé et de protection sociale (l'hypothèse causale) ;
- ii) un scénario convaincant d'après lequel l'intervention proposée en matière de comportement pourrait, une fois adaptée au contexte national, entraîner les changements attendus en termes de réduction de la morbidité, de la mortalité et des coûts, sur la base de différents postulats et analyses de sensibilité (l'hypothèse d'intervention) ;
- iii) des données probantes selon lesquelles le ministère de la Santé, s'il est le principal responsable de l'application du programme, ou l'État, par l'intermédiaire de ses différents ministères et institutions, dispose des ressources et de la capacité pour mettre en œuvre le programme grâce à un ensemble de politiques et de dispositifs institutionnels et organisationnels (par exemple un comité directeur, des groupes de travail interministériels, etc.), à une planification avisée et à un financement adapté, à la mobilisation d'organisations de la société civile et du secteur privé, à la formation du personnel et à l'instauration de mécanismes d'incitation (l'hypothèse de l'exécution).

24. Enfin, la plupart des interventions en matière de comportements doivent parfois être expérimentées à une échelle réduite et sur une période très courte avant d'être étendues à un niveau local, provincial, régional ou national. Il est essentiel de disposer d'un système de suivi et d'évaluation intégré qui collecte et analyse en permanence les données destinées à l'évaluation formative (en continu) et sommative (*a posteriori*), comme il est essentiel de définir d'avance les résultats principaux et secondaires attendus et de fixer des critères permettant d'évaluer correctement l'efficacité réelle des programmes.

Annexe 1

Examen des interventions relatives au comportement ; exemples d'application efficace

Deux types d'exemples sont présentés : a) ceux qui ont fait l'objet d'une évaluation externe, qui a porté notamment sur leurs effets ; et b) ceux qui illustrent des instruments et des démarches, et sont potentiellement prometteurs en ce qui concerne leur efficacité, mais n'ont pas fait l'objet d'une évaluation en bonne et due forme.

Éducation : les approches de la modification du comportement qui reposent sur l'éducation visent à accroître les connaissances, les compétences et les capacités, à influencer leurs attitudes et à modifier leur niveau de confiance, et à maintenir ces modifications dans le temps.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>Healthy Choices for Kids</i> (Brighton, Angleterre)</p> <p>Référence : 16</p>	Obésité	Modifier les attitudes et les comportements des enfants en matière d'hygiène de vie ; accroître la connaissance que les parents ont des causes de l'obésité ; et encourager une participation à des activités favorables à la santé tout au long de la vie.	Communauté Enfants âgés de 8 à 11 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes de discussion et questionnaires qui permettent d'obtenir des informations sur les connaissances, les compétences, etc. • Présentation de cette initiative aux écoles avec toute la publicité voulue. • Ateliers d'une durée d'une journée dans des écoles et des lieux de réunions publiques sur des choix de mode de vie favorables à la santé. • Activités favorables à la santé, qui comprennent un « passeport », une distribution de prix aux enfants qui mènent à bien toutes les tâches, et un site Web. • Journées de divertissement organisées au cours des congés situés au milieu d'une période de cours, avec prix, activités sportives, distribution d'un livre de recettes gratuit, etc. • Campagne locale de relations publiques. 	<p>Enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> • préservation des connaissances ; • adoption de nouveaux aliments et exercices. <p>Augmentation appréciable du nombre d'enfants qui consultent le site Web.</p>
<p><i>Sunderland: Smoking in pregnancy</i> (Sunderland, Angleterre)</p> <p>Référence : 16</p>	Tabagisme	Réduire le nombre de femmes qui fument pendant la grossesse.	Communauté et individu Femmes enceintes (ou non) qui fument et appartiennent à des milieux défavorisés	<ul style="list-style-type: none"> • Jeu de rôle pour aider les professionnels de santé à améliorer les services destinés à ce groupe cible, y compris empathie et démarches efficaces. • Documents d'information destinés aux femmes et portant sur des solutions (par exemple, moyens de faire face aux envies de fumer). 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplication par dix du nombre de fumeuses qui participent à ce programme. • Augmentation du recrutement de fumeuses enceintes après la formation de professionnels et taux plus élevés que ce qu'enregistrent des services de proximité recourant à des interventions différentes.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>Adieu tabac</i> (Conté d'Aarhus, Danemark)</p> <p>Référence : 17</p>	<p>Tabagisme</p>	<p>Réduire, dans le groupe cible, le nombre de fumeurs qui ne sont normalement pas recrutés par les campagnes de cessation du tabagisme.</p>	<p>Communauté et individu</p> <p>Personnes qui ne réagissent normalement pas de façon positive aux campagnes de cessation du tabagisme, en particulier les hommes, les manœuvres, les allocataires sociaux, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des activités antérieures pour définir les mesures à prendre, par exemple absence de possibilité d'arrêter le tabac pour les jeunes âgés de 16 à 24 ans. • Nouvel instrument informatique qui aide les praticiens à discuter des habitudes en matière de tabagisme et à enregistrer ces dernières. • Cours de cessation du tabagisme offerts directement à des représentants des salariés sur le lieu de travail et action éducative destinée à des personnes qui mènent une action de prévention destinée à différents groupes et cultures professionnels. • Cours individuels de faible intensité destinés à des jeunes âgés de 16 à 24 ans. 	<p>Évaluation interne à mi-parcours (2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des inégalités en matière de recrutement à des campagnes de cessation du tabagisme et à la participation à celles-ci. • Augmentation de 63 % de la participation par rapport à une évaluation de 2003 pour les hommes et les manœuvres. • Augmentation primaire de la participation à des interventions sur le lieu de travail et dans les hôpitaux.
<p>Accroître l'utilisation du préservatif (Rio de Janeiro, Brésil)</p> <p>Référence : 18</p>	<p>Infection à VIH, sida et IST</p>	<p>Accroître les compétences et connaissances personnelles des jeunes gens en matière de santé pour éviter une grossesse non désirée, résoudre un conflit avec une fille sans violence et se souvenir d'utiliser un préservatif en toute circonstance.</p>	<p>Communauté et individu</p> <p>Hommes des banlieues à bas revenus de Rio de Janeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guides, vidéos et formations destinés aux professionnels de santé, aux membres influents des groupes et aux éducateurs. • Ateliers destinés à la jeunesse locale (recours aux jeux de rôle et à la discussion). • Conception d'un nouveau préservatif de marque, disponible dans des points de vente non traditionnels. • Promotion du préservatif et diffusion de messages éducatifs pour la santé par deux rappers connus. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation régulière du préservatif avec les partenaires de longue durée a augmenté de 25 %. • Diminution appréciable (plus de 20 %) des symptômes signalés d'infections sexuellement transmissibles.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p>Prévention des traumatismes subis par des enfants à la suite d'accidents de la circulation en Norvège et en Suède</p> <p>Références : 4 et 19</p>	<p>Prévention des traumatismes</p>	<p>Prévention des traumatismes subis par des enfants à la suite d'accidents de circulation.</p>	<p>Communauté (Norvège)</p> <p>Population (Suède)</p>	<p><i>Norvège</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Diffusion d'informations sur les traumatismes dus aux accidents de la circulation grâce à des rapports diffusés tous les trimestres à tous les foyers d'une région de Norvège. L'accent est mis sur des informations « personnalisées » sur les effets des traumatismes dus aux accidents de la circulation et sur certains lieux. <p><i>Suède</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Application d'un modèle de bonnes pratiques de l'OMS concernant la prévention des traumatismes : collaboration, partenariat et renforcement de capacités des communautés en vue de favoriser des comportements de réduction du nombre de traumatismes, par exemple grâce au port de casque par les cyclistes. 	<p><i>Norvège</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cinquante-six pour cent des répondants de la région ont déclaré qu'ils avaient obtenu des informations ou de bons conseils sur la sécurité routière grâce aux rapports. Si l'on compare les deux premières années au deux dernières années de la période de dix ans du programme, on observe une réduction de 59 % du taux de traumatismes dus aux accidents de la circulation chez les enfants de la région. Les taux globaux pour tous les âges ont baissé de 37 %. <p><i>Suède</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le risque relatif total de traumatisme chez les enfants a été réduit d'un quart et le risque relatif de traumatisme d'une certaine gravité a été réduit de près de moitié.

Action réglementaire : la modification des comportements par la voie réglementaire vise à protéger la santé et à réduire autant que possible les effets des politiques, services, biens et situations défavorables à la santé.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>Skatt på alkohol</i> – Taxe sur les boissons alcooliques (Suède)</p> <p>Référence : 17</p>	Alcool	Réduire les écarts de santé par des taxes sur les boissons alcooliques.	Population Ensemble des groupes d'âge	<ul style="list-style-type: none"> • Législation : il existe une réglementation qui établit un monopole d'État sur la vente d'alcool (Systembolaget) et restreint la disponibilité de l'alcool grâce à des dispositions réglementaires concernant la localisation de magasins vendant de l'alcool, leurs heures d'ouverture et la vente d'alcool (par exemple, il est interdit de vendre de l'alcool aux personnes âgées de moins de 20 ans). • Taxes : le système est financé par des taxes et par les ventes d'alcool. • Certification (par l'« initiative IQ ») des entreprises, organismes, etc. qui mettent en œuvre des programmes de bonnes pratiques portant sur la réduction de la consommation malsaine d'alcool ou la prévention des problèmes d'alcool. 	<p>Il existe une évaluation externe (articles publiés cités).</p> <p>Globalement, le système a bien fonctionné jusqu'à ce que la Suède devienne membre de l'UE. La consommation d'alcool en Suède reste encore moins élevée que dans la plupart des autres pays de l'UE.</p>
<p><i>Délivrance</i> (Norvège)</p> <p>Source : ministère norvégien de la Santé</p>	Tabagisme	Réduire la consommation de tabac dans tous les groupes de la population.	Population et communauté Ensemble de la population, ainsi que certains groupes, dont les jeunes, les membres de la communauté scolaire, les femmes enceintes et les parents d'enfants en bas âge	<ul style="list-style-type: none"> • Taxe sur les produits à base de tabac. • Législation restreignant la promotion du tabac. • Mesures mettant en œuvre la limite d'âge pour les ventes, etc. 	Évaluation externe de programmes scolaires (Délivrance, par exemple).
<p><i>Réduction des inégalités sociales en ce qui concerne les traumatismes accidentels chez les enfants grâce à des mesures environnementales</i> (Suède)</p> <p>Référence : 17</p>	Prévention des traumatismes	Modifier l'environnement pour réduire le nombre de traumatismes accidentels chez les enfants.	Population et communauté Groupe cible : enfants appartenant à des catégories socioéconomiques inférieures	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures environnementales, par exemple législation concernant la construction qui prévoit que tous les nouveaux logements doivent comprendre certains équipements tels que des barreaux aux fenêtres pour empêcher les enfants d'ouvrir la fenêtre et de tomber. 	Évaluation externe : les interventions prévues par la législation sont mises en œuvre depuis au moins 25 ans.

Planification : les démarches reposant sur la planification visent à utiliser, à adapter ou à créer des environnements physiques, des services et des installations de façon à ce qu'ils encouragent l'adoption définitive de comportements sains.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>Activité physique et repas scolaires</i> (Norvège)</p> <p>Source : ministère norvégien de la Santé</p>	<p>Activité physique et nutrition</p>	<p>Améliorer la conception des modèles relatifs à l'amélioration de l'activité physique et des comportements nutritionnels chez les écoliers.</p>	<p>Communauté</p> <p>Écoliers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piloter des modèles qui donnent des indications plus précises sur les stratégies efficaces. • Modifier l'environnement social scolaire et les emplois du temps pour permettre la consommation de fruits et de repas sains pendant les pauses, et intensification de l'activité physique. 	<p>Évaluation externe par le centre HEMIL de Bergen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les écoliers de 70 % des écoles primaires et de 50 % du premier cycle de l'enseignement secondaire font preuve d'une plus grande concentration pendant les cours après une offre accrue de fruits et de repas sains et une intensification de l'activité physique ; • amélioration de l'environnement social ; • une école sur trois signale une diminution des brimades ; • deux fois plus d'élèves des écoles participantes se sont vus offrir des fruits et des légumes que dans d'autres écoles ; • 50 % des écoles qui ont participé à cette initiative organisent trente minutes d'activité physique chaque jour.
<p><i>Action communautaire pour la santé</i> (Kirghizistan)</p> <p>Références : 20 et 21</p>	<p>Amélioration globale de la santé</p>	<p>Permettre aux communautés villageoises d'agir elles-mêmes pour améliorer la santé.</p>	<p>Communauté et individu</p> <p>Villages dans des régions rurales ou éloignées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrument d'évaluation des besoins des villages pour répondre à la question « De quoi avez-vous besoin pour rester en bonne santé et mener une vie saine ? ». • Formation des professionnels de santé et des pairs et des notables des villages en vue de l'utilisation de cet instrument. • Recherche-action participative (analyse en groupes de dix personnes issues de ménages voisins), établissement d'un ordre de priorité, classification, etc. des maladies et des problèmes de santé dont les villageois souffrent le plus. • Développement et participation communautaires au cours de la conception des actions qui visent à améliorer la situation et à mettre en place des structures (comités sanitaires de villages, par exemple) qui permettent d'agir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cent dix-neuf commissions sanitaires de villages d'un oblast comprenant 109 villages sur 111 ayant une population d'environ 160 000 personnes. • L'évaluation a mis en évidence des résultats en matière de lutte contre les carences en micronutriments, de consommation d'alcool et d'hygiène.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>La population s'active</i> (Kent, Angleterre)</p> <p>Référence : 16</p>	<p>Activité physique</p>	<p>Améliorer l'autonomisation des résidents d'une cité d'habitation en les faisant participer à la conception et à la mise en place de services.</p>	<p>Communauté</p> <p>Résidents d'une cité d'habitation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comité de direction composé de résidents, d'animateurs de groupes de jeunes, etc. Ateliers destinés aux parties prenantes : obtention d'information sur les obstacles à l'activité physique et les incitations nécessaires pour l'intégrer dans la vie quotidienne. Développement communautaire et participation de la population à la conception de la solution : création de groupes auto-organisés de personnes qui souhaitent faire de l'exercice ensemble. 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du bien-être : meilleure qualité du sommeil et plus grande souplesse physique. Amélioration des informations sanitaires destinées aux autorités sanitaires locales, ce qui leur permet de comprendre l'état de santé de la population concernée. Économies : il est moins coûteux de mettre un formateur à la disposition d'un groupe que de fournir des services de santé à certaines personnes.
<p><i>Les entreprises dans leur environnement social : démarche fondée sur l'équipe en vue d'améliorer la santé des jeunes</i> (Angleterre)</p> <p>Référence : 16</p>	<p>Amélioration globale de la santé</p>	<p>Améliorer les perspectives de santé des jeunes.</p>	<p>Communauté</p> <p>Jeunes, en particulier les groupes difficiles à atteindre, par exemple les importantes populations ethniques minoritaires et les habitants de quartiers défavorisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> Activités communautaires menées par des clubs sportifs professionnels. Responsabilité sociale des entreprises. Amélioration des compétences des personnes qui défendent la cause de la santé auprès de la population, ce qui leur permet de mener des activités locales visant à lutter contre des problèmes sanitaires et sociétaux. Lieux d'intervention. <p>L'initiative Clubs that Count utilise le prestige de marques de sport pour atteindre des groupes qui sont généralement peu réceptifs aux messages de santé. Des animateurs donnent des conseils et soutiennent des clubs qui mènent des activités locales, et mesurent la qualité de la mise en œuvre de la responsabilité sociale de ces entreprises, recensent les lacunes dans la mise en œuvre de l'initiative et donnent des conseils sur les moyens de l'améliorer.</p> <p>Clubs that Count a maintenant plus de 50 partenaires. Ces derniers s'attaquent à une large gamme de questions de santé de façon novatrice. C'est ainsi que Manchester City a récemment lancé une initiative intitulée Something Good in the Neighbourhood, qui vise à lutter contre les problèmes sanitaires et sociétaux en améliorant les compétences des personnes qui défendent la cause de la santé auprès de la population de façon à ce qu'ils puissent gérer des initiatives locales.</p>	<p>Rapports annuels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les clubs sportifs peuvent promouvoir très efficacement des modes de vie sains, en particulier auprès des populations difficiles à atteindre.

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>Breathing Space</i> : programme de proximité de lutte contre le tabagisme (Écosse)</p> <p>Référence : 22</p>	<p>Tabagisme</p>	<p>Modifier la conception du tabagisme dans une localité à faible revenu (Wester Hailes, Édimbourg).</p>	<p>Communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Principes et pratiques du développement communautaire local. • Autonomisation de la communauté locale grâce à des partenariats. 	<p>Cette intervention n'a pas eu d'effet sur la cessation du tabagisme ni sur les taux de tabagisme pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les organisations partenaires n'ont pas donné les impulsions nécessaires ; – les différentes organisations n'avaient pas des pouvoirs égaux ; – il existait des divergences d'opinion (importantes) sur le ciblage ; – des litiges ont surgi en ce qui concerne la propriété du programme ; – les ressources et les capacités étaient insuffisantes.

Soutien : les méthodes de modification du comportement qui reposent sur le soutien visent à fournir une assistance concrète et des services adaptés aux besoins, afin de créer des incitations, et de donner des renforcements positifs en vue d'un changement de comportement. Les exemples examinés ci-après illustrent l'utilisation de méthodes fondées sur le soutien le plus souvent combinées avec d'autres méthodes (par exemple, l'éducation et la conception).

Dénomination de l'intervention, pays et source	Question sanitaire	But de la modification du comportement	Niveau et groupe cible	Instruments utilisés	Résultats
<p><i>Lutte contre les inégalités de santé dans la communauté rom dans la région de Pomurje</i> (Pomurje, Slovénie)</p>	<p>Amélioration globale de la santé</p>	<p>S'attaquer aux inégalités de santé par la promotion de la santé, y compris l'évaluation des questions de santé, la sensibilisation aux modes de vie sains et la conception de méthodes de promotion de la santé efficaces et appropriées sur le plan culturel pour la communauté rom.</p>	<p>Communauté et individu Groupes difficiles à atteindre et vulnérables</p>	<ul style="list-style-type: none"> Engagement et développement communautaires, par exemple sélection et motivation d'un coordinateur local dans la communauté rom – réseau de pairs. Enquête sur les modes de vie de la communauté rom et diffusion et utilisation des résultats de cette enquête pour soutenir des méthodes culturellement appropriées en matière de promotion de la santé dans cette communauté, telles que des ateliers de plein air sur la préparation d'aliments sains, la cuisine en famille, des ateliers concernant les fruits et les légumes, la création de partenariats. Activités communautaires visant à soutenir la promotion de la santé et des modes de vie sains : activités avec la participation des médias, atelier, édition d'un journal consacré à un thème particulier. 	<p>Résultats à déterminer.</p>
<p><i>Conseil en matière d'arrêt du tabac</i> (International) Références : 23–26</p>	<p>Tabagisme</p>	<p>Donner des conseils individuels et directs afin d'aider des fumeurs à cesser de fumer.</p>	<p>Individu</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conseils par téléphone pour la cessation du tabagisme : action en amont. Conseils donnés par un thérapeute formé, distincts des soins médicaux et prévoyant au moins une séance de conseil en tête-à-tête d'une durée supérieure à dix minutes ; la plupart des méthodes utilisées comportaient d'autres entretiens téléphoniques à des fins de soutien. Conseils pour l'arrêt du tabac et soutien offert par des professionnels de santé, par exemple des infirmiers, et dans des lieux de santé tels que les hôpitaux, lors de visites médicales ou à l'occasion d'activités de prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> Une « dose » minimale semble exister : lorsqu'au moins trois entretiens téléphoniques ont lieu, cela augmente la probabilité d'arrêt du tabac par rapport à des brochures d'auto-assistance, des conseils de courte durée ou une pharmacothérapie. Les conseils individualisés peuvent aider les fumeurs à renoncer au tabac, mais on ne dispose pas de suffisamment d'informations montrant que des activités plus intenses de conseil sont plus efficaces. Des conseils individualisés étaient plus efficaces qu'une action témoin. Vingt études comparant une intervention par un infirmier à une intervention témoin ou aux soins habituels ont montré que l'intervention augmentait de façon appréciable la probabilité d'un arrêt du tabac.

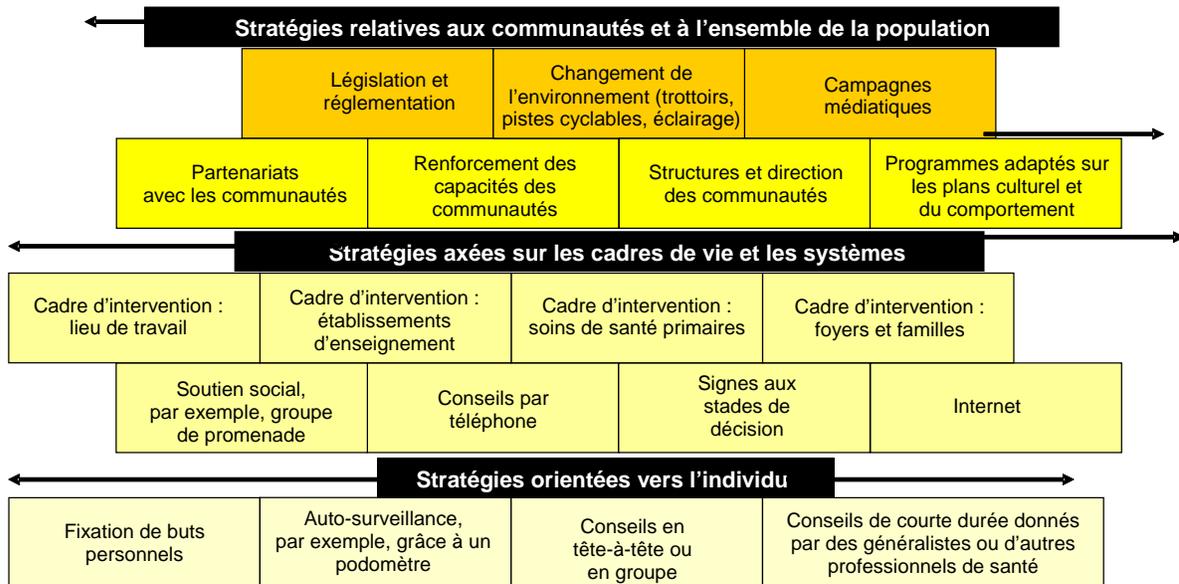
Annexe 2

Les facteurs communs qui influent sur la modification du comportement et ce qu'ils impliquent pour la conception des interventions

<i>Facteurs</i>	<i>Implication pour la conception</i>
Les participants doivent souhaiter le changement.	Il faut non seulement créer une demande de changement positif mais également les conditions qui permettent à chacun de faire des choix positifs.
La participation engendre un plus grand changement du comportement.	Des stratégies d'engagement interactif et la conception d'approches du changement reposant sur les coalitions doivent faire partie de toutes les interventions relatives à la modification du comportement.
Les individus sont souvent motivés à faire ce qui est bon pour la communauté ainsi que pour eux-mêmes et leur famille.	Les programmes devraient encourager des comportements socialement responsables et décourager les comportements qui ne le sont pas.
Les relations sociales, le soutien social et les normes sociales ont une influence forte et persistante sur le comportement.	L'incorporation de stratégies reposant sur le soutien des pairs et de la famille dans les programmes de modification des risques individuels accroît la probabilité du succès.
Le changement est généralement un processus et non un événement.	Des programmes devraient s'inscrire dans la durée et être adaptés aux besoins de différents groupes.
Les facteurs psychologiques, les croyances et les valeurs influent sur le comportement.	Les programmes doivent porter sur les valeurs et les croyances, ainsi que sur l'acquisition d'informations et de connaissances.
Il arrive que certaines personnes soient « prisonnières » d'un comportement et aient besoin d'une aide concrète pour s'en affranchir.	Il faut concevoir la politique et les services de façon à répondre aux besoins propres à différentes communautés, afin de les aider à modifier des habitudes bien ancrées.
Un changement est plus probable si un comportement peu souhaitable ne fait pas partie d'une stratégie par laquelle un individu s'efforce de faire face à une situation particulière.	Créer des incitations, offrir une aide concrète pour le changement et donner des renforcements positifs. Offrir d'autres types de soutien et un renforcement en vue de faciliter la modification du comportement.
Le comportement des individus est influencé par leur environnement physique et social.	Il existe une limite à la capacité de changement d'une personne, si l'environnement est peu favorable au changement souhaité ; en conséquence il faut créer les conditions du changement et des incitations en faveur de celui-ci, en plus de la diffusion de messages et de conseils et du transfert de compétences personnelles.
Pour comprendre le comportement d'une personne, il est essentiel de savoir comment elle perçoit un risque et la gravité de celui-ci.	Il faut améliorer la compréhension que les individus et les communautés ont du risque et de la vulnérabilité à l'égard des principales menaces.
Les perceptions de l'efficacité du changement de comportement recommandé sont des éléments essentiels qui influent sur les décisions d'agir.	Les programmes devraient faire en sorte que chacun comprenne l'ampleur des bienfaits qui sont liés à un changement de comportement positif.
Plus une expérience est bénéfique ou gratifiante, plus elle a de chances d'être répétée.	Tout programme de modification du comportement devrait renforcer le comportement positif à court terme et prévoir des incitations dans ce sens.
Les individus ne veulent rien perdre : ils accomplissent plus d'efforts pour conserver ce qu'ils ont acquis que pour obtenir des choses nouvelles.	Les programmes devraient mettre l'accent sur les avantages de comportements positifs qui permettent le maintien des avantages immédiats, plutôt que les avantages à long terme.
Les individus prennent souvent leurs décisions en recourant à des raccourcis mentaux et à des tâtonnements plutôt que de se livrer à des calculs rationnels.	Les responsables de programmes devraient bien comprendre ce qui motive les individus à changer et la façon dont ces derniers perçoivent certaines questions.

Annexe 3

**Éléments d'une démarche globale à l'égard
du changement de comportement de santé (27)**



Annexe 4

Méthodes, outils et agents probables de changement

But et méthodes de changement	Niveau	Outils	Agents responsables
<p>Éduquer et autonomiser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accroître les connaissances, les compétences et les capacités • Influencer les attitudes et les niveaux de confiance • Changer et soutenir le changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Individu • Communauté • Population 	<ul style="list-style-type: none"> • Médias • Marketing social • Conseils • Programmes de renforcement des capacités 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé • Enseignants • Notables • Famille • Médias • Responsables politiques et planificateurs
<p>Réglementer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protéger la santé • Réduire autant que possible les politiques, les services, les biens et les situations qui nuisent à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté • Population 	<ul style="list-style-type: none"> • Législation et réglementation • Sanctions et incitations • Mesures fiscales et financières 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoirs publics (échelons national et local) • Autorités réglementaires • Responsables politiques • Organisations non gouvernementales (ONG)
<p>Concevoir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser, adapter ou créer des environnements physiques, des services et des installations de façons qui encouragent l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté • Population 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et modification d'infrastructures • Services destinés aux communautés et aux individus 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoirs publics (échelons national et local) • Urbanistes et responsables de l'aménagement rural • Architectes et responsables politiques • ONG
<p>Soutenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir une assistance concrète et des services adaptés • Créer des incitations et donner des renforcements positifs pour faciliter le changement de comportement 	<ul style="list-style-type: none"> • Individu • Communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils indirects et directs (Internet et téléphone) • Fixation de buts personnels • Surveillance du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> • Pairs • Amis et groupes sociaux • Agents communautaires et sanitaires • Associations communautaires et ONG • Pouvoirs publics (échelons national et local)

Références

1. Yates B et al. Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Archives of Internal Medicine*, 2008, 168 (3): 284–290.
2. Murray D, Lopez. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 1997, 349 (9063): 1436–1442.
3. Aral SO, Peterman TA. Do we know the effectiveness of behavioural interventions? *Lancet*, 1998, 351 (suppl III): 33–26.
4. Ytterstad B. The Harstad Injury Prevention Study. A decade of community-based traffic injury prevention with emphasis on children. Postal dissemination of local injury data can be effective. *International Journal of Circumpolar Health*, 2003, 62 (1): 61–74.
5. Lowry R. Smoking cessation programme for pregnant women in Sunderland. London, National Centre for Social Marketing, 2007 (<http://www.nsms.org.uk/public/CSView.aspx?casestudy=1>, accessed 10 July 2008).
6. Ritchie D et al. Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland. *Health Promotion International*, 2004, 19(1): 51–59.
7. Schüth T. Community Action for Health in Kyrgyzstan. *Bulletin von Medicus Mundi Schwiez*, 2005, 95 (<http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200501/kap02/07schueth.html>, accessed 10 July 2008).
8. Goldfinger JZ et al. Project HEAL: peer education leads to weight loss in Harlem. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19(1): 180–192.
9. Strecher VJ et al. Moderators and mediators of a web-based computer-tailored smoking cessation program among nicotine patch users. *Nicotine and Tobacco Research*, 2006, 9 (Suppl 1): S95–S101.
10. Strecher VJ et al. A randomized controlled trial of multiple tailored messages for smoking cessation among callers to the Cancer Information Service. *Journal of Health Communication*, 2005, 10 (Suppl 1): 105–118.
11. *Behaviour change at population, community and individual levels*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007 (NICE public health guidance 6).
12. *Prevention that works: a review of the evidence regarding the causation and prevention of chronic disease – consultation draft*. Victoria BC, Ministry of Health Planning, 2003.
13. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
14. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
15. Chapman S. Reducing tobacco consumption. *NSW Public Health Bulletin*, 2003, 14 (3): 46–48.
16. Case study database [online database]. London, National Social Marketing Centre, 2008, (<http://www.nsms.org.uk/public/CSAtoZ.aspx>, accessed 10 July 2008).
17. European directory of good practices to reduce health inequalities [online database]. DETERMINE (European Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants for Health), 2008 (<http://www.health-inequalities.eu/>, accessed 10 July 2008).
18. *Promoting healthy relationships and HIV/STI prevention for young men: positive findings from an intervention study in Brazil*. Rio de Janeiro, Instituto Promundo, 2008 (http://promundo.org.br/380?locale=en_us, accessed 10 July 2008).

19. Lindqvist K et al. Evaluation of a child safety program based on the WHO safe community model. *Injury Prevention*, 2002, 8(1).
20. Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project (KYSS-HP). Phase IV. Annual Report. January-December 2006. Bishkek, Ministry of Health, 2007 (<http://www.cah.kg/reports/Annual%20Report%202006.pdf>, accessed 10 July 2008).
21. *Community Action for Health in Kyrgyzstan*. Bishkek, Ministry of Health, 2004 (http://www.cah.kg/en/about_community_action_for_health/overview, accessed 10 July 2008).
22. Ritchie D et al. Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland, *Health Promotion International*, 2004, 19(1): 51–59.
23. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.
24. Cockburn J. Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Med J Aus*, 2004; 180 (6 Suppl): S66-S67.
25. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 1. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
26. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 2. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
27. Nutbeam D, Bauman A. *Evaluation in a nutshell: A practical guide to the evaluation of health promotion programs*. Sydney, McGraw-Hill, 2006.